

MEJORES PRÁCTICAS

DE CALIDAD Y GESTIÓN EN SALUD

Edición 4



Mejores Prácticas de Calidad y Gestión en Salud

Nº4 Medellín de 2020

Fundación los Guayacanes Colombia

Carrera 63B N° 32E-67

www.fundacionguayacanes.org

Comité Editorial

Juan Carlos Murillo Correa

Lenny Parra Manrique

Claudia María Murillo Correa

Mateo Cortés Noreña

Autores

Juan Carlos Murillo Correa

Claudia Maria Murillo Correa

Agradecimientos

Clínica El Rosario

Clínica Universitaria Bolivariana

Hospital General de Medellín

Profamilia

Instituto Neurológico de Colombia

IPS Universitaria

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, junio de 2020



Prólogo

En Colombia existe una necesidad sentida de identificar, sistematizar y reconocer buenas prácticas en la prestación de servicios de salud, que hayan generado impacto en el nivel de salud de la población y contribuyan a una gestión eficiente y sostenible de las instituciones; como referentes y casos inspiradores para otras organizaciones del sector salud, que posean similares problemáticas y así se faciliten los procesos de adopción e implementación de las mismas en diferentes regiones del país.

Una experiencia exitosa es aquella práctica que responde a una necesidad, sensible del contexto del sistema de salud, con capacidad de generar resultados positivos y de impacto en salud, sostenible en el tiempo, con alta posibilidad de réplica, que se desarrolla de manera articulada con todos los interesados y que ha logrado contribuir objetivamente en la transformación de la cultura, los comportamientos y hábitos de la organización, usuarios y demás actores de salud para generar bienestar integral.

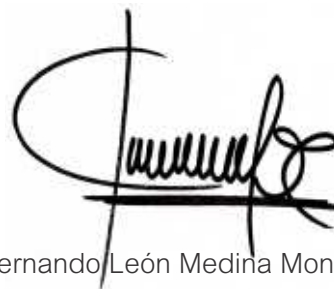
Desde la **Fundación Guayacanes** estamos convencidos que, en el país, los diferentes actores del sector salud han desarrollado diversas iniciativas de alto valor, que son exitosas en sus entornos, que deben ser identificadas, divulgadas y reconocidas para que pueden generar grandes transformaciones, es por ello, que la fundación busca generar conocimiento útil para contribuir al mejoramiento del sector salud del país.



En la Fundación, la generación del conocimiento se desarrolla a partir del reconocimiento TOP BENCH Excelencia en la Gestión, donde las organizaciones postulan sus experiencias y un grupo de evaluadores identifica buenas prácticas, las cuales son consolidadas y sistematizadas a través del libro de mejores prácticas de calidad y gestión en salud; dando inicio a un proceso de divulgación de estas buenas prácticas mediante nuestro evento Club Bench de Experiencias Exitosas, el cual a la fecha cuenta con doce años de historia y más de cincuenta versiones en todo el país.

La presente obra proporciona un conjunto de experiencias exitosas en la prestación de servicios de salud; a lo largo de las páginas de esta publicación, el lector podrá conocer cómo las mejores instituciones de salud de nuestro país han desarrollado iniciativas, que se han consolidado y están generando resultados de clase mundial.

Así mismo, queremos destacar el grado de madurez y responsabilidad social de las organizaciones que permitieron divulgar sus prácticas, para que sean utilizadas con fines de mejoramiento, por esta razón afirmamos, sin lugar a dudas, que este libro representa un aporte trascendente a la calidad en la prestación de los servicios de salud, debido a que las experiencias son aplicables a diferentes contextos, 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.



Fernando León Medina Monsalve
Socio Fundador
Fundación Los Guayacanes Colombia

Contenido

Capítulo 1

Priorización clínico-administrativa, generadora de oportunidades para la paciente con cáncer ginecológico - Clínica El Rosario 6

Capítulo 2

Programa Higiene de Manos - Hospital General de Medellín 32

Capítulo 3

"RAPIDO: tiempo es cerebro" - Instituto Neurológico de Colombia 56

Capítulo 4

Programa de atención integral a personas con discapacidad - Profamilia 78

Capítulo 5

Programa de atención integral e integrada para pacientes afectados por tuberculosis farmacorresistente en el departamento de Antioquia
Clínica Universitaria Bolivariana 102

Capítulo 6

Atención humanizada de adultos frágiles con múltiples morbilidades en Medellín - IPS Universitaria 113

**Priorización
clínico-administrativa,**
generadora de oportunidades para
la paciente con cáncer ginecológico

una experiencia desarrollada
por la Clínica El Rosario de Medellín



Contexto:

La Clínica El Rosario es una institución privada, sin ánimo de lucro, de alto nivel de complejidad, reconocida según la Resolución 1560 de junio 29 de 1995 por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Desde su fundación la Clínica El Rosario vela no solo por las necesidades materiales y el bienestar temporal del hombre, sino por 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.

En noviembre de 2005 abre la segunda sede, ubicada en el Poblado; ambas sedes están dotadas con equipos de alta tecnología, un sistema de información que le permite dar

respuesta a los requerimientos de clientes internos y externos. Su mayor fortaleza la constituye el equipo humano comprometido con la misión institucional.

Esta experiencia de priorización clínico-administrativa, generadora de oportunidades para la paciente con cáncer ginecológico, permite plasmar el modelo de humanización de la Clínica, pues con el demostramos el interés y compromiso por brindar una atención integral, oportuna, humanizada y segura, que responda a las necesidades y expectativas del paciente, familia y cuidador a nivel físico, emocional, espiritual y social.

Acorde a estos objetivos y metas que se pretenden con la experiencia, garantizamos una sinergia institucional favorecedora de la accesibilidad

a los servicios, la oportunidad en la implementación de tratamientos, la seguridad en la aplicación de estos, con el fin de impactar en los resultados positivos terapéuticos, ayudar a la paciente en la aceptación de su enfermedad, mejorar su calidad de vida, disminuir temores y angustias, favorecer la satisfacción durante el proceso de atención y devolver a la sociedad la mujer, pilar fundamental de las familias.

Antecedentes:

Desde el año 2016, en la Clínica El Rosario se están atendiendo pacientes diagnosticadas con cáncer gineco-oncológico, esta experiencia surgió como respuesta a la necesidad planteada por los profesionales de los servicios de quimioterapia y radioterapia quienes vieron la necesidad de contribuir a la detección y manejo de las pacientes con cáncer gineco-oncológico, debido a las siguientes situaciones:

- Cada vez son más las mujeres diagnosticadas con cáncer en el país, en quienes el cáncer de mama es el más frecuente con 24,1%, luego están el cáncer de cérvix 7.1%, el de ovario 4,4%, y el de cuello uterino con 2.9%. Datos presentados por el Observatorio Global de Cáncer (GLOBOCAN).
- La mujer se considera como miembro fundador de una familia, tiene un papel muy importante con la sociedad en la creación, formación y mantenimiento de valores de las personas que integran la familia.
- Enterarse de un diagnóstico de cáncer representa un gran impacto para las personas, así como muchos cambios en diferentes niveles para la paciente y quienes la rodean.
- Las opciones de tratamiento para el cáncer gineco-oncológico requieren de tratamientos multimodales incluyendo cirugía oncológica, (y es muy importante tener en cuenta que si a una paciente se le ordena una cirugía gineco-oncológica es porque la intuición del tratamiento es curativo), y con frecuencia adyuvancias con quimioterapia y/o radioterapia, y es de acuerdo con la extensión de la lesión la realización de uno solo o la combinación de todos para asegurar la destrucción del tejido dañado por el cáncer o evitar que este siga creciendo.

La Clínica El Rosario desde el Direccionamiento Estratégico, la misión, el pensamiento organizacional y el imperativo estratégico: atención de alta complejidad definen: "Contribuir al cuidado de la vida y la recuperación de la salud, mediante un servicio diferenciado, centrado en la persona, integral, seguro, humanizado, con personal idóneo y una excelente gestión que garantice creación de valor a sus partes interesadas, cuidado del medio ambiente, sostenibilidad económica y permanencia en el tiempo"

Nuestro modelo de atención centrado en el paciente, la política y modelo de humanización definen que debemos brindar una atención integral, oportuna, humanizada y segura, respondiendo a las necesidades y expectativas del paciente, familia y cuidador a nivel físico, emocional, espiritual y social.



Desde la Alta Dirección y luego de un análisis de la demanda del servicio, se definieron las estrategias para la atención de pacientes con cáncer gineco-oncológico estableciendo convenios y acuerdos con las diferentes aseguradoras. Entre ellas se hizo convenio con una aseguradora del régimen subsidiado, a quienes se les estableció una capacidad instalada suficiente para atender con oportunidad y seguridad la población que requería de este servicio.

Para dar respuesta a la prestación del servicio cumpliendo con las características de calidad necesarias, se fueron implementando diferentes estrategias y requerimientos para el logro de los objetivos, entre las cuales se desarrollaron:

- 
- Fortalecimiento del personal del servicio que atiende el programa.
 - Estructuración de acciones para el seguimiento continuo a las ordenes generadas por los especialistas.
 - Trabajo conjunto con aseguradoras para consensuar el manejo integral de estas pacientes, incluyendo muy específicamente el componente de la tramitología de las autorizaciones, debido a que las barreras o fallas en dicho proceso se convierten en factores negativos para la curación de las pacientes o mejorar la calidad de vida en los casos más avanzados.



Entorno:

En el servicio de consulta externa, que se encuentra ubicado en la torre de consultorios de la Clínica El Rosario, se desarrollan las actividades y estrategias de esta experiencia, sin embargo, se ha requerido de un gran relacionamiento con otros servicios de la clínica acorde a las necesidades de atención, principalmente con las áreas de cirugía, urgencias y hospitalización con quienes han establecido acciones, que cada vez han permitido mejorar el proceso de atención integral, humanizado y oportuno.

***"Por los enfermos harán todo
lo que la caridad pueda inspirarles".***

Marie Poussepin

Propósito y descripción de la experiencia:

Esta experiencia tiene como propósito lograr una sinergia institucional favorecedora de la accesibilidad a los servicios, la oportunidad en la implementación de tratamientos, la seguridad en la aplicación de estos con el fin de impactar en los resultados positivos terapéuticos, ayudar a la paciente en la aceptación de su enfermedad, mejorar su calidad de vida, control y manejo de signos y síntomas, no perder la oportunidad de curación en aquellas pacientes a quienes les ordenan cirugía, disminuir temores, angustias y sufrimientos, favorecer la satisfacción durante el proceso de atención y devolver a la sociedad la mujer pilar fundamental de las familias y por ende, de la sociedad.

Con el fin de dar cumplimiento al proceso de atención oportuno y humanizado de las pacientes con cáncer gineco-oncológico se plantearon los siguientes objetivos:

- Contar con personal calificado para la atención y acompañamiento de la paciente con cáncer gineco-oncológico.
- Implementar un mecanismo de seguimiento a la consulta de gineco-oncología que facilitara la gestión oportuna de las órdenes generadas por los especialistas.
- Articular al proceso de atención en consulta externa con los demás servicios de atención que complementarán el manejo de la paciente con cáncer gineco-oncológico.

Con el fin de garantizar una atención humanizada a la paciente, familia-cuidador, se han implementado varias estrategias con las cuales las usuarias han logrado percibir un acompañamiento permanente y una atención oportuna e integral de parte del personal de la clínica, que inicia desde el servicio de consulta externa:

- **Acceso del paciente:** Se han estandarizado diferentes canales para la solicitud de citas con ginecología oncológica los cuales cuentan con protocolos establecidos con el fin de favorecer la accesibilidad y oportunidad a esta. Estos se hacen a través de diferentes medios como call center, chat, correo o directamente al servicio de consulta externa de manera presencial, además se cuenta con canales de recepción de solicitudes telefónicas o por correo electrónico por parte del asegurador con quienes se acordó el envío de las autorizaciones, resultados de patología e historia clínica del paciente, con esta información se facilita la asignación y priorización de las citas.
- **Atención en consulta externa:** El día de la consulta, se verifican y ajustan los datos de identificación, teléfonos, ubicación y residencia de las pacientes, adicionalmente, se solicitan los datos de contacto de los familiares o acompañantes que la apoyarán durante este proceso, información que facilitará la programación de los procedimientos y terapias que recibirá la paciente en adelante.



Asesorías y Soluciones
Integrales

¿Tu institución quiere llegar a la excelencia organizacional?

En **Asesorías y Soluciones
Integrales** contamos con un
equipo de expertos en la
implementación de los
**Estándares de
Acreditación.**



Mayores informes:
www.ays.com.co
ays@ays.com.co

A la salida de la consulta, el personal administrativo entrega la historia clínica completa y brinda información clara y concisa sobre las órdenes médicas así:

- En el caso de requerir una consulta de seguimiento: se asigna la cita entregando un recordatorio por escrito con los datos de la cita: fecha, hora, lugar y nombre del especialista.
- Si la orden es de cirugía, se les explica de forma global lo relacionado con la programación: los exámenes requeridos previos a la cirugía, la preparación, la cita con preanestesia, copagos, entre otros datos. Además, se indaga por situaciones especiales que puedan resultar en una barrera para la programación oportuna de las pacientes.
- Si la orden es para remisión a otra especialidad y contamos con ella como: oncología, dolor y cuidado paliativo, cirugía de tórax, hepatobiliar, cabeza y cuello y/o radioterapia, se asigna y se dan las demás indicaciones pertinentes. Si no se cuenta con la especialidad requerida se hace la gestión de las autorizaciones con su aseguradora.



Consulta Externa Especializada



Acompañamiento: Cuando la paciente sale de la consulta es primordial el acompañamiento del personal del servicio, con acciones que humanizan el proceso de atención, en este momento se establece un diálogo donde frecuentemente empiezan a manifestarse las emociones y sentimientos encontrados de las pacientes, su familia-cuidador, por el impacto del diagnóstico recibido, el tratamiento propuesto vs su situación bio-psico-social y familiar. Es el primer paso de aceptación o negación de la enfermedad, se puede presentar un bloqueo cognitivo para entender instrucciones de lo que seguirá en adelante en cuanto al trámite de órdenes y la realización de estudios de extensión, procedimientos quirúrgicos, valoraciones o tratamientos por otras especialidades.

En este momento son muchas las preguntas que empiezan a surgir en la paciente, familia-cuidador y puede ser que en ese momento no sean capaces de expresarlas o ni saben por dónde empezar.

Algunas pacientes dejan fluir de manera natural sus dudas y expectativas más inmediatas haciendo preguntas como: "si la cirugía es muy grave o complicada", "si van a quedar sirviendo", "si van a quedar muy incapacitadas", "si eso les afecta la vida sexual", "si les cambiará el cuerpo", y así un sin número de preguntas iniciales que les surgen en este comienzo de la atención.

Para brindar actos que demuestren la comprensión de estos primeros sentimientos y emociones, el personal cuenta con las habilidades propias y adquiridas para atender a las pacientes y su familia-cuidador.

- El personal fue seleccionado teniendo en cuenta las habilidades y actitudes de escucha, servicio, comunicación efectiva. Estas habilidades son evaluadas y reforzadas a través de las evaluaciones de desempeño, las reuniones en el servicio y las sugerencias y observaciones realizadas por el jefe inmediato y otros profesionales con quienes se relacionan.
- El diplomado de humanización ha servido para el fortalecimiento de las competencias del personal en el cual todos participaron.

El personal del servicio inicia su proceso de acompañamiento con el fin de disminuir la carga emocional de la paciente, familia-cuidador, explicando la gestión interna que se realizará para evitar la tramitología al paciente y minimizar la preocupación por estos aspectos, además, se informan los teléfonos de contacto y la dirección del correo electrónico de consulta externa como medios de apoyo para la resolución de dudas, ampliación de información y verificación de la llegada de autorizaciones según las órdenes médicas.



Se realiza identificación de necesidades en el paciente y de acuerdo a estas se ofrece el apoyo de otras personas de la institución, (trabajo social, psicología, hermanas de la comunidad) y se empiezan a identificar riesgos que puedan ser barreras para el inicio oportuno de tratamientos (pacientes que viven fuera de la ciudad, o que no tienen suficientes recursos económicos, debilidades en el apoyo y acompañamiento familiar, expresiones que denotan duda para la realización del tratamiento, etc.) esto con el fin de generar una alarma a la enfermera del servicio quien apoyaría en la solución a la dificultad percibida.



 **Seguimiento a las autorizaciones:** El proceso de gestión de las autorizaciones es realizado por la clínica directamente con el asegurador, luego de que el paciente sale de consulta externa, esto con el fin de disminuir la carga de preocupación y minimizar la tramitología al paciente.

Se realiza el diligenciamiento de un archivo donde se registran los datos de cada una de las pacientes con las respectivas órdenes generadas por los especialistas y el seguimiento realizado día a día para dar cumplimiento de las órdenes médicas. Para los pacientes con orden de cirugía, se registran variables muy importantes para facilitar y garantizar la realización del acto quirúrgico, evitando el riesgo de cancelaciones, inasistencias, fallos en la programación.

Una vez van llegando las autorizaciones a las pacientes quirúrgicas se procede con la programación del procedimiento, pues con la oportunidad de esta programación se impacta en el bienestar de las pacientes que por el tipo y estadio del cáncer están sufriendo por la sintomatología generada (sangrados, dolores, anemia, fatiga, vómitos, etc.), además del sufrimiento a nivel emocional, en estos casos la cirugía se convierte en un factor esperanzador pues cuando a una paciente se le ordena una cirugía es porque el fin del tratamiento es curativo.

- **Programación de cirugía:** Se realiza llamada telefónica donde se le brinda toda la información pertinente para la programación de la cirugía, con datos como la verificación de la realización de exámenes requeridos previos a la cirugía, se indaga por medicamentos de consumo habitual, se brinda información frente al ayuno (explicando claramente en que consiste el ayuno), se informa el puesto de atención y hora donde debe realizar el ingreso administrativo y a donde debe dirigirse a cirugía, se informa la necesidad de ingreso con acompañante y las características que este debe tener, además cuales son los implementos a traer en caso de requerir hospitalización luego de la cirugía. Igualmente se informa sobre el proceso de consulta preanestésica y se agenda la cita de revisión postoperatoria teniendo en cuenta los tiempos de entrega de los resultados de patología.



*Un espacio para asumir
los retos de la
comunicación en salud*

Esta llamada sirve como nuevo filtro para identificar los casos de pacientes con dificultades para la programación de la cirugía ya mencionadas anteriormente, como son la distancia del lugar de residencia con respecto a la clínica (algunas viven fuera del Área Metropolitana), las dificultades económicas, el no tener un lugar donde hospedarse los días cercanos a la cirugía y después de esta, otras manifiestan que deben resolver situaciones familiares, personales (toma de decisiones) o situaciones de salud antes de operarse. Aquí, el personal es un apoyo muy importante para la paciente o su familia-cuidador, pues a través de la escucha, diálogo, comprensión de la situación, orientación con diferentes estrategias de solución ayudan en la mitigación de miedos, temores, angustias, dolores y todo tipo de emociones por las cuales están atravesando. Se les motiva a tomar el tiempo requerido para decidir el inicio de su tratamiento, y con educación y tacto se les informa que se dejarán en un estado pendiente para seguirlas llamando hasta definir si se programa o no la cirugía.

Otra barrera importante para la programación de la cirugía de estas pacientes era la consulta o revisión preanestésica, pues esta debe realizarse días antes a la cirugía, y esto se convertía en una dificultad más para las pacientes de bajos recursos o que no viven en la ciudad de Medellín por temas de transporte, acompañamientos, alojamientos, etc. Para solucionar esta situación en conjunto con atención al usuario se definió el apoyo a la paciente, familia-cuidador en la consecución de albergues u hospedajes a su alcance o en los trámites necesarios para la gestión con el asegurador. Igualmente, en común acuerdo con el área de cirugía y el apoyo de los anestesiólogos se estableció realizar una encuesta de 32 preguntas,



por vía telefónica a la paciente (cuestionario facilitado por los anestesiólogos, y cuyas respuestas son revisadas por el anestesiólogo para aprobar que la consulta preanestésica se pueda efectuar el mismo día de la cirugía, esto con el fin de evitar que las pacientes tengan que venir los días antes a esta consulta.

Con el servicio de hospitalización también se implementó la estrategia para la gestión del albergue, con el fin de que las pacientes puedan quedarse allí hasta el día de la revisión postoperatoria o hasta el día en que el ginecólogo oncólogo apruebe que la paciente ya puede viajar a su lugar de residencia.

 **Integralidad en la atención:** Durante el proceso de atención en consulta externa, la enfermera presta atención especial a la necesidad de valoración de otros profesionales como son psicología, trabajo social, atención al usuario, psiquiatría, hermanas de la comunidad, entre otros con el fin de informarlo al médico tratante e iniciar el trámite pertinente. La habilidad de escucha y empatía del personal del servicio es muy importante durante toda la atención a la paciente, familia-cuidador, pues en cada contacto con ellos deben actuar de forma proactiva y orientar en la solución de las situaciones encontradas, brindar esperanza, ánimo, paz y afecto a través de las palabras y del tacto.

Este proceso ha sido desplegado a todo el personal perteneciente a la unidad de oncología, en las capacitaciones específicas del servicio. Igualmente se ha presentado al resto del personal de la institución desde el programa institucional de educación continua.

Resultados de la experiencia:

Los resultados se pueden evidenciar en el control y mejora de los indicadores de oportunidad y en las encuestas de satisfacción del usuario.

Encuesta de percepción de humanización en los pacientes ambulatorios

Encuesta de percepción de humanización		
Año de evaluación	2017	2019
Promedio	93%	95%

Estos resultados corresponden a una encuesta realizada a pacientes ambulatorios, que sirvió como diagnóstico para implementar la estrategia del diplomado de humanización cuyo fin principal era el de fortalecer las competencias del personal en la humanización del servicio. Luego del diplomado se realizó nuevamente la encuesta, la cual arrojó resultados positivos de mejora. El personal de consulta externa participó en las primeras cohortes programadas para la realización del diplomado.

Oportunidad para la asignación de citas de primera vez, para la especialidad de gineco- oncología

Antes de presentar la oportunidad en las citas, es importante conocer previamente como ha sido el crecimiento y la alta demanda del servicio, que pueden evidenciarse en la siguiente tabla.

Total de pacientes atendidas				
Año de evaluación	2016	2017	2018	2019
Número de consultas	871	1502	1798	1081
Número de consultas de primera vez	458	451	564	271
Número de cirugías realizadas	133	265	273	265

Teniendo en cuenta los datos anteriores, el promedio en días para la asignación de citas en pacientes de primera vez, fue:

Oportunidad global en la asignación de citas			
Año de evaluación	2017	2018	2019
Promedio del resultado, durante el año de evaluación	32.3	11.1	9.2

Los resultados reflejan las mejoras implementadas al proceso de atención, donde en el año 2017 la oportunidad estaba por fuera de las metas propuestas debido a la alta demanda del servicio y que esta situación se mejoró gracias a la respuesta de la Alta Dirección a los requerimientos solicitados (aprobación de la enfermera profesional, de especialista gineco-oncólogo y del auxiliar administrativo) lo que ha permitido hasta el momento cumplir con las metas y garantizar la oportunidad en la atención de las pacientes, siendo la oportunidad un atributo de calidad muy esperanzador y que impacta en la satisfacción para las pacientes.

De la misma forma podemos ver el impacto positivo en la siguiente tabla, de los datos de oportunidad para la realización de la cirugía, corresponde al número de días de espera para la realización de la cirugía luego de la generación de la orden médica del procedimiento.

Oportunidad global en la realización de la cirugía			
Año de evaluación	2017	2018	2019
Promedio del resultado, durante el año de evaluación	58.5	28.7	26.4

Experiencia de servicio del paciente (satisfacción del usuario durante el proceso de atención)

Porcentaje de satisfacción global			
Año de evaluación	2017	2018	2019
Promedio del resultado, durante el año de evaluación	95.2%	98.6%	94.9%

Esta es la respuesta de los usuarios frente a la experiencia vivida con relación a la atención del servicio de gineco-oncología, en la encuesta de satisfacción se incluyen aspectos de humanización como: acogida y trato, información, oportunidad, respeto a la privacidad y dignidad, apoyo espiritual, entre otros.

Además, nos dejan comentarios gratificantes relacionados con la amabilidad del personal, la calidez y ternura de atención, la preocupación percibida al atender a sus seres queridos, la actitud de servicio y vocación del personal y muchos comentarios más.

"Cual torrente a todos brindan su ayuda y su comprensión, la calidez de sus manos son dones de bendición. No hay asomo de cansancio su servicio es alegría, con una sonrisa brindan alivio día tras día"

En general los resultados cumplen con las metas propuestas, y esto es muy satisfactorio pues son indicadores muy sensibles que dependen en gran medida de la solución a las diferentes barreras mencionadas y a la implementación oportuna de estrategias que conllevan al bien de las pacientes, la familia y la sociedad, teniendo en cuenta que la mayor proporción de pacientes atendidas por gineco-oncología, son del régimen subsidiado quienes nos llegan con una problemática social importante necesaria de afrontar.

Gracias a la experiencia de trabajar con estas pacientes y de tener definidas e implementadas todas estas estrategias hemos logrado:



Fortalecer el proceso de atención integral al paciente oncológico, desde consulta externa hasta los demás servicios de la institución por donde son atendidas las pacientes.



Fortalecer los conocimientos técnicos del equipo de salud y sus habilidades de comunicación y despliegue de información.



Fortalecer en el personal las competencias de humanización en cuanto a la escucha activa, conexión, comprensión, compasión, ayuda al paciente, familia-cuidador.



Dar cumplimiento a nuestro modelo y política de humanización trascendiendo de brindar información y educación para preocuparnos e ir más allá por las necesidades psico-sociales, emocionales y espirituales de nuestras pacientes.



Retos:

Dentro de los retos que tiene la experiencia para continuar el proceso de consolidación, se encuentran los siguientes:

- Continuar en el tiempo con el seguimiento personalizado integral y oportuno a los tratamientos de las pacientes.
- Implementar estrategias innovadoras para la ejecución del seguimiento y la gestión de las autorizaciones.
- Fomentar continuamente en el personal las habilidades y competencias de humanización en aspectos como la empatía, la compasión, la escucha activa, la comunicación efectiva, el servicio, el carisma, la vocación, entre otros.

Relaciones:

Desde la Alta Dirección se fomenta la aplicación del modelo de atención institucional y el modelo de humanización, los cuales se han dado a conocer al personal de manera periódica y con diferentes estrategias tanto a los especialistas ginecólogos oncológicos como a la enfermera y personal administrativo del servicio de consulta externa.

A partir de la gestión realizada por la alta dirección con respecto a la experiencia, se ha logrado el apoyo de los diferentes actores en su implementación y fortalecimiento así:

Empoderamiento del equipo de trabajo, quien esmeradamente se preocupa por la atención oportuna de las pacientes evidenciado con la priorización en el agendamiento de las citas, la asignación de citas extras, la adaptación en la programación de jornadas de consulta o de programación de cirugías, y en el apoyo para la solución de dificultades durante la atención.

Especialistas ginecólogos oncólogos, quienes tienen clara la importancia de la atención oportuna y humanizada a las pacientes.

Equipo multidisciplinario institucional, que favorece la atención de las pacientes como son los ginecólogos, cirujanos, médicos generales, psicología, trabajo social, atención al usuario, personal de pastoral de la salud y las hermanas de la comunidad.





Personal de otros servicios, estas pacientes pasan por varios servicios de la institución como son: urgencias, hospitalización, cirugía y servicios de apoyo diagnóstico, el mismo personal de estos servicios sintió y expresó la necesidad de contar con el conocimiento requerido para la atención de estas pacientes, llevando esto a la realización de capacitaciones para la estandarización de conocimientos y manejos y brindar así una atención más segura y humana.

Aseguradores, se realizó un acercamiento donde se revisaron y consensuaron algunos temas administrativos, llegando a la conclusión de la importancia de realizar internamente la gestión administrativa de las autorizaciones para evitar trámites innecesarios en las pacientes, facilitarles la accesibilidad a los servicios y educar a las pacientes, familia-cuidador en la logística requerida durante todo su proceso de atención.

Alta dirección, quién fomento la implementación de la experiencia y desarrollo acciones para el fortalecimiento de la cultura de humanización en este personal de consulta externa, donde se priorizó la participación de ellos en el diplomado de humanización para el fortalecimiento de las competencias del personal en este aspecto.

Lecciones aprendidas:

Gracias a la experiencia de trabajar con estas pacientes y de tener definidas e implementadas todas estas estrategias hemos logrado aprender:

- La importancia del proceso de atención integral al paciente oncológico, desde consulta externa hasta los demás servicios de la institución por donde son atendidas las pacientes.
- El reconocimiento la calidad de la información entregada por parte del equipo de salud y las habilidades de comunicación y despliegue de información, como factor clave para dar tranquilidad y confianza al paciente.
- La relevancia que tiene el fortalecimiento de las competencias de humanización en cuanto a la escucha activa, conexión, comprensión, compasión, ayuda al paciente, familia-cuidador, por parte del personal de la salud.
- La importancia de contar con un nuestro modelo y política de humanización trascendiendo de brindar información y educación para preocuparnos e ir más allá por las necesidades psicosociales, emocionales y espirituales de nuestras pacientes.

Programa Higiene de Manos

una experiencia desarrollada
por el Hospital General de Medellín,
Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.



Contexto:

El Hospital es una entidad de tercer nivel de atención, con una categoría especial de entidad pública descentralizada de propiedad del Municipio de Medellín, con Personería Jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

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.

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.

El Hospital General de Medellín, Luz Castro de Gutiérrez E.S.E. es hoy 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 estos 70 años de transformación, se ha consolidado como un hospital con tecnología de punta que se preocupa por prestar servicio de calidad y con un alto compromiso por la seguridad del paciente, su talento humano es una de las más grandes fortalezas, es un personal capacitado y altamente comprometido con el sueño de brindar una atención excelente y calidad de vida.

En la actualidad el hospital focaliza sus esfuerzos para lograr ser 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.

Antecedentes:

Para el año 2013 el comité de infecciones y el comité técnico científico, identifican del aumento de las IAAS en un 35%, especialmente en las infecciones de sitio operatorio (ISO) de las cuales se presenta un aumento inusitado de las infecciones en heridas limpias en un 37%; acompañado de brotes de rotavirus en la unidad neonatal y de colonización e infección por bacilos gram negativos resistentes a carbapenémicos en las unidades críticas, y la adherencia a la higiene de manos se encuentra en un 82% para el 2012 y disminuye para el 2013 al 73.5% (observación avisada realizada por jefes de enfermería), cercana a la meta propuesta por la OMS del 80% de cumplimiento.

En ese momento el hospital contaba con una enfermera profesional y una médica general ejecutando la higiene de manos desde el 2008 donde participaron del entrenamiento como formadores ofrecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), realizado en Bogotá. Inicialmente se trabaja en el programa 6 horas semanales y daban capacitación a jefes de enfermería como observadores y son ellos los que inician las primeras observaciones de higiene de manos, el cumplimiento encontrado a las indicaciones de la estrategia multimodal en este tiempo no superaba el 60% de ejecución.

Con el análisis de esta información, el Hospital en el año 2014 decide fortalecer el programa de higiene de manos, con el objetivo de lograr la reducción de las infecciones asociadas a la atención en salud y a la propagación de los microorganismos multiresistente, aportando a la seguridad del paciente.

Para llevar a cabo esta iniciativa, el Hospital toma la directriz de la OMS denominada: "Estrategia multimodal para la mejora de la Higiene de Manos en instituciones de salud" en el programa "SAVE LIVES: Clean Your Hands" en una mala traducción "Salva vidas: Lávate las manos".

Bajo esta modalidad, el programa tiene cinco años de ejecución con resultados favorables en la adherencia a la higiene de manos, la disminución y control de las infecciones.

Entorno:

El programa se lleva a cabo bajo la directriz de la OMS, cumpliendo los lineamientos que conforman la Estrategia Multimodal para la Mejora de la Higiene de Manos como son: los 5 componentes, los 5 momentos de la higiene de manos y el método de 5 etapas.

La estrategia se desarrolla en el hospital, especialmente en las áreas asistenciales, en donde la formación, evaluación, la observación avisada y no avisada con la ayuda de cámaras y retroalimentación se realiza con mayor énfasis, ya que ellos están en atención directa con los pacientes, en las áreas administrativas y de apoyo también aplica la estrategia con respecto algunos componentes de la estrategia como mantener los elementos necesarios para realizar la higiene de manos, los recordatorios en el lugar de trabajo y la formación.

El programa realiza dos campañas especiales en el año con abordaje al personal asistencial, de apoyo y al usuario, este último con capacitación utilizando un rotafolio como herramienta visual, en la actualidad se realiza capacitación a 180 usuarios.

Otras acciones que desarrolla el programa de higiene de manos son la proyección de videos cortos, profesionalización del equipo de higiene de manos, entrega de material como rotafolio de capacitación, poster con los 5 momentos y la técnica de higiene de manos y el acompañamiento a los diferentes profesionales.

Propósito y descripción de la experiencia:

El propósito del programa es consolidar la higiene de manos como el pilar fundamental de nuestro trabajo, buscando la reducción de las infecciones asociadas a la atención en salud, conteniendo la diseminación de bacterias resistentes a múltiples antibióticos y disminuyendo los impactos en morbimortalidad y costos en salud, en el contexto de brindar seguridad a los pacientes.

Dentro de los objetivos específicos del programa se encuentran:

- Propiciar la calidad en los procesos mediante una atención limpia y libre de infección.
- Generar cambio de comportamiento y generar una ambiente de seguridad integrándose al pensamiento "Salva vidas, lávate las manos".
- Integrar la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la adherencia a la higiene de manos.
- Plantear un diagnóstico situacional actualizado de los procesos de higiene de manos en la institución, mediante un proceso dinámico y continuo, optimizar las condiciones de oportunidad de higiene de manos.
- Fijar los 5 momentos de la higiene de manos.
- Definir en cero la tolerancia con el no cumplimiento e involucrar al paciente y su familia en las prácticas de la higiene de manos.



Universidad
Pontificia
Bolivariana

Acreditación Institucional
ALTA CALIDAD • MULTICAMPUS
Res. MEN No. 17228 del 24 de octubre de 2018 • 6 años

Vigilada Mineducación



FUNDACIÓN
GUAYACANES

Tenemos una nueva alianza para el **conocimiento y la formación para el ser, el hacer y el vivir**

Pregunta por nuestros programas de formación

enlaces@fundacionguayacanes.org

La meta de la adherencia a la higiene de manos es definida por la OMS, esperando que a nivel mundial la adherencia llegue al 80% de cumplimiento, en un estudio realizado a escala mundial, se da una base de la adherencia al momento uno, "Antes de contacto con el paciente", el cual se encuentra en un 51%. Esto ayuda a definir cuál será la meta institucional tanto para adherencia avisada como la no avisada.

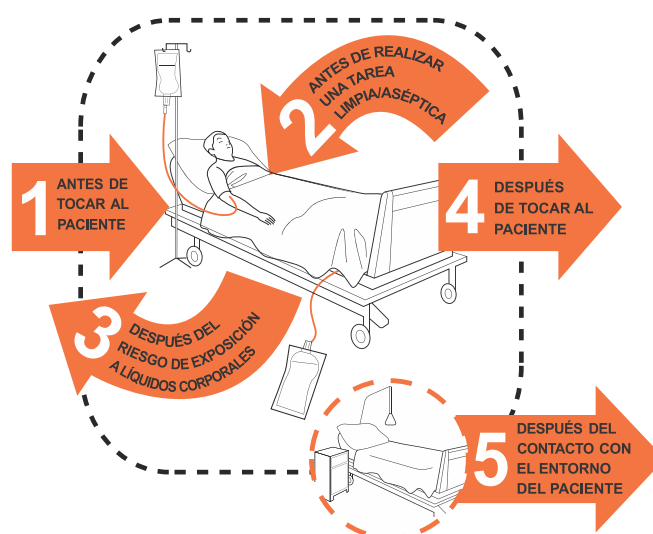
Los 5 componentes de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos

- 1a. Cambio del sistema - preparado de base alcohólica en el punto de atención
- +
- 1b. Cambio del sistema - acceso a un suministro seguro y continuo de agua, jabón y toallas
- +
2. Formación y aprendizaje
- +
3. Evaluación y retro-alimentación
- +
4. Recordatorios en el lugar de trabajo
- +
5. Clima institucional de seguridad

+

+

Los 5 momentos para la higiene de manos en la atención sanitaria



El método por etapas



Aulas Académicas Virtuales



Se realiza una primera evaluación del cumplimiento de la estrategia multimodal para la mejora de la higiene de manos y se observa que su ejecución hasta el 2013 no llega a superar el 60%, a partir del 2014 la ejecución supera el 80% en cada uno de los componentes de la estrategia como lo contempla la OMS, esto permite que la institución le ofrezca al personal los elementos, la capacitación, la infraestructura necesaria para que realicen la higiene de manos de manera adecuada.

Se establece un equipo de trabajo en cabeza de una médica especialista con 12 horas semanales, un jefe de enfermería y dos auxiliares de tiempo completo, que realizaron cualificación y profesionalización en el tema de higiene de manos para realizar la ejecución de la estrategia multimodal.

¿Qué necesita saber el personal de una organización para desempeñarse adecuadamente en sus respectivos cargos?

La **FUNDACIÓN GUAYACANES** apoya a las empresas para estructurar, diseñar e implementar las Aulas Académicas Virtuales, que permite a las organizaciones gestionar el aprendizaje, alineándolo con los objetivos estratégicos y las metas institucionales. A través de estas se pretende:

1

Evolucionar a un modelo de capacitación de alto impacto que cubra a todos los empleados de la institución para:

- Crear cultura.
- Crear identidad.
- Cubrir necesidades de capacitación.
- Evaluar la efectividad de los programas.
- Identificar y promover valor.

2

Reduce los costos de la formación para las empresas.

3

Educación uniforme, única y estandarizada a todas las personas de la institución, así mismo crear una visión compartida frente a los lineamientos institucionales.

4

Alinear el aprendizaje con la estrategia corporativa, y los procesos institucionales en la búsqueda de un mejor desempeño.

Con el fortalecimiento del equipo se da inicio a la ejecución en varios frentes de trabajo, orientados desde los cinco componentes de la estrategia multimodal propuestas por la OMS, se realiza la revisión de la infraestructura institucional como lavamanos con agua, jabón y toalla desechable, disponer de un sistema de preparado de base alcohólica en el punto de atención del paciente, La ejecución de diferentes encuestas como la de infraestructura, percepción del programa, conocimiento de personal y elementos necesarios para realizar la higiene de manos, como también tener los recordatorios en el lugar de trabajo de los 5 momentos y técnica, realizar las campañas anuales, realizar las observaciones y retroalimentar al personal sobre cómo va la adherencia, comprometer al equipo directivo, brindar capacitación al personal asistencial, de apoyo, administrativo y de formación, realizar videos institucionales de higiene de manos y realizar charlas a los usuarios para que sean partícipes en el cuidado.

El equipo realiza la revisión de instructivos de higiene de manos, esto permite tener claro el enfoque y normalizar la ejecución de la acción principal, así que se actualizan y crean instructivos de higiene de manos asistencial, el instructivo de higiene de manos quirúrgica y se acompañó de documentos de observación de higiene de manos, recientemente se normalizó el instructivo de uso adecuado de guantes.

El programa de higiene de manos en compañía de la oficina de comunicaciones y la de calidad y planeación crearon espacios en la intranet donde se divulgan los diferentes instructivos, los documentos propios del programa, los 5 momentos de la higiene de manos para varios ámbitos asistenciales, los indicadores de cada servicio asistencial, los informes y videos de higiene de manos.

El programa de higiene de manos se desarrolla en todo el hospital, incluye al usuario interno y externo, por supuesto el desarrollo de toda la estrategia se realiza en los servicios asistenciales y se enfoca en aquellos que tienen el riesgo de presentar IAAS. El hospital realiza el programa basado en los lineamientos de la OMS en el documento guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos y el manual técnico de referencia para la higiene de las manos. Cada año se realiza una autoevaluación con el que se identifica el grado de madurez, los logros actuales, se centra en planes y retos futuros, identifica las necesidades que requiere la institución, se evalúan los cinco componentes de la estrategia multimodal y tiene un puntaje máximo de 500. El hospital ha mantenido una puntuación que le permite calificarse en un nivel avanzado de la higiene de manos, para los últimos cuatro años ha estado por encima de 450 puntos.

AUTOEVALUACIÓN DE LA ESTRATEGIA MULTIMODAL - OMS

Componente	Puntos	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1 Cambio de sistema	100	90	90	95	95	95	95
2 Formación y aprendizaje	100	100	100	100	100	100	100
3 Evaluación y retroalimentación	100	90	95	95	95	95	95
4 Recordatorios en el lugar de trabajo	100	50	67,5	100	100	100	100
5 Clima institucional de seguridad	100	70	80	85	95	90	90
TOTAL	500	400	433	475	485	480	480

Al término de cada autoevaluación se realiza un plan de higiene de manos para el año que se orienta desde el desarrollo de plan de mejoramiento y se determinan acciones que siguen orientadas desde los lineamientos de la OMS.

La evaluación de la adherencia a la higiene de manos se desarrolla de manera avisada, se identifica el personal de higiene de manos en el servicio, se informa de las acciones a realizar, se realiza la observación con formato de observación de higiene de manos, al terminar se realiza una retroalimentación al personal informando las acciones positivas y las que se tienen por mejorar.

La evaluación de la adherencia a la higiene de manos no avisada que se realiza con la ayuda de cámaras de video, se realiza desde la oficina de higiene de manos, en el se escoge un servicio, una fecha y horario para dar inicio a la observación, se utiliza para albergar la información el formato de observación de higiene de manos, al no ser presencial la retroalimentación es posterior con cada uno de los funcionarios que deben realizar una mejora en su comportamiento.



Enlaces
Centro de altos estudios

Tu **mejor opción** en **formación**

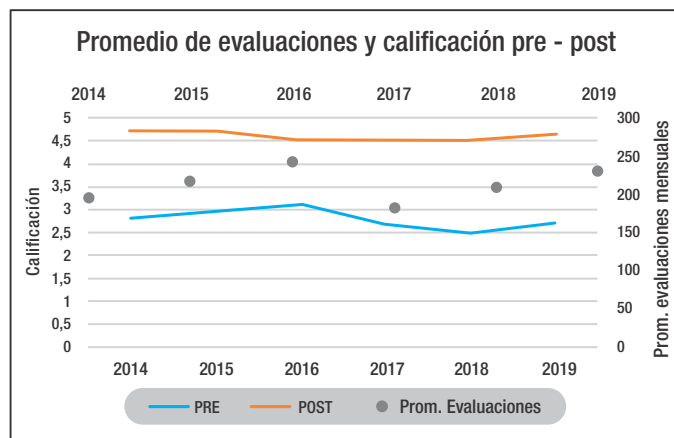
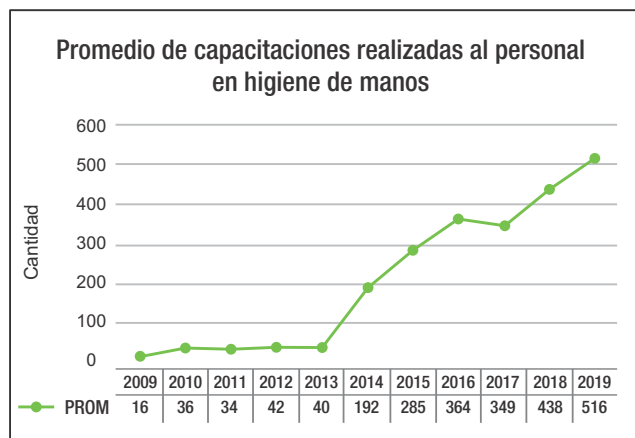
Contamos con una **amplia oferta** educativa en las modalidades **presencial, semipresencial y virtual**

Conócela a través de www.fundacionguayacanes.org

Las observaciones avisadas y no avisadas se llevan a una plataforma propia del hospital, alimenta la base de datos y esta arroja la información. Esta información se analiza y se entrega a los servicios cada tres meses a través de la intranet y se realiza retroalimentación presencial. Esta información se expone en el comité de infecciones, se envía al comité de seguridad del paciente y se estructuran planes de acción.

El equipo de higiene de manos cada año realiza una serie de reuniones en donde se retoma el estudio de la estrategia multimodal, la cualificación para realizar objetivamente la observación y los conocimientos en temas de infecciones con la asistencia a simposios, congresos o actualizaciones donde el tema este presente.

La experiencia de higiene de manos mantiene un amplio despliegue en el hospital, tanto con personal asistencial, en formación, de apoyo y administrativo.



El hospital participa en las campañas de higiene de manos el 5 de mayo y el día de lavado de manos el 15 de octubre, donde se realizan exposiciones, charlas, actividades lúdicas, concursos, entrega de volantes; son acciones que lo hacen visible, además, se publican poster en cada servicio con la técnica de higiene de manos, los cinco momentos en cada sitio de trabajo, documentos e indicadores por servicio en la intranet, el video de práctica segura llamado "La seguridad está en tus manos", los despliegues institucionales de estándares de acreditación programados por la oficina de calidad y planeación, oficina que realiza la visita de calidad donde el programa de higiene de manos participa activamente, para el personal que ingresa a la institución recibe en su inducción virtual el tema de higiene de manos y luego pasa a inducción presencial.

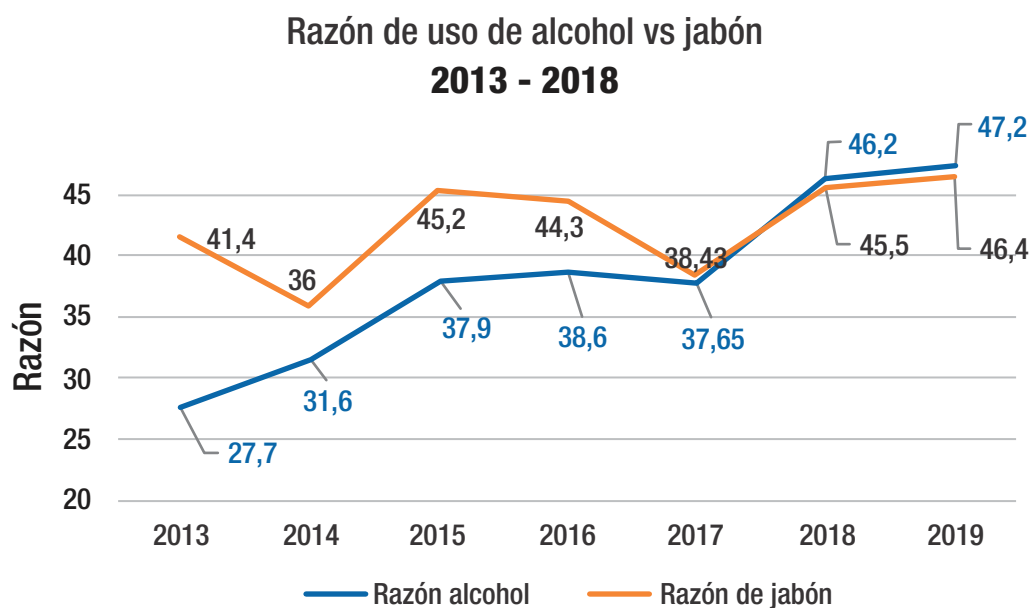


Resultados de la experiencia:

Dentro de los resultados se encuentra el porcentaje de ejecución de cada componente de la estrategia multimodal, la adherencia de higiene de manos avisada y no avisada, la adherencia a los 5 momentos de la higiene de manos, el consumo de preparado de base alcohólica para las manos, la capacitación y evaluación de conocimientos, la relación de dispensadores por cama en los servicios, la adherencia a la técnica correcta, cada uno de ellos con resultados positivos, con una tendencia a la mejora cada año, en donde se evalúan y se desarrollan planes de mejora por servicio, por profesiones y en ocasiones de manera individual.

Bajo esta modalidad, el programa tiene cinco años de ejecución con resultados favorables en la adherencia a la higiene de manos, la disminución y control de las infecciones.

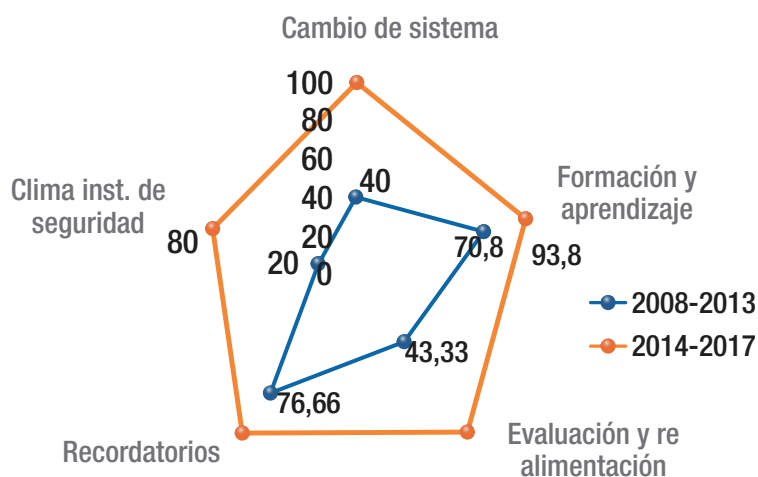
Entre el año 2016 y 2017, la adherencia global pasa del 73% al 73.5%, un aumento del 0.5%, al realizar el análisis de la situación se determina que la causa con mayor peso para que la adherencia no aumente es el la consistencia del preparado de base alcohólica y los guantes con talco, esta situación fue detectada igualmente por la visita realizada por el Dr. Didier Pittet y la Dra. Marcela Hernández en el marco del premio latinoamericano de excelencia en higiene de manos, ellos nos informan que de continuar con el mismo producto de alcohol para las manos, será muy difícil que el funcionario se adapte a la estrategia y que modifique el comportamiento. Se realiza la solicitud a la administración para realizar los cambios, los cuales incluyen un aumento en el costo de los productos, a partir de estos ajustes se evidencia el aumento a la adherencia a la higiene de manos para el año 2018 al 76% y el cambio en la relación de uso de alcohol vs jabón.



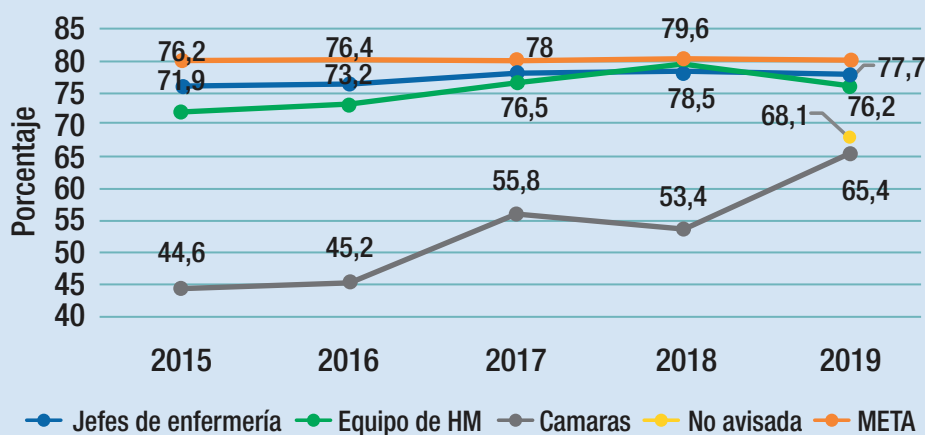
De los indicadores de adherencia a la higiene de manos, se observa que los servicios de urgencias, cirugía, ginecología e imagenología es la más baja en el año 2017, para mejorar la adherencia se propone utilizar "La teoría de comportamiento planificado", la cual consiste en observar cómo se encuentra el comportamiento, realizar la retroalimentación e iniciar el cambio en el mismo instante, esta estrategia es individual ya que estos comportamientos pueden ocultarse cuando se realizan estrategias de cambio grupales. Se logra tener una mejor adherencia en el mismo año de cada una de estas áreas, de las cuales se mantienen los servicios de imagenología, ginecología y cirugía, en el servicio de urgencias adultos se disminuye.

Luego de cinco años que el programa ha desarrollado la estrategia multimodal para la mejora de la higiene de manos propuesto por la OMS por encima del 90% de cumplimiento, la adherencia de higiene de manos avisada se encuentra cercana a la meta del 80% en los últimos tres años llegando en el 2018 a estar en un 79,6%, además se acompaña del mejoramiento de la adherencia no avisada (cámaras) que se encuentra en el 65,4%.

Evaluación de los componentes de la estrategia multimodal 2008 - 2017

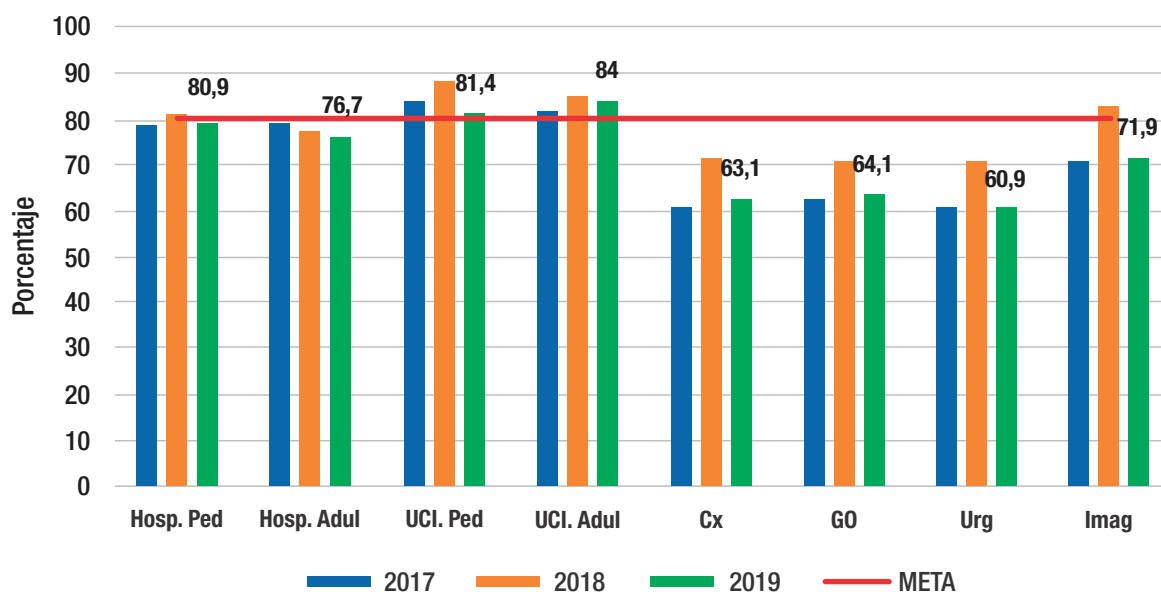


% Adherencia HM por cada una de las mediciones 2015 - 2019

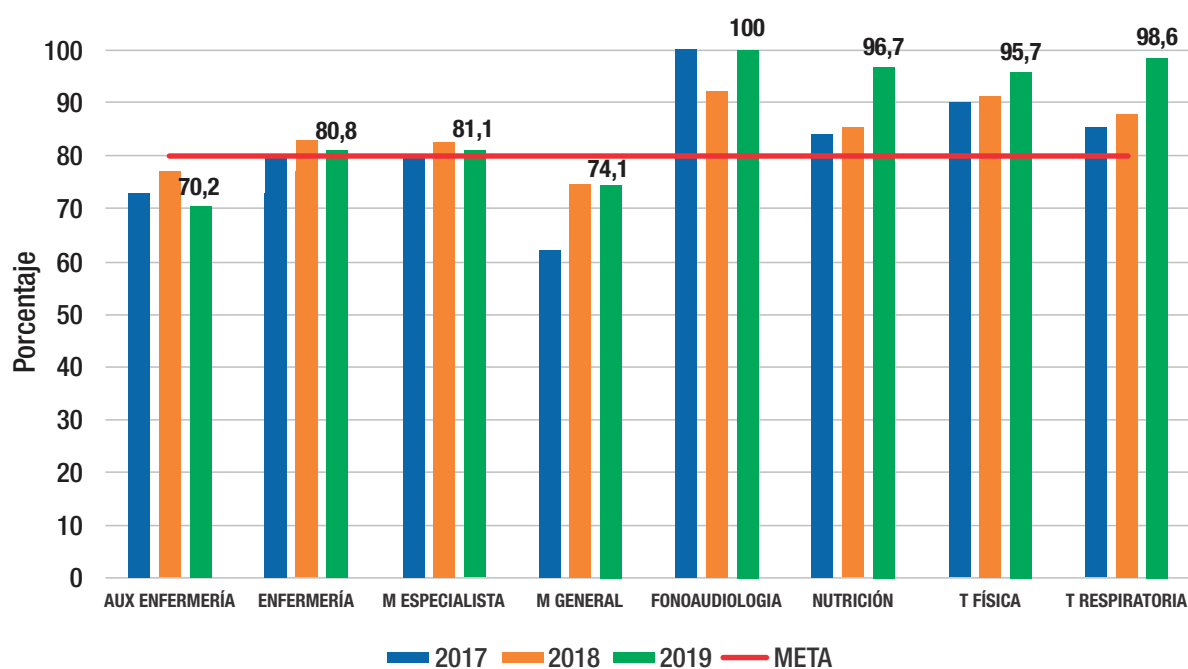


La tendencia del hospital en la adherencia a la higiene de manos es de mejora, aumenta cada año, reflejo de ello es la disminución de las IAAS asociadas a dispositivos médicos e infección de sitio operatorio, presentan una tendencia a disminución y es a partir del año 2015 que se encuentra por debajo de la meta propuesta por el hospital del 1.5%, este se acompaña del aumento del consumo de preparado de base alcohólica y el aumento de la adherencia a la higiene de manos no avisada.

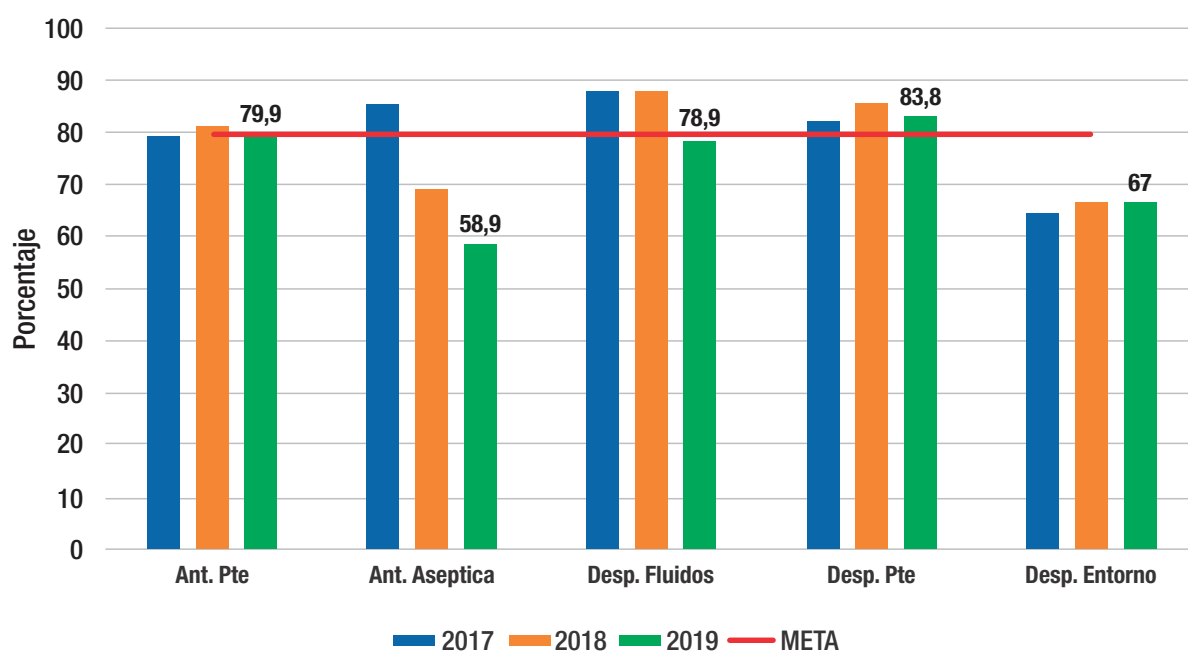
**Adherencia HM avisada por Servicios
2017 - 2019**



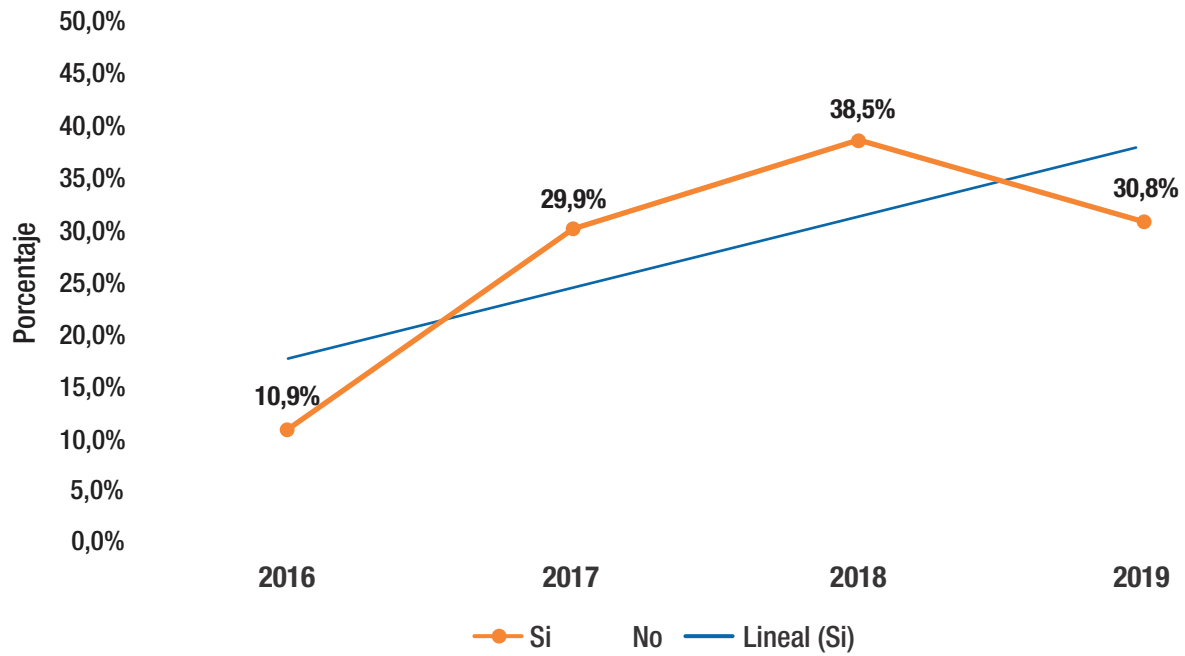
Adherencia HM avisada por Profesión
2017 - 2019



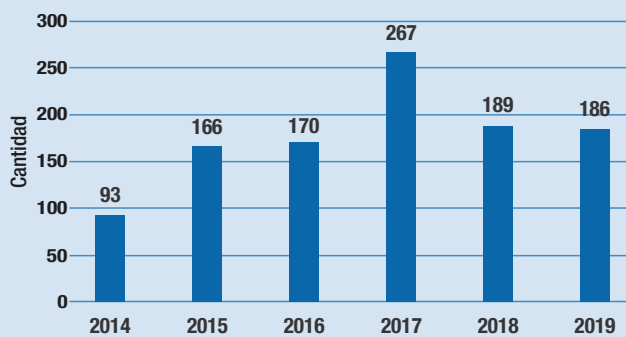
Adherencia HM avisada por 5 Momentos 2017 - 2019



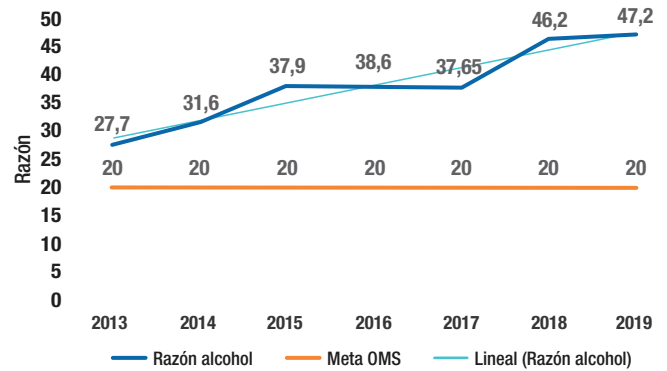
% Adherencia de técnica de la higiene de manos



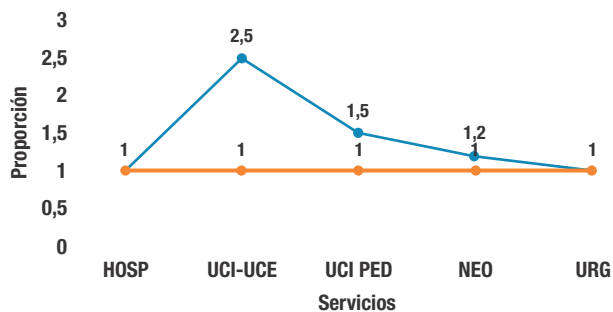
Promedio mensual de usuarios capacitados en higiene de manos



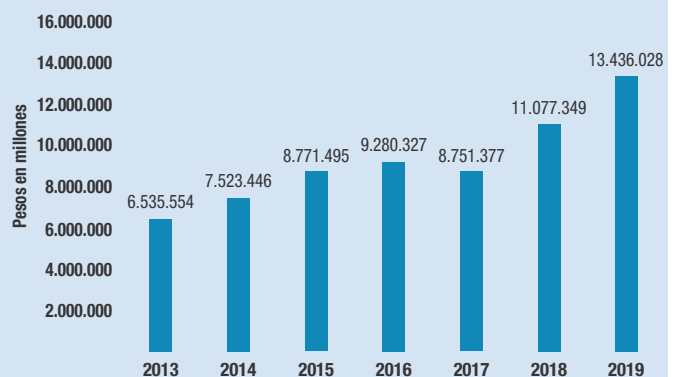
Razón de consumo de preparado de base alcohólica 2013 - 2018



PROPORCIÓN DE DISPENSADORES POR CAMA HGM - 2014



Costo de preparado de base alcohólica 2013 - 2019



El Hospital General de Medellín participa en el Premio Latinoamericano de Excelencia en Higiene de Manos, premio que es otorgado en el año 2016, es la primera institución en Colombia en recibirlo.

Los indicadores, la disminución de infecciones, los reconocimientos, los premios recibidos y el cambio generado al interior de la institución de cultura de seguridad del paciente son resultados que ofrecen un panorama alentador en cuanto al mejoramiento a la adherencia de la higiene de manos y continuar con el cumplimiento al objetivo propuesto: "consolidar la higiene de manos como el pilar fundamental de nuestro trabajo, buscando la reducción de las IAAS, conteniendo la diseminación de bacterias resistentes a múltiples antibióticos y disminuyendo los impactos en morbilidad y los costos en salud, aportando a la seguridad del paciente".

Retos:

Dentro de los retos que tiene la experiencia en el futuro se encuentran:

- Continuar consolidando el cambio de comportamiento de los funcionarios del hospital, hacia una cultura de higiene de manos y que a partir de él se incremente la seguridad hacia el paciente.
- Fortalecer el conocimiento del personal en formación que realiza rotación en la institución, que genere un cambio importante en las generaciones futuras de profesionales médicos, de enfermería y otros profesionales, para brindar una atención segura y que reconozcan en la higiene de manos la mejor estrategia para prevenir las infecciones.
- Mantener al programa de higiene de manos, como uno de los programas líderes en la institución en el tema de seguridad del paciente, que al mantener una adherencia de higiene de manos ayude al control y disminución de las infecciones.

Relaciones:

El programa involucra a las áreas asistenciales del hospital a quienes se les envía la información de sus indicadores trimestralmente y se realiza retroalimentación en cada servicio. La estrategia multimodal, en el componente de clima institucional de seguridad involucra al usuario como parte fundamental del cuidado, también compromete al personal directivo, gerencias, direcciones médicas, coordinadores de enfermería para que conozcan, participen y se comprometan.

El programa se vincula a la actividad de visita de calidad que se programa cada semana en un servicio asistencial o administrativo, donde se realizan preguntas de conocimiento de los 5 momentos de la higiene de manos, la técnica correcta, se verifica que el personal use adecuadamente los guantes, que se cuente con la infraestructura y por último verificar que el usuario tenga conocimiento de la higiene de manos.

Se creó un enlace importante con la oficina de docencia servicio, para que el personal en formación que ingresa a realizar las prácticas, realice la capacitación de higiene de manos virtual y presencial, en esta última práctica de la técnica de higiene de manos y pruebas pre y post test.



TOP BENCH

Excelencia de la Gestión

Postula
tus experiencias
EXITOSAS

La estrategia multimodal propuesto por la OMS, propone que las instituciones desarrollen acciones propias para mejorar la higiene de manos, el programa se involucra con el laboratorio de co-creación en la innovación de equipos y elementos que ayuden a mejorar la adherencia a la higiene de manos, en la actualidad se han probado la caja dispensadora de guantes, el sensor de alcohol, el soporte de válvula cremiera y la caja negra para verificación de limpieza de las manos, con el grupo de co-creación se presentó un poster en el foro internacional de la OES en el 2019 llamado "La innovación tecnología: un mecanismo que dinamiza los procedimientos hospitalarios y mejora la seguridad del paciente".

A través del laboratorio de co-creación, se han tenido contactos con Ruta N y Sena Innova para el desarrollo de otros dispositivos que promuevan la adherencia a la higiene de manos.



Luego de la participación de la institución en el Premio Latinoamericano de excelencia en higiene de manos, se forjó una relación permanente con el Dr. Didier Pittet, Médico Infectólogo del Hospital Universitario de Ginebra, Suiza creador del programa "SAVE LIVES: Clean Your Hands" y con la Dra. Marcela Hernández, Médica Infectóloga de Hospital General de Niños en Costa Rica, asesora de la OMS en higiene de manos, ellos brindan acompañamiento permanente a las acciones del programa de higiene de manos del Hospital General de Medellín.

Lecciones aprendidas:

La ejecución del programa bajo los lineamientos de la OMS, cumpliendo los componentes de la estrategia multimodal, favorece el cumplimiento de la adherencia a la higiene de manos.

El cumplimiento de cada uno de los componentes favorece la adherencia de higiene de manos, el programa les brinda gran importancia a los componentes de formación y al clima institucional de seguridad.

Las observaciones avisadas, acompañado del retroalimentación al personal de una manera respetuosa, cálida y cordial permite la comprensión de la higiene de manos en las acciones diarias del personal.

Al tener una observación no avisada a través de las cámaras de video y la citación al personal para que vea los videos, ha permitido cambios importantes de comportamiento individual.

El cierre de la brecha entre la observación avisada con la observación no avisada, da cuenta de un mejoramiento en la adherencia a la higiene de manos por parte del personal asistencial.

"RÁPIDO: tiempo es cerebro"

una experiencia desarrollada
por la Fundación Instituto
Neurológico de Colombia - INDEC



Contexto:

La Fundación Instituto Neurológico de Colombia-INDEC, es una Institución sin ánimo de lucro, de más de 45 años de servicio a la comunidad, dedicada a la prestación de servicios integrales de salud en neurología y neurocirugía.

Antecedentes:

La Fundación Instituto Neurológico de Colombia (INDEC) desde sus inicios en el año 1972, ha orientado su pensamiento organizacional en liderar el desarrollo de las Neurociencias de aplicación clínica en el país, pensamiento que se describe de manera explícita en los diferentes elementos de su estrategia, misión, visión, valores corporativos, políticas y objetivos estratégicos, en los cuales el INDEC se compromete en trabajar para alcanzar estándares de alto desempeño, que respondan a las necesidades y expectativas de sus partes

interesadas, garantizando seguridad, humanización, oportunidad y satisfacción para clientes y usuarios de mercados nacionales e internacionales.

En el último ejercicio planificador período 2016-2023, asociado al objetivo estratégico N° 2: **"Ofrecer servicios especializados en Neurociencias, eficientes y de valor para las partes, que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes y usuarios"**, se estructuraron proyectos por medio de planes operativos anuales relacionados con la implementación de Centros de Excelencia y de manera concreta se define avanzar en la implementación del programa de ACV (Ataque Cerebro Vascular), priorización que fue motivada por la alta tasa de mortalidad que representa (En el Mundo, es segunda causa de mortalidad (5.5 millones de muertes cada año).

En Colombia el ACV constituye la cuarta causa de mortalidad por enfermedades crónicas. En Medellín según el DANE fue la tercera causa de mortalidad en año 2012 y en el Instituto Neurológico según perfil epidemiológico institucional el ACV representa la primera causa de hospitalización y de atención por urgencias neurológicas, estas fueron las motivaciones que dieron origen al programa de ACV, fundamentado en centros de Excelencia "RAPIDO: tiempo es cerebro".

Entorno:

La experiencia "RAPIDO Tiempo es cerebro", se desarrolla inicialmente en el servicio de urgencias del INDEC, donde ingresa el paciente ya sea referido, por traslado primario o de manera espontánea, en este servicio se realiza la valoración y manejo inicial y el equipo de salud define conducta según el modelo de atención y la guía de práctica clínica específica, para luego

direccionarlo según su condición, a los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico y/o servicios hospitalarios que requiera.

Esta experiencia beneficia a toda la población del departamento de Antioquia, independientemente de su aseguramiento que consulta en el INDEC por sospecha de ACV (Ataque Cerebro Vascular), ya sea referido, traslado primario o de forma espontánea y a nivel del municipio de Medellín, a través de la estrategia definida por la Secretaría de Salud, para la atención de patologías tiempo dependientes, en la cual está incluida el ACV. El INDEC y otras tres instituciones de alta complejidad de la ciudad hacen parte de la red municipal para la atención del ACV por georeferenciación.

Propósito fundamental y descripción de la experiencia:

La Fundación Instituto Neurológico de Colombia INDEC alineado con su pensamiento organizacional y sus elementos estratégicos, desde el año 2006, define acciones orientadas a la reducción de la mortalidad y a las secuelas generadas por ACV. Una decisión estratégica importante para cumplir con este propósito, es la apertura de los servicios de urgencias, hospitalización, cuidados intermedios y especiales con orientación a patologías neurológicas ya que para esa época solo se tenían habilitados servicios ambulatorios.

La implementación de esta estrategia, tiene como propósito fundamental mejorar la calidad de la atención en ACV que incluye, disminuir tiempos de atención pre y hospitalaria, impactar en la discapacidad y en los desenlaces funcionales, así como en la prevención de recurrencia.

Adicionalmente, como parte de la [estrategia código ACV ciudad](#) se busca compararnos y compartir información y experiencias con otros centros de atención, encaminados al cumplimiento de las metas definidas para este tema en la ciudad (Ver capítulo de resultados de la experiencia).



Desde el 2006, el Instituto abordó esta patología fundamentado en la experiencia y experticia de sus especialistas, pero en el año 2016 y teniendo en cuenta que esta patología siempre ha sido la primera causa de atención en los servicios de urgencias, hospitalización, UCI y UCE del Instituto, la Dirección General toma la decisión de fortalecer la atención integral con el apoyo de los especialistas y liderado por un Neurólogo.

Siendo conscientes de que impactar estas cifras de manera sostenible, amplia y sistemática, solo se podría lograr aunando esfuerzos de diferentes actores como entidades territoriales, aseguradoras, prestadores de servicios de salud y academia, se estructura y presenta ante el ente territorial municipal una propuesta denominada: **"Red de servicios de salud para la atención integral de pacientes con ataque cerebrovascular agudo isquémico en la ciudad de Medellín"**, cuyo objetivo general es establecer una red de prestación de servicios de salud en la ciudad, para

optimizar los tiempos de atención en pacientes con ACV isquémico, que permita disminuir la morbimortalidad y las secuelas por esta enfermedad, propuesta que además buscaba potenciar los recursos existentes en ciencia, tecnología e innovación (conectividad, plataformas, servicios tecnológicos, talento humano, gestión del conocimiento, innovación en procesos, entre otros) y articularse con la estrategia CIGA (Centro Integrado de Gestión del Acceso) adelantada por la Secretaría de Salud de Medellín, buscando garantizar la atención oportuna, segura y pertinente de las patologías tiempo dependientes. La propuesta presentada por el INDEC a la secretaría se basa en un ejercicio de referenciación documental en el cual se revisa la experiencia de Cataluña (España) en el manejo en red de esta patología.

Como resultado de los acercamientos con el ente territorial, en primera instancia se decide estructurar una herramienta para evaluar las capacidades técnico administrativas de las instituciones de la ciudad para la atención de ACV, e identificar cuáles serían los centros de referencia para su atención. El instrumento utilizado por la Secretaría de Salud para la clasificación de centros de atención de ACV, fue estructurado teniendo como referente la American Heart Association - American Stroke Association y recomendaciones de expertos de Instituciones de alta complejidad de la ciudad entre las cuales se encuentra el INDEC **"Instrumento de parámetros de clasificación para Centros de atención ACV (Centros alta complejidad). Medellín 2017"**. En la primera evaluación realizada en 2017 el INDEC obtuvo un puntaje de **35 de 35.5** posibles, resultado que convierte al INDEC en centro de referencia para el manejo del ACV en la ciudad. En julio de 2019, la Secretaría realiza una segunda evaluación del mantenimiento y mejoramiento de la

estrategia, en las instituciones que están participando en la red, evaluación en la cual el Instituto obtiene una calificación de 35.5 de 35.5 posibles, es decir un cumplimiento del 100%.

Se revisó y adoptó mediante acta de dirección el 2 de febrero de 2016 la guía del Ministerio de Salud y Protección Social "Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en población mayor de 18 años" según lo establecido en el procedimiento CD006 Adopción e implementación de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, de igual manera se estructura el plan de implementación elaborado por un equipo interdisciplinario, en el cual participa un experto temático para seleccionar las recomendaciones trazadoras y definir facilitadores y barreras en dicha implementación.

TOP BENCH

Excelencia de la
Gestión



Postula
tus experiencias
EXITOSAS

Inscripciones abiertas
Informes

(4) 265 6802 Ext 111

Como estrategias educativas y de diseminación de la guía y demás documentos técnicos, el INDEC ha implementado las siguientes estrategias: socialización de la guía con énfasis en recomendaciones trazadoras, medición y retroalimentación de la adherencia a las guías, educación médica continuada/reuniones educativas interactivas, (STAFF).

En el 2018, a partir de nueva evidencia publicada en guías de práctica clínica internacionales, se realizó una revisión de esta nueva evidencia lo que generó una actualización de la guía adoptada por el INDEC en 2016.

Como actividad concreta del plan de acción asociado a esta estrategia, se conforma un equipo interdisciplinario líder del programa, en el cual participan: La directora general (Neuróloga Clínica), directora médica (Especialista en Auditoria en Salud), neuróloga clínica experta en ACV (líder clínico del programa), médica

epidemióloga, jefe del sistema de gestión de calidad, personal profesional de enfermería y la jefe de comunicaciones según el tema a tratar.

De igual manera y conforme a lo establecido en el sistema de gestión integral de calidad del INDEC, en el modelo de operación por procesos y del modelo de atención INDEC, se estructuran en consenso, una serie de documentos y material educativo e informativo que apoyan la implementación del programa, basados en la mejor evidencia disponible, en ejercicios de referenciación comparativa, en la identificación de necesidades y expectativas de las diferentes partes interesadas. Los documentos se normalizan y se ubican en la intranet para favorecer su acceso y consulta, de igual manera esta documentación es mejorada sistemáticamente por parte del equipo líder del programa con apoyo de profesionales del equipo de salud.

Para la implementación del programa fue necesario ajustar de manera importante el proceso de atención de los pacientes con ACV en sus diferentes etapas, en primera instancia se trabajó en el fortalecimiento del trabajo en red con los prestadores remissores, con las empresas de ambulancias y los servicios pre hospitalarios, capacitándolos en la evaluación, comunicación, transporte oportuno y pertinente al centro de atención especializado.

Al ingreso y para cada etapa de atención se tienen establecidos los roles y responsabilidades del equipo de salud, listas de chequeo y mecanismos de monitoreo para evaluar la oportunidad de la atención y la evolución del paciente, con la ayuda de flujogramas que facilitan la comprensión del proceso de atención y su adherencia. Además del ajuste al proceso de atención, se ha requerido mejorar en tecnología biomédica y en el fortalecimiento de las competencias del personal en el manejo y atención específica de pacientes

con ACV, buscando mejorar el registro y la consolidación de los tiempos exactos en cada etapa de atención e intervención clínica para identificar brechas con respecto a los referentes internacionales, y en el marco de la alianza con ANGELS, se implementa un método de registro online a través de la plataforma RES.Q, la cual es avalada por la Organización Europea de Stroke (ESO).



Alineados con el objetivo estratégico N° 1: "Fortalecer la cultura basada en los valores corporativos, en el aprendizaje continuo y en la aplicación de altos estándares de conocimiento" y el proceso de gestión humana, el INDEC identifica, estructura, ejecuta y realiza seguimiento al plan anual de formación, en el cual se incluyen acciones de formación orientadas a fortalecer las competencias del personal con relación a la atención de patologías neurológicas. Este plan incluye entre otras, la estrategia de educación continuada denominada Pénsum Institucional, en respuesta a las necesidades de capacitación identificadas a partir de las diferentes fuentes; se tiene un módulo específico respecto a la seguridad del paciente y otros 25 con el enfoque en humanización y fortalecimiento de la cultura organizacional deseada. (Modelo de atención, política y programa de humanización y seguridad integral). En esta estrategia participa todo el personal que ingresa a la institución. Al finalizar la inducción se realiza un examen que permite

identificar la apropiación de conocimiento con respecto a todos los temas del SGIC. (Sistema integrado de gestión de calidad).

A partir de los ejercicios de referenciación documental adelantados para el fortalecimiento del programa, se conoce la Iniciativa Internacional ANGELS, la cual basada en la mejor evidencia disponible plantea intervenciones específicas en las diferentes fases de la ruta del paciente con ACV, orientadas a disminuir la discapacidad y la tasa de mortalidad en diferentes países del mundo. El Instituto se vincula a esta iniciativa, se firma un convenio y se inicia un proceso de acompañamiento permanente en el mejoramiento del programa.

El primer apoyo de la iniciativa Angels fue el fortalecimiento de las competencias del personal profesional de enfermería, mediante la Titulación en ICTUS, con la realización de 21 módulos cuyos ejes temáticos están relacionados con el manejo del paciente con ACV. El 100% de los enfermeros profesionales del Instituto logró la certificación y a partir de este aprendizaje, se decide incluir esta titulación como requisito durante el proceso de inducción de este personal. El INDEC fue la primera institución en Colombia en certificar a sus profesionales de enfermería con la iniciativa ANGELS.



Como acción de mejora y buscando ampliar la cobertura en capacitación y el fortalecimiento de las competencias de todo el personal asistencial en el manejo del paciente con ACV, se estandarizan diferentes estrategias para incluir al personal auxiliar de enfermería, camilleros y técnicos de atención prehospitalaria en esta formación, la cual es evaluada por medio de pruebas de conocimiento y medición de adherencia.

Con respecto al personal médico, de manera específica en lo relacionado a la atención de pacientes con ACV, se realizó la certificación en la Escala de ACV del Instituto Nacional de Salud. National Institute of Health Stroke Scale, NIHSS por la cual se evalúan las funciones neurológicas básicas en la fase aguda del ACV isquémico, tanto al inicio como durante su evolución. Actualmente el 100% de los médicos de urgencias están certificados en la aplicación de la escala y para

garantizar la sistematicidad de esta mejora, se define incluir la certificación como requisito al ingreso del personal médico.





Otras estrategias que se realizan de manera sistemática, para fortalecer las competencias del personal del INDEC tanto clínico como administrativo en el manejo del ACV y que han favorecido el mejoramiento de una cultura orientada a la atención oportuna y segura del paciente neurológico son: realización de staff clínicos, talleres específicos en grupos primarios, jueves académicos con el personal de enfermería, realización de simposios para personal médico y de enfermería, participación en seminarios y congresos nacionales e internacionales, simulación del flujo de atención, estrategia que ha generado dos versiones del video para la atención de los pacientes con ACV, guías rápidas, flujogramas con las rutas de atención, publicaciones en intranet y en redes sociales, todo esto buscando generar aprendizajes significativos en el personal y consciencia en el manejo oportuno y pertinente del ACV.

Como parte del trabajo intersectorial y buscando que los demás actores del sistema se articulen con la estrategia, el INDEC realizó acercamientos con las directivas de entidades responsables de pago, instituciones educativas, empresas de taxis y comunidad en general. A partir de estos acercamientos se establecieron algunos compromisos como la transferencia de conocimientos del manejo pre hospitalario del ACV, para lo cual se realizaron diferentes actividades de capacitación y entrenamiento que involucraban médicos de la red de urgencias de aseguradoras, técnicos en atención prehospitalaria, empresas de taxis, personal en formación de enfermería para el entrenamiento en el abordaje del paciente con ACV "El INDEC en tu Universidad", entre otros.

Otro factor clave de éxito de la estrategia es la educación que se ha brindado a la comunidad en general y al paciente y su familia, para lo cual se han implementado una serie de estrategias con

material educativo de fácil comprensión que facilitan su entendimiento para la identificación oportuna de las señales, síntomas, manejo y cuidados en casa en ACV.



La implementación de estas estrategias ha llevado a que de manera sistemática se presenten ajustes y mejoras en los procesos, buscando siempre reducir los tiempos de atención, en las diferentes fases y garantizar atenciones costo efectivas que generen valor tanto al paciente y su familia como al sistema. Una de las mejoras más importantes y que evidencia el compromiso de la alta dirección es la asignación de una profesional de enfermería exclusiva para fortalecer el componente educativo de los programas especiales dentro de los cuales se prioriza ACV, necesidad que se identifica y gestiona desde el ingreso hasta su salida y seguimiento. A partir de la implementación del programa de manejo de ACV, se han logrado importantes mejoramientos institucionales tales como:

Fortalecimiento de las competencias del personal en el manejo seguro y oportuno del paciente con ACV.

Mejoramiento del flujo de atención del paciente, identificando y eliminando actividades que no generan valor.

Renovación tecnológica orientada al paciente neurológico.

Sistematicidad del registro y monitoreo en tiempo real de los tiempos en cada etapa del proceso de atención que facilita la toma de decisiones.

Articulación del equipo de salud en el manejo interdisciplinario del paciente con ACV.

Fortalecimiento del programa de acompañamiento y educación en salud.

Resultados de la experiencia

Los resultados clínicos generados nos indican que es una estrategia que genera VALOR, no solo para los pacientes y sus familias, para nuestros colaboradores, para el personal en formación y para los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud incluyendo la Secretaría Municipal de Salud de Medellín y la estrategia Angels, propiciando un trabajo colaborativo para el mantenimiento y mejoramiento de la estrategia.

De manera específica esta experiencia ha generado conocimiento en el sector a lo largo del proceso de implementación y fortalecimiento, como evidencia de ello se relaciona a continuación la producción científica que los colaboradores del INDEC han generado:

- Trabajo de investigación residente de neurología, actualmente es la médica Neuróloga que lidera la experiencia "RAPIDO. Tiempo es cerebro".
- Mejor trabajo de investigación (Asociación Colombiana de Neurología) Enfermedad de pequeño vaso y desenlace clínico con ACV isquémico).
- Small vessel disease and clinical outcome in Ischemic Stroke, Berlin, Alemania 2016.
- Capítulo libro. Residentes de neurología.
- Poster Congreso colombiano de Neurología Barranquilla 2018.
- Tratamiento ventana terapéutica con terapia de reperfusion sin core en la imagen cerebral 2018.
- Proyectos en curso: Pronóstico de pacientes con ACV isquémico de circulación posterior (Actualmente en elaboración de artículo).

A continuación se presentan algunos de los resultados obtenidos con la implementación de la experiencia, teniendo en cuenta los objetivos y metas propuestas, resultados que evidencian el compromiso del INDEC con la implementación, mantenimiento y mejoramiento de experiencias que propenden por garantizar atenciones seguras.

Histórico de trombolisis INDEC 2008-2019

a junio



A partir del año 2016 que inicia la implementación del programa de ACV se observa el incremento gradual de las intervenciones terapéuticas en ACV, conforme a lo establecido en la mejor evidencia disponible.

Tiempos - oportunidad en la atención	Meta ciudad	INDEC agosto 2017- agosto 2018	INDEC enero abril 2019 N=32
Puerta-a-imagen (minutos)	≤ 25	40	25
Puerta-a-aguja (minutos)	≤ 60	70	46.5
Imagen-a-punción ingle (minutos)	≤ 110	Sin dato (se inicia medición como mejora del proceso)	144
Independencia funcional al alta, mediana (Rango intercuartil)	mRankin ≤ 2	Sin dato (se inicia medición como mejora del proceso)	3 (1-5)
Independencia funcional a los 3 meses. mRankin ≥ 2 , mediana (Rango intercuartil)	$\geq 33\%$	Sin dato (se inicia medición como mejora del proceso)	1 (0-4)
Tasa de pacientes con TICI $\geq 2b/3$, (%) (Recanalización de vaso)	$\geq 60\%$	Sin dato (se inicia medición como mejora del proceso)	56%
Inicio de síntomas-a-ingreso, minutos, mediana (Rango intercuartil)	Ingreso a urgencias dentro de las tres primeras horas de síntomas	El 59% de los pacientes ingresan dentro de las tres primeras horas de síntomas	El 75% de los pacientes ingresan dentro de las tres primeras horas de síntomas
Mortalidad*		Sin dato (se inicia medición como mejora del proceso)	21.9%
Promedio día estancia - Pacientes ACV	< 11 días (Referente red Teleictus España)	5.31 días	5.22 días



Esta experiencia obtuvo el reconocimiento a las experiencias exitosas en salud en el nivel de seguridad del paciente obteniendo categoría Bronce, por parte de la Secretaría de Salud (reconocimiento operado por Asesorías y Soluciones Integrales en Salud y la Fundación Guayacanes). Otros indicadores de interés:

Indicador	Resultados 2017	Resultados 2018	Resultados 2019 (Junio)
Tasa de accidentalidad INDEC	7.93	5.02	2.48
Referente sector salud	7.02	6.49	3.08
Índice de Eventos Adversos	0.21%	0.22%	0.15%
Proporción adherencia barreras de seguridad- Rondas de seguridad	96.3%	96.7%	96.9%
Adherencia Guía de práctica clínica de ACV Médicos urgencias	Sin dato	91%	95%
Adherencia Guía de práctica clínica de ACV Médicos especialistas	Sin dato	100%	99%
Proporción de satisfacción global de usuarios - Servicios hospitalarios	99.3%	99.14%	99.06%

Retos:

Dentro de los retos institucionales para la experiencia "**RAPIDO: tiempo es cerebro**", se encuentran:

- Avanzar en la implementación de la unidad de tele STROKE.
- Acompañar a la entidad territorial en el mantenimiento y fortalecimiento de la red de atención integral para el manejo de ACV, como estrategia de ciudad. "Código ACV Ciudad".
- Continuar con la disminución sistemática de los tiempos en las diferentes etapas de atención del ACV, buscando impactar de manera positiva en los desenlaces clínicos de la población atendida.
- Fortalecer las estrategias implementadas en el INDEC para mejorar el alcance en la capacitación y sensibilización de la comunidad en general en la prevención de los factores de riesgo modificables asociados al ACV, en la identificación oportuna de los síntomas y modo de actuación para dirigirse a su prestador de servicios de salud.
- Mejorar el alcance en la formación de personal médico de los prestadores de la ciudad, y de otros actores que participan en el manejo del ACV.
- Establecer alianzas con las universidades que tienen programas de enfermería y atención prehospitalaria para la formación y entrenamiento específico en el manejo integral del paciente con ACV.

Relaciones:

A partir de la gestión realizada por la alta dirección con respecto a la experiencia, se ha logrado el apoyo de los diferentes actores en su implementación y fortalecimiento así:

- **La Secretaría de Salud de Medellín**, en la formulación de políticas municipales orientadas a la implementación de la ruta de atención de las emergencias médicas en el municipio, en la conformación de la red para la atención de ACV y en el seguimiento a la estrategia.
- **Con los prestadores de servicios de salud**, en la adherencia a las recomendaciones dadas para la referencia de pacientes.
- **Con los taxistas y servicios de ambulancia** de igual manera en la adherencia a las recomendaciones dadas para el transporte y la comunicación oportuna de la condición clínica del paciente.
- **Con las universidades y demás instituciones formativas** permitiendo que el INDEC capacite y entrene a su personal en el manejo adecuado de esta patología.
- **Con la empresa privada** facilitando el espacio para la realización mensual de los GES (Grupos de educación en salud), con la Iniciativa Angels en el fortalecimiento de las competencias del personal en el abordaje del ACV y con material educativo para el equipo de salud y el paciente y su familia.

Estas relaciones se sostienen en el tiempo mediante estrategias de comunicación asertivas de aplicación sistemática.

Sostenibilidad de la experiencia:

La experiencia es sostenible en el largo plazo, ya que hace parte del pensamiento organizacional de la Fundación Instituto Neurológico de Colombia, está alineada con los diferentes elementos de la estrategia, está estructurado como proyecto del Plan de Desarrollo Institucional 2016-2023, lo que favorece la asignación de recursos y el seguimiento sistemático por parte de la alta dirección, además se constituye en un proyecto de ciudad.

Lecciones aprendidas:

El trabajo en red para la atención intersectorial del ACV es posible y se hace indispensable articular todos los recursos, para impactar de manera

importante en la morbilidad y mortalidad de esta patología y en sus secuelas a nivel de ciudad.

Se debe garantizar que todo el equipo de salud responsable del manejo del ACV, tenga las competencias necesarias para el manejo oportuno, pertinente y seguro de las diferentes fases de atención de esta condición clínica, bajo un modelo de atención estandarizado con la mejor evidencia disponible y con referentes de excelencia.



Garantizar un abordaje del ACV con un enfoque multidisciplinario, especializado soportado en una comunicación efectiva y asertiva favorece el manejo y los desenlaces clínicos.

La vigilancia paso a paso de los tiempos de atención del ACV con registros precisos y completos permite obtener datos esenciales para identificar oportunidades de mejora y fortalecer de manera sistemática el modelo de atención.

La formación y educación continua de los diferentes actores del sistema que participan en el abordaje integral del ACV, se constituye en el factor clave de éxito para lograr los objetivos y metas clínicas del programa.

La utilización de las tecnologías de la información y la comunicación facilitan el proceso de difusión de material educativo relacionado con ACV a las diferentes partes interesadas y favorecen la apropiación de aprendizajes significativos.

La conformación de un equipo interdisciplinario responsable de la implementación, seguimiento sistemático a indicadores definidos y ajustes según desviaciones facilita el logro de los objetivos y metas propuestas.

Carteleras *digitales* para instituciones de salud



➤ Una opción *interactiva*
para *capacitar* a sus
pacientes ➤



Profamilia

Programa

atención integral a personas
con discapacidad

Una experiencia desarrollada
por la Asociación Profamilia



Contexto:

Profamilia es una organización privada sin ánimo de lucro fundada en 1965, que promueve el respeto y el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de toda la población en Colombia.

A través de los años, Profamilia ha sido líder en la defensa de la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos de Colombia. Por esta razón se proyecta para lograr una gestión empresarial exitosa e innovación permanente, Profamilia garantiza altos niveles de calidad en su operación para contribuir al bienestar y desarrollo de los colombianos, y ser un referente nacional e internacional.

Esta experiencia de atención integral a personas con discapacidad, contribuye con la transformación de la cultura, los comportamientos y hábitos de pacientes, familiares, cuidadores,

personal de la salud y comunidad para generar bienestar integral e incrementar la calidad de vida de esta población.

Antecedentes:

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) aprobada por las Naciones Unidas en 2006, consagra el modelo social de la discapacidad reconociéndola como parte de la diversidad humana y resalta las múltiples barreras que persisten en la sociedad para la inclusión. Así, el modelo social implica entender que la discapacidad se construye socialmente y no está localizado en los cuerpos de las personas, sino en las barreras que persisten e impiden su inclusión social plena; el Artículo 6 de la convención señala que los Estados deben garantizar su pleno desarrollo y el ejercicio de sus derechos humanos.

Por medio de la Ley 1346 de 2009 Colombia aprobó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y de esta forma, el país adquirió la obligación de actualizar la legislación en términos de discapacidad. La Ley Estatutaria 1618 de 2013, "por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad", adopta los mandatos de la Convención de Naciones Unidas y dispone las obligaciones para los Prestadores de Servicios de Salud.

Por su lado, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1904 de 2017 que reconoce los derechos sexuales y reproductivos (DSDR) de las personas con discapacidad; así, genera la obligación de contar con apoyos y ajustes razonables para garantizar que las personas con discapacidad accedan a servicios de salud sexual y reproductiva.

A pesar de los avances normativos, las personas con discapacidad enfrentan múltiples barreras de acceso a la información, comunicación, educación y conocimiento para ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos; principalmente las discapacidades de tipo cognitivo y psicosocial, suelen ser entendidas como sujetos pasivos frente a su sexualidad, y sus familias suelen temer que sus hijos sean víctimas de violencia sexual.



Para abordar este riesgo, muchas familias han entendido la esterilización como una forma de protección. La evidencia ha mostrado que las personas con discapacidad, en especial con discapacidad cognitiva y psicosocial, son sujetas a altos índices de esterilización no consentida. A través de prácticas como el consentimiento informado sustituto, la interdicción judicial y la toma de decisiones sin tener en cuenta a la población con discapacidad; el marco legal colombiano ha permitido la práctica de procedimientos médicos invasivos, como la esterilización definitiva, sin consentimiento personal e informado de la persona con discapacidad. De 2009 a 2018, 6.679 mujeres con discapacidad y 1.058 hombres con discapacidad fueron sometidos al procedimiento de esterilización, para un total de 7.737 personas. Ministerio de Salud, 2018.

Desde el año 2012, Profamilia trabaja para exigir la comprensión y el abordaje de la sexualidad y la reproducción de las personas con discapacidad en Colombia. En este proceso, se identificó que las personas con discapacidad son sujetos de diferentes formas de discriminación en el ejercicio de sus Derechos Sexuales y Reproductivos, tales como la negación de su sexualidad, la infantilización, la humillación o el rechazo a sus cuerpos, entre otras formas de negación y estigmatización sobre su sexualidad y sus deseos de maternidad o paternidad, que las expone a diversos riesgos de salud a través de factores como la ausencia de atención en salud sexual y reproductiva o la falta de información y educación sexual accesible. Algunos de estos riesgos son la gestación, parto, puerperio, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual y VIH, el cáncer de cérvix y cáncer de próstata o testículos, y las situaciones de todo tipo de violencias.

Desde el 2015, Profamilia inició el proceso de transformación de sus rutas y protocolos internos para la atención a la salud sexual y reproductiva de la población con discapacidad, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes y en concordancia con el modelo social de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El paso de un modelo médico de la discapacidad, que se enmarca en un enfoque rehabilitador, a un modelo que busca el reconocimiento del carácter social de la discapacidad, supuso una serie de retos para Profamilia, e involucró una mirada integral por la variedad de servicios que ofrecen las 38 clínicas de Profamilia a lo largo del país. Así, a partir de un comité interdisciplinario, Profamilia logró crear un modelo pionero para la toma de decisiones con apoyos en salud sexual y reproductiva, que reconoce como principio la confidencialidad, intimidad y dignidad de las personas con discapacidad.

Entorno:

El programa tiene un alcance nacional y opera en las 38 clínicas de Profamilia a lo largo del país, brindando atención a personas con discapacidad físicas, intelectuales, psicosociales y/o sensoriales; partiendo de la necesidad de reconocer su interacción permanente y frecuente con diversas barreras que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.



Enlaces
Centro de altos estudios

Tu **mejor opción** en **formación**

Contamos con una **amplia oferta** educativa en las modalidades **presencial, semipresencial y virtual**

Conócela a través de www.fundacionguayacanes.org

Propósito y descripción de la experiencia:

El propósito fundamental del programa busca garantizar la atención integral en salud sexual y salud reproductiva con enfoque diferencial a las personas con discapacidad en el marco del respeto por el ejercicio de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y la toma de decisiones con apoyo.

El programa de atención con enfoque diferencial a personas con discapacidad tiene como premisa básica el reconocimiento de la voluntad y preferencias de la persona, planteando un cambio de paradigma frente a la atención en los servicios, reemplazando el modelo de sustitución de las decisiones por uno que favorece la toma de decisiones con apoyos y ajustes razonables. Esta transición genera un cambio frente al abordaje de la discapacidad, la identificación y eliminación de barreras actitudinales y la

implementación por parte de los profesionales de buenas prácticas en la atención a pacientes con diversidad funcional brindando los ajustes razonables y los apoyos necesarios para garantizar la toma de decisiones en cada caso en particular.

Inicialmente, bajo el modelo de "Procedimiento de atención a la población con discapacidad", se establecieron algunos pasos y recomendaciones para la atención de esta población, con énfasis en la población con discapacidad intelectual y psicosocial. Para 2019 se plantea el "Programa de Atención Integral a la población con discapacidad", con algunos elementos del procedimiento, actualizando y ampliando su alcance a todos los servicios que se prestan en las clínicas de Profamilia y a otras discapacidades. La construcción de estos procesos fue alimentada por el grupo de líderes con discapacidad que se viene

formando en Derechos Sexuales y Reproductivos desde el 2013. Igualmente, los hallazgos en la investigación "La violencia sexual en personas con discapacidad desde un modelo de determinantes sociales" realizada por Profamilia sirvió para orientar la construcción del programa de atención.

Internamente, el programa viene siendo liderado por un grupo interdisciplinario que incluye el equipo de incidencia política, profesionales médicos, el equipo de psicología y jóvenes, el área de gestión clínica y la mirada externa de las organizaciones de familias y personas con discapacidad, tales como:

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
- Open Society Foundations quien ha financiado varias estrategias del programa.
- Liga Colombiana de Autismo (LICA).
- Asociación Colombiana Síndrome de Down (Asdown Colombia).
- Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social (PAIIS) de Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes.
- Universidad de Caldas.
- Lupines y Artesas en Medellín.

El programa ha incluido en su fase de implementación:

- Sensibilización y capacitación de todo el personal asistencial de Profamilia desde el 2013 hasta el 2019. Esto ha incluido talleres conceptuales, sensibilización, jornadas académicas, talleres prácticos con casos clínicos, entre otros.
- Ajustes en las variables de registro clínico y admisiones. En 2015 se incorporó la variable de discapacidad, siguiendo las categorías de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (discapacidad física, sensorial, intelectual, psicosocial y múltiple).
- Acceso al Centro de Relevó para población con discapacidad auditiva: a través de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC). se cuenta con el Centro de Relevó, un proyecto entre el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - MINTIC y la Federación Nacional de Sordos de Colombia, Fenascal. En el Centro de Relevó: las personas con discapacidad auditiva pueden comunicarse con cualquier persona oyente en todo el país solicitando el servicio de interpretación cuando necesiten ser atendidos en las diferentes instituciones o entidades del país o contar con un servicio de intérpretes de confianza que puedan ser contactados para casos urgentes y específicos.
- Capacitación a 14 profesionales en nivel I, y 13 en nivel II en lengua de señas por la Federación Nacional de Sordos de Colombia - FENASCOL.



- Se dispuso material didáctico para el uso durante la consulta, como plastilina, colores, mandalas, témperas, entre otros para facilitar los apoyos en comunicación que puedan requerir las personas con discapacidad.
- Evaluación de infraestructura en el 2017 de las clínicas acorde las Resoluciones 4445 de 1996 y 14681 de 1985, para el cumplimiento de las disposiciones que garanticen el acceso a los servicios para personas con movilidad reducida o discapacidad motriz.
- Construcción de un modelo de asistencia técnica para el sector salud, jueces, sistema de protección, etc. y entrenamiento a jueces y a universidades.
- La construcción e implementación de la cartilla: "Apoyo en toma de decisiones en salud sexual y reproductiva". Esta cartilla consiste en una herramienta para prestar apoyos por medio de imágenes, actitudes y acciones que pueden realizar los profesionales de la salud para apoyar a las personas con discapacidad intelectual y psicosocial en la toma de decisiones sobre métodos anticonceptivos, aborto, detección de violencias, entre otras.

Esta herramienta fue piloteada con jóvenes y adultos con discapacidad intelectual y psicosocial, demostrado que sí genera ajustes razonables en la forma en la que se da la información y que permite apoyar el conocimiento de la voluntad de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial.

La cartilla recoge los diferentes apoyos que pueden requerir las personas con discapacidad intelectual para el ejercicio y la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva y está disponible en todas las clínicas de Profamilia de forma digital y física.

Si bien existen otros modelos en el mundo, este ha sido adaptado a la capacidad institucional de Profamilia y a los servicios concretos que se prestan. Esta cartilla cuenta con las siguientes herramientas:

Recomendaciones generales para prestar un servicio en salud sexual y reproductiva que sea accesible e incluyente:

se les brinda a los profesionales tips prácticos sobre qué cosas hacer y no hacer para garantizar un servicio accesible. Cosas sencillas como dirigirse a la persona y no a su acompañante, utilizar un lenguaje sencillo y no figurativo, usar estrategias de repetición y validación, entre otras cosas.

Valoración de apoyos para la comunicación: por medio de una lista de chequeo de posibilidades se indagan las diferentes formas de comunicación que puede tener una persona con discapacidad, para así ajustar la consulta psicológica y médica a esta modalidad de comunicación.



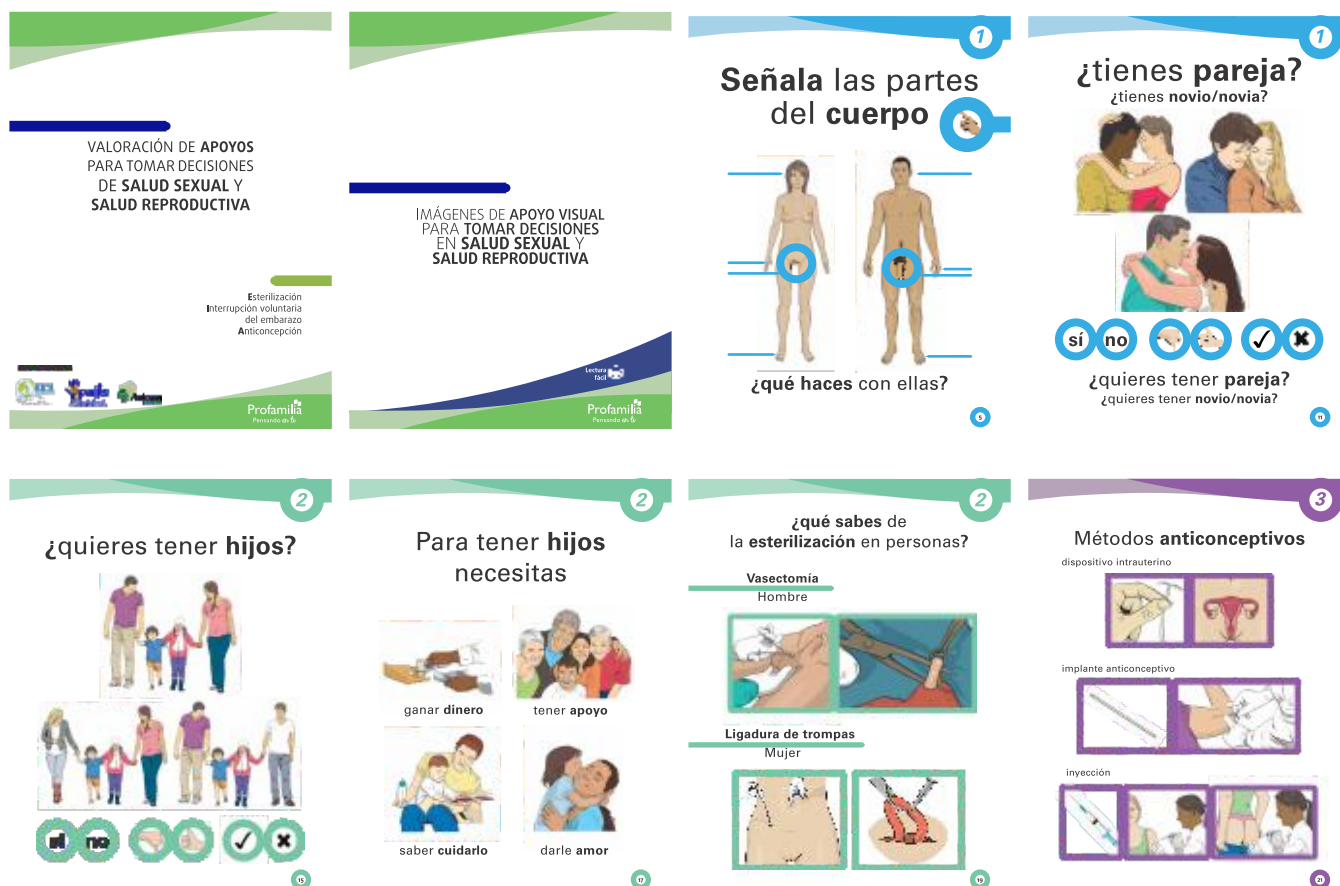
Valoración y perfil de apoyos para tomar decisiones de salud sexual y salud reproductiva: brindar herramientas para indagar sobre los apoyos personales y contextuales que requiere la persona y se introducen tres perfiles de apoyos posibles: bajo, medios y altos. De este modo, se brindan características típicas de cada uno de los perfiles, para que los profesionales puedan identificar cuál es el nivel de apoyos que requieren las personas, de acuerdo al análisis hecho durante la consulta y las preguntas sugeridas en el mismo instrumento.

Apoyos para toma de decisiones en salud sexual y reproductiva: teniendo en cuenta la valoración y clasificación en los perfiles de apoyo y sus niveles, en este apartado se listan las diferentes acciones sugeridas para cada uno de los perfiles de apoyos para la comunicación y toma de decisiones.

Aspectos a tener en cuenta para determinar si la persona está tomando una decisión informada: se realiza una lista de chequeo que permite identificar la decisión desde la comprensión, apreciación, razonamiento y la elección de la persona.



Imágenes de apoyo visual para tomar decisiones en salud sexual y reproductiva: se brinda una herramienta diseñada desde las normas de accesibilidad universal y en un formato de lectura fácil, para apoyar todo el ejercicio. Se busca que el profesional y la persona con discapacidad se puedan comunicar por medio del uso de imágenes y que la persona con discapacidad reciba información sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, relaciones afectivas, entre otras. Las herramientas de apoyo visual se encuentran estructuradas por niveles de complejidad. De igual modo, las imágenes visuales permiten apoyar el consentimiento informado, pues explica los procedimientos de anticoncepción temporal, permanente y aborto.



Mapa de redes de apoyo: por último, se cuenta con una herramienta para construir e identificar la red de apoyo de una persona, identificando el círculo de confianza de las personas con discapacidad y las personas que guardan o cuidan sus mejores intereses.

La práctica ha sido difundida a través de asistencias técnicas que se han brindado a diferentes aseguradores, prestadores y entes territoriales en todo el país.

Resultados de la experiencia:

Desde el 2016 a 2019, Profamilia ha atendido 1692 pacientes en el modelo de atención diferencial a personas con discapacidad, se ha conseguido un aumento de los servicios prestados prevaleciendo las atenciones a las personas con discapacidad cognitiva en un 39%, sensorial 22%, física 24%, múltiple 9% y psicosocial un 6%.

Desarrollo de la primera capacitación en Colombia sobre capacidades y derechos sexuales y reproductivos para personas con discapacidades intelectuales y psicosociales.

Creación de tarjetas de información para jueces, profesionales de la salud, personas con discapacidades y sus familias.

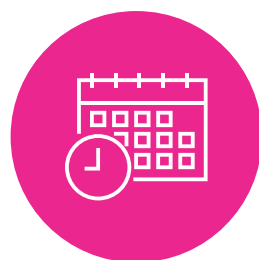


Profamilia capacitó a todo el personal en sus 38 clínicas de salud sexual en toda Colombia.

Se formaron 120 líderes con discapacidad intelectual y psicosocial en derechos sexuales y reproductivos en 4 ciudades del país. (2013-2014).

Se formaron 85 líderes de personas con y sin discapacidad en 5 ciudades del país en derechos sexuales y reproductivos con un énfasis en comunicación estratégica, incidencia política y prevención de violencias. (2017-2019).

205 jóvenes con discapacidad intelectual asistieron a sesiones de capacitación para desarrollar habilidades para defenderse y compartir información a través de sus redes sociales. Estas sesiones accesibles incluyeron materiales de fácil lectura y enfoques interactivos inclusivos.





Realización de diferentes espacios de asistencia técnica, espacios de incidencia y dos congresos médicos de "Buenas prácticas en salud sexual y reproductiva en personas con discapacidad", que han logrado impactar a más de 1000 profesionales en diferentes ciudades del país.

La guía: "Apoyo en la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva", ayuda a las personas a tomar decisiones sobre temas como la anticoncepción y el aborto. Esta herramienta fue validada con personas con discapacidad psicosocial e intelectual. Ahora se está compartiendo con otros proveedores de salud en Colombia. Las ONG y los servicios de salud en otros países podrían utilizar los materiales de capacitación y aprendizaje, haciendo enmiendas a diferentes marcos legales. A través de su trabajo con Handicap International y la Federación Internacional de Planificación de la Familia, los cuatro socios han compartido sus materiales con socios internacionales, y ha habido interés de organizaciones en Costa Rica, Guatemala, México y Uruguay.

En 2017, Profamilia apoyo la redacción de la Resolución 1904 del Ministerio de Salud de Colombia, que garantiza el derecho de las personas con discapacidad a recibir información adecuada para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, y prohíbe la esterilización de personas con discapacidad sin su consentimiento. La herramienta de evaluación de la toma de decisiones del proyecto implementada en Profamilia se utilizó como ejemplo para crear el estándar legal.



CONOCE NUESTRA OFERTA EDUCATIVA VIRTUAL

www.fundacionguayacanes.org

★ Curso PAMEC como herramienta para el mejoramiento 
Valor: \$350.000 **Intensidad:** 40 Hrs

★ Curso Auditores Internos de Procesos con Énfasis en Acreditación 
Valor: \$350.000 **Intensidad:** 40 Hrs

★ Curso Básico de Humanización de los Servicios de Salud 
Valor: \$350.000 **Intensidad:** 40 Hrs

★ Curso Implementación de la Estrategia IAMI Integral 
Valor: \$180.000 **Intensidad:** 20 Hrs

Profamilia realizó la investigación: "Violencia sexual en personas con discapacidad desde una perspectiva de determinantes sociales", que ha sido difundida en diferentes espacios de salud, justicia y protección, buscando generar mejores procesos de prevención, detección y abordaje de violencia sexual en personas con discapacidad.

Esta experiencia ha sido reconocida como una buena práctica a nivel internacional. El Dutch Coalition for Disability and Development reconoció en el 2016 la práctica a través de la publicación "Four joining forces. A Colombian Alliance for promoting SRHR" en el libro Everybody Matters, Good practices for inclusion of people with disabilities in sexual and reproductive health and rights programs".

Disponible en línea:

<https://www.lilianefonds.org/uploads/media/5ae9db10d7be7/everybody-matters-dcdd-sharenet.pdf>

En el 2019, la práctica de Profamilia fue reconocida por el "Zero Project" que recopila las prácticas en el mundo que más le aportan a la inclusión de las personas con discapacidad. El reconocimiento fue entregado en una conferencia en Austria.

Disponible en línea: <https://zeroproject.org/practice/pra191025col-factsheet/>

Retos:

Dentro de los retos institucionales para la experiencia en el Programa de Atención Integral para Personas con Discapacidad, se encuentran:

El programa tiene como premisa básica el reconocimiento de la voluntad y preferencias de la persona, planteando un cambio de paradigma frente a la atención en los servicios, reemplazando el modelo de sustitución de las decisiones por uno que favorece la toma de decisiones con apoyos y ajustes razonables. Esta transición genera un cambio frente al abordaje de la discapacidad, la identificación y eliminación de barreras actitudinales y la implementación por parte de los profesionales de buenas prácticas en la atención a pacientes con diversidad funcional brindando los ajustes razonables y los apoyos necesarios para garantizar la toma de decisiones en cada caso en particular. Es necesario seguir capacitando y sensibilizando a todo el personal asistencial y administrativo de Profamilia. Esto es un reto, ya que hay alta rotación en ciertos profesionales y requiere inversión de recursos para poder llegar a los equipos de las 35 clínicas.



Asesorías y Soluciones
Integrales

**¿Tu institución quiere
llegar a la excelencia
organizacional?**

**En Asesorías y Soluciones
Integrales contamos con un
equipo de expertos en la
implementación de los
Estándares de
Acreditación.**



**Mayores informes:
www.ays.com.co
ays@ays.com.co**

El programa de atención integral para la población con discapacidad es un catalizador para el cambio, la continuidad y sostenibilidad financiera está dada por la prestación de servicios en cada una de las clínicas según los convenios vigentes con las diferentes EAPB y la prestación de asistencias técnicas a las diferentes entidades públicas y privadas para la prestación de servicios en salud a las población con discapacidad de manera humanizada y con la garantía de los ajustes razonables que requieran según sus necesidades; mediante procesos de asimilación y adaptación de prácticas. El modelo implementado por Profamilia puede ser referente para otras instituciones, considerando que los diferentes tipos de discapacidad generan por su misma naturaleza atenciones en salud; si bien desde la visión el enfoque de servicios del programa está orientado a salud sexual y reproductiva; cualquier atención en salud debe disponer el modelo social reglamentado para las personas con discapacidad.



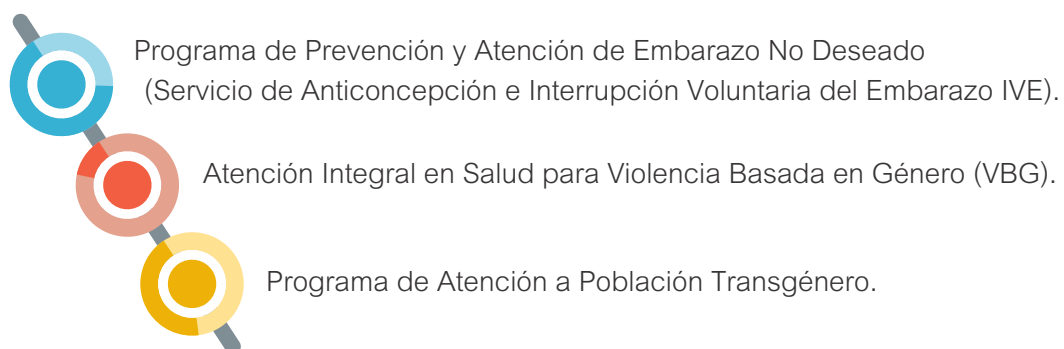
Relaciones:

A partir de la gestión realizada por la alta dirección con respecto a la experiencia, se ha logrado el apoyo de los diferentes actores en su implementación y fortalecimiento así:

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.
- Open Society Foundations quien ha financiado varias estrategias del programa.
- Liga Colombiana de Autismo (LICA).
- Asociación Colombiana Síndrome de Down (Asdown Colombia).
- Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social (PAIIS) de la Facultad de Derecho de la Universidad de los Andes.
- Universidad de Caldas.
- Lupines y Artesas en Medellín.
- Convenios para servicios en Salud Sexual y Reproductiva con las principales EAPB del país.

En este sentido, el desarrollo de la experiencia demuestra el carácter participativo y de articulación entre los diferentes actores del sistema.

Actualmente el programa se articula en la prestación de servicios con los demás programas de atención diferencial que cuenta la organización:



Actualmente, Profamilia cuenta con convenios para servicios en Salud Sexual y Reproductiva con las principales EAPB del país, incluyendo servicios de atención a personas con discapacidad. En este sentido, el desarrollo de la experiencia demuestra el carácter participativo y de articulación entre los diferentes actores del sistema.

El programa se articula con los demás programas de atención diferencial que cuenta la organización: Programa de Prevención y Atención de Embarazo No Deseado (IVE), Atención Integral en Salud para Violencia Basada en Género (VBG) y el Programa de Atención a Población Trans.

El proyecto que ha permitido la ejecución de las estrategias del programa está financiado por una subvención de la Open Society Foundation hasta abril de 2019. De esta manera el programa busca la contribución en la transformación de la cultura, los comportamientos y hábitos de pacientes, familiares, cuidadores, personal de la salud y comunidad para generar bienestar integral e incrementar la calidad de vida de la población con discapacidad.

Sostenibilidad de la experiencia:

El programa ha contribuido en la transformación de la cultura, los comportamientos y hábitos de pacientes, familiares, cuidadores, personal de la salud y comunidad para generar bienestar integral e incrementar la calidad de vida de la población con discapacidad.





Por esta razón, el programa de Atención Integral para Personas con Discapacidad es un catalizador para el cambio, la continuidad y sostenibilidad financiera está dada por la prestación de servicios en cada una de las clínicas según los convenios vigentes con las diferente EAPB y la prestación de asistencias técnicas a las diferentes entidades públicas y privadas para la prestación de servicios en salud a las población con discapacidad de manera humanizada y con la garantía de los ajustes razonables que requieran según sus necesidades, mediante procesos de asimilación y adaptación de prácticas.

El proyecto que ha tenido una financiación importante por una subvención de la Open Society Foundation hasta abril de 2019.

Lecciones aprendidas:

Profamilia no solicitará ni instará a las personas con discapacidad o sus familiares a solicitar la interdicción, ni ninguna otra medida que sustituya la voluntad. La sentencia de interdicción no sustituye la capacidad jurídica de la persona con discapacidad, ni tiene relevancia jurídica para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva.



Profamilia no exige que las personas con discapacidad deban venir con un acompañante o con sus padres para acceder a procedimientos de salud sexual y reproductiva. Se aplicarán los mismos protocolos de seguridad del paciente y de confidencialidad e intimidad que se aplica para todos los pacientes.

Los profesionales que realicen cualquier atención en salud sexual y salud reproductiva en Profamilia, deberán reconocer, determinar y proveer los apoyos que la persona con discapacidad requiera para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

El análisis de casos complejos requiere de un abordaje interdisciplinario para llegar a la mejor decisión, dependiendo de las características y determinantes sociales de cada persona en condición de discapacidad y su familia.

Programa

atención integral e integrada
para pacientes afectados
por tuberculosis farmacorresistente
en el departamento de Antioquia

una experiencia desarrollada
por la Clínica Universitaria Bolivariana



Contexto:

La Clínica Universitaria Bolivariana es una institución que ofrece servicios en todos los niveles de atención, con especial énfasis en los de mediana y alta complejidad.

Hace parte del proyecto social y académico de la Universidad Pontificia Bolivariana, entidad con más de 80 años de presencia en el campo de la educación superior en Colombia. Su vocación de clínica universitaria se deriva de la Universidad, al contribuir eficazmente en los procesos de docencia e investigación.

En la Institución los servicios se caracterizan por la integralidad de la atención, la calidad humana y científica de los profesionales que aplican siempre la mejor evidencia disponible, y la ética en el servicio; elementos que se sustentan en la misión y visión institucional.

La Clínica está localizada en la zona noroccidental de Medellín (sector de Robledo); con fácil acceso por la amplia cobertura de rutas de transporte urbano y ofrece una serie de servicios ambulatorios y hospitalarios, y asume un nuevo reto realizando trabajo extramural para la captación y seguimiento de los pacientes afectados por tuberculosis.

Antecedentes:

La tuberculosis en el departamento de Antioquia es una enfermedad de alta incidencia (49 casos por 100.000) con más de 2.600 pacientes notificados por año, y de ellos aproximadamente 100 casos presentan algún tipo de resistencia a los fármacos antituberculosis. Los pacientes con tuberculosis farmacorresistente requieren esquemas de tratamiento más tóxicos, de mayor duración y son

menos efectivos, por lo que se requiere el manejo interdisciplinario para lograr la curación de los pacientes, así como un abordaje de los aspectos psicosociales de la enfermedad.

En el año 2010, el departamento de Antioquia fue seleccionado para el programa piloto nacional de atención centralizada y multidisciplinaria de pacientes afectados por tuberculosis farmacorresistente. En los primeros años de funcionamiento, este programa logró mejorar las tasas de curación, pasando de 30% a 60%. Sin embargo, en los últimos años, las tasas de curación cayeron a menos del 28%, principalmente debido a abandonos del tratamiento.

Esta situación evidenció la necesidad de un nuevo modelo de atención que permitiera asegurar la adherencia al tratamiento y evitar las pérdidas de pacientes.

Entre octubre y diciembre de 2018 la Clínica diseñó un nuevo programa de manejo de TB farmacorresistente con el objeto de mejorar los resultados clínicos de estos pacientes mediante un nuevo modelo de atención. El programa inició la atención de los pacientes de Savia Salud en enero de 2019.

Entorno:

La Clínica Universitaria Bolivariana se constituye en el escenario ideal para el desarrollo de iniciativas que den cuenta a la situación de salud identificada. Cuenta con profesionales altamente calificados en las áreas de interés, en un ambiente de hospital universitario dotado de la tecnología necesaria.

Se estableció un grupo primario de trabajo compuesto por infectólogos, microbiólogos, personal auxiliar y psicosocial; se asignaron tareas, se planteó el modelo de atención integral y se comenzó su ejecución logrando la adherencia y la acogida del programa por parte de los pacientes.



Propósito y descripción de la experiencia:

El propósito fundamental del modelo, es lograr la atención integral de pacientes afectados por tuberculosis farmacorresistente, la cual es un reto clínico y social, debido a que los esquemas de tratamiento son de larga duración, con alto riesgo de toxicidades y secuelas irreversibles, por lo que se requiere un manejo interdisciplinario para lograr la adherencia y la curación, minimizando los riesgos y las secuelas.

Una vez se contó con el engranaje de todos los servicios y del equipo interdisciplinario para la atención de los pacientes, se puso en marcha el programa de atención integral, para lo cual se requiere la articulación con otros actores, tales como la sociedad civil, la EAPB Savia Salud, las entidades territoriales, las IPS, con el fin de



Asesorías y Soluciones
Integrales

identificar los pacientes con diagnóstico de tuberculosis farmacorresistente y lograr su ingreso y permanencia en el programa.

La articulación con los diferentes actores es de manera permanente, debido a que la administración diaria del medicamento antituberculosis, se realiza en la IPS básica o de atención domiciliaria a la cual esté asignado el paciente, por lo que se requiere un proceso de referencia y contrarreferencia eficaz para reducir las demoras y evitar el inadecuado manejo de los pacientes.

Todos los casos que son de interés para el programa, son identificados a través de los procesos de articulación con las entidades territoriales tanto departamental y municipal, la EAPB Savia Salud, la red de laboratorios y la red hospitalaria.

**¿Tu institución quiere
llegar a la excelencia
organizacional?**

**En Asesorías y Soluciones
Integrales contamos con un
equipo de expertos en la
implementación de los
Estándares de
Acreditación.**



Mayores informes:
www.ays.com.co - ays@ays.com.co

Una vez se confirma un caso de TB farmacorresistente residente en el departamento y asegurado por la EAPB Savia Salud subsidiado o contributivo, es notificado a través del correo institucional, se solicita toda la documentación requerida y con una oportunidad de una semana se realiza el ingreso al programa y la atención integral del paciente.

El programa de atención integral es de cobertura departamental, por lo tanto, se benefician pacientes de sitios dispersos y alejados, a los cuales se les brinda todo el acompañamiento para garantizar el traslado hasta la ciudad de Medellín y el retorno a su municipio de residencia.

En el proceso de implementación se resalta el liderazgo desempeñado por una expaciente afectada por tuberculosis multidrogorresistente quien logra curarse de la enfermedad y empoderarse como asesora comunitaria, quien es

la que realiza todo el proceso de articulación de las acciones extra e intramurales para garantizar la atención oportuna y con calidad de los pacientes del programa.



La clínica cuenta con un equipo base para la atención en el programa, sin embargo, el modelo fue socializado con el personal de atención ambulatorio y hospitalario, debido a que algunos especialistas tales como oftalmólogo, otorrinolaringólogo, endocrinólogo, dermatólogo y el personal de la unidad de terapia intensiva y de otros servicios, deben realizar intervenciones para lograr el adecuado manejo de los pacientes.

Cada uno de los profesionales que hacen parte del equipo base de atención cuentan con un rol y unas funciones específicas para garantizar el abordaje integral de los pacientes:

- **Médico microbiólogo e infectólogo:** Definen la conducta clínica, instauran el mejor esquema de tratamiento de acuerdo al paciente y el seguimiento a su evolución y tolerancia.
- **Químico farmacéutico:** Realiza el seguimiento farmacoterapéutico a cada paciente, realiza revisiones periódicas con las IPS de atención ambulatoria para verificar la adherencia al tratamiento y la presencia de reacciones adversas a los fármacos antituberculosis.
- **Equipo psicosocial:** Conformado por psicología y trabajo social, quienes realizan la caracterización psicosocial de cada uno de los pacientes, identifican factores de riesgo y definen un plan de manejo de acuerdo al perfil de cada caso.
- **Asesor comunitario:** Realiza el acompañamiento intra y extramural a cada uno de los pacientes ingresados al programa, apoya la captación y seguimiento de cada uno de los pacientes ingresados al programa, realiza visita a los municipios priorizados con el fin de identificar pacientes perdidos en el seguimiento o con pobre adherencia para garantizar la continuidad en el tratamiento.
- **Médico epidemiólogo:** Lleva a cabo la evaluación de los indicadores, realiza la articulación con los diferentes actores tales como: EAPB y las entidades territoriales para lograr el adecuado manejo de los pacientes en las IPS de atención primaria.



La atención integral e integrada de tuberculosis se encuentra alineada a las rutas de atención integral (RIAS) propuestas en el modelo de atención integral en salud (MIAS), y apunta a los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública y del plan estratégico "Colombia hacia el fin de la tuberculosis".

El modelo de atención integral se desarrolla con buenas prácticas; experiencia con posibilidad de ser difundida y enmarcada en los lineamientos nacionales e internacionales para el manejo programático de tuberculosis farmacorresistente, con un modelo de atención seguro, costo efectivo y en coherencia a las políticas de país.

El proceso de implementación del modelo de atención integral resalta la importancia del trabajo articulado entre los diferentes actores para lograr el adecuado manejo de los pacientes. Un proceso estandarizado que no sólo logra impacto positivo en un paciente, sino que se evidencia que bajo un proceso estandarizado se logra la curación de pacientes de difícil manejo, lo que a su vez se refleja en los indicadores de un programa a nivel departamental y nacional.



Asesorías y Soluciones

Integrales

**¿Tu institución quiere
llegar a la excelencia
organizacional?**

**En Asesorías y Soluciones
Integrales contamos con un
equipo de expertos en la
implementación de los
Estándares de
Acreditación.**

Mayores informes:

www.ays.com.co - ays@ays.com.co



Resultados de la experiencia

Durante el primer semestre del año 2019, han sido ingresados al programa de atención integral de TB farmacorresistente 44 pacientes con enfermedad activa distribuidos de la siguiente manera: 31 pacientes con diagnóstico de TB multidrogorresistente y 13 pacientes con tuberculosis monorresistente a isoniazida. 5 casos se encuentran actualmente en proceso de búsqueda para ser ingresados al programa.

De los 31 pacientes con TB MDR activa que ingresaron al programa, actualmente han egresado 20, 13 (65%) como curados, 4 (20%) fallecidos, dos de ellos fallecidos antes de iniciar tratamiento y se han perdido 3 (15%) pacientes del seguimiento. Actualmente se encuentran 11 pacientes en tratamiento y son adherentes a este.



Con respecto a los casos monorresistentes han egresado dos pacientes, ambos con criterio de curación. 11 se encuentran actualmente en tratamiento.

También se cuenta con un grupo de pacientes en seguimiento pos-tratamiento con un total de 20 pacientes, con un 100% de cumplimiento al seguimiento pos tratamiento.

Los resultados obtenidos se convierten en incentivo para el desarrollo de mejores prácticas, las cuales han sido reconocidas por la OPS, quien solicitó la documentación del modelo, y el departamento Chocó, estuvo referenciándose en la institución sobre la implementación y ejecución exitosa del programa.

Retos:

La experiencia en su fase de implementación se ha enfrentado con retos para generar una cultura de la atención integrada, donde se ha logrado la armonización y un abordaje real interdisciplinario mejorando la comunicación asertiva entre los diferentes profesionales. El trabajo extramural se ha instaurado como un proceso innovador en la CUB; porque es la primera experiencia del abordaje de los pacientes y sus familias en el entorno comunitario y familiar. Aquí se resalta el liderazgo que tiene el personal auxiliar de enfermería en la identificación de las pacientes, la articulación de las acciones intra y extramurales del programa, su constante comunicación con los pacientes y con médicos tratantes para tomar la mejor conducta y resolver de manera inmediata cualquier eventualidad que se presente y ponga en riesgo la adherencia al programa.



Es un desafío utilizar el abordaje integrado e integral, demostrar que es posible y costo efectivo hacerlo en nuestro sistema de salud y que se convierte en un piloto nacional para la implementación del MIAS y las RIAS. Esto ha permitido asegurar la sostenibilidad en el tiempo y se ha convertido en aprendizaje para mejorar procesos institucionales y posicionarse como un programa que va más allá de un abordaje netamente farmacológico.

Relaciones:

La implementación de la experiencia ha permitido establecer la articulación de la CUB con otros actores, como entidades territoriales, EAPB, sociedad civil, lo que dinamiza las relaciones y evidencia la importancia del trabajo intersectorial para el abordaje de temas de interés en salud pública.

Lecciones aprendidas:

La implementación del modelo de atención integral demuestra que, al lograr el abordaje adecuado de pacientes con baja probabilidad de curación, puedan lograr el éxito en el tratamiento, beneficiando al individuo y a la comunidad al cortar la cadena de transmisión de cepas multirresistentes a los medicamentos.

Los resultados obtenidos se convierten en incentivo para el desarrollo de mejores prácticas, de avanzar a posicionar el modelo como una experiencia exitosa, que se convierten en referente para otras instituciones, con un modelo de atención seguro y costo efectivo. Adicionalmente, logrando impactos positivos en eventos de interés en salud pública que contribuye a reducir la carga de la enfermedad en nuestro departamento y avanzar a las metas trazadas en el plan estratégico hacia el fin de la tuberculosis.



IPS UNIVERSITARIA
Servicios de Salud
Universidad de Antioquia

Atención humanizada de adultos frágiles con múltiples morbilidades en Medellín

**una experiencia desarrollada
por la IPS Universitaria**



Contexto:

La IPS Universitaria es una corporación mixta sin ánimo de lucro de alta complejidad en la que el usuario se constituye como eje del proceso asistencial. Es un centro de referencia que gestiona el conocimiento mediante la docencia y la investigación, para contribuir con criterios de excelencia al proceso de formación de recursos humanos en salud, ofreciendo soluciones integrales con enfoque de responsabilidad social. Busca ser reconocida por su modelo de atención en salud para el cuidado clínico de enfermedades prevalentes, con perspectiva global.

Antecedentes:

En 2015, la Ley 1751 reguló el derecho fundamental a la salud a través de una serie de acciones dirigidas a la reducción de las brechas territoriales y poblacionales para asegurar el acceso oportuno y con calidad a los servicios de

salud; esta fue reglamentada con la Resolución 429 de 2016, mediante la cual se adoptó la Política de Atención Integral en Salud - PAIS - y el Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS. El modelo, basado en la estrategia de la Atención Primaria en Salud-APS tiene tres componentes: las Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS, la Gestión Integral del Riesgo en Salud- GIRS, y las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud- RIPSS o conjunto articulado de instituciones en un ámbito territorial definido.

En este contexto, la formulación del plan estratégico 2016 - 2027 incluyó de manera explícita los lineamientos de la PAIS en el diseño del modelo de atención de la IPS Universitaria y del perfil de morbilidad regional caracterizado por un incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus comorbilidades en

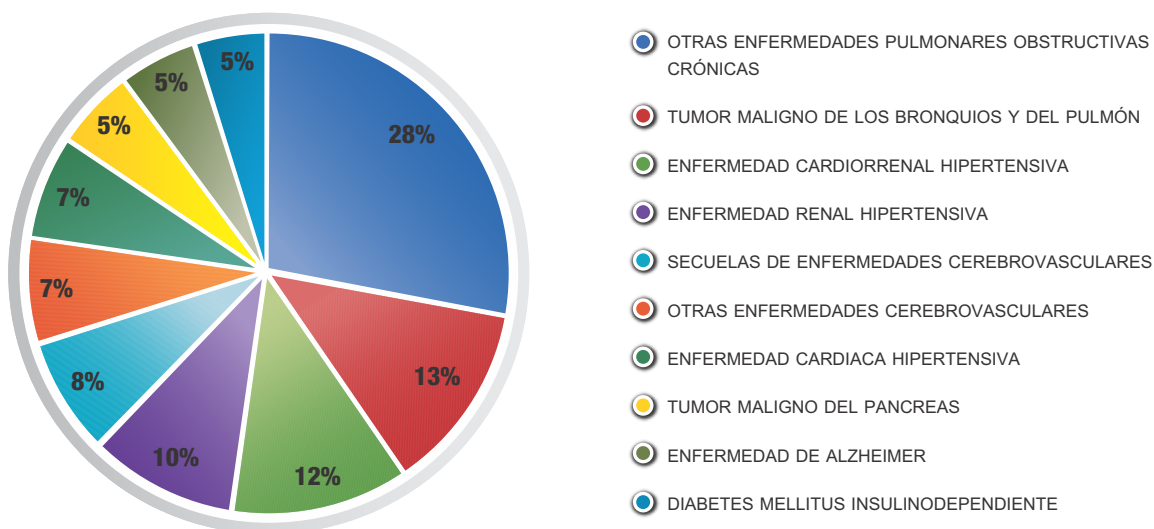
los grupos etarios de 64 y más años, situación que se corrobora en el perfil de morbilidad atendida en la organización (Ver gráfico 1).

Este perfil de morbilidad atendida es consistente con las conclusiones del análisis de situación de salud-ASIS de Medellín; sobre un universo de 287.420 personas mayores de 60 años atendidas en el marco del SGSSS, el 66% tuvo como principal

causa de consulta las enfermedades crónicas no transmisibles-ECNT. Otro estudio de la Secretaría de Salud de Medellín señaló que en la población entre los 45 a 64 años las condiciones prevalentes fueron, la hipertensión, los trastornos de los dientes y la diabetes, mientras que en los mayores de 65 años fueron hipertensión, diabetes, bronquitis, enfisema u otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

Gráfico 1. Morbilidad atendida servicio de hospitalización IPS Universitaria 2018.

Morbilidad atendida servicio hospitalización IPS Universitaria 2018, 10 primeras causas (como proporción de los egresos)



Fuente: Gerencia de la Información-IPS Universitaria.

Surge entonces el modelo "Ser más": una apuesta a la reorientación de los servicios de salud, que trasciende el enfoque en la enfermedad para reconocer y enfatizar su accionar en el ser, orientando el trabajo de su equipo humano al cuidado y mantenimiento de la salud en un proceso de atención personalizada con respeto a la dignidad humana; mediante equipos multidisciplinarios, estamentos intersectoriales, con la participación activa del usuario y su familia, quienes acompañan, promueven y contribuyen para el logro de las metas en salud mediante la prestación de servicios ambulatorios, hospitalarios y domiciliarios en forma sinérgica con el prestador primario en una red de servicios que se articula con el ente territorial, las EPS, y otros actores y sectores que pueden modificar en forma positiva los determinantes sociales de la salud.

Entorno:

En 2017 la IPS Universitaria suscribió un contrato para gestionar conjuntamente con la Nueva EPS el riesgo primario y técnico (Cogestión) de una cohorte de 4.830 personas mayores de 60 años residentes en el área metropolitana, implementando el modelo de atención Sermás en su ámbito domiciliario: el grupo etario de 80 y más años, es el más representativo con 1.973 (41%) personas de las cuales 1.277 son mujeres. Como lo establecen los ASIS de los diferentes niveles territoriales, la población que se ubica en este grupo etario concentra una alta carga de enfermedad por la prevalencia de enfermedad crónica.

Para implementar el modelo en el ámbito domiciliario la IPS Universitaria desarrolló su

Programa de Atención Domiciliaria-PAD: este ofrece una atención personalizada e integrada en red, partiendo de la identificación de necesidades individuales de los usuarios con el fin de reestablecer su condición de salud y promover o mantener la recuperación de sus capacidades físicas, dando continuidad a los cuidados, asumiendo que tanto la enfermedad crónica, como la actuación preventiva y terapéutica obligan a monitorear al paciente durante el curso de su enfermedad. Por tanto, el programa busca disminuir las estancias hospitalarias prolongadas propias del tratamiento de ECNT y que incrementan la probabilidad de complicaciones, eventos adversos y efectos potencialmente negativos del estado emocional de los pacientes.

Propósito y descripción de la experiencia:

Sermás pretende proveer asesoría, educación, asistencia y apoyo emocional de manera humanizada, según sus necesidades individuales, para promover o mantener las capacidades físicas de los adultos mayores pluripatológicos y mejorar su relación con el entorno sociofamiliar, retornándolo al nivel más funcional y productivo posible.

Sermás responde asimismo a las necesidades de la población objetivo de la IPS Universitaria en los tres ámbitos de atención: ambulatorio, hospitalario y domiciliario. Igualmente supone relaciones sinérgicas entre el prestador primario y la red de instituciones prestadoras de servicios de salud, así como el trabajo articulado con la entidad territorial, los aseguradores y otros actores que influyen en los procesos de determinación social de la salud.

Para implementar el ámbito domiciliario de Sermás, la IPS Universitaria desarrolló su PAD partiendo de la identificación de las necesidades de los pacientes a través de dos vías, la primera desde el desarrollo de actividades del modelo:



Caracterización de la población asignada. Consiste en identificar el riesgo diferencial con sus variables asociadas, de tal modo que se pueda brindar una atención personalizada con calidad y con el uso eficiente de los recursos.



Planeación de la atención. Se concreta en el ajuste dinámico de la estructura y los procesos de la IPS Universitaria para responder a los riesgos en salud de la población objetivo, el diseño de los programas y la estructuración de las rutas integrales de atención pertinentes.



Análisis de la oferta e integración en red. En esta fase se definen las condiciones de la oferta en términos de servicios y capacidad institucional, para garantizar la atención de acuerdo a las necesidades identificadas con las siguientes actividades: a) Identificación de oferta sectorial, intersectorial y comunitaria para promover factores protectores y minimizar factores de riesgo, b) Análisis de capacidad instalada de la IPS Universitaria y c) Conformación de la red que complemente la capacidad de servicios.



Factibilidad financiera. Con la información precedente se estima una demanda potencial de servicios (frecuencias de uso) que se valora con los manuales tarifarios vigentes.



Evaluación y seguimiento. El modelo dispone de una batería de indicadores del nivel estratégico que miden el desempeño en la gestión del riesgo, financiero y de resultados en salud que se evalúan periódicamente en el Comité Directivo de la organización.

Y la segunda vía para identificar necesidades se realiza desde el programa de atención domiciliaria a través de la clasificación de funcionalidad mediante la aplicación del test de fragilidad a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. El paciente clasificado como frágil-no funcional se asigna al programa perfilando su morbilidad con alguno de los siguientes instrumentos: Índice de Fragilidad de Groninger, Test de Apoyo Monopodal, Índice de Barthel - Test de Marcha, Tamizaje del Dolor y Test de Salud Mental. Igualmente se aplica el índice de Zarit al cuidador para medir su nivel de sobrecarga. La aplicación de estas escalas determina el enfoque de la atención, el perfil del equipo terapéutico y la periodicidad de las visitas domiciliarias.

El programa de atención domiciliaria de pacientes crónicos, se implementa en aquellas personas que cumplan los siguientes criterios: clasificación de fragilidad mayor de 3, índice de Barthel menor de

60, con patologías crónicas, compromiso de sistema nervioso central, compromiso respiratorio o locomotor crónico.

El seguimiento a los pacientes se realiza tomando como línea de base la identificación de necesidades a través de la aplicación de escalas que permiten definir el enfoque de atención, el equipo terapéutico y la periodicidad de las visitas domiciliarias, adicionalmente, se cuenta con una mesa de ayuda 24/7 operada por enfermeros profesionales y tecnólogos en atención prehospitalaria con vinculación del médico tratante que apoya las decisiones clínicas permanentemente. El programa enfatiza en el apoyo emocional; el psicólogo interviene telefónica o presencialmente en la orientación del paciente y, si es del caso, a su familia.

El programa considera de manera explícita una serie de cuidados al final de la vida mediante la identificación de necesidades para:

- Disminuir el dolor
- Evitar la asfixia
- Evitar la inanición
- Proveer apoyo espiritual
- Apoyar a la familia

El programa de pacientes crónicos atiende en promedio 1.845 pacientes mensuales, que se encuentran geo-referenciados (Gráfico 2), a los cuales se les realizó una caracterización (escala de Zarit) de los cuidadores primarios de los pacientes en los que se identificó que el 88% son mujeres, el estado civil predominante es casado (una tercera parte) y que el 62% presentan sobrecarga física y

emocional en función del cuidado del paciente crónico. Para intervenir esta situación la IPS Universitaria diseñó el programa de formación "Cuidarte" que cuenta con 250 cuidadores certificados.



enlaces
Centro de altos estudios

Tu **mejor opción** en **formación**

Contamos con una **amplia oferta** educativa en las modalidades **presencial, semipresencial y virtual**

Conócela a través de www.fundacionguayacanes.org

Gráfico 2. Localización de pacientes asignados al PAD

Comunas	Porcentaje	Barrios
C1 - Barrio Popular	6,7%	Popular, Santo Domingo, Zamora
C3 - Manrique	20,3%	Manrique, Campo Valdés
C4 - Aranjuez	10,1%	Aranjuez
C5 - Castilla	8,2%	Castilla
C6 - Doce de Octubre	5,5%	Doce de Octubre
C7 - Robledo	8,4%	Robledo
C9 - Buenos Aires	10,3%	Milagrosa, Buenos Aires, Caicedo
C10 - La Candelaria	5,6%	Prado Centro, Centro
C11 - Laureles-Estadio	4,5%	Conquistadores, Laureles
C12 - La América	2,5%	Floresta, Simón Bolívar
C13 - San Javier	7,8%	San Javier
C14 - El Poblado	0,9%	Poblado
C15 - Guayabal	2,5%	Guayabal
C16 - Belén	6,7%	Belén



Fuente: Sistemas de información, IPS Universitaria

Se cuenta con un sistema de alerta basado en algoritmos de decisión para EPOC, Demencias, Riesgo Cardiovascular y Diabetes: durante la implementación del programa de atención domiciliar se han atendido un total de 36.834 llamadas a la mesa de ayuda; de estas, se identificaron 1.903 alertas que permitieron intervenir oportunamente agudizaciones del cuadro clínico en 397 pacientes. El 29% se resolvió con asignación de visita médica prioritaria, visitas

por disciplinas de apoyo y asignación de cita médica ambulatoria prioritaria. Vale la pena mencionar que a través de la visita médica prioritaria se definieron las siguientes conductas: aplicación de medicamentos por vía parenteral para resolver agudizaciones del cuadro clínico en el 38% de las ocasiones, toma de paraclínicos para definir conducta médica en el 12%, indicaciones generales y abordaje por equipo multidisciplinario en el 46% y remisión a urgencias en tan solo el 4%.

El otro 71% de las alertas se gestionaron con indicaciones y recomendaciones de tipo administrativo, autocuidado con enfoque biopsicosocial y tele concepto de especialistas de apoyo (urgentólogo, medicina interna, geriatría, psiquiatría, dolor y cuidados paliativos, toxicología, entre otras). De igual forma es importante mencionar que el 85% de las alertas son generadas por el cuidador primario.

El programa de atención domiciliaria consta de dos líneas de atención: la gestión de casos por enfermería y la gestión por médico líder. La primera línea consiste en actividades de integración asistencial y articulación del equipo gestor por medio de la gestión de casos liderado por enfermeras profesionales con poblaciones fijas y equipos multidisciplinarios de atención, su objetivo es gestionar la atención del paciente, proporcionando acciones individualizadas e integrales desde un entorno biopsicosocial, que

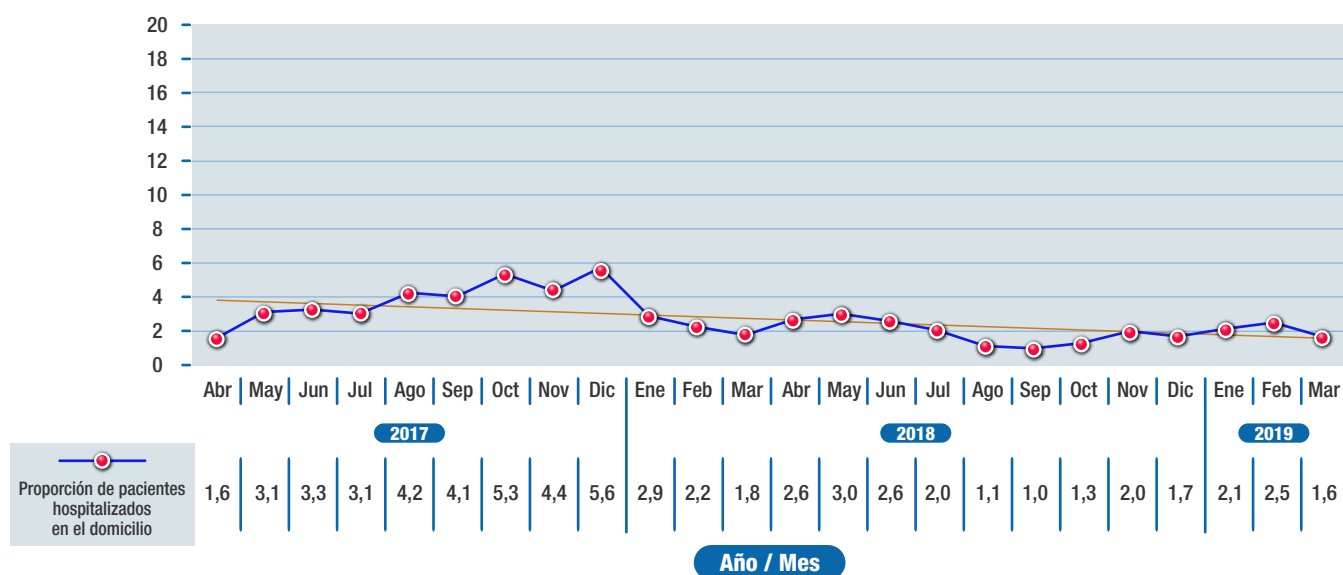
permite valorar las capacidades del paciente, familia y comunidad, identificando necesidades que permitan coordinar la asistencia multidisciplinaria para suplirlas, mejorar la calidad del servicio y obtener una mejor relación costo - efectividad. El programa asigna una enfermera profesional por cada 600 pacientes.

Las intervenciones a cargo de esta línea son la coordinación con los diferentes profesionales implicados en el proceso (aspectos biomédicos y psicosociales), la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada que resuelva las necesidades del paciente y su cuidador, facilitar la articulación del equipo de salud en torno a las necesidades reales y potenciales del paciente y coordinar auxiliares de enfermería de gestión del cuidado.

La segunda línea del programa de atención domiciliaria es la que implementa actividades para la evaluación y seguimiento de cohortes; la cuál es desarrollada por un médico líder (general) y equipo multidisciplinario asistencial. Cada médico gerencia una cohorte de pacientes. Además de atender sus necesidades de consulta ambulatoria, le hace seguimiento en cualquier ámbito de atención (hospitalario, ambulatorio, domiciliario) con el apoyo de medicina interna, enfermería, terapia respiratoria, nutrición, psicología y deportólogo. Las intervenciones de esta línea son, entre otras, las siguientes:

- Revisión y gestión de exámenes de laboratorio e intervención a resultados en alerta (críticos) y /o fuera de metas.
- Ajuste de medicamentos según resultados de glucometrías y/o tomas de presión arterial alterada en pacientes con morbilidad no controlada.
- Hacer seguimiento en la red interna y externa de la cohorte asignada en cualquier modalidad de atención. Gestión y seguimiento a pacientes que ingresan por el servicio de urgencias y de los pacientes hospitalizados.
- Revisión mensual de las variables de gestión del paciente crónico, para que la cobertura de la clasificación funcional se mantenga completa.
- Evaluación del cumplimiento de metas terapéuticas de la cohorte asignada, tasa de hospitalización, promedio días estancia, causas de ingreso/reingreso a hospitalización.
- Participación en actividades grupales indicadas por deportólogo cuando sea necesario.

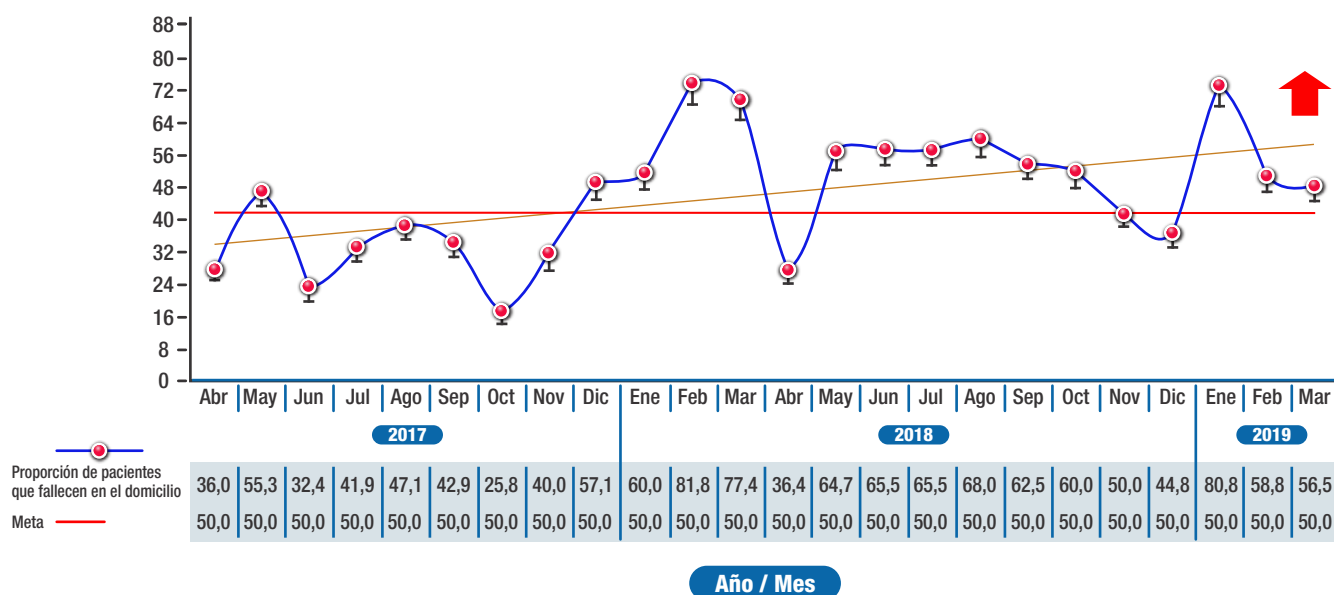
Gráfico 3. Proporción de pacientes del programa de crónicos hospitalizados en el domicilio. Programa de Atención Domiciliaria Modelo Ser Más abril 2017 - marzo 2019



Fuente: GHIPS - Base de datos de egresos hospitalarios e informe de análisis de ingresos hospitalarios del programa

Así mismo, la IPS Universitaria atiende las recomendaciones internacionales en materia de cuidados al final de la vida, se viene incrementando (Gráfico 3) la proporción de pacientes crónicos terminales que fallecen en su domicilio (sin dolor, sin sed, sin hambre, ni frío, sin asfixia y en compañía) rodeados por su entorno familiar.

Gráfico 4. Proporción de pacientes del programa de crónicos que fallece en el domicilio
Programa de Atención Domiciliaria Modelo Ser más Abril 2017 - Marzo 2019



Fuente: Informe plataforma de llamadas saludables Livinglab Facultad de Medicina Universidad de Antioquia.



*Un espacio para asumir
los retos de la
comunicación en salud*

El programa de atención domiciliaria de la IPS Universitaria ha aportado de manera objetiva a una atención más humanizada, que se evidencia en los siguientes resultados:



Intervención de la sobrecarga de los cuidadores primarios a cargo de pacientes con múltiples enfermedades crónicas no transmisibles (un 62%) a través de la implementación de un diplomado de tres niveles (Cuadro 1) para favorecer su bienestar en prácticas y fortalecer la autoestima, el manejo de las emociones y la autonomía, generando cultura de autocuidado. Certificamos 250 personas en alianza con el programa de telesalud de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

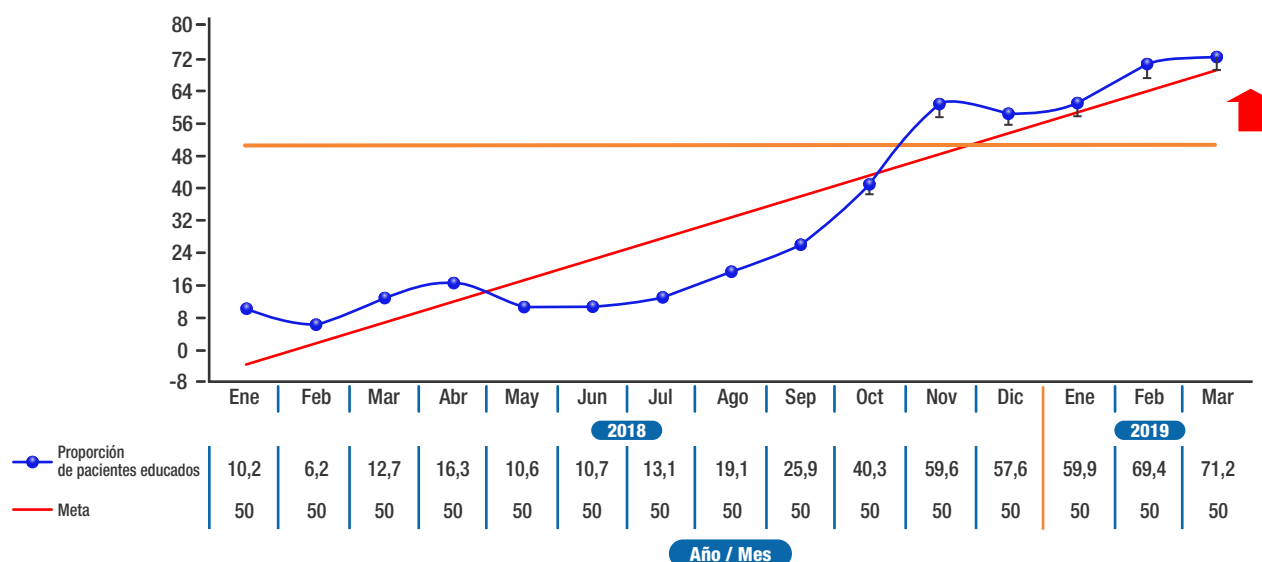
Cuadro 1 Contenidos del Diplomado de Cuidadores Primarios, PAD-IPS Universitaria.

Nivel	Contenido
I	Contención de la situación de salud mental del cuidador, trabajar en el autocuidado para luego pensar en el cuidado del otro.
II	Rol como cuidador para beneficio del paciente, nociones básicas, enfermedades crónicas y los cuidados que promueven la salud, primeros auxilios.
III	Profundización en el manejo de las enfermedades crónicas de su interés según las condiciones del paciente que acompañan.

- 
-  Disminución de más de un 50% de las hospitalizaciones no programadas entre abril de 2017 y marzo de 2019, al pasar del 10,2 al 5,2.
 -  Diminución de las agudizaciones secundarias a enfermedades crónicas no transmisibles que ameritan hospitalización domiciliaria; pasando del 5,6% en 2017 al 1,6% en marzo de 2019.
 -  En 2017, el 36% de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión en el programa de atención domiciliaria fallecieron en su hogar atendiendo a los lineamientos de cuidados paliativos; en 2019 (marzo) la proporción fue del 57%.
 -  Mejoramiento de la accesibilidad y oportunidad de la atención para pacientes y cuidadores primarios de pacientes frágiles: en el acumulado general 2017-2019, se generaron 2.982 visitas médicas prioritarias, un 16% del total de las llamadas atendidas por la mesa de ayuda. Estas, generaron las siguientes actividades: manejo de agudización con tratamiento parenteral en el domicilio el 33%, ajustes en los planes de manejo e indicaciones generales 65%, direccionamiento al servicio de urgencias 2%.

Entre enero de 2018 y marzo de 2019, se incrementó en un 60% la proporción de pacientes educados en la buena práctica de autocuidado (Gráfico 5).

Gráfico 5. Proporción de pacientes educados en la buena práctica de autocuidado Programa de Atención Domiciliaria Modelo Ser más Enero 2018 - Marzo 2019



Fuente: Informe plataforma de llamadas saludables Livinglab

Retos:

El reto para la IPS Universitaria es la extensión de Sermás en su ámbito domiciliario a las demás aseguradoras que operan en el ámbito geográfico de Medellín, además de la articulación de los demás agentes que concurren en el sistema de salud alrededor de la PAIS.

Relaciones:

La implementación del componente ambulatorio de Sermás, implicó la articulación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, la Nueva EPS y la IPS Innovar; cada actor aporta en el ámbito de su competencia bajo la coordinación de la IPS Universitaria.

Lecciones aprendidas:

El modelo considera la atención integral, integrada y continua de la población usuaria de la IPS Universitaria como respuesta a las necesidades en salud, con la prestación de servicios ambulatorios, hospitalarios y domiciliarios; de igual manera, propone sinergia entre el prestador primario y el complementario de la red de servicios y se articula con el ente territorial, entidades aseguradoras, otros actores y sectores que contribuyen con la intervención de los determinantes sociales, además, con los aliados y colaboradores asistenciales y administrativos, que garantizan la operación del modelo con pertinencia y oportunidad en las acciones de cuidado y mantenimiento, detección de riesgos y diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación, generando como resultado el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.