

MEJORES PRÁCTICAS

DE CALIDAD Y GESTIÓN EN SALUD

Edición 3



Mejores Prácticas de Calidad y Gestión en Salud

Nº3 Medellín de 2017

Fundación los Guayacanes Colombia
Carrera 63B Nº 32E-67
www.fundacionguayacanes.org

Comité Editorial

Juan Carlos Murillo Correa
Claudia María Murillo Correa

Autores

Juan Carlos Murillo Correa
Claudia Maria Murillo Correa
Luz Neida Blanco Chaparro

Agradecimientos

E.S.E. Hospital General de Medellín
Clínica SOMER S.A.
Subred Sur Occidente E.S.E. Unidad de Servicios de Salud PabloVI Bosa
Clínica El Rosario

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 la Fundación Guayacanes es un placer presentarles el libro de mejores prácticas de calidad y gestión 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

El reto de mejorar la calidad de las instituciones de salud es una tarea exigente que implica, entre muchas otras acciones, concentrarse en los usuarios y sus familias, hacer buen uso de la información, desarrollar estrategias para el trabajo en equipo y construir una visión dinámica del entorno en donde la organización desarrolle una cultura de la calidad en la prestación de sus servicios.

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 en las instituciones de salud, incorporando los resultados de las comparaciones desarrolladas a prácticas, procesos, políticas y estrategias reconocidas como exitosas a los modelos de mejoramiento organizacional para su posterior adaptación y asimilación, sin el costoso proceso del ensayo - error.

En los servicios de salud existe gran oportunidad de aprender y compartir tanto información como enseñanzas a través de las múltiples experiencias que se viven, por lo que en esta publicación se presentan un conjunto de experiencias exitosas de un grupo de instituciones prestadoras de servicios de salud identificadas a partir del desarrollo de procesos sistemáticos de referenciación.

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 otras instituciones, 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 aplicables, 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.



JUAN CARLOS MURILLO CORREA

Director General

Fundación Los Guayacanes Colombia

Contenido

Capítulo 1

Seguridad del Paciente - E.S.E. Hospital General de Medellín

6

Capítulo 2

Gerencia del Ambiente Físico - Clínica SOMER S.A.

57

Capítulo 3

Gestión Integral del Talento Humano - Subred Sur Occidente E.S.E.
Unidad de Servicios de Salud PabloVI Bosa

83

Capítulo 4

Humanización de la Atención en Salud - Clínica El Rosario

136

Capítulo 5

Humanización de la Atención en Salud - Clínica Oftalmológica de Medellín

167

Capítulo 1



Visión global de la organización

El Hospital General de Medellín es una Empresa Social del Estado que presta servicios de salud hasta la alta complejidad, centrados en la seguridad del paciente, brindando afecto, confianza, satisfacción y promoviendo buenas prácticas ambientales y de calidad.

Su fundación se remonta al año 1942, prestando servicios como un Centro de Atención Obstétrica. La Sociedad de Mejoras Públicas y un grupo de personas del que hacía parte la señora Luz Castro de Gutiérrez, impulsaron la idea de rendir un homenaje a las madres, como respuesta a una necesidad sentida de la comunidad, que carecía de un sitio adecuado para la atención de las mujeres a la hora de sus partos. Más tarde el Concejo Municipal de Medellín le dio vida jurídica mediante el Acuerdo 18 del 1 de agosto de 1949, con el nombre de Clínica de Maternidad del Municipio de Medellín, y posteriormente la Junta Directiva, en reconocimiento al gran esfuerzo y la labor desarrollada por doña Luz Castro de Gutiérrez, agregó el nombre de ella al que tenía la Institución.

Tras muchas décadas de lucha, el hospital desarrolló una férrea voluntad de servicio, consolidándose como una institución unida al alma de la región, avanzando al paso del cambio de los tiempos y a las escalonadas demandas de la comunidad. El crecimiento, la diversificación, la investigación y una loable vocación, imprimieron el sello a los años que transcurrieron desde su fundación y enmarcaron el esfuerzo en esas épocas de transición que transcurrieron entre los años 1950 y 1990.



Después de la promulgación de la ley 100 de 1993, el Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez, ha venido consolidando su proceso de transformación empresarial, convirtiéndose en Empresa Social del Estado. En desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, en el componente del Sistema Único de Acreditación, el Hospital fue postulado entre otras instituciones, por el Ministerio de la Protección Social para el acompañamiento en el proceso de Acreditación en Salud para las IPS Públicas, convirtiéndose en el primer Hospital público del país en ser evaluado y Certificado en ACREDITACIÓN EN SALUD por el Ministerio de la Protección Social y el Icontec.

Misión

Somos un hospital público que presta servicios de salud de forma integral, segura y humana, comprometido con el desarrollo del talento humano en salud y la investigación.

Visión

Para 2027 seremos un hospital público universitario líder por su modelo de atención innovador y por ser generador de experiencias positivas en sus usuarios, sus colaboradores y su entorno.

Seguridad del paciente

¿Cómo la institución ha incluido dentro de la formulación de la estrategia corporativa la intención de trabajar por la seguridad del paciente?

El Hospital General de Medellín ha realizado esfuerzos para demostrar el avance en torno a la seguridad por medio de diversas estrategias documentadas en el Programa de Seguridad del Paciente que tiene por objetivo propender por la mejora continua de la seguridad en los procesos de atención de los pacientes, mediante el establecimiento de los mecanismos para responder con eficacia, y de forma proactiva y reactiva, a los problemas de seguridad de los pacientes procurando el mejoramiento continuo y la disminución de la ocurrencia de eventos adversos en la prestación del servicio. Este compromiso por la seguridad del paciente ha sido tan eficiente, que el hospital fue prueba piloto del Ministerio de Salud y Protección Social en el tema y desde allí el avance ha sido muy significativo. Hasta el año 2006 el hospital contaba con la certificación ISO y posteriormente obtuvo la acreditación. Siendo así, el tema de seguridad se establece desde la plataforma estratégica, articulando el tema de seguridad de manera priorizada en relación con la misión y visión haciendo parte también de los valores institucionales. Esto ha marcado como estrategia todo el avance en la cultura de seguridad en la cual todo el equipo directivo y asistencial ha estado muy involucrado y participa de manera activa.



Aunque la misión institucional ha cambiado, aún conserva el propósito del hospital: "Somos un hospital público que presta servicios de salud de forma integral, segura y humana, comprometido con el desarrollo del talento humano en salud y la investigación".

En la propuesta de valores, el hospital pretende ser referente en calidad y seguridad del paciente reconociendo que es un compromiso muy grande, sin embargo asumirlo y demostrar la importancia y eficacia en el desarrollo e implementación de estrategias de seguridad es un reto ambicioso que se considera una meta institucional.



¿Cuáles son los aspectos más relevantes de la política institucional de seguridad del paciente?

Los aspectos más relevantes incluidos corresponden principalmente a la descripción, objetivos, campos de acción y estrategias para dar cumplimiento a la política institucional de seguridad del paciente y por ende a los indicadores, promoviendo el autocontrol y la autodisciplina en materia de seguridad, la identificación y control de los riesgos en las áreas de trabajo y el reporte y análisis de los eventos adversos y casi eventos que se presentan, así como a la documentación de la política involucrando los aspectos desarrollados institucionalmente desde años anteriores y la realización de la medición correspondiente al proceso de implementación por parte del personal.

La cultura de seguridad se fomenta desde el proceso de inducción que se brinda tanto a funcionarios como estudiantes, con el objetivo de mejorar conocimientos, competencias y destrezas que serán el insumo para la atención segura del paciente.

La Política de Seguridad del Paciente institucional en todas sus etapas (conocimiento, implementación, reporte, análisis y seguimiento), aplica a todos los funcionarios, procesos y áreas de la institución.

La institución cuenta con evidencia correspondiente al conocimiento y apropiación por parte del personal acerca de la política, y aunque para el año 2012 los resultados o puntajes fueron bajos, es decir, no se tenía conocimiento de la información concerniente a la política, con el paso de los años y en la actualidad se ha observado el avance en el conocimiento de la política, por lo cual, este tema se encuentra incluido para su despliegue a todo el personal desde el proceso de inducción.

En el hospital y a través de un comité gerencial de seguridad del paciente se informa acerca de los avances en el despliegue de la política y se muestran los resultados. Este sistema y despliegue de mediciones dieron inicio a partir del año 2012 y cada actividad va encaminada a la realimentación de esta política para finalizar con un proceso de evaluación de conocimientos para determinar el nivel de apropiación del personal involucrado en las capacitaciones y estrategias de despliegue.

El tema correspondiente a seguridad del paciente se encuentra establecido en la institución como uno de los módulos obligatorios en el proceso de inducción para todo el personal que ingresa a desarrollar labores en el hospital, ya sean estudiantes o funcionarios. Para el año 2015 y como una estrategia adicional de manera conjunta con el apoyo de la Fundación Guayacanes se desarrolló un módulo de seguridad del paciente con contenidos mucho más amplios, específicos e interactivos para el personal de la institución, posterior a la socialización de estos contenidos y después de llevarse a cabo el proceso de capacitación, fueron evidentes los logros a partir de la implementación de esta estrategia de capacitación que permitió observar

mejores resultados en el aprendizaje, conocimiento e implementación de barreras de seguridad debido a que el personal del hospital, cuenta con herramientas y estrategias de despliegue más amplios sobre lo que es el programa de seguridad y las practicas seguras.

De igual manera institucionalmente se realiza la encuesta de percepción del cliente interno cada dos años siendo el tema de seguridad uno de los que cuenta con mayor recordación y apropiación por parte del personal, por lo cual se considera uno de los logros del programa de seguridad que se debe a todas las estrategias desarrolladas en la institución.

¿Cuáles son los objetivos y metas estratégicas que se quieren lograr frente a la seguridad del paciente?

A partir del año 2009 el hospital genero un manual institucional de indicadores, en este manual se encuentran los indicadores de gestión de cada una de las áreas, incluyendo los indicadores gerenciales con los que la institución pretende generar un poco más de exigencia y prioridad.

Con estos indicadores gerenciales, el hospital establece que de manera mensual se publicaran los resultados correspondientes al comportamiento y seguimiento de cada uno de estos indicadores. Un avance importante se relaciona con el desarrollo de la ficha técnica del indicador como prioridad dentro de la institución. Es por este motivo que en el año 2015 se implementa un software para realizar la medición de los indicadores importantes desde la parte directiva. Desde la intranet y con el apoyo del área de comunicaciones se realizan los requerimientos para generar la recopilación de datos correspondiente a cada uno de los indicadores, los cuales después de su análisis y resultado son enviados a todos los servicios con el fin de que el personal tenga conocimiento de los mismos. Todo esto con el fin de realizar el seguimiento de la política de seguridad del paciente en el hospital y generar la apropiación y compromiso de todo el personal.

De igual manera, al revisar la cultura del reporte correspondiente a la proporción de eventos adversos y los casi eventos, todos los reportes como falla son los que generan el indicador denominado índice de eventos adversos.

Otra estrategia corresponde a que todas las áreas, administrativas y asistenciales deben reunirse en el lugar donde se presenten eventos adversos ya que se encuentran directamente relacionados con los indicadores, lo anterior con el fin de realizar el seguimiento y verificar la gestión de los mismos. Posteriormente esta información debe ser relacionada en el acta de reuniones de personal y debe ser socializada en cada servicio involucrado con el fin de generar el respectivo proceso de realimentación al personal.

Una de las fortalezas que ha permitido evaluar el efecto de las acciones preventivas encaminadas al control del riesgo, es el análisis sistemático de los resultados de indicadores relacionados con la seguridad del paciente.

Actualmente, las metas estimadas se enfocan en obtener una cultura de reporte superior al 15 % y un índice de eventos adversos inferior al 8 % en la institución.

En el plan de acción institucional se realiza un proceso de evaluación bimestral, cuyos resultados hacen parte del informe presentado por el área de calidad y planeación en el cual se encuentra incluido el tema de seguridad del paciente. Las metas de cultura del reporte, tienen como punto de referencia el estudio IBEAS que en términos generales demuestra que entre los 5 países que participaron había un 10 % de eventos adversos.

El Hospital General de Medellín pretende estar por encima de este índice en el reporte, por este motivo, la meta es que los reportes de eventos relacionados independientemente que causen o no daño al paciente sea mayor del 15% a nivel global. Debido a que cada área de la institución cuenta con metas propias, el hospital propende por generar la cultura del reporte e incentivar el mismo, uno de los ejemplos puntuales, corresponde a los reportes realizados desde el comité de infecciones el cual como se mencionó cuenta con metas propias.

¿De qué manera se realiza la homologación de conceptos y la sensibilización y capacitación frente a la seguridad del paciente?

Con respecto al tema de homologación de conceptos, desde el informe del estudio IBEAS, el Ministerio de Salud y Protección social pone en manos de la institución la responsabilidad de realizar una revisión de la terminología en concordancia con la OMS para la creación de un documento propio, de igual manera, en el instructivo de gestión de eventos adversos, se realiza la respectiva homologación de términos. Es decir que la estrategia para la homologación de términos consiste en llevar a todos los espacios institucionales los términos sobre seguridad del paciente, estos espacios corresponden a: reuniones administrativas, reuniones de capacitación, reuniones de inducción, también en el plan de capacitación institucional esta descrito como un tema obligatorio el manejo y socialización de esta terminología.

Con esta información, el hospital en cada una de las actividades de capacitación realizadas con respecto al tema de seguridad del paciente da inicio al proceso de conceptualización a través de la lectura y explicación al personal de las diferencias entre conceptos con el fin de brindar claridad a todo el personal.

En ocasión de la finalización de una capacitación, se realiza una evaluación escrita al personal, en la cual se incluyen preguntas relacionadas con los términos de seguridad del paciente para generar claridad y reforzar los conceptos y conocimientos adquiridos.

Para mejorar la seguridad del paciente se homologan los conceptos utilizados en el proceso de gestión del evento adverso.

Para la elección de los temas a abordar relacionados con temas de seguridad, se realiza un consenso de los temas en que se debe tener énfasis en la capacitación y a qué grupos estará dirigido: y desde la oficina de calidad y planeación se define esta temática (seguridad del paciente) para todas las capacitaciones programadas, no solo para el área asistencial, sino para las áreas administrativas involucrando así a todo el personal de la institución.

Otra estrategia implementada corresponde a establecer un cronograma en las reuniones semanales en el cual se deben tener en cuenta y abordar temas como: novedades del hospital, indicadores, despliegue de capacitación involucrando el tema de seguridad del paciente, política de seguridad del paciente, etc. El área de calidad y planeación informa los temas que se deben tener en cuenta cada semana, y como se ha mencionado, seguridad del paciente es uno de los temas que se incluye de manera obligatoria, desde los ejes, como desde la política de seguridad del paciente. Cada grupo de trabajo define quien es la persona indicada para hablar de los temas que se proponen; estudiarlos y presentarlos en la reunión, finalizando con una evaluación acerca de los temas expuestos. Es una estrategia bien aceptada en la institución y además promueve el acercamiento al tema, la apropiación del mismo para el mejor conocimiento de la organización.

La institución cuenta también con una estrategia lúdica que se realiza cada dos años y que se desarrolla por un periodo de duración de dos meses, a esta estrategia se le conoce como "Las olimpiadas del conocimiento", las cuales son llevadas a cabo en la institución a partir del año 2011; estas olimpiadas son realizadas en el auditorio de la salud del hospital, se determinan cuáles son los equipos participantes, los cuales son citados en horarios específicos con el fin de evitar alterar el adecuado funcionamiento de los servicios. Se establecen los temas que serán objeto de evaluación y el desarrollo de esta actividad está presidido por un moderador, ya con el personal dispuesto, cada equipo elige un número de preguntas relacionadas con temas de seguridad del paciente para las cuales se establece un tiempo máximo de respuesta de máximo 10 minutos.

Finalizada la actividad y con el dato correspondiente al número de equipos participantes y los resultados de cada uno, el área de comunicaciones recolecta la información, la tabula y genera un informe sobre el número de preguntas respondidas permitiendo así establecer cómo está el nivel de apropiación de los participantes en los temas involucrados incluyendo el de Seguridad del Paciente.

Los equipos ganadores obtienen un reconocimiento representado en bonos económicos.

El desarrollo de estas estrategias, ha generado mayor conocimiento e implementación en temas de seguridad por parte del personal, prueba de ello corresponde al resultado de la medición del indicador de seguridad institucional, el cual en su última medición indico que el hospital se encuentra en un 73% de apropiación y conocimiento de la terminología relacionada con la seguridad del paciente. Con respecto a la implementación en la gestión clínica, el indicador reporta un resultado que indica que es excelente y seguro. En la política y seguridad del paciente un 61% y en el tema general de seguridad, un 69%, bimensualmente el hospital genera un boletín en el cual se reporta cómo ha sido el resultado de las jornadas en los temas relacionados con seguridad.

¿Qué estrategias ha definido la institución para involucrar a los líderes de la organización en la estrategia de seguridad?

El hospital es referente en el tema, manejo e implementación de los paquetes instruccionales y de la cultura y seguridad del paciente para la ciudad de Medellín, y es de resaltar la participación de los directivos en el tema de seguridad del paciente en el hospital. Algunas de las estrategias desarrolladas para involucrar a los líderes de la organización en la seguridad del paciente son:

Visitas de calidad: En el hospital se desarrolla una estrategia reconocida como visitas de calidad implementada para la verificación (a través de listas de chequeo), del cumplimiento de estándares de calidad en donde los funcionarios visitados tienen la libertad de expresar las novedades y situaciones de riesgo que experimentan durante las labores propias de la prestación de los servicios asistenciales. Esta visita se realiza con el fin de fortalecer la cultura de calidad e identificar las limitantes que afectan la prestación de los servicios, para posterior análisis y planteamiento de alternativas de solución a problemas y lograr compromisos realizables y duraderos, y así apoyar el mejoramiento continuo con el que se encuentra comprometida la Institución.

Con participación de todos los directivos del hospital se lleva a cabo cada semana los días viernes de 8 am a 10 am; se realiza la visita a un servicio de manera sorpresiva, con la intención de que todas las dependencias estén al día en el cumplimiento de las variables a evaluar relacionadas con los temas de seguridad. Se evalúan mediante listas de chequeo, cada directivo aplica una lista de chequeo. Se divide la visita en dos partes. En la primera hora se ejecuta la lista de chequeo. En la segunda hora hay reunión de todo el equipo con los directivos; Se presenta el servicio por parte del jefe de servicio, posteriormente cada directivo presenta los resultados que se obtuvieron en las listas de chequeo. Esta estrategia está liderada por Gerencia; el gerente es quien lidera la segunda parte de la visita. Al hacer el informe de cada uno de los directivos, se genera un documento con los compromisos. El tiempo de cumplimiento de estos compromisos es de una semana, el área de calidad realiza una visita posteriormente para verificar que los compromisos hayan sido cumplidos, lo que genera más credibilidad al proceso, por lo cual es una estrategia exitosa, porque cualquier requerimiento tiene su respectiva explicación y resolución.

Algunas de las estrategias definidas por la institución para monitorear la seguridad del paciente en las áreas son: las visitas de calidad, metodología paciente trazador, rondas de seguridad y rondas administrativas.

Algunos de los elementos que se evalúan en las Visitas de Calidad son: estado del carro de paros, manejo de medicamentos y dispositivos, manejo de la historia clínica y la adherencia a guías, cuentas por facturar, orden y aseo, seguridad del paciente, ambiente laboral, cumplimiento de requisitos del Laboratorio Clínico y el Banco de Sangre, Sistema de Información y Comunicaciones, manejo y conocimiento de los canales de comunicación, salud ocupacional y gestión ambiental, manejo y gestión de las tecnologías.

Paciente Trazador: para el desarrollo e implementación de esta estrategia se dio inicio a su aplicación en el año 2011 y fue direccionada desde la gerencia de la institución. Esta metodología es una herramienta utilizada para seguir el "rastro" de un paciente a través de los sistemas y áreas del Hospital, siguiendo el curso del proceso de atención, tratamiento o servicio provisto al paciente a través de toda la organización, con el fin de evaluar las interrelaciones entre las diferentes disciplinas, procesos, programas y servicios, así como los puntos clave del proceso de atención. Con esta herramienta, se realiza seguimiento a las experiencias de un paciente dentro del proceso de cuidado a la salud, mediante la utilización de listas de chequeo estandarizadas; para lo cual se aplican criterios de selección de pacientes "complejos" (Pacientes que han estado en múltiples servicios, pacientes de manejo complicado, mayor número de días de estancia, entre otros) que aseguren la posibilidad de recorrido y evaluación de los sistemas y procesos prioritarios para la atención y que pueden representar riesgos en el cuidado al paciente.

The image shows a screenshot of a patient tracking tool (HGT) with a grid of colored cells (yellow, green, red) representing different stages of patient care across various departments. The grid is organized into columns representing different departments or services, and rows representing different patient journeys or cases. The colors likely indicate the status or completion of specific tasks or services.



**FUNDACIÓN
GUAYACANES**

- *Formación*
- *Gestión del Conocimiento*
- *Gestión de Proyectos*
- *Comunicación en Salud*

www.fundacionguayacanes.org
info@fundacionguayacanes.org



Inicialmente se implementó esta estrategia con auditores médicos quienes realizaban el seguimiento a un solo paciente cada 3 o 6 meses y posteriormente presentaban todos los resultados en el comité ampliado de gerencia. Posteriormente se indicó que se generaría un cambio en la aplicación de esta metodología en la cual de manera simultánea se involucrarían dos personas: una del área administrativa y otra del área asistencial con el objetivo de involucrar al personal administrativo en el proceso de atención en la institución, para que de esta forma al realizar actividades de evaluación en la institución fueran reconocidos, este personal fue entrenado y se le brindaron las directrices a seguir para la correcta aplicación de la metodología del paciente trazador. Siendo así, se conformaron 16 parejas de trabajo, a cada pareja se le asigna un paciente mensualmente con lo cual se realizan 16 evaluaciones de paciente trazador por mes. Como parte del proceso evolutivo institucional y en torno a la meta de la acreditación con excelencia, el hospital cuenta con un asesor externo que apoya y acompaña el desarrollo en el tema correspondiente al modelo de mejoramiento.

Cuando se dio inicio a esta metodología cada equipo contaba con 3 pacientes lo cual era un proceso que tomaba demasiado tiempo, por lo que se realizaron ajustes; el ajuste entonces corresponde a la aplicación de las listas de chequeo con un paciente por pareja de manera mensual a quien se le aplican las listas de chequeo con 34 variables (desde el año 2011 y hasta marzo el año 2013 se manejaron 40 variables), donde se consignan todos los atributos de calidad relacionados con seguridad involucrando el acceso, pertinencia, oportunidad, satisfacción; desde estadística se genera entonces la asignación mensual para los equipos que deben desarrollar la metodología de paciente trazador teniendo en cuenta criterios como: larga estancia del paciente, un paciente que haya pasado por todos los servicios del hospital y que este paciente presenta al menos una de las patologías más frecuentes en el hospital, y aunque los equipos aún tienen 3 pacientes, pueden seleccionar solo uno con los criterios estipulados, adicionalmente generando: revisión de historia clínica, revisión directa de las condiciones del servicio y la satisfacción del paciente. Los resultados correspondientes al informe del paciente trazador han permitido el ajuste del instrumento así como la semaforización de las variables lo cual permite identificar a cuáles se les debe prestar mayor atención.

El asesor externo mencionó la posibilidad de aplicar una variación a la metodología que se venía aplicando, por lo cual, desde el mes de marzo de 2014 se da inicio a la modalidad simplificada en la cual intervienen 111 variables a calificar, con criterios más específicos pero con direccionamiento hacia las variables solicitadas desde acreditación involucrando las necesidades y expectativas del paciente; con esta modalidad se aplica mensualmente la lista inicial y al mes siguiente se aplican estos criterios con las 111 variables para lo cual ya no se realiza por parejas sino por grupos, dividiendo 4 grupos quienes se reúnen durante la jornada de la mañana en el auditorio y seleccionan como equipo al paciente que cumpla con los criterios de esta modalidad y el equipo realizan la revisión de la historia clínica de este paciente, estas 4 parejas, son dirigidas por un coordinador asistencial quien lidera la revisión de los aspectos relacionados con el paciente trazador. Posterior al proceso de revisión, se presentan los datos y se envían a las áreas involucradas.

La diferencia en las dos metodologías radica en los días de estancia del paciente, debido a que en la última metodología son tantas las variables a revisar entonces los días de estancia no deben superar los 4 o 5 días, las demás variables se mantienen, aunque se involucran temas como pertinencia, accesibilidad, uso de medicamentos, cuidado al paciente, información brindada al paciente, plan de egreso, entrevistas con el paciente y con el equipo de salud, personal de servicios generales, estudiantes y demás con el fin de establecer el nivel de conocimientos.

A los planes de mejoramiento derivados de la aplicación de esta metodología, se le realiza seguimiento a través del plan de acción y se desarrollan estrategias para impactar estos puntos que presentan mayor dificultad; uno de estos puntos críticos corresponde a la dificultad que le genera a los pacientes la comprensión de los temas relacionados con los pagos y la facturación de los servicios, por lo cual, se asignó a una persona que es la encargada de hacer entrega de la información por escrito y explicar a los pacientes si deben o no realizar el pago, a mediano plazo con esta estrategia la institución pretende impactar esta dificultad generada en relación con el pago de servicios.

Rondas de Seguridad: se realizan de manera mensual con enfoque en seguridad del paciente teniendo como tema principal el evento adverso ya que constituyen una herramienta de carácter educativo realizada a un servicio o área en la cual se refuerzan y recuerdan las principales actividades que el Hospital implementa día a día en torno a la seguridad del paciente, igualmente se revisan los eventos adversos acumulados en el periodo y se hace seguimiento a las medidas de mejoramiento para su control.



Esta actividad es liderada por el director de área y/o líder de procesos con una duración de 30 minutos aproximadamente y una periodicidad mensual en cada servicio y área.

Las rondas pretenden:

- Estandarizar conceptos y manejo del proceso de gestión de eventos adversos.
- Identificar oportunidades para mejorar la calidad en la atención y seguridad del paciente.
- Promover la socialización, por parte del personal, de propuestas de acciones a implementar que propendan por la atención segura del paciente.
- Facilitar la comunicación sobre seguridad clínica entre los líderes administrativos y personal asistencial.
- Apoyar la construcción y sostenimiento del hospital como una institución altamente confiable.

Estas rondas se desarrollan en un tiempo no mayor a 30 minutos y se realizan únicamente en los servicios asistenciales, los responsables de estas rondas son por lo general los líderes de los comités científicos, los momentos para la ejecución de la ronda son concertados con la jefe del servicio, inicialmente se recuerda el concepto de evento adverso, haciendo énfasis en las metas establecidas por el hospital en cuanto a la cultura del reporte, posteriormente se genera un conversatorio para conocer cómo se encuentra el servicio específico con respecto al tema de evento adverso, de los temas mencionados en la ronda se realiza el levantamiento de un acta en la cual además de consignar los hallazgos se dejan por escrito los compromisos para el mes siguiente.

Estas rondas de seguridad cuentan con seguimiento por parte de la gerencia a través del seguimiento al plan de acción de la institución ya que están incluidas en los compromisos de gestión y cumplimiento y son del conocimiento de los directores. Cabe destacar que el gerente hace parte de los equipos que desarrollan rondas de seguridad desde el punto de vista clínico lo cual evidencia un compromiso con las estrategias de seguridad del paciente emprendidas en la institución.

Rondas Administrativas: desde el comité ampliado de gerencia se llevan a cabo las rondas administrativas, estas rondas si bien es cierto no se dedican de manera exclusiva a temas de seguridad, buscan garantizar que el paciente se encuentre recibiendo una adecuada atención, por lo cual pueden ser realizadas todos los días incluyendo los días sábados, domingos y festivos teniendo en cuenta que estos horarios no corresponden a los del personal administrativo, por lo cual a partir de las 5 de la tarde, este personal administrativo hace las veces de gerente encargado, los fines de semana también se realiza la ronda en la cual se detectan necesidades no solamente del personal, sino también los pacientes en temas relacionados con el egreso de usuarios entre otros. El lunes siguiente a la ronda se consolida la información recopilada con propuestas de mejora incluidas para la intervención de los hallazgos reportados.

Voluntariado "Aliados en la seguridad del paciente": La institución también cuenta con un grupo de voluntariado conocido como Las Damas Rosadas, es a ellas a quienes desde hace 4 años posterior a las rondas de seguridad se les realiza el despliegue informativo con el fin de mantenerlas al tanto de las situaciones relevantes ocurridas en el hospital incluyendo los eventos del fin de semana. En el informe de igual manera se consigna si durante la ronda administrativa asistieron personas del voluntariado, qué personas asistieron, qué acciones de mejora se derivan de los hallazgos y qué observaciones realizan.



Damas Voluntarias Hospital General de Medellín

Además de reconocer a las Damas Rosadas como multiplicadoras de la política de seguridad del paciente institucional. Debido al cambio generado en el año 2009 con la migración de la historia clínica en físico a la historia clínica en medio electrónico, las damas voluntarias solicitaron ante la gerencia mayor claridad sobre los roles a desempeñar en la institución, por lo cual en el año 2011, son capacitadas durante todo el año en diferentes temas con el fin de apoyar el proceso de despliegue, capacitación y educación de la información a los pacientes y familias, los temas principales de capacitación brindados por ellas son: Plataforma estratégica, puericultura por el tema de la lactancia materna y el cuidado del bebé, gestión ambiental con el tema de recursos naturales y finalmente seguridad del paciente con la socialización de prácticas seguras. Para el año 2014 se realizó un acompañamiento en educación a más de 9.000 pacientes, en el año 2016 para el consolidado correspondiente a los meses de enero a mayo se ha realizado despliegue en educación a casi 7.000 pacientes y acompañantes.

Otras estrategias adicionales corresponden a diferentes tipos de reuniones programadas y ejecutadas en diferentes ámbitos a saber:

Reuniones del Comité de Seguridad del Paciente: Donde se evalúan los eventos adversos del mes anterior y se realizan propuestas de mejoramiento que de forma global desde lo institucional, ayuden a disminuir su presentación.

Reuniones de Grupos de Mejoramiento: En estas reuniones se emiten conceptos de situaciones que requieren mejoramientos y se expresa un análisis y retroalimentación de las situaciones presentadas. Estas se realizan de manera mensual.

Reuniones de Comité Gerencial de Seguridad del Paciente: Integrado por el gerente, los subgerentes y representantes de los comités que tienen que ver con la seguridad del paciente; se dan las fortalezas, riesgos y oportunidades de mejora, en materia de seguridad. De este comité, hacen parte los siguientes: Emergencias, Evaluación de Estancia Hospitalaria, Farmacia y Terapéutica, Reúso, Infecciones Intrahospitalarias, Transfusiones, Vigilancia Epidemiológica, Seguridad del Paciente, Historias Clínicas, Maternidad Segura, Altas y Complicaciones.

Reuniones de evaluación del Plan de Acción: Se expone la gestión de sus áreas y el Jefe de Calidad y Planeación expone la situación presentada de eventos adversos de los dos meses anteriores.

¿Cómo está estructurado el programa de seguridad del paciente?

El programa de seguridad del paciente en el hospital fue desarrollado con la finalidad de que fuera más operativo y práctico, este programa se encuentra documentado desde el año 2009 y cuenta con algunos componentes como el mantenimiento de la plataforma estratégica que esté acorde a la seguridad del paciente, desarrollo de actividades enfocadas en la generación de cultura organizacional a través de una cultura justa y no punitiva, las estrategias para la seguridad del paciente y las estrategias para el mejoramiento continuo a nivel institucional.

Es así que el Programa de Seguridad del Paciente institucional se desarrolla e implementa con el fin de generar la mejora continua de la seguridad en los procesos de atención de los pacientes promoviendo el autocontrol y control de los riesgos en las áreas de trabajo y el reporte y análisis de los eventos adversos y casi eventos que se presentan.

La estructura del programa se encuentra delimitada por los siguientes ejes:

- Plataforma estratégica.
- Cultura organizacional para la seguridad del paciente.
- Estrategias para la seguridad en la atención del paciente.
- Gestión de eventos adversos.



¿Cuáles son las estrategias utilizadas por la organización para transformar la cultura organizacional con el fin de fomentar hábitos y prácticas seguras?

En la institución se reconoce la importancia de brindar al personal las herramientas y reglas para, posteriormente realizar seguimiento al cumplimiento de los lineamientos establecidos institucionalmente para la seguridad del paciente.

Por lo tanto es de suma importancia y se establece como estrategia principal el tema de capacitación a todo el personal con el fin de adoptar la cultura organizacional ya sea a través de las jornadas de calidad (en las cuales se desarrollan las olimpiadas del conocimiento).



Gestores de calidad: La estrategia de los gestores de calidad fue conformado en el hospital desde el año 2008 por personas tanto del área administrativa como asistencial, los cuales inicialmente fueron conocidos en la institución como los líderes cero accidentes con un enfoque en salud ocupacional. Desde hace aproximadamente 5 años se generó una ampliación del alcance a estos grupos por lo cual apoyan el sistema integral de gestión de calidad ya que estos grupos se encuentran conformados por personas líderes de cada servicio. Para su selección se identifica y elige una persona que sea referente en su servicio, que tenga credibilidad, que convoque a temas de capacitación e implementación de prácticas seguras.

Las personas que conforman estos grupos de gestores reciben capacitación mensualmente y en caso de nuevas estrategias se les genera el conocimiento previo de los temas con el fin de que conviertan en un apoyo para los jefes de los servicios debido a su conocimiento previo de los temas.

Entérese

Tutoras de Calidad

Por: Olga Teresita Salazar López, Enfermera Tutora de Calidad

Cada día en el sector salud se buscan estrategias para el mejoramiento en la calidad de la prestación de servicios, lo que hace más exigente el cumplimiento de los estándares de calidad, por eso, toda institución que quiera sobrevivir debe propender por la prestación de servicios con excelente calidad profesional.

En coherencia con lo anterior, surge en el Hospital General de Medellín el Programa de Tutoras de Calidad, que consiste en un grupo de Enfermeras Profesionales distribuidos por áreas, quienes realizan visitas a los diferentes servicios asistenciales para la verificación del cumplimiento de los estándares y procesos adoptados por la institución, el diagnóstico de debilidades y falencias, igualmente para el acompañamiento en las mejoras establecidas.

El programa tiene objetivos claros encaminados al mejoramiento de los procesos y a la calidad en la prestación de servicios, entre los cuales se resaltan:

- Acompañar la gestión de las oportunidades de mejora que se requieran en el servicio, involucrando a todo el equipo de salud, generando acciones de mejoramiento mediante el diálogo y apoyo directo con los funcionarios en un escenario tranquilo que se ve reflejado en una excelente calidad en la prestación del servicio.
- Crear una cultura de calidad y compromiso en todos los funcionarios de los servicios para contribuir a los buenos resultados en la atención del paciente en la institución.
- Reforzar el conocimiento y aplicación de los estándares de calidad de la institución.
- Concertar y controlar acciones correctivas, preventivas y de mejora según los hallazgos detectados en cada Servicio.
- Contribuir al pleno cumplimiento de la plataforma estratégica de la institución.

Luego de la aplicación de estas estrategias se construyen los indicadores de resultado, los cuales muestran el impacto logrado con el programa en un periodo de tiempo y además de los temas críticos que deben intervenir por las diferentes áreas, dichos de procesos para el mejoramiento en la prestación del servicio.

El Programa inició desde el mes de septiembre durante tres meses, con 10 profesionales de enfermería asignados por el Hospital y por la Cooperativa Corfenix (en respuesta a su gran compromiso con la calidad en la atención), cada uno con dos o tres servicios asistenciales asignados para el acompañamiento permanente.

En esta primera etapa, se trabajó en el despliegue del Programa y de los estándares de calidad a través de la aplicación de las listas de chequeo de la Visita de Calidad, haciendo énfasis en el estándar de gerencia de la información y en el nuevo registro de Plan de Egreso de la historia clínica, con el fin de mejorar la información al paciente y su familia, la información institucional a los funcionarios y, lo más importante, el registro de la misma en la historia del paciente, obteniendo resultados muy satisfactorios.

En el desarrollo de esta estrategia, participaron las diferentes áreas involucradas en el mejoramiento de los procesos para la atención del paciente, tales como: Aseo, farmacia, mantenimiento, laboratorio clínico y banco de sangre, ayudas diagnósticas, lavandería, servicio de alimentación.

En la gráfica siguiente se aprecia algunos de los resultados obtenidos con la implementación de este programa, se observa el aumento en el cumplimiento de los diferentes estándares en toda la institución.



Desde el año 2016 se generó un cambio en el sentido de las capacitaciones teóricas y se involucró la actualización de conceptos en un mes para el mes siguiente desplazarse por los servicios y poner en práctica lo aprendido ya que a cada gestor se le asigna cada día un servicio distinto establecido desde el cuadro de turnos institucional para el conocimiento de todo el personal, así cada gestor se presenta en el área asignada con el material para desarrollar sus actividades; cada mes se prioriza un tema, por ejemplo, en el mes de febrero el tema específico a tratar fue identificación del paciente, el mes de abril sobre uso seguro de medicamentos, en el mes siguiente se está tratando el tema de prevención de caídas.

Finalmente, durante estas jornadas los gestores cuentan con 3 temas principales a saber que son:

- Seguridad del paciente actualmente mencionando el tema de caídas.
- Acreditación realizando despliegue de humanización.
- Salud ocupacional con el tema de estilos de vida saludables.

En todo caso, realizando siempre el despliegue de la información no solo al cliente interno, sino a pacientes, cuidadores y familia, la estrategia de despliegue es la presentación de un volante con la información que es explicada por el gestor a cada persona con el fin de generar mayor apropiación, de igual manera, el volante es entregado a quienes reciban dicha información; esta estrategia ha tenido para la institución un desarrollo y un impacto positivo destacando ya el conocimiento a los gestores por parte tanto de los colaboradores como del cliente externo quienes son vistos no como el personal que verifica y evalúa, sino como el personal de apoyo en los servicios que brinda educación, al finalizar la jornada solicitan reunión con el personal de los servicios y realizan la realimentación de la actividad con respecto a preguntas o manifestaciones de los pacientes y los resultados de la observación directa como gestores lo cual queda consignado en las listas de asistencia de quienes recibieron información así como la entrega de un informe en caso de que exista algún hallazgo que se haya observado durante la jornada, este informe es enviado al área con el fin de generar las acciones de mejora a que haya lugar.

Plan de Tutorías: Es una estrategia de acompañamiento en el mejoramiento del desempeño del personal a cargo, fue creado con el fin de actualizar y nivelar el conocimiento y la destreza del personal de enfermería en su quehacer laboral, una vez se haya identificado una situación de mejoramiento.

Esta estrategia emplea la siguiente metodología:

- Asignación de personal proporcional al número de enfermeras por servicio.
- Cada enfermera brinda a su personal acompañamiento continuo y personalizado y tendrá en cuenta los conceptos de sus compañeros.
- Brindar asesoría técnica.
- Identificar debilidades del personal asignado.
- Elaborar plan individual de capacitación.
- Seguimiento escrito.
- Realizar reporte escrito.

Control de traslado de pacientes: El Hospital presta especial atención a la comunicación y coordinación durante los traslados entre Servicios y durante las remisiones, con el fin de controlar los posibles riesgos derivados de una información incompleta, imprecisa o equivocada la Institución aplica una Lista de Chequeo "Control de Traslado del Paciente", donde se verifican: la condición clínica del paciente al momento de la salida del Servicio, los documentos físicos aportados, las pertenencias y, las actividades o cuidados de enfermería pendientes por cumplir.

Cuando se trata del traslado desde el Servicio de Urgencias a otros Servicios de Hospitalización se establece contacto entre los Profesionales de Enfermería, si el paciente está estable; en el caso de pacientes inestables para UCI o Cirugía, se acompaña del Médico y Profesional de Enfermería.

Escalas de identificación, medición y control de riesgos: Estas herramientas se encuentran incluidas en la historia clínica electrónica, en función de aquellos usuarios que en razón de su edad, de su condición clínica, del tratamiento que están recibiendo o de otros factores, pudieran presentar factores de riesgo para la generación de eventos adversos o complicaciones. Estas valoraciones combinan el juicio clínico y los instrumentos estandarizados. Como ejemplo de estas escalas se encuentran:

- Escala de Braden.
- Escala del dolor.
- Escala de valoración del riesgo de caídas.
- Índices de severidad.

Otras estrategias corresponden a:

Boletín mensual: en el cual se publica un artículo para la gestión del conocimiento y que también da cuenta de cómo ha sido el avance en la implementación de las estrategias de seguridad del paciente.

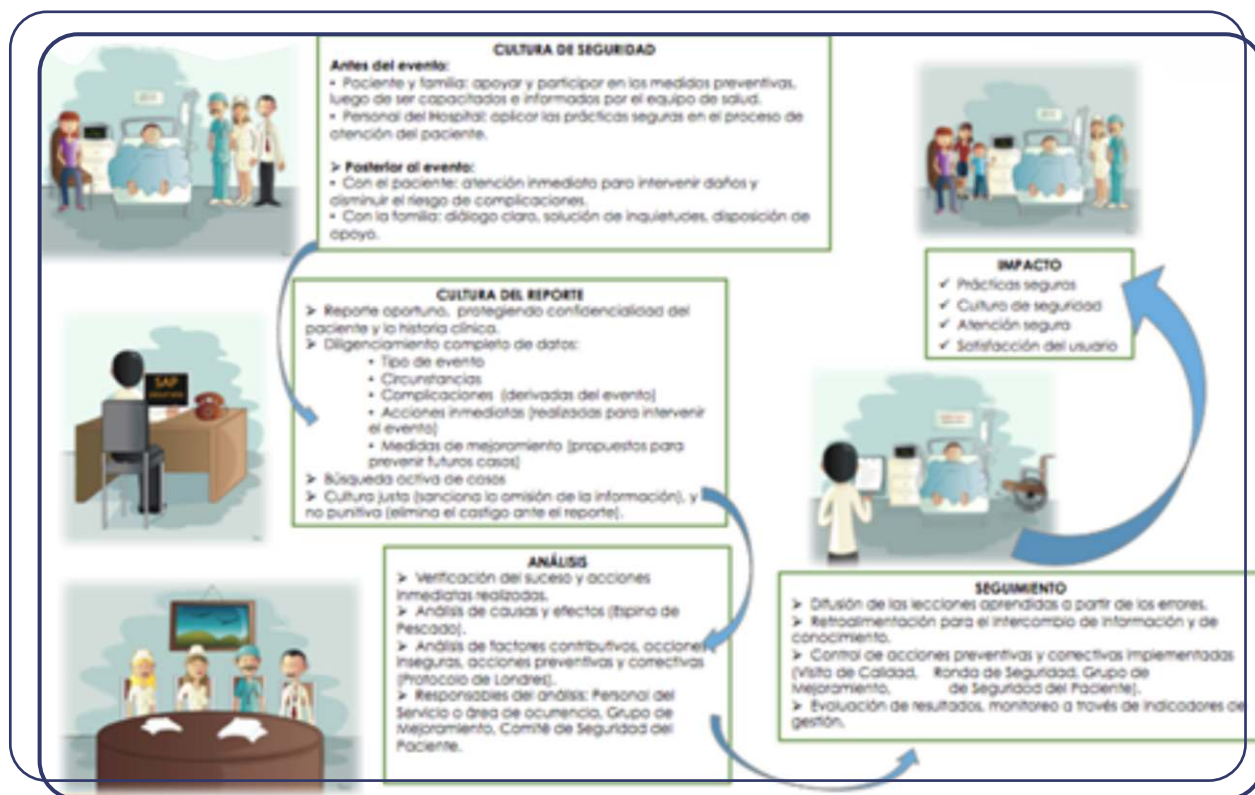
Implementación de ayudas visuales tanto para el usuario externo como interno, volantes y como estrategia muy importante y que implica una ayuda significativa es la intranet institucional en donde se cuenta con un sitio específico para seguridad del paciente y al cual el personal tiene acceso y conoce las campañas de seguridad, novedades sobre prácticas seguras, videos de prácticas seguras teniendo como visión a corto plazo realizar el montaje de las 10 prácticas de seguridad del paciente obligatorias y exigidas por el Ministerio ya dispuestas en plataforma para el acceso del personal de manera más amigable.

¿Cómo se realiza la gestión de los eventos adversos y quienes participan en su gestión?

La institución generó desde hace aproximadamente 5 años una cartelera en la cual se muestra paso a paso todo lo relacionado con el reporte y gestión de eventos adversos y se mencionan las prácticas seguras como medida de prevención en la ocurrencia de eventos adversos. De igual manera se menciona lo relacionado con la cultura del reporte, el diligenciamiento del formato y el cómo se genera el reporte, se indica como es el proceso de análisis y gestión del evento reportado, el proceso de intervención y seguimiento del caso y los objetivos de cada fase. Esta información es desplegada también desde la inducción del personal, en las jornadas de calidad y de capacitación realizadas en la institución, así como desde el

componente virtual con el curso de seguridad del paciente propio del hospital donde se menciona el tema de reporte y gestión del evento adverso a través de una cartelera virtual. Esta información es dirigida a todos los funcionarios del hospital, por lo tanto en caso de presentarse o detectarse el evento adverso, desde la plataforma de historia clínica electrónica institucional SAP se cuenta con un formato para el reporte de eventos la cual se encontraba en funcionamiento desde el año 2009, sin embargo, desde el mes de junio de 2016 se cuenta con una nueva plataforma que evita el tema de la documentación en físico y la manualidad en esta gestión, sin embargo, se mantienen los formatos en físico debido a que se reconoce que puede haber personas que no cuentan con las destrezas para el manejo de equipos lo cual permite y facilita el reporte por parte de todo el personal.

Promover y facilitar la cultura del reporte es una de las maneras para evitar los eventos adversos prevenibles, lo cual permite aprender de los eventos ya presentados y realizar mejoras para prevenir su recurrencia.



Posterior al reporte se encuentran grupos direccionados encargados de realizar el análisis y la intervención de los eventos a través de la revisión del reporte generado en la historia clínica, con acceso a la información se tipifica el evento y se regresa la información con la realimentación a través del sistema lo cual brinda oportunidad de conocimiento a los líderes sobre lo que ocurre en los servicios en tiempo real para dar inicio a las acciones de mejora y seguimiento, para finalmente realizar de manera mensual la consolidación de la información en donde es posible evidenciar qué eventos ya han sido analizados, cuáles gestionados o cuáles siguen abiertos para solicitar al líder la correspondiente gestión y cierre del mismo. Todo el personal asistencial con acceso a la historia clínica electrónica puede tener acceso y conocer los eventos adversos del servicio, los notificados, los gestionados, que medidas propuso el líder y se genera la matriz de riesgo por grupo poblacional. En caso de ser un evento moderado, debe proponerse factores contributivos, barreras de seguridad y proponer soluciones. En el caso de que el evento corresponda a un evento centinela, de inmediato desde el sistema solicita el análisis con protocolo de Londres permitiendo visualizar en el sistema toda la trazabilidad relacionada con el evento adverso desde su reporte, asignación, tipificación, análisis, gestión, seguimiento a compromisos y cierre del mismo. El tiempo que debe transcurrir desde el momento del reporte hasta la tipificación y asignación no debe ser superior a 8 días, posteriormente, el personal cuenta con 15 días para realizar la respectiva gestión del evento. En la actualidad la institución se encuentra realizando seguimiento a la implementación de la gestión del evento adverso para lo cual se cuenta con los grupos de mejoramiento para realizar esta gestión. Estos grupos de

mejoramiento se dividen en 4 grupos que corresponden a las direcciones asistenciales (Urgencias - Hospitalización - Ambulatorios - Quirúrgicos) de la institución los cuales se reúnen mensualmente, el objetivo de estos grupos de mejoramiento es analizar cómo se encuentra y desarrolla el tema de eventos adversos por área cada mes, cada grupo es liderado por el director del servicio correspondiente y posterior a este análisis deben generarse oportunidades de mejoramiento para los hallazgos evidenciados o de seguimiento para aquellos planes de mejoramiento que ya se han dejado para llevar a cabo, todo en favor del mejoramiento en seguridad del paciente.

Algunas de las herramientas que se le facilitan al personal corresponden a las guías rápidas para el manejo del evento adverso, y como respuesta a una solicitud derivada desde sistema único de habilitación se estableció un instrumento que menciona y brinda la posibilidad de establecer cuáles son los eventos adversos más comunes por servicio y qué hacer en caso de la ocurrencia de un evento adverso, de esta información se derivan unas plantillas en Excel y esta información permite realizar seguimiento a la implementación de las acciones en razón a la ocurrencia de un evento, esta información correspondiente a todas las áreas es consolidada y se presenta de manera mensual en el comité de gerencia.

En lo que respecta al acompañamiento y manejo de la segunda víctima, la institución generó el desarrollo de un curso virtual gratuito con una universidad de España, lo cual permitió fortalecer el proceso documental relacionado con el tema de cómo proceder con la segunda víctima.

Detección, prevención y control de infecciones asociadas al cuidado

Alineados con el compromiso propuesto por la OMS, en el Hospital General de Medellín, una de las prioridades es eliminar cualquier posibilidad de contaminación microbiana adquirida por el contacto directo o indirecto con usuarios colonizados/infectados o fuentes ambientales colonizadas y, por ende, ayudar a disminuir las infecciones asociadas a la salud.



¿Qué lineamientos tiene la institución frente a la higiene de manos y el uso seguro de guantes?



En el hospital se desarrolla la estrategia multimodal que propone la Organización Mundial de la Salud. Esta estrategia comprende: observaciones, recordatorios en lugares de trabajo, revisión de dispensadores de jabón.

El hospital general de Medellín decide fortalecer esta estrategia creando desde el año 2014 un equipo permanente de trabajo de higiene de manos.

De igual manera, la institución se esfuerza por incluir la participación del usuario y cuidadores en la atención limpia conscientes de que los

pacientes y sus familiares también son responsables de su cuidado, se promueven estrategias educativas para enseñarles la higiene de manos y que al recibir la atención del personal se solicite la higiene de manos bajo la premisa de que la higiene de las manos es la práctica más simple, efectiva e importante para prevención de la diseminación de organismos infecciosos en hospitales.

Como complemento a una efectiva higiene de manos, también es importante que el personal tenga conocimiento e implemente algunas recomendaciones relacionadas con el uso de guantes: Usar guantes cuando vaya a tener contacto con sangre, secreciones o con material potencialmente infeccioso, retirarse los guantes inmediatamente después de atender a un paciente, no circular con los guantes por el servicio, no hacer uso del mismo par de guantes para atender a más de un paciente, no lavar los guantes, ni aplicar alcohol glicerinado sobre ellos y recordar siempre que el uso de guantes no suprime la necesidad de realizar una correcta higiene de manos.

¿Cómo ha sido el paso a paso para implementar la estrategia de higiene de manos en la institución?

El programa de higiene de manos se desarrolla en la institución desde el año 2008, desde que la Organización Mundial de la Salud lo presenta en Colombia. En este año, fueron instruidos 3 auxiliares de enfermería, un jefe de enfermería de tiempo completo y un médico especialista. Estos profesionales fueron capacitados en cómo hacer las observaciones especialmente en lavado de manos, realizando adicionalmente la revisión mensual en el piso correspondiente a la labor dentro del hospital. El jefe de enfermería dio inicio con 6 horas semanales y fue entrenando a auxiliares de enfermería con los videos que envió la OMS.

A partir del 2014 se dispone de personal dedicado a la observación de este procedimiento, este personal se encuentra entrenado y evaluado en esta labor, la cual se refuerza con la creación de diversos instructivos necesarios para garantizar el adecuado lavado de manos. Mediante observaciones y tabulación de cada servicio se ha evaluado en la institución el correcto lavado de manos; además la institución recurre a la revisión de las cámaras para medir adherencia real de la cultura.

Desde este momento, se evalúan los momentos de la higiene de manos: fricción, lavado, o si no hay lavado. En la fricción y el lavado, si se usa la técnica adecuada. En un principio solo se evalúa que se realicen los momentos, No la técnica; de tal forma que el equipo reconozca claramente los momentos del lavado de manos.

Con estas revisiones constantes, el hospital general de Medellín ha pasado de una apropiación del 2% para el año 2008 al 12% en el año 2015. Todo el procedimiento de observación es documentado y los resultados publicados en medios masivos del hospital, para que la comunidad haga la retroalimentación de los debidos resultados.

Para poder medir y controlar la adherencia a la norma, se verifica la actividad de consumo. La meta de la OMS es de 20 aplicaciones de alcohol por paciente en unidad de cuidado intensivo o de 5 a 8 en hospitalización. El uso de guantes en el hospital ha sido manejado por salud ocupacional quien informa en su respectivo instructivo que los guantes deben ser usados para todo, a pesar que la OMS indica que en algunos momentos en los que no es necesario, el Hospital General de Medellín estructura la norma para el hospital con el fin de racionalizar el uso adecuado de guantes.



¿Qué estrategias se han implementado para fomentar la cultura de la higiene de manos y para sensibilizar y capacitar en los protocolos definidos por la institución?

Para la implementación de la estrategia de lavado de manos, se cuenta con el equipo de trabajo, los indicadores, las listas de asistencia y los exámenes dirigidos a los estudiantes. Otra de las estrategias consiste en capacitar al personal en el sitio de trabajo consiguiendo impactar al 50% de los médicos especialistas. Los estudiantes que rotan por el hospital general, deben pasar por la capacitación correspondiente a higiene de manos en cada rotación, aplicándose una prueba pre test y pos test. En caso de que el estudiante no logre pasar la prueba pos test no puede realizar las rotaciones en el Hospital General de Medellín. Al personal se le recuerda de manera frecuente que la higiene de las manos debe realizarse exactamente en el lugar donde se está prestando el cuidado y reforzando que la limpieza con desinfectante alcohólico para las manos debe realizarse por un tiempo no inferior a 20 o 30 segundos.

Dentro de los temas mencionados en la capacitación brindada a todo el personal, se menciona la presencia de microorganismos en la piel del paciente y en los objetos que lo rodean, la posibilidad de que por contacto directo o indirecto, las manos de los trabajadores de la salud se contaminen con los microorganismos del paciente, la posibilidad comprobada de microorganismos que sobreviven y se multiplican en las manos de los trabajadores de la salud, y la transmisión cruzada de microorganismos entre el paciente A y el paciente B a través de las manos del trabajador de la salud.

La Organización Mundial de la Salud propone al Hospital General de Medellín para participar en el premio latinoamericano de la excelencia e innovación en higiene de manos por considerar que la estrategia aplicada ha generado cambios significativos en el hospital.



¿Cómo se evalúa la adherencia a la higiene de manos acorde con los 5 momentos de la OMS?

El nivel de adherencia es del 73%. El hospital General de Medellín, ha logrado disminuir la tasa de disminución de infecciones reportada en el año 2011 que se encontraba en el 3.15% y a la fecha el indicador está a la mitad, gracias a la articulación de los procesos y el apoyo del área de comunicaciones. El objetivo es mantener el índice de infección intrahospitalaria por debajo de 3%

La atención segura comienza desde que se recibe al usuario, en los diferentes puntos de acceso para su atención hospitalaria. Entre las acciones que ameritan contacto desde el ingreso del usuario a la institución y por lo tanto unas manos seguras, se encuentran: saludar al paciente dándole la mano, realizar un procedimiento no invasivo como colocar una máscara de oxígeno o realizar fisioterapia, antes de realizar una exploración física no invasiva como tomar signos vitales o realizar un examen físico, entre otros, acorde a lo expuesto el personal de salud está entrenado y capacitado para realizar el lavado e higiene de manos teniendo en cuenta los 5 momentos.



¿Qué criterios se tienen definidos para identificar una infección asociada al cuidado?

Los criterios son los mismos del CHSN (antiguo CDC) donde se define una infección asociada al cuidado de la salud y cuantos días debe presentarse dentro de la institución para considerarse asociada al cuidado. Acorde a esta información en la institución se revisa la historia clínica del paciente involucrado y se verifica si cumple con criterio de caso, en caso de corroborarse, se realiza el diligenciamiento de un formato de infección asociada al cuidado de la salud.

¿Cómo se realiza el seguimiento y control de las infecciones asociadas al cuidado?

Dentro de la institución se manejan protocolos establecidos de prevención y de manejo. Se diseñan las herramientas de tipo documental para prevenir estas infecciones asociadas: listas de chequeo y protocolos de manejo, protocolos para prevenir, que el paciente se infecte. En las rondas que se realizan 3 veces por semana se realiza revisión de dispositivos y cuando desafortunadamente se presenta la infección por factores de riesgo o por factores asociados, se pasa al protocolo de manejo de la infección.

Existen protocolos para los tipos de infecciones que son más frecuentes, para controlar el proceso y evitar las posibles complicaciones tales como fallas multisistémicas e incluso la muerte.

Una vez realizada la verificación de los procesos, se carga la información en una herramienta virtual, que arroja una calificación donde se evidencia cuál ha sido el seguimiento y control de los protocolos de cumplimiento de control de infecciones.

¿Qué acciones se han implementado para las medidas de profilaxis antibiótica oportuna? ¿Qué resultados se han obtenido?

- En años anteriores se organizó el protocolo para paciente ambulatorio, con 2 o menos días y más de 2 días de estancia hospitalaria.
- En Servicio Farmacéutico en el momento que el médico no de cumplimiento al protocolo de profilaxis y le ordene un medicamento distinto al paciente, el químico farmacéutico se comunica con el médico para indicarle la profilaxis estipulada por protocolo institucional y las y solicitarle las posibles razones del porqué no indico el que debía ser. La adherencia ha sido del 92% sin intervención y del 98% con intervención. Sin embargo, si el medico describe con exactitud el porqué de la circunstancia, se permite el cambio del medicamento.
- En el año 2016 se plantea la creación de una herramienta que permita la medición de adherencia a partir de las historias clínicas digitales. Se espera que finalizando el año se cuente con este instrumento que permita una medición más a corto plazo.
- Adicionalmente, el comité de infecciones cuenta con un representante de cada una de las especialidades del hospital.

¿Cuáles son los principales lineamientos en el protocolo para el aislamiento hospitalario?

- A finales de 2015 se realizó un estudio para la reestructuración en el protocolo de aislamiento hospitalario, para alinearse con las demás instituciones de la ciudad de Medellín. Se llevó a cabo un trabajo de referenciación con las instituciones de Medellín en cuanto a documentación y literatura, culminando con la actualización del protocolo.
- Capacitaciones a todos los miembros de la institución.
- Capacitaciones a los familiares.
- Entrega a los pacientes de un carnet de identificación como portador de germen multirresistente.
- Revisión una vez por semana de la pertinencia de los aislamientos.
- Medición de la adherencia del personal de salud, de la familia y del paciente.



¿Qué lineamientos se han desarrollado para el traslado de pacientes con indicación de aislamiento?

El protocolo institucional menciona la norma para el traslado del paciente en condiciones de aislamiento indicando: cómo se realiza el aseo al ascensor, quién debe transportarlo, elementos de protección personal del paciente y quien lo traslada; quién es el encargado de reportar sobre las condiciones de aislamiento del paciente. Condiciones de limpieza y desinfección de todos los elementos usados en el transporte.

¿De qué manera se divulgan y se realiza seguimiento a la adherencia de los protocolos de asepsia, desinfección y esterilización, protocolos de reúso y reenvase, manual de buenas prácticas de esterilización profilaxis antibiótica, protocolo de inserción de sondas urinarias, protocolo para colocación de catéteres?



- De asepsia, desinfección y esterilización con las áreas específicas. Se realizan controles microbiológicos mensualmente.
- Profilaxis antibiótica realizando seguimiento por sistema y de manera manual.
- Manejo de heridas que hace parte de todo el tema de manejo de infecciones de uso de sondas y de colocación de catéteres realizando seguimiento a la implementación a través de rondas de seguridad.

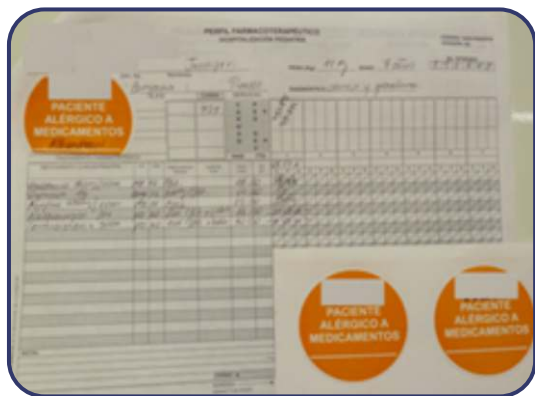
¿Quiénes conforman el comité de infecciones intrahospitalarias, farmacia y terapéutica?

Este comité se encuentra conformado por un representante de cada especialidad que tiene el hospital. En pediatría un neonatólogo y un infectólogo pediatra. En cuidado intensivo, un intensivista. Además de un internista, un médico general, un ortopedista, un cirujano general, un ginecobstetra; una microbióloga, un químico farmacéutico, el infectólogo de adultos que es el coordinador técnico del comité y una jefe de enfermería. Este comité se reúne una vez cada mes.

Uso seguro de medicamentos

El proceso de medicamentos en el Hospital General de Medellín ha exigido la aplicación de prácticas seguras en todas sus etapas encaminadas a disminuir o minimizar los riesgos a los cuales se exponen a diario los usuarios. Por este motivo se elaboró el Manual de uso de medicamentos cuyo contenido ofrece todas las herramientas necesarias para cumplir con la aplicación segura de medicamentos al interior de la institución.

Sticker naranja en perfil farmacoterapéutico



La planificación de medicamentos como práctica segura en el uso de medicamentos es responsabilidad del profesional de enfermería quien teniendo en cuenta algunas variables como ejemplo: horarios adecuados antes o después de las comidas, en la mañana o en la noche, frecuencia y horas de sueño, interacciones medicamentosas entre otras. También realiza la planificación de los eventos para la administración y brinda su visto bueno a estas variables antes de que el servicio farmacéutico proceda a la dispensación. Después de la planificación, el servicio farmacéutico realiza el perfil fármaco terapéutico que permite realizar la trazabilidad del tratamiento de cada usuario y apoyar en caso de inconsistencias de prescripción, días de tratamientos, dosis o vías elegidas por el profesional tratante.

¿Cómo se desarrolla el proceso para la preparación y administración de medicamentos de manera segura?

El proceso de preparación de medicamentos se encuentra estructurado de dos formas:

Centralizado: a través del servicio farmacéutico, para productos estériles con gran alcance para la población pediátrica. Este proceso está certificado en buenas prácticas de elaboración orientado a cubrir a las poblaciones más vulnerables. Por seguridad y costo, en los servicios de neonatos, lactantes, pediatría, UCI neonatal y UCI pediátrica se preparan los medicamentos priorizados en gran volumen, con el fin de minimizar el recalcule de dosis.

Descentralizado: la preparación es realizada por el personal de enfermería en los servicios de hospitalización, se prioriza en SAP (sistema de historia clínica electrónica), apoyado por textos explicativos para la preparación de medicamentos.

El Hospital General de Medellín construye actualmente un manual de uso de medicamentos y protección de vías de transferencia de puertos de dilución y de agujas; incorporando la estrategia de la OMS en prácticas seguras de inyección, al manual de uso de medicamentos apoyados por muestreos de control de microbiológico para garantizar la aplicación de técnicas asépticas.

El momento de la preparación y administración de medicamentos es vital en la prevención de eventos adversos. Por lo anterior, se establece que el auxiliar de enfermería debe ingresar con su carro a la habitación del usuario, revisar a través del sistema SAP, el Kárdex de medicamentos y aplicar los cinco correctos para la administración de medicamentos:

- Paciente correcto
- Medicamento correcto
- Hora correcta
- Dosis correcta
- Vía correcta

El personal debe realizar chequeo cruzado del pantallazo del sistema con la manilla del usuario, además de preguntar al usuario su nombre y aunque en el sistema no se evidencien alergias, se debe indagar al usuario siempre antes de realizar la administración de cualquier medicamento. Es imperativo realizar la higiene de manos como establece la institución y teniendo en cuenta la aplicación de los cinco momentos de la higiene de manos.

Posteriormente debe informarse al usuario sobre el medicamento que se le va a aplicar y explicar cuáles son sus efectos adversos con el fin de que informe oportunamente ante la presencia de cualquier síntoma; para esta actividad se debe apoyar del Rotafolio de medicamentos ubicado en el carro de medicamentos, el cual constituye una herramienta de consulta rápida de los principales 11 grupos de medicamentos utilizados en los servicios de hospitalización.

Cuando el personal se encuentra preparando medicamentos debe evitar distracciones o la realización de otras tareas que lo desconcentren y faciliten el error. En el momento de la administración de medicamentos, se deben aplicar las medidas de asepsia y antisepsia necesaria para evitar infecciones asociadas a la atención en salud, de esta forma se genera adherencia al instructivo de acceso venoso periférico y al Manual de uso de medicamentos previniendo las flebitis por medio de la revisión del acceso venoso en busca de signos de flebitis que indiquen el cambio inmediato del catéter antes de la aplicación de medicamentos.

La información correspondiente a la administración de medicamentos debe ser registrada en el sistema inmediatamente después de la administración del medicamento. Si todas las medidas mencionadas son aplicadas se ofrece al usuario la aplicación segura de medicamentos y se evita que se presenten eventos adversos que atenten contra su seguridad.



¿Cómo está estructurado el programa de Farmacovigilancia?

El hospital tiene sistematizado el proceso, donde se define cómo se realiza el análisis de una reacción adversa, mecanismos de búsqueda activa, análisis del reporte y cómo se direcciona el reporte. Se definen los principales problemas con el uso de medicamentos y los responsables; la medición se realiza diariamente a través de estrategias de búsqueda activa que se encuentran organizadas en el SAP.

Con base en reportes generados por la herramienta tecnológica, se generan reportes trazadores de medicamentos, para poder analizar la pertinencia de la prescripción de estos medicamentos.

¿Cuáles son los medicamentos de alto riesgo que ha definido la institución y qué acciones se han desarrollado para el uso seguro de estos?

Los siguientes son considerados medicamentos de alto riesgo y se relaciona la alerta estipulada para cada uno de ellos:

- Los anticoagulantes: se identifican generando alertas visuales en su apariencia física.
- Electrolitos y trombo profilaxis: Sticker de alta alerta.



Tabla 1. Medicamentos considerados como de Alta Alerta en el Hospital General de México (HGM).

MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	RAZÓN DE ALERTA	SISTEMA DE ALERTA
Cloruro de Sodio 2mEq/ml	ampolla para 10 ml		
Bicarbonato de Sodio 1mEq/ml	ampolla para 10 ml		
Cloruro de Potasio 2mEq/ml	ampolla para 10 ml		
Fórmula de Pólvora Simulada de Fosfato y 4.4 mg/ml de Calcio	vaso 10 ml	Enchufas concentradas que requieren atención especial en su dilución y ingesta de acuerdo durante la administración.	Adhesivo circular naranja con la leyenda "Alta Alerta"
Sulfato de Magnesio 20%	ampolla para 10 ml		

Y Como anexo en el manual de uso de medicamentos se indica cuáles son los medicamentos de alerta alta y cuáles son delegables y en qué servicios.

¿Se han documentado acciones para el uso seguro de medicamentos de nombre y aspecto similar?

Este listado es actualizado cada año. En caso de identificarse el ingreso de un medicamento de aspecto similar a los ya manejados en el hospital, se cambia el nombre con el que aparece en el sistema. Para nombres similares, se realizan cambios en letras para hacer la diferenciación, sin embargo, la política institucional menciona que nada exige la lectura de la etiqueta del medicamento.

¿Qué pautas se emplean para la ubicación de los medicamentos comunes en apariencia y en nombre, así como los de alto riesgo?

En el caso de similitud en apariencia y nombre de los medicamentos, se realiza una separación para que no queden contiguos. Los sitios para los medicamentos de alerta alta cuentan con un Sticker que los identifica y los hace más visibles que los demás medicamentos; generalmente, estos están orientados al uso en las sustancias parenterales. En otros medios de almacenamiento como el carro de paro de enfermería, los medicamentos están separados y el hospital define que no deben tener altos volúmenes de tabletería fraccionada para que no se preste a confusión.

¿Qué acciones se han desarrollado para garantizar la conciliación de medicamentos de uso rutinario y en qué momentos se realiza esta conciliación?

El hospital plantea capacitaciones con el personal de los diferentes servicios, ya que la conciliación es una actividad obligatoria del ingreso del paciente en donde se deben registrar los medicamentos que toma el paciente. Existe un tipo de conciliación PP (propiedad del paciente) que hace referencia a los medicamentos que el hospital no posee y no es conveniente cambiarle al paciente. Para estos casos el hospital cuenta con un catálogo paralelo al del inventario, en donde el médico tiene la posibilidad de hacer la prescripción del medicamento PP. Esta prescripción es llevada a la farmacia donde un auxiliar de servicio farmacéutico realiza el perfil del medicamento, registra el producto y lo verifica para posteriormente realizar la solicitud del consentimiento para que ese medicamento quede en custodia del hospital. Si el medicamento es nuevo o no se encuentra, en farmacia se realiza el anexo de este medicamento ingresándolo en el catálogo de medicamentos propiedad del paciente - PP.

Cuando el usuario ingresa a la institución, durante la consulta el médico realiza conciliación medicamentosa para conocer los medicamentos, dosis, horarios, alergias conocidas por el usuario o su familia con el fin de garantizar la continuidad del tratamiento, en caso de que el paciente deba ser hospitalizado, se establecen factores de riesgo de alergias en caso de existir con el fin de velar por su recuperación y disminuir la probabilidad de sufrir eventos adversos relacionados con la aplicación de medicamentos.



Una vez el médico define la necesidad de hospitalizar al usuario, lo conduce para entregarlo directamente al personal de enfermería para el inicio del tratamiento ordenado que puede incluir medicamentos de la conciliación y además del nuevo tratamiento. En este caso la comunicación asertiva entre el equipo de salud juega un papel muy importante en la prevención de eventos por mala interpretación de órdenes médicas, falta de oportunidad para el inicio de un tratamiento vital, aplicación de medicamento errado y exposición a riesgos por no conocimiento de antecedentes de alergia.

¿Cuáles son las expresiones definidas por la organización que no son recomendadas?

Esto incluye: la estandarización de las abreviaturas, acrónimos y símbolos utilizados en toda la organización e incluir una lista de aquellos que no se deben utilizar

El hospital posee un manual de siglas y abreviaturas, todo de acuerdo al catálogo que aparece en farmacología.

Se han identificado medicamentos de uso frecuente en la institución que pueden tener efectos secundarios severos. ¿Cuáles son y qué acciones se realizan para garantizar la seguridad del paciente?

- La institución cuenta con textos explicativos en SAP, por medio de un archivo en donde se encuentra la información relevante de algún medicamento que puede ser cambiada o ampliada según sea necesario. Allí se destacan consideraciones importantes de administración, preparación, presentaciones y otras consideraciones importantes; esta herramienta se encuentra enlazada al kárdex de enfermería.
- Se implementa la monitorización de niveles valle de Vancomicina, con un instructivo en donde puede ser revisadas las desviaciones por los químicos farmacéuticos y es posible realizar cambios sugeridos por el químico para ajustar las dosis en caso de ser necesario.
- Se prioriza sobre antibióticos, medicamentos oncológicos, electrolitos y cualquiera que tenga una circunstancia especial.

¿Cómo se ha implementado el programa para la dispensación segura de los medicamentos?

El auxiliar de farmacia encargado de la entrega de medicamentos en el servicio respectivo, realiza el embalaje de su carro de entrega de medicamentos teniendo en cuenta las prácticas seguras para el almacenamiento y transporte de los medicamentos, como son: condiciones de luz apropiadas, mantenimiento de la cadena de frío, identificación clara, lotes y fechas de vencimiento visibles, y custodia adecuada de los mismos.

Los medicamentos de cada usuario son transportados de manera separada, cada medicamento debe contener el nombre claro, la concentración, la presentación y cantidad necesarias para cubrir 24 horas de tratamiento. Los medicamentos de control, además de cumplir con los requisitos mencionados, son dispensados en bolsa color violeta lo cual permite la identificación inmediata.



Al llegar al servicio el auxiliar de farmacia hace entrega a cada auxiliar de enfermería de los medicamentos de los usuarios uno a uno, teniendo como herramienta el computador con el Kárdex de medicamentos donde se puede evidenciar el nombre del paciente, medicamento prescrito, dosis, presentación, vía de administración y cantidad para 24 horas; simultáneamente, el auxiliar de enfermería revisa el medicamento recibido y lo almacena en el cajetín del usuario dentro del carro de medicamentos, el cual debe estar debidamente rotulado con el nombre del usuario, apellidos completos y número de episodio tanto en la etiqueta externa como en la etiqueta interna. El auxiliar de enfermería debe asegurarse

que le fue entregado el tratamiento correcto para las 24 horas y que además debe cargar la información en el sistema para poder ser administrado.

Una adecuada recepción y almacenamiento de los medicamentos del usuario minimiza el riesgo de sufrir eventos adversos relacionados con la aplicación errada de medicamentos contribuyendo a la evolución esperada del usuario.

Asegurar la correcta identificación de pacientes

¿Cuáles son los principales lineamientos institucionales para la correcta identificación de los pacientes?

La Identificación del paciente es un procedimiento que permite al equipo de salud de la institución tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención, en caso de no realizar una correcta identificación del paciente podrían presentarse eventos como: Errores en la entrega de historias clínicas, errores en la medicación y transfusión de un paciente, errores en las pruebas y exámenes diagnósticos, errores en los procedimientos realizados en personas incorrectas, entrega de bebés a familias equivocadas entre otros ya identificados en el hospital.

¿Cómo se realiza la identificación de los pacientes en los diferentes servicios?

La identificación de los pacientes se lleva a cabo de las siguientes formas: por medio de la colocación de manillas a los pacientes, rótulos en cabecera, rótulos en camillas de transporte dentro del área quirúrgica y de emergencias y en las sillas de ruedas. En esencia, La identificación del paciente en el hospital se realiza de dos diferentes maneras:



Identificación verbal:

Se refiere a la correcta identificación del paciente de manera verbal, en tono alto al inicio de cada actividad asistencial con el nombre y apellidos completos del paciente y, ésta debe hacerse en forma participativa con el paciente o con sus cuidadores.



Identificación gráfica:

Es la identificación que se encuentra por escrito en diferentes documentos y dispositivos en el hospital los cuales deben contener los tres identificadores exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y que el Hospital estandarizó, estos son: nombre, episodio y número del documento de identidad.

Es importante tener en cuenta que la identificación grafica es complementaria a la verbal con la que se realiza la comprobación cruzada de la identificación. Dentro de la identificación grafica la institución cuenta con los siguientes mecanismos:



El brazalete:

Para la colocación del brazalete se solicita por parte del personal asistencial el acompañamiento del familiar o responsable del paciente, verificando verbalmente su identificación. Este brazalete debe ser colocado en la muñeca o, cuando no sea posible, en el tobillo. En caso de pacientes que ingresan remitidos de otra institución, debe retirarse la manilla que no corresponda a la del Hospital y colocar la manilla de uso institucional.



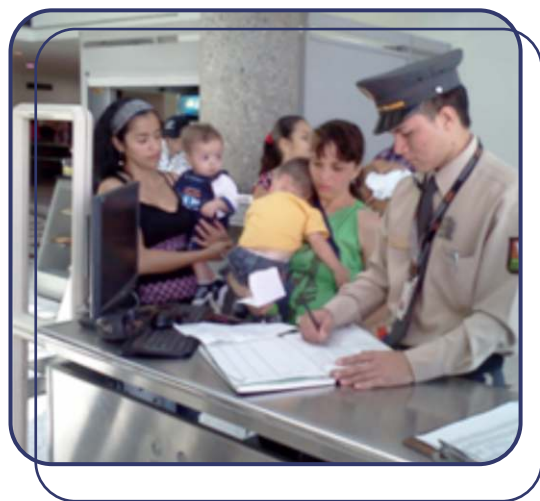
Es de conocimiento de todo el personal que No deberán realizarse pruebas diagnósticas, ni administrarse medicamentos o componentes sanguíneos a pacientes que no dispongan del brazalete de identificación.



Tarjeta con identificación:

 Hospital General de Medellín Las Casas de Gobierno S.S.E.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE EN ÁREA QUIRÚRGICA		CÓDIGO
			VERSIÓN
			FECHA
FECHA			
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE			
PROCEDIMIENTO(S)			
EPISODIO		EDAD	
CIRUJANO			
ANESTESIÓLOGO			
AUXILIAR			

La tarjeta con identificación es el rotulo que contiene los tres identificadores estandarizados en el Hospital y que se colocan en los siguientes lugares: Al pie de la cama, incubadora, cuna, carro de medicamentos, líquidos endovenosos, camillas del área de Cirugía, camillas o sillas de ruedas del área de urgencias, en el Perfil Fármaco-terapéutico que se lleva en el Servicio Farmacéutico.



En caso de ingreso de un menor de edad como usuario de un servicio ambulatorio (Consulta Externa, Vacunación, Laboratorio Clínico), en la portería principal del Hospital el vigilante debe solicitarle al responsable del menor, el documento de identidad para ingresarlo en el sistema y así verificar luego estos datos nuevamente a la salida y evitar confusiones o el rapto de un niño.

Antes de cualquier procedimiento médico o quirúrgico: El Hospital cuenta con estrategias para verificar la identificación como el tablero de "Mi Cirugía Es...", y la lista de chequeo de seguridad quirúrgica. En el caso de procedimientos médicos, se verifica la identificación a través del doble chequeo verbal con el paciente o con el acompañante y visual con la manilla de identificación.

Antes de la administración de medicamentos: Se verifica en cada turno, los rótulos de los casilleros del carro de medicamentos, asegurando que correspondan al paciente correcto y al número episodio correspondiente. Deben marcarse los medicamentos que fueron preparados y se encuentran por fuera de su envase o empaque original e identificarlos con los datos de: Contenido, nombre y apellidos del paciente, fecha y hora de su preparación. Esta marcación debe conservarse desde la extracción del medicamento del envase o empaque original hasta terminar su administración al paciente. Antes de cada administración de medicamentos, verificando con el mismo paciente su correcta identificación.

Antes de la toma de muestras y antes de entregar resultados: el personal está en capacidad de preguntar el nombre al paciente antes del procedimiento y comparar con los datos anotados en el brazalete. Conoce el procedimiento y sabe que debe marcar en presencia del usuario, los recipientes utilizados para recolectar muestras u otros especímenes anatomopatológicos. Esto ayuda a evitar que éstas se confundan, se pierdan o se identifiquen de forma equivocada.

Para la entrega de resultados se debe verificar la totalidad de datos de la identificación del paciente y de la muestra recolectada o tipo de prueba solicitada, si es el caso, se deben descartar las muestras para laboratorio clínico o patología, análisis de exámenes y ayudas diagnósticas, en caso de tener imprecisiones en la identificación.

Antes de transfundir el personal responsable del procedimiento debe aplicar los correctos: Paciente correcto, hemocomponente sanguíneo ordenado, dosis ordenada, vía de administración (verificar en el caso de utilizar catéteres con varios lúmenes), equipo de administración adecuado. Antes de iniciar una transfusión, la verificación de la identidad del paciente debe ser realizada por un mínimo de dos (2) miembros del equipo de salud y en presencia del usuario (Chequeo cruzado).



Antes de trasladar al paciente: el personal cuanta con la instrucción de prestar especial atención a la comunicación y coordinación durante los traslados entre servicios y durante las remisiones, siempre se debe utilizar el formato Control de Traslado de Pacientes con el fin de controlar los posibles riesgos derivados de una identificación incompleta, imprecisa o equivocada.

Es importante tener en cuenta que al momento de salir el paciente, en forma definitiva, del servicio o de la institución, se deben retirar y eliminar los rótulos con su identificación de todos los sitios de atención. No se consideran como datos válidos para la identificación de los usuarios, el número de cama o de habitación. El paciente debe ser identificado por el nombre y apellido y no por el nombre de su enfermedad o agravio a la salud, número o código u otras formas inapropiadas, irrespetuosas o prejuiciosas.

En caso de coincidir dos pacientes con igual nombre y apellido, debe ubicarlos en habitación diferente, además de hacer partícipe al paciente, haciéndole conocer la situación y su control.

Los pacientes pueden padecer de problemas de auto-identificación por causa de demencia o efectos secundarios de los medicamentos. Por tanto, NO se le debe preguntar a un paciente: "¿Es usted María Rodríguez?" ya que acorde a los casos mencionados, puede contestar que sí incluso sin ser esta persona. El personal debe preguntar y permitir al paciente que diga su nombre y el documento de identidad.

¿Cómo se realiza la identificación del paciente neonato?

De acuerdo con el instructivo de vigilancia y seguridad de los usuarios que nace del estudio de la norma 745 de 1999 del Ministerio de Salud nacional, en el servicio de Ginecobstetricia, al momento de ingresar a una materna, se realiza la impresión de dos manillas de identificación: una para colocársela a la materna y otra para dejar en la canasta quirúrgica con el fin de colocarla a su hijo tan pronto nazca. El brazalete del recién nacido se coloca inmediatamente a su nacimiento, y este contiene los datos de identificación de su madre.

Posterior al nacimiento, se realiza la impresión de la huella de ambos pies del recién nacido en el registro de identificación normalizado por la institución, previo al traslado del recién nacido y la madre al servicio de hospitalización, se deben verificar que ambos brazaletes contengan la misma información. Al egreso del recién nacido de la institución, se debe verificar que coincidan los datos anotados en los brazaletes de la madre e hijo, en caso de que el egreso sea solo del recién nacido, si nació en la institución, la persona autorizada para su retiro, debe presentar el brazalete de la madre.

Cuando él bebe se lleva de quirófano a la parte de perinatología de ambientación neonatal, al tener su propia historia clínica, se le anexa otra manilla con el episodio del bebe. Cuando él bebé es llevado al proceso de registro, se le retira una de las manillas para colocarle una con el número de registro civil.

Para la salida del bebé y su madre se debe gestionar el formato de autorización de salida, que está a cargo de los profesionales de enfermería.

¿Cuáles son los lineamientos institucionales en los casos de pacientes que carezcan de identificación? (documento de identidad)

En los casos de ingreso a la institución de pacientes que carezcan de identificación, se utiliza el consecutivo electrónico que asigna la institución para la historia clínica (Número de Paciente) y la fecha de ingreso, como la identificación transitoria de este paciente mientras se aclara la identificación real. Al ser abordado por trabajo social y con los entes de control y vigilancia, y en caso de lograrse corroborar la identidad, se cambia el número por un nombre y los datos completos del paciente.

¿Cuáles son los lineamientos definidos para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre?

Desde la central de referencia cuando un paciente de urgencias es remitido al servicio de hospitalización, asigna las camas teniendo en cuenta el lineamiento de no poner dos pacientes en una misma habitación con el mismo nombre. En algunos casos cuando el servicio se encuentra ocupado o congestionado, es posible que ocurra que pacientes con el mismo nombre queden en la misma habitación por lo cual se reorganiza el espacio y se informa al personal hasta cuando se cuente con la disponibilidad en un área diferente.

Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos



Siendo la seguridad del paciente un reto mundial, en el año 2004 la Organización Mundial de la Salud, aprobó la creación de una alianza internacional enfocada a mejorar la seguridad del paciente.

Dentro de los elementos generados por la alianza se encuentra el segundo reto denominado Cirugía Segura Salva Vidas, lanzado en el año 2008 con el cual se busca que los procedimientos quirúrgicos sean seguros y logren cumplir su objetivo, que es mejorar las condiciones de salud de las personas, disminuyendo la mortalidad y morbilidad de los pacientes.

Según el estudio IBEAS, que fue desarrollado en 5 países de Latinoamérica. Para el caso de Colombia, mostró una prevalencia de eventos adversos del 13.1%; de estos, el 43,3% estuvieron relacionados con procedimientos quirúrgicos.

¿Cuáles son las acciones o estrategias que se han implementado en la institución para una cirugía segura?

Desde la consulta pre quirúrgica los especialistas evalúan la enfermedad actual del paciente, sus antecedentes y cuáles son sus expectativas. El proceso de la cirugía segura inicia con la decisión del Cirujano y el paciente sobre la realización del procedimiento quirúrgico, procediendo luego con el consentimiento informado para la cirugía y la remisión a consulta con Anestesiólogo. En esta consulta, el especialista evalúa los riesgos anestésicos para el paciente acorde con su condición clínica, y lo guía con la explicación, riesgos, beneficios del procedimiento antes de que el paciente firme el consentimiento informado del acto anestésico y dictamina las condiciones del usuario para el acto quirúrgico, para posteriormente hacer entrega de las recomendaciones preliminares.

El hospital cuenta con una estrategia llamada "Mi Cirugía es", esta estrategia es implementada con el fin de asegurar la correcta preparación preoperatoria mediante la participación activa del paciente y su cuidador.

Mi cirugía es:

Nombre completo: _____

Identificación: _____

La fecha de mi cirugía es: _____ He leído y entendido a cargo de mi hijo/a: _____

El acompañante debe estar con día a día: _____

Debe estar en ayunas, por eso no debe comer ni beber: _____

Para poder cumplir con lo anterior:

Parámetro	Cumple Sí	No	No Aplica
Tengo y firmé el consentimiento informado autorizando la cirugía.	☐	☐	☐
Tengo la medicación pre-anestésica.	☐	☐	☐
Tengo y firmé el consentimiento informado autorizando la anestesia.	☐	☐	☐
No debo realizar baño general con lavado de cabeza en la mañana.	☐	☐	☐
No debo llevar joyas, aretes, ni uñas de dientes, no debo usar maquillaje.	☐	☐	☐
No debo llevar lentes de contacto, ni gafas, ni prótesis, ni gemelos.	☐	☐	☐
No debo llevar pendientes, collares, brazaletes, cadenas ni documentos personales.	☐	☐	☐
Debo tener las uñas depiladas, no usar maquillaje (s).	☐	☐	☐
Debo llevar a cargo todos los medicamentos y estudios que me han hecho.	☐	☐	☐
Debo haber fumado.	☐	☐	☐
No debo bajar sin indicación, excepto el agua con el día anterior.	☐	☐	☐
No debo bajar con un collar unless permitido (s), 16 o 18.	☐	☐	☐
No me debo rasurar, a no ser que el cirujano lo haya solicitado.	☐	☐	☐
Si mi cirugía requiere preparación previa, ésta se me hizo.	☐	☐	☐
Si mi cirugía requiere marca de cirugía, ésta se me hizo.	☐	☐	☐
Si requiero Cuidado Intensivo post-cirugía, está disponible la unidad.	☐	☐	☐
No aplicaron los antibióticos requeridos para la cirugía.	☐	☐	☐
Si antes de la cirugía, se me dio el medicamento.	☐	☐	☐
Si antes de la cirugía, se me dio el medicamento.	☐	☐	☐
No fueron suspendidos los medicamentos anticoagulantes.	☐	☐	☐
Hice participar de activo en el diligenciamiento de estudio.	☐	☐	☐

Observaciones: _____

Centro Auxiliar de Enfermería

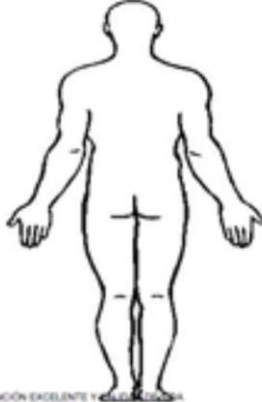
En el caso de corresponder a un paciente ambulatorio, se le entrega el volante con recomendaciones y haciendo énfasis en: ayuno requerido, la presentación con ropa cómoda, acompañamiento por un adulto y, medicamentos que puede tomar, indagando por el consumo de anticoagulantes y otros medicamentos que considere importantes.

En el caso de la preparación preoperatoria en paciente ambulatorio, el día del procedimiento quirúrgico el personal de enfermería recibe al paciente y al acompañante, verifica estudios y el cumplimiento de las recomendaciones procediendo a entregar la ropa quirúrgica para que el usuario se vista para la cirugía, en tanto el Auxiliar de enfermería verifica en el sistema la identificación del paciente para diligenciar el volante con el número del episodio y hacer entrega de este al acompañante quien desde la sala de espera de cirugía podrá tener conocimiento acerca de la evolución del paciente al interior de la unidad quirúrgica.

Preparación preoperatoria en paciente hospitalario, el día de la cirugía, el personal de enfermería realiza una revisión del cumplimiento de los cuidados previos requeridos antes del traslado del paciente hacia el área quirúrgica. Para ello, aplica la lista de chequeo de preparación preoperatoria dispuesta en la historia clínica electrónica SAP. Esta lista de chequeo contiene variables que van a ser chequeadas por el paciente a medida que se van ejecutando las actividades por parte del equipo de salud.

FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA DEL PACIENTE		ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO: MI-AS-0006FD1 VERSIÓN: 04 FECHA: 26/10/2015
(Adaptación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, propuesta por la Organización Mundial de la Salud - OMS)			
NOMBRE(S) Y APELLIDO(S): _____ EPISODIO: _____ FECHA DEL PROCEDIMIENTO: Día ____ Mes ____ Año ____		NRO. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ SERVICIO: _____ PROCEDIMIENTO: _____ TIPO DE ANESTESIA: _____	
ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA ENTRADA ⬇ ☐ El paciente ha confirmado: * Su identidad * Su procedimiento a realizarse * Site del procedimiento * Su Consentimiento informado. ☐ Marcación por el Cirujano del sitio del procedimiento. Si ____ No ____ No aplica ____ (en caso de tener o no se debe marcar en una coque, marcado en la figura humana esquematizada en el espacio de este ítem) ☐ Dispersamiento por el Anestesiólogo, de la Lista de Chequeo de la Máquina de Anestesia y disponibilidad de medicamentos. No aplica ____ ☐ Pulsoximetro colocado en el paciente y funcionando. ☐ Alergias conocidas? (medicamentos, alimentos, látex, etc...) ____ Si ____ No ____ Cúales: ____ ☐ Dificultad con la vía aérea/Riesgo de broncoaspiración? Si ____ y, el equipo ya está disponible. ____ No ____ No aplica ____ ☐ Riesgo de pérdida sanguínea mayor de 500 cc en adultos o mayor de 100 cc en niños. Si ____ y, el acceso venoso/fluídos y componentes sanguíneos están disponibles. ____ No ____ ☐ Verificación de indicadores de esterilización o existencia de problemas o inquietudes, en los equipos, material e instrumental. ☐ Verificación y disponibilidad pre y transoperatoria de los ayudos diagnósticos especiales. ☐ El Asistente de Enfermería verifica si al paciente se le administró profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos. Si ____ No ____ estando ordenada (El Cirujano puede ordenar administrarla en el momento). No aplica ____ ☐ El Equipo Quirúrgico ha confirmado: * Su identidad y función en el quirófano * El procedimiento a realizarse y sitio quirúrgico * Identificación y posición del paciente	ANTES DE LA INCISIÓN DE LA PIEL PAUSA ⬇ ☐ Previsión o anticipación de sucesos críticos. ☐ El Cirujano repasa los pasos críticos o inesperados, el tiempo aproximado de duración del procedimiento, previsión de pérdida de sangre u otra morbilidad seria. ☐ El Anestesiólogo repasa si existe alguna preocupación específica con relación al paciente/Planes de resuscitación. ☐ Verificación de otras medidas de seguridad. En caso afirmativo, enunciarlas: Trópicos/oxígeno ____ Manta térmica ____ Calentador de fluidos ____ Biopsia preoperatoria (BAP) ____ ____ ____ ____ Cada casilla de esta Lista, se chequea (VERIFICAR) después de que cada uno de los integrantes del Equipo Quirúrgico revise en voz alta todas las partes del control que le corresponde.	ANTES DE LA SALIDA DEL QUIRÓFANO SALIDA ⬇ ☐ El Equipo Quirúrgico se reúne verbalmente: Nombre del procedimiento realizado. Recuento de gases, compresas, agujas e instrumental. ☐ Identificación y rótulos de muestra biológicas. ☐ Planes para el manejo de drenajes, cuidado de la herida (si aplica), Medicación y fluidos. ☐ Cualquier suceso intraoperatorio importante, hallazgos inesperados o complicaciones. ☐ Ocurrencia de problemas de seguridad que pudiesen ser riesgo para el paciente, como ejemplo, un evento adverso. En caso afirmativo, enunciarlo: ____ ____ ____ Observaciones (Describir las novedades importantes que se hayan presentado en algún momento de la aplicación de la Lista de Chequeo y no se haya de escrito en otro ítem): ____ ____ ____ ____ Firma del Líder de la Lista de Chequeo: _____ Firma del Enfermero(a): _____	

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, ATENCIÓN EXCELENTE Y CALIDAD DE VIDA

FORMATO LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD QUIRÚRGICA DEL PACIENTE		ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO: MI-AS-0006FD1 VERSIÓN: 04 FECHA: 26/10/2015
* Identificación y posición del paciente			
En el caso de rechazo del paciente a ser marcado en el área corporal, el Cirujano marcará el sitio en la figura humana esquematizada en este formato y el Líder de la Lista deberá dejar constancia de tal situación y de su informe al Anestesiólogo, Cirujano y Enfermería, en el espacio "Observaciones" de esta Lista de Chequeo.			
VERA ANTERIOR DEL PACIENTE LADO DERECHO DEL PACIENTE LADO IZQUIERDO DEL PACIENTE		VERA POSTERIOR DEL PACIENTE LADO DERECHO DEL PACIENTE LADO IZQUIERDO DEL PACIENTE	
			

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN, ATENCIÓN EXCELENTE Y CALIDAD DE VIDA

Es importante que este chequeo se realice de manera ordenada y completa, gestionando los faltantes antes de continuar con el siguiente ítem y así disminuir la probabilidad de olvido de alguno de los controles de la lista de chequeo. Finalizado el chequeo, el paciente es trasladado al área quirúrgica donde se realiza la entrega entre el personal de enfermería de ambos servicios y donde el auxiliar de enfermería encargado del área de recibo y preparación de usuarios en cirugía debe verificar que el hablador llegue diligenciado junto con el usuario, por lo cual, procede a realizar la revisión de los parámetros que se hallan en el reverso del hablador. Al finalizar el diligenciamiento del hablador debe dejar consignado por escrito en la historia clínica del usuario el nombre del acompañante que estuvo presente en el diligenciamiento del hablador al igual que el parentesco con el usuario. El auxiliar de enfermería que realizó el diligenciamiento debe firmar el hablador.

Una vez recibido el paciente se instala en una camilla donde se canaliza un acceso venoso periférico si es paciente ambulatorio, o si es hospitalizado se verifica su permeabilidad y se le informa en cuánto tiempo aproximadamente será llevado al quirófano. En la unidad quirúrgica los menores infantes ingresan acompañados hasta el quirófano por su familiar responsable.

¿Cómo ha sido la implementación del uso de la lista de chequeo para "Cirugía Segura" sugerida por la OMS?

Se inicia la aplicación de la Lista de Chequeo de Seguridad Quirúrgica y esta se realiza antes de la inducción anestésica. Requiere de la presencia en el área quirúrgica del Anestesiólogo, Cirujano, Instrumentador y del personal de Enfermería.

Se procede al correspondiente saludo del auxiliar quien menciona su nombre indicando que es el encargado de preparar al paciente para llevarlo al quirófano, indagando posteriormente sobre los datos de identificación del paciente. Luego, instala monitores y realiza la toma de signos vitales, verifica que se encuentre diligenciado el consentimiento informado del cirujano y anestesiólogo y firmados por el paciente. Realiza la verificación de la administración previa de profilaxis antibiótica.

Al ingreso del Cirujano, este saluda, se presenta y le menciona al paciente que es el responsable de realizar la operación. Solicita al paciente que mencione y señale el sitio de tu cirugía, luego con un marcador, el médico marca el sitio quirúrgico con una X y reitera la pregunta al paciente preguntando de qué se le va a operar.

En el caso de rechazo del paciente a ser marcado para delimitar el sitio quirúrgico, el Hospital cuenta con una figura humana dibujada al reverso de la Lista de Chequeo para que el cirujano marque allí el sitio quirúrgico.

Al ingreso del anestesiólogo, este saluda, se presenta y le menciona al paciente que es el responsable de dar anestesia y le pregunta al paciente si es alérgico a algún medicamento, si se encuentra en ayuno, y si lo han operado antes, en caso afirmativo por parte del paciente debe preguntar de qué ha sido operado el paciente y procede a explicar el tipo de anestesia a utilizar.

Posteriormente, el auxiliar de enfermería traslada el paciente al quirófano en camilla con las barandas elevadas y con la ayuda del Anestesiólogo ubica al paciente en la camilla quirúrgica. En el quirófano se traslada al usuario a la mesa de cirugía y la camilla en la cual estaba se saca del quirófano y se deja en la zona de transición para volverlo a trasladar allí una vez terminada su cirugía. El Anestesiólogo verifica con el auxiliar de enfermería la disponibilidad de medicamentos y de reserva de sangre, de ser necesario.

El instrumentador verifica con el Equipo Quirúrgico teniendo en cuenta los indicadores de control del proceso de esterilización, así como la existencia de algún problema o inquietud con los equipos, instrumentos u otros preparativos para la cirugía, como la disponibilidad de implantes esenciales, una malla, una prótesis o un injerto.

La auxiliar del quirófano asignado, en voz alta interroga al equipo en el quirófano para establecer.

- ❶ Pasos críticos en el procedimiento por el cirujano si se pueden presentar.
- ❷ El anestesiólogo manifiesta si tiene preocupación alguna, como ejemplo, el manejo de la vía aérea.
- ❸ Se verifica si se requieren otras medidas de seguridad como trombo profilaxis, prevención de la hipotermia, recipientes para biopsias, materiales especiales, etc.
- ❹ Si todo está controlado, se inicia con la incisión.

El equipo quirúrgico revisa los eventos intra operatorios importantes y el plan del postoperatorio. El Cirujano informa sobre el procedimiento realizado ya que el procedimiento puede haber cambiado o ampliado, dependiendo de los hallazgos intra operatorios o a las dificultades técnicas.

Se establecen los planes para el manejo de drenajes, cuidado de la herida y la medicación y se informa sobre los Eventos intra operatorios importantes que pueden incrementar el riesgo al paciente en el postoperatorio. El Anestesiólogo informa sobre eventos ocurridos durante el procedimiento relacionados con la anestesia e informa si se añade alguna recomendación adicional al plan de recuperación postoperatoria.

El Instrumentador confirma que ha finalizado el recuento de gases, compresas, agujas e instrumental, e informa al Equipo Quirúrgico cualquier suceso intra operatorio importante.

La auxiliar de enfermería realiza la marcación de las muestras biológicas y componentes anatomopatológicos y es verificada por el Cirujano y confirma que ha finalizado la identificación y rótulos de las muestras biológicas obtenidas durante el procedimiento, realizando la lectura en voz alta del nombre del paciente, la descripción de la muestra biológica y cualquier otra marca ordenada por el Cirujano.

En compañía del equipo quirúrgico el paciente se traslada a una camilla para ser llevado a la sala de recuperación donde el personal auxiliar de enfermería y anestesiólogos realizaran el seguimiento del postoperatorio inmediato el cual es consignado en los registros de la historia clínica en SAP y cuando la condición del paciente lo permita, se dará de alta de la unidad de cuidado postquirúrgico.

En el área quirúrgica, los acompañantes pueden en cualquier momento solicitar información sobre la evolución del acto quirúrgico. Al finalizar la cirugía el especialista quirúrgico y el anestesiólogo le informan al acompañante del paciente como transcurrió el proceso transoperatorio.

LISTA DE CHEQUEO PARA LA SEGURIDAD QUIRURGICA DEL PACIENTE			Total Listas aplicadas
			4114
ANTES DE LA INDUCCION ANESTESICA	SE HA CONFIRMADO EN EL PACIENTE	Esta registrado el Número de identificación del	N1 99,1%
		Esta el nombre Completo del Usuario?	A1 99%
		Tiene registrado la Identidad del usuario?	A2 100%
		Tiene Consentimiento Quirúrgico diligenciado?	A3 100%
		Hay marcación hecha por el Cirujano del sitio	A4 100%
		Diligenciamiento por el Anestesiólogo, de la lista	A5 100%
		Pulsoxímetro colocado en el paciente y	A6 100%
		Se registró si hay o no Alergias conocidas?	A7 100%
		Se registró si hay dificultades en la vía aérea o	A8 100%
		El equipo o la ayuda para lo anterior esta	A9 100%
		Se registró si hay riesgo de pérdida sanguínea >	A10 100%
		Hay disponible acceso venoso?	A11 100%
		Se verificaron los indicadores de esterilización, en	A12 100%
		Están disponibles las ayudas diagnósticas	A13 100%
	EQUIPO QXCO CONFIRMA	Su identidad y función en el quirófano	A14 100%
		El procedimiento a realizarse y sitio quirúrgico	A15 100%
		Identificación y posición del paciente	A16 100%
ANTES INCISION PIEL	EL CIRUJANO REPASA	Revisión o anticipación de sucesos Críticos o	B1 100%
		Tiempo aproximado de duración del Procedimiento	B2 100%
		Previsión de pérdida sanguínea	B3 100%
	ANESTESIA REPASA	Revisión o anticipación de sucesos Críticos o	B4 100%
		Planes de resucitación	B5 100%
		Verifica que los insumos mínimos están	B6 100%
	AUX REPASA	Se administró profilaxis antibiótica en los últimos	B7 100%
ANTES SALIDA DEL QX	EQUIPO QXCO CONFIRMA VERBALMENTE	Nombre del procedimiento realizado	C1 100%
		Recuento de gases, compresas, agujas e	C2 100%
		Identificación y rotulos de muestras biológicas	C3 100%
		Planes de manejo de drenes. Cuidado de la herida	C4 99%
		Cualquier suceso intraoperatorio importante,	C5 99%
		Ocurrencia problemas de seguridad que pudiesen	C6 99%
		Aparece firmas del líder de la Lista de Chequeo y del	1 99%
PROMEDIO TOTAL			99,6%

Prevención de úlceras por presión

¿Cuáles son los principales lineamientos que tiene definida la institución para la prevención de úlceras por presión?



Para la prevención de úlceras por presión, el personal de enfermería debe realizar un examen físico exhaustivo de la piel del paciente en busca de la presencia o no de zonas de presión y/o UPP y se esta información es consignada en la historia clínica del paciente.

Para identificar el riesgo que tiene el paciente de desarrollar una úlcera por presión se debe aplicar la escala de Braden a todos los pacientes que ingresan al servicio de hospitalización, una vez por turno y cuando se evidencien cambios significativos en el estado del paciente que permitan una variación en la calificación del riesgo evaluado al inicio del turno, por ejemplo: luego de un procedimiento quirúrgico o ante un deterioro neurológico.

La escala valora 6 aspectos diferentes, cada uno de los cuales consta de 4 parámetros que se puntúan de cero (0) a tres (3), la puntuación menor a 0 corresponde a un riesgo bajo de presentar una UPP, de 1 a 6 corresponde a un riesgo medio y de 7 a 18 corresponde a riesgo alto. Posteriormente el paciente es clasificado según el riesgo identificado con el fin de determinar el plan de cuidados preventivos que requiere.

¿Qué plan de cuidados tiene definidos la institución cuando se identifica el riesgo en un paciente de formar úlceras por presión?

Algunos de los aspectos más importantes para evitar las úlceras por presión consisten en mantener la piel del paciente limpia y seca en todo momento.

En caso de que se requiera realizar el lavado o limpieza del paciente en la cama, este debe ser realizado con agua tibia haciendo uso de jabones o sustancias limpiadoras de pH neutro seguido de un secado meticuloso y sin fricción con especial énfasis en las zonas de pliegues.



Posteriormente se realiza examen del estado de la piel diariamente y mientras se realiza la higiene revisando las prominencias óseas, las zonas expuestas a humedad y verificando que no haya presencia de sequedad, escoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, aumento de temperatura e induración.

Una piel bien humectada tiene menos probabilidades de ulcerarse por lo que debe garantizarse la aplicación de crema hidratante después del secado mediante masajes circulares para evitar que la piel se reseque demasiado, es conveniente no usar demasiada crema para que pueda reabsorberse en su totalidad. Debe evitarse el exceso de aplicación de crema en pliegues debido al posible aumento de la humedad y evitando hacer uso de alcoholes, polvos de talco y productos que resequen la piel. En caso de requerirse, podrá hacerse uso de apósitos hidrocelulares no adhesivos.

El personal debe procurar mantener las sabanas de la cama sin arrugas ya que estas también pueden dañar la piel.

Con el fin de minimizar el efecto de la presión deben realizarse cambios posturales al paciente con una frecuencia de 2-3 horas, en la noche no debe superar las 4 horas sin realizarse el cambio de posición.

En caso de que el paciente se encuentre en una silla, debe elevarse cada 15 minutos para liberar de la presión del área sacra y glútea, es importante no arrastrar o friccionar al paciente en los cambios de posición. Proteger las zonas de presión o prominencias con almohadas o elevar las prominencias óseas con almohadas, cojines, sábanas independientemente que el paciente se encuentre sentado o en cama, evitando el uso de neumáticos para apoyar al paciente.

En caso de que el paciente por su condición haga uso de pañal, deben realizarse los cambios de pañal siempre que sea necesario vigilando la piel del perineo y aplicando crema con óxido de zinc procurando mantener la piel limpia y seca, también es importante vigilar las zonas de incontinencia y sudoración.

Desde el plan de cuidados para el paciente, es importante promover una buena alimentación y apoyar al paciente y familia en las actividades propias del cuidado.

De igual manera, al personal se le refuerza la instrucción que aunque un paciente se encuentre en estado terminal de su enfermedad no se justifica el que se haya de claudicar en el objetivo de evitar la aparición de las úlceras por presión.

Prevención y reducción de la frecuencia de caídas

Las caídas de los pacientes son relativamente frecuentes en la mayoría de los hospitales del mundo, de modo que su cuantificación es uno de los indicadores que se utilizan para medir la calidad de los cuidados a los pacientes en las instituciones de salud. Las consecuencias de las caídas pueden ir desde una pequeña contusión hasta graves lesiones, como por ejemplo, la fractura de cadera e incluso, la muerte.

Según un informe de la OMS presentado en el 2012, las caídas son la segunda causa accidental o no intencional en el mundo en la atención en salud y se estima que 37,3 millones de caídas suceden cada año, de ellas 424.000 derivan en muerte. Por esta situación la prevención de caídas en los pacientes es una meta que el hospital ha decidido trabajar intensamente.

¿Cuáles son los principales lineamientos que tiene definida la institución para la prevención de caídas de los pacientes?

El Hospital General de Medellín implementa una serie de estrategias encaminadas a lograr la disminución de los eventos relacionados con las caídas de los pacientes, y por lo tanto, la disminución en los días de estancia, la disminución de la morbilidad y mortalidad y los costos relacionados con los procesos de atención, además de lograr una mayor satisfacción de los usuarios.

The screenshot shows a medical software interface for patient fall risk assessment. The interface includes fields for patient information (Paciente, Asegurad., Fec. Adm., Ident., Edad/Sexo, Fecha Nac., Médico Tratante, Especialid., Fecha Reg., Hora Reg., Pac. No., Cans), a dropdown menu for 'Escala Braden', and a section for 'Riesgo de Caídas' with various assessment criteria like 'Caídas previas', 'Medicamentos', 'Déficits Sensoriales', 'Estado mental', and 'Deambulacion'. A summary table at the bottom shows data for two dates: 30-08-2016 and 29-08-2016.

R.	Fecha Dat.	Hora Dat.	Caídas previas	Medicamentos	Déficits Sensoriales
	30-08-2016	07:43:39	No	Ninguno	Ninguno
	29-08-2016	20:43:39	No	Ninguno	Ninguno

Inicialmente, se genera la valoración del riesgo del usuario, en este sentido, el primer paso de la prevención es identificar a las personas que se encuentran en riesgo, porque de esta manera, es posible realizar una intervención antes de que ocurra la caída. Esta valoración debe ser realizada al ingreso del paciente al hospital para poder determinar sus causas y poder corregirlas.

La valoración se realiza por medio de la escala de Downton que se encuentra contenida en la historia clínica electrónica SAP.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
MEDICAMENTOS	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
DEAMBULACIÓN	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

La escala de riesgo de caídas evalúa 5 parámetros:

Caídas previas: donde se cuenta con la opción de responder si o no, teniendo en cuenta si el paciente ha tenido caídas 1 año antes de la hospitalización.

Consumo de medicamentos: indica las opciones las opciones correspondientes a ningún consumo, o en el caso contrario el consumo de medicamentos como tranquilizantes y sedantes, diuréticos, entre otros. Si el medicamento que le está siendo administrando al paciente no corresponde a ninguno de estos grupos se selecciona la opción otros medicamentos y en la casilla de observaciones se especifica a qué medicamento se hace referencia.

Déficit sensoriales: cuenta con las opciones correspondientes a si el paciente presenta alteraciones de tipo visual o auditivo. O si el déficit sensorial no es por enfermedad cerebrovascular de igual manera se selecciona la opción extremidades y en la casilla de observaciones se especifica el motivo.

Estado mental: Se consigna lo observado si el paciente se encuentra orientado, en caso de que el paciente se encuentre en estado de somnolencia, debe seleccionarse la opción de paciente confuso.

Deambulación: indicando si esta es normal, segura con ayuda, insegura con o sin ayuda o si es el caso, consignar si la deambulación es imposible.

De acuerdo a la clasificación según la severidad del riesgo, se implementan las acciones preventivas pertinentes.

Ante riesgo bajo cuando la calificación va de 0 a 6 en escala de caídas

- Se debe comunicar al paciente y/o familia sobre la valoración del riesgo del paciente.
- Explicar al paciente y su familia la distribución de los muebles, la ubicación del baño y la importancia del uso de las barandas levantadas por ambos lados.
- Orientar en la elección de ropa y calzado adecuados para la marcha.
- Sugerir a la familia un acompañamiento permanente durante la hospitalización.
- Enseñar e instruir al usuario y a la familia el funcionamiento del sistema de llamado de enfermería y asegurarse que el timbre de llamada se encuentre al alcance del paciente. Es importante evaluar en el paciente y/o familia la comprensión de la información suministrada.
- Evitar los suelos húmedos o resbaladizos.
- Evitar la presencia de obstáculos.
- Mantener alguna iluminación nocturna.
- Asegurar que la cama se encuentre en una altura normal.
- Disponer de los objetos de uso personal o institucional al alcance del usuario como: lentes, bastón, muletas, caminador, timbre, silla, pato y escalerilla.
- En caso de que el paciente utilice silla de ruedas, el personal debe asegurarse que las llantas estén libres de cualquier elemento que impida su libre rodamiento y que el sistema de frenos funcione correctamente.
- Evidenciar en la historia clínica electrónica las medidas aplicadas y la respuesta o compromiso obtenido por el paciente y/o su familia.

Ante riesgo alto cuando la calificación va de 7 a 15 en escala de caídas:

Se deben aplicar todas las medidas normalizadas en el Riesgo Bajo, más las siguientes:

Identificar de manera informada al paciente, colocando manilla de Alto Riesgo de Caídas de color rojo y el tablero "Hablador" que contiene los cuidados recomendados para la prevención de caídas en la cabecera de la cama.





- Evaluar y gestionar los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos existentes en el usuario, consignando la evidencia en la historia clínica electrónica.
- Asistir al usuario durante la deambulaci3n y la higiene corporal.
- Utilizar la silla metálica para el baño de pacientes diseñada por el hospital para tal fin.
- Asistir a usuarios con incontinencia o dependencia durante la evacuaci3n urinaria o fecal cada 2 horas.
- Intensificar la vigilancia del usuario por parte del personal de salud, mediante la realizaci3n de ronda al paciente cada cuatro (4) horas (como m3nimo), con el fin de verificar el cumplimiento de recomendaciones para la prevenci3n de caídas.
- Realizar higiene corporal asistida, seg3n normalizaci3n del Hospital.
- Utilizar medidas de sujeci3n mecánica en caso de requerirlo, de acuerdo a lo estandarizado en la instituci3n, previo consentimiento de la familia.
- Revisar los sitios de sujeci3n m3nimo cada 4 horas y seg3n condici3n del paciente, verificando integridad de la piel y llenado capilar.

- En los casos de transporte del paciente, tanto intra como extra hospitalariamente, deben brindarse las recomendaciones al personal que realiza dicho transporte y consignar la informaci3n en la historia clínica electrónica.

Si al momento del alta, el riesgo del paciente permanece valorado como alto, deben brindarse las recomendaciones necesarias al paciente y familia para la prevenci3n de caídas en el hogar y consignar las recomendaciones dadas en la historia clínica electrónica.

Re evaluaci3n del riesgo de caídas

La re evaluaci3n de los pacientes con riesgo de padecer caídas se realiza en la instituci3n en los casos en los cuales se realiza traslado de una unidad a otra, despu3s de una caída, en cada turno (es decir, cada 12 horas) o tras cualquier cambio del estado f3sico o mental del paciente.

El personal no debe olvidar valorar los riesgos extrínsecos e intrínsecos y, con base en su existencia, modifique la clasificación obtenida en la Escala de Valoración de Riesgo de Caídas en la historia clínica (SAP).

Factores de riesgo intrínsecos:

- Disminución de la fuerza.
- Edad (menores de 6 años y mayores de 70).
- Discapacidad cognitiva.
- Post operatorios inmediatos.

Factores de riesgo extrínsecos:

- Ayunos prolongados.
- Deficiencias en el sistema de llamado.
- Camas o camillas sin barandas.
- Suelos húmedos y deslizantes.
- Inmovilización inadecuada.

Debe dejarse evidencia en las notas de evolución de los factores de riesgo que se observaron y que son el soporte para el cambio del riesgo. En tal caso, los cuidados deben corresponder al riesgo real observado.

La seguridad del paciente en el Hospital General de Medellín es compromiso de todos y tú eres parte fundamental para poder lograrlo.



CURSOS VIRTUALES

- PAMEC como herramienta para el mejoramiento
- Básico de seguridad del paciente
- Plan de mantenimiento hospitalario
- Buenas prácticas de tecnovigilancia
- Básico de humanización
- Esterilización, un proceso seguro
- Investigación y análisis de incidentes y accidentes de trabajo
- IAMI integral

 (4) 265 68 02 Ext. 111-133

 www.fundacionguayacanes.org

 enlaces@fundacionguayacanes.org

mercadeo@fundacionguayacanes.org



Capítulo 2





Gerencia del Ambiente Físico Clínica Somer S.A.

Visión global de la organización

La Clínica Somer S.A. es una institución de alto nivel de complejidad ubicada en el Oriente Antioqueño en el municipio de Rionegro con más de 1.000 colaboradores al servicio de la vida y con más de 30 años de fundada, desde entonces se ha mantenido como pionera y líder innovadora en la Región.

Misión

Corazón y excelencia al servicio de tu bienestar.

Visión

Para el 2020, la Clínica Somer será reconocida en el ámbito nacional e internacional, por su integralidad, gestión del conocimiento, humanización, altos estándares de calidad y generación de valor.



Gerencia del ambiente físico

¿Cómo la organización identifica las necesidades de ambiente físico?

La Institución cuenta con un proceso documentado de gestión de necesidades en el cual se especifica cómo se realiza la captura, la priorización de la necesidad, la gestión y el cierre.

La Clínica dispone en la Intranet de un aplicativo llamado registro de necesidades, disponible para el personal asistencial y administrativo, a través del cual los colaboradores pueden generar las necesidades que tengan no solo de ambiente físico sino en diferentes áreas como: Sistemas, Gestión Humana, Mantenimiento Biomédico, Unidad de Mejoramiento, Gestión Ambiental o Trabajo Social.

El colaborador ingresa al aplicativo y registra el área a la cual va dirigida, asigna el responsable o líder del área involucrada, diligencia la prioridad de la necesidad, define la fuente de la necesidad (normatividad, por auditoría) y si es un cliente interno o externo quien la generó.

Si la necesidad es de ambiente físico se abre un menú desplegable adicional para definir si es de infraestructura, de dotación, de insumos, o de equipos, y cuenta con la posibilidad de adjuntar una foto si se desea.

Esta necesidad es notificada por el aplicativo vía email al responsable del proceso para que éste dé inicio a la gestión.

¿Cómo se gestionan las necesidades de ambiente físico detectadas?

La gestión del mantenimiento tanto de infraestructura como de equipos biomédicos se realiza a través del Software AM (Administrador de mantenimiento).

Este software permite que se administren las acciones de mantenimiento que pueden ser de tipo preventivo, correctivo, predictivo, calibración, cambio de condiciones, instalaciones o montajes, mejora e inversión de equipos; además, todo trabajo ejecutado por el área o departamento de Mantenimiento.

Al generarse entonces la solicitud, el Software de Registro de Necesidades redirecciona automáticamente la necesidad al AM, y el gestor de software reclasifica la necesidad de acuerdo a la prioridad, teniendo en cuenta el servicio que reporta y la falla a gestionar. Cada una de las áreas ha definido un tiempo de respuesta según la criticidad.

Para ambiente físico

Prioridad alta: Es menos de 4 horas.

Prioridad media: Es de 1 día.

Prioridad baja: 1 semana.

Luego de reclasificar, genera la orden de trabajo y asigna el técnico para realizarla.

De acuerdo a los tiempos de priorización preestablecidos en el software, se genera un código de colores que permite al usuario contar con una alerta cuando las órdenes de trabajo están próximas a vencerse.

El software permite además realizar el seguimiento al estado de la solicitud; para poder verificar si está en análisis, asignada, cerrada no ejecutada, cerrada ejecutada o cerrada con orden de trabajo. Esto además da la posibilidad de revisar en qué fecha se creó la solicitud y en qué fecha se asignó para verificar así la oportunidad, la causa de la falla, el tipo de actividad y el responsable de realizarla.

Principal | Intranet | Bienvenido dvergara | Salir

Responsable Opciones		Necesidades abiertas de su Grupo							
Necesidad Opciones		ID	Responsable	Descripcion Breve	Usuario	Prioridad	Creado	Estado	Tiempo
- Generar Necesidad - Necesidades Registradas (240) - Mi grupo de Trabajo (265) - Necesidades no Asignadas (16) - Mis Necesidades Recientes - Tareas Cerradas - Buscar Necesidad		27376	oduque	perforador recargable	lpardo	Critica	08/08/14	En Progreso	
Necesidad # : Ir		Última Accion de Necesidad: statuschange En Progreso							
Contactos		31075	dvergara	Solicitud un porta chasis	43467639	Media	12/19/14	En Progreso	
Buscar Contactos		Última Accion de Necesidad: statuschange En Progreso							
Usuario Documentación		31370	dvergara	pinza biopsia columna neuro partida	lpardo	Critica	01/06/15	En Progreso	
- Introducción - Características - Opciones - Preguntas Frecuentes - Opciones/Usuarios - Todo		Última Accion de Necesidad: statuschange En Progreso							
Responsable Opciones		31466	dvergara	armario lavable para área estéril	lpardo	Critica	01/09/15	Abierto	
- Editar Perfil - Ver Grupos		Última Accion de Necesidad: projectchange							
		32918	sgenerales	Instalación de Escalera de ascenso y descenso Chiller	SALUDOCUPACIONAL	Media	03/05/15	En Progreso	
		Última Accion de Necesidad: projectchange							
		33767	dvergara	bandejas Aptimax compatibles sterrad	lpardo	Critica	04/01/15	En Progreso	
		Última Accion de Necesidad: statuschange En Progreso							
		34168	dvergara	pintar (12) estanterías de la farmacia de la Torre 1	SALUDOCUPACIONAL	Media	04/16/15	Abierto	
		Última Accion de Necesidad: projectchange							
		34602	dvergara	Escudo	15437281	Media	04/30/15	En Progreso	
		Última Accion de Necesidad: statuschange En Progreso							
		35821	dvergara	estantería de almacenamiento de medicamentos torre 1	ibotero	Critica	06/04/15	Abierto	
		Última Accion de Necesidad: projectchange							

Cuando la necesidad presentada es de mantenimiento, el técnico diligencia una orden de servicio que es el reporte que se generó a partir de la solicitud que contiene la descripción técnica del trabajo que se realizó, en el momento que se realiza la entrega del trabajo, el responsable del área debe firmar que recibe a satisfacción además califica el servicio en 3 criterios oportunidad, calidad y satisfacción.

		ORDEN DE SERVICIO INFRAESTRUCTURA PLANTA FÍSICA				CÓDIGO		SG.FORM.002			
						VERSIÓN		2			
						Fecha de elaboración y/o actualización: 30-06-2016					
No. 001089											
SOLICITUD 57100											
SERVICIO		HST2		PRIORIDAD		CRITICA		MEDIA		BAJA	
NOMBRE DE QUIEN REPORTA		Ledy valencia		FECHA		11		01		2017	
								HORA		7:36	
ASIGNACIÓN											
ÁREA FÍSICA		HST2 H06538		DAÑO REPORTADO							
RESPONSABLE		German		Cortina 538 se encuentra dañada en la parte inferior.							
				FECHA		12		01		2017	
								HORA		7:50	
VERIFICACIÓN INICIAL											
DIAGNÓSTICO				REPUESTOS				CANT.			
se encuentra encuentra cortina despegada											
ACTIVIDAD A DESEMPEÑAR											
FECHA			HORA		DESCRIPCIÓN					ESTADO	
DÍA	MES	AÑO	INICIAL	FINAL							
11	01	2017	11:00	11:45	se paga y queda funcionando						
REALIZÓ		German		SUSPENSIÓN DEL SERVICIO		SI		NO			
OBSERVACIONES											
ENTREGA											
RECIBE A CONFORMIDAD						CALIFICACIÓN DEL SERVICIO					
NOMBRE						OPORTUNIDAD					
CARGO						CALIDAD					
FECHA						SATISFACCIÓN/CONFORMIDAD					
12						01					
17						HORA					
14:45											
OBSERVACIONES											

El cierre de la solicitud se hace a través del software de registro de necesidades, el cual envía una notificación al correo de la persona que reportó, notificándole que su solicitud ha sido resuelta e invitándolo a realizar la evaluación de la gestión; si el usuario no realiza dicha evaluación, el software no le permite registrar más necesidades.

¿Qué estrategias tiene la organización para garantizar el orden y el aseo en las instalaciones?

Para la limpieza y desinfección, la Clínica Somer S.A. cuenta con el apoyo de la empresa LIMA como outsourcing, empresa certificada por el Consejo Colombiano de Seguridad, que cuenta con personal capacitado en aseo hospitalario.

Se cuentan con los instructivos para la limpieza y desinfección de acuerdo a cada área de trabajo como: cirugía, áreas comunes, unidad neonatal, aseo general hospitalario, central de gases medicinales, hospitalización, etc. Los cuales están dispuestos en cada puesto de trabajo. Cada instructivo indica:

- Los elementos de protección que debe utilizar la persona en cada área.
- Cómo debe hacerse la limpieza y desinfección del área.
- Cuál es el alcance de la limpieza de cada área, teniendo en cuenta que el personal solo realiza limpieza de superficies, paredes, pisos y camas.
- Qué implementos de aseo se utilizan.
- Qué productos usar.

Los instructivos se acompañan de la ficha técnica del producto.

Se realiza control permanente al personal por medio de verificaciones diarias, en las diferentes áreas, con la ayuda de una lista de chequeo que evidencia si el aseo quedó a conformidad o no. De manera mensual se realiza un informe que permite medir la eficacia en la prestación del servicio, en caso de presentarse inconformidades se retroalimenta al personal.

En el área de hospitalización, el paciente o el acompañante deben dar el visto bueno del aseo que se realizó a la habitación, con una firma que da constancia de estar conforme con el aseo realizado. Además de esto, se realiza control a través de la luminometría, pues la presencia de ATP es un indicador de una higiene incorrecta.

Un auditor hace la prueba de carga orgánica en la cama, las barandas, equipos y demás superficies, este control se realiza una vez al mes de manera aleatoria en cualquier área.








RESULTADOS MEDICIONES EN LA UCE

Fecha	User ID	Plan	Localización	Grupo	Superficie	Tipo de Test	Resultado	RLUs	Inferior	Superior	Notas
11/23/2016	Diana H	SOMER	BarandaCama	UCE	Camas	Normal	Pasan	0	10	30	CUBICULO 9
11/23/2016	Diana H	SOMER	Colchoneta	UCE	Camas	Normal	Dudosos	28	10	30	CUBICULO 9
11/23/2016	Diana H	SOMER	DispensadoAlcoh.HOSP	UCE	Enseres	Normal	Pasan	0	10	30	CUBICULO 9
11/23/2016	Diana H	SOMER	BarandaCama	UCE	Camas	Normal	Pasan	2	10	30	CUBICULO 12
11/23/2016	Diana H	SOMER	Colchoneta.HOSP	UCE	Camas	Normal	Fallan	201	10	30	CUBICULO 12
11/23/2016	Diana H	SOMER	Bomba de infusion	UCE	Equipos	Normal	Pasan	9	10	30	OFICINA DE JEFE

La líder de LIMA en la Clínica hace parte del COVE como invitada dependiendo del tema que se vaya a tratar.

La Institución cuenta además con el Programa de Seguridad, Orden y Limpieza (SOL) que pretende mantener condiciones de higiene, orden y aseo para el desarrollo de las actividades laborales, logrando con esto la optimización del desempeño laboral, la prevención y el control de impactos ambientales negativos. Este Programa es aplicado en todos los procesos administrativos y asistenciales llevados a cabo en la Institución, teniendo en cuenta los servicios tercerizados como lavandería, seguridad y vigilancia, alimentación y aseo.



Con esta estrategia se pretende:

- Eliminar las pérdidas de productos o elementos que se deterioran por mal almacenamiento.
- Liberar espacio útil en oficinas, archivos y en las áreas comunes.
- Aumentar la productividad, pues no se pierde tiempo valioso buscando algún material.
- Fortalecer los hábitos de orden y limpieza mejorando la calidad de vida.

El Programa cuenta con varias actividades:

- 1 **La hora sol:** Consiste en asignar una hora al año definida por el Comité Ambiental y avalada por el Director Administrativo para garantizar que los empleados se tomen un tiempo en la jornada laboral para realizar las actividades de orden y limpieza en su puesto de trabajo aplicando las 5S. Antes de dar inicio a esta actividad se realiza difusión e invitación al personal.



Llegó la Hora S L

¿Tienes tu puesto en orden?
¿Todos los elementos que tienes en tu lugar de trabajo son indispensables?

La Clínica ha designado una hora para que todos organicemos nuestros puestos de trabajo, y así veamos por la seguridad, el orden y la limpieza...

Fecha: Viernes 10 de junio
Hora: 4:00pm a 5:00pm

Para más información comunícate con
Gestión Ambiental al 605 2626 ext. 5206

Recuerda traer los elementos
de aseo que necesites



- 2 Auditoría sol:** El programa establece la realización de auditorías semestrales, posterior al cumplimiento de la Hora SOL; dichas auditorías son realizadas por los auditores SOL los cuales representan varias áreas de la Clínica. Previo a las auditorías, se informa a las áreas y servicios por diferentes medios sobre su realización.

Auditoría SOL

Vuelve la Auditoría SOL

A partir del 28 de noviembre al 16 de diciembre, espera a los auditores SOL en tu Servicio, quienes realizarán la última auditoría del año y elegirán el área que día a día vela por el cumplimiento de este programa. Te recordamos trabajar por la Seguridad, el Orden y la Limpieza.

Para más información, comunícate con el área de Gestión Ambiental al teléfono 605 2626 ext. 5206.

Para realizar la auditoría, se cuenta con una lista de verificación en donde se evalúan 3 criterios: Seguridad, Orden y Limpieza. Para determinar el cumplimiento de dichos criterios se indaga sobre aspectos generales direccionados a la disminución de riesgos de accidentes laborales, condiciones ergonómicas y saludables de los espacios de trabajo, señalización de las zonas, se evalúa la adherencia a los procedimientos de orden y limpieza de la Institución y la forma en que el personal se integra a las diferentes actividades y cumple con los diferentes estándares establecidos para preservar espacios seguros, ordenados y limpios.

El auditor califica si cumple o no cumple con los ítems establecidos en la lista de verificación y se le asigna una calificación por cada criterio (Seguridad, Orden y Limpieza) y la calificación global.

El auditor realiza la retroalimentación al personal en el servicio, demuestra con registros fotográficos los incumplimientos u oportunidades de mejora, y presenta los resultados obtenidos por el área.

CLINICA SOMER PROGRAMA SOL (SEGURIDAD, ORDEN Y LIMPIEZA)		EVALUADOR		
FECHA		FECHA DE ELABORACIÓN Y REVISIÓN		
RESPONSABLE DE EVALUAR		FECHA DE ELABORACIÓN Y REVISIÓN		
ÁREA A EVALUAR		FECHA DE ELABORACIÓN Y REVISIÓN		
ASPECTO	Nº	CUMPLE	NO CUMPLE	
SEGURIDAD	1. ¿Las escalas y herramientas de trabajo (Computador, impresoras, archivadores, bornadores, reactores y otros químicos y demás elementos que se usen según el área evaluada), están ubicados en un orden lógico de acuerdo al proceso de atención, accesibles y no obstruyen el flujo de circulación y tránsito de personas?			
	2. En las puertas de ingreso y en las áreas comunes, se mantienen buenas condiciones de funcionamiento, barridos y limpieza adecuada en los momentos de alta afluencia?			
	3. El área cuenta con señalización visible y permanente, indicando las vías de escape y zonas de seguridad ante emergencias?			
	4. ¿El área se encuentra protegida con circuitos y equipos eléctricos modernos y seguros?			
	5. ¿El área mantiene estándares de seguridad en: circuitos, dispositivos, el flujo de tráfico?			
	6. ¿Existen facilidades para que los trabajadores, accedan a los baños, comedores, salas de espera?			
	7. ¿Las máquinas empotradas en el ambiente mantienen los niveles de ruido permitidos para la salud y bienestar, evitando a usuarios grandes niveles de ruido por largos periodos de tiempo? (no más de 85 decibelios).			
	8. ¿El área cuenta con señalización visible y permanente de: pasillos, puertas, baños, etc.?			
	9. ¿El área cuenta con señalización visible y permanente de: pasillos, puertas, baños, etc.?			
	10. ¿El personal del área, cuenta con los elementos de protección personal necesarios para desarrollar sus labores?			
	11. ¿El personal cuenta con identificación visible, que muestre su nombre, documento y cargo?			
	12. ¿El área cuenta con la información necesaria para actuar en el caso de emergencia?			
ORDEN	1. ¿Se encuentran en el área archivos ordenados en el área evaluada? (orden alfabético, por fecha, por prioridad)			
	2. ¿Presencia de alimentos o residuos de alimentos en las zonas de trabajo que obstruyan la vía de salida y el ingreso?			
	3. ¿Se encuentran en el área objetos que obstruyan el tránsito de personas, vehículos, etc.?			
	4. ¿Se encuentran los archivos de trabajo ordenados, identificados y en el área de procesamiento y en un lugar accesible?			
	5. ¿En los lugares que se encuentran con almacenamiento de agua, se cuenta con contenedores limpios, con buena ventilación y buena circulación de aire para que no se acumule el agua?			
	6. ¿En el área administrativa, ¿se cuenta con un lugar adecuado para guardar, almacenar, libros, etc.?			
	7. ¿Las personas o vehículos están estacionados en un solo espacio o en las zonas que generan ruido y no obstruyen las vías de circulación?			
	8. ¿Se cuenta con la cantidad necesaria de recipientes y del color adecuado: verde (residuos), gris (residuos), rojo (residuos peligrosos) y azul (residuos)?			
	9. ¿Los recipientes o contenedores se encuentran en un lugar adecuado?			
	10. ¿Se cuenta con la cantidad necesaria de recipientes y del color adecuado: verde (residuos), gris (residuos), rojo (residuos), azul (residuos)?			
	11. ¿Se cuenta con la cantidad necesaria de recipientes y del color adecuado: verde (residuos), gris (residuos), rojo (residuos), azul (residuos)?			
	LIMPIEZA	1. ¿El área se encuentra limpia y libre de residuos?		
2. ¿El área se encuentra limpia y libre de residuos?				
3. ¿El área se encuentra limpia y libre de residuos?				
4. ¿El área se encuentra limpia y libre de residuos?				
5. ¿El área se encuentra limpia y libre de residuos?				
6. ¿El área se encuentra limpia y libre de residuos?				
7. ¿El área se encuentra limpia y libre de residuos?				
8. ¿El área se encuentra limpia y libre de residuos?				
9. ¿El área se encuentra limpia y libre de residuos?				
10. ¿El área se encuentra limpia y libre de residuos?				
11. ¿El área se encuentra limpia y libre de residuos?				
12. ¿El área se encuentra limpia y libre de residuos?				
TOTAL PROGRAMAS SOL		0	0	0
TOTAL SEGURIDAD		0	0	0
TOTAL ORDEN		0	0	0
TOTAL LIMPIEZA		0	0	0



La calificación obtenida se consigna en el tablero SOL de cada área así:

Si cumple el 100% se coloca un sol.

Entre 50% y 90% se coloca un sol con algunas nubes.

Menos de 50% una nube gris.

Las dos auditorías al año, son realizadas por la misma persona, con el fin de evidenciar las mejoras de una auditoría a otra.

Se realizan dos ciclos de auditorías al año y como incentivo al mejor servicio, se lleva a cabo una premiación al finalizar el ciclo de auditorías. Como premio se tiene estipulado un día libre para los integrantes del área y reconocimiento público a través de medios de comunicación.

¿Cómo se reportan incidentes o accidentes relacionados con el ambiente físico y la tecnología?

La Clínica ha desarrollado un aplicativo para el reporte voluntario de acciones inseguras y situaciones clínicas inesperadas, el cual se encuentra articulado con el gestor de calidad, permitiendo realizar la gestión y el desarrollo de planes de mejora.



El aplicativo se encuentra instalado en el escritorio de todos los computadores de la Clínica tanto de áreas asistenciales como administrativas, teniendo una sirena como ícono, para su fácil reconocimiento.

Al ingresar al aplicativo el funcionario tiene dos opciones de reporte: El reporte de acciones inseguras o el reporte de situaciones clínicas inesperadas.



Las acciones inseguras: Para usuarios a los cuales se les está prestando una atención en la Clínica.

La situación inesperada: Para transeúntes, familiares, acompañantes que se estén desplazando por las instalaciones.

El reporte de acciones inseguras contiene los siguientes ítems:

Tipo de reporte: Voluntario, búsqueda activa.

Sitio de ocurrencia: Se tiene predeterminadas todas las áreas de la clínica.

Fecha de ocurrencia: Cuenta con un calendario para reporte de la fecha y permite reportar atrasado pero no adelantado.

Fecha del reporte: Esta fecha está establecida por defecto en el sistema y no permite cambiarla por seguridad.

Documento de identidad del afectado: Al ingresarlo el sistema carga los datos del paciente de manera automática (Iniciales del nombre y apellidos, la edad y la EPS).

Grupo poblacional: Se encuentran clasificados así: Mujer gestante, discapacitado, desplazado o no aplica, entre otros, esto nos da datos importantes como la frecuencia de eventos adversos por grupo poblacional.

Tipo de acción insegura: Se clasifica de acuerdo al tipo de acción insegura y es en este ítem donde se realiza una diferenciación sobre su relación con ambiente físico o dispositivos médicos.

Subtipo de evento: Depende del tipo de acción insegura, por ejemplo, para los dispositivos médicos se despliega la siguiente lista: error de uso, se desalojó o desconectó, no funcionó, no lo supo utilizar, no estaba estéril, falta disponibilidad.

Descripción de acción insegura: Donde se encuentra el espacio para describir lo sucedido.

Acción correctiva inmediata: La acción que se tomó.

Equipo, dispositivo o medicamento involucrado: Para responder si o no y en caso de ser afirmativo, se debe responder los siguientes ítems.

Lista desplegable para indicar si es equipo, medicamento o dispositivo y de acuerdo a la elección, aparece por ejemplo, en dispositivo el espacio para colocar el nombre y el lote o si es equipo para colocar el tipo de equipo y la serie.

Registro de Acciones Inseguras			
Seguridad del Paciente			
Tipo de Reporte:	REPORTES VOLUNTARIOS	Sitio de Ocurrencia:	CIRUGIA
Fecha de Ocurrencia:	2017-01-24	Fecha de Reporte:	2017-1-24
Documento del afectado:	XXXXXXXXXX	Iniciales del afectado:	CASA
	Consultar	Edad:	30A
EPS:	EPS SURA	Grupo Poblacional:	NO APLICA GRUPO POBLACION
Tipo de Acción:	Problemas relacionados con el uso de dispositivos médicos (	Subtipo Evento:	Falla En El Equipo/Mal Funcionar
Descripción de Acción Insegura:	Buretrol marca baxter que al momento de destaparlo y diluir medicamento en el se evidencia filtración del medicamento estando este muy bien conectado.		
Acción correctiva Inmediata:	Se hace reporte para Tecnovigilancia		
Equipos, Dispositivo o Medicamento Involucrado?	☒ SI ☐ NO		
	Dispositivo		
Nombre del dispositivo:	XXXXXXXXXXXX	Lote del dispositivo:	XXXXXXXXXX
Registrar			

De esta manera el aplicativo reporta el suceso al área encargada, ya sea de farmacovigilancia, tecnovigilancia o al área de ambiente físico, si es relacionada con infraestructura; todo con el fin de garantizar una gestión oportuna de las acciones correspondientes.

El reporte de la situación clínica inesperada contiene los siguientes ítems:

- Tipo de reporte.
- Sitio de ocurrencia.
- Fecha de ocurrencia.
- Fecha de reporte.
- Documento del afectado.
- Iniciales del afectado.
- Tipo de cliente (Si es interno o externo).
- Tipo de situación.
- Descripción de la situación.
- Intervención realizada.
- Situación final del afectado.

Registro de Situaciones Inesperadas			
Seguridad del Paciente			
Tipo de Reporte:	REPORTE VOLUNTAR	Sitio de Ocurrencia:	CONSULTA EXTERNA
Fecha de Ocurrencia:	2017-01-24	Fecha de Reporte:	2017-1-24
Documento del afectado:	XXXXXXXXXX	Buscar	Iniciales del afectado Nombre(2)
			Apellido(2): CASA
		Edad:	30A
Tipo de Cliente:	INTERNO	Tipo de Situación:	DESMAYO
Descripción de la Situación:	Familiar de paciente en consulta de ortopedia quien sufre desmayo en consultorio, recuperando la conciencia aproximadamente 10 segundos después.		
Intervención Realizada:	Se Revisa paciente, Se llama a central de camilleros los cuales trasladan a acompañante al servicio de urgencias para revisión como esta establecido en protocolo, Se reporta la situación clínica inesperada por medio de aplicativo.		
Situación final del paciente:	Acompañante es atendido en el servicio de urgencias con posterior alta.		
Registrar		Cancelar	

¿Cómo está estructurado el programa de Gestión Ambiental?

La Clínica cuenta con un departamento ambiental encargado de analizar y tomar las decisiones adecuadas, frente a todos los asuntos ambientales al interior de la Clínica, el cual está conformado por una Ingeniera Ambiental y representantes de: Dirección, Gestión humana, departamento de enfermería, administradores de los servicios tercerizados, Salud y seguridad en el trabajo, Ambiente físico y demás, quienes aportan directamente dentro del Sistema Ambiental.

La Clínica tiene establecida una política ambiental, la cual rige las bases de las funciones ambientales de todos los colaboradores de la Institución. Por medio de esta política la Clínica se compromete a:

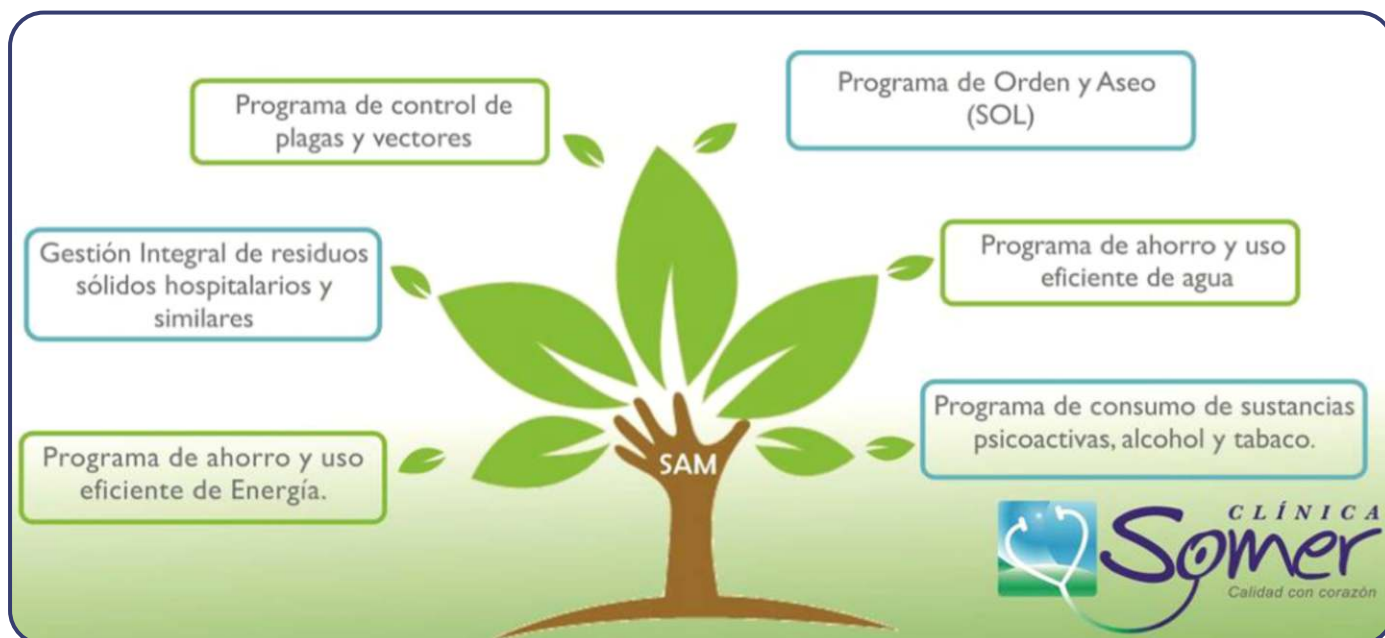
- Implementar procesos seguros desarrollando acciones que permitan prevenir, mitigar y corregir los impactos negativos generados en cada una de sus actividades.
- Establecer prácticas ambientales que permitan un manejo integral de los residuos sólidos hospitalarios, un manejo seguro de sustancias químicas, el fortalecimiento de las prácticas de orden, aseo y el uso adecuado de los recursos naturales.
- Mantener una cultura ambiental con la comunidad, el personal interno, los pacientes y sus familias.
- Estar siempre atentos al mejoramiento continuo y al cumplimiento de la legislación ambiental.



De acuerdo a esta política y para dar cumplimiento a la misma, se desarrolló el Programa para el mejoramiento de la cultura ambiental SAM saludablemente ambiental, el cual tiene como objetivo fomentar la cultura ambiental comprometiendo a los usuarios, empleados y partes interesadas.

El programa SAM articula los diferentes programas relacionados con la gestión ambiental:

- Programa de manejo integral de residuos hospitalarios y similares.
- Programa de manejo seguro de sustancias químicas.
- Programa de Uso eficiente de las recursos naturales (agua y energía).
- Programa de Control de plagas y vectores.
- Programa de Orden y aseo SOL.
- Programa de prevención de consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco.



Cada uno de los programas cuenta con actividades específicas, un cronograma y unos indicadores de cumplimiento y eficacia, por ejemplo:

Indicadores Consumo de Agua

Consumo de agua al día (datos factura) por usuarios del servicio.
Consumo de agua al día (registros de la Clínica) por usuarios del servicio.
Consumo de agua por DCO (día cama ocupada).

Indicadores Consumo de Energía

Consumo de energía al día por pacientes, empleados y personal outsourcing.
Consumo de energía por DCO (día cama ocupada).

Indicadores de la generación de Residuos

Proporción de residuos para incineración.
Proporción de residuos para reciclaje.
Proporción de residuos para relleno sanitario.
Proporción de residuos para celda de seguridad.

La Clínica recibió el premio Lideres Progresas, un reconocimiento otorgado por Cornare a las empresas que implementan buenas prácticas ambientales en su sistema de gestión, propendiendo por el uso adecuado de los recursos y mitigando sus impactos ambientales.

También se cuenta con el certificado de Responsabilidad Social Empresarial, por el compromiso y el esfuerzo de la Institución en la aplicación de acciones encaminadas al desarrollo de prácticas social y ambientalmente responsables.



¿Cómo se fomenta entre usuarios y colaboradores el desarrollo de una cultura ecológica?

La Clínica cuenta con diferentes medios por los cuales realiza el despliegue de la información, con el fin de crear cultura en los colaboradores y usuarios:

NotiSomer: Por medio del Noti Somer se publican diferentes tips de los programas ambientales con los que cuenta la Clínica.



The graphic is a horizontal banner with a teal and blue background. On the left, there is a circular inset photo of a male healthcare worker in blue scrubs attending to a patient in a hospital bed. In the top right corner, there is a logo for 'CLÍNICA Somer' with the tagline 'Calidad con corazón'. The main title 'Noti Somer' is written in large, bold, dark blue letters, with 'Edición 121' below it in a smaller font. To the right of the title is a white heart shape formed by a stethoscope. Below the title, there is a section titled 'Tips Ambientales' in bold. To the left of this section is a graphic of a green heart shape composed of several overlapping leaf-like shapes. Below the title, there is a list of five tips in Spanish, followed by an invitation to join the healthy environmental culture.

CLÍNICA Somer
Calidad con corazón

Noti Somer

Edición 121

Tips Ambientales

Desde Gestión Ambiental nos comparten estos consejos ecológicos para el ahorro de combustible, que buscan reducir el impacto negativo que tienen nuestras acciones sobre el planeta:

1. Usa medios de transporte masivos.
2. Implementa el uso de la bicicleta o camina.
3. Mantén bien infladas y calibradas las llantas del carro.
4. Controla el uso del aire acondicionado.
5. Después de los 110 Km/h los vehículos consumen más combustible, mantén una velocidad promedio menor a la indicada.

Te invitamos a unirte a la cultura ambiental saludable.

Realización de conferencias que tienen como invitados al personal de la Clínica, a las cuales deben asistir por lo menos dos personas por área.



Se realizan campañas semestrales fomentando la cultura del cuidado al medio ambiente.

Como se fomenta el uso racional de los recursos ambientales no renovables (Agua-luz)

Programa de ahorro y uso eficiente de agua "Plan Quinquenal"

Tiene como objetivo establecer estrategias que permitan implementar, educar y continuar en el tiempo con buenas prácticas ambientales, dando cumplimiento a la normatividad vigente aplicable a la Institución. Algunas de las actividades de este programa son:

- Celebración día Mundial del Agua (22 de Marzo).
- Mensajes de ahorro y uso eficiente en grifos, carteleras y canal institucional.
- Campaña semestral "goticas", en la cual se les dan tips de ahorro a toda la comunidad, explicando la problemática ambiental.
- Campaña anual para la reparación de daños que incluya fugas y goteras de aguas.
- Reporte de indicadores de consumo de agua semestrales.
- Análisis semestrales de agua potable.
- Caracterización de vertimientos.
- Registros diarios de consumo de agua.
- Concesión de agua (fuente subterránea).

Programa de uso racional y eficiente de la energía

Su objetivo es establecer estrategias que permitan un mejor aprovechamiento de la energía dentro de las operaciones de la Institución. Algunas de las actividades de este programa son:

- Reporte de indicadores semestrales de consumo de energía por medio de la factura de servicios públicos.
- Mensajes de ahorro y uso eficiente de energía en interruptores, carteleras y canal institucional.
- Campaña semestral "Energética", en la cual se les dan tips de ahorro a toda la comunidad, explicando las consecuencias del mal uso del recurso.
- Cambio de luminarias por luces Led.
- Uso paneles solares para calentar agua de habitaciones.

¿Qué acciones se han realizado para fomentar el Reciclaje?

Reciclaje solidario: Es un programa que consiste en la recolección de la tapas plásticas de los envases, con el fin de conseguir recursos que le permitan a la Clínica facilitar la estancia de las personas de escasos recursos y sus familias (alimentación de acompañantes, estadía, implementos de aseo y subsidios de transporte para algunos pacientes) Esta labor se realiza a través de Trabajo Social.

CURSO BÁSICO SEGURIDAD DEL PACIENTE

Desarrolla
competencias
para salvar vidas

Modalidad
100%
virtual

Duración
60 Hrs



FUNDACIÓN
GUAYACANES



enlaces
Centro de altos estudios

DATOS DE CONTACTO

Teléfono: (4) 265 68 02 Ext 111-133

Correo: mercadeo@fundacionguayacanes.org
enlaces@fundacionguayacanes.org

Concurso de pesebres ecológicos: Estrategia donde las áreas deben cumplir con las bases del concurso, las cuales son: El pesebre debe construirse en material reciclable, se debe vincular a todo el personal del área en su construcción, potenciando así el trabajo en equipo, debe tener un mensaje alusivo al cuidado del medio ambiente, debe integrarse de manera adecuada al servicio y no debe representar un riesgo.



Pesebre del banco de sangre



**Pesebre del área de sistemas y calidad
hecho con chatarra electrónica**

Punto ecológico de recolección de pilas: La Clínica se sumó a la campaña Nacional de Recopila, que busca recolectar pilas y contribuir a la disminución de la contaminación producida por estos productos, altamente nocivos para el entorno.



Residuos RAEE: Los residuos de aparatos eléctricos y electrónicos RAEE, tienen un tratamiento y disposición diferente debido a su composición. Muchas de sus partes pueden ser incluidas en nuevos procesos o en la elaboración de otros productos, evitando convertirse en un pasivo ambiental al disponerse en un relleno sanitario. La Clínica tiene un acuerdo con la empresa LITO Puntos verdes, para la entrega de dichos residuos. De esto no se tiene ninguna retribución económica, pero dependiendo del peso que se entregue, la empresa otorga unos puntos, los cuales son destinados a una fundación que la Clínica seleccione. Estos puntos se convierten en elementos de aseo, alimentación, enseres, de acuerdo a la necesidad de la fundación.

¿Qué acciones se han desarrollado relacionadas con el manejo seguro de los residuos hospitalarios?

La Institución cuenta con el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares (PGIRH-S) elaborado bajo los parámetros establecidos por el Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de la Protección Social, en la aplicación del Decreto 351 de 2014 y la Resolución 1164 de 2002.

Es un documento técnico que contiene de manera organizada y coherente, cada una de las actividades que se realizan en la Institución para garantizar la adecuada gestión de los residuos en todas sus etapas.

El programa cuenta además con unas estrategias institucionales que se implementan para garantizar la adecuada gestión en la segregación, en el almacenamiento y en el tratamiento y disposición final de los residuos hospitalarios.

Capacitación: Por medio de una plataforma virtual académica donde cada mes se publican cursos tanto para personal asistencial como administrativo. Por ejemplo se implementó el curso de Bioseguridad y residuos.



Toma de servicios: Para fomentar la correcta segregación de residuos, además de las capacitaciones se realizan semestralmente una toma de servicios con gestores externos, que consiste en realizar visitas a los diferentes servicios de la Clínica con un gestor externo que verifica la segregación, realiza talleres con ejemplos para la comprensión de los colaboradores y resolución de dudas.



Auditorías por servicios: Auditoría a las áreas asistenciales realizada por el personal de Gestión Ambiental mediante un instrumento de verificación donde se evalúa la segregación en la fuente (los recipientes, la segregación, el conocimiento del personal) la segregación de residuos cortopunzantes y uso de guardianes, la adherencia a los procedimientos establecidos para la gestión de residuos mercuriales, anatomopatológicos y oncológicos y verificación de la desactivación, la recolección y el transporte de residuos. Además, se identifican acciones correctivas o preventivas encaminadas al uso racional y eficiente del agua y energía. Los resultados obtenidos son objeto de seguimiento, se comparten con el jefe de área para su gestión y retroalimentación con el personal.

Interventoría anual a los gestores externos de residuos: Es una verificación del cumplimiento legal y de buenas prácticas, que incluye desde la inspección de los vehículos para el transporte de residuos, hasta la infraestructura física de las empresas, su estructura organizacional entre otros, con el fin de asegurar el buen desempeño de todos los procesos de la Clínica, es una estrategia para la generación de valor y la responsabilidad social, pues se vela por el cumplimiento de los requisitos exigibles desde la inclusión de nuestros proveedores de insumos y servicios.

Emergencias

El plan de emergencias de la Clínica está alineado al Sistema de seguridad y salud en el trabajo, en la actualidad se tienen documentados el 98% de los procedimientos que exige la norma.

Para el control de las emergencias se cuenta con tres grupos:

Comité de emergencias: conformado por las directivas de la organización ya que son las personas encargadas de tomar decisiones en cuanto a la administración de la emergencia y quienes están en la capacidad de desplegar los recursos, además son los encargados de llamar a los grupos externos como bomberos, tránsito, policía para que brinden apoyo en los diferentes eventos que se puedan presentar.

Brigada de emergencias: Conformada por 60 brigadistas aproximadamente los cuales reciben capacitación mensual con el apoyo de la ARL.

Líderes de evacuación: Grupo formado para la evacuación de personal en cada uno de los servicios, los líderes se encargan de evacuar al personal de un área asignada en caso de un evento.

La Institución realiza simulacros cada año y participa además en los simulacros externos que programan las empresas de la zona. El último simulacro fue organizado por el Aeropuerto José María Córdova, en el cual se simuló la caída de avión.

A nivel interno, se realizó un simulacro de una hora de duración, en el cual se simuló un sismo, que registró 4 eventos: la fuga de oxígeno en un tanque principal de la Clínica con lesionados, colapso estructural y posterior incendio con lesionados, colapso estructural en los tanques de almacenamiento de agua potable con lesionados y una pérdida de un menor de edad dentro de la Institución (Código Rosa). Se evacuaron 14 lesionados, 552 personas evacuadas entre ellas 70 pacientes de las áreas no críticas.



Gestión de la Tecnología Biomédica en la Clínica Somer S.A.

¿Cómo se realiza la planeación, selección y adquisición de la tecnología biomédica y quiénes la realizan?

La Clínica ha documentado el manual de gestión de la tecnología en el cual ha involucrado 5 grupos de gestión:

- 1 Medicamentos y dispositivos médicos quirúrgicos.
- 2 Nuevos procedimientos médicos y quirúrgicos.
- 3 Tecnologías de apoyo (Ambiente físico).
- 4 Tecnología de la información (Sistemas).
- 5 Tecnología biomédica.

El manual incluye todo el proceso para la adquisición y utilización de la tecnología, especificando el paso a paso para cada uno de los grupos.

Grupo de gestión de medicamentos y dispositivos médicos

- Se realiza la identificación de necesidades.
- El servicio farmacéutico cita al equipo interdisciplinario para hacer la revisión del medicamento o dispositivo y se procede a la evaluación científica por parte del equipo.
- Se procede a la evaluación técnica.
- Se realizan informes y se analizan de manera general en el comité de compras, conformado por la dirección médica, administrativa, la gerencia, compras y el equipo interdisciplinario en pleno, dependiendo de la decisión se procede a la incorporación.



DIPLOMADOS VIRTUALES

- Auditores internos de procesos con énfasis en acreditación
- Líderes para la acreditación institucional en el sector salud
- Gestores de la cultura de seguridad del paciente
- Implementación del Sistema Único de Habilitación

 (4) 265 68 02 Ext. 111-133

 www.fundacionguayacanes.org

 enlaces@fundacionguayacanes.org

mercadeo@fundacionguayacanes.org



Nuevos procedimientos médicos y quirúrgicos

- Se inicia con la identificación de necesidades a través de los grupos de interés o de planeación estratégica, de la gerencia con los especialistas.
- Se define el alcance del tema.
- Se definen los criterios para establecer las prioridades.
- Se define el método para establecer esos criterios.
- Se revisa el cumplimiento de los requerimientos normativos tanto de habilitación como de acreditación, para hacer la apertura del nuevo servicio.
- Se realiza la selección y evaluación de los criterios de impacto del nuevo servicio en:

- Mejoramiento de resultados individuales al paciente.
- El beneficio a la población.
- Reducción del costo unitario o agregado.
- La reducción de variaciones inexplicables en la práctica médica.
- El abordaje de implicaciones éticas y sociales.
- El avance del conocimiento médico en investigación.
- La factibilidad económica de la realización.

- Se hace un análisis claro de medicina basada en la evidencia.
- Se procede luego con las evaluaciones económicas.
- Se procede a la incorporación con la socialización de los resultados en grupos primarios asistenciales y con la junta.
- Se procede a realizar la guía práctica de atención por los especialistas responsables de realizar la actividad médica.
- Se inicia con la implementación incluyendo al área comercial para su apertura.

Equipos biomédicos, informáticos y electromecánicos

Se inicia con la identificación de las necesidades a través del registro de necesidades de los equipos, que puede corresponder a apertura de nuevos servicios, demanda insatisfecha, ampliaciones, reposiciones de tecnología o fortalecimiento de áreas.

Se realiza el análisis de factibilidad, donde se revisa la funcionalidad, la normatividad, el análisis de mercado, el costo de la tecnología, proveedores, la viabilidad técnica, la confiabilidad del proveedor.

La evaluación técnica se hace por medio de un cuadro comparativo con los puntos principales del producto teniendo en cuenta: características técnicas, los proveedores, tiempo de vida útil.

Se realiza análisis ocupacional del impacto en el personal asistencial, si se necesita más personal.

Se definen los requerimientos jurídicos para la tecnología.

Se definen los aspectos financieros como el precio, el costo de utilización, el costo de mantenimiento, garantía y costos ocultos.

Se definen los aspectos ambientales relacionados con consumo de energía, agua, la generación de residuos y la disposición final.

Se revisan los aspectos de infraestructura que tienen que ver con dimensiones, preinstalación, ubicación.

Luego se realiza la ponderación de los criterios de selección en los que se tiene un peso para las características técnicas, alarmas del equipo, la evaluación de la demostración, el servicio postventa, evaluación ambiental, valores agregados, evaluación financiera y con esto se extrae un ponderado para cada propuesta y se define cuál es la mejor opción en cuanto a la calificación que se obtenga para cada uno de ellos.

Se selecciona la mejor opción y se lleva al comité de compras, se expone el trabajo técnico realizado y en el comité de compras se toma la decisión de la adquisición.

Una vez se compra se inicia con la instalación, implementación y puesta en marcha de la tecnología en donde se debe tener en cuenta:

- Cuáles son los documentos que debe entregar el proveedor.
- Cómo se realiza la recepción e instalación de los equipos.
- Cómo se realiza el proceso de capacitación, la instalación y puesta en marcha, la activación de los equipos por la parte financiera.
- Cómo se usa y la seguridad de los equipos a través del programa de tecnovigilancia y el programa de manejo seguro de equipos que abarca todo tipo de equipos.

Cuál es el tiempo de respuesta para responder a las necesidades de la tecnología biomédica

El tiempo de respuesta del Área Biomédica es en promedio de 6 horas y un tiempo de solución promedio de 24 horas, dependiendo de la prioridad.

Prioridad alta: Es solución inmediata.

Prioridad media: Son 12 horas de respuesta.

Prioridad baja: Son 24 horas.



Carteleras digitales

En la Fundación Guayacanes ofrecemos un servicio integral de comunicación estratégica, dinámica y segmentada a través de una red de pantallas interconectadas que le permitirán emitir información de impacto para múltiples públicos de interés.

Nos encargamos de estructurar los mejores canales de comunicación digital al interior de las organizaciones, logrando dinamizar y afianzar los flujos comunicativos.

¿Qué logrará con nuestra solución?

Conexión inmediata con su público objetivo.
Actualización de contenidos informativos diarios y en tiempo real.
Distribución simultánea y segmentada de la información.
Mayor impacto visual.
Fortalecer la cultura corporativa y el clima organizacional.
Difusión y cumplimiento de su estrategia corporativa.
Fidelizar su público interno y externo.
Comunicar en un lenguaje y formato amigable.
Posicionamiento de marca.

¿Qué ofrecemos?

1. Asesoría y planeación en la estrategia de comunicación.
2. Diseño y creación de contenidos dinámicos e interactivos.
3. Publicación y administración de los contenidos multimedia.

Teléfono: (4)265 68 02 Ext. 110

Correo: comunicaciones@fundacionguayacanes.org

www.fundacionguayacanes.org



Capítulo 3



Gestión Integral del Talento Humano

Unidad de Servicios de Salud Pablo VI Bosa

Los temas tratados a continuación corresponden a puntos focales y de interés particular ya que constituyen una fortaleza importante que destaca al hospital y le permite ser referente en los temas de Gestión del Talento Humano y Seguridad del Paciente lo cual se ve reflejado en su compromiso y excelente desempeño guiados desde la Plataforma Estratégica institucional a través de su Misión y Visión las cuales se citan a continuación:

Misión

“Somos 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. 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.



Visión

“En el año 2016 seremos una entidad líder a nivel nacional en la implementación del Modelo de Atención Primaria en Salud, consolidada como empresa acreditada, que avanza hacia la seguridad del usuario, la Investigación, la gestión de conocimiento y el impacto positivo en sus grupos de interés.

En el año 2020 seremos una entidad reconocida a nivel nacional e internacional por sus resultados en la implementación del Modelo de Atención Primaria en Salud, su avance hacia la acreditación con excelencia, la garantía de la seguridad del usuario, la producción de conocimiento y el impacto positivo en sus grupos de interés. En el año 2024 seremos una entidad acreditada con excelencia, segura para el usuario, referente en la gestión, formación y entrenamiento para la Atención Primaria en Salud y el ejercicio de Responsabilidad Social.”

El hospital además cuenta con un Modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque territorial familiar y comunitario en cuyo centro se encuentran los individuos, las familias y la comunidad. En este sentido, la institución realiza la identificación del territorio desde la lectura de la realidad, para de esta manera disponer de respuestas integrales que abarcan desde los temas de promoción, prevención, hasta lo resolutivo y rehabilitación. Lo anterior con el fin de impactar determinantes, controlar riesgos y prevenir daños.

Gestión Integral del Talento Humano

Planeación del talento humano

¿Cómo se planea el recurso humano en la organización?

La institución cuenta con un proceso estandarizado para la planeación del Talento Humano el cual se encuentra documentado en la Guía para la Planeación Del Talento Humano la cual presenta los criterios a tener en cuenta para el desarrollo del proceso. A continuación se presenta un esquema resumen correspondiente al ciclo de servicio y ciclo de vida laboral del colaborador:



Se realiza un proceso de reclutamiento y selección del talento humano mediante convocatorias internas que tienen como finalidad promover la promoción institucional y de igual manera se desarrollan convocatorias externas a través de página web y buscadores de empleo por internet.

Adicionalmente, este proceso se encuentra articulado a la plataforma estratégica institucional la cual contempla como uno de sus ejes fundamentales la gestión del talento humano así como en el Plan de Desarrollo de la institución para los años 2012 - 2016 en donde se involucra como eje estratégico y lema "Nuestra gente genera Valor" con lo cual se fortalece la política de talento humano en el marco de la cultura de humanización, de la gestión ética y de la formación para el desarrollo y transmisión del conocimiento.

Para lo cual, a partir del año 2010 la institución garantiza el conocimiento, la comprensión y la aplicación de la Guía para la Planeación del Talento Humano al 100% de los líderes de procesos involucrados en la planeación de talento humano, el cual se encuentra ajustado a las necesidades identificadas en la institución y de manera sistemática se le realiza seguimiento trimestral para verificar el porcentaje de cumplimiento del mismo.

La planeación del talento humano en la institución se desarrolla de forma anual por lo que fue posible evidenciar que al identificar la necesidad de personal con un número de 21.280 personas requeridas, el hospital generó las acciones pertinentes y se brindó un cumplimiento en el ajuste de la planeación de este recurso en un 97.4%.

¿Qué aspectos se analizan para realizar esta planeación?

A nivel institucional se realiza planeación del talento humano teniendo en cuenta dos pasos fundamentales los cuales se describen a continuación:

En primera instancia, realiza una reunión con los líderes de los procesos de direccionamiento, misionales y de apoyo, operaciones asistenciales y administrativas para la entrega de lineamientos para la planeación de talento humano y formulación de los proyectos de servicios personales, estas responsabilidades están a cargo de la oficina de planeación.

Posteriormente de definir los perfiles de talento humano que se requiere se debe diligenciar por todos los procesos (Apoyo, Direccionamiento y Misionales) el formato de requerimiento del recurso humano con la descripción del perfil requerido, indicando nivel de educación, habilidades, descripción de actividades a realizar, identificación de inexistencia o insuficiencia del perfil requerido en la planta de cargos actual del personal que por ende justifica la contratación y se articula al proyecto metodología para el análisis de necesidades de contratación de talento humano asistencial intramural.

Para realizar la programación de personal requerido a nivel intramural, se tiene en cuenta dos fases o criterios importantes que son: la capacidad instalada y la oferta de servicios.

Primera Fase: Capacidad Instalada. El ejercicio parte de la capacidad instalada disponible y las metas contractuales programadas para cada unidad asistencial, por profesión y la oferta del servicio habilitada.

A continuación se relacionan los pasos que se deben tener en cuenta para la construcción de la capacidad instalada del hospital:

- Inicialmente se contempla el comportamiento de los usuarios del año anterior y el vigente.
- Se realiza la revisión de la proyección de oferta de servicios, la cual se elabora teniendo en cuenta la producción real del año en vigencia y del año anterior, en las estadísticas generadas.
- Se procede a la revisión de 2 servicios trazadores haciendo el seguimiento del % de usuarios que acuden al servicio esto sobre el número de usuarios contratados con las EPS-S.
- Se analiza la asistencia de usuarios, frecuencia de uso por EPS-S por servicio.
- Se establece qué porcentaje de usuarios de las EPS-S asisten a cada unidad de atención para determinar presencia, georreferenciación o focalización por empresa en cada unidad de atención.
- Se determina la frecuencia de uso para analizar las necesidades de talento humano y evaluar infraestructura que se oferta.
- Es identificado el comportamiento por grupos de edad relacionados en las bases de datos para así calcular y revisar modificaciones y rotación de usuarios.
- Se realiza la revisión de número de consultorios especificando el horario disponible a ofertar en el día y qué ocupación se tiene en el momento con talento humano contratado en cada una de las sedes asistenciales.

Se realiza la actualización de las bases de datos de los profesionales que se encuentran prestando sus servicios en el hospital, determinando: horas contratadas por día, multiplicándolas por el número de días hábiles para determinar horas contratadas en el mes; a este resultado se le resta el 10% de tiempo correspondiente al fortalecimiento de competencias para determinar las horas disponibles para el trabajo de atención en consultas y controles.

Esta información se debe registrar en el formato de capacidad instalada por sede el cual debe ser diligenciado por el líder de la sede, y posteriormente se debe consolidar en el formato consolidado institucional de ocupación y utilización de capacidad instalada (infraestructura - talento humano).

- De igual manera, se debe determinar la cantidad de consultorios disponibles que están sin asignación de horas de talento humano y programar las horas potenciales en las que se pueden ofertar en la institución en el mes descontando una hora de sanitización, calculando así el talento humano requerido.

Posterior a la determinación de la capacidad instalada por sede esta debe ser validada por la Subgerencia Asistencial, Oficina de Talento Humano y Planeación de manera mensual. Es necesario tener en cuenta las modificaciones que puede tener la capacidad instalada, debido a situaciones como planes de contingencia, desarrollo de proyectos de infraestructura, entre otros.

Segunda Fase: Metas Según Contratación Vigente. Para el cálculo de metas, la institución diligencia la matriz existente la cual permite cruzar la información actualizada correspondiente a la capacidad instalada ofertada (incluyendo física y de talento humano) por cada unidad asistencial, teniendo en cuenta con respecto al talento humano las horas contratadas.

¿A partir de qué criterios se determina si hay necesidad de aumentar el recurso humano?

Los criterios a tener en cuenta para el desarrollo del proceso de planeación incluyen: legislación vigente, identificación de las necesidades de los usuarios, proyección de las necesidades de personal vs. La oferta de servicios, los cambios organizacionales y del sector y el desarrollo de las competencias necesarias para brindar servicios seguros, humanizados, con utilización óptima de la tecnología disponible y la gestión integral de los riesgos, lo cual permite brindar respuesta a las necesidades identificadas para la prestación de servicios a las personas, familias, comunidades y territorios de la localidad de Bosa y el Distrito Capital.



- Formación
- Gestión del Conocimiento
- Gestión de Proyectos
- Comunicación en Salud

www.fundacionguayacanes.org
info@fundacionguayacanes.org



¿Cómo demuestra la institución que no es reactiva en la planeación del recurso humano?

Desde la planeación estratégica la institución determinó la implementación de una guía de planeación del talento humano a través de la cual se evalúa su cumplimiento de forma trimestral así indicando los resultados obtenidos a partir de dicha planeación, estos resultados se muestran en la siguiente tabla en la cual se demuestra el adecuado proceso de planeación del talento humano institucional con un ajuste superior al 95% entre lo planeado y lo ejecutado año tras año:

Resultados de la planeación del talento humano

AÑO	PROYECTO	TRIMESTRE I	TRIMESTRE II	TRIMESTRE III	TRIMESTRE IV
2013	ADMINISTRATIVO	98,5	99	98,5	99
	OPERATIVO	98	99	99	98,5
2014	ADMINISTRATIVO	98	98,2	97,2	97,8
	OPERATIVO	97	97,1	97,3	97,2

Fuente: Hospital Pablo VI de Bosa

Asignación del recurso humano

¿Cómo es el proceso de selección, cuáles son los factores claves en el proceso de selección y cómo se desarrolla el proceso de vinculación?

Alineados con la misión institucional y correspondiendo al interés de mantener altos estándares de calidad, aproximadamente desde hace 10 años se cuenta con un proceso estructurado de selección de personal en el cual se evalúan las competencias propias del perfil de cargo a través de la aplicación de instrumentos de medición psicotécnica, la aplicación de entrevistas estructuradas por competencias y la certificación de credenciales ante las entidades de educación superior y entes reguladores de profesiones que permiten certificar que el talento humano cumple con los conocimientos, experiencia y competencias requeridos para el ejercicio de los cargos al interior del hospital.

El proceso de selección, se realiza bajo cuatro modalidades las cuales inician con la evaluación de conocimientos que permiten definir las competencias del saber garantizando el conocimiento técnico de los evaluados. La segunda modalidad corresponde a la entrevista la cual fue modificada y actualizada en el mes de junio generando un proceso de entrevista por competencias que certifica las competencias del saber Vs. La experiencia comprobada en el área de desempeño, adicionalmente evalúa aspectos familiares y de lugar de vivienda y proyección de estudios, lo anterior con el fin de evaluar el riesgo de rotación frecuente del personal. Finalmente son evaluadas las competencias del Ser mediante la prueba psicotécnica la cual ha tenido una evolución importante ya que se inició con la prueba EROS con la cual se realizaba la evaluación de competencias de servicio al cliente.

En junio del año 2013, en la institución se dio inicio a la evaluación con la prueba SEDISC la cual no solo evalúa competencias de servicio al cliente, sino que, basándose en el modelo DISC identifica si la persona logra ser Dominant (dominante), Interacting (influyente), Steady (constante o estable), Cautious (conciencioso) y muestra este resultado frente al desarrollo de los procesos de trabajo, esta es la prueba que se aplica en la actualidad en la institución.

De este proceso se genera un informe de tipo cualitativo (de la prueba psicotécnica) y cuantitativo basado en los resultados de la prueba de conocimientos. El peso de los factores sobre el proceso se ha determinado en el hospital así: Prueba de conocimientos técnicos (15%) Estudios (10%) Experiencia (10%) prueba psicotécnica (30%) Entrevista (35%). El estándar de evaluación por ajuste a perfil de cargo debe superar el 80% del proceso de evaluación.

Los documentos que le permiten a la institución establecer la idoneidad del personal corresponden a: Requerimiento del recurso humano, registro de competencias del personal por cargo, requisitos de educación, requisitos de formación, verificación hojas de vida, carta de idoneidad, solicitud de verificación de títulos a las instituciones académicas.

En lo referente a la tercerización para colaboradores de seguridad y servicios generales, se tienen determinadas las condiciones que deben cumplir el personal que se vincule a la institución las cuales se evalúan desde el proceso de selección y desempeño y la evidencia de ello reposa en las hojas de vida de los colaboradores.

Con respecto a las prácticas formativas se certifica por parte del referente el cumplimiento de las condiciones de perfil determinado por la institución tanto para estudiantes como para supervisores de las mismas y la aplicación de conocimientos se realiza a través de comités de evaluación al 100% de los estudiantes para garantizar el adecuado desarrollo de sus responsabilidades y procesos de aprendizaje.

La confirmación de los registros e idoneidad profesional y antecedentes se realiza para el 100% de los colaboradores y el registro correspondiente a este seguimiento se encuentra en las hojas de vida, asegurando a la institución que el 100% del personal que ingresa cumple con las condiciones en términos de formación, educación, habilidades y experiencia.

De igual manera, la institución cuenta con el registro de documentos de hoja de vida de cada colaborador centralizado y bajo custodia de la oficina de Talento Humano acorde a la normatividad vigente, con accesos solo a personas autorizadas, entrenadas y con experiencia en el manejo de hojas de vida, para un mayor control de la información.

El despliegue de este procedimiento se da a conocer a todos los colaboradores desde su ingreso en el proceso de inducción, así como el entrenamiento a líderes y coordinadores que se desarrolla en el programa de entrenamiento a puesto de trabajo para que sea de conocimiento de todo el personal su existencia, manejo y acceso conforme a los perfiles determinados.

¿Qué mejoramientos se ha desarrollado frente al tema de inducción?

La inducción ha sido un proceso que se ha transformado durante los últimos 10 años, en cuanto a los siguientes aspectos:

- 1 **Metodología:** Inclusión de video de bienvenida realizado por la Gerencia, con recorrido por cada una de las sedes.
- 2 **Tiempo:** La inducción general paso de ser un proceso que tardaba tres días a un proceso que dura 8 horas y es reforzado por un contenido virtual.
- 3 **Inducción Específica:** Inclusión de acompañamiento por el líder y de un par que apoya al colaborador nuevo en su proceso de adaptación.
- 4 **Consolidación de grupo expositor de la Inducción:** Los expositores que realizan el proceso de inducción, son profesionales expertos en cada una de las temáticas y están organizados con horarios y tiempos fijos para cada una de las inducciones, que se programan los días martes de cada semana.

Espacio y logística: Adaptación de un salón que cumple con todos los requerimientos logísticos y audiovisuales necesarios para hacer de la inducción un espacio cómodo y de máximo aprovechamiento.

¿Cómo es el proceso para dar entrenamiento específico al personal que ingresa en los procesos y funciones que va a desempeñar?

El proceso de inducción específica tiene por objeto ofrecer al colaborador nuevo el conocimiento específico sobre sus actividades a desarrollar, los procesos, procedimientos, guías institucionales y demás aspectos relacionados directamente con el trabajo a desempeñar, que le permitirán desenvolverse de manera adecuada y de acuerdo a los objetivos de la institución.

Esquema correspondiente al Programa de Inducción Institucional:



Inducción Específica



A nivel institucional para inducción específica la institución tiene en cuenta:

- ❶ Cualquiera que sea el perfil el 100% de los seleccionados debe pasar a inducción específica en tema de Seguridad del Usuario.
- ❷ Colaboradores y colaboradoras que vayan a procesos misionales independientemente el perfil deben pasar a las siguientes inducciones específicas:
 - Historia Clínica
 - Guías de Práctica Clínica
 - Seguridad al Usuario
 - Referencia y Contrareferencia
 - Promoción y Prevención
 - Vigilancia Epidemiológica
 - Sistemas de Información
 - Tecnovigilancia
 - Farmacovigilancia
 - Atención de Gestantes (sobre todo para perfil médico, enfermera)
 - Laboratorio Clínico (solo para el perfil que se desempeñara en este servicio)

3 Colaboradores y colaboradoras que vayan a procesos administrativos independientemente del perfil deben pasar a las siguientes inducciones específicas:

- Seguridad al Usuario
- Sistemas de Información
- Facturación

Los temas que sean propios del cargo a desempeñar se deben incluir a esta inducción específica.

En este eje de inducción específica se debe registrar en la Bitácora que se encuentra disponible en la Intranet por cada uno de los seleccionados, esta bitácora se debe diligenciar y firmar por el líder de proceso que realizó la inducción específica.

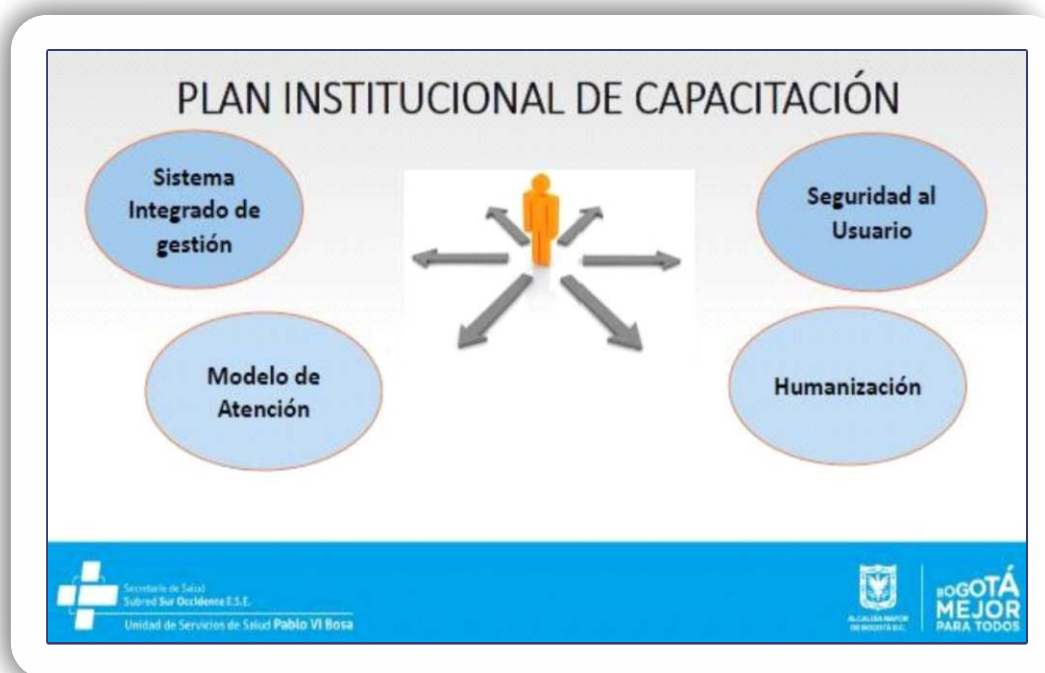
Al finalizar todo el proceso de inducción específica el seleccionado debe entregar la Bitácora al área de talento humano para ser archivada, dando cumplimiento a su proceso de inducción tanto la general como la específica.

¿Cómo funciona el proceso de reinducción del personal?

Dentro del proceso de formación y capacitación continua a sus colaboradores la institución desarrolla un proceso de re inducción a través del cual fortalece y a su vez da a conocer continuamente los cambios más relevantes dentro de la organización que son fundamentales e involucran a todos los miembros de la organización.

Como la reinducción debe ser un proceso continuo, la institución cuenta con una estrategia llamada Unidad de Análisis Temático, que son espacios bimensuales de 5 horas de capacitación donde por disciplinas se incluyen temas que refuerzan las políticas de seguridad al paciente, humanización, acreditación y temáticas tendientes a fortalecer las competencias técnicas de los colaboradores.





De la misma forma existe un proceso de reinducción institucional que se desarrolla para todos los colaboradores que se hace de forma bianual y que incluye la presentación de resultados institucionales proyectos en desarrollo, temas estratégicos que requieren soporte y demás información relevante para el ejercicio de cada uno de las actividades.

¿Cuenta la institución con un plan de capacitaciones?

La institución cuenta con un Plan de Capacitación que se encuentra articulado al proceso de lectura de necesidades y responde al compromiso institucional determinado en la plataforma estratégica encaminado a contar con un recurso humano capacitado y preparado en forma continua, el cual ha sido desarrollado a lo largo de más de 10 años y cuenta con el aporte de colaboradores de todas las disciplinas y actividades contratadas que mediante la metodología de proyectos de aprendizaje determinan las necesidades en este sentido. El plan a lo largo de los años contempla los lineamientos, las temáticas, las metodologías a utilizar en el proceso, los grupos objetivos y las metodologías de evaluación del aprendizaje. Este plan responde a necesidades institucionales comprendidas en el desarrollo de la operación institucional, por esto su enfoque esta dado en 4 líneas de trabajo a saber Modelo de Atención, Humanización, Sistemas Integrados de Gestión y Seguridad del usuario que dan cuenta del interés institucional en los colaboradores y usuarios, los cuales se articulan a los 6 ejes de acreditación a saber: Seguridad del paciente, humanización, gestión de la tecnología, gestión del riesgo, responsabilidad social y transformación de la cultura y teniendo como pilares la atención centrada en el usuario y

los procesos de mejora continua. El objetivo fundamental del PIC (Plan Institucional de Capacitaciones) es fortalecer y desarrollar las competencias del Talento Humano de los colaboradores de la institución para generar resultados que contribuyan con el cumplimiento de la misión institucional y mantener una atención integral, segura, humanizada con altos estándares de calidad y centrada en el usuario y enmarcar lineamientos, objetivos, estrategias y metodologías necesarias para generar el cierre de posibles brechas identificadas entre las competencias esperadas por cada uno de los cargos y las observadas a través de diferentes fuentes de lectura y recolección de datos, articulando el desarrollo del talento humano desde la formación de la competencia técnica y comportamental.

¿Cómo se identifican las necesidades de capacitación y como se priorizan estas necesidades?

El Plan Institucional de capacitación es el conjunto de actividades de formación y capacitación programadas y que responden a unas necesidades institucionales en un periodo de tiempo y de acuerdo a unos objetivos específicos.

La identificación de necesidades se realiza utilizando diferentes mecanismos de lectura:

- 1 Lectura directa a los colaboradores mediante la metodología de grupos focales con la discusión de preguntas clave alineadas a los ejes de acreditación que por discusión y participación conllevan al colaborador a preguntarse que saben y que necesitan saber en las diferentes temáticas planteadas, los resultados se consolidan y se alinean a los ejes estratégicos, obteniendo por ejemplo para el año 2016 los siguientes resultados:

PROYECTOS DE APRENDIZAJE	%
Humanización	37,288%
Modelo de Atención	18,798%
Seguridad al usuario	13,097%
Gestión Ética	8,629%
Gestión del Riesgo	7,550%
Sistema Integrado de Gestión	6,317%
Enfoque en Derechos	6,163%
Responsabilidad Social	2,157%
TOTAL GENERAL	100,000%

- 1 **Análisis de resultados de las auditorías:** Se consideran los resultados de la evaluación de guías, procedimientos y protocolos y se priorizan aquellas con menor nivel de calificación, frente al estándar de calificación institucional del 85%.

- 2 **Lectura de necesidades a los líderes de proceso:** Mediante acta se registra con cada uno de los líderes los temas que de acuerdo al desempeño de sus equipos de trabajo consideran deben ser fortalecidos en los colaboradores.

- 3 **Evaluación del desempeño y libreta de calificaciones:** Dentro del proceso de identificación se tiene en cuenta los resultados de la evaluación del desempeño tomando como referencia las competencias evaluadas que presentan los niveles más bajos de calificación.

Evaluación de clima: La evaluación de clima ha permitido a lo largo de los años medir la brecha entre los comportamientos esperados y los obtenidos en cuanto al estilo de liderazgo, trabajo en equipo, manejo de la comunicación y compromiso y estos resultados han permitido detectar competencias comportamentales que deben ser reforzadas para mejorar la comunicación, el trabajo en equipo el liderazgo y fortalecer el compromiso de los colaboradores.

¿Qué criterios se tienen en cuenta para elaborar el plan de capacitación de la organización?

Para el año 2016 en la formulación del PIC - Plan Institucional de Capacitaciones, la institución tuvo en cuenta los siguientes parámetros:

- 1 Requisitos de Sistema Único de Habilitación
- 2 Requisitos de Acreditación
- 3 Resultados de auditorías internas y externas
- 4 Resultados de informes de comités
- 5 Resultado de la lectura de necesidades a los colaboradores
- 6 Resultado de la evaluación del desempeño y libreta de calificaciones
- 7 Resultados de la evaluación de clima organizacional

¿Cuáles son los ítems de capacitación más importantes para este año?

Según el resultado de la identificación de necesidades realizada durante el año 2016, las capacitaciones priorizadas para el año son las siguientes:

Los temas priorizados con respecto al eje de Sistema Integrado de Gestión son:

- Gestión documental y archivo
- Responsabilidad social
- Gestión ambiental
- Plan hospitalario de emergencias

Diagnóstico del índice de seguridad hospitalaria e implementación del sistema comando de incidente hospitalario.

- COPASST
- Sistema Integrado de Gestión

Los temas priorizados para el eje de seguridad al usuario:

- Control de infecciones
- Investigación de eventos adversos
- Farmacovigilancia, Tecnovigilancia - Manejo de Equipos y Plan de Contingencia
- Prácticas seguras
- Manual de toma de muestras
- Transporte en toma de muestras
- Diligenciamiento adecuado de registros asistenciales (Historias Clínicas y Fichas de Atención Primaria en Salud del programa Territorio Saludable)

Los temas priorizados para el eje de Modelo de Atención en Salud:

Enfoque en derechos y planes de beneficios:

- Metodologías de enseñanza para adultos
- Temáticas de salud pública y pyp (AIEPI, Cáncer Infantil, planificación familiar, VIH, transmisibles, crónicos y gestantes)
- Atención a víctimas de violencia sexual
- Administración de inmunobiológicos
- Guías de atención prioritarias (guía de hipertensión arterial, guía de dolor abdominal, solicitud de imágenes diagnósticas, solicitud e interpretación de laboratorios)
- Administración de medicamentos
- Interpretación de laboratorio clínico

Los temas priorizados para el eje de humanización:

- Manejo del estrés
- Mi ser ante los desafíos y situaciones de cambio desde la perspectiva humana
- Manejo de paciente agresivo
- Manejo de las emociones y relaciones laborales
- Liderazgo y desarrollo de equipos de alto rendimiento

CAPACITACIONES REPRESENTATIVAS

PROYECTOS DE APRENDIZAJE	CAPACITACIONES
SEGURIDAD AL USUARIO	Investigación de eventos adversos, Gestión del Riesgo Clínica, Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Manejo de Equipos y Plan de Contingencia, Diligenciamiento adecuado de registros asistenciales (HC y Fichas de Atención Primaria en Salud del programa Territorio Saludable), Factores Humanos Asociados a Seguridad al Usuario.
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Responsabilidad Social en la Operación, Gestión Documental y Archivo, Administración de Servicios en Salud para colaboradores, Normas Internacionales de Información financieras, Formación de líderes ambientales, Formación de Gestores de Actividad Física, Peligros ocupacionales, Plan Hospitalario de Emergencias, Sistema Integrado de Gestión y SUA.
MODELO DE ATENCIÓN	Enfoque en Derechos y Planes de Beneficios, Temáticas de Salud Pública y PyP, uterino, cáncer de mama, AEIPI, crónicos, PAI, Administración de medicamentos
HUMANIZACIÓN	Trabajo en Equipo, Comunicación, Pautas para la buena atención, Habilidades Gerenciales, Formación y Desarrollo de equipos de alto desempeño.

¿Qué porcentaje de ejecución tiene el plan de capacitaciones de este año?

El plan institucional de capacitación a 30 de junio del año 2016 se encuentra con un cumplimiento del 88%.

¿Cómo se certifica la asistencia a las capacitaciones?

La asistencia a las capacitaciones se certifica mediante actas de asistencia o en caso de ser externas la evidencia se realiza mediante los certificados que acreditan la realización de cursos y diplomados.

De la misma forma para asegurar la asistencia a las mismas se promueve y articula desde la contratación como uno de los puntos de obligatorio cumplimiento dentro de las actividades contractuales de cada colaborador. Igualmente se une a uno de los criterios de la evaluación de desempeño favoreciendo la asistencia a las mismas o el ingreso a la plataforma virtual.

¿Se puede demostrar que con las capacitaciones ha mejorado el desempeño de los funcionarios?

La evaluación del desempeño para los colaboradores de planta y la evaluación de actividades por medio de la libreta de calificaciones permite evaluar las competencias de los colaboradores en forma sistemática, pero además y pensando en el impacto de las capacitación en el desempeño institucional para el año 2015, se tomaron algunos indicadores estratégicos misionales para determinar el impacto de la capacitación:

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DEL PLAN INSTITUCIONAL DE CAPACITACIÓN	INDICADOR DE EFICIENCIA	2014	2015
HUMANIZACIÓN	Percepción de la cultura de humanización al Cliente Interno	86,9%	89,7%
	Percepción de la cultura de humanización al Cliente Externo	96%	97,8%
	Satisfacción del Usuario por tele auditoria	97,4%	99%
MODELO DE ATENCIÓN	Mantener o superar la calificación en la evaluación general de guías en el 80%	85%	82%
SEGURIDAD AL USUARIO	Reincidencia de eventos adversos por la misma causa	42%	29%
SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Porcentaje de Gestión de acciones para mitigar el riesgo	91%	96%

Estos indicadores muestran la trazabilidad desde los lineamientos tomados como base para el plan institucional de capacitación, durante los últimos dos años: por ejemplo para el eje de humanización se evidencia una mejora de cuatro puntos en cuanto a la percepción del humanización del cliente interno y de dos puntos en la percepción del cliente externo, así como de 1,5 puntos en la satisfacción de los usuarios, en el eje de humanización las competencias de los colaboradores fueron fortalecidas en trabajo en equipo, comunicación, crecimiento personal, pautas para la buena atención y habilidades gerenciales.

En cuanto al eje de seguridad al paciente se evidencia una disminución de 14 puntos en la reincidencia de eventos adversos por la misma causa, indicador que muestra la adherencia de los colaboradores a la política de seguridad al usuario, para el año 2015 los temas desarrollados en capacitación en este eje fueron: Taxonomía de seguridad al usuario, factor humano asociado a la seguridad al paciente, investigación de eventos adversos, gestión del riesgo clínico, control de infecciones.

Evaluación del desempeño

¿Cómo se realiza el proceso de evaluación de desempeño por la organización?

La organización garantiza una evaluación sistemática y periódica de las competencias y el desempeño del talento humano respondiendo al interés institucional de mantener altos estándares de calidad y dando cumplimiento a las directrices estipuladas desde la Comisión Nacional del Servicio Civil bajo el Acuerdo 137 del 2010.

EVALUACION DE DESEMPEÑO Y SEGUIMIENTO DE COMPETENCIAS						
PERSONAL DE PLANTA						
AÑO	2009-2010	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	
PROFESIONAL	86,11%	92,65%	94,57%	94%	96,80%	
TECNICO	85,60%	95,81%	96,07%	94%	94,60%	
AUXILIAR	85,40%	93,20%	92,63%	95%	94,20%	
PERSONAL DE OPS						
AÑO	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% EVALUACION	92,78%	93,69%	91,68%	92,49%	92,59%	93%

[illegible]

De la misma forma la institución mantiene una evaluación de cumplimiento de responsabilidades y de la aplicación de las competencias para personal de planta como de OPS (Orden de Prestación de Servicios) por más de 10 años. Este proceso ha permitido realizar seguimiento al cumplimiento de las funciones y actividades contratadas y a la aplicación de competencias tanto técnicas como comportamentales en los procesos laborales.

¿Cómo se evalúa el desempeño de los contratistas?

Para realizar el seguimiento y evaluación de actividades contractuales de los colaboradores que están bajo la modalidad de OPS, la institución cuenta con un aplicativo propio conocido como "GESTOR" cuya operación se documenta en la intranet del hospital, en él se evalúa el desempeño técnico y comportamental de los colaboradores. En este proceso intervienen los colaboradores objeto de evaluación y el jefe inmediato quien provee la realimentación del desempeño basado en los 5 criterios técnicos para asistenciales 3 para administrativos y 15 comportamentales y califica conforme al desempeño de cada uno de ellos. A continuación se muestra un ejemplo de la página de ingreso desde la intranet así como los resultados correspondientes a la evaluación de desempeño de los últimos años:

Ingreso al aplicativo GESTOR institucional:



¿Cómo se realiza el plan de mejoramiento frente a la evaluación de desempeño?

La evaluación es aplicada a todos los colaboradores del equipo asistencial y administrativo con una periodicidad semestral lo cual favorece el conocimiento previo de las necesidades individuales y estas a su vez están alineadas con el plan de capacitación, de igual forma se tienen estandarizados los resultados individuales de cada colaborador al cual se puede acceder a través del menú libreta de calificación, que actualmente se encuentra dentro del rango esperado como satisfactorio cuando su calificación general es superior al 85%, en caso contrario debe realizarse un compromiso de mejora frente a los criterios de menor calificación, realizándole un seguimiento trimestral. Los colaboradores que obtienen los resultados más altos se incluyen dentro del plan de reconocimiento institucional.

¿Qué seguimiento se le realiza al plan de mejoramiento que sale de realizar la evaluación de desempeño?

El seguimiento realizado al plan de mejoramiento resultante de la evaluación de desempeño es direccionado desde la oficina de talento humano e involucra al equipo evaluador, quien en concertación con el colaborador determina acciones de mejora a seguir y se matriculan en el aplicativo de mejora con seguimiento permanente. Para el personal de OPS se concretan bajo un acta de compromiso las oportunidades de mejora que serán objeto de revisión durante la siguiente evaluación.

¿Cómo se reflejan los temas estratégicos, de seguridad y humanización de los servicios de salud en la evaluación del desempeño?

La institución cuenta con una política de seguridad al usuario que promueve la atención y el cuidado seguro, la identificación de riesgos, el desarrollo de una cultura de seguridad y de prácticas misionales seguras que se reflejan en la evaluación de actividades y del desempeño en los siguientes factores:

- Diligenciamiento de guías de manejo y protocolos de área.
- Orientación al logro con enfoque en la gestión del riesgo.
- Orientación al servicio humanizado con prácticas seguras.

En cuanto a la política de humanización, refleja su compromiso hacia el desarrollo y promoción de procesos de atención en salud humanizados, el respeto a la dignidad humana y el interés por los colaboradores, compañeros, usuarios y sus familias, enfoque que se articula con la evaluación de los siguientes factores:

- Orientación al servicio humanizado con prácticas seguras.
- Compromiso institucional.
- Orientación al usuario.
- Trabajo en equipo, colaboración y relaciones interpersonales.

¿Cómo se articulan los programas de evaluación de desempeño con el programa de estímulos e incentivos de la institución?

Los estímulos e incentivos resultantes de la evaluación de desempeño y de los cuales son merecedores aquellos colaboradores(as) que se destacan durante el período establecido están regulados para el personal de planta bajo acto administrativo (Resolución 127 del 17 de junio de 2003) y para el personal de OPS se determinan estímulos no pecuniarios articulados al programa de incentivos y reconocimientos institucionales aprobados por la comisión de personal.

Relaciones docencia servicio

¿Cómo se garantiza la seguridad en la atención por parte del personal en formación?

No se ofertan rotaciones en servicios de alto riesgo en los que se pueda comprometer la seguridad del usuario o del estudiante, por ejemplo: Servicios de Urgencias y Hospitalización. El enfoque de las rotaciones que realizan los estudiantes en la USS Pablo VI Bosa está dirigido al área ambulatoria y componente administrativo (gerencia de programas en salud).

Adicionalmente se tienen establecidos controles para evitar que se materialicen riesgos asociados al desarrollo de las prácticas formativas. Un ejemplo de los controles implementados en la entidad, es la ficha o formato que deben diligenciar los estudiantes antes de apoyar el desarrollo de sesiones educativas; en la que el estudiante debe realizar una revisión de literatura y preparación del tema sobre el cual va a capacitar, lo documenta en la ficha en mención y posteriormente presenta al docente para revisión y aprobación o realización de los ajustes correspondientes. Finalmente, el estudiante solicita revisión de la ficha por parte del colaborador a cargo de la actividad educativa en el Hospital dejando constancia de su aprobación.

Otras de las estrategias para garantizar la seguridad en la atención por parte del personal en formación, es el proceso de inducción que se realiza, el acompañamiento permanente por parte de docente y/o colaborador del Hospital, acceso a cursos de prevención de infecciones en plataforma virtual e-learning, entre otros.

En el marco de los convenios Docencia Servicio vigentes, el personal en formación, es programado a un proceso de inducción en el que se presentan los aspectos relevantes de la entidad y los procesos relacionados con las actividades que adelantan en el desarrollo de las prácticas; de igual manera, se garantiza el acompañamiento del docente de práctica asignado por la institución de educación superior y el acompañamiento del profesional a cargo de la actividad que apoya el estudiante en la institución.

 HOSPITAL PABLO VI BOSA Empresa Social de Estado	DES-T08A-DI-GI-071	Página 11 de 24	 Secretaría de SALUD ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
	GUIA CONVENIOS DOCENCIA – SERVICIO	Versión: 02	
		Fecha: 2015-06-30	

- Verificación semestral de cumplimiento de esquema de vacunación necesario para el desarrollo de prácticas formativas en el Hospital por parte de estudiantes y docentes. Esta actividad se debe realizar de manera semestral previo al inicio de las prácticas formativas y su cumplimiento es requisito para desarrollar prácticas formativas en el Hospital.
- Verificación semestral del cumplimiento de la póliza de responsabilidad civil extracontractual con una cobertura no inferior a 250 salarios mínimos legales mensuales vigentes. Esta actividad se debe realizar de manera semestral previo al inicio de las prácticas formativas y su cumplimiento es requisito para desarrollar prácticas formativas en el Hospital.
- Realizar inducción general al 100% de los estudiantes y docentes que realizarán prácticas formativas en la institución durante el semestre, a fin de dar a conocer aspectos claves de la organización, su rol en la entidad y su aporte al cumplimiento de los objetivos planteados en la plataforma estratégica institucional. La inducción general se programará de manera similar a la inducción que se realiza a los nuevos colaboradores exceptuando el tema de contratación y pago de nómina, dado que no aplicaría para los estudiantes en prácticas formativas ni a los docentes. La asistencia a la inducción general es un requisito para que los estudiantes puedan desarrollar sus prácticas en la entidad.

A continuación, se muestran algunos de los temas correspondientes a las temáticas a desarrollar en la inducción general con estudiantes y docentes en la institución. (Documento Oficial).

TABLA No. 1. TEMÁTICAS A DESARROLLAR EN LA INDUCCIÓN GENERAL CON ESTUDIANTES Y DOCENTES	
TEMA	CONTENIDOS ESPECÍFICOS
Plataforma Institucional	Misión, Visión, Cultributos, Valores, Políticas, Objetivos, Grupos de Interés.
Código de Ética Institucional	Comportamientos éticos esperados para los colaboradores y colaboradoras del Hospital con énfasis en las pautas de comportamiento asociadas a la relación docencia servicio.
Modelo de Atención Primaria en Salud	Contexto local, generalidades del Hospital, sedes asistenciales y administrativas, articulación del modelo de atención (Atención ambulatoria, Atención de Urgencias y Hospitalización, Atención a la Comunidad), portafolio de servicios (individuales y colectivos), aspectos específicos relacionados con las actividades a desarrollar en el marco de las prácticas formativas.
Programa de Seguridad del Usuario	Taxonomía de seguridad del usuario, prácticas seguras institucionales, medidas de bioseguridad, tipos de aislamiento, reporte de sucesos de seguridad, cultura de seguridad, comunicación clínica, sucesos de seguridad asociados al desarrollo de prácticas formativas (los identificados de manera específica para cada convenio como se presenta en los numerales anteriores), barreras de seguridad para minimizar la probabilidad que se presenten eventos adversos en el marco de la relación docencia servicio.
Seguridad y Salud en el trabajo	Plan institucional de emergencias y desastres con recomendaciones específicas para estudiantes y docentes, procedimiento para reporte y actuación frente a accidentes de estudiantes y docentes durante el desarrollo de prácticas formativas (ARL en la que se encuentran afiliados los estudiantes, IPS donde son atendidos en caso de accidentes, línea telefónica donde debe reportarse el accidente).

Vulneración grave o reiterativa de los derechos

¿Qué mecanismos se ha estructurado para prevenir la vulneración de los derechos de los usuarios?

Se ha desarrollado una estrategia institucional denominada: En línea con Servicio al Ciudadano, a través de esta línea se brinda:

- Capacitación y sensibilización en política de derechos y deberes dirigidos a colaboradores asistenciales, administrativos, guardas de seguridad y personal de servicios generales.
- Capacitación en enfoque de derechos en la inducción general dirigida a nuevos colaboradores y estudiantes de convenios docencia - servicio.
- Estructuración de la oficina defensor del usuario, y la definición de la política de humanización institucional.
- Fortalecimiento de competencias técnicas en línea con servicio al ciudadano dirigido a colaboradores de primer contacto (informadores, comunicadores, facturadores, trabajo social de consulta externa y urgencias).
- Acompañamiento técnico de profesionales de Trabajo Social y Psicología a colaboradores de primer contacto (informadores, comunicadores, facturadores, trabajo social de consulta externa y urgencias).
- Implementación de estrategias con enfoque de derechos como son:
 - Derechos basados en hechos.
 - Los derechos de los usuarios son mis deberes.
 - Pico y placa de derechos.
- Implementación de piezas comunicativas dirigida a colaboradores para el fortalecimiento y despliegue de la Política de Derechos y Deberes.

De igual manera, y en articulación estratégica en línea con humanización se genera el fortalecimiento de la cultura de humanización para la prestación de servicios a través de: la definición de la política de humanización con criterios dirigidos al cliente externo (usuario, paciente, familia y comunidad) y despliegue a colaboradores en las inducciones generales y re inducciones las cuales se desarrollan en los espacios de comunicación destinados por la institución, tomas de sedes o ferias de servicios de talento humano, entre otros espacios.

La institución también trabaja en el fortalecimiento de competencias comportamentales la cual se realiza a través de procesos de formación y capacitación dirigidos a profesionales de la salud y administrativos y los cuales se enmarcan en temáticas propias de la dinámica de la prestación de servicios de salud, tales como:

- Relación médico - paciente.
- Manejo de paciente y/o familiar agresivo.
- Manejo de estrés.
- Vocación de servicio.
- Atributos de una atención humanizada.
- Cómo dar malas noticias.
- Comunicación asertiva, comunicación no agresiva, entre otros temas.

A través de la estrategia de humanización con enfoque en manejo de relaciones y servicio al cliente humanizado, los líderes y referentes de procesos tienen acceso al Diplomado en Humanización. Otras estrategias utilizadas en la institución son:

- **Estrategias Lúdico-Pedagógicas PABLICLOWN:** Bajo un enfoque de aprendizaje significativo se realiza despliegue de temas relacionados con la prestación de servicios de salud entre los que se incluye Derechos y Deberes, Humanización, Seguridad del Usuario, Promoción y Prevención entre otros.
- **Estrategia "Alto Soy un Ser Humano, No me levantes la mano":** Esta estrategia busca mediante una pieza comunicativa fortalecer la corresponsabilidad frente al derecho del buen trato entre colaboradores, colaboradores - usuarios y usuarios - colaboradores.
- **Formación en Lenguaje de Señas:** Dirigido a colaboradores asistenciales y administrativos en convenio con la Secretaría de Integración Social como parte de un proceso incluyente y humanizado para la prestación de servicios de salud.

Es evidente el compromiso institucional con la promoción de los derechos y deberes de los usuarios los cuales son puestos en conocimiento de los funcionarios a través de piezas comunicativas como:

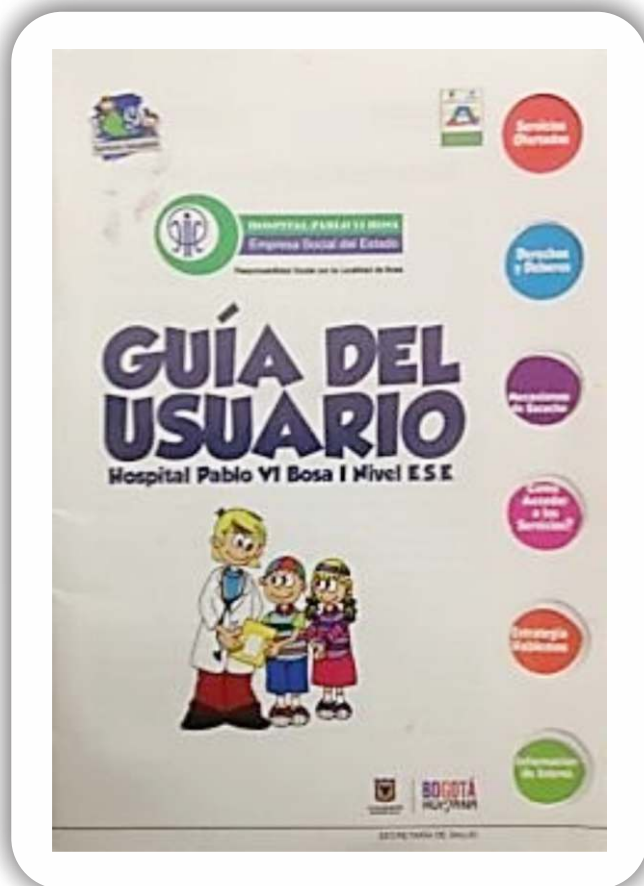
Cartilla Deberes y Derechos: Esta cartilla es entregada a todos los colaboradores de la institución durante el proceso de inducción y reinducción general.



En los diferentes puntos de atención del hospital se exhiben pendones y acrílico que muestran los derechos y deberes de los usuarios, el pendón se encuentra ubicado en cada unidad de servicios y el acrílico está dispuesto en cada consultorio al lado del profesional de la salud, para recordación de su despliegue y cumplimiento.



Guía del Usuario - Deberes y Derechos: Estas guías, son entregadas por los profesionales de la salud intra y extramuralmente durante el proceso de atención, después de hacer entrega de la guía, el profesional informa a los pacientes, familia y comunidad acerca de la importancia del conocimiento de temas como: oferta de servicios, mecanismos de escucha, cómo acceder a los servicios, entre otros.



Adicionalmente se desarrolla como estrategia, el taller de humanización dirigido a colaboradores que recibieron queja por atención deshumanizada.

Esta estrategia es liderada por el área de humanización que es dónde se realiza el monitoreo mensual de las quejas recibidas conjuntamente con servicio al ciudadano.



Metodología

- Se realiza la respectiva recolección y revisión correspondiente a las quejas del mes inmediatamente anterior.
- Posteriormente se realiza un filtro de las quejas teniendo en cuenta los criterios de atención humanizada.
- El personal del área procede a hacer levantamiento del acta del proceso de monitoreo de quejas y se solicita copia de las mismas.
- Se realiza desde el área de humanización citación a colaboradores a quienes se les invita a hacer parte del taller.

Proceso de sensibilización y promoción de la lengua de señas colombiana

Con este proceso el hospital busca formar a colaboradores en el marco de la atención incluyente, como parte de la atención humanizada y fortalecimiento de derechos y deberes de los usuarios.



¿Cuál es el proceso cuando se presenta una vulneración grave o reiterativa de los derechos, por parte de algún funcionario de la institución?

En caso de identificarse la vulneración grave o reiterativa de los derechos, se inicia con la verificación de las manifestaciones de los usuarios a través de la línea con servicio al ciudadano, posteriormente se realiza seguimiento al sistema de quejas y soluciones para la identificación de la vulneración de derechos por parte de colaboradores, a través de los mecanismos de escucha.

Se genera un monitoreo mensual de quejas por atención deshumanizada de acuerdo a criterios establecidos y en los que se evidencia vulneración de derechos se procede a: realizar citación a colaboradores que recibieron quejas por atención deshumanizada, la reunión se realiza en el espacio de escucha de humanización.

Y se desarrolla un taller personalizado de humanización dirigido a los colaboradores citados procediendo a realizar lectura de la queja, análisis por parte del colaborador sobre las causas de la queja, se fortalecen competencias identificadas en el taller, se establecen compromisos de mejora y se firma acta.

En caso de reiteración:

Si se evidencia que un colaborador es reiterativo en quejas, que son debidamente fundamentadas y que ha participado de los talleres de humanización sin encontrar cambios de mejora en su comportamiento se realiza:

- El líder realiza seguimiento a las acciones de mejora establecidas con el colaborador.
- Reporte a OPS del incumplimiento de compromisos establecidos.
- Revisión de los compromisos y citaciones de humanización.
- Terminación de contrato de acuerdo a análisis conjunto y bajo evidencia de no mejora.



CURSOS VIRTUALES

 (4) 265 68 02 Ext. 111-133

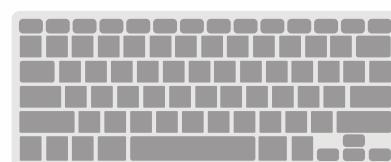
 www.fundacionguayacanes.org

- PAMEC como herramienta para el mejoramiento
- Básico de seguridad del paciente
- Plan de mantenimiento hospitalario
- Buenas prácticas de tecnovigilancia
- Básico de humanización
- Esterilización, un proceso seguro
- Investigación y análisis de incidentes y accidentes de trabajo
- IAMI integral



enlaces@fundacionguayacanes.org

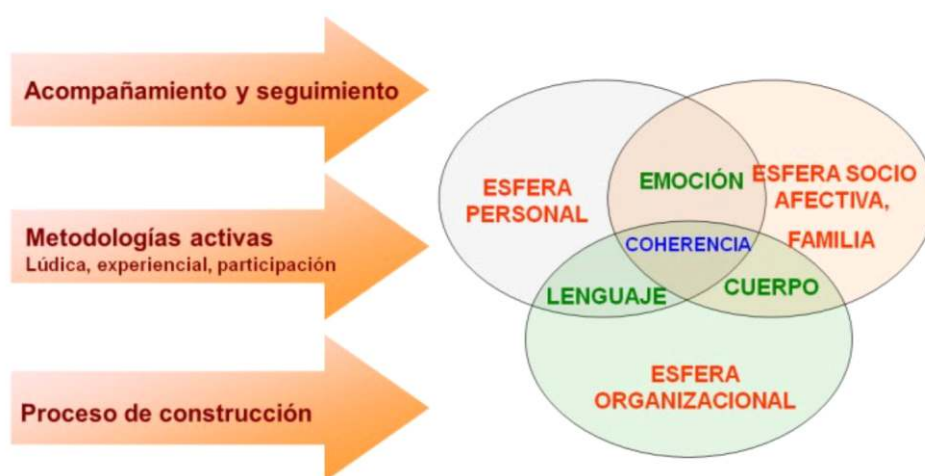
mercadeo@fundacionguayacanes.org



Preparación para el retiro

¿Qué acciones se han implementado para preparar para el retiro a los funcionarios?

La institución cuenta con un programa para pre pensionados el cual esta articulado al programa de bienestar e incentivos, el cual cuenta con actividades alineadas al eje de desarrollo cultural, recreo - deportivo y familiar y cuyo objetivo general es acompañar a los(as) colaboradores(as) pre pensionados(as) en todo el proceso de retiro y adaptación al nuevo rol que como pensionado debe asumir, fortaleciendo las competencias y el sentido del ser, contando con la familia como eje fundamental en su nuevo estilo de vida.



Este programa está orientado en tres etapas, las cuales buscan dar cumplimiento al objetivo general planteado por la institución frente a este grupo de colaboradores(as).

ETAPA 1: ACTUALIZACIÓN DE DATOS

OBJETIVO

Actualizar los datos del grupo de colaboradores(as) que por ley están próximos a iniciar su proceso documental para lograr la pensión.

La unidad de talento humano es la encargada de actualizar y hacer seguimiento a los(as) colaboradores(as) que se encuentran próximos a su pensión laboral y que cumplen con los requisitos de ley para este efecto.

Se debe tener en cuenta por parte de la institución el tiempo de servicio del colaborador(a) y la edad del mismo.

ETAPA 2: ASESORÍA Y SENSIBILIZACIÓN

OBJETIVO

Asesorar y sensibilizar al grupo de colaboradores próximos a pensionarse frente a los trámites legales para la consecución de su pensión y la adaptación a esta nueva etapa de vida.

Durante esta etapa la institución brinda al colaborador(a) diversas herramientas que le permitan conocer el estado en el cual se encuentra su proceso pensional en las diferentes entidades competentes para tal fin.

La unidad funcional de talento humano es el área encargada de gestionar y dar a conocer la información relacionada con el proceso pensional, de igual manera facilita los espacios y actividades para que los(as) colaboradores(as) conozcan el adelanto de este proceso y de esta manera lograr llevarlo a un feliz término.

El hospital incluye dentro de su programa de bienestar, una serie de actividades inmersas en el eje laboral y de estímulos, las cuales están dirigidas específicamente a fortalecer y orientar el proceso de los(as) colaboradores(as) próximos a pensionarse, estas actividades se desarrollan de forma individual y colectiva, buscando involucrar a la totalidad de los(as) colaboradores(as) identificados que están en proceso de la consecución de su pensión laboral a través del desarrollo de actividades como:

- Reuniones individuales o de grupo para indagar y socializar temas relacionados con el proceso pensional.
- Talleres individuales o colectivos dirigidos a fortalecer la parte emocional y personal de los colaboradores(as) próximos a gozar de su pensión (autoestima, hábitos de vida saludable, mi proyecto de vida, actividad física, manejo eficiente de mis finanzas, entre otros).
- Salidas lúdico recreativas fuera o dentro de la ciudad, que permitan el esparcimiento y descanso de los colaboradores próximos a su pensión.

ETAPA 3: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

OBJETIVO

Realizar seguimiento y evaluación al proceso de consecución de la pensión a los(as) colaboradores(as) pensionados(as) por la institución.

La unidad de talento humano se encarga de realizar seguimiento y evaluación al proceso pensional de cada uno de los(as) colaboradores(as) que por ley están próximos o ya disfrutan de su pensión, buscando garantizar el cumplimiento de las entidades competentes frente a este proceso. La oficina es la encargada de atender las inquietudes propias del proceso pensional y realiza la resolución de los conflictos a que haya lugar frente a este tema.

Calidad de vida en el trabajo - identificación de necesidades y sugerencias del personal

¿Cómo se realiza la identificación de necesidades de los clientes internos?

El Hospital Pablo VI Bosa cuenta con un proceso estandarizado de lectura de necesidades y expectativas al cliente interno que ha permitido a la institución la identificación y respuesta a las expectativas y necesidades del talento humano, cuenta con las siguientes fuentes de lectura de necesidades: Estrategias Gerenciales (ULG', Aplicativo Comunicuémonos con Gloria y Gerencia te Escucha), Buzón de Pablito, Atención Personalizada, Actividades de Salud Ocupacional, Toma de Sedes y Encuestas, las cuales se encuentran documentadas en la Guía de Lectura de Necesidades del Cliente Interno.



<u>MECANISMOS DE ESCUCHA</u>	Buzón de Pablito	
	Atención Personalizada	
	Gerenciales	Aplicativo Comunicate con Gloria
		Gerencia Te Escucha
		ULG
<u>TOMA DE SEDES</u>		
<u>ACTIVIDADES DE SALUD OCUPACIONAL</u>		
<u>ENCUESTAS</u>		

Igualmente, para dar cumplimiento a la normatividad vigente aplicable al Hospital, se cuenta con procesos y procedimientos que permiten dar respuesta en forma clara, oportuna y efectiva a las necesidades y expectativas del talento humano, armonizados con los criterios de evaluación y seguimiento determinados por la Resolución 123 de 2012.

¿Cómo es el proceso para responder a las necesidades y cuál es la oportunidad en la respuesta?

El Hospital Pablo VI Bosa cuenta con una guía de lectura de necesidades y expectativas del talento humano, la cual se encuentra estandarizada y muestra el proceso para brindar respuesta a las necesidades identificadas o manifestadas por cada uno de los mecanismos o fuentes de lectura establecidos en la institución. Los mecanismos de identificación y respuesta a las solicitudes de los colaboradores se resumen a continuación:

Mecanismos de Escucha Internos: Se establecieron como herramientas que permiten al cliente interno manifestar de forma escrita o verbal sus inquietudes, reclamos, comentarios, sugerencias, quejas y felicitaciones, frente a la institución y sus procesos. Los mecanismos de escucha definidos en el Hospital Pablo VI Bosa son:

A. Buzón de Pablito: Consiste en un buzón interno, el cual se encuentra instalado en cada centro de atención y sede administrativa, destinado para recibir las sugerencias, felicitaciones, quejas o inquietudes del cliente interno. Dichas sugerencias o requerimientos son manifestadas por los colaboradores en el formato establecido para tal fin.

La unidad funcional de talento humano, es el área encargada de la administración de dicho mecanismo de escucha, por lo cual, realiza recorrido de apertura de buzones en todos los centros y/o áreas de la institución dos veces al mes, registrando en las actas de apertura los comentarios recibidos, para iniciar el correspondiente trámite de gestión y respuesta.

Este mecanismo es liderado por la unidad funcional de talento humano, quien deberá adelantar acciones frente a lo manifestado por el cliente interno dentro de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes a la recepción de la necesidad manifestada, de igual forma es el área competente para la custodia de la información recepcionada, así como del seguimiento y consolidación de los comentarios recibidos y su gestión.

B. Atención Personalizada: Este mecanismo corresponde a la atención personalizada que desarrollan cada uno de los referentes o coordinadores de las áreas que conforman la Unidad Funcional de talento humano. es liderado por la unidad funcional de talento humano y mensualmente cada referentes o coordinador de área debe enviar dentro de los primeros cinco (5) días hábiles da cada mes el dato consolidado de los(as) colaboradores(as) atendidos y cuantas de las solicitudes fueron solucionadas, al igual que el seguimiento hecho a las mismas.

C. Estrategia Gerencial: Compuesta por los siguientes mecanismos de escucha:

ULG (Unidad Local Gerencial): Es una estrategia comunicativa presidida por la Gerencia, en donde se reúnen junto con el (la) líder del área o territorio a que corresponda, el personal directivo de la institución y los(as) colaboradores(as) citados(as).

El objetivo de esta estrategia es socializar temas de importancia institucional y escuchar a los(as) colaboradores(as) frente a sus necesidades y expectativas. Estas reuniones se realizan de manera anual de acuerdo al cronograma definido por la Gerencia y socializado a todos los(as) colaboradores(as). Este mecanismo es liderado por la Gerencia y líderes y/o jefes de cada centro asistencial y administrativo, la unidad funcional de talento humano será el encargado de llevar los soportes de cada unidad local gerencial realizada y organizar a las personas que deseen una comunicación más directa y personalizada con la Gerencia.

Aplicativo comuniquémonos con Gloria: Como innovación a los mecanismos de escucha internos, la institución diseñó el aplicativo "Comuniquémonos con Gloria" cuyo objetivo es lograr un mayor nivel en la cobertura y accesibilidad de la comunicación directa con la Gerencia.

Este aplicativo es de fácil manejo y su acceso se puede realizar desde cualquier PC, ya sea internamente a través de la Intranet Institucional o desde la comodidad del hogar accediendo a la página web institucional. Este mecanismo es liderado exclusivamente por la Gerencia de la Institución, el área de sistemas del hospital envía los datos de utilización de este mecanismo de escucha los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, los cuales son consolidados por el área de Talento Humano, entendiendo que la información de este mecanismo de escucha interno es confidencial.

Gerencia te Escucha: Este mecanismo genera un contacto directo y personalizado con la máxima autoridad institucional, donde la Gerencia destina una jornada para la atención personalizada de los colaboradores, escuchando de viva voz sus inquietudes, quejas y sugerencias, de igual forma la realimentación se recibe de manera inmediata. De igual manera este mecanismo es liderado exclusivamente por la gerencia de la institución, los comentarios recepcionados se mantienen en completa confidencialidad por el carácter personal de los mismos.

D. Actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo: Con el fin de identificar las necesidades relacionadas con el análisis de puestos de trabajo, condiciones del ambiente físico, ergonomía, entre otros, la coordinación de seguridad y salud en el trabajo realiza diversas actividades las cuales permiten hacer una lectura de necesidades in situ en cada una de las sedes, esta información es consolidada y referida a las instancias correspondientes para la toma de decisiones frente a las acciones de mejora, algunos de estos resultados se materializan en los planes de bienestar, capacitación y salud ocupacional. Esta estrategia de visitas, es apoyada por el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) para lo cual la institución cuenta con las siguientes actividades de salud ocupacional que permiten identificar las necesidades de del talento humano:

Inspecciones de seguridad y salud en el trabajo: Esta actividad permite realizar un análisis ergonómico de los puestos de trabajo a solicitud del colaborador, EPS o ARL, según requerimiento o necesidad y las cuales son desarrolladas por profesionales de la ARL y/o personal calificado de la institución, esta actividad está apoyada por el COPASST.

Reporte y análisis de accidentes laborales: Mediante informe trimestral que recolecta el dato correspondiente al número de accidentes reportados en el período, así como un análisis sobre las causas y contexto asociado a los mismos, la institución busca identificar puntos críticos en infraestructura o en actos inseguros que asumen los colaboradores y funcionarios con el objetivo de desarrollar acciones preventivas y correctivas.

E. Toma de Sedes o Feria de Servicios de Talento Humano: Surgen como una estrategia de la Unidad Funcional de Talento Humano para acercarse y mejorar los canales de comunicación directa con todos los(as) colaboradores(as) en cada una de las sedes y escuchar los comentarios frente a sus necesidades, expectativas y requerimientos. La información recopilada es consolidada y analizada para obtener un diagnóstico más preciso de las necesidades y expectativas en cada una de las sedes de la institución y que puedan estar afectando el normal desarrollo de las actividades.

Encuestas: Mecanismo que se ha mantenido a través del tiempo, de carácter anónimo, favorece la participación y libre expresión de los colaboradores sobre aspectos generales de la institución. Dentro de las encuestas a aplicar se encuentran:

- Detección de necesidades de bienestar y capacitación.
- Encuesta de Maslach para medir fatiga laboral.
- Encuesta de clima organizacional, comunicación, trabajo en equipo, condiciones de trabajo y recursos, oportunidades de carrera, desarrollo profesional, pertenecía, compensación y reconocimiento.
- Encuesta de percepción de humanización.
- Encuesta de cultura.
- Encuesta de comunicación organizacional.
- Encuesta de necesidades del personal en prácticas formativas.
- Encuesta de necesidades del talento humano que apoya el desarrollo de prácticas formativas.
- Encuesta de capacitación a colaboradores.
- Proyecto en línea con los colaboradores.
- Programa institucional "Ser Feliz solo depende de ti".



PROYECTO EN LINEA CON COLABORADORES

Las mejores cosas en la vida son gratis

Abrazar, Sonreír, Los amigos, Besar, La familia, Dormir, Amar, Reír, Los buenos recuerdos

- Programa Institucional:
- ¡Ser feliz solo depende de TI!

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

NECESIDADES PRIORIZADAS	MEJORAS IMPLEMENTADAS
<u>CONDICIONES DE TRABAJO</u>	• Adecuación de 491 puestos de trabajo que mejoran las condiciones físicas y de ergonomía. • Adecuación de centros articuladores para mejorar las condiciones de trabajo de personal asistencial. • Facilidad en el acceso a los servicios ofrecidos por la ARL al 100% de colaboradores.
<u>SITUACIONES CON LIDERES E INTERVENTORES DE CONTRATO</u>	• Proyecto “Equipos de Alto Rendimiento” para el desarrollo de un liderazgo Humanizado. • Intervención directa desde el área de Talento Humano. • Convocatoria interna para Lideres y evaluación de competencias para habilidades de liderazgo.
<u>EQUIPOS Y MOBILIARIO</u>	• Compra de Equipo y Mobiliario para la adecuación de puestos de trabajo. • Mantenimiento preventivo y correctivo constante.
<u>SITUACIONES ENTRE COLABORADORES</u>	• Creación de la oficina de resolución de conflictos para acompañar, apoyar y ofrecer orientación profesional a los colaboradores. • Orientación y acompañamiento desde el área de Talento Humano.
<u>SALUD DE LOS TRABAJADORES</u>	• Diagnóstico de estrés y fatiga laboral a través de la aplicación de la batería del Ministerio de la Protección Social. • Seguimiento al 100% de los reportes de Accidentalidad para prevenir futuros accidentes. • Reubicación de colaboradores.

¿Qué acciones se llevan a cabo para propiciar la participación individual y de los equipos en el mejoramiento institucional?

Se tienen creados a nivel de la institución equipos de mejora primarios y secundarios a través de los cuales se trabaja la mejora institucional. A dichos equipos pertenecen los representantes de proceso y técnicos de los temas desarrollados y se tienen asignados tiempos dentro de los horarios de laborales para la participación activa en las mesas de mejora. Un punto a resaltar es que la institución ha desarrollado una cultura enfocada en la mejora institucional que moviliza todas las actividades desarrolladas. De la misma forma existe como un punto dentro de la evaluación del desempeño.

Sin duda todo lo mencionado sumado al trabajo que se desarrolla a través de los procesos de talento humano están fundamentados no solo en la norma sino que obedecen a ideas generadas por los equipos de mejora institucional.

Trato a los trabajadores

¿Qué estrategias se han implementado para garantizar un ambiente de trabajo que brinde un trato humano cálido y respetuoso a sus colaboradores?

Desde el programa de humanización se despliegan actividades permanentes orientadas a generar un trato cálido y un servicio cortés, respetuoso y con calidad, no solo con el usuario externo, sino también con el cliente interno. Para tal fin la institución ha desarrollado la política de servicio humanizado que incluye tanto la promoción de la cultura de la humanización en los servicios, como el proceso de preparación del personal, las líneas de intervención con usuarios y servidores y la práctica de valores y principios humanísticos.

A través de los años este proceso ha mantenido una línea importante en el abordaje de formación en competencias de humanización que promueven además de otros aspectos, el trato humano, cálido y respetuoso, el manejo del estrés laboral, el ambiente de trabajo y la construcción de relaciones.

Adicionalmente, y considerando la relación que el entorno familiar y personal representa en la calidad de vida de los colaboradores, la institución dio paso dentro de su programa de humanización a la creación de la oficina de resolución de conflictos con el fin de acompañar, apoyar y ofrecer orientación profesional a sus colaboradores en esos momentos difíciles que impactan el bienestar psicológico, la funcionalidad y el desempeño laboral. Con el objetivo de mejorar la salud mental del cliente interno, la calidad de sus relaciones interpersonales y la atención humanizada.

¿Cómo se fomenta el buen trato y el respeto por el otro dentro de los funcionarios?

El Hospital Pablo VI Bosa cuenta desde el año 2013 con la Oficina de Resolución de Conflictos creada bajo el slogan: "Oficina de Resolución de Conflictos, Nuestro Primer Centro de Escucha". Este espacio se consolida a partir de la identificación de las necesidades de los colaboradores en las cuales se concluyó que se requería de un espacio de orientación, apoyo emocional, de escucha libre y no punitivo, es así como con el compromiso gerencial se destina un espacio físico y una profesional capacitada para la atención de este tipo de situaciones personales y organizacionales.



Registro fotográfico: Centro de Escucha
Oficina Resolución de Conflictos Hospital Pablo VI Bosa

Se han determinado 3 Ejes que demuestran los siguientes resultados:

Eje estratégico: Apoyo emocional a los colaboradores, en el marco de la resolución de conflictos en el Hospital Pablo VI Bosa, se brinda atención psicológica y apoyo terapéutico a los colaboradores que presentan dificultades personales, emocionales y familiares y que afectan el bienestar psicológico, la calidad de vida, su desempeño y la calidad de la prestación de los servicios humanizados.

Humanización ofrece atención psicológica y apoyo terapéutico frente a diferentes problemáticas y necesidades tales como:

Problemáticas laborales
 Problemáticas emocionales
 Necesidad de atención a familiares
 Necesidad de atención post-agresión
 Necesidad de atención integral (salud física y mental)
 Necesidad de apoyo en calamidad y duelo



A continuación, se presenta el consolidado de las atenciones brindadas en el marco de apoyo emocional a colaboradores en el período contemplado en el convenio julio 2015 a mayo 2016.

Consolidado intervenciones apoyo emocional a colaboradores año 2015 a mayo 2016.

OFICINA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS		
MES	Atención Individual por Psicología	
	Personas	Sesiones
ENERO - DICIEMBRE 2015	165	197
ENERO - MAYO 2016	39	37
TOTAL VIGENCIA	204	234

Fuente: Sistema de información talento humano - Humanización
 Consolidado atenciones individuales año
 2015 - Mayo 2016

Eje estratégico: Apoyo en la resolución de conflictos entre colaboradores, la estrategia tiene como objetivo brindar apoyo terapéutico a nivel individual y grupal en la resolución de conflictos interpersonales que impacte el clima organizacional y la atención humanizada por parte de los colaboradores del Hospital Pablo VI Bosa, mediando hacia la resolución de conflictos interpersonales entre colaboradores, ofreciendo herramientas a nivel individual y grupal para cultivar los comportamientos humanizados, tanto dentro del equipo, como en la atención y el servicio al usuario.

La oficina de resolución de conflictos recibe los casos de conflictos: Entre colaborador y colaborador y entre colaborador y líder.

En este espacio de diálogo y conciliación se pretende prevenir situaciones conflictivas, transmitir herramientas prácticas para el uso de los colaboradores en temas como:

- ✓ Escucha activa
- ✓ Respeto y tolerancia
- ✓ Comunicación asertiva
- ✓ Organización estratégica
- ✓ Liderazgo



A continuación se presenta el consolidado de las atenciones realizadas en el marco de la resolución de conflictos durante la vigencia año 2015 y 15 de mayo de 2016.

Consolidado intervenciones resolución de conflictos año 2015 a 15 de mayo 2016.

OFICINA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS		
MES	Atención Grupal	
	Personas	Sesiones
ENERO - DICIEMBRE 2015	369	82
ENERO - MAYO 2016	63	27
TOTAL VIGENCIA	432	109

Fuente: Sistema de información talento humano - Humanización
Consolidado atenciones individuales año 2015 a 15 de mayo 2016

De acuerdo a la tabla anterior se evidencia que para la vigencia del presente convenio, la estrategia se desplegó a un total de 432 colaboradores en 109 sesiones de atención grupales realizadas por el equipo de humanización dirigida hacia la resolución de conflictos.

¿Qué resultados se tiene de la aplicación de lineamientos frente al trato cálido y respetuoso?

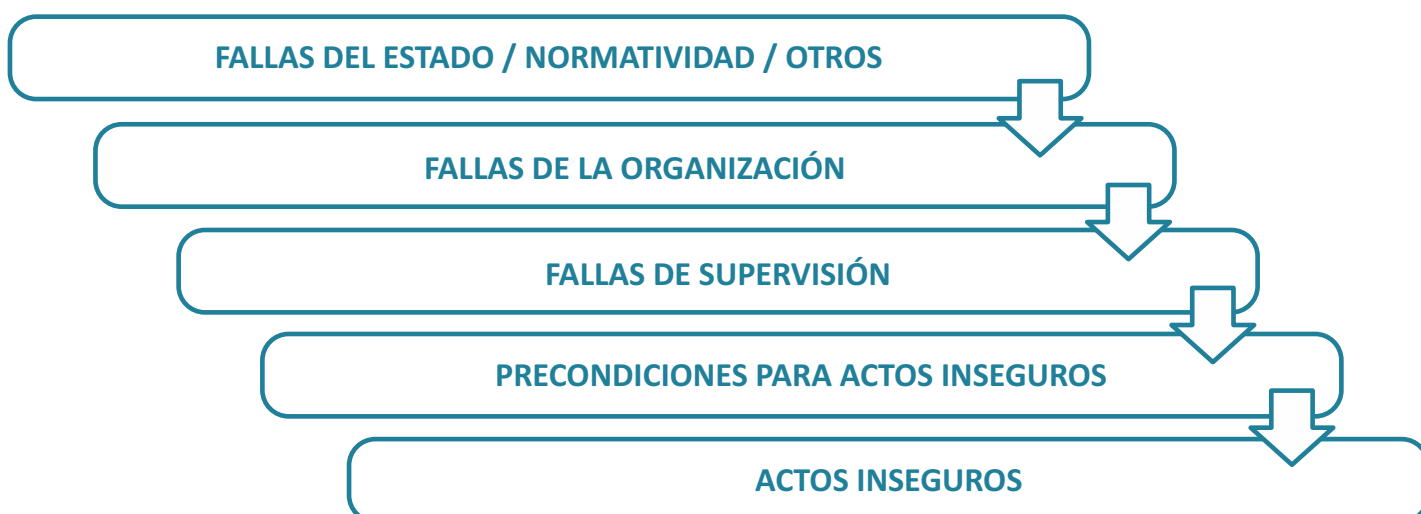
La aplicación de los lineamientos frente al trato cálido y respetuoso han permitido observar en la institución una considerable disminución de quejas de los usuarios conforme al sistema de quejas y soluciones pasando del 24% en el 2014 al 12.5% en el 2015. También se presentó una disminución de quejas de los colaboradores en el tema de relaciones interpersonales en un 15%.

Acompañamiento a los funcionarios comprometidos en la ocurrencia de un evento adverso

¿Cómo es el proceso para el acompañamiento a los funcionarios comprometidos en la ocurrencia de un evento adverso?

En la institución se tiene establecido un proceso de acompañamiento a colaboradores que se vieron comprometidos en la ocurrencia de un evento adverso, este proceso se realiza a partir de 2 puntos principales:

El análisis de los potenciales eventos adversos a través de la metodología ANCLA (ANÁLISIS Y CLASIFICACIÓN DE FACTORES HUMANOS), teniendo en cuenta los 5 niveles:



Y la articulación con las precondiciones para actos inseguros: que son las situaciones que impulsan o promueven la aparición de actos inseguros, y que se documentan como factores contribuyentes al evento.

Posteriormente se analizan los componentes de ambiente físico, ambiente tecnológico, documentación, estados mentales adversos, limitaciones físicas mentales y comunicación /trabajo en equipo/paciente, a partir de la entrevista con las personas participantes en el evento. De acuerdo a los hallazgos se instauran acciones de mejora con los referentes de los procesos entre los cuales se encuentra: talento humano, solicitando apoyo a humanización para acompañamiento y seguimiento del caso, realizando intervenciones de acuerdo al caso, así como realizando el abordaje de humanización, revisión del suceso de seguridad y escucha activa a colaborador involucrado.

Clima laboral

¿Cómo se evalúa el clima laboral, la satisfacción de los clientes internos?

La institución cuenta con un proceso sistemático de evaluación de satisfacción de los colaboradores unido al clima organizacional articulado a la plataforma estratégica organizacional y al proceso de lectura de necesidades al cliente interno, el cual tiene sus inicios en el año 2003 y demuestra el interés institucional de incentivar y valorar la opinión de los colaboradores lo cual ha permitido que la alta gerencia se comprometa con acciones de mejora que favorecen los altos niveles de satisfacción.

La aplicación de este proceso inició con una periodicidad trianual a partir del año 2003 y anual a partir del año 2010 y cuenta con la participación de todos los colaboradores sin generar distinciones por tipo de contrato.

El mecanismo de acción se lleva a cabo mediante la aplicación de una encuesta desarrollada para la institución la cual se encuentra estandarizada y está enfocada en 10 aspectos críticos institucionales a saber: plan estratégico, comunicación, trabajo en equipo, competencia de los supervisores, competencia de la gerencia y aspectos básicos con enfoque en satisfacción a saber condiciones de trabajo y recursos, oportunidades de carrera y desarrollo profesional, compensación y reconocimiento, medida general de satisfacción y pertenencia a la institución.

Los resultados del proceso de medición se consolidan y priorizan de acuerdo al estándar institucional para variables que se encuentren por debajo del 85% en sus niveles de satisfacción, a las cuales se les establecen acciones de mejora. Para el segundo semestre del 2013 conforme a resultados de la medición del 2012 se incluyen los planes de mejora en el aplicativo institucional para favorecer el seguimiento permanente por parte de talento humano y de la alta gerencia al cumplimiento de las acciones y los tiempos determinados.

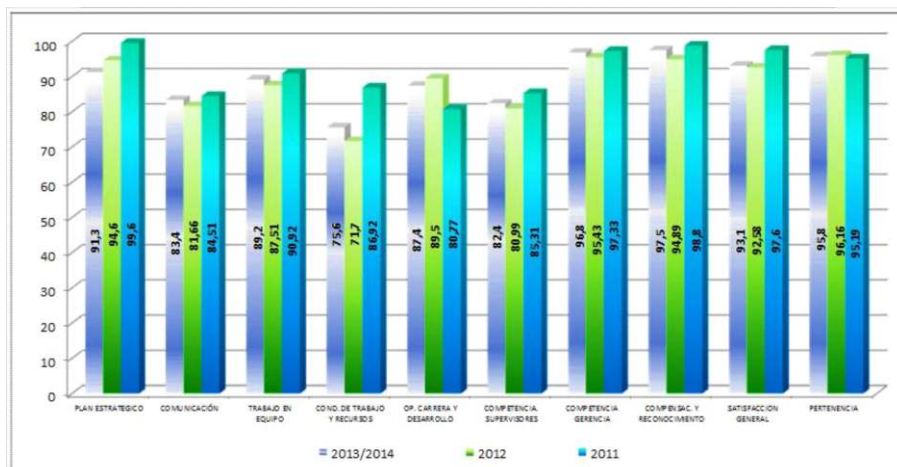
El instrumento mide 10 variables con 60 consideraciones relacionadas con el clima organizacional a nivel institucional, cuyos resultados se muestran a nivel general y a nivel de las áreas o puntos. De la misma forma se presentan fortalezas y debilidades generales a ser consideradas en su análisis.

El despliegue de resultados se realiza a todos los colaboradores de la institución en reuniones de ULG (Unidad Local Gerencial) y la entrega de resultados por territorio a líderes con información en reuniones y trabajo a nivel de los equipos para favorecer la opinión de los colaboradores frente a las acciones que la institución debe realizar para responder a sus necesidades y de esta manera favorecer los niveles de satisfacción general.

¿Cuántas mediciones de clima laboral se han realizado? ¿Cómo ha sido la evolución de los resultados del clima en la organización?

La evaluación de clima laboral es desarrollada institucionalmente desde el año 2003 y la última medición fue realizada en el año 2013-2014. Actualmente no se ha definido la fecha de evaluación dada la entrada en operación de la nueva subred en razón a que el proceso se hace en el año inmediatamente posterior. La trazabilidad de los resultados para variables aplicables a los niveles de satisfacción es:

**MEDICIÓN DE CLIMA ORGANIZACIONAL 2013 - 2014
COMPARATIVO POR VARIABLE GENERAL 2011 - 2012**



A través de los años la cobertura del proceso ha sido: para el año 2010 la institución contó con la participación de 712 colaboradores, en el año 2011 participaron 750 colaboradores, en el año 2012 con la participación de 1042 colaboradores y para el año 2013 - 2014 con un total de 1072 colaboradores.

Fuente: Hospital Pablo VI de Bosa

Cabe anotar que la disminución en puntos de algunas variables para el año 2012 se debe a una cobertura de más de 250 colaboradores participantes en el proceso, la entrada en operación del nuevo modelo de atención que genera mayores niveles de estrés y acomodación a actividades no previstas así como el ingreso de más de 700 nuevos colaboradores en este año lo cual dificultó el proceso de acomodación física y de recursos para el personal.

¿Qué acciones se han realizado para mejorar los aspectos críticos identificados en la encuesta de clima laboral?

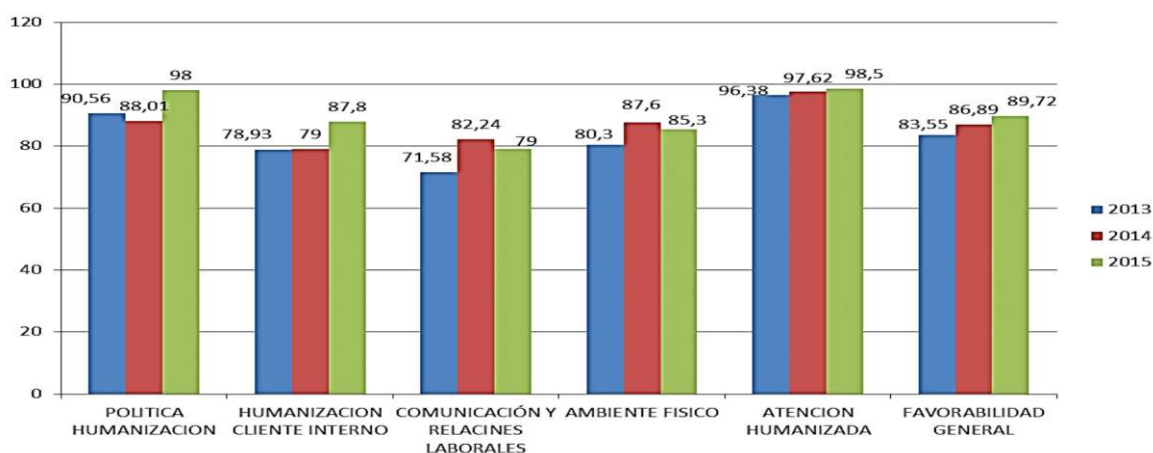
El proceso permanente de evaluación de los niveles de satisfacción nos ha permitido el desarrollo de acciones de mejora entre las que se destacan:

- ✓ Fortalecimiento de los canales de comunicación a nivel gerencial.
- ✓ Fortalecimiento de los ejes de bienestar con mayores coberturas en participación y asignaciones de presupuesto.
- ✓ Creación del área de comunicación con atención de 4 profesionales para brindar atención en el proceso de comunicación a nivel interno y externo.
- ✓ Adecuación de 16 ambientes laborales y más de 370 puestos de trabajo permitiendo cumplir con condiciones de ergonomía para favorecimiento de la salud de los colaboradores.
- ✓ Adquisición de nuevas sedes físicas para la reubicación del personal preservando la adecuación de puestos de trabajo.
- ✓ Ampliación de los ejes y temáticas de capacitación permitiendo mayores coberturas y presupuestos asignados.
- ✓ Evaluación de competencias de supervisores con fortalecimiento de acciones de mejora con enfoque en desarrollo de liderazgo.
- ✓ Desarrollo de procesos de certificación de auxiliares de enfermería siendo el hospital con mayor número de personas certificadas en la aplicación de inmunobiológicos.
- ✓ Reubicaciones laborales por situaciones de enfermedad apoyando nuestra política de talento humano en línea con el mejoramiento de la calidad de vida de nuestros colaboradores.
- ✓ Capacitaciones gratuitas con el SENA para desarrollo de competencias de personal de primer contacto.
- ✓ Desarrollo de estrategias de capacitación en comunicación a personal asistencial y administrativo.

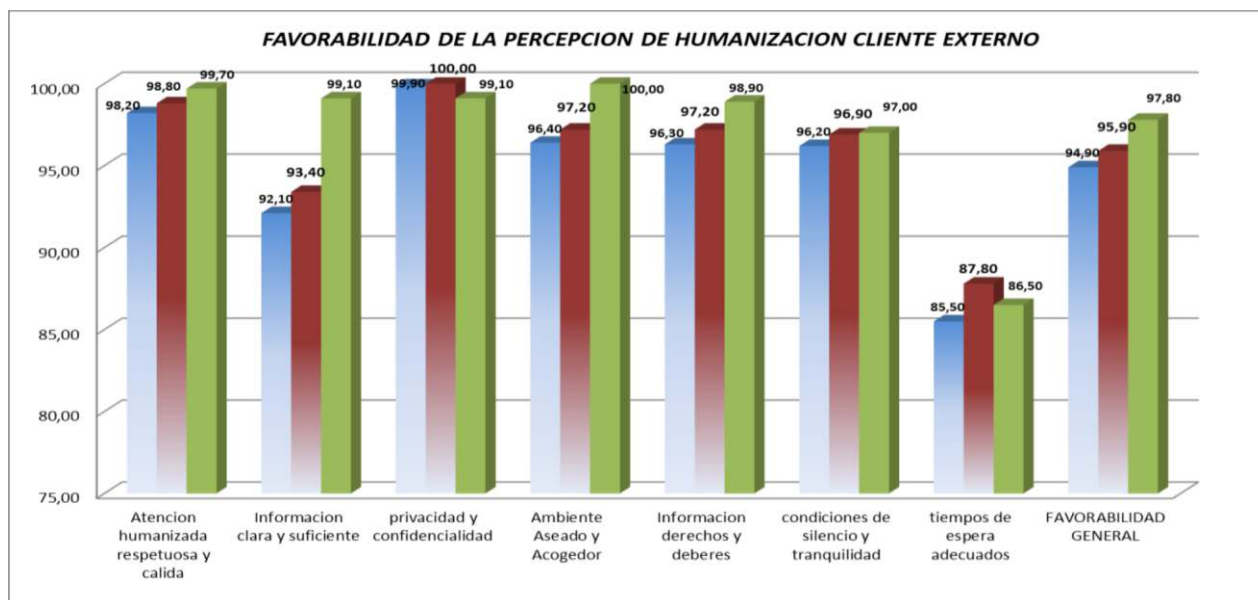
¿Qué mediciones se han realizado frente a la cultura de seguridad y humanización de los servicios de salud en la institución?

La institución ha realizado desde el año 2013 gracias al desarrollo del eje de humanización una medición anual de cultura de humanización tanto a cliente interno como externo en la que se trabajan a cliente interno 6 variables con 26 componentes alineados a humanización y para cliente externo medición de 8 variables y 26 componentes de los cuales se muestran los resultados y trazabilidad a continuación:

MEDICIÓN DE CULTURA DE HUMANIZACIÓN A CLIENTE INTERNO

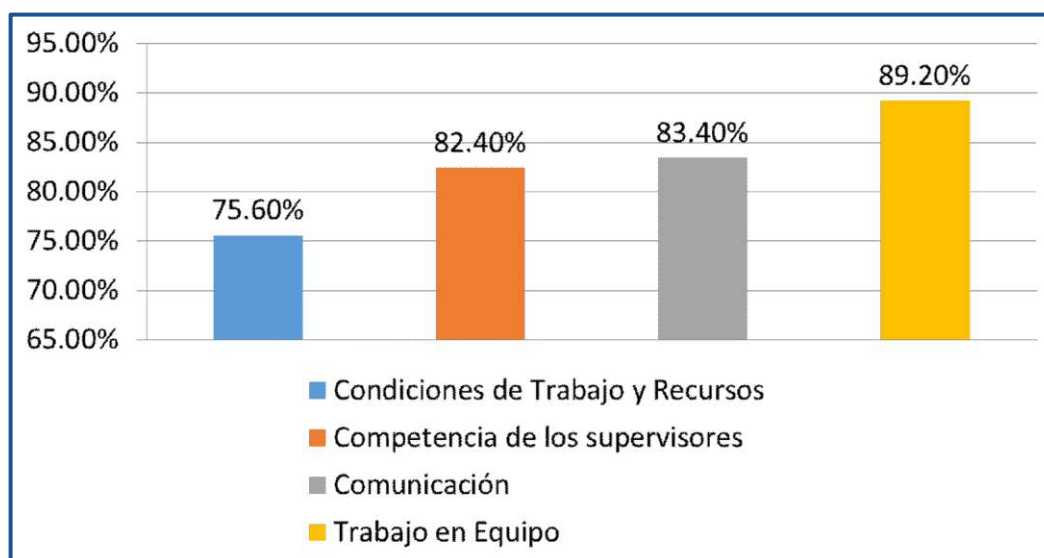


MEDICIÓN DE CULTURA DE HUMANIZACIÓN A CLIENTE EXTERNO



¿Cuáles son los aspectos más críticos y como se han intervenido?

Los aspectos más críticos identificados y que fueron objeto de intervención en la institución son:



Comunicación: Con respecto a este tema se ha intervenido:

1. Fortalecimiento de los canales de comunicación gerencial.
2. Implementación de carteleras virtuales.
3. Talleres de comunicación asertiva dirigidos a líderes territoriales y de proceso.
4. Talleres de comunicación asertiva a todos los colaboradores asistenciales y operativos.
5. ULG`s para 4 territorios priorizados.
6. Feria de servicios de Talento Humano.

Trabajo en Equipo: Con respecto a este tema se ha intervenido:

1. Propiciar dinámicas laborales que favorezcan el trabajo en equipo y no la competencia.
2. Capacitación en trabajo en equipo - Outdoor para trabajo en equipo a territorios críticos.

Liderazgo: Con respecto a este tema se ha intervenido:

1. Evaluación 360° para líderes y profesionales de apoyo.
2. Diplomado de Liderazgo.

Relaciones Interpersonales

1. Creación de la oficina de resolución de conflictos para atención psicológica a los colaboradores.
2. Talleres de manejo de conflicto.
3. Generar una cultura de reconocimiento - plan de reconocimiento por cliente externo y cliente interno.
4. Caja de herramientas afectivas.

Condiciones de Trabajo

1. Adecuación de puestos de trabajo.
2. Plan de bienestar con mayo cobertura de participación a través de la estrategia SALUD Y VIDA: "En Pablo VI - sal de la rutina con el gimnasio institucional, rumba aeróbicos y pausas activas.
3. Desarrollo cultural, deportivo y familiar por medio de pases para actividades culturales, danzas, PabloVI tiene talento, Club de exploradores, entrenamientos deportivos.
4. LABORAL Y ESTÍMULOS: Por medio del reconocimiento en fechas especiales, como estrategia de reconocimiento "Los Mejores de Pablo VI".
5. Reuniones con gerencia - Estrategia "Recuerda: para Pablo VI tu eres muy importante".
6. Talleres de yoga y relajación para manejo del estrés laboral.



Desarrollo integral de las personas - cultura organizacional

¿Cuáles son los rasgos de la cultura deseada que se quiere lograr en la institución?

1. Un enfoque centrado en el usuario y en su seguridad, visible a través de servicios humanizados y la gestión del riesgo.
2. Un liderazgo por influencia basado en la comunicación efectiva, la vocación de servicio, la motivación, el desarrollo activo y contacto permanente del equipo.
3. Cultura de humanización dirigida al cliente interno y externo.
4. Una cultura de mejoramiento continuo que favorece la obtención de resultados con excelencia.
5. Altos patrones de exigencia que nos permiten responder a las exigencias del entorno y a los compromisos adquiridos.

¿Cómo se ha estructurado el programa para moldear la cultura organizacional de acuerdo a los rasgos de la cultura deseada para lograr las metas institucionales?

- Medición realizada de un ente externo realizada por la firma Thomas International con trabajo desarrollado a través de equipos de alto desempeño, grupos focales con talleres lúdicos vivenciales y cliente incognito con aplicación en todos los territorios involucrando usuarios y familia.
- Evaluaciones externas que miden los avances en la cultura institucional a través del plan de acción del modelo estándar de control interno y programa de reconocimiento y estímulos a la mejora institucional de la Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Medición realizada a nivel interno mediante la evaluación de clima organizacional que trabaja factores relacionados con la cultura como comunicación, trabajo en equipo y liderazgo.
- Medición realizada a nivel interno mediante aplicación de encuestas que miden factores ligados a la cultura de seguridad del usuario.

¿Cómo se realiza el seguimiento a la introyección de la cultura organizacional deseada?

Este seguimiento se realiza al interior de la institución a través de la evaluación de la gestión ética que se realiza de forma anual, de igual manera, se recopila información a través de los resultados de la evaluación de clima, evaluación de cultura y evaluación de cultura de humanización que se realiza de forma anual y que se hace a través de entes externos.

¿Cuáles son los aspectos en los cuales se presenta mayor avance en la incorporación de la cultura deseada?

Los principales aspectos en los que se presenta mayor avance institucional son:

1. Fortalecimiento y consolidación de la cultura de seguridad del paciente.
2. Procesos claramente establecidos, que buscan la excelencia de la atención al usuario y el rigor en el desarrollo de las actividades.
3. Desarrollo de mecanismos claros de comunicación interna y externa.
4. Compromiso con la humanización de los servicios y el desarrollo de acciones socialmente responsables.
5. Orientación al logro y resultados.
6. Una Gestión ética orientada a la transparencia y probidad.

Estímulos e incentivos

¿Cómo está estructurado y cuál es el alcance del programa de estímulos e incentivos de la institución?

El programa de estímulos e incentivos de la institución se encuentra articulado con el plan de bienestar institucional el cual tiene como objetivo posicionar al hospital Pablo VI Bosa mediante el fortalecimiento de la política de talento humano en el marco de la humanización, la cultura, la gestión ética, la formación para el desarrollo y la transmisión de conocimiento. Lo anterior y teniendo en cuenta el plan de desarrollo institucional 2012 - 2016 se llevó a cabo mediante la formulación y ejecución del 100% del plan de incentivos anual de tipo no económico asociados a los procesos de capacitación, investigación y al desarrollo profesional aplicables a todo el personal de la institución.

El programa de estímulos e incentivos institucional, involucra a todo el personal de la institución sin importar su tipo de vinculación.

Para el personal de planta estos estímulos e incentivos resultantes de la evaluación de desempeño y de los cuales son merecedores aquellos colaboradores(as) que se destacan durante el periodo establecido están regulados para el personal de planta bajo acto administrativo (Resolución 127 del 17 de Junio de 2003) y para el personal de OPS se determinan estímulos no pecuniarios articulados al programa de incentivos y reconocimientos institucionales aprobados por la comisión de personal.

¿Qué evaluaciones se han realizado para evaluar el impacto y satisfacción de los empleados?

El programa de estímulos e incentivos está alineado al eje laboral y de estímulos del plan de bienestar institucional, por tal razón las mediciones se hacen directamente al plan y se hace seguimiento a cada uno de los ejes. En la tabla se muestra la identificación del grupo objetivo incluyendo a los colaboradores de planta, los colaboradores con contrato por OPS, los guardas de seguridad, el personal correspondiente a servicios generales y la relación de personal involucrado anualmente.

PLAN DE BIENESTAR, INCENTIVOS Y ESTIMULOS				
IDENTIFICACION DEL GRUPO OBJETIVO				
GRUPO OBJETIVO	Años del proyecto/ Años calendario			
	2013	2014	2015	2016
Colaboradores y Colaboradoras Planta	232	100	105	119
Colaboradoras y Colaboradores O.P.S.	1269	1575	1639	1699
Guardas de Seguridad	47	56	52	53
Personal de servicios generales	49	52	52	56

Durante el 2015 se aplicó encuesta de bienestar institucional a 347 colaboradores lo cual permitió evaluar la satisfacción de los colaboradores frente al Plan de Bienestar Institucional, los temas que la institución tomó en consideración son: Cumplimiento, cobertura y satisfacción del plan de bienestar; los resultados con corte a 2015 se relacionan a continuación:



Competencias

¿Cómo es el proceso para la evaluación de las competencias del personal?

La organización garantiza una evaluación sistemática y periódica de las competencias y el desempeño del talento humano respondiendo al interés institucional de mantener altos estándares de calidad, el cual inicia desde el proceso de selección.

En lo que respecta al período de prueba existe un proceso documentado y evaluado para todo el personal de planta para quienes aplica el proceso, el cual se realiza en un periodo no superior a 6 meses conforme a compromisos pactados de acuerdo a las funciones a desempeñar. Copia de dicha evaluación reposa en las hojas de vida de cada uno de los colaboradores.

La socialización al proceso de periodo de prueba es aplicable a todos los nuevos funcionarios en su proceso de inducción al cargo dentro del cual se dan a conocer los criterios objeto de evaluación y se definen los compromisos de desempeño, de la misma forma la institución ha mantenido un proceso estructurado de evaluación de cumplimiento de responsabilidades y de la aplicación de las competencias tanto para el personal de planta como de OPS el cual se ha desarrollado por más de 10 años. Este proceso nos ha permitido realizar el seguimiento al cumplimiento de las funciones y actividades contratadas y a la aplicación de competencias tanto técnicas como comportamentales en los procesos de trabajo.

Adicionalmente, la institución tiene identificadas las competencias específicas para cada cargo, estas competencias se describen en el manual de funciones y competencias laborales en donde se describen las competencias específicas, las competencias generales y las comportamentales para cada nivel de cargo y perfil asignado.

¿Cómo fue el proceso para la elaboración de estas competencias?

La definición de competencias ha sido realizada conforme a los lineamientos del departamento administrativo del servicio civil distrital y se confirmaron a través de reuniones de trabajo con personal en el ejercicio del cargo y los directores de grupo asignados a cada uno de los perfiles. De la misma forma se contemplaron competencias requeridas por la institución para el cumplimiento de su misión y visión y aquellas que dan cumplimiento a los estándares como institución acreditada.

¿Cómo se articulan los procesos de evaluación de competencias con los procesos de capacitación, entrenamiento y con estímulos e incentivos?

El resultado del proceso de evaluación de desempeño basado en competencias es una fuente de lectura de necesidades contemplada dentro de la construcción del plan institucional de capacitación. Una vez se realiza el proceso de evaluación de las necesidades detectadas en cada uno de los grupos poblacionales se trasladan al PIC institucional y se desarrolla su proceso de formación y capacitación en las mismas.

Por otra parte el sistema de incentivos este directamente ligado con el resultado de la evaluación de desempeño y competencias. A los funcionarios que obtienen los mayores puntajes en su evaluación el personal encargado asigna la entrega de los incentivos. En el caso del personal de contrato por OPS, la institución ha trabajado en reconocimientos relacionados al cumplimiento de las obligaciones contractuales del personal con esta modalidad de contrato.

¿Cómo la organización ha definido el sistema de prerrogativas o autorizaciones y para qué cargos profesionales o especialidades?

Este sistema de prerrogativas se ha implementado en la institución desde el proceso de inducción del personal y el respectivo entrenamiento en puesto. De igual manera, la institución ha definido las prerrogativas para los dos cargos más críticos a nivel institucional en las variables de perfil y por volumen, los cuales corresponden a los médicos y auxiliares de enfermería.

A continuación se presenta un ejemplo de algunas de las prerrogativas estipuladas en la institución para los profesionales en medicina:

PERFIL	MÉDICO EXTRAMURAL	MÉDICO CONSULTA DOMICILIARIA	MÉDICO CONSULTA EXTERNA	MÉDICO HOSPITALIZACIÓN
ACTIVIDADES / FUNCIONES	Educar al individuo, familia y comunidad en los temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuidado en casa de acuerdo a las patologías encontradas y control de riesgos de enfermar o aumentar el daño de la enfermedad.	Educar al individuo y la familia en temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuidado en casa de acuerdo a las patologías encontradas y control de riesgos de enfermar o aumentar el daño de la enfermedad.	Educar al individuo y la familia en temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	Educar al individuo y la familia en temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
	Realizar abordaje de la familia e individuos que la conforman de acuerdo al ciclo vital y siguiendo los lineamientos contractuales con la SDS y las orientaciones PIC.	Realizar abordaje de la familia e individuos que la conforman de acuerdo al ciclo vital, y a las prioridades establecidas, para realizar la consulta domiciliaria.	Realizar abordaje del paciente de acuerdo al ciclo vital.	Realizar abordaje del paciente de acuerdo al ciclo vital y condiciones clínicas establecidas al ingreso del servicio.

Algunos de los resultados significativos en torno a la aplicación de este sistema de prerrogativas en la institución son: disminución de eventos adversos relacionados con pertinencia médica, por errores en la aplicación de los procedimientos y por falta de claridad en los roles que favorecen el desempeño de las actividades.

Comunicación

¿Qué acciones se han adelantado para el mejoramiento de la comunicación entre las personas que cuidan y atienden a los pacientes?

Entorno al tema de comunicación asertiva, el hospital ha generado estrategias como:

Estrategia Breafing y Debriefing para promover espacios de confianza y motivación para el fortalecimiento de la información, retroalimentación y comunicación efectiva entre los integrantes del equipo de trabajo.

Reunión de Unidad Local de Comunicación por territorios para afianzamiento de la comunicación en procesos de trabajo, manejo de relaciones y trabajo en equipo.

Mecanismos de lectura de necesidades a cliente interno con grupos focales y buzones ubicados en todas las sedes asistenciales y administrativas, monitoreado por la alta gerencia, visitas y recorridos permanentes descentralizados a los diferentes servicios y sedes de la institución. De la misma forma se trabaja desde las unidades de análisis temático la cual se desarrolla por disciplinas y perfiles que favorecen una lectura ajustada a las necesidades de los diferentes grupos poblacionales.

Estrategia gerencial: Unidades locales gerenciales, gerencia te escucha y comuniquémonos con gloria como acercamiento de los colaboradores a la gerente de la institución.

Articulación del eje de humanización con la comunicación lo cual ha favorecido la implementación de estrategias para garantizar una comunicación organizacional eficiente, eficaz y efectiva con los grupos de interés, fundamentado en la calificación obtenida en el sistema de información distrital para la implementación y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión, herramienta de la Alcaldía Mayor de Bogotá, con resultados del 100% tanto por Representante del SIG ante la Alta Dirección como por la Oficina de Control Interno como evaluador independiente.

Desde el eje de humanización se han desarrollado para los años 2015 y 2016:

- 56** Jornadas de manejo de emociones y relaciones interpersonales con 813 colaboradores.
- 42** Jornadas de sensibilización en atributos de una atención humanizada a 418 colaboradores.
- 38** Jornadas de capacitación en comunicación asertiva, comunicación no agresiva y comunicación médico paciente a 732 colaboradores.
- 78** Sesiones de manejo de paciente agresivo realizada con 1.205 colaboradores.
- 26** Jornadas de manejo de cambio para 432 colaboradores.
- 39** Jornadas de manejo de dolor y manejo de duelo para el equipo asistencial.



Todas estas actividades se han llevado a cabo en la institución con el fin de contribuir al mejoramiento de las habilidades personales, interpersonales, profesionales y ocupacionales de los miembros de la organización.

Capítulo 4





La **Clínica El Rosario** es una institución privada, sin ánimo de lucro, de alto nivel de complejidad, ubicada en la ciudad de Medellín con dos sedes dotadas con equipos de alta tecnología. Desde su fundación la Clínica El Rosario vela no sólo por las necesidades materiales y el bienestar temporal del hombre, sino la persona en su totalidad. Se preocupa por la salud física, psíquica y espiritual de sus usuarios. Se abre desde sus comienzos a un servicio hospitalario fundamentado en una antropología cristiana, coherente con los valores del Evangelio, que asegure su única opción: SERVICIO INTEGRAL.

¿Cómo desde el direccionamiento estratégico la institución ha incluido la humanización de la atención en salud como uno de sus pilares?

La Clínica en toda su historia ha puesto su énfasis en la humanización del servicio, exigencia desde su pensamiento organizacional, siguiendo los principios y valores que la comunidad de las hermanas Dominicas de la presentación manteniendo el legado de su fundadora Marie Poussepin quien dejó orientaciones muy claras para quienes se dedican al cuidado de los enfermos.

Estos principios guían su organización, y se ven reflejados en el plan estratégico institucional y el modelo de atención como valor diferenciador.

Misión:

“Contribuir al cuidado de la vida y la recuperación de la salud, mediante un servicio integral, seguro, **humanizado** y -diferenciado, con personal idóneo y una excelente gestión que garantice creación de valor a sus grupos sociales objetivo, sostenibilidad económica y permanencia en el tiempo.”

Visión:

"Ser para el 2020 una institución de salud de alta complejidad, líder en atención integral, segura, **humanizada** y centro de referencia a nivel nacional e internacional."

Con el objetivo de que esta cultura de atención humanizada se mantenga y fortalezca en la institución, se definió y documentó la Política de Humanización, la cual proporciona a todos los colaboradores las conductas y pautas que hacen posible su cumplimiento. Y sus estrategias se enfocan en el paciente, el trabajador y el cuidador.

Política de humanización:

La Clínica por su misión y filosofía institucional se compromete a:

- Brindar al paciente, su familia o cuidador, una atención integral, oportuna, humanizada y segura, que responda a sus necesidades y expectativas a nivel físico, emocional, espiritual y social en un ámbito de acogida, calidez, respeto y actitud de servicio.
- Brindar al personal que labora en la institución, la oportunidad para participar en los procesos de inducción, reinducción, entrenamiento, capacitación y el fortalecimiento de valores para el desarrollo personal y de la cultura institucional en pro de la humanización.
- Diseño de estructura, ambientes, procesos y gestión de tecnología humanizados, en armonía con los derechos del paciente, su familia y/o cuidador, visitante y trabajador.

Su socialización se hace desde el ingreso del personal a la institución en los procesos de inducción general, entrenamiento y reentrenamiento. La Política está en su tercera versión.

¿Qué acciones se han promovido desde la gerencia para crear un clima organizacional hacia la humanización a los servicios de salud?

Desde la Alta Dirección se tiene la convicción de que una atención humanizada es un imperativo para la atención clínica, por tal motivo desde la definición del modelo de atención y direccionamiento estratégico se establece el imperativo: "Atención integral, humanizada y segura", fundamentado en la filosofía de servicio y pensamiento de la fundadora de la comunidad y necesidades de los usuarios pacientes, familia y personal que labora en la Clínica.



La Dirección General asignó una religiosa experta en humanización y pastoral que cimentó las bases de la humanización en la institución.

Se realizó la formación de Líderes de Humanización.

Se estandarizó la capacitación continua en humanización de servicios de salud para todo el personal.

Se tiene establecido desde la Dirección Médica y Dirección Administrativa, reuniones con cada grupo de especialidades, médicos generales, enfermeras y otros grupos de atención, de 3 horas de duración con el fin de conocer sus necesidades y oportunidades de mejora para facilitar un mejor desempeño a nivel personal y para su servicio, cuáles son sus niveles de compromiso con su institución y sus compañeros, como es el relacionamiento entre compañeros, se indaga sobre cómo se siente el personal, si son felices en el servicio y se les retroalimenta de algunas oportunidades de mejora como equipo de trabajo.

¿Con qué indicadores le realizan el seguimiento a la atención humanizada de la institución?

Los siguientes indicadores son evaluados por la dirección ya que aportan al logro de la misión institucional, al cumplimiento del modelo de atención, además que permiten identificar como el paciente, familia y/o cuidador perciben nuestra atención, entre ellos tenemos:

Porcentaje de satisfacción: Este indicador se toma de las encuestas de satisfacción, en el cual se evalúan aspectos del servicio humanizado como:

- Acogida y trato por cada cargo que participa en la atención.
- Calidad y oportunidad en la información.
- Oportunidad en la atención.
- Confort de las instalaciones/habitación, servicio.
- Apoyo espiritual.
- Aseo, orden y seguridad de la institución.
- Respeto a la dignidad y privacidad del paciente.



 CLÍNICA El Rosario Amar que Acompaña y Servicio que Alivia		EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN - MATERNIDAD					CT-FI-AU-03
Nombre del Paciente: _____		N° Habitación: _____					
Nombre de la Empresa o Plan de Seguro: _____		Fecha: _____					
Sede: Centro _____ Tesoro _____							
Para la Clínica, es muy importante conocer su opinión acerca de nuestros servicios, la información consignada en esta evaluación será confidencial y fundamental para el Mejoramiento Continuo de la institución. Le pedimos el favor califique estos aspectos que enumeramos a continuación, utilizando la siguiente escala: Muy Buena, Buena, Regular, Mala, Muy Mala o No Aplica							
ASPECTOS A EVALUAR	Muy Buena	Buena	Regular	Mala	Muy Mala	No Aplica	OBSERVACIONES: En el caso de calificar como Regular, mala o muy mala, por favor dejar la aclaración al respecto.
Acogida y Trato que Recibió por Parte del Personal de:							
Vigilancia							
Enfermería							
Médico							
Personal de Imágenes Diagnósticas							
Personal de Administrativo (Secretarías, auxiliares de admisión, recepcionista)							
Transportadores internos							
Trámites Administrativo que tuvo que Realizar para:							
Su ingreso a la Clínica							
Durante su hospitalización							
Su egreso (si ya lo realizó)							
Tiempo que debió Esperar para:							
La Atención Médica							
La Atención de enfermería							
El traslado de Cirugía a su habitación							
Como califica la Información Recibida:							
El Médico (evolución, Diagnóstico, tratamiento y cuidados)							
La Enfermera (Tratamientos, preparación para exámenes y cuidados)							
El Personal Administrativo (Secretarías, auxiliares de admisión, recepcionista) Pagos, autorizaciones, cubrimiento de su seguro y salida.							
Como Percibió estos Aspectos:							
Limpieza, Aseo y Confort de las Instalaciones							
La Seguridad de la Institución							
Respeto a su dignidad y Privacidad durante el proceso de atención							
El Acompañamiento y Atención espiritual							
¿En general como califica su experiencia en relación a los servicios de salud que recibió?							

Índice de derecho comprometido: en donde se evalúa si se compromete algún derecho del paciente en las quejas o reclamaciones y se trabaja con el compromiso de los líderes, coordinadores y jefes.

Índice combinado de satisfacción.

Se tienen otros datos en relación con diferentes actividades que se ejecutan, que también son analizados como:

- Número de acompañamientos a pacientes y familia en condición clínica muy delicada y muerte, por parte de atención al usuario y pastoral.
- Número de acompañamientos a la familia en la muerte de su paciente hasta el momento de su egreso, respetando siempre el dolor, sufrimiento y el cuerpo.
- Total de pacientes con apoyo espiritual, y con atención de sus necesidades espirituales, pastorales como: oración con el enfermo, reconciliación, comunión, bautismo de emergencia o la aplicación de la unción de los enfermos, respetando sus creencias y cultura, participación en el informe de diagnóstico de alto impacto, muerte cerebral y desconexión del soporte de ventilación y otras medidas, en los casos que el equipo clínico lo considere necesario.
- Programación y participación de las charlas de duelo y eucaristía por los pacientes que fallecen en cada período (cada dos meses).
- Total de usuarios a los que se les apoya en otras necesidades, como: tipo social, económica y de alimentación a su acompañante.
- Total de pacientes/ acompañante a quien se les informa aspectos fundamentales como derechos y deberes del paciente, manejo de las pertenencias, guía de seguridad, apoyo para mantener un ambiente libre de ruido y como comunicarse con el servicio de atención al usuario y pastoral en caso de requerir instalar una queja, sugerencia, reconocimiento, felicitaciones, entre otras.
- Total de usuarios que se benefician de la red de solidaridad "Dame tu mano" en alimentación, vestuarios, implementos de aseo, apoyo económico para que puedan acceder a su quimioterapia, radioterapia, ayuda en trámites funerales tanto económico como en información y apoyo en su gestión.
- Total de acompañantes que se benefician de la alimentación brindada por la red de solidaridad y total costos de la misma.

Estos indicadores son analizados por el personal de atención al usuario, por los líderes de unidades funcionales y en el comité de ética.

¿Qué lineamientos ha desarrollado la institución para brindar un trato humano, cálido y respetuoso a los usuarios?

Desde la política de humanización se tienen los siguientes lineamientos dirigidos al personal:

- Desde el primer contacto del paciente con la Clínica, es necesario brindarle acogida, un trato amable y personalizado, con el fin de favorecer la empatía, la confianza, la seguridad y el apoyo del paciente, la familia y el colaborador en el proceso de atención y recuperación.
- Atender al paciente con cariño, dedicación, con diligencia, oportunidad, escucha, empatía y sobre todo con respeto.
- Saludar amablemente al paciente, familia o acompañante, sin ninguna señal de disgusto, mirarle, presentarse por su nombre y cargo y ponerse a su disposición.
- Identificar la condición de limitación física y ofrecerle los medios para su comodidad y desplazamiento (camilla, silla de rueda, silla, el brazo, acompañamiento, traductor, entre otros), sin necesidad de exponerlos a la intervención del público.
- Escucha activa durante el momento de la acogida, dispuesto siempre a entender al otro.
- Ofrecer comodidad al paciente, familia y cuidador, en aspectos como el silencio, alimentación, información, y protección del frío y de riesgos que le puedan causar daño, entre otras.
- Orientar al paciente, su familia y cuidador, permitir que el paciente siempre esté acompañado, si está solo localizar su familia y asegurarse que comprendan la importancia de "acompañar".
- Escuchar al paciente, su familia y cuidador y atender sus comentarios, reclamos, quejas, respetar sus sentimientos y la manera de expresarlos.
- No minimizar o negar su sufrimiento, no emitir consejos sin escuchar, expresarle al paciente, su familia y cuidador la disponibilidad del grupo de salud para atenderle y responder a sus necesidades.
- Darle la información al paciente, su familia y cuidador en el lenguaje apropiado, evitar los detonadores de enojo como justificaciones, culpar a otros o a él mismo, actitud de indiferencia, uso de vocabulario no pertinente, técnico o descortés, postura defensiva, gestos que denoten disgustos, aire de superioridad, entre otros.
- Cuando el paciente, familia y cuidador presenten actitud de enojo o alteración, interpretarlo como una respuesta al sufrimiento, al miedo, al estrés y no acrecentarlo con nuestras actitudes y respuestas.
- Respetar las expresiones de dolor y sufrimiento, escuchar, acompañar y solicitar el apoyo del médico o del personal de atención al usuario y pastoral.
- Permitir al paciente y familia el acompañamiento o visita de su pastor o ministro de su creencia religiosa cuando lo requiera y solicitarles que la actividad en ningún momento debe alterar la tranquilidad de otros pacientes.
- Cuando fallece el paciente, tratar el cuerpo con respeto, vestirlo, cubrirlo y trasladarlo a la sala de velación, utilizar los medios establecidos por la institución, previa información a la familia.

¿Qué estrategias ha desarrollado la institución con sus funcionarios para lograr brindar una atención humanizada?

Desde la Alta Dirección se tiene la convicción de que una atención humanizada es fundamental y es un imperativo para la atención clínica, por tal motivo desde la definición del modelo de atención y el direccionamiento estratégico se estableció el imperativo "Atención integral, humanizada y segura", fundamentado en la filosofía de servicio y pensamiento de la fundadora de la comunidad y necesidades de los usuarios pacientes, familia y personal que labora en la Clínica. Es por esto que desde la gestión del talento humano se han implementado acciones como:

Capacitaciones continuas en diferentes temas relacionados con humanización, con el objetivo de fortalecer las competencias en la atención del personal asistencial y de apoyo.

Realización de actividades que tienen como objetivo el fortalecimiento de los valores y principios en los trabajadores y sus familias como retiros espirituales, campañas de socialización en temas específicos, convivencias, jornadas de reentrenamiento, jornadas de capacitación, reuniones con los diferentes grupos de trabajo en donde se da a conocer el modelo de atención, el pensamiento organizacional y las necesidades de los usuarios, además se les retroalimenta de las fortalezas, entre otras.

Se brinda la oportunidad de continuar los estudios o asistir a las capacitaciones o cursos, previo cumplimiento de algunos requisitos, se tiene flexibilidad en los turnos conciliando previamente con el jefe y teniendo en cuenta no afectar la atención al paciente y al servicio, se le confía a los líderes, coordinadores y jefes la responsabilidad en algunas decisiones en relación a las necesidades de su personal.

Se tienen establecidas desde la Dirección Médica y Dirección Administrativa, reuniones con cada grupo de especialidades, médicos generales, enfermeras y otros grupos de atención, con el fin de conocer sus necesidades y oportunidades de mejora para facilitar un mejor desempeño a nivel personal y para su servicio, se les retroalimenta de algunas oportunidades para mejorar como equipo de trabajo.

Desde el proceso de Gestión del Talento Humano, se tienen establecidos los criterios y perfiles (habilidades y competencias) que aportan a un servicio humanizado, facilitando el proceso de selección de personal, inducción y entrenamiento.

La dirección participa en el proceso de entrenamiento del personal asistencial, con el objetivo de presentar nuestros grupos sociales objeto, sus necesidades, sus expectativas, sus derechos y deberes, brinda información de algunas conductas a seguir y nuestra responsabilidad de aportar y apoyar la atención integral, humanizada y segura, desde cada cargo y actividad.

Se cuenta con la asesoría del comité de convivencia laboral quien a través de sus capacitaciones y actividades favorecen un clima laboral de respeto y de trabajo en equipo.

Se realizan celebraciones como la navidad, día de la enfermera, día del médico, día de la secretaria, y fechas especiales de los demás profesionales o personal de apoyo institucional, día del niño, etc.

Se cuenta con el apoyo y gestión del fondo de empleados.

Se realizó la jornada de la misericordia para internos y externos, con talleres para el manejo de la comunicación y el respeto por los derechos de las personas, el valor de la compasión, la gratuidad en todas las relaciones del ser humano como hombre o mujer, padre, madre, hermano, hijo, vecino, compañero, empleado, trabajador de la salud.

En esta misma línea de fortalecer el ser, con el acompañamiento espiritual de la comunidad de las hermanas y el capellán se planean jornadas de reflexión, oración, retiros espirituales, y de acuerdo al mes se planean actividades como la advocación de la Virgen de Lourdes, la preparación para imponer la santa ceniza, para la pascua, para acoger al espíritu santo, el rezo del Santo Rosario con la "virgen peregrina", la cual se pasa día a día por cada uno de los servicios de la institución y se convoca al personal y a los usuarios que deseen participar de la oración.



GUÍA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y LA FAMILIA

SEDE EL TESORO



Cordial Bienvenida

La Clínica tiene para su servicio un equipo interdisciplinario que le ofrece la mejor atención médica, desde el punto de vista humano, ético, técnico, científico y de seguridad.

Lo invitamos a tener en cuenta las siguientes recomendaciones para su estancia.

Código: T-GI-AU-155 • Versión: 2 • Publicado: 26/04/2016

¿Qué capacitaciones se han brindado a los funcionarios relacionadas con la humanización de los servicios de salud?

- Charla de comunicación y trato amable.
- Manejo de conflictos.
- Comunicación efectiva.
- Protección institucional de las pertenencias.
- Derechos y deberes de los pacientes.
- Política del silencio.
- Pautas para el apoyo emocional y duelo.
- Atención y abordaje de usuarios pasivos, agresivos y abusivos.
- Estrategias de comunicación.
- Atención integral al paciente con cáncer.
- Manejo del dolor.
- Conspiración del silencio.
- Cuidados paliativos al final de la vida.
- Presentación del proceso de atención al usuario y pastoral.
- Programa de educación y entrenamiento al paciente / cuidador.
- Atención al paciente con sospecha de abuso y/ o violencia sexual e intrafamiliar.
- Atención al paciente con riesgo suicida.
- Seguimiento post egreso.
- Apoyo espiritual y social en el proceso de atención.
- Metodología "Aprender Haciendo".

¿Con qué mecanismos cuenta la institución para manejar las dificultades de tipo emocional que puedan tener sus trabajadores?

Cada líder, coordinador o jefe, tiene la libertad de atender y decidir el apoyo que puede brindarle a su personal de acuerdo a la necesidad que presenta o de escalar a la dependencia según su necesidad.

La psicóloga institucional apoya algunas necesidades de tipo emocional o familiar cuando el empleado o el jefe lo solicita, en escucha, orientación y algunas pautas a seguir.

Si es necesario se activa un mecanismo de escucha y se asesora la remisión para la atención a la caja de compensación a la cual esté afiliado el funcionario o se le sugieren otros centros de atención.

¿Cuáles son los derechos y deberes del usuario con los que cuenta la institución?

Los que establece la Resolución 13437 de 1991.

SUS DEBERES SON:

1. "Respetar la Institución, los procesos y el personal. Observar y aportar normas de convivencia, aislamiento, limpieza y seguridad institucional."
2. "Brindar la información necesaria clara y completa solicitada por el equipo de salud. Dar su consentimiento informado en los formatos establecidos por la organización, asumiendo los riesgos y complicaciones."
3. "Respetar: credo religioso de la organización y de las demás personas. Buscar en todo el bien común presentar sus quejas, reclamos y felicitaciones al personal que lo atiende."
4. "Colaborar con la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención."
5. "Informar al médico y la enfermera las decisiones y deseos del paciente y la familia en caso de enfermedad terminal, no reanimación, medidas extraordinarias y el alta voluntaria."
6. "Asumir los copagos, excedentes y otros servicios no cubiertos por su empresa de salud."
7. "Solicitar la ayuda espiritual y acompañamiento pastoral cuando lo crea necesario."
8. "Aceptar o rechazar por escrito la participación en investigaciones médicas."
9. "Dar por escrito el consentimiento de aceptar o no la donación de órganos según lo establecido por la ley."
10. "La familia debe asegurar la compañía del paciente durante su enfermedad y muerte."

Cod. 30123

Clinica El Rosario Sede Centro Carrera 41 N°62 – 05 Tel. (574) 2959000 Ext. 9010
Sede Tesoro Carrera 20 N°2 sur 185, Loma el Tesoro Tel. (574) 3269100 ext. 5080

www.clinicaelrosario.com



DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE Y LA FAMILIA

"Todo derecho implica un deber"

MOP-PCU-GI-177
Version: 2
28/11/2016

USTED TIENE DERECHO A:

1. "Elegir libremente la institución de salud según su plan"
2. "Tener comunicación clara y completa con el médico sobre: su enfermedad, procedimientos, pronóstico, tratamiento y sus riesgos. Aceptar o rechazar por escrito los procedimientos."
3. "A qué se le respete su dignidad y autonomía, creencias y costumbres, así como las opiniones personales sobre su enfermedad."
4. "La confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso de atención, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible".
5. "Que se le preste la mejor asistencia médica disponible, oportuna, segura, continua y a una segunda opinión médica."
6. "Recibir información oportuna sobre los procesos administrativos y costos del servicio."
7. "Recibir o rechazar apoyo espiritual, orientación ética y moral."
8. "Que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones de acuerdo a la normatividad vigente."
9. "Que se le respete la voluntad de aceptar o rechazar la donación de sus órganos."
10. "Que se le garanticen las condiciones para una muerte digna (sin dolor, sin sed, sin hambre y sin abandono) que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad y a estar en compañía de su familia."

Estos deberes y derechos tienen su fundamento legal en los artículos 48 y 49 del capítulo 2 de la Constitución Política de Colombia y la resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud

¿Cómo se realiza el despliegue de derechos y deberes a los funcionarios?

Su socialización se inicia en el proceso de inducción, continua en el entrenamiento y luego desde atención al usuario y pastoral se programan capacitaciones y mediciones de la comprensión de los derechos y deberes del paciente.

Además, se cuenta con estrategias de publicación, como: plegables, carteleros en cada servicio de atención (hospitalización y ambulatorios) en la intranet y en la página web.



¿Cómo se realiza el despliegue de derechos y deberes a los usuarios?

Desde el ingreso se le hace entrega del plegable con los derechos y deberes del paciente y se le informa la importancia de conocerlos y verificar su cumplimiento.

Se tienen publicados en las carteleras de los diferentes servicios de hospitalización y de servicios ambulatorios, en la página web, también se tienen disponibles como plegables para los usuarios, en los servilleteros que acompañan cada comida principal de los pacientes.

En las rondas de atención al usuario y pastoral, se verifica su conocimiento y si se identifica que no los tiene se le hace entrega del plegable y se le invita a leerlo y en caso de alguna duda solicitar su aclaración a la jefe del servicio o a la coordinadora de atención al usuario y pastoral.

Cuando las expectativas o requerimientos del paciente, familia o cuidador afectan los derechos de otros usuarios o de la institución, el personal autorizado según el caso, en forma prudente les explica los límites de su solicitud y les da claridad sobre el proceso a seguir.

¿Cómo se verifica el conocimiento acerca de los derechos y deberes por parte del cliente interno?

Se realiza evaluación de comprensión en el cliente interno y en el paciente y/o cuidador, programando dos mediciones al año en los pacientes de hospitalización y de los servicios ambulatorios, con un alcance de todos los servicios. Y una medición al año en el cliente interno.

Además, en las rondas diarias de atención al usuario y pastoral se verifica que el paciente conozca sus derechos y deberes y se deja registro en la historia clínica.

Después de cada medición se realiza el análisis y se les socializa los resultados a todos los servicios y líderes.

¿Cómo se realiza la evaluación del impacto de la implementación de los derechos y deberes de los usuarios?

La evaluación del impacto de la implementación se mide a través de:

- ✓ La evaluación del comportamiento del indicador de índice de derecho comprometido.
- ✓ El seguimiento a la evaluación del usuario en relación al respeto a su dignidad y privacidad.
- ✓ El nivel de comprensión e información de los derechos que nos arroja las mediciones.
- ✓ El comportamiento del nivel de satisfacción y de los indicadores de seguridad clínica.

¿Cuáles son los lineamientos que tiene la institución frente al respeto por el tiempo del paciente?

- Se tienen definidos los tiempos de atención para el paciente que consulta por urgencias y los tiempos en servicios de ayudas diagnósticas.
- En la asignación de citas (para valoración, ayudas diagnósticas, tratamientos) se le explica al paciente la hora de la cita y el tiempo antes que debe llegar para realizar el proceso administrativo.
- La asignación de la cita se hace de manera concertada con el usuario y de acuerdo con la disponibilidad de las agendas con el fin de satisfacer sus necesidades. En el caso de alguna demora se le informa al usuario.
- En el ingreso a determinado servicio se le explica al usuario y acompañante el tiempo aproximado que durarán en el mismo.
- En cirugía se respeta el turno quirúrgico y se informa oportunamente al paciente y familiar cuando no se puede cumplir (urgencias).
- Se hace todo lo posible por gestionar los egresos lo más oportunamente, para esto se tiene establecido dos horas en promedio que cuentan desde el momento en que el médico registra el alta, siempre y cuando no tenga salud domiciliaria, requiera de oxígeno domiciliario, o tengan alguna dificultad administrativa, la jefe del servicio debe informar al paciente y acompañante de estos tiempos y el proceso a seguir.
- Definición de metas en los indicadores de oportunidad para la atención.

¿Qué mecanismos se han desarrollado en la institución para respetar la privacidad del paciente en cada uno de los servicios?

Desde el pensamiento organizacional y modelo de atención, este derecho es fundamental y desde el proceso de inducción se hace énfasis en su respeto, reforzándolo en las capacitaciones de atención al usuario y pastoral, a través de las conductas visibles. Además, se le evalúa este aspecto al usuario previo al egreso.



Se tiene la política de humanización, en donde se establece el respeto a la intimidad y privacidad, confidencialidad de la información y la acogida, trato amable y personalizado, condiciones fundamentales de humanización.

El diseño de la infraestructura hospitalaria vela por garantizar la privacidad a los usuarios, con habitaciones unipersonales, corredores internos y ascensores sólo para el transporte de pacientes y personal interno.

Se tiene como directriz institucional expresado en la política institucional el cubrir los pacientes para los traslados, no permitir que los pacientes deambulen sin ropa, asegurar las puertas de las habitaciones para realizar procedimientos, bajar persianas, o cortinas, cerrar cubículos, solicitar el retiro de acompañantes para realizar un procedimiento o dar información, y solo se permite su estancia si el paciente lo autoriza, no descubrir del todo para el baño o procedimientos y por supuesto informar al paciente y cuidador del procedimiento a realizar.

Tan pronto como la situación del paciente y el proceso de atención lo permitan se le debe cambiar la bata institucional por su ropa personal o pijama.

Durante la entrevista de valoración clínica del paciente, no se le hacen preguntas relacionadas con su intimidad o vida privada, delante de otras personas, así sean familiares del paciente.

Durante el proceso de admisión también se protege la intimidad del paciente y no se interroga delante de otras personas, a menos que sea el tutor responsable o el paciente lo autorice.

Se solicita al paciente desde su ingreso la autorización por escrito de quienes pueden acceder a la historia clínica, verificar y cumplir los criterios para entregar registros clínicos, la información clínica de los pacientes se debe dar en los espacios determinados, nunca en salas de espera, en pasillos o en las puertas de los servicios.

Por ningún motivo se hace entrega de la historia clínica o parte de ella, llámese orden médica, fórmula, resultados de exámenes, solicitudes de interconsulta, si el paciente o el tutor responsable; no ha autorizado a la persona que reclama.

En los tableros de la habitación o cubículo del paciente, solo se debe registrar el nombre y apellidos del paciente y su número de identificación.

Toda persona que vaya a ingresar a la habitación del paciente debe tocar, anunciarse y solicitar autorización para entrar y seguir las normas de seguridad y aislamiento que estén indicadas.

En los manuales de procedimientos de enfermería se tiene definido como criterio general: garantizar la privacidad y comodidad del paciente durante los procedimientos.

En las habitaciones bipersonales siempre se deben ubicar personas del mismo sexo.

Sólo se permitirá pacientes de diferente sexo en la misma habitación compartida si:

- Son pareja de esposos y ambos están hospitalizados y no existe contraindicación clínica y ambos realizan la petición.
- Se trata de hospitalización madre - hijo en período de lactancia y no hay contraindicación clínica.
- Si los pacientes son hermanos, hacen la solicitud y si no hay contraindicación clínica.

El paciente que declara una condición sexual diferente y requiere de hospitalización, se ubica en habitación individual al igual que pacientes víctimas de violencia sexual.

Las condiciones de discapacidad del paciente no deben ser expuestas al público en letreros o símbolos, por proceso de atención solo se permite la señalización en áreas para uso exclusivo del equipo de salud como los tableros ubicados en el cuarto limpio o botiquín.

Antes de dar información catalogada como "mala noticia" para el paciente, familia, cuidador, se tiene estipulado que el médico tratante en lo posible debe prever el manejo de la crisis con el apoyo de equipo interdisciplinario: psiquiatra, pastoral, trabajo social, psicólogo, coordinadora de atención al usuario, médico, enfermeras, entre otros.

¿Cómo se evalúa si el equipo de salud utiliza un lenguaje simple, sencillo y entendible para los pacientes?

Se tiene definido en el programa de educación, información y entrenamiento al paciente, cuidador y/o familia que en la comunicación con el usuario se debe utilizar un lenguaje de acuerdo con el nivel de cada usuario, que permita la comprensión de la información.



Se tiene como estrategia para evaluar el nivel de comprensión, la aplicación de unas listas de chequeo de acuerdo al servicio o procedimiento, en donde se le hacen unas preguntas sencillas sobre sus cuidados y/o tratamiento y la persona verifica si comprendió o no, de acuerdo a la respuesta, en caso de identificar fallas o debilidades en la comprensión debe volver a educar o informar al usuario buscando la metodología más adecuada.

Se realizan mediciones de adherencia a la comprensión en general de la información dada por el equipo de salud y en la encuesta de satisfacción se indaga acerca de la información recibida.



Clínica El Rosario
Atender que Acompaña y Servicio que Mide

EDUCACIÓN E INFORMACIÓN A LA PACIENTE OBSTÉTRICA
CUIDADOS POST PARTO

Código:
CT-LC-GO-01

EDUCACIÓN E INFORMACIÓN	SI	NO	OBSERVACIONES
• Cuidados con las mamas y signos de alarma			
• Cuidados con la herida quirúrgica post cesárea y signos de alarma			
• Cuidados en el área genital y signos de alarma.			
• Cuidados con miembros inferiores.			
• Información acerca de contracción uterina y signos de alarma			
• Información acerca de cambios en el sistema urinario y signos de alarma			
• Signos de alarma de preeclampsia pos parto.			
• Signos de alarma de depresión post parto.			
• Recomendaciones en la alimentación			

Yo _____ en calidad de usuaria de la Clínica el Rosario acepto que la información dada por la auxiliar de enfermería _____ fue clara y oportuna.

Paciente _____ Auxiliar de enfermería _____

Se tienen en cuenta los diferentes grupos de población, el nivel de educación, su cultura, creencias, idioma y dialecto. Si el paciente habla inglés, el médico tratante debe darle la información en ese idioma o se busca apoyo con personas en la institución que hablen inglés, si es un indígena se solicita apoyo en la red social donde están las instituciones disponibles para apoyar la interpretación, como OIA (Organización de Indígena de Antioquia) o la Alcaldía de Medellín en la línea social, además se buscan contactos en su comunidad como lo es el gobernador identificado como persona clave en la misma.

¿Qué estrategias tiene la institución para promover que el paciente involucre a un miembro de su familia o amigo para que conozca y lo acompañe durante su proceso de atención?

A los usuarios de la Clínica se les permite el acompañamiento permanente de sus familiares y amigos, a la familia se le hace partícipe del plan de cuidado y la recuperación de la salud siempre y cuando el paciente lo acepte.

Los horarios de visita no son una estructura rígida que impida el contacto durante una hospitalización, estos tienen laxitud para mantener el contacto sanador con la familia y cuidador.

Desde el ingreso del paciente el personal de enfermería promueve la importancia de asegurar un acompañante las 24 horas en los servicios de urgencias y hospitalización, dando a conocer su importancia para el apoyo en el cuidado y seguridad del paciente, además del apoyo emocional que les brinda.

Se le hace entrega por escrito de la guía de información en donde se especifica la importancia del acompañante en el proceso de atención como apoyo a los cuidados y a la toma de decisiones.



**GUÍA DE INFORMACION PARA
PACIENTES Y ACOMPAÑANTES EN EL
SERVICIO DE URGENCIAS**

CT-GI-AU-60
2013.08.05
Versión: 5

La participación del paciente y familia en el proceso de atención son fundamentales, por tanto para ayudarnos a ofrecer un servicio "humanizado, integral y seguro" le solicitamos seguir las siguientes recomendaciones:

- Permanecer sólo un acompañante adulto con el paciente dentro del cubículo, no permanecer en el pasillo de urgencias sin autorización.
- Por favor dar toda la información solicitada y los antecedentes clínicos
- Informar sobre dispositivos médicos (electrónicos) que el paciente use y sean necesarios para el cuidado intrahospitalario, ejemplo: marcapasos, válvulas, sondas, entre otros.
- Informar al médico y enfermera si la paciente está embarazada.
- Dar a conocer al personal de salud todos los medicamentos que utilice el paciente y resaltar los antecedentes alérgicos y reportar las reacciones que presente el paciente con el tratamiento administrado. No siempre todos los medicamentos de uso en casa serán continuados durante la hospitalización el médico le informará.
- Transmitir a los acompañantes, toda la información recibida acerca del cuidado e información clínica del paciente, cada que realice el cambio entre estos.
- Acompañar al paciente en todo momento: mientras permanezca en la camilla, cuando se traslade por el pasillo al baño, toma de exámenes, así se controla el riesgo de caídas o de extravío del paciente.
- El paciente debe de utilizar calzado siempre que deba desplazarse por el servicio.
- Cuando el paciente se encuentre en el baño y requiera ayuda, utilizar el timbre de llamado ubicado en el área, no dejar al paciente solo.
- Procurar hablar siempre en voz baja, evitar el tono del timbre alto del celular y otros ruidos innecesarios. Según normatividad de la Comisión Reguladora de Telecomunicaciones: "está restringido el uso del teléfono celular" para que no interfiera con el equipo biomédico.
- La camilla es para uso exclusivo del paciente, se deben seguir las siguientes recomendaciones para prevenir accidentes: Mantener las barandas arriba, se debe mantener frenada y en la posición más baja con relación al piso, el paciente no debe bajarse de la camilla sin indicación de enfermería o médica.
- Para levantar al paciente debe ser de forma lenta y suave, se debe tomar el tiempo necesario para cambiar la posición de acostado a sentado y de esta a ponerse de pie. Solicitar silla de ruedas cada vez que el paciente lo requiera.
- Responsabilizarse por la custodia y cuidado de las pertenencias, en caso de no tener acompañante, por favor haga entrega al jefe del servicio.
- En caso de que el personal de atención sospeche o confirme causa de ingreso por situaciones de violencia, se avisará a la autoridad competente y se diligenciará la documentación respectiva.
- Los equipos biomédicos son aquellos que apoyan la atención y monitoreo del paciente, éstos deben de ser controlados únicamente por el personal de salud. No mover las llaves ni equipos que regulen el goteo de los sueros. Verifique el inventario del cubículo con el personal de enfermería.

- Seguir las instrucciones entregadas por el equipo de salud, si la indicación es el reposo absoluto, el paciente no debe levantarse de la camilla.
- Antes de suministrar algún alimento o bebida al paciente, por favor preguntar al personal médico o de enfermería.
- Si el paciente requiere de cirugía u otro procedimiento invasivo o de intervención, el médico le debe dar la información acerca del procedimiento, riesgos del mismo y riesgos en caso de no realizarlo, al igual que otras opciones terapéuticas, por favor no olvide aclarar las dudas, esto favorece el nivel de comprensión antes de firmar el "consentimiento informado".
- Si el paciente requiere algún tipo de aislamiento, el personal asistencial le informará, por favor aclare las dudas y respete las normas de aislamiento.
- Si se requiere mayor información acerca del estado y cuidado del paciente o si desea avisar sobre algún cambio en su condición de salud, presionar el timbre ubicado en el cubículo de atención.
- Verifique que el paciente tenga la manilla de identificación con los datos correctos, ésta debe permanecer en la muñeca del paciente durante toda la estadía en la clínica, nos permite confirmar la identificación correcta durante todo el proceso de atención.
- Solicite y lea los instructivos de información y educación sobre su enfermedad, aclare con el personal de salud las dudas para garantizar su comprensión y aplicación correcta. Al alta verifique que le sea entregado y explicado el plan médico al egreso (Formula, incapacidades, recomendaciones, órdenes de revisión o citas).
- Reportar al equipo de salud cuando identifique situaciones anormales o condiciones inseguras para la atención, no debe consumir bebidas alcohólicas, ni portar armas.
- El personal del equipo de salud, siempre lleva consigo la escarpela como una de las acciones para fortalecer la seguridad y su identificación
- Para la disposición de desechos ordinarios utilizar solo papeleras con bolsa verde. Las canecas de color rojo solo son para material contaminado con fluidos corporales. No manipule elementos cortos punzantes.
- Verificar según la ubicación del paciente en el cubículo, la ruta de evacuación, seguir las indicaciones del coordinador del área y la ubicación de los extintores.
- En caso de emergencia interna o externa, se deben seguir las instrucciones del personal de urgencias.
- La resolución 1956 del 30 de mayo del 2008, prohíbe fumar en las instituciones de salud.

Su opinión sobre la atención recibida es muy importante para el mejoramiento de nuestro servicio; le agradecemos diligenciar la encuesta de evaluación del servicio, la puede solicitar en el puesto de enfermería.

Si requiere instalar una Quejas, reclamos, sugerencias o felicitación, puede utilizar el formato ubicado en los buzones de sugerencia o utilizar el correo electrónico, atensariosoro@clinicaelrosario.com, teléfono, 326 91 00, ext. 5080 para la sede Tesoro y atensariosocentro@clinicaelrosario.com, teléfono 2959000, ext.9010, sede Centro.

Cuando se identifica la necesidad de acompañante y la familia o paciente refieren no tener, solicitan el apoyo de atención al usuario y pastoral quien se encarga de explorar la red de apoyo familiar y /o social y fortalecer la información de la importancia del acompañante.

Si el paciente no tiene posibilidades de un familiar como acompañante, puede tener un cuidador seleccionado por su familia.

Todo paciente que va a ser llevado a cirugía debe contar con acompañante antes, durante y después de la cirugía.

Igualmente, todo paciente de cirugía ambulatoria, tratamiento y/o estudio diagnóstico ambulatorio a realizar bajo sedación, requiere de acompañante.

¿Cómo se identifican las necesidades de educación del paciente y la familia en los diferentes servicios y cómo se verifica su comprensión?

Se tiene documentado el programa de educación al paciente, donde se establecen las estrategias para identificar las necesidades de educación, información o entrenamiento.

Desde el ingreso de un paciente a un servicio el personal asistencial hace la identificación de necesidades de información, se entrega la guía de información en donde se les brinda algunos elementos a tener presente durante todo su proceso de atención y se invita a aclarar inquietudes mediante una comunicación con el equipo de salud y se entrega una recomendación por la seguridad del paciente. Se cuenta con la lista de control de información (la aplica enfermería al ingreso del servicio) para no olvidar dar ningún tipo de información importante.

En cada unidad de cuidado crítico se entrega la información desde el ingreso y diariamente el médico les da informe de la evolución, ajustes en el tratamiento y procedimientos, a los familiares, permitiendo la aclaración de dudas.

En hospitalización durante la ronda médica y en cada una de las rondas de la enfermería se indaga y se aclaran dudas.

En el servicio de gineco-obstetricia se cuenta con el apoyo de la auxiliar de puericultura.

En oncología la jefe del servicio realiza el proceso de inducción al paciente y sus acompañantes y en cada una de las sesiones de tratamiento se indaga y se aclaran dudas.

En el área de cirugía cardiovascular es igualmente la jefa la responsable de brindar información y educación a los pacientes y acompañantes.

Cirugía cuenta con la gestora de información quien es el contacto directo entre el área de cirugía y los familiares y acompañantes.

Con las rondas de atención al usuario y pastoral también se identifican necesidades, se da respuesta y se aclaran dudas con el apoyo de equipo de salud.

Previo al egreso enfermería aplica otro instrumento que ayuda a confirmar la información y su comprensión y la entrega de las guías de cuidado a seguir en casa de acuerdo a condición clínica.

**INFORMACION SOBRE ANTIBIOTICOS PARA
EL EGRESO DEL PACIENTE**CT-GI-AU-129
30/04/2014
Versión: 2

**¿Qué son los antibióticos y para qué se utilizan?**

Son medicamentos utilizados para prevenir, tratar o controlar las enfermedades infecciosas de origen bacteriano. Los antibióticos más utilizados son las Penicilinas, Cefalosporinas, Quinolonas y Macrólidos

**¿Quiénes deben tomar el tratamiento?**

Los pacientes que presentan enfermedades infecciosas o quienes están en riesgo de sufrirla y es necesario prevenir su aparición.

**¿Duración del tratamiento?**

El médico es el encargado de prescribir el antibiótico al paciente teniendo presente los antecedentes personales, antecedentes alérgicos, medicamentos que consume y enfermedades que sufre; a su vez define cuánto tiempo se debe consumir el antibiótico así como las dosis y la frecuencia del mismo.

En la actualidad por tipo de antibiótico existe una duración específica. Es muy importante que usted tenga claro que los antibióticos tienen un tiempo y nunca deberá utilizarlos de manera prolongada o permanente.

Se aconseja informar al médico que otros medicamentos toma y las enfermedades que sufre para que el médico verifique si el antibiótico que va a formular está contraindicado

**¿Cómo tomar el medicamento antibiótico?**

Es indispensable que se verifique la orden del médico y seguir las indicaciones escritas en la fórmula médica (nombre del medicamento, dosis, vía y hora). Deben ser administrados a dosis correctas y en el tiempo necesario para garantizar el control de la infección.

Por ningún motivo lo debe suspender sin terminar el tiempo de duración indicado por el médico, a pesar de que ya se sienta mejor, esto provocaría resistencia en los microorganismos (con el tiempo ya no le sirven los antibióticos)

Clínica El Rosario Pacientes - Área Administrativa - Sala de Prensa - Paciente Internacional - Servicios - Encuentre un médico -  

Guías de Información al paciente

La Clínica El Rosario vela no solo por el bienestar de sus pacientes dentro de la institución sino por fuera de ella. Como parte del tratamiento y éxito en la recuperación, su familia o cuidador juega un papel importante. Por este motivo un grupo de profesionales de la salud de La Clínica El Rosario, ha dispuesto una amplia alternativa de Guías y recomendaciones para el cuidado del paciente en casa, medidas básicas y de gran ayuda que le permitirán tener la mejor y más pronta recuperación.

A CONTINUACIÓN ENCONTRARA TODAS LAS RECOMENDACIONES QUE TENEMOS PARA SUS TRATAMIENTOS Y RECUPERACIÓN:

La alimentación del recién nacido		Recomendaciones aislamiento por contacto	
Cuidados a seguir con el paciente asmático		Recomendaciones aislamiento por gota	
Información UCI e intermedio neonatal para el paciente y la familia al ingreso		Recomendaciones aislamiento protector	
Cuidados del recién nacido con labio leporino y paladar hendido		Recomendaciones aislamiento por aerosol	
Recomendaciones para el paciente con oxígeno domiciliario		Recomendaciones aislamiento por germen multi resistente	
Cuidados del niño con enfermedad diarreica		Preparación colocación de stent esofágico o duodenal	
Información para el paciente y la familia en la UCI intermedio adulto		Guía de información ingreso unidad de cuidado intensivo e intermedio pediátricos sede Tesoro	

Con el fin de evaluar el nivel de comprensión del plan médico a seguir, identificar necesidades de educación, información y otras, contamos con el proceso de seguimiento post egreso, consiste en contactar al paciente posterior a su egreso y aplicar una serie de preguntas para confirmar su evolución clínica, comprensión de la información /educación dada durante su proceso de atención, adherencia al tratamiento y se le refuerza la educación e información de acuerdo a sus necesidades, además se identifican otras necesidades relacionadas con trámites con su asegurador que son fundamentales gestionar para evitar complicaciones o eventos adversos.

Las rondas de atención al usuario y pastoral son visitas que realiza el personal del servicio de atención al usuario y pastoral, al paciente, su familia y/o cuidador, con la participación si se requiere de las hermanas, capellán, psicóloga, trabajador social y su coordinadora esta visita debe cumplir con un enfoque integral esto es, favorecer la escucha activa, generar empatía e identificar necesidades físicas, espirituales y otras expectativas a las cuales se atiende y se da respuesta por parte del jefe del servicio asistencial y su equipo y o el coordinador de atención al usuario y su equipo de trabajo.

Los líderes, jefes o coordinadores deben reforzar la información relacionada con los derechos y deberes del paciente, el manejo seguro de sus pertenencias, la importancia de seguir las recomendaciones del equipo clínico y la información de la guía de seguridad, y otras guías de seguridad, en otras ocasiones se requiere brindar otra información importante o apoyo terapéutico que permita al paciente, su familia o cuidador abordar de manera integral los requerimientos del plan terapéutico y/o mantener un ambiente libre de ruido, seguro, confortable y reparador durante la estadía en la institución.

Por medio de la red de solidaridad "Dame tu mano" se brinda apoyo en casos especiales para transporte, pago del alojamiento en albergues, apoyo para trámite exequial, entre otros, según la necesidad específica del paciente. Los recursos de la red de solidaridad son administrados por el grupo de Atención al Usuario y monitoreados por el proceso administrativo - financiero de la clínica.

¿Con que mecanismos cuenta la institución para comunicarse con sus usuarios?

- ✓ Se cuenta con la página web, redes sociales como Facebook, Twitter y correo institucional con opción de mensajes que llegan al servicio de atención al usuario y pastoral.
- ✓ La atención personalizada por el equipo de salud y de atención al usuario y pastoral.
- ✓ Seguimiento post egreso.
- ✓ Ante la presencia de una queja o reclamación, se tiene el correo electrónico, los buzones de sugerencia la línea telefónica, buzón de mensajes y por supuesto la atención personalizada.
- ✓ Los teléfonos de diferentes dependencias en la línea principal.
- ✓ Revista Medik.

¿Cuáles son los lineamientos para el apoyo emocional y espiritual a los pacientes a los cuales se les identifique la necesidad?

Se cuenta con el documento: visita de información e identificación de necesidades, y el documento de "servicio de atención al usuario y pastoral" que describe el objetivo y la información que debemos brindar relevante para el paciente y su acompañante, además, se informa como poder contactar al sacerdote o a alguna de las hermanas de la comunidad o al servicio de atención al usuario y los servicios religiosos a los que puede acceder, sus derechos y deberes, entre otros.



Posteriormente, se deja un registro de las actividades realizadas con el paciente y familiar, tanto espirituales, como sociales, familiares, entre otros.

Hay servicios que por su complejidad hacen más necesario la presencia del grupo de atención al usuario y pastoral, como lo es quimioterapia, radioterapia y las diferentes unidades de cuidado crítico.

Se cuenta con el apoyo de un grupo de personas, grupo de apoyo al usuario, que voluntariamente apoyan algunas actividades con los pacientes y familias, buscando siempre su bienestar, propician espacios para el diálogo, la escucha y apoyo a algunas necesidades tanto espirituales como emocionales.

La Clínica cuenta en cada sede con el profesional Coordinador de Atención al Usuario y Pastoral, capellán, hermanas de la comunidad, psicóloga y trabajadora social, auxiliar de enfermería, auxiliar administrativo y ministras de la comunión, con ellos se realizan actividades diarias planeadas, sistemáticas y permanentes y otras emergentes que requieren intervención profesional inmediata por alguno de los integrantes del grupo de atención al usuario o por otro profesional institucional o proveedor de servicio para intervenir el estado clínico, psicológico, espiritual, social, del paciente, su familia o cuidador.

Respetando los derechos del paciente y entre ellos el respeto por sus creencias y credo religioso, se pasa la ronda de pastoral, se les ofrece los sacramentos, el padre o hermana hace oración con el paciente y familia, identifica necesidades de tipo espiritual y /o emocionales y otras, solicitan la intervención de psicología, trabajo social y/o de la coordinadora de atención al usuario de acuerdo a la necesidad identificada, además identifican las familias y pacientes que requieren de mayor acompañamiento, asesoría espiritual o el sacramento de reconciliación, unción, comunión o sólo oración.

Si el paciente tiene un credo diferente al católico y expresa que no necesita del acompañamiento de pastoral, se le respeta, y si desea que su pastor lo visite también se le respeta y permite, informándole que las actividades que realice su pastor o grupo de personas que le van a brindar el apoyo espiritual no interfiera con la tranquilidad de los demás pacientes.

Se tiene estandarizado en el documento "Intervención Psicológica en el proceso de atención al paciente y familia" y el documento: "Criterios para responder interconsultas" los pacientes que tienen prioridad para esta interconsulta, el tiempo a responder a la interconsulta y algunas pautas a tener en cuenta en la intervención.

Entre los grupos de pacientes/familia prioritarios que requieren del apoyo emocional y en especial por la psicóloga, están: pacientes en estado crítico, que van a ser intervenidos por cirugía cardio vascular, van a ser sometidos a una amputación, con diagnóstico de alto impacto (cáncer, otras enfermedades graves o de mal pronóstico), pacientes con muerte cerebral, en proceso de retiro del soporte vital, maternas que presentan pérdida de su bebé, malformaciones, que su bebe se traslada a la UCI neonatal, pacientes con sospecha de abuso sexual, violencia intrafamiliar.

¿Cuáles son los lineamientos frente a los casos de pacientes en situación de emergencia social (maltrato, abandono, desplazados)?

Los lineamientos que guían la atención de estos grupos de acuerdo a la normatividad Colombiana están documentados en el Directorio de Red de Apoyo Social, en el documento de "Pautas para la intervención del trabajador social en el proceso de atención al paciente y familia", y en el documento "Guía de intervención trabajo social", que estipula que es fundamental la participación del trabajador social en la atención integral y las especialidades que sean necesarias, en estos documentos se describen los criterios a tener en cuenta para la atención del:



- Adulto mayor en situación de abandono.
- Paciente con conducta suicida.
- Valoración de la mujer menor de 15 años en embarazo.
- Valoración de paciente con sospecha de abuso sexual.
- Valoración a menores con sospecha de vulneración de derechos.
- Valoración de pacientes con sospecha de violencia de género o intrafamiliar.
- Valoración a pacientes en situación de calle.

Estos documentos contemplan el proceso a seguir en la atención de los grupos vulnerables, teniendo presente el respeto a la persona, atención sin discriminación, tanto en la parte de atención clínica, como en las condiciones de comodidad de su habitación, esto es: disponibilidad de TV, WIFI, habitación unipersonal, teléfono libre, aire acondicionado, entre otras. En estas atenciones es fundamental la búsqueda de las redes de apoyo y su participación en la atención cuando el paciente lo requiera.

Ruta de atención al habitante de calle o Indigencia				
	¿En qué consiste?	¿Quiénes pueden acceder al programa?	Ubicación	
Sistema de atención a la infancia y adolescencia en situación de calle	Este proyecto está orientado a atender niños y adolescentes, en situación de calle, entre los 6 y 27 años de edad, brindando atención diurna y nocturna las 24 horas del día, ofreciéndoles alojamiento, alimentación, educación, atención en salud, elementos de aseo personal y recreación y se realizan remisiones para atención especializada de acuerdo con su problemática en particular	Niños, niñas y adolescentes entre los 6 y 17 años de edad en situación de calle. El ingreso es voluntario	Se ejecuta en el Centro de Acogida, ubicado en la calle 57 N° 52-67	513 88 05 513 8806 5138808
Mujer Gestante y Lactante				
	¿En qué consiste?	¿Quiénes pueden acceder al programa?	Ubicación	Teléfonos
	Busca complementar la alimentación diaria de las madres en riesgo nutricional, durante su etapa de gestación y lactancia, para lograr que ella y su bebé tengan una mejor alimentación. Su enfoque es preventivo y pretende, a través de la educación, lograr que la madre asista a los controles prenatales y posteriormente, con su bebé, a los controles de crecimiento y desarrollo. Se les suministra un complemento alimentario	Las mujeres gestantes desde el primer o segundo trimestre de la gestación, hasta los 6 meses de lactancia, con nivel del Sisben 1, 2 y 3. Además, las mujeres gestantes que tengan estas características: que estén en situación de desplazamiento, que sean adolescentes, con diagnóstico de anemia, con bajo peso gestacional, con baja altura uterina para la edad gestacional o con inseguridad alimentaria.	En la Oficina de Complementación Alimentaria, piso 4 del Centro Administrativo Municipal La Alpujarra-CAM- y en las Unidades de Atención Hospitalarias de Metrosalud	385-54-44 -- Línea única de atención a la ciudadanía 444 4 144
Complemento Alimentario Primera Infancia				
	¿En qué consiste?	¿Quiénes pueden acceder al programa?	Ubicación	Teléfonos

De igual manera la institución ha definido la atención oportuna personalizada desde el primer contacto del paciente con la institución, siguiendo las normas de protección establecidas para la población vulnerable o especial:

- Niños.
- Mujeres en embarazo.
- Paciente de la tercera edad.
- Paciente psiquiátrico.
- Paciente en crisis por consumo de psicoactivos.
- Paciente en condición de calle.
- Paciente en condición de discapacidad.
- Paciente relacionado con violencia sexual, violencia de género e intrafamiliar.
- Pacientes víctimas del conflicto armado.
- Población indígena.
- Comunidad run.
- Pacientes privados de la libertad.
- Paciente de las fuerzas militares.
- Pacientes en ejercicio político con cargo y rango de autoridad y gobierno, esto es personas expuestas públicamente.

¿Cuáles son los lineamientos institucionales para el manejo de situaciones de duelo en los pacientes y familiares?

En el proceso de atención al usuario y pastoral se tiene definido el apoyo y acompañamiento al paciente en estado terminal y a la familia en su duelo, durante las rondas de pastoral o atención al usuario o por medio del reporte del personal de los diferentes servicios, se identifica los pacientes que fallecen y nos informan, con el fin de brindar acompañamiento y apoyo en la gestión de sus trámites funerales cuando la familia lo requiere. Durante su deterioro clínico se inicia el acompañamiento por pastoral, por una de las hermanas de la comunidad y por el capellán.

Luego se le invita a una reflexión o charla de duelo y a la eucaristía por los pacientes que fallecieron en el período, esto se realiza cada dos meses, con muy buena acogida y participación, liderado por el equipo de pastoral (psicóloga, religiosa, capellán y trabajo social) en cada período se trata un tema especial. Se tiene muy presente el credo religioso y la decisión de la familia.

El equipo de cuidado paliativo y alivio del dolor también pasa la ronda a los pacientes brindando apoyo clínico y emocional.

¿Qué lineamientos tiene la institución para garantizar el respeto del paciente fallecido?

Se tiene documentado el instructivo de egreso por muerte y manejo del mortinato, en donde se establece la atención humana y respetuosa del cuerpo.

Desde la política de humanización y el protocolo de atención en egreso por muerte, se establece el respeto por el cuerpo del paciente que fallece, siempre se debe tratar con delicadeza, no se retira el cuerpo de la habitación o cubículo sin autorización del familiar, se debe informar a la familia el proceso a seguir después de su muerte y permitirle estar con el paciente y acompañarlo en la oración y en su duelo, luego informar que se le va a retirar los accesorios clínicos y que se trasladará a la sala de velación, se debe asegurar la presencia de un familiar para el traslado a la sala de velación.

Durante la estancia en la sala de velación se les acompaña y se mantiene el cuerpo cubierto y acompañado de sus parientes o amigos. Se respeta el credo religioso y creencias de la familia, sin que estas afecten al resto de los pacientes.

Se les brinda acompañamiento por pastoral, una de las hermanas de la comunidad los acompaña hasta su egreso. Se garantiza su egreso con la funeraria, no se permite la entrega del cuerpo al familiar directamente.

¿Cómo se realizan las acciones de seguimiento a las condiciones del cuidador o familiares?

Las acciones de seguimiento a la familia o cuidadores son similares a las del paciente, para la Clínica la atención es al paciente y familia. Reafirmando que la familia es fundamental en el proceso de atención, adherencia, recuperación y rehabilitación, tenemos presente e intervenimos las necesidades de información, educación, sociales, emocionales y psicológica o emocionales, durante el proceso de atención al paciente, se identifican a solicitud de los médicos, personal de enfermería, personal de apoyo a la asistencia o en las mismas rondas que se ejecutan desde atención al usuario y pastoral, estas intervenciones se hacen por el equipo de atención al usuario y pastoral apoyados en el personal médico y de enfermería y otros.

Cuando las necesidades son de tipo emocional, espiritual, familiar o social, se involucra a la psicóloga, trabajadora social, hermana, capellán o la coordinadora de atención al usuario, buscando siempre brindar un espacio de escucha, orientar y proporcionar herramientas que les permita el manejo de su condición emocional, mejorar su angustia, dolor, sufrimiento, es fundamental el apoyo de la psicóloga quien después de intervenir define si requiere seguimiento o la participación de otra área o cargos.

El grupo de dolor y cuidado paliativo fortalece el seguimiento y las condiciones de los cuidadores pues al valorar pacientes en estado avanzado de enfermedad requieren contar con cuidadores idóneos para este proceso lento y crónico de enfermedad, fomentando en ellos el autocuidado y la búsqueda de apoyo en su red familiar y social.

La unidad de oncología igualmente tiene como premisa el cuidado de los acompañantes de sus pacientes, pues los procesos de enfermedad y los tratamientos requeridos son largos y desgastantes requiriendo así unas condiciones óptimas de los cuidadores.

¿Cuáles son los lineamientos institucionales frente al apoyo emocional del cuidador?

Los lineamientos que poseemos para la atención emocional del cuidador se encuentran establecido en el documento de "atención de cuidadores o familia durante el proceso de atención del paciente" en donde se describe los grupos de cuidadores quienes son susceptibles de intervenir por el profesional de psicología y/o trabajo social, como:

- ✓ Cuidadores de pacientes de estancia prolongada.
- ✓ Cuidadores de pacientes con enfermedades terminales o mal pronóstico.
- ✓ Cuidadores de pacientes que se encuentran en unidades de cuidado crítico, neonatal o coronarios.
- ✓ Cuidadores de pacientes oncológicos.
- ✓ Cuidadores con características de agotamiento o cansancio.

La jefe del servicio en donde se identifique este cuidador debe informar al servicio de atención al usuario y pastoral, se hace la valoración y se deja el registro en la historia clínica.

¿Cuentan con protocolos para identificar el cansancio del cuidador?

Se tiene estandarizado en el documento "Atención de cuidadores o familia durante el proceso de atención del paciente", se establecen las características de como identificar el cansancio y agotamiento y la intervención por el equipo correspondiente.

¿Qué ha implementado la institución para brindar unas condiciones de comodidad dignas para el cuidador?

La Clínica, ha construido sus áreas teniendo en cuenta la legislación, el bienestar y confort de los pacientes y sus acompañantes, con áreas amplias, con buena iluminación natural y artificial, habitaciones unipersonales, amplias, con sofá cama para el cuidador, además existen habitaciones con sala disponibles para los que deseen mayor comodidad con un costo adicional, las habitaciones poseen aire acondicionado, televisor, teléfono y red de wifi, sistema de llamado a enfermería.

En cada servicio se cuenta con salas de esperas amplias, cómodas, confortables y con tranquilidad libre de ruido.



Viendo la necesidad de algunos acompañantes de pacientes en unidades de cuidado crítico que no cuenta con red de apoyo familiar ni social en la ciudad, que por su condición social, económica y procedencia, no se les permite asegurar el descanso, tener alimentación, hacerse su baño diario y otras necesidades, se creó un cuarto para acompañantes, donde allí pueden bañarse, comer, o descansar cuando la jefe del servicio vea su necesidad y si realmente requiere del apoyo alimentario la institución les proporciona los alimentos al acompañante principal, al que permanece las 24 horas o todo el día, de acuerdo a la valoración por el servicio de atención al usuario y pastoral.

Se tiene la red de solidaridad "Dame tu mano" es una estrategia creada desde hace mucho tiempo con la finalidad de recoger recursos para apoyar a los pacientes y acompañantes más necesitados, previa evaluación por el trabajador social u otro integrante de atención al usuario y pastoral, se realizan actividades a nivel institucional como bingos, jornada de ventas de alimentos, campañas para recoger ropa en buen estado, artículos de entretenimiento y otros.

La red de solidaridad permite proporcionarle al acompañante ropa en buen estado, artículos de aseo personal, pasajes para regreso a su pueblo o casa, ayuda con gastos de funeraria, compra de artículos para el cuidado del paciente como pañales, pañitos, cojín de tórax, medias anti embolicas, pasajes para que pueda acceder a su tratamiento de quimioterapia o radioterapia con el fin de que no lo abandone, entre otros, que no cubre su asegurador, todo esto por supuesto con una valoración previa de su condición y necesidad.

En los servicios ambulatorios se tienen terrazas para que los acompañantes puedan salir y distraerse un poco y un área donde pueden comer en el caso de haber traído algo para no hacerlo en las salas de tratamiento (quimioterapia/radioterapia).

¿Cómo la institución brinda educación y entrenamiento al cuidador para el adecuado manejo del paciente en casa?

Desde el ingreso del paciente se inicia el proceso de información y educación de acuerdo a las necesidades de cada cuidador y paciente por el equipo de salud (enfermería, médicos y personal de apoyo), previo al egreso el médico debe de establecer el plan a seguir y dar la información, la enfermera debe dar educación y entrenamiento de acuerdo al plan de cuidados, la auxiliar al egreso debe verificar las condiciones de salida y diligenciar la lista de control de información al egreso y posterior al egreso se aplica la metodología de seguimiento post egreso con el objetivo de evaluar la adherencia al plan médico, fortalecer la información y educación y de identificar oportunamente situaciones que puedan poner en riesgo la evolución satisfactoria.

En los servicios de cirugía, cirugía cardiovascular, radioterapia y quimioterapia, se identifica previo al inicio del tratamiento la persona que será el cuidador principal y con ella se inicia el proceso de información y educación, se le refuerza la información y educación durante su atención y previo al egreso se debe validar su comprensión, si las condiciones del cuidador no permiten el logro del objetivo, se busca otras alternativas, como su red de apoyo familiar o se contacta a su asegurador antes del egreso para definir en donde se continuará su recuperación, si la condición clínica del paciente requiere de unos cuidados estrictos y de un cuidador competente y no se tiene, su egreso se retrasa hasta no lograr con su asegurador como se va garantizar.

¿Cómo se promueve un ambiente de silencio y tranquilo en los diferentes servicios?

Se cuenta con la política del silencio y su socialización, además se retroalimenta a los servicios cuando se identifica su necesidad de fortalecer.

Se realizan campañas con frases que orientan a un ambiente libre de ruido innecesario, donde se invita a los acompañantes y pacientes a mantener un ambiente libre de ruido, se ha realizado publicación en la revista institucional de la importancia del silencio en el ámbito hospitalario.

¿Qué lineamientos tiene la institución frente a la administración de medicamentos teniendo en cuenta las horas de sueño del paciente?

En la clínica desde la conciliación medicamentosa realizada por el médico con el paciente y familia identifica los medicamentos y horarios habituales de administración en casa, estos datos se llevan a la definición del Kardex y plan de cuidado individual.

En el manual de administración de medicamentos se cuenta con las tablas de recomendaciones para la administración de medicamentos entre ellas se definen los horarios para respetar la cotidianidad del paciente.

Además, en la actividad de administración de medicamentos están definidas las pautas para una comunicación asertiva con el paciente, se da el espacio al paciente para que manifieste sus dudas y entregue información relevante a la utilización de los medicamentos, y la participación activa del paciente durante la administración de medicamentos, identificando signos y síntomas secundarios y síntomas de riesgo que requieren intervención.

CURSO PAMEC COMO HERRAMIENTA PARA EL MEJORAMIENTO

Conviértete
en un líder para
el mejoramiento
institucional

Modalidad
100%
virtual

Duración
60 Hrs

DATOS DE CONTACTO

Teléfono: (4) 265 68 02 Ext 111-133

Correo: mercadeo@fundacionguayacanes.org
enlaces@fundacionguayacanes.org



**FUNDACIÓN
GUAYACANES**

Capítulo 5





La Clínica Oftalmológica de Medellín es una empresa con 12 años de experiencia especializada en el diagnóstico y tratamiento de problemas oftalmológicos para personas de todas las edades con un grupo de trabajo conformado por especialistas de altísima calidad y personal calificado.

Desde su inauguración, ha tenido un crecimiento exponencial tanto en cirugías realizadas como en tecnología adquirida, posicionándose como una de las mejores clínicas oftalmológicas de la ciudad. Con el lema: **"Ponga sus ojos en nuestras manos"**, enfatizando en calidad y experiencia de sus cirujanos oftalmológicos.

La atención humanizada en la Clínica Oftalmológica de Medellín - COM

Como desde el direccionamiento estratégico se tiene en cuenta la humanización de la atención en salud?

Para la Clínica Oftalmológica de Medellín la humanización y la seguridad del paciente son pilares fundamentales para satisfacer las necesidades y expectativas de sus pacientes por lo que la humanización se encuentra plasmada en toda su plataforma estratégica desde la misión, visión, valores, promesa de venta y modelo de atención.

Misión:

En la Clínica Oftalmológica de Medellín, empresa del sector de la salud, estamos comprometidos con nuestros pacientes en la prestación de servicios oftalmológicos y de diagnóstico de la más alta calidad, apoyados en equipos especializados y tecnología de punta a través de un personal médico altamente calificado, humano e idóneo y de gran talento técnico - científico, por medio de procedimientos seguros y confiables, garantizando un beneficio para nuestros clientes, empleados y accionistas.

Visión:

La Clínica Oftalmológica de Medellín (COM) se posicionará como la mejor institución de salud visual y oftalmológica acreditada en la ciudad de Medellín, sirviendo de modelo de referencia para los pacientes y competidores, con la más alta tecnología y recurso humano altamente calificado, humano e idóneo, que generará el mayor valor agregado acorde con las expectativas de los clientes y los beneficios esperados por los empleados y accionistas.

Valores

- ✓ Calidad
- ✓ Honestidad
- ✓ Respeto
- ✓ Responsabilidad
- ✓ Flexibilidad
- ✓ Disciplina
- ✓ Proactividad
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Calidez (humanización)
- ✓ Actos Seguros

Promesa de venta

Seguridad y Humanización: La clínica garantiza procedimientos seguros a sus pacientes cumpliendo con los estándares de calidad exigidos por la legislación colombiana. Además brinda una atención HUMANA: calidez, buen trato... (imperativo ético - Es lograr sentir y entender lo que nuestro paciente siente).

Modelo de atención

El modelo de atención de la Clínica se basa en dos políticas la de seguridad del paciente y la de **humanización**.



Los lineamientos relacionados con la humanización se encuentran desde la política de humanización del servicio que tiene como objetivo brindar un trato humano tanto a los pacientes como a los usuarios internos y de ella se desprenden unas actuaciones y unas estrategias que operativizan la política.

Actuaciones: Son las actitudes que todos los empleados deben reflejar, en total son 9 actitudes:

- Sonreimos siempre no cuesta nada y produce mucho.
- Saludamos, escuchamos y miramos a quienes ofrecemos un servicio.
- Practicamos el respeto y tolerancia ante todo.
- Servimos con alegría y amabilidad.
- Tratamos a todos los usuarios con igualdad, respetando su dignidad.
- Hacemos siempre nuestro mayor esfuerzo.
- Procuramos en cada atención ofrecer tranquilidad.
- Servimos con amor porque nos gusta ayudar.
- Respetamos la privacidad del paciente y garantizamos la confidencialidad de la información.

Estrategias de implementación de la política:

Estrategia 1: Presentarse con nombre y cargo a los pacientes en los servicios asistenciales.

Estrategia 2: Para toda las líneas telefónicas que se tienen en la institución se definió el formato de cómo se deben contestar las llamadas de los usuarios.

Estrategia 3: Uso del carnet institucional y el botón, siendo esta una forma de que el paciente conozca quien le esta brindando la atención.



Las actitudes anteriormente mencionadas se plasmaron en botones corporativos, donde al momento del ingreso del funcionario a la institución, el personal escoge el botón con el cual se identifique y cual es el que quiere reflejar. Con frases como:

Soy xxx Respeto su dignidad
Soy xxx Busco soluciones
Soy xxx Estoy para explicar
Soy xxx Respeto su privacidad

Estrategia 4: Capacitación constante en humanización para todos los funcionarios de la clínica desplegando la política institucional, el código de ética y los derechos y deberes del paciente.

Durante el presente año se han realizado las siguientes capacitaciones relacionadas con la humanización:

Capacitaciones externas

- La Felicidad en todos los campos de nuestro entorno
- Actitudes para laborar
- Talento humano para la humanización en COM
- Salud y humanización
- Habilidades y capacidades de humanización

Capacitaciones en reuniones de personal

- El poder de las emociones
- Comunicación y actitudes de trabajo
- Derechos y deberes

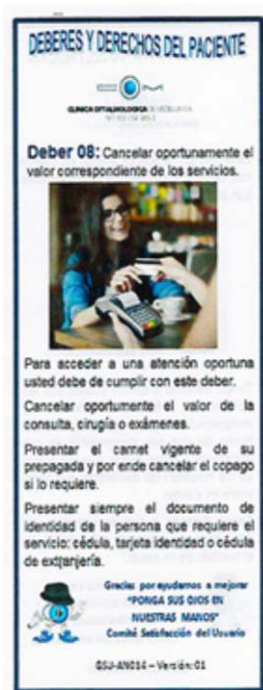
Estrategia 5: Educación al paciente y la familia. Todos los empleados que interactúan directamente con el usuario y su familia deben explicar, orientar y educar al paciente con relación a los diferentes procesos. Para la implementación de la estrategia de educación se encuentran ayudas como Rotafolios, videos, volantes, audios, mensajes por altavoz, cuidados pre y post quirúrgicos, etc.

Otra de las estrategias de educación implementadas consiste en hacer pasar al vestier al paciente que va para cirugía con su acompañante, donde se invitan a que escuchen atentamente un audio con las barreras de seguridad que se tienen en cirugía, para que sean partícipes del proceso, de igual manera, una vez culminada la cirugía y se le va a dar salida al paciente, desde la sala de recuperación se les presenta un video de los cuidados postquirúrgicos en el hogar.

Estrategia 6: Educar al paciente específicamente en derechos y deberes siempre que se tenga contacto. El comité de satisfacción del usuario y el comité de ética son los encargados de la divulgación del código de ética y de los derechos y deberes con los funcionarios y pacientes. Para la divulgación se cuenta con diferentes estrategias de despliegue como:



Volantes ubicados en las áreas asistenciales en los que cada mes se trabaja un derecho y un deber que muestra su significado.



Facebook - Instagram



Volantes con los derechos y deberes de los pacientes ubicados en las áreas de primer contacto y áreas administrativas.



Carteleras en salas de espera

Estrategia 7: Involucrar al paciente y su familia en su proceso de atención. Para lograr este objetivo se tienen varias estrategias implementadas como:

Formulario de consentimiento informado para cirugía de facemulificación. El formulario incluye campos para el nombre y apellido del paciente, la historia clínica, el tipo de anestesia, y el nombre del cirujano. También hay una sección para la declaración del paciente, donde se detallan los riesgos y beneficios de la cirugía, y se pide al paciente que marque con una X si está de acuerdo o no con cada uno de los puntos.

Cuando el paciente llega al proceso de atención lo primero es que se le entrega el **consentimiento informado**, se le solicita que lo lea y se verifica su comprensión en la llamada prequirúrgica; el mismo día de la cirugía es el paciente quien marca el ojo que le van a operar en el consentimiento informado.

Se cuenta además con una **guía de quien sería un buen acompañante para el éxito de su cirugía** que se entrega al paciente durante la consulta antes de la cirugía, en la cual se le dan algunas recomendaciones de la persona idónea para ser el acompañante del paciente evitando así que el paciente lleve un acompañante que no conoce nada de su proceso de salud, sea un menor de edad, o que no pueda comprender los cuidados y recomendaciones que se le brindan al paciente para después de su cirugía.

Guía para el acompañante del paciente. El documento explica la importancia de la participación de un familiar o acompañante en el proceso de la cirugía. Incluye una lista de recomendaciones para el acompañante, como: asistir con un acompañante, ser una persona mayor de edad, tener conocimiento pleno del paciente, tener conocimiento del procedimiento quirúrgico, estar atento al llamado que se hace por parte del servicio de cirugía, y estar atentos a los cuidados y recomendaciones que le brinda el médico o el personal de la clínica. Al final, se pide al usuario y al acompañante que se comprometan con estas recomendaciones para la seguridad y tranquilidad de los pacientes y sus familias.

INQUIETUDES DEL PACIENTE Y LA FAMILIA FRENTE A LA ATENCIÓN GSIU-FR010 Versión: 01

En el siguiente espacio usted y su acompañante podrán formular las dudas o inquietudes que se les presenten frente a la atención del servicio en todos los procesos de la institución.

En caso de generárselas haga entrega del documento a la persona que lo está atendiendo, ella con gusto le suministrará la información que usted requiere.

Si la respuesta dada no satisface su necesidad solicite a la secretaria de la recepción del primer piso que lo contacte con el médico tratante o con la enfermera jefe del servicio, quienes estarán dispuestos a atender sus requerimientos.

Le agradecemos dejen por escrito sus dudas e inquietudes, pues estas nos ayudarán a fortalecer y mejorar nuestro proceso de comunicación, información y educación entre el paciente, familias y usuarios.

PROCEDIMIENTO	FECHA
NOMBRE DEL PACIENTE	MEDICO
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE	

DUDA O INQUIETUD	RESPUESTA	RESPONSABLE COM.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

En caso de requerir un mayor espacio, solicite otra copia a la persona que lo está atendiendo.

Ayúdenos a Mejorar

¿Se le dio respuesta a sus dudas o inquietudes?

¿Para brindarle una atención segura y humana, que le gustaría que tuviéramos en cuenta?

Agradecemos su colaboración.

Ponga Sus Ojos En Nuestras Manos

Se le entrega además el día de la consulta un **formato de inquietudes del paciente y la familia frente a la atención** en el cual podrán plasmar sus dudas frente al procedimiento que se le va a realizar o cualquier atención que requieran en el proceso, este formato es solicitado antes de la cirugía para resolver las dudas del paciente antes de esta.

Si el paciente tiene alguna discapacidad, es un niño o una persona con demasiado temor se permite que el acompañante ingrese a la cirugía y realice acompañamiento a su familiar.

Todos estos lineamientos dirigidos al cuidador se encuentran documentados en la guía de cuidando al cuidador.

GUÍA GSIU-04004 Versión: 01 Página 1 de 8

CUIDANDO AL CUIDADOR

Campaña: Cuidando al cuidador **Eslogan:** Cuidados... vamos por tu bienestar.

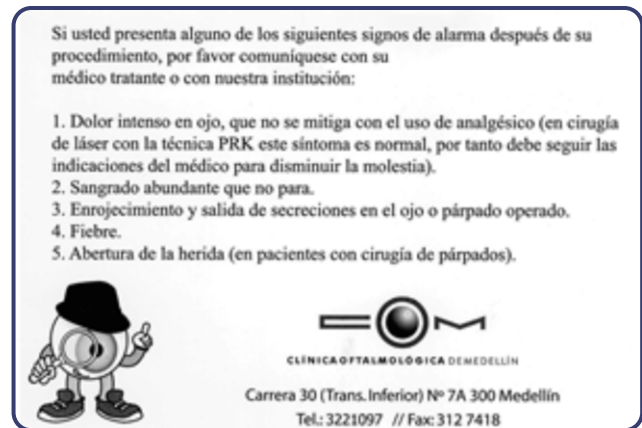
Objetivo: La clínica oftalmológica de Medellín, se compromete a velar por el bienestar de los cuidadores que acompañan a los pacientes durante el proceso de atención, mediante la identificación de necesidades y promoción de condiciones de bienestar, seguridad, educación y confort en las instalaciones de la clínica, con el fin de garantizar el mejoramiento y mantenimiento de su calidad de vida y a su vez el de los usuarios.



Estrategia 8: Brindar música de relajación al paciente durante el proceso de atención, al momento del ingreso del paciente a la zona de preparación se le ofrece música para escuchar durante su preparación y en cirugía, para esto se cuentan con diferentes géneros: sonidos de la naturaleza, música clásica, colombiana y pop.

Estrategia 9: Brindar cobijas térmicas durante la atención en cirugía.

Estrategia 10: Entregar tarjeta y chocolate al final del proceso quirúrgico, como una forma de agradecer al paciente por utilizar nuestros servicios y por el reverso de la tarjeta el paciente encontrara información importante sobre los signos de alarma.

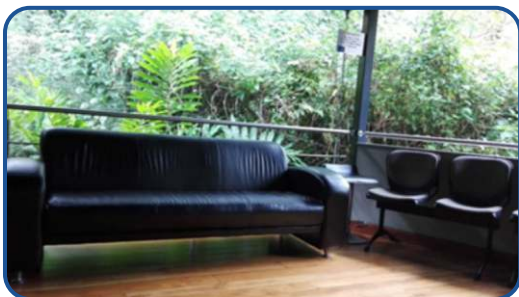


Estrategia 11: Utilizar un lenguaje claro y sencillo con los pacientes y tratar de no usar palabras técnicas. Lo cual se ha trabajado con el personal en las diferentes capacitaciones y es evaluado en la encuesta de satisfacción.

Estrategia 12: Realizar la llamada prequirúrgica, realizada por la secretaria antes de la cirugía donde se le recuerda al paciente los cuidados que debe tener para el día de la cirugía, se indaga si leyó y comprendió el consentimiento informado y si tiene alguna duda que quiera resolver. En caso de que el paciente tenga alguna duda el medico es quien la resuelve.

Estrategia 13: Realizar la llamada postquirúrgica por las auxiliares de enfermería de consulta.

Estrategia 14: Brindar confort y comodidad al acompañante, aunque las instalaciones son pequeñas se adecuaron espacios que le brindaran comodidad a los acompañantes mientras esperan, como: la sala ubicada en el segundo piso de la institución en la cual tienen contacto con la naturaleza, disponibilidad de red wifi, revistas y en el primer piso se cuenta con una fuente la cual brinda relajación por el sonido del agua y se adecuó un centro de bebidas y snacks. De igual manera se abrió un espacio espiritual que se le ofrece a los pacientes y sus familias en caso de querer hacer una oración o una reflexión con velitas para encender y un tarjetero con mensajes para leer.



Estrategia 15: El teléfono de comunicación con cirugía 201 para mantener informado al acompañante, este teléfono esta ubicado en la sala de espera y es por este medio donde se informa el momento de ingreso del paciente a la cirugía, el momento en que sale de cirugía y se informa como se encuentra el paciente en el proceso de recuperación y el tiempo promedio que se demora, buscando disminuir la ansiedad del acompañante.

Estrategia 16: Brindar apoyo espiritual. Los pacientes y sus acompañantes pueden solicitar apoyo espiritual en caso de requerirlo por perdida de un familiar o peligro inminente de la perdida de su salud a través de un sacerdote, en caso de necesitar apoyo emocional se cuenta como estrategia el llamado a la jefe de enfermería o la gerente y si se requiere apoyo de profesional de sicología se canaliza al paciente para el apoyo del profesional.



Se cuenta además con un espacio espiritual que se le ofrece a los pacientes en caso de querer hacer una oración o una reflexión.

Estrategia 17: Utilización de guía de paciente extranjero dirigido al personal de primer contacto el cual consiste en un guion con preguntas y respuestas básicas para que el personal pueda comunicarse en lo básico con los pacientes que hablan ingles, aunque la institución cuenta con todo su personal medico bilingüe, se cuenta además con una guía para pacientes con problemas sensoriales y un diccionario para comunicarse con los sordos y se capacitó a todo el personal durante las pausas activas en el lenguaje de señas.

¿Qué acciones ha desarrollado la institución con los colaboradores para crear un ambiente de trabajo humano, cálido y respetuoso?

La política humanización cuenta además con un acróstico realizado con las iniciales de la clínica dirigido a dar un mensaje a sus funcionarios:

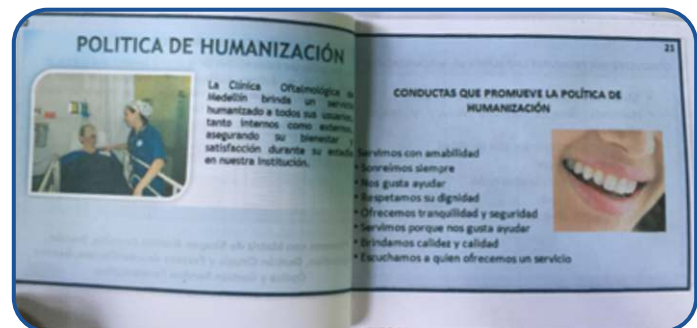
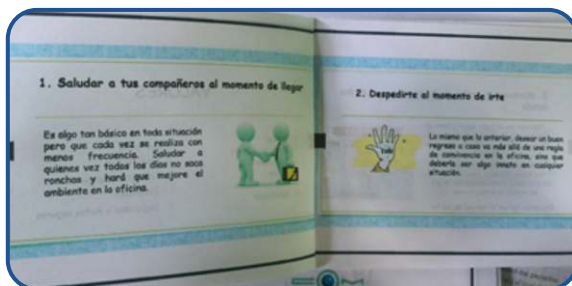
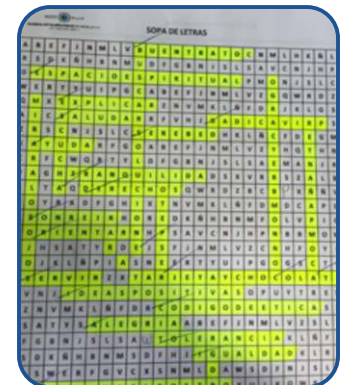
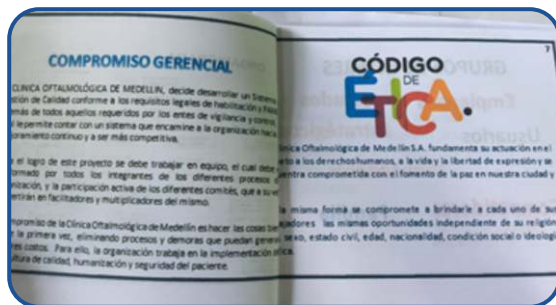
- C** Concentrarnos en nuestro actuar, buscar soluciones y no poner obstáculos
- O** Orientamos nuestras acciones pensando en el bien común
- M** Mantener nuestra mente llena de ideas positivas

La institución se ha enfocado en trabajar con el funcionario en las ideas positivas para que tenga una mente abierta a ayudar en las dificultades que se le presenten al usuario con una buena disposición, para ello se han implementado varias estrategias:



Como parte del proceso de inducción, al ingreso de un nuevo empleado a la institución se le entrega un sobre el cual contiene varios entregables con diferente información:

- Como actuar ante una emergencia
- Manual de convivencia
- Manual de oftálmito con las políticas institucionales
- Deberes y derechos de los usuarios



La comprensión de los procesos de capacitación es evaluado por medio de diferentes metodologías lúdicas, por ejemplo la política de humanización fue evaluada a través de un cuestionario y una sopa de letras.

El buzón de ideas y sugerencias que incentiva la generación de nuevas ideas en los empleados, allí se recogen las sugerencias de los funcionarios si desean proponer una idea nueva para innovar o desarrollar algún nuevo proceso, estos buzones se abren periódicamente y se deja registro de todas las ideas que se presentan, desde el comité del Copass y el comité de convivencia se tienen personas asignadas para hacer ronda por la institución llevando el buzón y promocionando su uso.



Clinica Oftalmologica de Medellin

10 AÑOS

Reportaje de Compañeros

Médicos el siguiente reportaje tenemos el placer de presentar a nuestro compañero **JORGE VALLEJO** y darle la bienvenida a esta familia.

A Jorge le gusta caminar, disfrutar de estar solo en estas caminatas, ya que es un ser reflexivo que le gusta el contacto con la naturaleza, respirar aire fresco para tener una visión y energía para enfrentar los retos del día a día. Le apasiona la segunda guerra mundial, películas, lecturas, documentales, por esta razón su película favorita es "Resacasando al sordado Ryan". Compartir y convivir con sus hijas, es su satisfacción más grande, ya que ellas son el motor que impulsa a transitar en esta existencia.

Jorge vallejo, geminiano, nació el 5 de junio de 1973, en la ciudad de Medellín, padre de Valentina, una joven de 21 años, y Sofía una adolescente de 15 años. Jorge es un ejemplo de vida, es un padre amoroso y dedicado, una persona tranquila que inspira serenidad y confianza.

A Jorge le gustan las cosas simples, ahora la vida en el campo, por esta razón visitó la casa de su padre en Venecia, en el Surco de Antioqueño, lo lera

Reportaje COM

Conociendo a Nuestros Compañeros, fortaleciendo los Laços.

de tranquilidad, alegría y serenidad, puesto que allí puede compartir las dos cosas que más ahora hacer en su vida, que son compartir con su familia y estar en el campo.

Jorge es el protagonista de Luz Elena y Jorge Vallejo, hermano de Ana Isabel, Carolina y Alejandra. Ha sido consciente, cuidado y amado por sus hermanas y madre, ya que a pesar de ser el hermano mayor es el niño de la casa.

"Sus hijas su inspiración; su amor, su motor"

Jorge ha sido bendecido con una familia amorosa, respetuosa, la cual ha sembrado en él una serie de valores y principios morales que ha abonado el terreno para que Jorge se convierta en un padre ejemplar, un hermano cariñoso, un hijo agradecido y una persona noble, receptiva generador de acciones que hacen de este sociedad un mundo mejor.

Esperamos que este artículo sea de agrado para su protagonista y enriquecedor para los compañeros.

PASAN LOS AÑOS Y NUESTRA VISIÓN SIGUE SIENDO LA MISMA: SER LA MEJOR INSTITUCIÓN DE SALUD VISUAL DE MEDELLÍN.

Además de esta estrategia para incentivar soluciones en los funcionarios se implementó la estrategia de que si un funcionario expresa un inconveniente debe plantear cual cree el que podría ser la solución propuesta.

En el boletín institucional, Comunícate, de publicación cuatrimestral se publica un reportaje de un empleado para conocer mas a fondo las personas con las cuales cada uno de los funcionarios trabaja en el día a día.

MAYO – JUNIO 2017

DIPLOMA

CLINICA OFTALMOLOGICA DE MEDELLIN

POR EL COMPROMISO QUE DEMUESTRAS EN LA REALIZACIÓN DE TUS FUNCIONES Y EL APOYO QUE BRINDAS A OTROS PROCESOS DE LA INSTITUCIÓN ERES LA EMPLEADA DEL MES.

El compromiso no sólo es el motor, sino que también es el combustible y detonante para cumplir a cabalidad con los objetivos definidos. Únicamente se requiere de una actitud positiva, una gran disciplina y mucha persistencia para interiorizarlo.

ENTREGADO A:

Maria Teresa Sierra Montoya

¡FELICITACIONES!

Firma Gerente

El empleado del mes, estrategia bimensual donde se escoge una característica para evaluar en los funcionarios, una de estas características fue el trato humano el cual se definió como la capacidad de generar confianza y emociones agradables y de buen trato a los usuarios tanto internos como externos y a los proveedores sin ningún tipo de distinción con el fin de que el usuario perciba satisfacción que contrarreste los efectos de su enfermedad o necesidad no satisfecha. Capacidad de brindar una sonrisa y trato amable.

De acuerdo a la política se eligieron unas conductas observables para escoger el empleado del mes en este valor, entre las cuales fueron:

- Tiene un trato amable con el paciente, presentándose con nombre y cargo.
- Se interesa por conocer las necesidades y expectativas del usuario.
- Es paciente con el usuario en caso de que este no comprenda.
- Muestra respeto con las demás personas independientemente de su clase social.
- Es sincero con el usuario, transmitiendo información exacta.
- Educa y transmite información de derechos y deberes.

CRITERIOS PARA EVALUAR AL EMPLEADO DEL MES									
 MINISTERIO DE SALUD REPUBLICA DE CUBA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA									
Codigo: SM-PH006									
Versión: 01									
CONSEJOS / FUENTES DE FEEDBACK									
Elaboración de los criterios de evaluación de la conducta observable de personal de salud en el área de salud pública									
Elaboración de los criterios de evaluación de la conducta observable de personal de salud en el área de salud pública									
NÚMERO	CONDUCTAS OBSERVABLES	N.	C1	C2	C3	C4	C5		
1	Permite y promueve al público el autoexamen.	20%	80%	80%	80%	80%	80%		
2	Trabaja como promotor de la salud de la comunidad.	20%	80%	80%	80%	80%	80%		
3	Comparte con los pacientes del sistema general de atención médica.	20%	80%	80%	80%	80%	80%		
4	Acompaña a los pacientes con el fin de lograr los objetivos de salud.	20%	80%	80%	80%	80%	80%		
5	Se esfuerza por participar y aportar en el desarrollo de la empresa.	20%	80%	80%	80%	80%	80%		
6	Previene y mejora obstáculos que interfieren con el logro de los objetivos de la organización.	20%	80%	80%	80%	80%	80%		
Total puntos Obtenidos		644	780	820	800	800	800		
Fecha de Evaluación									
08 de agosto de 2022									
Mes Evaluado									
Marzo - Junio									
Nombre del ganador									
María Teresa Sierra									
Nombres Empleados postulados									
C1 Diana Contreras									
C2 Diana									
C3 María Teresa Sierra									
C4									
C5									
C6									
C7									
C8									
C9									
C10									
C11									
C12									
C13									
C14									
C15									
C16									
C17									
C18									
C19									
C20									
C21									
C22									
C23									
C24									
C25									
C26									
C27									
C28									
C29									
C30									
C31									
C32									
C33									
C34									
C35									
C36									
C37									
C38									
C39									
C40									
C41									
C42									
C43									
C44									
C45									
C46									
C47									
C48									
C49									
C50									
C51									
C52									
C53									
C54									
C55									
C56									
C57									
C58									
C59									
C60									
C61									
C62									
C63									
C64									
C65									
C66									
C67									
C68									
C69									
C70									
C71									
C72									
C73									
C74									
C75									
C76									
C77									
C78									
C79									
C80									
C81									
C82									
C83									
C84									
C85									
C86									
C87									
C88									
C89									
C90									
C91									
C92									
C93									
C94									
C95									
C96									
C97									
C98									
C99									
C100									
C101									
C102									
C103									
C104									
C105									
C106									
C107									
C108									
C109									
C110									
C111									
C112									
C113									
C114									
C115									
C116									
C117									
C118									
C119									
C120									
C121									
C122									
C123									
C124									
C125									
C126									
C127									
C128									
C129									
C130									
C131									
C132									
C133									
C134									
C135									
C136									
C137									
C138									
C139									
C140									
C141									
C142									
C143									
C144									
C145									
C146									
C147									
C148									
C149									
C150									
C151									
C152									
C153									
C154									
C155									
C156									
C157									
C158									
C159									
C160									
C161									
C162									
C163									
C164									
C165									
C166									
C167									
C168									
C169									
C170									
C171									
C172									
C173									
C174									
C175									
C176									
C177									
C178									
C179									
C180									
C181									
C182									
C183									
C184									
C185									
C186									
C187									
C188									
C189									
C190									
C191									
C192									
C193									
C194									
C195									
C196									
C197									
C198									
C199									
C200									
C201									
C202									
C203									
C204									
C205									
C206									
C207									
C208									
C209									
C210									
C211									
C212									
C213									
C214									
C215									
C216									
C217									
C218									
C219									
C220									
C221									
C222									
C223									
C224									
C225									
C226									
C227									
C228									
C229									
C230									
C231									
C232									
C233									
C234									
C235									
C236									
C237									
C238									
C239									
C240									
C241									
C242									
C243									
C244									
C245									
C246									
C247									
C248									
C249									
C250									
C251									
C252									
C253									
C254									
C255									
C256									
C257									
C258									
C259									
C260									
C261									
C262									
C263									
C264									
C265									
C266									
C267									
C268									
C269									
C270									
C271									
C272									
C273									
C274									
C275									
C276									
C277									
C278									
C279									
C280									
C281									
C282									
C283									
C284									
C285									
C286									
C287									
C288									
C289									
C290									
C291									
C292									
C293									
C294									
C295									
C296									
C297									
C298									
C299									
C300									
C301									
C302									
C303									
C304									
C305									
C306									
C307									
C308									
C309									
C310									
C311									
C312									
C313									
C314									
C315									
C316									
C317									
C318									
C319									
C320									
C321									
C322									
C323									
C324									
C325									
C326									
C327									
C328									
C329									
C330									
C331									
C332									
C333									
C334									
C335									
C336									
C337									
C338									
C339									
C340									
C341									
C342									
C343									
C344									
C345									
C346									
C347									
C348									
C349									
C350									
C351									
C352									
C353									
C354									
C355									
C356									
C357									
C358									
C359									
C360									
C361									
C362									
C363									
C364									
C365									
C366									
C367									
C368									
C369									
C370									
C371									
C372									
C373									
C374									
C375									
C376									
C377									
C378									
C379									
C380									
C381									
C382									
C383									
C384									
C385									
C386									
C387									
C388									
C389									
C390									
C391									
C392									
C393									
C394									
C395									
C396									
C397									
C398									
C399									
C400									
C401									
C402									
C403									
C404									
C405									
C406									
C407									
C408									
C409									
C410									
C411									
C412									
C413									
C414									
C415									
C416									
C417									
C418									
C419									
C420									
C421									
C422									
C423									
C424									
C425									
C426									
C427									
C428									
C429									
C430									
C431									
C432									
C433									
C434									
C435									
C436									
C437									
C438									
C439									
C440									
C441									
C442									
C443									
C444									
C445									
C446									
C447									
C448									
C449									
C450									
C451									
C452									
C453									
C454									
C455									
C456									
C457									
C458									
C459									
C460									
C461									
C462									
C463									
C464									
C465									
C466									
C467									
C468									
C469									
C470									
C471									
C472									
C473									
C474									
C475									
C476									
C477									
C478									
C479									
C480									
C481									
C482									
C483									
C484									
C485									
C486									
C487									
C488									
C489									
C490									
C491									
C492									
C493									
C494									
C495									
C496									
C497									
C498									
C499									
C500									
C501									
C502									
C503									
C504									
C505									
C506									
C507									
C508									
C509									
C510									
C511									
C512									
C513									
C514									
C515									
C516									
C517									
C518									
C519									
C520									
C521									
C522									
C523									
C524									
C525									
C526									
C527									
C528									
C529									
C530									
C531									
C532									
C533									
C534									
C535									
C536									
C537									
C538									
C539									
C540									
C541									
C542									
C543									
C544									
C545									
C546									
C547									
C548									
C549									
C550									
C551									
C552									
C553									
C554									
C555									
C556									
C557									
C558									
C559									
C560									
C561									
C562									
C563									
C564									
C565									
C566									
C567									
C568									
C569									
C570									
C571									
C572									
C573									
C574									
C575									
C576									
C577									
C578									
C579									
C580									
C581									
C582									
C583									
C584									
C585									
C586									
C587									
C588									
C589									
C590									
C591									
C592									
C593									
C594									
C595									
C596									
C597									
C598									
C599									
C600									
C601									
C602									
C603									
C604									
C605									
C606									
C607									
C608									
C609									
C610									
C611									
C612									
C613									
C614									
C615									
C616									
C617									
C618									
C619									
C620									
C621									
C622									
C623									
C624									
C625									
C626									
C627									
C628									
C629									
C630									
C631									
C632									
C633									
C634									
C635									
C636									
C637									
C638									
C639									
C640									
C641									
C642									
C643									
C644									
C645									
C646									
C647									
C648									
C649									
C650									
C651									
C652									
C653									
C654									
C655									
C656									
C657									
C658									
C659									
C660									
C661									
C662									
C663									
C664									
C665									
C666									
C667									
C668									
C669									
C670									
C671									
C672									
C673									
C674									
C675									
C676									

El reconocimiento del empleado del mes por su trato humano se realiza en la reunión de personal donde se explica las características del ganador que son los criterios con los cuales fue evaluado y como reconocimiento se le da un día libre y un diploma.

Estrategia: Reconocerme me hace feliz liderada por el Copass con el objetivo de estimular a los funcionarios a reconocer los valores de los compañeros para lo cual se dispuso de unos tarjeteros en varios puntos de la institución para que las personas tomen la tarjeta y realicen un reconocimiento a la persona, y lo comunican a un miembro del copass.



El comité de satisfacción con el fin de promover en los empleados la humanización realizó una actividad de reconocimiento del valor o virtud mas notable de cada empleado para que ellos sean conscientes de ello. Esta actividad se realizó el a reunión de personal por medio de una presentación de power point en la cual se dispuso la foto del empleado con el valor que se consideraba mas visible en él.

Llevando el siguiente mensaje: Aprende a valorar el trabajo de los demás, aprende a valorar el trabajo y las fortalezas de las personas que nos rodean, es una forma de crear y fortalecer los lazos de amistad de nuestra comunidad y un ejercicio de humildad que todos deberíamos practicar, haz el ejercicio de encontrar por lo menos cinco características positivas en cada uno de tus compañeros de trabajo antes de enfadarte por lo que consideras un mal servicio, ponte en los zapatos de la otra persona, trata siempre a tus compañeros de trabajo con respeto, empatía y dignidad, sabemos que tienes fortalezas por eso hoy queremos reconocértelas.

¡ Cuando reconoces dibujas una sonrisa en el rostro de tus compañeros, reconocerte me hace feliz!

Al final del año se reconoce al empleado del año teniendo en cuenta 19 criterios: participación en comites, empleados del mes obtenidos, puntualidad, liderazgo en los comites, participación en las campañas de responsabilidad social, resultado de evaluación de competencias, recordación a través de la encuesta en caliente, etc. el empleado recibe una bonificación económica la cual es definida por la gerencia.

CRITERIOS PARA EVALUAR AL EMPLEADO DEL AÑO														Código: GRH-FR055				Versión: 01				 CLÍNICA OFTALMOLOGÍA DE VECILLAS SET 800-004 980-5								
NO	CRITERIO	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28	C29
1	¿Ha sido elegido como colaborador del mes?																													
2	¿Ha sido postulado al menos una vez como empleado del mes?																													
3	¿Ha sido elegido como colaborador responsable?																													
4	¿Ha sido elegido como colaborador mas ordenado?																													
5	¿Ha sido elegido como colaborador mas saludable?																													
6	¿Ha sido elegido como colaborador mejor secretario lider?																													
7	¿Ha sido elegido como colaborador mejor presidente lider?																													
8	Participa en tres o mas comites institucionales																													
9	¿En la ultima evaluación de competencias obtuvo un resultado por encima del 95%?																													
10	¿No ha tenido ni una falta de llegada tarde a la reunión de personal?																													
11	¿Ha presentado al menos una acción de mejora o una propuesta innovadora?																													
12	¿Ha sido reconocido al menos una vez en la campaña "Reconocerme me hace																													

Se cuenta además con una estrategia de divulgación del manual de convivencia por medio de unas tarjetas con recordatorios del manual de convivencia que se les pega en los computadores y periódicamente se hace una ronda y los van rotando para que cada uno este recordando una norma diferente cada mes.

Otra de las estrategias con las que cuenta la institución dirigida a los funcionarios es que en caso de que el funcionario necesite ayuda psicológica, como la institución no cuenta con este recurso, la clínica subsidia la primera cita con este profesional a través de la caja de compensación Comfenalco. El Copass es el encargado de gestionar esta actividad.

¿Con que indicadores le realizan el seguimiento a la atención humanizada de la institución?

Los indicadores de humanización se miden a través de encuestas una general y una en caliente.

La encuesta general realizada mensualmente a los pacientes de cirugía cuenta con varias preguntas de satisfacción las cuales las realiza las secretarias y auxiliares de consulta con los pacientes de cirugía, por medio de llamadas telefónicas, evaluando los siguientes aspectos:



Trato humano y amable
Puntualidad en la atención
Información y educación
Derechos y deberes
Instalaciones aseadas y en buen estado

		ENCUESTAS EN CALIENTE		Código: GSU-FR009
				Versión: 01


 Para la Clínica Oftalmológica de Medellín es muy importante conocer su nivel de satisfacción, ya que así nos permite tomar acciones para brindarle cada vez un mejor servicio; lo invitamos a diligenciar la siguiente encuesta.

No:

ENTIDAD		FECHA	
NOMBRE		CEDULA	
e-mail		TELEFONO	

2. Por favor señale con una X el servicio que ha utilizado en la Clínica Oftalmológica de Medellín.

Consulta Médica	Diagnóstico	
Consulta Optometría	Farmacia	
Cirugía	Óptica	

2. Por favor marque con una X en la casilla "SI" si considera que su respuesta es positiva o en la casilla "NO" si considera que su respuesta es negativa.

PREGUNTA	RESPUESTA	
	SI	NO
2.1 ¿El personal que lo atendió se le presentó con nombre y cargo?		
2.2 ¿Se sintió satisfecho con la atención brindada por el personal de nuestra institución?		
2.3 ¿Nos realizaría alguna recomendación para mejorar nuestros servicios?		
2.4 Descripción de la recomendación		
2.5 ¿Recuerda una atención especial de alguno de los empleados que estuvieron con usted en el proceso?		
2.6 ¿Podría especificar el nombre de la persona que recuerda?		

Gracias por ayudarnos a mejorar
"PONGA SUS OJOS EN NUESTRAS MANOS"

Por medio de la encuesta se evalúa si el personal esta utilizando un lenguaje claro y comprensible para el usuario por medio de la pregunta:

¿Le quedo claro el consentimiento informado?
 ¿Le quedo clara la información brindada por el personal de los servicios?

Encuestas en caliente, estas se realizan a los pacientes que se encuentran en los diferentes servicios, estas son realizadas por la recepcionista con las personas que sale de cirugía o de diagnóstico donde se indaga sobre:

De esta encuesta salen los empleados mas recordados por los usuarios que se premian al final del año.