

Experiencias Exitosas

Aprendiendo de los mejores

MEJORES PRÁCTICAS DE CALIDAD EN SALUD

2014

grupo
BENCHMARK



Índice

Presentación.....	3
Capítulo 1 Buenas prácticas en el proceso administrativo gerencial	
• Aprendiendo de la E.S.E Hospital Pablo VI de Bosa.....	5
• Aprendiendo de la Clínica Oftalmológica de Antioquia	32
Capítulo 2 Buenas prácticas en el proceso participación y gestión de las expresiones de los usuarios	
• Aprendiendo de la E.S.E Hospital de la Ceja.....	52
• Aprendiendo de la Clínica Oftalmológica de Antioquia	88
Capítulo 3 Buenas prácticas en el proceso laboratorio clínico	
• Aprendiendo de la E.S.E Hospital Pablo VI de Bosa	116
• Aprendiendo de la E.S.E Metrosalud Unidad Hospitalaria San Antonio de Prado.....	130
• Aprendiendo de la Clínica SOMER.....	142
Capítulo 4 Prácticas en el proceso de urgencias	
• Aprendiendo de la E.S.E Hospital del Sur Gabriel Jaramillo Piedrahita.....	165
• Aprendiendo de la Clínica SOMER.....	188

Presentación

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

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

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

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

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

Capítulo 1

BUENAS PRÁCTICAS EN EL PROCESO ADMINISTRATIVO GERENCIAL



Aprendiendo de la... E.S.E Hospital Pablo VI de Bosa



www.hospitalpablovibosa.gov.co

Introducción



En este informe se describe la práctica de Administrativo Gerencial que se desarrolla en el Hospital Pablo VI de Bosa y que fue una de las instituciones seleccionada como poseedora de mejores prácticas en el desarrollo de los procesos, los cuales comprenden la implementación de los estándares de direccionamiento, gerencia, ambiente físico, recurso humano y gerencia de la información descritos dentro del manual de estándares de acreditación. Además, identifica como estos procesos, direccionan y apoyan el desarrollo de una atención centrada en el usuario, su familia y la humanización en la prestación de los servicios de salud.

Para el desarrollo de este ejercicio de referenciación se dispuso de dos instrumentos de carácter cuantitativo (Encuesta de satisfacción del cliente interno y una autoevaluación de líderes frente a los procesos administrativos y gerenciales) con base en los resultados entregados por las instituciones participantes se seleccionaron las posibles mejores prácticas las cuales fueron visitadas por un equipo de consultores de Asesorías y Soluciones Integrales donde se identificaron las prácticas que mostraremos en el siguiente informe.

Direccionamiento y gerencia



Capacitación y desarrollo de cultura de calidad en la alta dirección:

La alta dirección incluyendo la junta directiva, participan activamente no solo en el diseño de los procesos y procedimientos de cada uno de los servicios; sino en cada uno de los programas de la institución, el programa que se está trabajando actualmente es el de humanización el programa está diseñado para que la política de humanización se adopte e implemente en todos los niveles de la organización, este programa se desarrolló en tres etapas la primera dirigida a la planeación del proyecto y la alta dirección, la segunda hacia los funcionarios y la tercera dirigida a los usuarios, estas etapas se desarrollan por medio de objetivos, a continuación presentamos la primera etapa correspondiente a la planeación del proyecto y la alta dirección:



Objetivo 1: Adoptar e implementar el programa de humanización, para el logro de este objetivo se creó la política de humanización y se documentó lo que significa la humanización tanto para el cliente interno como para el cliente externo, también se documentaron las estrategias a desarrollar en el programa.



Objetivo 2: Designar el responsable del programa para lo cual se dio nombramiento al profesional de humanización con requerimiento de perfil y funciones asociadas a la nueva actividad.

Objetivo 3: Conformar el equipo de gestión que lleva consigo la responsabilidad de poner en operación el proyecto “Hospital Humano”.

Objetivo 4: Generar una verdadera cultura institucional de humanización, para esta etapa se desarrolló una estrategia de capacitación para los colaboradores en módulos así:

MÓDULO INTRODUCTORIO	HORAS	PRODUCTO
a. Taller 1: Integración-sensibilización b. Taller 2: La salud y el liderazgo en humanización de la salud c. Taller 3: Conceptualización de humanización en salud	7 horas	Listados y conformación equipos de trabajo
MÓDULO 1: ASPECTOS BÁSICOS DE LA HUMANIZACIÓN EN SALUD		
a. Taller 4: El mundo de la persona enferma b. Taller 5: La familia-soporte y acompañamiento- c. Taller 6: La salud del trabajador de la salud	7 horas	Elaboración de proyectos
MÓDULO 2: LIDERAZGO EN HUMANIZACIÓN EN SALUD		
a. Taller 7: Características de un líder b. Taller 8: El perfil del líder humanizado c. Taller 9: Experiencias exitosas en humanización	7 horas	Listados puntaje perfil de humanización
ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS		
a. Proyecto Grupo No 1: El enfermo b. Proyecto Grupo No 2: La familia del enfermo c. Proyecto No 3: La salud del profesional	6 horas	Elaboración de proyectos- tabulación datos

Objetivo 5: Implementación y unificación de un modelo de comunicación institucional: Como parte de este programa se unificaron los modelos de comunicación institucional y se implementaron otros que eran necesarios para la identificación de las necesidades y requerimientos de los diferentes clientes.



Objetivo 6: Formación de la alta gerencia en humanización

En esta etapa se trabajaron las siguientes estrategias:

1. Talleres de sensibilización a la junta directiva.
2. Acompañamiento con talleres de humanización a comité de gerencia.
3. Trabajo en análisis de temperamento al equipo directivo.
4. Formación en los nuevos estándares de acreditación con enfoque en humanización para el equipo directivo y líderes de área.
5. Programa de formación continuada como eje trazador del PIC institucional en humanización:
 - Liderazgo en humanización
 - Comunicación asertiva y persuasiva
 - Manejo de relaciones interpersonales
 - Talleres de trabajo en equipo
 - Procesos de descarga emocional
 - Manejo de equipos de trabajo



Comunicación de la alta dirección con la institución:

Pablpioneros, estrategia de comunicación en cascada:

Es una estrategia de difusión de la información en cascada y de fortalecimiento de la cultura y aprendizaje institucional que busca llevar la información relevante y sensible de la institución a todo el personal de las diferentes áreas y niveles de la organización.

- Se realiza selección de colaboradores de la institución que representan los diferentes niveles y áreas por su liderazgo en el equipo, compromiso, amor y lealtad con la institución.
- Los líderes fungen como actores claves para la transmisión de los mensajes organizacionales a la vez actuaran como facilitadores de los procesos de interpretación de los mismos y a si mismo son conductos de comunicación ascendente de retorno.
- Se lleva a cabo en forma descendente a través de la asignación de cada uno de los líderes de un grupo de colaboradores del hospital actuando en forma de padrinos e ahijados.

Institucionalmente se cuentan con otras herramientas de comunicación interna, que permiten a la gerencia tener un continuo conocimiento de las necesidades de sus colaboradores y poder intervenir de manera las necesidades y expectativas del cliente interno.

Se tiene establecido como canales directos con la gerencia: Comuniquémonos con gloria: Estrategia de comunicación con la gerencia por medio de email mediante un icono que se encuentra dispuesto en la intranet. La trazabilidad de esta estrategia se lleva a través de un aplicativo en el cual se consignan los comentarios en diferentes categorías: felicitaciones y agradecimientos, comentarios por relaciones interpersonales, situaciones personales, quejas y reclamos y situaciones administrativas.



Gerencia te escucha

Monitoreo desde la alta dirección:

A través de los indicadores que presentan los líderes o responsables de los procesos a la gerencia, se realiza una exposición detallada de los resultados y los planes de mejoramiento estructurados por si es necesario realizar la intervención, la gerencia aprueba el plan y en la siguiente reunión se hace énfasis en que ese plan de mejoramiento haya sido efectivo; la gerencia a su vez le participa a la junta directiva sobre los avances institucionales, estados de presupuesto, comportamiento de la cartera y disponibilidad de recursos.

Gerencia de la información

Los sistemas de información de la institución constituyen la base documental del desarrollo de los procesos y deben cumplir con los requisitos establecidos dentro del Sistema de Gestión de Calidad, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Modelo Estándar de Control Interno.

Para el manejo de la información, se tiene en cuenta lo establecido en el Modelo Estándar de control Interno, estructurando los siguientes elementos:

- Información Primaria.
- Información Secundaria.
- Sistemas de Información.

La información primaria, proviene de la ciudadanía y las partes interesadas, se analizan las situaciones en salud desde el punto de vista social, demográfico, económico, cultural, etc; a través de diversas formas de participación, entrevistas con sus líderes, encuestas de opinión o de percepción, diagnóstico local ,

mecanismos de escucha directa con el usuario y su familia en el momento de la prestación del servicio y la implementación de mecanismos de atención de comentarios (quejas, reclamos, solicitudes de información) y se concreta a través del desarrollo de planes, programas y proyectos dirigidos a dar respuesta a las necesidades identificadas.

La información secundaria, es la información que se transforma en la ejecución de los procesos y procedimientos de la entidad.

Se pueden identificar dos tipos de Información Secundaria:

- La formal, que se obtiene de la operación del Hospital y constituye la estructura documental definida en el manual de procesos y procedimientos. Este tipo de información se encuentra a través de los informes elaborados, las actas de reuniones, los registros contables y de operación, la intranet, entre otros.
- La informal, que conforma el capital intelectual de la entidad y corresponde a los conocimientos y experiencias y al ejercicio de interacción entre los servidores.

La institución a través de su política de información da los lineamientos para:

1. Normas para el uso de equipos de cómputo.
2. Normas para el uso de Impresoras.
3. Normas para el manejo de la parte eléctrica por usuarios finales.
4. Normas para el uso de archivos, directorios y sistemas operativos.
5. Normas generales para el uso de aplicaciones de uso específico.
6. Normas para el uso de contraseñas y usuarios.
7. Normas para el uso de correo electrónico.
8. Normas para el uso de software de mensajería.
9. Normas para el uso de Internet.
10. Pautas para la administración de redes de computadores.

11. Pautas para la administración de bases de datos.

12. Prioridades de Apoyo tecnológico.

Identificación de necesidades de la información:

En la institución se identifican las necesidades de información desde el proceso de Gerencia de la Información con 3 procedimientos:

- Levantamiento periódico de indicadores por proceso.
- Captura de necesidades de información mediante mecanismos de escucha del cliente interno.
- Requerimientos específicos nuevos.

Se cuenta con una política de priorización de necesidades que tiene en cuenta 4 criterios para su resolución: La normatividad, las necesidades del usuario de la entidad, las necesidades del cliente interno y las necesidades de la alta dirección.

La organización tiene definidos los estándares de oportunidad para responder a las necesidades de información detectadas: Con la estrategia de informes programados (Deben ser entregado en la fecha establecida, esto está establecido en el cronograma de entrega de informes) y los no programados que tiene una resolución en 2 días hábiles.

Seguridad de la información:

La institución cuenta con unos lineamientos para garantizar la seguridad de la información, se tiene efectuado desde 3 niveles:

1. Desde la reglamentación interna: Con la política de seguridad de la información y las actividades ISO 27001 SGSI.
2. Directrices Gerenciales sobre el manejo de la información: Restricciones (medios físicos, medios magnéticos), depuración de perfiles y usuarios en los sistemas y auditoría basada en los registros.
3. Seguridad perimetral: Acceso a la red y los servicios y manejo del alojamiento internet.

Se tiene además estandarizado las políticas para el manejo de copias de seguridad de la información, con la metodología APH, que busca garantizar:



- Respaldo información asistencial cada hora.
- Información administrativa de manera diaria.
- Uso de tecnología de soporte para respaldo de información.
- Copia de respaldo externa.

Se tiene definido criterios específicos para identificar cual es la información que requiere copias de seguridad:

- ✓ Con base en el análisis de riesgos siendo de la totalidad de la información manejada por el hospital aquella que tiene un mayor impacto para la entidad si se produce daño o deterioro.
- ✓ La información almacenada en sistemas electrónicos de bases de datos tiene la mayor prioridad, siendo la misional la más importante.

La periodicidad de los respaldos depende de la periodicidad de cambios producidos en los datos por registro o modificación.

Actualmente la institución realiza copias de seguridad a:

El sistema de información misional recibe registros cada minuto durante las 24 horas del día	Por lo tanto es respaldado cada hora del día
Los archivos del área de contratación son añadidos cada vez que se efectúa un contrato o adición.	Por lo tanto el respaldo se hace a diario.

SISTEMAS DE BASE DE DATOS	El 100% de aplicaciones que almacenan sus datos en una base de datos, central y no central, son objeto de respaldo.
ARCHIVOS DE MANEJO ADMINISTRATIVO	-Contabilidad. -Jurídica. -Gerencias y subgerencias. -Facturación. -Servicio al ciudadano. - etc
RESPALDO A CONFIGURACIÓN DE SISTEMAS	La configuración de los servidores del centro de datos es respaldada periódicamente para facilitar una recuperación rápida en caso de fallo.

Se cuenta con indicadores que miden la efectividad y productividad del proceso:

- Cantidad de eventos e incidentes en seguridad de la información: Se contabiliza el número de situaciones ocurridas mes a mes que afectan la información almacenada por el hospital.
- Copias de respaldo semanales al exterior.

La institución cuenta con un plan de contingencias orientado a establecer los pasos a seguir dentro de los procesos del Hospital como acción ante eventos programados o inesperados que puedan impedir el normal desempeño del funcionamiento de los sistemas de cómputo y todo lo relacionado.

En este documento se establecen aspectos como:

1. Niveles de riesgo.
2. Factores de riesgo en Hardware y redes.
3. Factores de riesgo en software.
4. Factores de riesgo no originados en los sistemas de cómputo.
5. Lineamientos generales.
6. Acciones tendientes a llevar a cabo la recuperación de los sistemas informáticos computacionales.
7. Acciones ante contingencias por áreas:
 - ✓ Asistencial.
 - ✓ Atención ambulatoria.
 - ✓ Atención de Urgencias y Hospitalización.
 - ✓ Laboratorio Clínico.
 - ✓ Atención al usuario en ventanillas
 - ✓ Administrativa

El Hospital realiza de manera anual un simulacro de contingencia informática.

Validación y análisis de la información:

La validación de la información Asistencial se realiza de acuerdo al procedimiento institucionalmente establecido, se realiza a través de los dueños de proceso. La validación de la información se realiza una vez se cierra la cuenta mensual.

Los dueños de proceso a través del proceso de autocontrol realizan monitoreo permanente con el fin de mantener estandarizada la producción, sin embargo en el momento en que se presenten desviaciones la información es informada y analizada en Comité Directivo. La Gerencia toma decisiones en conjunto con el Comité Directivo, con base en la información reportada.

El análisis de la Información tiene varios espacios de análisis: Se realiza en conjunto con la Subgerencia Asistencial y los Líderes de manera mensual en donde se toman decisiones de primera instancia.

El segundo espacio se realiza en Comité Directivo en donde con base en la información reportada la Gerencia toma decisiones.

La Junta Directiva analiza y toma decisiones con base en la información reportada por el Hospital, en este espacio la información se consolida a través de la agenda estratégica, en donde se toman decisiones de carácter presupuestal y Asistencial.

Gestión del recurso humano

Identificación de necesidades del cliente interno:

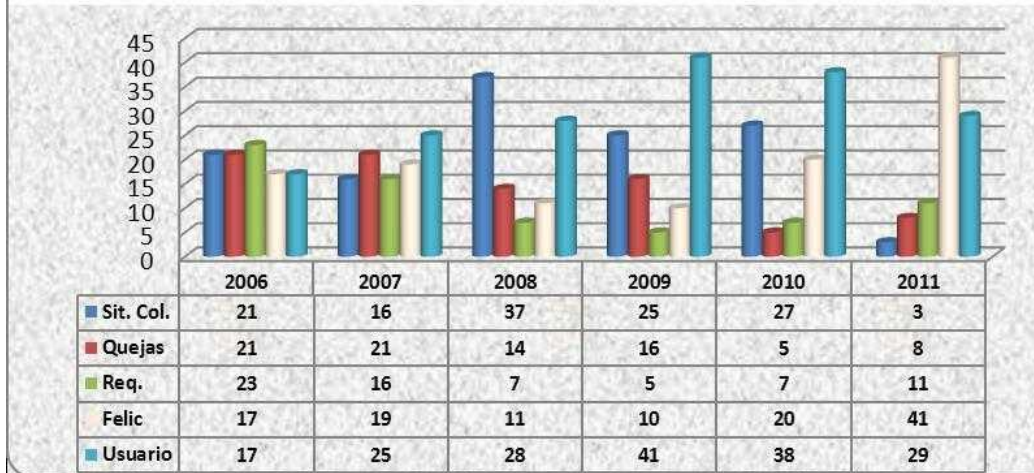
La institución cuenta con varios mecanismos que identifican las diferentes necesidades del cliente interno, entre estas estrategias que están impulsadas desde el Direccionamiento Estratégico se tiene: La evaluación del clima organizacional y a través de buzón Pablito.

La institución ha implementado unas estrategias que permiten valorar y generar un aumento en la percepción de la satisfacción del cliente interno; entre estas está la evaluación de Clima Organizacional tiene una periodicidad anual y cuenta con la participación de todos los colaboradores, se aplica bajo encuesta personalizada, con tabulación externa y presentación de resultados a nivel de Alta Dirección y puntos de atención administrativos y asistenciales.

Como criterios se evalúan: Plan estratégico, Comunicaciones, Trabajo en equipo, Condiciones de Trabajo y Recursos, Oportunidades de Carrera y Desarrollo, Competencias de Supervisores, Competencias de la Gerencia, Compensación y Reconocimiento, Satisfacción General y Pertenencia

Adicionalmente la institución mide la satisfacción a través de los mecanismos de escucha en especial los que tienen manejo directo de la gerencia como “Gerencia te escucha” y “Comuniquémonos con Gloria”, de la misma forma se evalúa mediante niveles de satisfacción con las actividades de bienestar; además se tiene establecido desde bienestar el plan de bienestar familiar.

Tendencia por tipo de Comentarios - Buzón de Pablito



Proceso de inducción y reinducción:

La institución cuenta con un proceso de inducción general, inducción específica y reinducción.

Inducción general: Tiene una duración de 2 días, en donde los nuevos integrantes conocen a fondo las políticas, protocolos, actividades dentro de los servicios, etc. de acuerdo a la bitácora de inducción de la institución.

Esta inducción se realiza cada 2 meses utilizando diferentes metodologías de divulgación de la información para generar mayor conocimiento, entre estas se encuentran: Exposiciones Magistrales, Talleres Lúdico Pedagógicos, Videos, Cartillas, Juegos; finalizado la inducción se realiza evaluación de conocimientos y de satisfacción.

Inducción específica: Esta inducción se realiza por requerimiento institucional de acuerdo al ingreso del nuevo funcionario y su duración está sujeta al perfil y actividades a realizar por este, la temática se encuentra consignada en la bitácora de entrenamiento utilizando una metodología por pares y dueños de procesos.

Al finalizar la inducción se evalúa mediante el seguimiento en el puesto de trabajo y se firma la bitácora como comprobante de la satisfacción.

Reinducción: Se realiza cada dos años de forma presencial o por medio de una cartilla con temas institucionales de acuerdo a lo requerido en el plan de desarrollo.

Se lleva el indicador de cumplimiento del plan de inducción y satisfacción de la inducción.



Capacitación al talento humano:

La organización tiene implementado el plan institucional de capacitaciones PIC, el cual se inició con una identificación de necesidades de capacitación de acuerdo a unos ejes temáticos trazadores: la responsabilidad social, la seguridad del paciente, humanización, sistemas integrados de gestión, gestión de proyectos, modelo de atención en salud y fortalecimiento de competencias.

De acuerdo a los resultados se priorizaron estas necesidades y se elaboró el plan de capacitaciones.

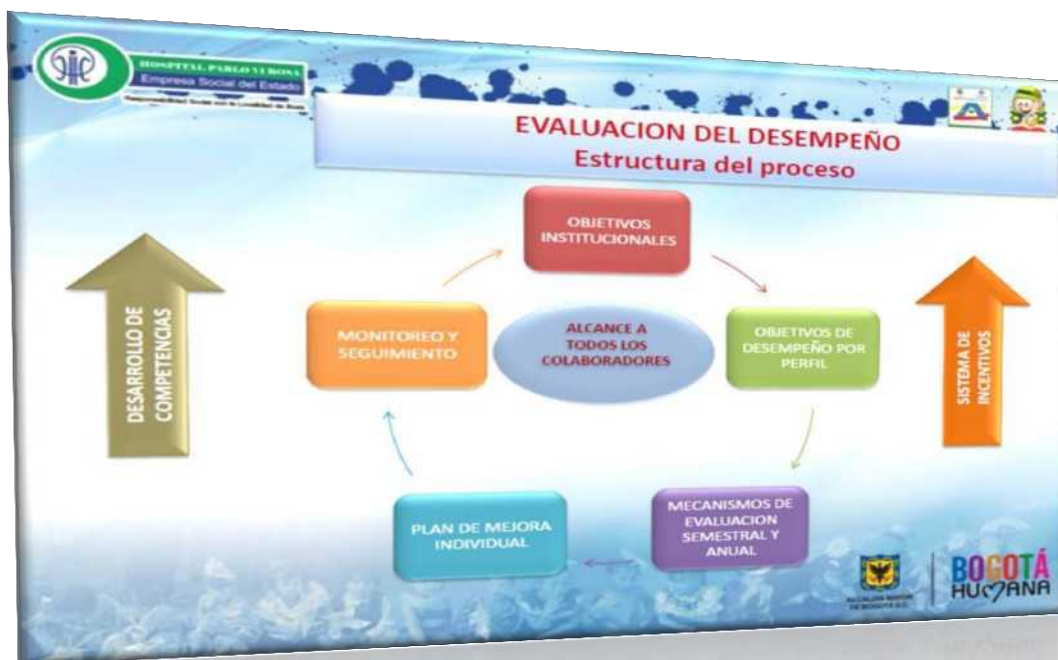
Se tiene definidos unos indicadores que miden su impacto.

- Definición Línea de Base áreas temáticas
- Aplicación de Evaluación Pre Test y Post Test
- Cobertura y cumplimiento por área o proceso
- Aplicación de conocimiento en el puesto de trabajo.

Evaluación de desempeño:

Para la institución es un aspecto clave por lo que garantiza el cumplimiento de las responsabilidades encomendadas a los colaboradores.

Para planta se desarrolla la evaluación de desempeño y para contratistas se mantiene la evaluación de libreta de calificaciones, así como también la certificación de actividades para cada cierre de mes.



Estímulos e incentivos:

Está establecido para los colaboradores reconocimientos e incentivos por el mejor desempeño y se le estimula con: acceso a capacitación en competencias, se realiza premiación al mejor colaborador y desarrollo profesional.

Además se cuenta con algunos estímulos en donde se benefician en transporte a colaboradores, entrega de Identificación Institucional como la chaqueta, carné; reconocimiento o Distinciones e inclusión Social.

Gestión del ambiente físico

El Programa de Gestión Ambiental al Interior de la Institución contempla y tiene como prioridad realizar acciones tendientes a garantizar el uso eficiente de los recursos naturales a través de la divulgación de su Política Ambiental de prevención, mitigación, corrección y compensación, garantizando el compromiso ambiental con unas acciones que apuntan a la obtención de resultados y beneficios para la institución como para el medio ambiente disminución de la contaminación.

Además se cuenta con el Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA en el cual se describen estrategias con el fin de racionalizar el consumo de los recursos naturales no renovables y gestionar la conservación de aquellos que pueden verse afectados como consecuencia de la prestación de los servicios del Hospital.

El PIGA cuenta con 6 Programas Institucionales a los cuales se les realiza seguimiento:

- Uso Eficiente del Agua.
- Uso Eficiente de la Energía.
- Gestión Integral de Residuos.
- Mejoramiento de las Condiciones Ambientales Internas.
- Criterios Ambientales para las Compras y Gestión Contractual. Extensión de Buenas Prácticas Ambientales.

La institución creó un comité de Coordinación del Plan Institucional de Gestión Ambiental, enmarcado dentro de las normas ambientales y sanitarias vigentes.

La cultura Ecológica institucional se fomenta a través de las buenas prácticas ambientales Internas y externas, en las cuales se desarrollan las siguientes experiencias como:

- Huertas institucionales y agricultura urbana con el objeto de mejorar las condiciones de vida de la población.
- Garantizando la inclusión de las cláusulas ambientales necesarias en la elaboración de contratos de obras, bienes y servicios.
- Propendiendo por el mantenimiento de relaciones comerciales con proveedores que posean sistemas de gestión ambiental implementados y/o certificados.
- Estrategias y métodos de medición e intervención con los clientes externos y internos que estén cumpliendo con los criterios Ambientales de uso, compra, generación de residuo, recolección de los mismos, realización de pruebas, fichas técnicas de productos, cumplimiento de leyes, normas para con el medio ambiente y la exigencia del Hospital de generar conciencia y prevenir la contaminación del Medio.

Estrategia Reciclación:

Estrategia de sensibilización de los colaboradores del Hospital en materia ambiental y manejo de los residuos sólidos, con el objetivo de impactar positivamente la generación de residuos, motivando la creatividad de las sedes (basados en la estrategia SAFARI). Se desarrolló en el cuatrimestre septiembre a diciembre de 2011 con un logro positivo de incremento en la meta mensual institucional de reciclaje (18%), alcanzando para el periodo propuesto un 21%, en la totalidad de sedes asistenciales y administrativas.



Convenio HP PLANET PARTNERS:

En el cual la empresa HP, se encarga de recoger los tóneres de impresora una vez ya estos fueron utilizados para realizar su reutilización y aprovechamiento y así no generar nuevos cartuchos, ayudando a la sostenibilidad ambiental.

El convenio no tiene ningún costo y se recolectan en el año alrededor de 1000 Kg.

PROGRAMA HP PARTNERS			
AÑO	TOTAL RESIDUOS	TOTAL TONERES	% OBTENIDO
2009	68663	132	0.19224328
2010	85774.78	54.304	0.06330998
2011	80048.12	508.131	0.63478193
2012*	49739.69	342.1242	0.68782938
TOTALES	284225.59	1036.56	0.36



Prevención y control de las infecciones:

La prevención y control de infecciones se realiza a través de la implementación de diversas estrategias dirigidas tanto al cliente interno como cliente externo, con el fin de sensibilizar y minimizar el riesgo de aparición o generación de una infección asociada al cuidado de la salud.

Dentro de estas estrategias se encuentran:

- Capacitación y entrenamiento a los colaboradores en los temas de asilamiento y lavado de manos.
- Entrenamiento en puesto de trabajo: acompañamientos permanentes en los puestos de trabajo con el fin de fortalecer la adherencia a las guías de prevención de infecciones como lavado de manos, limpieza y desinfección.
- Entrenamiento en procesos seguros: con apoyo de los proveedores de la institución se ha logrado fortalecer el entrenamiento en los colaboradores en temas como Seguridad en Terapia Venosa periférica; Buenas Practicas de Esterilización y Procesos de limpieza y desinfección.
- 5 minutos de seguridad: Acompañamientos personalizados con temáticas específicas por mes en las que se incluyen los temas relacionados con temas de prevención de infecciones.
- Chequeos breves de seguridad en donde se monitorea la adherencia a la buena práctica de prevención de infecciones.
- Unidad de análisis temático espacios por disciplinas con una periodicidad bimestral en donde se incluyen temas relacionados con IACS.
- Sensibilización y seguimiento a la adherencia de los 25 correctos de bioseguridad

Con el Cliente Externo

- Estrategia HABLEMOS (Involucrar a los pacientes en su propio cuidado y riesgos del tratamiento).
- Sensibilización en espacios extramurales con la comunidad.
- Sensibilización en Salas de Espera por Equipo de Primer Contacto.
- Ilustración al paciente sobre el autocuidado.

Piezas comunicativas para la prevención de infecciones:

- Correcto de lavado de manos.
- Triangulo de seguridad para las habitaciones con aislamiento.
- Correctos con las normas estándar de bioseguridad.
- Correctos pasos susceptibles de error en la administración de medicamentos.

Buena Práctica de lavado de manos (estrategia multimodal de lavado de manos)

- Se realizan acompañamientos personalizados y actividades grupales.
- Se realiza sensibilización en la semana de seguridad instaurada a nivel institucional.
- Aplicación de listas de chequeo trimestral para técnica del lavado de manos y mensual para monitoreo de los momentos del lavado de manos.
- Envío mensual de indicadores de adherencia a los momentos del lavado de manos.
- Cambios en la lista de chequeo de momentos y técnica de lavado de manos.

Bioseguridad y procesos de limpieza y desinfección

A nivel institucional se cuenta con un manual de bioseguridad el cual incluye las normas estándar de bioseguridad, segregación de residuos, técnica de lavado de manos e incluye el proceso de limpieza y desinfección de los equipos y dispositivos biomédicos utilizados en cada área de atención.

Se cuenta con un protocolo de limpieza y desinfección el cual describe los productos y elementos que se utilizan para el proceso y sus respectivas diluciones según las fichas técnicas de los mismos.

Se realiza monitoreo trimestral del proceso de limpieza y desinfección a través de la aplicación de listas de chequeo y semestralmente se monitorea la calidad de este proceso a través de la utilización de tecnología como el Luminometro, equipo

que permite monitorear el ATP que se encuentra en las superficies a través de la lectura de unidades de luz.

Para esta actividad se asigno por cada equipo un nivel tolerable de unidades de luz, el cual en caso de estar superior permite evidenciar debilidades e el proceso de limpieza y desinfección.

Asilamiento

Se cuenta con la guía de aislamiento de la Secretaria Distrital de Salud, la cual esta publicada en la Intranet institucional, y la biblioteca virtual de la institución.

En los servicios de hospitalización se cuenta con dos habitaciones exclusivas para manejo de paciente que requiera aislamiento y se utilizan triángulo de seguridad de color amarillo que permiten identificar la condición del usuario, adicionalmente se ubican logos en las puertas de las habitaciones de aislamiento los cuales contiene el tipo de aislamiento que requiere el usuario, con el fin de implementar las medidas de bioseguridad adecuadas.

En la Historia Clínica se cuenta con un campo para identificación de necesidad de aislamiento y se realiza la aplicación de listas de chequeo y monitoreo de la adherencia a la guía según cronograma PAMEC.

Búsqueda de infecciones Asociadas al cuidado de la salud.

Se cuenta con un instructivo el cual describe el proceso de búsqueda tanto pasiva como activa de infecciones asociadas al cuidado de la salud.

Diariamente se realiza monitoreo y vigilancia del sitio de venopunción, para esta actividad se tiene una persona destinada la cual se encarga de la búsqueda de martes a viernes, los días lunes y fines de semana esta actividad la realizan los enfermeros que se encuentran de turno en cada uno de los servicios.

Se realiza seguimientos telefónicos al 100% de los pospartos de la institución con el fin de identificar posibles signos de alarma de onfalitis o endometritis.

Se realiza una búsqueda pasiva a través de la revisión de rips de la historia clínica los cuales se relacionan con los diagnósticos registrados en la guía “Criterios para la notificación de infecciones asociadas al cuidado de la salud al subsistema de vigilancia epidemiología de Bogotá”.

Cultivos microbiológicos de ambiente, superficies y manos.

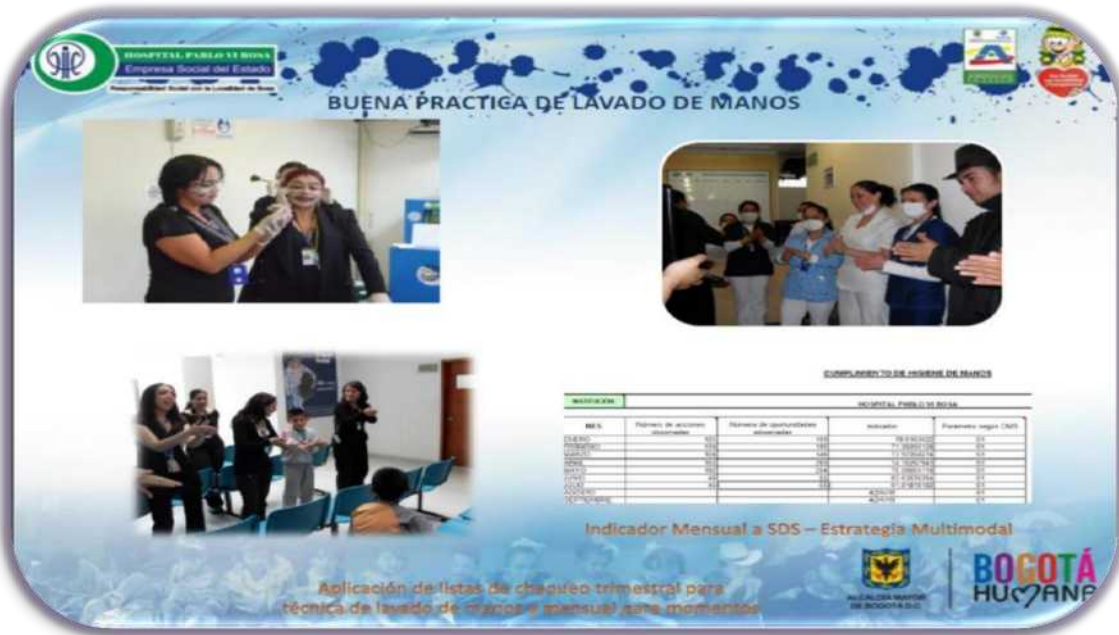
La toma de muestras se realizó teniendo en cuenta: las áreas que impliquen tener contacto de manos, áreas de posible contaminación con secreciones del paciente, lugares de difícil acceso y limpieza, equipos utilizados y personal asistencial al azar.

Política de No reuso de dispositivos médicos de un solo uso.

Se cuenta con una política de No reuso, comprometiéndonos a cumplir los requisitos para el no re-uso de dispositivos médicos descartables. Al mismo tiempo controlando aquellos elementos que si cumplen condiciones para ser reutilizados un número limitado de veces mediante el sometimiento a actividades de limpieza, desinfección, esterilización (este último en el caso que aplique) y evaluación de funcionamiento; basados en las pautas que determine el fabricante para el re- uso de Dispositivos Médicos, consignadas en la Ficha técnica.

Se establece que para el hospital Pablo VI Bosa es permitido realizar el reuso de dispensadores de productos antisépticos, dispensadores de detergentes listos para su uso y de desinfectantes posterior a su activación. Lo anterior implica desarmar, lavar y desinfectar los dispensadores antes de volver a llenar con solución, evitar que se contamine, especificando en el dispensador el nombre del producto, fecha de re-envase, hora y número de lote del envase original. Adicionalmente insumos odontológicos como limas las cuales cuentan con el número límite de veces a utilizar.





Emergencias:

Cada una de las sedes del Hospital cuenta con un Plan de Emergencias y Mitigación de Riesgos Hospitalarios, en el cual se identifican, priorizan y se determinan acciones para tener en cuenta en el antes, durante y después de una eventual emergencia.

El Hospital Pablo VI Bosa ESE también cuenta con un Plan Maestro de Emergencias y Mitigación de Riesgos Hospitalarios orientado al CAMI, en donde se identifican las zonas de expansión con las que cuenta el hospital, al igual que las funciones requeridas para la realización del TRIAGE en manejo de pacientes en masa derivados de una emergencia.

Cuenta con cuatro grupos operativos o de apoyo, que son el Grupo de Primeros Auxilios, el Grupo Contra Incendios, el Grupo de Búsqueda y Rescate y el Grupo de Evacuación, estos son equipos básicos para la atención de la emergencia según su naturaleza.



Plan de emergencia y mitigación de riesgos hospitalarios:

El Hospital ha conformado y entrenado un grupo de brigadistas de tal manera que en cada una de las sedes se cuente con apoyo para el desarrollo de los planes de emergencias e intervenciones en caso de emergencias.

Como estrategia para llevar a cabo la identificación de los brigadistas, se estableció un código de dos colores que se aplicó a los distintivos propios de la brigada para el caso los chalecos de color azul rey y los chalecos de color rojo, que facilitara la identificación visual de los brigadistas en las diferentes sedes del Hospital, facilitando el desarrollo de las actividades del plan de emergencias programadas para antes, durante y después de la emergencia, tanto por parte de los usuarios como de los colaboradores; en esta medida se estableció que el chaleco azul es utilizado por los líderes de brigada y el rojo por los demás brigadistas.

En la actualidad el Hospital cuenta con 120 brigadistas de los cuales 30 son líderes.

Los simulacros de emergencias en el Hospital Pablo VI Bosa son una herramienta que permite medir y poner a prueba la efectividad de los Planes de Emergencias y Mitigación de Riesgos Hospitalarios, al igual que permiten identificar acciones correctivas para la mejora de la Gestión del Riesgo.

Durante el último año el Hospital ha realizado un total de 23 simulacros internos con diversas temáticas como inundación, conato de incendio, emergencias tecnológicas, derrames químicos y movimientos sísmicos.

ENLACES Centro de Formación, ofrece programas académicos bajo la modalidad virtual que estimulan el aprendizaje autónomo, basado en el desarrollo de competencias asegurándole una formación con calidad.

Más Información: enlaces@ays.com.co



Aprendiendo de la...
Clínica Oftalmológica de Antioquia
CLOFAN



www.clofan.com

Introducción

En este informe se describe la práctica de Administrativo Gerencial que se desarrolla en la Clínica Clofan y que fue una de las instituciones seleccionada como poseedora de mejores prácticas en el desarrollo de los procesos, los cuales comprenden la implementación de los estándares de direccionamiento, gerencia, ambiente físico, recurso humano y gerencia de la información descritos dentro del manual de estándares de acreditación. Además, identifica como estos procesos, direccionan y apoyan la humanización en la prestación de los servicios de salud.

Para el desarrollo de este ejercicio de referenciación se dispuso de dos instrumentos de carácter cuantitativo (Encuesta de satisfacción del cliente interno y una autoevaluación de líderes frente a los procesos administrativos y gerenciales) con base en los resultados entregados por las instituciones participantes se seleccionaron las posibles mejores prácticas las cuales fueron visitadas por un equipo de consultores de Asesorías y Soluciones Integrales donde se identificaron las practicas que mostraremos en el siguiente informe.



Lo invitamos a visitar nuestro blog:

<http://asesoriasysolucionesintegrales.wordpress.com/>



Direccionamiento y gerencia

Formulación del plan de desarrollo:

La institución cuenta con una formulación definida del plan de desarrollo, gestionado desde la alta gerencia y la junta directiva que participa activamente como dueños directos.

En este plan está contemplada la prestación de servicios de salud con estándares altos de calidad enfocados en la humanización.

Para esto se cuenta con dos políticas que enmarcan el deber ser en la prestación del servicio: Política de calidad y Política de seguridad del usuario.

En el momento se encuentra en la etapa inicial el desarrollo de todo un proyecto donde el eje fundamental radicará en la humanización del servicio.

Se ha gestionado diversas actividades que fortalecen el aspecto de humanización tales como:

- Ampliación de áreas para el confort de nuestros pacientes.
- Atención personalizada para gestión de expresiones del usuario.
- Brigadas de tamizajes sin ningún costo obteniendo un diagnóstico inicial para que el usuario de continuidad a su enfermedad.
- Fortalecido nuestro programa de bienestar, pues nuestra ideología es “si nuestros colaboradores están bien, esto se irradiará en la prestación del servicio”.



Capacitación y desarrollo de cultura de calidad en la alta dirección:

La junta directiva y la alta gerencia, se reúnen con una periodicidad quincenal para poder garantizar la comunicación continua y eficaz, desarrollar políticas que permitan alinear la institución con las metas establecidas y para esto se realiza asignación de recursos para facilitar el normal desempeño de los procesos.

La junta directiva quienes son los dueños directos, realizan seguimiento de cumplimiento a las líneas acción planteadas; es por tal razón que se reúnen con tanta frecuencia; con el fin de tratar a tiempo y gestionar las estrategias necesarias para cumplir con lo estipulado en el plan de desarrollo.



Para la capacitación de los socios se entregan informes de gestión canalizados por medio de la gerencia, allí se resuelven dudas frente al despliegue de temas específicos, en caso de ser requerido el líder interviene, sin embargo una estructura de capacitación planificada para junta directiva no se tienen configurada.

Entre los ejes que se tratan se encuentran:

- Compensación de colaboradores.
- Acreditación nacional e internacional como vector estratégico de la formulación estratégica de la compañía.

- Humanización, esto se materializa con inversiones en la adquisición de nuevas infraestructuras, ampliación de áreas comunes, dotación para garantizar un tratamiento oportuno y eficaz, adquisición de tecnología avanzada.



Comunicación de la alta dirección con la institución:

Se tiene estipulado una herramienta que facilita el despliegue de la estrategia de manera eficaz, se realiza en forma de cascada para garantizar que viaje en todos los niveles de la organización.

Esta estrategia implica a todos los actores involucrados como lo son en primera instancia la junta de socios y la junta directiva, sigue con la gerencia como grupo primario; de ahí se despliega a los diferentes comités institucionales que se encargan de impartir la información a los líderes y estos a su personal a cargo.

De igual forma, se sube la información a la gerencia y socios; los líderes de los procesos manifiestan las necesidades del cliente interno y según el rango de urgencia de intervención se escala al nivel responsable de darle gestión.



Al cliente interno se le facilitan herramientas tecnológicas para la comunicación directa al interior de la institución, una de estas es Clofan al día que emite de manera diaria informes, felicitaciones, alertas y demás informaciones pertinentes.

Adicional a esto se cuenta con una gerencia abierta a la escucha, cualquier colaborador tienen la posibilidad de

acceder a la gerencia de manera personal o por medio electrónico, a través de un correo llamado “correo al gerente”, allí el colaborador tiene la posibilidad de expresarse frente a situaciones que considere tratar con la gerencia.

Promoción de la cultura de respeto:

Clofan tiene definido como uno de sus pilares la cultura del “servicio”, alrededor de dicho pilar con el apoyo de comunicaciones se promueve de manera sistemática artículos, capacitaciones recordatorios entre otros; sobre la calidez, el respeto y la humanización en la prestación del servicio.



Se cuenta con medios para realizar el despliegue de la información tales como: Clofan al día, cápsulas informativas, totem disponibles en áreas comunes dispuestos para el usuarios y colaboradores.

También se analiza de manera profunda los reclamos que interponen los usuarios, cuando se ve involucrado el colaborador con un mal servicio intervienen dos actores: el líder del colaborador involucrado y el líder de Talento Humano.

De la misma manera cuando se presentan felicitaciones relacionadas con el buen trato, se anexan a la hoja de vida del colaborador y cuando se consolidan tres felicitaciones el colaborador es nombrado de manera simbólica en los medios de la institución y se postula como referente a seguir. Cada líder es el encargado de conocer su equipo de trabajo, en esa medida elevar cualquier tipo de requerimiento ante el personal de Talento Humano quien se encarga de realizar acompañamiento conductual y abordar los casos de manera específica.

Acciones de la gestión del riesgo:

La institución cuenta con matrices de riesgos por servicio y en los diferentes comités de seguimiento a riesgos y de infecciones se realiza el monitoreo y análisis sistemático de casos.

Como estrategias se tienen implementados:

- Capacitaciones en MIC y EP.
- Se utilizan medios de comunicación para informar al colaborador, el paciente y su familia sobre los riesgos de su enfermedad, indicaciones pre y pos entre otros.
- Se cuenta con herramienta distribuidas al paciente para hacerlo participe de su autocuidado.
- Se tiene matrices de riesgos por servicio.
- Se realiza lista de chequeo tanto en el servicio CX como en ayudas diagnósticas, esta barrera garantiza identificar riesgos potenciales en el paciente y asegurar su manejo correspondiente.



Gerencia de la información



Identificación de necesidades de la información:

Se realiza caracterizaciones por proceso, allí se traza la información que se requiere para la ejecución normal de las actividades.

Se cuenta con un aplicativo sistematizado, el cual filtra cada requerimiento en términos de gestión.

La escala valorativa se define así: Alto, medio y bajo; la cual cuenta con unos rangos cuantitativos para valorar la gestión; para éste requerimiento se tiene un indicador el cual es monitoreado desde el comité de calidad.

Se realiza bajo los estándares que define la ley en cuanto a reportes legales y se cuenta con un plan por proceso donde se define la información que sale del proceso y su periodicidad.

En cuanto a la información que viaja a los entes externos y atraviesa por varios responsables, el que valida finalmente la información depende del tema desarrollado, en términos de indicadores calidad, en términos de información contable al proceso financiero, cuando se trata de información técnico científica el director médico y así sucesivamente según el caso.

Se realiza una triangulación con las diferentes fuentes de información tales como estadísticas de cada área, sistema de información, indicadores entre otros. Cuando se identifica un problema potencial o que ya se ha manifestado se documentan acciones correctivas o de mejora que contienen los planes de acción correspondientes. Calidad monitorea el cumplimiento de dichos planes y escala aquellos temas donde se requiere la intervención de otros procesos que irradian de manera directa o indirecta los resultados esperados.

Seguridad de la información:



Se tiene establecido los perfiles de acuerdo al uso de la información; los perfiles radican en el rol que tiene el colaborador en la compañía, se puede presentar accesos como usuarios o como administrador de la información.

En la institución está contemplado como usuarios, todos aquellos que pueden consultar, indexar y registrar información como parte de sus responsabilidades y el administrador puede acceder a informes, modificar datos y estructurar sistemas.

Par el perfil de administrador solo tiene autorización el jefe de sistemas, la gerencia y para algunos casos el equipo directivo de la institución.

Se cuenta con un sistema antivirus, instalado en cada equipo incluyendo el servidor, adicionalmente dentro del programa de mantenimiento preventivo se incluye este ítem a realizar.

Validación y análisis de la información:

Se cuenta con un aplicativo de indicadores, allí se condensa la información institucional en términos de métricas, se analiza en comité de calidad y en EP de gerencia, desde allí se toman las decisiones correspondientes para posterior intervención por parte de los involucrados. También contamos con información específica que se analiza en EP, el líder gestiona y si se requiere apoyo de nivel más alto la escala al EP de gerencia.

Gestión del recurso humano

Identificación de necesidades del cliente interno:

Se cuenta con un método de recopilación de las necesidades de capacitación, cada líder manifiesta las necesidades de su área, TH consolida dichas necesidades y las escala a dirección administrativa y a la financiera para la aprobación final del programa de formación.

El programa es definido en términos de temas, recursos, tiempos entre otros.

Se cuenta con un indicador que monitorea el cumplimiento del programa. También se incluyen aquellas capacitaciones no programadas pero que finalmente hacen parte del fortalecimiento de competencias.

Formación y entrenamiento del talento humano

Proceso de inducción y reinducción:

En la inducción la institución cuenta con un proceso estandarizado que lo define la ley, allí se le da alcance al tema de selección, verificación de título, contratación y desvinculación. En cada una de las etapas se tienen instrumentos propios que validan el filtro en cada una de ellas. Para lograr objetividad e imparcialidad y adhesión a políticas internas, en cada una de las etapas se asegura su respectivo registro los cuales son consolidados en las historias laborales de cada colaborador.

La inducción es programada mensualmente, allí asisten las personas vinculadas a la compañía sin importar el tipo de contratación. Se exponen de manera magistral temas estratégicos, de interés común que giran en torno a la seguridad clínica y la calidad en la atención y todos aquellos procesos que sean administrativos los cuales deben estar claramente en el conocimiento de cualquier colaborador.

Para la ejecución de esta actividad se utilizan medios audiovisuales, herramientas didácticas y evaluativas. Al finalizar la jornada que dura un día, se evalúa por parte del asistente la satisfacción del proceso en general y se evalúa al expositor de manera individual. Los resultados son analizados desde Talento Humano y se realimenta al líder evaluado sobre los aspectos en los cuales debe mejorar.

Actualmente se realiza un proceso de re inducción que aplica para los colaboradores antiguos de la institución que no tuvieron la oportunidad de conocer el proceso anteriormente. Se tiene un listado de aquellas personas que no pasaron por proceso de inducción y estas son involucradas en el proceso.

Capacitación al talento humano:

Para la construcción del programa de capacitación, primero se tiene en cuenta los elementos que conforman la estructura de gestión de conocimiento de la compañía; segundo se diligencia un diagnóstico de necesidades de capacitación por área.

El área de Talento Humano consolida la información y la analiza junto con la dirección administrativa para revisar la prioridad de los ejes temáticos y con la dirección financiera para la aprobación de recursos.

El programa ya validado y aprobado se difunde a los líderes y se da cumplimiento a su despliegue.

Se cuenta con un modelo de gestión de conocimiento fundamentado en cuatro pilares: conocimientos técnicos, conocimientos en inglés, conocimientos en artes y oficios y crecimiento personal. Partiendo de dichos focos se elabora el plan de capacitación donde se consolidan los requerimientos de cada líder frente a las necesidades de cada proceso/área o servicio.

El plan está dirigido al público que se defina en el plan, este es determinado por el líder y desde Talento Humano se afina asistencia en caso que la capacitación pueda fortalecer a otros colaboradores de la organización.

En la institución se definen las necesidades de capacitación de la siguiente manera:

- Primero se focalizan aspectos del modelo institucional.
- El interés colectivo.
- Gana Gana que es el aporte al colaborador que tenga una devolución a la compañía.
- Los proyectos que actualmente este desarrollando la institución.

Además, la institución es pionera en la capacitación a los empleados en un diplomado en ayudas diagnosticas en oftalmología, generando sinergia con una institución educativa para poder validar la formación ante el ICFES.

El modelo ha sido solicitado por países a nivel internacional, en el momento se están generando acuerdos para ampliar cobertura en formación.

Se cuenta con un convenio con el SENA para el fortalecimiento de competencias. Entre las competencias desarrolladas en el último año se encuentran: ofimática, servicio al cliente, auxiliares técnicos en salud.

Más de 40 colaboradores han sido beneficiados del programa.

Divulgación de los perfiles:

Se realizó desde un proyecto que se desarrolló en dos etapas:

1. Se realizó levantamiento de descripciones por cargo ya que no existía el instrumento, el documento fue creado entre el líder y el colaborador según el cargo. La parte de competencias conductuales se abordó desde Talento Humano partiendo de los rasgos que debían enmarcar los cargos dentro de la compañía.
2. Para los colaboradores nuevos que ingresan a la compañía, en el momento que se vincula un colaborador a Clofan, se difunde su respectiva descripción de cargo dejando constancia en su historia laboral de dicha retroalimentación.

Competencias laborales:

Partiendo de la descripción de cargo, se inicia un proceso de recopilación de hojas de vida, si el cargo ya existe en la compañía se realiza una convocatoria interna y externa. Si el cargo es nuevo se trae desde afuera partiendo que las características del cargo son específicas.

La descripción del cargo se convierte en el instrumento matriz para abordar todo el proceso de selección. Así mismo es utilizado en el momento de iniciar cualquier proceso disciplinario en lo concerniente a incumplimiento de actividades inherentes al cargo.

Evaluación de desempeño:

La evaluación de desempeño se realiza cada año, el modelo está estructurado bajo pilares definidos por la organización que validan competencias organizacionales.



La evaluación se desarrolla en dos etapas, primero hay una valoración por parte del colaborador sobre su desempeño de acuerdo a los criterios de evaluación, posteriormente el líder (jefe directo), evalúa a su colaborador bajo el desempeño observado, revisa la calificación dada por el mismo colaborador y de manera objetiva emite una calificación final. En la tercera etapa por medio de una

reunión personalizada, el líder junto con el

colaborador revisa logros y aspectos por mejorar. Se establecen acuerdos que son llevados a planes de mejoramiento a los cuales se les realiza un seguimiento sistemático desde TH.

Estímulos e incentivos:

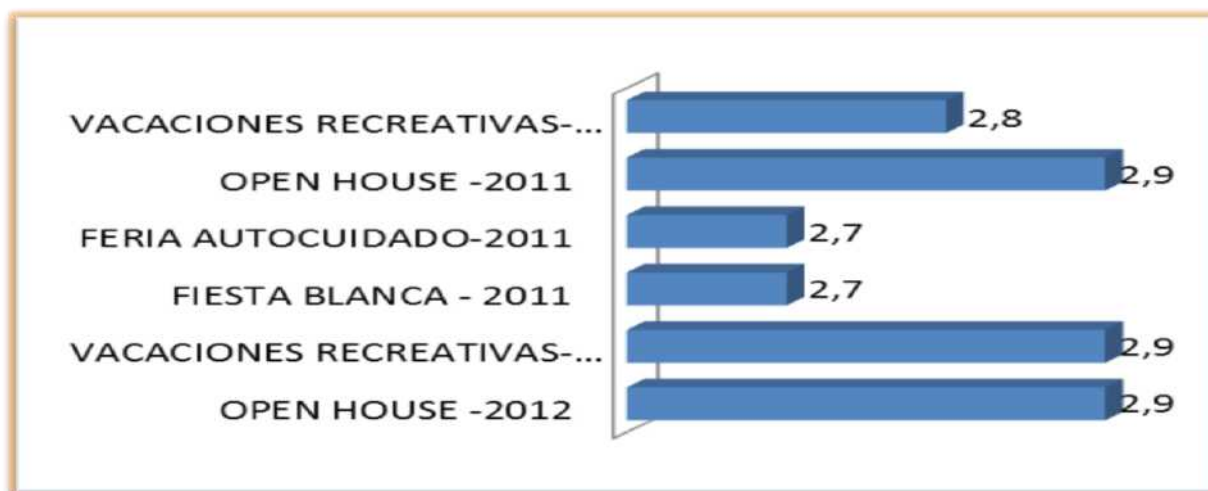
La institución no tiene un programa específico de incentivos, se tiene unos proyectos iniciales que permiten articular desempeño VS incentivos económicos

A hoy los incentivos son simbólicos, se realizan menciones y reconocimientos utilizando medios de comunicación como Clofan al día, novedades entre otros.

Se prioriza en actividades que garantizan el bienestar social y por ende el clima laboral como estrategia de incentivos y se realizan actividades que promueven al autocuidado y el bienestar no solo del colaborador sino también el de su familia.

Entre las actividades desarrolladas se resalta:

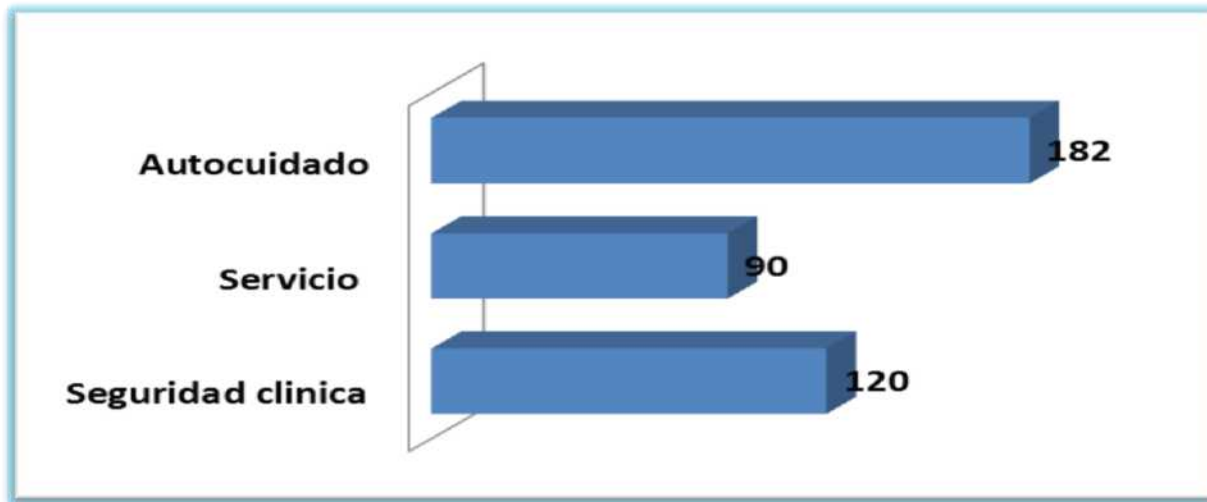
- Feria del autocuidado.
- Vacaciones recreativas subsidiadas en gran porcentaje por Clofan, el colaborador otorga una cifra simbólica la cual se deduce de nómina.
- Open house- fiesta con 4 integrantes más de su familia.
- Fiestas de fin de año.



Con el apoyo de:



Gestión del ambiente físico



Prevención y control de las infecciones:

Como acciones preventivas, a todos los pacientes se entregan instrucciones Pre quirúrgica indicando todo tipo de alarma a tener en cuenta.

Los reportes presentados por posible infección, se le realizan pruebas de laboratorio que permiten concluir donde se generó y porque. Cada investigación trazadora es analizada en comité de infecciones emitiendo un resultado final del caso.

El comité de infección en compañía del comité de seguimiento a riesgos y eventos adversos, desarrollan de manera sistemática campañas de lavados de manos orientadas a diferentes públicos:

- Colaboradores.
- Usuario
- Equipos asistenciales

Se promueven campañas educativas, de sensibilización, talleres y utilizando medios de comunicación se despliega toda la información de tal manera que sea recibida por los diferentes públicos.

Lavado de manos:



Todas las áreas asistenciales que tienen contacto directo con el paciente cuentan con dispensadores de alcohol glicerinado, adicionalmente con pozuelos para realizar lavado de manos.

Se tiene protocolizado la calzada de guantes, así mismo se realiza evaluación de adherencia a dicho protocolo.

Política de no reuso:

Se cuenta con una política de no reuso, se cuenta con instrumental necesario para dar cobertura a la demanda.

Para aquellos 2 dispositivos que el fabricante permite su reuso, se ha diseñado una tarjeta de seguridad donde se indica el número de usos y los datos generales del paciente (nombre y número de identificación). Esto permite tener un trazado frente a una posible infección derivadas del uso de dicho dispositivo.

www.ays.com.co

Gestión ambiental:

Se tiene un comité ambiental el cual trabaja de la mano de los entes externos encargados del transporte y la disposición final de los residuos; en el último año se han desarrollado campañas con payasos y animadores incentivando el buen uso y clasificación de los residuos.

También de manera sistemática se ha desarrollado visitas a entes externos garantizando una disposición final acorde a lo definido por la ley.

En el momento está en curso un proyecto para el uso racional del agua y luz, monitoreando resultados mediante los consumos y realización de retroalimentación al personal sobre logros obtenidos.

Par reforzar el proyecto, se ha dispuesto medios como habladores en diferentes áreas de la clínica incentivando el uso racional del agua y de la luz, generando así, no solo recordación en nuestros colaboradores sino también en los usuarios y visitantes.



Tecnología biomédica: El tema tecnológico es un vector estratégico al interior de la institución, ya que genera una alta competitividad con el mercado; esta se define desde la formulación estratégica y es desde allí es donde se identifica, analiza y se adquiere la tecnología biomédica.

Para la gerencia es claro que el tema es vital cuando se trata de atención segura y eficaz; para esto se tiene un programa sistematizado para el mantenimiento de equipos biomédicos inclusive para su

calibración y verificación, para ello se realiza soporte de proveedores expertos en la materia.

Cualquier tipo de incidente derivado de la manipulación de equipos biomédicos, es analizado en comité de farmacia y terapéutica donde se tomara decisiones frente a la situación presentada.

Para el retiro o inclusión de equipos en los servicios asistenciales se cuenta con política la cual establece el uso bajo condiciones seguras en la prestación del servicio

Emergencias:

La institución tiene establecido el simulacro donde se tiene la participación de bomberos, policia nacional y soporte de la torre medica ciudad del rio, se realiza una vez al año con todos los empleados y la comunidad presente el día del simulacro.

Se realiza un informe del desarrollo de la actividad y se realiza una evaluación en términos de tiempo y acciones correctas realizadas, el último año la institución fue ganadora en términos de evaluación y tiempo.

OFERTA DE CURSOS ENLACES CENTRO DE FORMACIÓN

CURSOS	INTENSIDAD
Formulación del plan de mantenimiento hospitalario	30 horas
Tecnovigilancia	30 horas
Básico de Seguridad del paciente	40 horas
PAMEC como herramienta para el logro de la acreditación Institucional	60 horas
Audidores Internos de Procesos con énfasis en Acreditación (semipresencial)	60 horas

Más Información: enlaces@ays.com.co

Capítulo 2

BUENAS PRÁCTICAS EN EL PROCESO PARTICIPACIÓN Y GESTIÓN DE LAS EXPRESIONES DE LOS USUARIOS



Aprendiendo de la... E.S.E Hospital de la Ceja



www.eselaceja-antioquia.gov.co

Introducción

Atención al usuario funciona como un canal de comunicación, a través del cual se puedan conocer las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias; con el fin de que la alta dirección del Hospital conozca los problemas que la organización ocasiona en los usuarios, analice sus causas y desarrolle planes de mejoramiento que se traduzcan en servicios con calidad real. Los buzones de sugerencias son los reclamos de la no satisfacción de las expectativas del usuario. Visto de esta manera, cada reclamo es una oportunidad para que la organización crezca en cuanto al mejoramiento de las características de un producto o un servicio. Para la Empresa Social del Estado una de sus máximas prioridades es implementar una forma de aprender sobre los problemas de la Institución, con la información generada en el proceso de escucha activa del usuario, y promover el mejoramiento de los procesos que generan mayor insatisfacción.

Debido a que su razón de ser son sus usuarios, sus familias y la comunidad, la E.S.E. desde el Proceso de Calidad ha venido desarrollando diferentes estrategias como el diseño del Manual de Escucha Activa, el cual contempla varios mecanismos para que sus usuarios califiquen la atención recibida. Por medio de encuestas telefónicas y personalizadas, grupos focales, buzones de PQRS, sitio Web institucional; constantemente escuchan a sus usuarios y hacen de estas prácticas una cultura organizacional.

Oficina de atención al usuario

La E.S.E. Hospital de la Ceja, cuenta con una oficina asignada para la atención al usuario y con un funcionario dedicado a brindar información durante el día, el horario de atención de esta oficina es de lunes a viernes de 8:00am-12:00m 1:00pm a 6:00pm.

El perfil del funcionario encargado de la atención al usuario está definido en el manual de funciones para Auxiliar administrativo de la institución, éste deber cumplir con los requisitos de ser bachiller académico, técnico en administración de servicios de salud, curso mínimo de 40 horas en atención al usuario y poseer buenas relaciones interpersonales, en las cuales se destacan el carisma para la atención al usuario y la familia.

Las funciones definidas para desarrollar en la oficina de atención al usuario son:

- Coordinación de los mecanismos de Escucha activa: apertura de buzones de sugerencias los días lunes, miércoles y viernes. Radicación y entrega a los coordinadores de área. Respuesta telefónica a los usuarios. Elaboración de acta y alimentar la matriz de reclamos, sugerencias y felicitaciones.
- Realización y tabulación de las encuestas telefónicas y orientación de las encuestas personalizadas.
- Realización de los grupos focales a los diferentes servicios de la Institución.
- Participación en la reunión mensual del comité de ética y calidad.
- Participación de los programas radiales institucionales.
- Orientar a los usuarios internos y externos acerca de las inquietudes administrativas y asistenciales.
- Tramitar las remisiones ambulatorias, ante la DSSA, Nueva EPS, Ecoopsos, FMP, Caprecom, Comfenalco.

- Orientar a los usuarios acerca de los trámites para las remisiones Coomeva, policía, Salud Total, y desplazados.
- Coordinar la Asociación de Usuarios de la ESE.
- Apoyo al personal asistencial del servicio de Urgencias, en la remisión de usuarios.
- Campañas de sensibilización de incumplimiento de los derechos y deberes por medio del rotafolio.
- Educación del usuario en el tema del triage.
- Reportar diariamente al CRUE, la disponibilidad de camas, camillas y remisiones pendientes en la Institución.
- Envío semanal al CRUE sobre referencia y contrareferencia
- Brindar educación a los usuarios en derechos y deberes.
- Brindar apoyo en actividades extramurales y estrategias de sensibilización enfocadas al usuario.
- Realizar demanda inducida.
- Asistir a las capacitaciones designadas.

Cuando la oficina se encuentra cerrada brindan apoyo las auxiliares administrativas de admisiones y citas. Previamente la funcionaria de atención al usuario informa de los lineamientos o cambios en las directrices de atención al usuario igualmente cualquier persona de la organización está en capacidad de orientar al usuario.



Solución de inconvenientes frecuentes frente al acceso

La oficina de atención al usuario es la responsable de orientar y solucionar todos los inconvenientes de los usuarios.

Se creó la tabla de información y atención al usuario (IAU), es una tabla informativa para los funcionarios, en la cual se detalla la información que más solicitan los usuarios, esta contiene información sobre:

- Los Servicios.
- Horarios de atención de los servicios.
- Plan de beneficios.
- Tarifas de los servicios.
- Recomendaciones de dieta y preparación para toma de muestras.
- Clasificación de pacientes y tiempo de atención.
- Procedimientos cubiertos en el pos que requieren remisión a otros niveles de complejidad.
- Procedimientos excluidos de la cobertura del pos, entre otros.

Esta tabla contiene todos los momentos del usuario en la institución, desde el acceso hasta el egreso, contiene las directrices para orientar a los usuarios frente a cualquier barrera de acceso o ausencia de información.

Todos los funcionarios de la institución cuentan con la capacidad de brindar la información requerida por el usuario y en el caso de no tenerla saber orientarlo para que acceda a ella.

OFERTA DE DIPLOMADOS ENLACES CENTRO DE FORMACIÓN

DIPLOMADOS	INTENSIDAD
Diplomado para la implementación de la nueva norma de Habilitación – Resolución 1441 de 2013	120 horas
Gestión de la cultura para la seguridad del paciente	110 horas
Líderes para la acreditación institucional en salud	150 horas

Más Información: enlaces@ays.com.co

HOSPITAL DE LA CEJA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	ANEXO A TABLA DE DESCRIPCION DE LA INFORMACION	PR-IAU-001 VERSION 02
---	---	--------------------------

OBJETIVO: Brindar información necesaria al usuario y su familia, para que de acuerdo a sus necesidades y expectativas, pueda acceder a los servicios que ofrece el Hospital de la Ceja ESE dentro del Sistema General de Seguridad Social

MOMENTO	TIPO DE INFORMACION	DESCRIPCION	DOCUMENTO de consulta	RESPONSABLE
PARA ACCEDER AL SERVICIO	Sobre los Servicios	Urgencias, urgencias odontológicas, hospitalización, Hospitohogar, consulta externa laboratorio clínico, rayos X, Ecografías, odontología general, odontología especializada, Fisioterapia farmacia, Promoción y Prevención	Portafolio de servicios GUI-DE-001 Esta en la entrada principal y en cada servicio	Funcionario E.S.E
	Profesionales	Médico general, enfermería, Fisioterapeuta, odontólogo general, odontólogo especializado, regente de farmacia, bacteriólogo, radiólogo, ginecobstetra	Listado de profesionales esta en el portafolio de servicios GUI-DE-001 En cada servicio	Funcionario E.S.E
	Horario de atención	Urgencias, urgencias odontológicas, hospitalización y Hospitohogar 24 horas, consulta externa lunes a viernes 7 am a 6 pm, sábados 7 am a 1 pm laboratorio lunes a viernes 7 am a 6 pm, sábados 7 am a 12 m, rayos X lunes a viernes 8 a 6 pm, Ecografías lunes 10:30 am a 12:30 m y viernes 12 m a 2 pm, odontología general 8 am a 5:30 pm, especializada lunes, martes, Miércoles 9:30 a 6pm, Fisioterapia lunes a viernes de 8 am a 5 pm, sábados de 8 am a 12 m, farmacia lunes a viernes 8 am a 6 pm, sábados 9 am a 6 pm	Portafolio GUI-DE-001 Esta en la entrada principal y en cada servicio, los horarios están en cada servicio	Funcionario E.S.E

MOMENTO	TIPO DE INFORMACION	DESCRIPCION	DOCUMENTO de consulta	RESPONSABLE
PARA INGRESAR AL SERVICIO	Documentos que debe tener el usuario	Carné de aseguradora, documento identidad Información: "Señor usuario, para acceder a los servicios recuerde siempre su documento de identidad y carné de afiliación a régimen de salud; si va a ingresar como particular solo se requiere el documento de identidad"	En procedimiento de Admisiones PR-IAU-002 Está en el servicio de Admisiones	Auxiliar administrativo de admisiones
	Tarifas del servicio requerido	Varían según contrato con el Hospital Información: "Señor usuario, las tarifas varían de acuerdo a su tipo de afiliación; favor dirigirse a la ventana de facturación para obtener este dato; para medicamentos	Manual Tarifario en software Dinámica Gerencial, farmaprecios	Auxiliar administrativo de admisiones, y auxiliar de farmacia

MOMENTO	TIPO DE INFORMACIÓN	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTO de consulta	RESPONSABLE
DURANTE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	Clasificación de pacientes y tiempo de atención	Tiempos de espera máximo en minutos En urgencias: Triage I: inmediatamente, Triage II y Triage III 10 minutos, Triage IV: 20 minutos En Hospitalización para pasar al paciente de urgencias a este servicio: 40 minutos, para egreso del paciente después de la orden del alta 2 horas, Hospitohogar desde la solicitud del servicio hasta la visita domiciliaria 30 minutos, Consulta externa: 10 minutos, Laboratorio clínico: 15 minutos, Rayos X: 15 minutos, Ecografías 10 minutos, Odontología general 10 minutos, Odontología especializada 10 minutos, urgencia odontológica 30	Cuadros en scrífico en urgencias Procedimiento clasificación de pacientes en el servicio de urgencias Triage. PR-AS-006 En la sala de espera de urgencias y consultorio	Auxiliar administrativo de admisiones de urgencias

MOMENTO	TIPO DE INFORMACIÓN	DESCRIPCIÓN	DOCUMENTO de consulta	RESPONSABLE
PARA EGRESO DEL SERVICIO	Cuidados generales en casa, uso de medicamentos, alimentación	Diagnóstico, Tratamientos y procedimientos que debe seguir al egreso, entrega e instrucciones sobre el uso de medicamentos y dosis, ayudas diagnósticas pendientes, cuidados generales en casa, alimentación, cita de revisión, persona a quien puede contactar después del egreso	Plan de egreso. FO-AS-035 Hospitalización	Personal asistencial.
	Cuidados post operatorios de salud oral	No comer inmediatamente después del procedimiento esperar entre 30 a 60 minutos, consultar nuevamente en caso de dolor o sensibilidad "Señor usuario, favor exija que el odontólogo le de por escrito las recomendaciones de cuidado en casa, medicamentos y días para revisión, de acuerdo a lo que aplique a su caso"	DO-AS-044 Y DO-AS-049 odontología	Odontólogo

Con la finalidad de evitar barreras de acceso del usuario, se solicita a las EPS la actualización de las bases de datos quincenalmente o mensualmente, lo que ha disminuido los problemas de acceso al servicio.

Para la solución de otro tipo de inconvenientes la institución ha documentado sus estrategias en los diferentes manuales de la institución los cuales son de conocimiento de todo el personal y que le ayudaran a resolver las inquietudes o inconvenientes que presente el usuario:

Manual de escucha activa y atención al usuario.

Este comprende:

- Buzones de sugerencias Internos: Vacunación, HTA, laboratorio, Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización, Pyp, Odontología, Farmacia, Puesto de Salud San José
- Buzones de sugerencias Externos: Secretaría de Protección Social, Unidad de atención Integral, Centro del adulto mayor, salas de belleza.
- Encuestas personalizadas
- Encuestas telefónicas
- Grupos Focales

		Pagina: 1 de 21 Código: MACM003 Versión: 003 Fecha de Actualización: 26 de Agosto de 2010 Elaborado por: Coordinador Atención al usuario
MANUAL ESCUCHA ACTIVA Y ATENCIÓN AL USUARIO INTERNO Y EXTERNO		
MACROPROCESO: GESTIÓN DE DIRECCIONAMIENTO Y CONTROL PROCESO: CONTROL INTEGRAL Y MEJORAMIENTO MANUAL: ESCUCHA ACTIVA Y ATENCIÓN AL USUARIO INTERNO Y EXTERNO		
CONTENIDO		
1. INTRODUCCION.	Pág.	2
2. ALCANCE		2
3. OBJETIVO GENERAL		3
4. OBJETIVOS ESPECIFICOS		3
5. DESARROLLO DEL MANUAL		4
MARCO TEÓRICO		4
EL CLIENTE: CENTRO DE LA ORGANIZACIÓN		5
POR QUÉ CENTRAR EL FUTURO DE LA EMPRESA EN EL CLIENTE.		6
ENCUESTAS PERSONALIZADAS		8
ENTREVISTA PERSONAL		9
GRUPO FOCAL		10
CONDICIONES PARA LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE LOS GRUPOS FOCALES		10
LUGAR DE LA REUNIÓN		10
PROBLEMAS DEL EVALUADOR		11
VENTAJAS DE LOS GRUPOS FOCALES		10
METODOLOGÍA		11
DESARROLLO DEL GRUPO FOCAL		14
BUZONES DE SUGERENCIAS		15
METODOLOGÍA PARA OIR LA VOZ CLIENTE INTERNO Y EXTERNO		16
6. DEFINICIONES		18
7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA		18
8. ANEXOS		19



Manual del usuario. Contiene información específica para el Usuario como:

- Formas de contacto con la ESE (Correo electrónico y pagina web)
- Plataforma estratégica
- Portafolio de servicios
- Políticas Institucionales
- Horarios de atención
- Derechos y deberes del usuario
- Directorio telefónico

Manual de Servicio al Usuario y su familia. Contiene políticas de presentación personal y de comunicación:

- Realizar diariamente el aseo personal antes de ingresar a laborar.
- Mantener dientes sanos y aliento fresco durante todo el día.
- Los hombres deben estar bien afeitados y si tienen bigotes deben arreglarlo periódicamente.
- Las mujeres no deben llevar el cabello mojado o recogido de mala manera con lápiz o lapiceros.
- El cabello no debe estar tinturado con colores llamativos como violetas, azules o naranjas.
- Las uñas deben estar limpias y bien pintadas. Las mujeres con esmaltes en tonos sobrios, nunca escarchados o fluorescentes. Los hombres pueden utilizar brillo.
- El maquillaje debe ser discreto, que le permita una apariencia fresca y natural. Su condición debe verificarse durante el día y retocarse si es necesario, pero en lugar discreto no frente al público.
- Los trajes deben ser impecables y bien combinados.
- Los zapatos, correas y bolsos deben mantenerse limpios y en buen estado.
- Los accesorios deben ser discretos en cuanto a tamaño y color.

Vestuario Formal

- El vestuario formal debe llevarse de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 7:00 p.m. El vestuario debe ser sobrio y acorde con el lugar de trabajo y las funciones realizadas.

Vestuario Informal

- Se podrá utilizar ropa informal de lunes a viernes de 7:00 p.m. a 7:00 a.m. los fines de semana o cada vez que sea autorizado por la gerencia, siempre y cuando esto no interfiera con el normal desarrollo de sus funciones.

Atención Telefónica

- El teléfono no debe repicar más de tres veces.
- Saludar con identidad.
- Cuando se reciba una llamada se debe saludar identificando la institución, por ejemplo.
- “Buenos días, Hospital de la Ceja habla XXX”.

Se debe considerar en las características comunicativas del médico lo siguiente:

- Imagen personal.
- Desplazamiento de quien presta el servicio a las salas de espera.
- Llamado y saludo por el nombre del usuario, presentación del prestador del servicio.
- Actitud frente al paciente (postura, ademanes, gestos y mirada).
- Amabilidad y cortesía.
- Despedida por el nombre del usuario.

Manual de Humanización del Servicio. Este manual desarrolla los siguientes aspectos:

- Apoyo emocional y espiritual.
- Asesoría Espiritual de acuerdo a la religión que se profese.
- Asesoría Psicoemocional.
- Lúdica Hospitalaria.
- Acompañamiento de los Integrantes de la Asociación de Usuarios.
- Confección de ajuares a niños recién nacidos, de escasos recursos económicos.
- Sitios destinados para la reflexión y la oración.
- Cuidados con la higiene.
- Cuidados con la piel.
- Cuidados con la alimentación.
- Alivio del dolor, eliminación, confort y seguridad.
- Acceso al parque temático la ESE.



Duración
100 horas

Modalidad
100% virtual

De la norma a
la práctica

DIPLOMADO VIRTUAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NUEVA NORMA DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 1441 DE 2013

Objetivo: Brindar a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a sus profesionales el conocimientos y las herramientas prácticas para realizar el proceso de autoevaluación e implementación de los estándares de la Resolución 1441 de 2013, Sistema Único de Habilitación.

Más información: servicios@ays.com.co

Mecanismos de comunicación con la comunidad

De la institución con los usuarios: La comunicación con los usuarios se realiza por medio de:

- Portafolio de servicios en el cual da a conocer su visión, misión, principios corporativos y servicios que presta con los diferentes horarios de atención.



- Boletín institucional el cual se divulga a través del correo interno y se publica en la página web.

HOSPITALario 2012 N.2

BOLETÍN INTERNO HOSPITAL DE LA CEJA

EDITORIAL

PAMEC 2012 tiene dos metas: humanización y seguridad del paciente

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en la Salud (PAMEC) es la forma a través de la cual el Hospital de la Ceja implementa el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el cual se define en la Resolución N. 1043 como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Delegativo de Cuenta de Calidad (SDCC) entendido como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios".

El Modelo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) adoptado por el Hospital de la Ceja dentro del marco: **planear, hacer, verificar y actuar**, la institución contempla cuatro componentes esenciales que son: habilitación, acreditación, Modelo Estándar de Control Interno y Modelo de Excelencia en la Gestión para Organizaciones del Sector Salud. Seguridad del Paciente versión 2011.

En forma transversal se realizan acciones de planeación, dentro de las cuales se encuentran los acciones preventivas que son tomadas como el relevo de calidad tales como: procesos, políticas, modelos, programas, identificación de necesidades y



espectativas de los usuarios, normas internas y entorno y guías de manejo. Las acciones del PAMEC, comprenden la socialización e implementación de los procesos, el desarrollo de programas, y la ejecución de planes, proyectos, manuales, guías, los cuales hacen parte de las actividades cotidianas del proceso de atención. En el **VERIFICAR** se encuentran las acciones de seguimiento, que son los mecanismos y estrategias de evaluación y análisis mediante los cuales se aplican las referencias de calidad, para determinar el grado de conformidad de la institución con respecto a tales parámetros. Estas acciones incluyen las instancias en las cuales se identifican, localizan y cuantifican los brechos de desempeño y se definen

las tareas a realizar para corregir las desviaciones detectadas. Con el sistema nervioso de un programa de auditoría porque captan, procesan y reaccionan.

En el **ACTUAR** se encuentran las acciones como el diseño, aprobación y ejecución de planes de mejoramiento, y las acciones que la institución genera y aplica luego de los procesos de verificación.

De manera similar, si las desviaciones detectadas no se intervienen, y si no se utiliza este aprendizaje como parte de un proceso de mejoramiento, no será posible cerrar el ciclo que conduce a niveles crecientes de calidad y autocuidado.

En 2012 el PAMEC en el Hospital de la Ceja está centrado en la humanización y la seguridad del paciente.

NUESTRA VISIÓN: EN EL HOSPITAL DE LA CEJA QUEREMOS SER PREFERIDOS POR LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN, ALCANZANDO RECONOCIMIENTO Y LIDERAZGO POR LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

HOSPITALario 2012 N.2

BOLETÍN INTERNO HOSPITAL DE LA CEJA

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)

Humanizar la salud: ver al ser humano en el sentido global

El dilema de "humanizar la salud" suena a contradictorio, pues pareciera obvio que la salud lleva implícito el sentido humano de contribuir al bienestar del ser humano. Sin embargo, el tema y sobre todo, su aplicación, continúan la interacción de múltiples factores.

José Carlos Bermejo Higuera, Director del Centro de Humanización de la Salud de Madrid, Doctor en Teología Pastoral Católica y Magister en Bioética, dice que humanizar la salud no es otra cosa que considerar al ser humano en sentido global, holístico -como nos gusta decir hoy-, es decir, en su dimensión física, intelectual, emocional, relacional o social y espiritual". Y agrega: "En realidad, para intervenir holísticamente se requiere recuperar la visión integral, hoy que ir contracorriente en relación con la mentalidad contemporánea, que va por el camino de la fragmentación y la super-especialización".

Humanizar es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar actividades y vivir por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización. Por ello es de gran importancia tener en cuenta la preparación de los profesionales en salud para la concientización y sensibilización con respecto a la atención de los usuarios, que debe realizarse en el contexto de la ética y los valores, de este modo se pretende atender al paciente y suplir sus necesidades a nivel físico, emocional, intelectual y social.

Se necesita que este derecho de primera generación sea garantizado por el Estado como lo establece la Constitución para que los usuarios no sean los perjudicados, quienes han logrado acceder al servicio después de cumplir requisitos múltiples y largos días en algunos casos, se encuentren con servicios de regular calidad y atención. Se debe entonces contar con profesionales que continúan preparando para la humanización de la atención, mediante cursos, capacitaciones, talleres, seminarios, conferencias, que brinden la oportunidad de instrucción al personal prestador de servicios de salud para mejorar la calidad de atención al usuario mediante la gestión de valores y principios humanísticos, todo encaminado a la transformación de la relación médico-paciente.

Es necesario promover la cultura de la humanización de los servicios, el proceso de preparación del personal, líneas de intervención con usuarios y clientes internos, la práctica de valores y principios humanísticos y desde la gestión del talento humano promover por el respeto a la dignidad humana, la humanización, la motivación y el reconocimiento. Cada vez cobra más fuerza el concepto "humanización de la salud", toda una filosofía basada en la relación agente de salud-paciente, que tiene muchos aspectos por considerar. Y en 2012 este es uno de los ejes de nuestro Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).



NUESTROS VALORES: CALIDEZ, CALIDAD, LEALTAD, SEGURIDAD, RESPETO

HOSPITALario 2012 N.1

BOLETÍN INTERNO HOSPITAL DE LA CEJA

¡FELIZ CUMPLEAÑOS!



MARCELA RESTREPO BERNAL	01 de abril
JOHN WILSON MEJÍA TORÓN	02 de abril
ASTRID JULIO GALLEGO RIOS	02 de abril
OSCAR ALONSO ZAPATA OROCO	03 de abril
ALVARO RODRIGO FUERTA SALINAS	03 de abril
ELOY OCAÑO OCAÑO	05 de abril
DESY LILIANA BETANCUR VALENCIA	06 de abril
JUAN CARLOS MONTAÑA VELÁSQUEZ	09 de abril
MARIA NORELA RAMÍREZ TORÓN	18 de abril
JUAN RODRIGO CARDONA RAMÍREZ	21 de abril
GLORIA PATRICIA MARTÍNEZ AGUIRRE	21 de abril
HUMBERTO FLOREZ CERÁ	23 de abril
MARILUZ URRUTIA GUZMÁN	28 de abril
SEBASTIÁN OSORIO GUZMÁN	28 de abril

"SÓLO SE AGUANTA UNA CIVILIZACIÓN SI MUCHOS APORTAN SU COLABORACIÓN AL ESFUERZO. SI TODOS PREFIEREN GOZAR EL FRUTO, LA CIVILIZACIÓN SE HUNDE".
José Ortega y Gasset

LOS USUARIOS NOS FELICITAN

"Quiero dar un sincero agradecimiento a la enfermera Ordina Lopez por la calidad humana con la paciente gracias que Dios la bendiga, gracias por la colaboración dada a mi hijo en su hospitalización".

Sandra Botero

"Si de Juan Rodrigo, Maria y Janeth Tobón. Dientes los funcionarios telefónicos y gracias por todo".

Hugo Camero

"Si tienen muchas gracias por la excelente atención".

Gabriel Ortega

"Si a los doctores, Excelente el trato y la atención de la doctora muchas Gracias".

Luz Gabriela Echeverri

BIENVENIDA

Le damos la bienvenida a María Fernanda Jiménez Restrepo, Auxiliar de enfermería.

AGRADECIMIENTO

A todo el equipo de trabajo muchas gracias por la respuesta oportuna, el profesionalismo y compromiso, con la atención de la emergencia del día 17 de abril.

Carlos Arturo Dávalos, Gerente (E)



Si tienes algún mensaje para el próximo boletín por favor envíalo a la Oficina de Comunicaciones, o envíalo al correo electrónico: comunicacion@hospitalldeceja.gov.co

NUESTROS VALORES: CALIDEZ, CALIDAD, LEALTAD, SEGURIDAD, RESPETO

- Ezequiel y sus campañas, las cuales son educativas y de sensibilización.



- Plan de medios como: carteleras, programa radial, periódico municipal, pagina web, altoparlante.



- Asociación de usuarios, el cual está conformado por 28 integrantes y dentro de sus actividades están:



1. Difusión de deberes y derechos en los grupos organizados de: hipertensión, curso sicoprofiláctico, salas de esperas de urgencias, consulta externa, ayudas diagnósticas, farmacia, odontología.
2. Elaboración de materiales en hospitalización, odontología, laboratorio y promoción y prevención.
3. La Asociación de Usuarios a través del comité de educación, realiza encuestas de satisfacción a los usuarios diariamente en los diferentes servicios.
4. Organización del ropero dentro de la Institución para ayudar a personas de escasos recursos en la comunidad.
5. Acompañamiento a usuarios hospitalizados.
6. Asistencia a las brigadas de salud programadas por la institución a las veredas del municipio.
7. Socialización de la acreditación en IIAMI. (Iniciativa de Instituciones amigas de la mujer y la infancia).

De los usuarios con la institución: en la institución se tiene implementado el manual de escucha activa, el cual presenta las siguientes opciones para que el usuario se contacte con la Institución: buzones de sugerencias internos y externos, grupos focales, encuestas telefónicas y personalizadas. Correo electrónico de la oficina de atención al usuario, manifestación de quejas, reclamos y sugerencias a través de la página web, comité de quejas y reclamos liderado por la asociación de usuarios.



Gestión de las expresiones

Buzones de sugerencias internos y externos:

En la institución se cuenta con 8 buzones, ubicados en: Urgencias, consulta externa, odontología y fisioterapia, farmacia, pyp, hospitalización, vacunación, HTA, externamente: 3 buzones: Protección Social, Centro del adulto mayor, Puesto de salud de San José.



Las necesidades identificadas a través de los buzones internos y externos, se consignan en la matriz en Excel que contiene los siguientes ítems: Radicado, Año, Mes, Fecha, Presentada por, Servicio, Funcionario involucrado, asunto, causa, fecha de respuesta, respuesta, plan de acción, área responsable, tiempo de respuesta, confirmación de satisfacción del usuario.

Luego se procede a llamar al usuario para informar que su reclamo fue recibido y está siendo tramitado (solo reclamos y sugerencias), cuando no se cuenta con el teléfono del usuario se da respuesta por escrito, en caso de ser anónimo se publica la respuesta en cartelera.

Los reclamos pertinentes a funcionarios de planta de la Institución, tienen un tiempo de respuesta y compromiso por escrito firmada por el funcionario implicado y el coordinador de área, con la siguiente oportunidad: Inmediata: máximo 2 días, mediata: de 3 a 5 días, posterior: máximo 8 días.

Para los reclamos pertinentes a funcionarios de Cooperativa, el procedimiento es a través del coordinador de la misma, con una oportunidad de respuesta y compromiso de 20 días.

La oportunidad de respuesta para las expresiones del usuario es de un día, dándose respuesta a las reclamaciones y sugerencias y se realiza telefónicamente y algunos casos ameritan respuesta por escrito.

Las felicitaciones se dan a conocer a la persona interesada y a su jefe inmediato, a través del correo interno y de las publicaciones mensuales en carteleras.

El trámite a las expresiones anónimas se realiza publicando las respuestas y los compromisos en carteleras institucionales.

Para verificar la recuperación del servicio, se realiza llamada telefónica a los dos meses de dar la respuesta al cliente externo.

La institución ha implementado mecanismos para que los usuarios se den cuenta que las acciones implementadas para las mejoras son producto de las expresiones que ellos manifiestan, entre ellos se encuentran la asamblea de la asociación de usuarios, en ésta se da informe de gestión, los espacios programados por la administración municipal para la rendición de cuentas, comunicaciones a través de las carteleras, especialmente de las felicitaciones y las respuestas a los anónimos, comunicación telefónica.

La divulgación hacia el cliente interno de los resultados obtenidos de las manifestaciones de los usuarios se realiza en las reuniones de personal; el gerente presenta informe de la disminución o aumento de los reclamos más frecuentes, como también en:

- Los círculos de calidad.
- Las rondas de liderazgo.
- Las reuniones del comité de gerencia.
- En las carteleras institucionales por mes cuadro donde se relación las felicitaciones y a quién va dirigida.
- En el boletín Institucional.
- Se envía correo interno de la felicitación.
- Grupos de estudio.

PROGRAMACION GRUPOS DE ESTUDIO AÑO 2012		
FECHAS	TEMA	RESPONSABLES
22 y 23 de Febrero de 2012	Seguridad	Comité de Seguridad Dr. Olvany Muñoz
21 y 22 de marzo de 2012	Habilidades para la vida. Comunicación asertiva	Comunicadora
25 y 26 de Abril de 2012	Emergencias-Plan Local de Salud	Comité de emergencias
23 y 24 de Mayo de 2012	Calidad -Humanización servicios de salud	Comité de Calidad -Asesor de SURA -Psicóloga E.S.E.
20 y 21 de junio de 2012	Disciplinas Organizacionales: pensamiento sistémico, trabajo en equipo, visión compartida, modelos mentales y dominio personal.	Comité de gerencia
25 y 26 de julio	Manejo de clientes difíciles.	Comité de ética
22 y 23 de agosto de 2012	COPASO y GAGAS	Comité de COPASO y GAGAS
19 y 20 de septiembre de 2012	IAMI	Comité de IAMI
24 y 25 de Octubre	Costos-Austeridad en el Gasto	Subdirección Adtva. - Aux. Adtva Costos
30 de Noviembre y 01 de diciembre 2012	Farmacia-Gestión segura de medicamentos	Comité de farmacia

NOTA: Estas son las fechas en las que se van a realizar grupos de estudio durante el año 2012, si se presenta alguna novedad con respecto a ellas se informará en la menor brevedad posible.

Se aclara que son dos jornadas de reinducción la primera fecha corresponde al miércoles y la hora es de 7:00 a 8:00 de la mañana y la segunda jornada es la otra fecha que corresponde a jueves de 11 a 12m.

Se debe convocar a la mayor cantidad de personas posibles y es responsabilidad de los coordinadores la programación de los turnos.

El comité de ética, es parte fundamental en la veeduría del cumplimiento de derechos y deberes. Está coordinado por médico general de planta y conformado por enfermera, dos representantes de la Asociación de usuarios y se invita de manera permanente a la auxiliar administrativa. de atención al usuario.

El comité de Ética, verifica la vulneración de los Derechos mensualmente revisando en cada uno de los reclamos la causa según los derechos del usuario: accesibilidad, satisfacción, respeto, oportunidad y pertinencia. Los referentes a pertinencia se les realizan auditoría de pares.

Encuestas personalizadas:

Son encuestas que se realizan personalmente al usuario de cada servicio, para ello se tiene una metodología y una programación a realizar.

Parte del éxito de la encuesta como instrumento, está relacionado con lo amigable, lo fácil de entender y responder, que ésta sea; se debe procurar que la terminología usada en ella sea comprensible para todos, que los planteamientos sean claros, su utilidad sea evidente y que el tema sea de interés para el usuario que responde.

Es muy importante, en cualquier tipo de encuesta, manifestarle al entrevistado lo importante que son sus respuestas para la organización o para el mejoramiento El proceso; y agradecer, por el tiempo que él ha dedicado.



Encuestas telefónicas:

Diariamente se llaman entre 15 y 20 usuarios, de las atenciones de los diferentes servicios y se les pide que evalúen el servicio en cuanto a accesibilidad, derechos y deberes, privacidad, satisfacción, recomendación, agilidad, actitud e información pidiéndole al usuario que califique de 1 a 5, siendo 1 pésimo, 2 malo, 3 regular, 4 bueno y 5 muy bueno.

Este proceso se apoya con un practicante de administración de personal.

La programación para realizar las encuestas telefónicas y personalizadas en La ESE Hospital de La Ceja se describe a continuación:

SERVICIOS	SELECCIÓN DE LA MUESTRA	METODOLOGÍA	TIEMPO DE APLICACIÓN	INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS
Consulta Externa	Programa stast, con un margen de error del 5% y confiabilidad del 95%	Diariamente encuesta	Diariamente	De acuerdo a la tabulación mensual se alimentan los indicadores,
Consulta en urgencias		personalizada y telefónica en cada servicio de		Teniendo presente que para la tabulación de la satisfacción del usuario, se cuentan los reclamos por encuestas telefónicas, por
Consulta odontológica		acuerdo al tamaño de la muestra. El entrevistador va ingresando		
Programas de PYP		datos a través del formato diseñado para ello.		
Servicio de laboratorio, rayos x y ecografías.				

Fisioterapia		encuestas
Farmacia		personalizadas,
Puesto de		por buzones de
salud San		sugerencias y por
José para los		los grupos focales.
servicios de		
Consulta		
Externa y		
Odontología		

Grupos focales:

Los grupos focales son una técnica de evaluación cualitativa utilizada para buscar interacción comunicativa entre un grupo de personas, en un mismo sitio y espacio a fin de confrontar ideas, experiencias o sentimientos sobre un tema determinado.

Fundamentalmente se pretende generar discursos que permiten recolectar una significativa cantidad de información o datos para el análisis cuantitativo posterior.

El grupo focal es una entrevista con un grupo de usuarios, para profundizar y homologar significados en cuanto a una o varias necesidades o expectativas.

Los grupos focales dicen lo que un grupo de usuarios piensa sobre el producto o servicio que se ofrece. Al grupo se le presenta el producto y de su reacción se observan los factores críticos que son de importancia para ellos.



La finalidad de los grupos focales es que los usuarios expresen lo que piensan sobre el servicio que se les ofreció, analizando cada momento de verdad que tuvieron desde el ingreso a la institución hasta su salida.

Para la realización del grupo focal se determinan los usuarios que utilizaron los servicios la semana anterior, se procede a invitarlos telefónicamente, se deben invitar bastante cantidad porque no todos llegan, en el momento de la reunión se les realizan preguntas siempre motivando al usuario a que manifieste sus expectativas.

Se deja constancia de la reunión por lo general fotográfica, igualmente se registra en un acta.

Estas son algunas de las preguntas que podrían hacerse en un grupo focal:

- Preguntas acerca de Puntualidad, Cortesía, Buena información, Fácil acceso, Amabilidad, Compresión, Seguridad.
- ¿Qué debe hacer la organización para que se sienta más a gusto?
- ¿Tienen alguna referencia de un amigo o familiar que haya utilizado el servicio?
- Cuéntenos como lo atendieron ese día
- ¿Cómo le pareció el saludo que recibió del portero?
- ¿Cómo lo atendió la señorita de recepción?
- ¿Qué otro servicio conoce usted (en otras Instituciones)?

- ¿Cómo lo atendieron?
- ¿Qué diferencia encontró en los dos?
- ¿Cómo le gustaría que lo atendieran en nuestra Institución?
- ¿Qué es lo que más les gusta de este servicio?
- ¿Qué cambiarían ustedes del servicio?
- ¿Cuándo los remiten a otro hospital por el nivel de complejidad de su enfermedad como lo atienden allá?
- ¿Y qué diferencia observa?
- ¿Se siente seguro en el servicio del hospital?
- ¿Ha pensado alguna vez no volver al hospital?
- ¿Qué debemos dejar de hacer que no es importante?



Página web:

A través de la página web los usuarios también pueden manifestar sus quejas reclamos o felicitaciones.

Servicios de información al ciudadano

Formulario de peticiones, quejas y reclamos

[Formulario para la solicitud](#) | [Seguimiento a solicitudes](#) |

Formulario para la solicitud

Usted podrá hacer seguimiento a su petición, queja, reclamo, sugerencia o agradecimiento utilizando el número de cédula registrado y el código que se desplegará al enviar de manera exitosa la información solicitada en el siguiente formulario.

Los campos marcados con asterisco(*) son obligatorios. Sin embargo, si su petición, queja, reclamo, sugerencia o agradecimiento es anónimo, escriba Anónimo en el nombre y el número 123456 como cédula.

Tipo de mensaje *	☐ Petición	☐ Queja	☐ Reclamo
	☐ Sugerencia	☐ Agradecimiento	

Nombre *	Escriba aquí su nombre completo
Cédula *	Escriba aquí su número de cédula
Correo electrónico *	Escriba aquí su correo electrónico
Teléfono	Escriba aquí su número telefónico para contactar
Ciudad	Escriba aquí la ciudad de residencia
Dirección física	Escriba aquí su dirección de residencia
Mensaje *	Escriba aquí su mensaje

En esta sección:

- Preguntas frecuentes
- Noticias
- Glosario
- Ayuda para navegar en el sitio
- Contáctenos
- Peticiones, Quejas y reclamos
- Convocatorias
- Ofertas de empleos
- Servicios de información
- Servicios de atención en línea

- Para niños y niñas
- Catálogo
- Anuncios de rendición de cuentas
- Contáctenos
- Peticiones, Quejas y reclamos
- Notificación en su correo
- Notificación en su computador
- Foros
- Versión Móvil

Presentación del equipo de salud:

Desde el direccionamiento estratégico está contemplada la calidez y la seguridad en los principios corporativos y las siguientes estrategias hacen parte de esto:

- Es obligatorio portar el carnet
- Al asignar las citas telefónicamente se recuerda el nombre del médico tratante
- Al asignar las citas personalmente se le entrega al usuario por escrito el nombre del médico tratante
- Todos los profesionales están en la obligación de presentarse por su nombre antes de realizar la atención
- En la entrega de turno, el personal que sale presenta al personal que recibe el turno.
- En las habitaciones hay un cuadro donde se marca el nombre del personal asistencial a cargo del usuario.
- Todos los consultorios se encuentran debidamente marcados con el nombre del funcionario.



Modelo post venta y fidelización

El objetivo de este manual es garantizar mediante el modelo post-venta “Patrimonio para la Comunidad” la satisfacción y fidelización de los usuarios en la prestación de los servicios de salud del Hospital de La Ceja utilizando diferentes mecanismos de integración con énfasis en inducir la demanda a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Este desarrolla dentro de si las diferentes estrategias de fidelización de cada uno de los servicios.

Algunas de las estrategias del modelo de fidelización de la institución son:

- Dentro de la construcción de cultura de calidad, como estrategia gerencial, cada vez que nos referimos al usuario, para la documentación de los procesos, formulación de estrategias, políticas se incluye además la familia.
- Habitaciones unipersonales con televisión y entrada de llamadas telefónicas.
Horario de visitas todos los días de 8:00am a 6:00pm.



- Tarjeta de bienvenida al servicio de hospitalización, de cumpleaños si el usuario está cumpliendo años y se encuentra en la institución, tarjeta de felicitación a las maternas por el nacimiento de su bebe.



- Realización de acciones lúdicas a los usuarios y familias en el servicio de hospitalización.



- Cuarto IAMI y regalo ajuar para las maternas.



- Parque temático la ESE.



- Acompañamiento de las damas voluntarias.



- Para los familiares y acompañantes de usuarios con diagnostico terminal, no se tienen restricciones en cuanto a tiempo, horarios y número de acompañantes garantizando la calidad de vida del enfermo terminal y ayudar al buen morir.
- En el laboratorio se ponen curitas con motivos infantiles para los menores.

- En PyP a las maternas, caballito de mar, diferentes roles si el acompañante asiste al curso en un 90% se deja ingresar al parto, Apoyo psicoemocional en los diferentes programas de pyp, adicional realizan trabajo extramural en la penitenciaria y colegios, llamadas telefónicas a recordar las citas.
- En consulta externa Programas especiales como hipotiroidismo, consentidos: epilépticos y enfermedad mental, asma, EPOC, consultador crónico y llamada al usuario cuando falta a la cita.
- En odontología hoja para colorear por los menores, Llamadas telefónicas para recordar las citas de los especialistas, Pases para el parque temático la ESE, Stiker caritas felices.
- En urgencias llamadas telefónicas a los usuarios remitidos en estados críticos.
- Personal institucional Ezequiel.



DEFINICIÓN, MECANISMOS DE DIVULGACIÓN Y COMPRENSIÓN DE DERECHOS Y DEBERES



Para la construcción de los derechos y deberes en el año 2005, se realizó una encuesta al cliente interno y externo acerca de lo que ellos entendían por un Derecho y un Deber y a su vez que fueran nombrados un derecho y un deber que se deberían cumplir dentro de la prestación de los servicios de Salud, con los resultados obtenidos se alinearon los Derechos y Deberes con los del Decreto 1757 de 1994 y se construyó la declaración de los Derechos y Deberes de la Institución la cual consta de 12 derechos y 12 deberes.

Difusión de los derechos y deberes

La Institución cuenta con el plan de medios: carteleras, boletín bimensual, mensajes emergentes y por alta voz, programas radiales, comité de quejas y reclamos liderado por la Asociación de Usuarios.



Cada funcionario realiza educación en deberes y derechos.

Los Derechos y Deberes, se tienen en un volante, el cual es el insumo para que la Asociación de Usuarios a través del comité de educación, realice la difusión a nuestros clientes internos y externos, en las salas de espera de los diferentes servicios de la ESE.



Pendón:



Carteleras internas:



Campañas:



Conocimiento y evaluación de los deberes y derechos:

El conocimiento que tienen los usuarios sobre deberes y derechos se mide a través de las encuestas personalizadas a los usuarios, realizadas por diferentes representantes de la institución.

A través del comité de ética, se realiza una encuesta anual acerca del conocimiento y aplicación de los derechos y deberes al cliente interno.

Para el cliente externo se realiza a través de las encuestas personalizadas realizadas en todos los servicios de la institución en la cual se le pide al usuario que expliquen un derecho y un deber para verificar su comprensión.

La Asociación de Usuarios a través del comité de educación, realiza encuestas diarias en los diferentes servicios para alimentar el indicador acerca de la comprensión de los Derechos y Deberes.

Actualmente se está desarrollando la estrategia de que un servicio de la ESE, se hace cargo de la difusión de un Derecho y un Deber, utilizando formas creativas de llegarle a nuestros usuarios y sus familias y a los funcionarios de la ESE. Se puede utilizar: el personaje institucional, las pantallas de los computadores, el mensaje emergente, carteleras, etc.

En caso de un incumplimiento de un derecho de un usuario por parte de un funcionario se realiza una reunión de acercamiento entre el jefe inmediato y el implicado, donde se hace un compromiso que lleva el plan de mejoramiento individual.

Verificación de la comprensión de los derechos y deberes por parte de usuarios, familias y funcionarios.





A través del comité de ética, se realiza una encuesta anual acerca del conocimiento y aplicación de los derechos y deberes al cliente interno.

Factores claves para el desarrollo de una institución humana

Con la implementación de estrategias como:

- Estructuración del proceso desde el enfoque
- Fortalecimiento del manual de escucha activa
- Oficina de Atención al Usuario
- Compromiso de la Asociación de Usuarios
- Perfil de la auxiliar administrativa de atención al usuario
- Compromiso gerencial
- Trabajo en equipo de la parte asistencial y administrativa.
- El parque temático la ESE
- Psicólogo de planta y practicantes
- Personaje Institucional



Aprendiendo de la...
Clínica Oftalmológica de Antioquia
CLOFAN



www.clofan.com



VEO

**QUE MI TRABAJO PUEDE
HACER VIBRAR EL ALMA
DE MUCHAS PERSONAS**

Clínica
Clofán

www.clofan.com

Si lo ves lo sientes

Participación del usuario y gestión de las expresiones de los usuarios



Institución privada, dedicada a la prestación de servicios oftalmológicos, a través de un grupo humano altamente calificado sobresaliendo su calidez humana, trabaja cada día para ofrecer la más alta calidad en servicios oftalmológicos para mejorar la salud visual de sus pacientes y usuarios, con una infraestructura física moderna, que cumple con todos los estándares internacionales, tecnología médica de última generación con el objetivo de ofrecer seguridad y eficiencia en los procedimientos clínicos, con procesos de atención enfocados en el paciente como su razón de ser y comprometidos con la capacitación continua de sus médicos y especialistas.



Oficina de servicio al cliente



El usuario cuenta con un lugar para la atención, en el cual puede manifestar sus expresiones, sean reclamaciones, sugerencias o felicitaciones, o solicitar alguna información.

- 2 personas disponibles.
- Línea habilitada para escuchar y gestionar las manifestaciones de los usuarios.
- Email para que el usuario tenga otra manera de expresarse.
- 8 buzones de sugerencias ubicados en los servicios de cirugía, sala de cirugía norte y sur, sala de ayudas diagnosticas, al interior de ayudas diagnosticas, consulta externa, óptica y sede oriente.
- Grabaciones.
- Seguimiento permanente a la calidad del servicio en áreas críticas como call center.

Tiene una disponibilidad de lunes a viernes de 7 am a 5 pm y los sábados de 8 am a 12 m.

El grupo de trabajo asignado para la atención al usuario está compuesto por tres personas, una persona en la oficina de atención al usuario y dos personas que se encuentran de cara al usuario ubicadas en las salas de diagnóstico y en las salas de cirugía.

El perfil de la persona encargada de atención al usuario es Técnica Profesional Administrativa en Salud y desde ésta oficina se desarrollan las siguientes funciones:

- Satisfacción del usuario
- Reclamos, sugerencias, felicitaciones
- Apertura diaria de buzones
- Gestionar las manifestaciones de los usuarios con los líderes encargados
- Atención personalizada al usuario
- Orientar a los usuarios internos y externos acerca de las inquietudes administrativas y asistenciales.
- Brindar educación a los usuarios en derechos y deberes

Solución de inconvenientes frecuentes frente al acceso

La oficina de atención al usuario es la responsable de orientar y solucionar todos los inconvenientes de los usuarios.

Para identificar y poder solucionar todas las dificultades presentadas a los usuarios, se cuenta con 2 personas ubicadas en las salas, llamadas auxiliares de sala, las cuales detectan inicialmente las no conformidades y tratan de solucionarlas en caliente, ya sea por retraso en la atención, para la solicitud de una cita, problemas con la orden, entre otros posibles problemas de acceso que se le presentan al usuario.

Auxiliares de sala: personal para el acompañamiento del usuario en salas de espera.

El auxiliar de servicio al cliente en sala realiza acompañamiento de los usuarios, soluciona no conformidades en caliente, mantiene informados a los acompañantes del paciente sobre el estado de este al

interior de cirugía, está pendiente del cumplimiento de deberes y derechos del usuario.



Tiene como recursos físicos un radio para la comunicación, una tablet para verificar historial del paciente en el software y una planilla con la programación de los servicios.

En las salas de espera se cuenta con 3 personas para facilitar la accesibilidad a los servicios. Son 2 personas auxiliares de servicio al cliente en sala y 1 practicante permanente que realiza apoyo, se identifican al usuario con el fin de que en el transcurso de la atención si este requiere alguna información pueda dirigirse a ellas, en caso de que el usuario tenga algún inconveniente el auxiliar de SAC realiza apoyo en la tramitología para gestionarle al usuario en caliente.

Para tener un control de la oportunidad en la atención, la auxiliar de servicio al cliente en salas lleva un listado con la programación de los servicios, donde se lleva el control y registro del cumplimiento de horarios (hora de citación, hora de llegada del paciente y egreso), esto con el fin de identificar si hay retrasos en la atención y buscar una mejor oportunidad en el servicio al cliente.

Todos los funcionarios de la institución poseen la información necesaria para orientar al usuario, de lo contrario de direccionarlo hacia la oficina de atención al cliente donde le gestionarán la manifestación.



En cuanto a los problemas presentados en cuanto a la comunicación telefónica, se tomaron acciones como ampliación del call center, se duplicaron las personas para la atención telefónica, adicionalmente se documentó una acción a través del Sistema de Gestión de Calidad, con la cual se realizaron ajustes técnicos, de software, se implementaron indicadores los cuales se miden desde la oficina de atención al cliente a través de una estrategia llamada el “cliente oculto”, en donde se realizan aproximadamente 100 llamadas al día cada media hora, la llamada se hace al call center, con el objetivo de medir la respuesta efectiva, que es contestar antes del décimo repique y la espera efectiva equivale a un momento de espera luego de haber contestado la llamada mínimo a 60 segundos. Adicionalmente para evitar la saturación de llamadas, se dividió el call center en minicall (2 personas), para los diferentes clientes (consultas de saludcoop, ayudas diagnósticas de saludcoop, particulares, pólizas y prepagadas, otras entidades consulta, otras entidades diagnóstico y 1 persona realizando actividades de secretaria, por ejemplo atender usuarios que llegan a la sala sin citas).

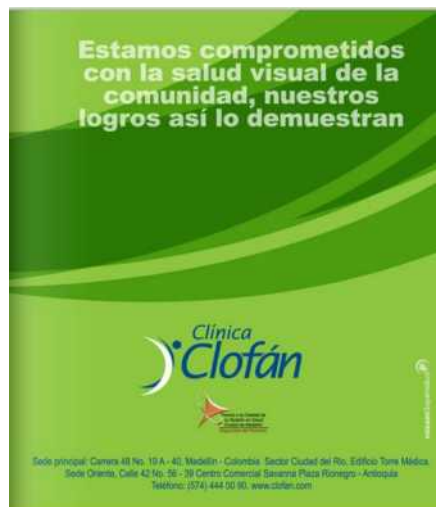
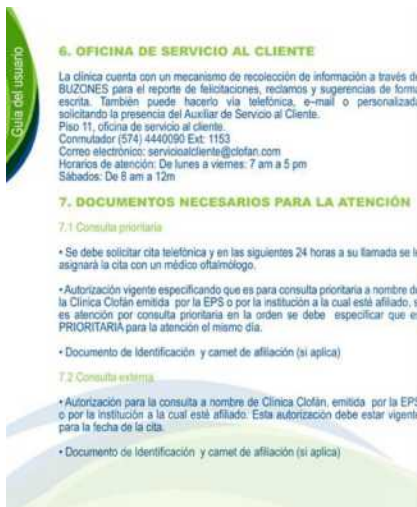
El mecanismo de por el cual los usuarios conocen el funcionamiento de la oficina de atención al cliente y en general de la organización es la guía del usuario ubicada en las salas de espera, en donde se encuentra todo tipo de información como por ejemplo los horarios, los servicios que se prestan, el mapa de los servicios, a través de los televisores en las salas de espera, en la página web.



Mecanismos de comunicación con los usuarios

De la institución con los usuarios: siempre se busca que el usuario este bien informado sobre los servicios de la clínica, horarios, ubicación de los servicios, deberes y derechos e información general, por lo que tenemos varios medios de comunicación como son: plegables, instructivos de los procedimientos, guía del usuario, tótem con información de interés en oftalmología, televisores en cada sala de espera con el portafolio de servicios, video institucional y deberes y derechos, habladores en los baños con deberes y derechos, teléfono y la ubicación de la oficina de servicio al cliente.

- Guía del usuario y su familia, la cual se encuentra disponible en las salas de espera como material de consulta, en la página web, se transmite por los televisores ubicados en las salas de espera.



- Plegables de bienvenida en español y en inglés.



- Instructivos de recomendación para el usuario de todos los servicios prestados, se encuentran disponibles en las salas de espera.



- Tótem de divulgación de información, los cuales se encuentran en las salas de espera y se publica todo tipo de información.



- Habladores y material informativo en las salas de espera y en recepción.



- Página web.



BIENVENIDOS A CLOFAN

La Clínica Clofán ofrece a todos sus Clientes y usuarios la experiencia de más de 25 años, excelentes profesionales y especialistas de la oftalmología, querofanos dotados con tecnología de última generación, comodidad para sus visitantes gracias a sus más de 400 parqueaderos, moderna Óptica y Farmacia Especializada.



¡Para que puedas ver las cosas buenas de la vida, cuida tus ojos!

SERVICIO AL CLIENTE



Para nosotros es muy importante conocer las opiniones e sugerencias de nuestros pacientes y sus familias, de esta manera buscamos mejorar la calidad de nuestro servicio y ofrecer día a día un mejor espacio para usted.

[Comuníquese con nosotros.](#)

444 0090 ext 1153
servicioalcliente@clofan.com

MEDELLÍN HEALTH CITY



NUESTROS RECOMENDADOS

VIDEO INSTITUCIONAL CLOFAN - ESPAÑOL



[HOME](#) ► [GUÍA DEL PACIENTE](#)

RECOMENDACIONES GENERALES

▼ [Al momento de Ingreso y Egreso del usuario ver más](#)

▼ [Horarios de Atención ver más](#)

SERVICIO	HORARIO DE ATENCIÓN A PÚBLICO	
	LUNES A VIERNES	SÁBADO
Consulta Externa	7:00 am a 7:00 pm	PRIORITARIA
Consulta Prioritaria	7:00 am a 9:00 pm	7:00 am a 12:00 m
Cirugía	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 12:00 m
Ayudas Diagnósticas	6:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 12:00 m
Óptica	7:00 am a 7:00 pm	8:00 am a 2:00 pm
Servicio Farmacéutico	6:00 am a 9:00 pm	6:00 am a 12:00 m
Centro Documental (Archivo)	7:00 am a 7:00 pm	8:00 am a 12:00 m
Call Center	7:00 am a 7:00 pm	7:00 am a 1:00 pm
Fotocopiadora Piso 11	6:30 am a 6:30 pm	7:00 am a 1:00 pm

ÚLTIMAS NOTICIAS

- NUESTRA CLÍNICA
- NUESTROS PROFESIONALES
- DR. JUAN FERNANDO MOLINA MONTOYA
- SERVICIOS MÉDICOS

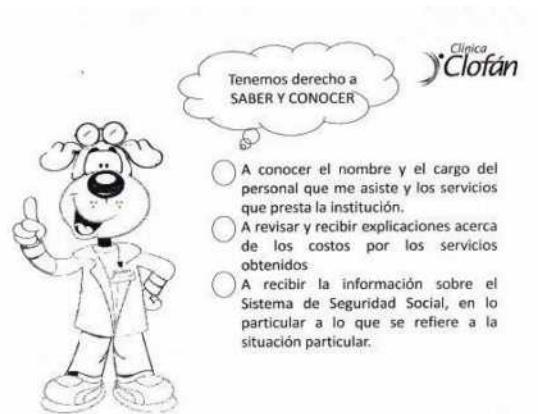
LO MÁS VISITADO

- NUESTROS PROFESIONALES
- PACIENTES INTERNACIONALES
- NUESTRA CLÍNICA
- SERVICIOS MÉDICOS

- Transmisión institucional desde las salas de espera



- Para que los niños que visitan nuestra institución se diviertan pintando y compartiendo con sus padres, se implementó la estrategia de divulgación en la que los pequeños pintan a clofito y a la vez conocen la información sobre sus derechos y deberes como usuarios de Clofán.



- “Clofito”.

Con ayuda de una imagen amigable para los usuarios “Clofito”, se acompaña el diseño de cada una de las piezas de divulgación permanente relacionada con los derechos y deberes. Publicado en diferentes medios.

Publicación de recomendaciones que invitan a generar una cultura en los usuarios, para que hablen en voz baja y estén atentos al llamado del personal de la clínica.



Para el cliente interno se tienen mecanismos de comunicación como:

- Intranet, ventanas emergentes



- CLOFÁN al día

25 de abril de 2012

CLOFÁN al día

Entérate
College y Plan Madrina
 El sábado 21 de abril se llevaron a cabo las actividades del College y Plan Madrina.

En el encuentro académico de los médicos se contó con la participación de 61 especialistas entre socios y médicos externos de la institución. Por su parte el grupo de secretarías que integran el plan madrina, recibieron información relacionada con los diferentes procedimientos en cirugía, programación y una charla sobre alimentación saludable.

Estos espacios nos permiten mantener una comunicación permanente con los diferentes públicos.

Plan madrina College

Mini notas
Solicitud de citas

1 Para la solicitud de citas al call center por parte de las secretarías, se debe marcar la extensión 1004 con Leidy Diana Ochoa.

El objetivo es mejorar la oportunidad en la respuesta.

Llamadas a celular

2 El servicio de llamadas a celular que se realizan a través del conmutador sólo se pueden solicitar hasta las 6 p.m., después de esta hora no se cuenta con este servicio.

Esperamos la colaboración de todos.

Derechos y deberes de los usuarios
 Los usuarios de CLOFÁN tienen derecho a:

Tener privacidad y confidencialidad.

- A que se respete la intimidad en la atención.
- A que durante el momento de la atención no se presenten interrupciones.
- A mantener la confidencialidad sobre la enfermedad y el contenido de la historia clínica, la cual sólo podrá ser revelada en caso de que el paciente lo solicite o cuando sea requerida por una autoridad competente.
- A que se pueda expresar la necesidad de no ser revelada la identidad en casos especiales durante el proceso de atención.

(En caso de suplantación de identidades, no es posible cumplir con este derecho).

- A ser escuchado y obtener respuesta a los reclamos e inquietudes.

Síguenos en las redes

Nuestra Clínica se encuentra en redes, te invitamos a que nos sigas en twitter @clinicaclofan y en facebook clinica clofan.

Danos la opinión y cuéntanos. ¿Cómo ves la nueva estación del Metro en Itagüí?

- Habladores, carteleras



- Inducción- reinducción
- MIC



Nombre Colaborador _____

Clínica Clófán

Control de Asistencia			
Tema	Fecha	Facilitador	Sello
Manual de imagen, identidad y protocolo	Octubre		
Divulgación revisión gerencial	Octubre		
Divulgación derechos y deberes	Noviembre		
Manualidades decembrinas	Noviembre		
Cine foro	Diciembre		

"MIC"



- Pantallas digitales

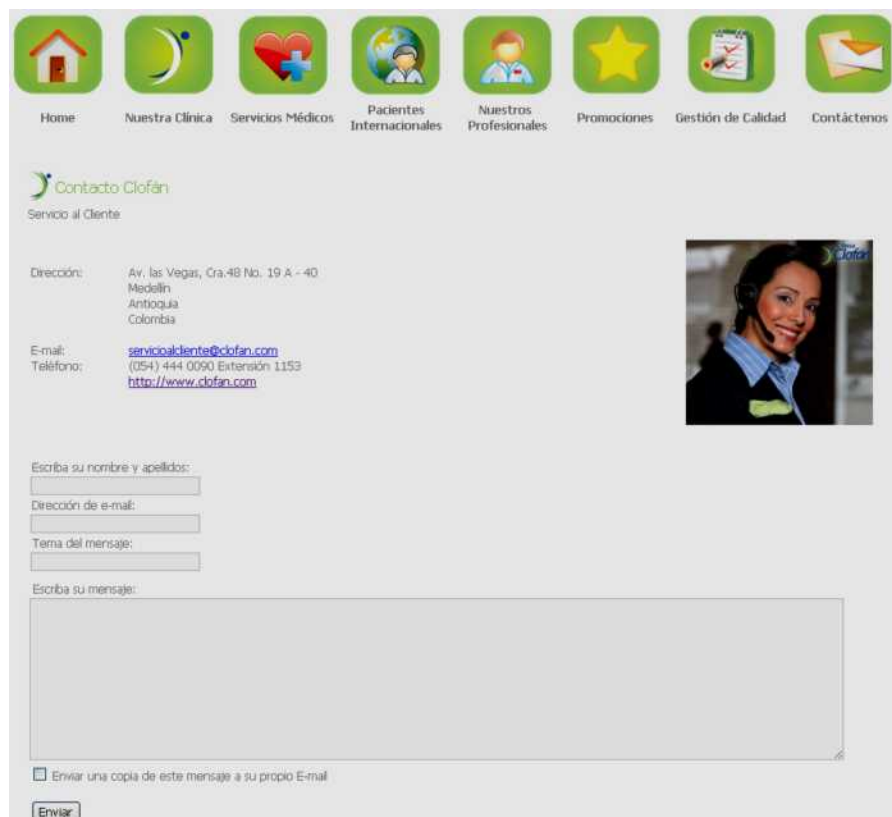


Desde el área de contratación se asegura al inicio de año, la entrega a todas las aseguradoras de todo el portafolio actualizado de la clínica, horarios de atención, teléfonos de contacto, toda esta información se entrega en un CD, ya que las aseguradoras direccionan una gran cantidad de pacientes durante el año.

De los usuarios con la institución: en la institución se tiene implementado todo un mecanismo de recolección de información a través de los buzones para el reporte de sugerencias, reclamos y felicitaciones de forma escrita.

El usuario también puede manifestarse a través de la línea telefónica, por e-mail o personalmente en la oficina de atención al cliente.

En la página web también existe un link en el cual es usuario realiza su manifestación y le llega a la encargada de atención al cliente para realizar su respectiva gestión.



The screenshot shows a web form titled 'Contacto Clófán' with the subtitle 'Servicio al Cliente'. At the top, there is a navigation bar with eight icons and labels: Home, Nuestra Clínica, Servicios Médicos, Pacientes Internacionales, Nuestros Profesionales, Promociones, Gestión de Calidad, and Contáctenos. The main content area includes contact information: 'Dirección: Av. las Vegas, Cra. 48 No. 19 A - 40, Medellín, Antioquia, Colombia', 'E-mail: serviciocliente@clofan.com', and 'Teléfono: (054) 444 0090 Extensión 1153' and '<http://www.clofan.com>'. A photo of a smiling female staff member is on the right. Below the contact info is a form with fields for 'Escriba su nombre y apellidos:', 'Dirección de e-mail:', 'Tema del mensaje:', and 'Escriba su mensaje:'. At the bottom, there is a checkbox for 'Enviar una copia de este mensaje a su propio E-mail' and an 'Enviar' button.

Se tiene documentado un procedimiento para la administración de reclamos, sugerencias y felicitaciones, en el cual se realizan las siguientes actividades:

- Recolección de reportes.

Clínica <i>Clofán</i>		ACTA DE RECOLECCIÓN DE BUZONES DE SUGERENCIAS												CODIGO: FT08-09 VERSION: 02 FECHA ELAB: 17-NOV-2010			
MES: _____		ABRIL		AÑO: 2012													
DIA	CANTIDAD												TOTAL	RESPONSABLE RECOLECCION	FIRMA		
	BUZON SALA DX	BUZON DX	BUZON CONSULTA	BUZON SALA CX	BUZON FARMACIA	BUZON OPTICA	BUZON MEDICOS	BUZON OTROS PISOS	ORIENTE	PERSONAL	TELEFONICO	E-MAIL					
1														Jenny Alejandra Escobar	Jenny Escobar		
2														Jenny Alejandra Escobar	Jenny Escobar		
3														Jenny Alejandra Escobar	Jenny Escobar		
4														Jenny Alejandra Escobar	Jenny Escobar		
5	SEMANA SANTA - SEMANA SANTA - SEMANA SANTA												Jenny Alejandra Escobar	Jenny Escobar			
6	SEMANA SANTA - SEMANA SANTA - SEMANA SANTA												Jenny Alejandra Escobar	Jenny Escobar			
7	SEMANA SANTA - SEMANA SANTA - SEMANA SANTA												Jenny Alejandra Escobar	Jenny Escobar			
8	DOMINGO - DOMINGO - DOMINGO - DOMINGO												Jenny Alejandra Escobar	Jenny Escobar			
9														Jenny Alejandra Escobar	Jenny Escobar		
10														Jenny Alejandra Escobar	Jenny Escobar		

- Llamada inicial e investigación por servicio al cliente.
- Consolidación de la información en una base de datos para el seguimiento y la realización de los indicadores a final de mes.
- Entrega al líder del proceso donde se ocasionó el reporte.
- El líder realiza su investigación y debe dar respuesta en 5 días si es de prioridad alta y si es prioridad baja en 10 días. Estos días son medidos como indicador de desempeño.
- Desde servicio al cliente se da devolución al usuario de la respuesta del líder telefónicamente.

Al inicio del siguiente mes se realiza el indicador de reclamos, sugerencias y felicitaciones, en el cual se identifican los motivos y causas de los reportes, mide los servicios, los líderes de los servicios, la efectividad en la respuesta de los reportes



y nos arroja un índice general. En caso de ser un motivo de reclamaciones reincidente el líder del proceso debe generar una acción correctiva y matricularla ante calidad.

Adicionalmente se realizan encuestas de satisfacción y el procedimiento es el siguiente:

- Mensualmente se realizan aproximadamente 420 encuestas telefónicas, distribuidas en los diferentes servicios, la encuesta se le aplica a usuarios atendidos en consulta externa, ayudas diagnósticas, cirugía, óptica, farmacia, centro de administración documental y sede oriente.
- La muestra a encuestar es arrojada por el STAS 1.1
- Las encuestas se realizan una semana posterior a la atención.
- Finalizando el mes se tabula toda la información de las encuestas, los datos personales, la calificación dada por el usuario.
- Si el indicador en la tabulación de un usuario sea inferior a 4,00 este automáticamente se colorea en rojo y hay que generar un reporte de reclamo.

Clinica CLOFÁN		ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CONSULTA EXTERNA				CÓDIGO: FT08-02 VERSIÓN: 04 FECHA ELAB: 28-SEP-2010	
ESTE ESPACIO ES PARA QUE USTED SE EXPRES. UTILICELO ADECUADAMENTE							
A. FECHA				B. TELEFONO			
C. NOMBRE				D. CEDULA			
E. SEDE	Ciudad del Rio		Oriente	F. SERVICIO			
G. TIPO DE USUARIO	PREPAGADA	EPS	EPS-S	INSTITUCIONALES	PARTICULAR	ARP	SOAT
H. ENTIDAD:							
MARQUE CON UNA X EL NÚMERO QUE CORRESPONDA AL SERVICIO SEGÚN SU CRITERIO:							
PREGUNTA	SUPERAMOS SUS EXPECTATIVAS (100)	IGUALAMOS SUS EXPECTATIVAS (80)	ESTAMOS POR DEBAJO DE SUS EXPECTATIVAS (10)				
1. LA FACILIDAD PARA COMUNICARSE CON LA EMPRESA FUE:							
2. LA OPORTUNIDAD EN LA ASIGNACIÓN DE LA CITA PARA SU ATENCIÓN FUE:							
3. LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR EL PERSONAL DEL COMUTADOR FUE:							
4. LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL PERSONAL DE RECEPCIÓN FUE:							
5. LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL MÉDICO O PROFESIONAL TRATANTE FUE:							
6. COMO CALIFICA LAS INSTALACIONES DE LA CLÍNICA							
7. DEACUERDO AL TIEMPO QUE PERMANECÍ EN LA SALA DE ESPERA DESDE LA HORA ASIGNADA PARA SU SERVICIO Y HASTA EL MOMENTO DE ATENDIDO, USTED QUE TAN SATISFECHO SE ENCUENTRA							
8. EL TIEMPO QUE PERMANECÍ EN LA SALA DE ESPERA ANTES DE SER ATENDIDO FUE:							
8.1 De 0 a 10 Minutos a partir de la hora asignada para su servicio							
8.2 De 10 a 20 Minutos a partir de la hora asignada para su servicio							
8.3 Más de 20 minutos a partir de la hora asignada para su servicio							
9. VOLVERÍA A UTILIZAR LOS SERVICIOS DE CLOFÁN?	SI		NO				
10. SE LE INFORMARON LOS DERECHOS Y DEBERES DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN?	SI		NO				
11. TIENE CLARIDAD SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES?	SI		NO				
OBSERVACIONES							

Cuando finaliza el mes se genera un informe con los indicadores de satisfacción que arroja la tabulación, se presentan por servicio y arroja un indicador general de la satisfacción del usuario, también mide la divulgación y comprensión de derechos y deberes por parte del usuario.

También se realizan encuestas de satisfacción telefónicas en el momento de atención:

Se transfieren algunas llamas de los usuarios al call center hacia la oficina de atención al usuario, en donde se hacen preguntas sobre la calidez de la persona que lo atendió, si se le dio la información pertinente de la cita, se realiza aproximadamente a 6 llamadas diarias aleatoriamente durante el día.

Presentación del personal y equipo de salud

En CLOFAN todos los profesionales tienen su bata con el nombre y logo de CLOFAN, el personal administrativo y asistencial tiene su uniforme y la escarapela que es de uso obligatorio para permitir la identificación de los usuarios, toda la clínica se encuentra señalizada, los servicios, todo el plan de salud ocupacional, el plan de emergencias, a los practicantes y a los visitantes se les hace entrega también de la escarapela.

Se tienen protocolos para la respuesta telefónica, en el servicio asistencial en el momento de realizar el examen al usuario el profesional se presenta, en ingreso a cirugía, las auxiliares de sala.

Adicionalmente cada funcionario tiene un botón, en el cual se especifica un derecho y un deber diferente.





Fidelización de los usuarios

Se han desarrollado diferentes mecanismos de fidelización teniendo en cuenta todos los clientes.

Para el cliente externo, por medio de los correos electrónicos captados desde el área de admisiones, se le envía al usuario todo tipo de información como por ejemplo las diferentes campañas que realiza la clínica, actividades desarrolladas como promociones y descuentos en óptica.

Para los médicos, que son usuarios muy importantes, ya que utilizan los quirófanos, para ellos se tienen unas charlas llamadas COLLEGE, las cuales se realizan mensualmente, con invitados de Venezuela, Canadá, con fondos de la Clínica, esta actividad es de 9am a 12 m, con aproximadamente 80 médicos oftalmólogos que asisten a estas capacitaciones exclusivas en oftalmología.

Para estas actividades se cuenta con un comité académico el cual realiza la programación para todo el año.



Otro usuario muy importante, son las secretarias, con las cuales se desarrolla un programa llamado plan madrina, en el cual participan las secretarias internas y externas, en donde se tratan 2 temas en cada jornada, uno técnico, como por ejemplo admisión del usuario, manejo de agenda médica, programación y otro tema “ligh” como por ejemplo autoestima, alimentación saludable, yoga, entre otras.

Desde el comité académico se programan también charlas para los usuarios, en este primer semestre se realizo una en Glaucoma, realizada por la glaucomatóloga de la Clínica en el auditorio de Premium Plaza con una asistencia de 250 personas.

Deberes y derechos

Los deberes y derechos fueron creados desde el comité de ética, se establecieron teniendo en cuenta los generales y se sacaron unos propios.

Dentro de las personas que aportaron para la creación se los deberes y derechos se encuentran:

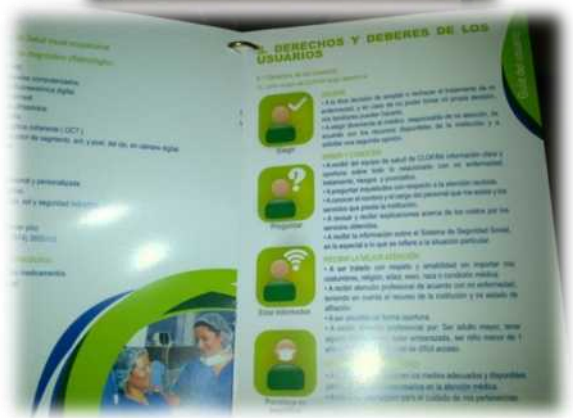
- El presidente de la junta.
- Los usuarios: las auxiliares de sala le preguntaban a los usuarios sus necesidades en un proceso de atención y de allí surgía la información adecuada, atención oportuna, entre otros aspectos tomados en cuenta para la creación de los deberes y derechos.
- El comité de ética.



Se han implementado diferentes mecanismos de divulgación de deberes y derechos, dentro de los cuales se encuentran:

- Televisores en sala
- Plegables
- Carteleras
- Clofito
- Habladores
- Página web
- Guía del usuario y la familia (4 puntos de consulta)





**QUE MI MÚSICA PUEDE
HACER VIBRAR EL ALMA
DE MUCHAS PERSONAS**

Evaluación y comprensión de los deberes y derechos

Para los usuarios externos:

La encuesta telefónica es más generalizada en cuanto a la comprensión de deberes y derechos por tal motivo se creó una encuesta, la cual es aplicada en el momento de la atención del paciente. Es realizada por las auxiliares de sala, aproximadamente 6 diarias, debe ser diligenciada por el usuario y debe registrar si comprendió la información brindada para su proceso de atención, si comprendió sus derechos y deberes y cuales comprendió.

Deberes y derechos más comprendidos:

		ENCUESTA DE SATISFACCIÓN COMPRENSIÓN DE INFORMACIÓN				CODIGO: FT07-34	
						VERSION: 01	
						FECHA ELAB: 20-ABR-2011	
ESTE ESPACIO ES PARA QUE USTED SE EXPRESE, UTILICELO ADECUADAMENTE							
A. FECHA				B. TELEFONO			
C. NOMBRE				D. CEDULA			
E. SEDE	E.1 Ciudad del Rio			E.2 Oriente			
G. TIPO DE USUARIO	PREPAGADA	PARTICULAR	EPS-S	EPS	ARS	SOAT	INSTITUCIONALES
H. ENTIDAD:							
MARQUE CON UNA X LA OPCION QUE CORRESPONDA AL SERVICIO SEGÚN SU CRITERIO							
FACTORES A EVALUAR					CALIFICACION DEL SERVICIO		
					SI	NO	
1. ¿ HA COMPRENDIDO LA INFORMACION QUE LE HAN ENTREGADO PARA SU PROCESO DE ATENCIÓN ?							
2. ¿ ENTENDIO SUS DEBERES Y DERECHOS ?							
3. ¿ CUALES ENTENDIO ?							
OBSERVACIONES							

Se realiza un informe con la totalidad de encuestas realizadas, de que entidad, cuantos comprendieron la información y cuantos no, cuantos entendieron los derechos y deberes, cuales son los deberes y derechos más comprendidos.

Este informe se lleva al comité de ética para su análisis.

Para los usuarios internos: la comprensión se realiza en los MIC, inducción y reinducción 1 vez al mes.



**Ya no basta con satisfacer a los clientes;
ahora hay que dejarlos encantados.**

Capítulo 3

BUENAS PRÁCTICAS EN EL PROCESO LABORATORIO CLÍNICO



Aprendiendo de la...
E.S.E Hospital Pablo VI de Bosa



www.hospitalpablovibosa.gov.co

Introducción

La institución realiza exámenes de bajo nivel de complejidad, de II y III nivel por promoción y prevención, Exámenes de VIH, TSH neonatal y Uro cultivos mediante los convenios establecidos; Atendemos usuarios por tipo de contratación: resolutive, Promoción y Prevención, y tarifa social.

Se garantiza el acceso de los usuarios al servicio, tiene estratégicamente laboratorios en 2 sedes: en el CAMI (zona centro) que funciona 24 horas con el servicio de urgencias, de lunes a domingo por consulta externa y en la sede porvenir (zona sur) se tiene el laboratorio clínico 8 horas; además cuenta con la ruta de la salud y el nuevo programa de APS.

La institución pensando en los pacientes de muy bajos recursos creó un programa de ayuda: la tarifa social, este programa funciona desde hace más de 8 años; tiene como fin generar accesibilidad a los pacientes que no tienen posibilidades económicas para facturar un examen o para desplazarse para la toma de una muestra, de manera estratégica el servicio de laboratorio de exámenes básicos de primer nivel, teniendo en cuenta las necesidades, se definieron unas tarifas asumiendo una proporción de los costos.



Previo a la atención

Guías para la preparación de pacientes y recolección de toma de muestras:

Se cuenta con una guía que está establecida como el Manual de laboratorio clínico, adicional se tiene un manual de servicio exclusivo para el laboratorio que está establecido para el primer contacto que son las primeras personas que acogen al paciente.

En este manual están contemplados todos los laboratorios de las diferentes sedes con sus respectivos procedimientos según tipo de examen que manejan.

Se realiza capacitación exhaustiva a todo el personal asistencial que ingresa a la institución, una de las ventajas que posee la institución es la baja rotación del personal y porque desde su política administrativa es que las personas vayan escalando al interior con el fin de que no se desvíe ni se pierda la cultura organizacional de calidad.

Preparación previa de los usuarios para la toma de muestra:

Cuando el paciente requiere de un examen de laboratorio ambulatorio desde el servicio de consulta externa, el médico realiza la orden al finalizar le aparece impreso las medidas que debe de tener para la toma de la muestra, es este profesional de la salud quien realiza la educación inicial como primer contacto del paciente.

La divulgación y capacitación al paciente se realiza en todos los niveles de atención, ya que desde los diferentes servicios donde puede ser ordenada la ayuda diagnóstica hasta que el paciente llega al laboratorio hay una campaña de capacitación exhaustiva que disminuye los costos por repetición de pruebas por no tener pacientes con la preparación adecuada.

Adicional a esto se entregan unos volantes informativos como plan de contingencia cuando hay dificultades con el sistema, en el cual se le informa al paciente todo lo relacionado al servicio de laboratorio; como la entrega de las muestras y la reclamación de los resultados, horarios entre otros.

Mientras los pacientes esperan el llamado a la toma de muestra, hay una auxiliar de laboratorio como primer contacto que refuerza la preparación de la toma de muestra, los pasos seguros para la atención y sus derechos y deberes.

Cuidado y tratamiento

Privacidad en la toma de muestra:

La institución desde el servicio de laboratorio cuenta con una política de privacidad y confidencialidad, en sus diferentes sedes tiene instalados cubículos independientes para la toma de las muestras.

Las personas que participan en la manipulación de la información en el laboratorio, poseen unas claves de restricción de acuerdo al perfil del cargo.

Entrega de resultados de VIH en sobre cerrado, dirigido al personal certificado para la entrega.



Se cuenta con una política de priorización dividida por el servicio de consulta externa y urgencias:

Consulta externa:

En la institución para mitigar las largas filas de los pacientes para la toma de muestras desde que sale la orden para el examen el médico direcciona al paciente para que se acerque y pida su cita para la toma de muestra, esta asignación del turno tiene un modelo de priorización poblacional con un código de colores, llamado ESTRATEGIA ESTRELLITAS.

Esta estrategia funciona así:

VERDE : MATERNA

AZUL: ADULTO MAYOR

AMARILLA: NIÑOS

ROJA: CONDINCION DE DISCAPACIDAD

Segundas tomas.

Esta evidencia queda igualmente soportada en la historia clínica; a través de criterios médicos que en la orden especifican la prioridad y el laboratorio con este criterio entrega el resultado en un tiempo de 2 horas.

De igualmente cuando el diagnóstico puede ser considerado un evento de salud pública; así mismo cuando hay sospecha de embarazo y resultados que están por fuera del rango, que en cuyo caso son de cita médica prioritaria.

Cuando son considerados críticos, los resultados se entregan en un periodo de tiempo de 20 minutos.

Urgencias:

Se tiene establecida la oportunidad de entrega de resultados en 1 hora para el servicio de urgencias; la toma de las muestras tiene implementado un código de colores según el tipo de emergencia:

CODIGO ROJO: INMEDIATO

CODIGO AZUL: INMEDIATO

Para hospitalización el tiempo de entrega es de 40 minutos y para otros no específicos más urgentes de 20 minutos.

Sospecha de daño de toma de muestra:

En el laboratorio cuando se produce un daño de la muestra en la toma, procesamiento o transporte; se realiza la búsqueda del usuario en la base de datos del sistema, se procede a realizar el llamado telefónico, si no se localiza al usuario nos apoyamos con el grupo de Atención Primaria en Salud, para la ubicación del mismo, comunicándonos con el líder del centro de atención por correo electrónico y se registra planilla de rellamadas.

A través de ínter laboratorios, se informa el mismo día al laboratorio que remite las muestras, por vía telefónica o por correo electrónico para localizar al usuario y realizar retoma, se deja registro en rellamadas.

Cuando el daño de la muestra es de una entidad externa se notifica por escrito y el laboratorio llama al usuario para la retoma dejando registro.

Entrega de resultados:

En la institución como se había mencionado anteriormente cuenta con unas políticas que aseguran el correcto manejo de todos los procesos, como mecanismos para la entrega correcta de los resultados no se entregan

telefónicamente, se cuenta con un sistema de marcación de código de barras con papel del sticker no borrable y con lector de código de barras en los equipos que asegura la trazabilidad de la muestra para los resultados.



Los resultados de los pacientes que están en un servicio de la institución, se realizan de manera sistematizada a la historia clínica, evitando errores de transcripción.

Se tiene institucionalizado el plan de contingencia cuando se presenta una entrega de resultado equivocada; como el resultado se encuentra disponible en

el sistema, al usuario previa identificación redundante, se imprime el resultado; si el paciente lo requiere se escanea el resultado y se envía al profesional que ordena a través de correo electrónico. Está documentado en el manual de laboratorio clínico.

Además se cuenta con la política de seguridad del usuario y programa de seguridad del usuario en donde se dan lineamientos para identificar y minimizar la ocurrencia de los eventos adversos basados en PRACTICAS SEGURAS.

El laboratorio lo tiene identificado en la planilla de riesgos que se encuentra como herramienta de sistemas de información, se notifica a través de la intranet o telefónicamente.

Al presentarse un riesgo se analiza con la metodología ANCLA (eventos adversos) SHELL (incidentes).

PORCENTAJE DE INTERCAMBIO DE RESULTADOS ENTRE PACIENTES 0%.

La entrega de resultados se realiza con estándares de oportunidad institucionales: consulta Externa 24 horas, Prioritarios 2 horas, urgencias 1 hora, resultados críticos 20 minutos, VIH en 20 días, TSH neonatales en 5 días y Salud Pública en 8 días.

Control de calidad:

El servicio del laboratorio cuenta para todas sus sedes con un control de calidad interno y externo.

El control de calidad interno consta de diferentes programas y actividades como lo son el programa certificado, tercera opinión, reporte ínter laboratorios a nivel internacional, software de control de calidad, asesorías permanentes por el proveedor en tiempo real y evaluación externa indirecta con laboratorio de salud pública para programas.

El control de calidad interno se realiza Programa certificado.

Calificación inter laboratorios – intra laboratorios a nivel internacional.

Software de control de calidad.

Capacitación continuada.

Asesorías permanentes en tiempo real.

Evaluación Externa Directa de Desempeño con INS y el Laboratorio de Salud pública SDS.



REGISTRO DE SEGUIMIENTO Y ACCIONES CORRECTIVAS: Bitácora del desempeño del control de calidad. (análisis socialización) documentado en el manual de laboratorio.

CALIBRACIONES CUANTITATIVAS: formato de verificación de calibración.

Seguridad del paciente:

Dentro de la POLITICA DE SEGURIDAD y PROGRAMA DE SEGURIDAD, la institución para minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos durante el proceso de atención o mitigar sus consecuencias, genera barreras de seguridad, construyendo aprendizaje institucional.

- Se tiene implementado los 10 correctos en toma de muestras:

Orden medica, correcta identificacion única del usuario, correcto condiciones del usuario recipientes y aditivos, correctos identificacion correcta del material, soportes correctos, medida de bioseguridad correctas,



recolección correcta de la muestra, registro correcto, transporte y almacenamiento correcto.

- Identificación redundante (nombre completo, edad, documento. Fecha de nacimiento). en la recepción y toma de muestra.
- Código de barras.
- Capacitación y entrenamiento del personal (urgencias) conductores.
- Técnica y momentos en lavado de manos.
- Briefing – Debriefing Procedimiento: AAU-L07C-DI-PR-028 atención al usuario en laboratorio clínico.
- MANUAL LABORATORIO CLINICO: se encuentra establecido que el etiquetado de los tubos debe ser en presencia del usuario y antes de colocar el sticker identificación redundante solicitando que repitan el nombre, se involucra al usuario en el etiquetado de las muestras verificando y asegurándose que los datos sean correctos.
- Manual de toma de muestras microbiológicas SDS.
- Instructivo de Acrónimos GCU-T10A-DI-IN-063.
- Instructivo de reacción inmediata en Eventos adversos en laboratorio GCU-T10A-DI-IN-037.
- SUPERVISION de toma de la muestras.
- Manual de Bioseguridad.

Se cuenta también definidas las acciones inseguras que se pueden presentar en las diferentes fases del proceso:

En la etapa pre analítica:

1. Muestra mal identificada
2. Toma examen equivocado
3. Toma muestra a paciente equivocado

4. Punción sitio equivocado
5. Iatrogénica por punción venosa y/o arterial o cateterización vía urinaria
6. Pérdida de la muestra
7. Ruptura de la muestra

En la etapa analítica:

8. Análisis de muestra equivocada
9. Pérdida de la muestra
10. Error en procedimiento técnico definido
11. Accidente del personal con material con sangre y/o fluidos corporales contaminados

En la etapa post analítica

12. Errores en la entrega de resultados.
13. Entrega de resultados a paciente equivocado
14. Omisión en la realización de algún o algunos de los exámenes ordenados.

Se tiene también contemplados los riesgos en el transporte de las muestras y la entrega de resultados que son transportados:

- ✓ La manipulación inadecuada (derrames accidentales- contacto accidental).
- ✓ Tipo de material que se transporta (ruptura- exposición a aerosoles).
- ✓ Tiempo de transporte (de los servicios de urgencias lo ideal es que se lleve inmediatamente se tomen las muestras, por consulta externa lo ideal 45 minutos – máximo 2 horas-Temperatura ambiente).

- ✓ Temperatura estable. Las muestras de secreciones frotis-frescos, coprológicos, baciloscopias se transportan a temperatura ambiente- sangre, coágulos y orinas refrigerados por separado).
- ✓ Destino (distancias largas transportar las muestras refrigeradas con el control de temperaturas- distancias cercanas enviar antes de 45 minutos).
- ✓ Documentación: Los resultados impresos y registros de temperatura se transportan en una carpeta plástica exclusiva para este fin.
- ✓ Tarjeta de emergencia.
- ✓ Hoja de seguridad.
- ✓ Que hacer en caso de derrames.
- ✓ Contenido del kit de derrames.
- ✓ Registro de temperaturas.
- ✓ Reporte de limpieza y desinfección de carro y maletas o neveras.

Como parte integral de la seguridad del paciente se tiene estipulado los siguientes mecanismos:

1. Cuando no coinciden los resultados con la historia clínica, se revisa la calidad de la muestra (correctos), se revisa el histórico del usuario en la historia clínica, se repite la muestra, se comunica con el médico. Se realiza retoma verificando condiciones con el usuario. Está documentado en el manual de laboratorio.
2. PRUEBAS CRITICAS: se realizan por urgencias o prioritarios a solicitud del médico.
3. VALORES CRITICOS: se definieron con el laboratorio a partir de la revisión bibliográfica se ajustó con los médicos en la UAT la tabla de valores críticos para la institución, se documentó en el manual de laboratorio clínico, oportunidad del resultado es de 20 minutos una vez se detecta. Directamente se comunica el bacteriólogo con el profesional que solicita la prueba en caso de urgencias y por consulta externa se llama al usuario y se

maneja como una urgencia, se comunica al profesional a través del correo electrónico con el líder.

Marcación de elementos:

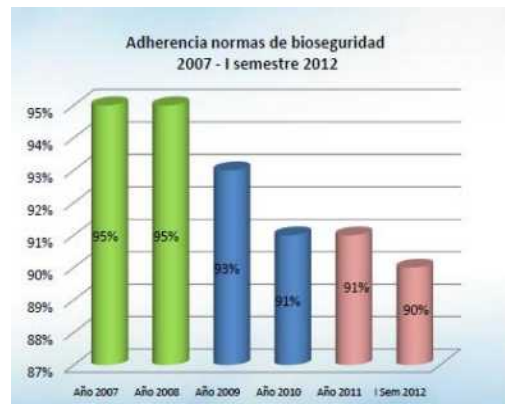
Dentro del Manual de laboratorio clínico se especifica el manejo del código de barras para marcar las muestras, adicional a esto en los correctos de toma de muestra ya mencionada anteriormente, se tiene la especificación de la identificación correcta el material.

La marcación se realiza delante del paciente y está la identificación redundante desde la recepción, la toma de muestra y la entrega de los resultados.

Bioseguridad:

En el laboratorio clínico, se cuenta con un manual de bioseguridad específico para el servicio y para los diferentes procedimientos que dentro de él se llevan; como lineamientos generales están:

- ✓ Normas universales para el laboratorio clínico.
- ✓ Manejo de residuos.
- ✓ Lavado de manos.
- ✓ Elementos de protección personal y barreras de protección para laboratorio.
- ✓ Limpieza y desinfección en el laboratorio clínico.
- ✓ Manipulación segura de muestras en el laboratorio.
- ✓ Planes de contingencia y emergencia.
- ✓ Derrames de sustancias infecciosas.



Transporte de muestras:

La institución en busca de cumplir y garantizar la seguridad y calidad en la toma de las muestras y su transporte adquirió el SISTEMA BASICO DE EMBALAJE/ ENVASADO TRIPLE. Maletas certificadas identificadas con código universal UN 3373.; garantiza que se lleva diligenciado la hoja de seguridad de anatomopatológicos.



Se realiza la identificación de la IPS que genera las muestras clínicas para el diagnóstico cuando hay un riesgo biológico.

Se cuenta con las especificaciones del producto, las propiedades físicas y químicas, punto de ebullición y de inflamación y las precauciones si es altamente infeccioso, se tienen las precauciones con el medio ambiente, la manipulación y almacenamiento.

**Aprendiendo de la...
Unidad Hospitalaria
San Antonio de Prado**



www.metrosalud.gov.co

Introducción

La E.S.E. Metrosalud es la red hospitalaria más grande del país, cuenta con 10 unidades entre ellas la Unidad de San Antonio de Prado; cuyo servicio de laboratorio ha sido piloto en innovación de procesos y prácticas exitosas con el fin de mejorar la prestación de los servicios de salud con calidad, eficiencia y eficacia. El servicio de laboratorio lleva años consolidándose en su prestación de servicio con calidad, que se traduce en esfuerzo diario y compromiso de todo el personal, para dar cumplimiento a su eslogan de servicio humano, innovador y sostenible.

Previo a la atención

Guías para la preparación de pacientes y recolección de toma de muestras:

La institución cuenta con unas guías que son de manejo interno y un instructivo que se le entrega al paciente para mejor comprensión y posibilidad de que en la casa puedan volver a mirar la forma en que se debe de tomar la muestra.

A través de los indicadores se realiza seguimiento exhaustivo para el mejoramiento de la productividad, rendimiento, errores en la toma de muestra y el seguimiento al riesgo; además se toma precaución en verificaciones antes de procesar la muestra para disminuir los costos en la repetición de los exámenes.

En el mes de octubre del año 2011, en el laboratorio se realizó una prueba piloto con el fin de identificar las necesidades de los pacientes, la cantidad y horario pico con el fin de dar una solución a la atención con oportunidad y para priorizar los pacientes; el resultado de esta prueba arrojó que para la atención oportuna y con calidez humana era necesario tener 2 puestos de tomas de muestra para los pacientes; uno específico para pacientes priorizados como lo son los niños, los adultos mayores y las mujeres en estado de embarazo y para pacientes que por el

diagnóstico o su estado de salud requieren de una atención más inmediata y el otro cubículo para pacientes que pueden tener la atención en el tiempo establecido.

Los tipos de pacientes son identificados cuando realizan la recepción e ingreso al servicio de laboratorio.

Preparación previa de los usuarios para la toma de muestra:

En la institución se han adelantado varias estrategias para garantizar que el paciente cumpla con las especificaciones para la toma de muestra, se evidencia de manera cualitativa y cuantitativa la disminución en repeticiones de tomas de muestras de pacientes de primera vez.

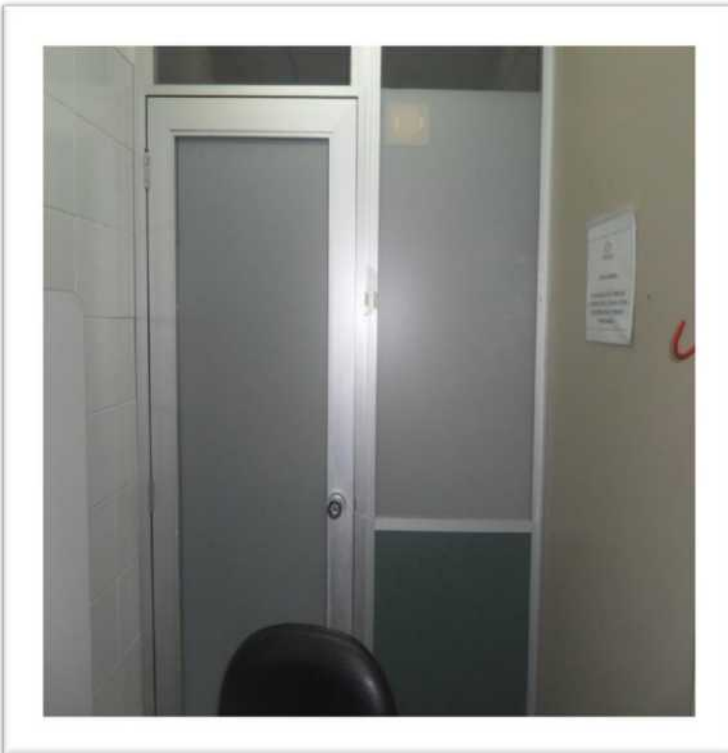
1. Se instauró que desde el consultorio cuando reciben la orden de ayuda diagnóstica de laboratorio, el personal médico direcciona al paciente al servicio de laboratorio, en donde recibe las indicaciones de forma verbal, se le entrega el instructivo con la parte correspondiente al examen subrayada para que desde la casa pueda repasar para la recolección de la muestra.
2. El servicio de laboratorio cuenta con 2 instructivos para preparación de la toma de muestra, donde se le explica paso a paso según el examen cual debe de ser su preparación y otro específico para la muestra de orina que es de 24 horas que es más detallada y es en la que normalmente los pacientes tienden a confundirse.
3. El personal del servicio del laboratorio, realiza la explicación verbal de la preparación que debe de tener el paciente para el examen, para garantizar una mayor comprensión de lo que se le entrega por escrito; cuando los pacientes son de la zona rural se le hace un énfasis mayor sobre lo que

significa ayunas, ya que por los hábitos alimenticios que tienen es necesario realizar esta aclaración.

Cuidado y tratamiento

Privacidad en la toma de muestra:

Los pacientes cuentan con 2 cubículos cerrados y en las ventanas tienen una pintura especial que permiten la privacidad en el momento de la toma de la



muestra, en el caso de citologías o muestras que ameritan mayor privacidad y de camilla, se cuenta con un consultorio.

Para mantener la privacidad en la entrega de los resultados, solo se entrega con el documento original del paciente, en caso del que paciente no pueda realizar la reclamación de manera directa, la persona que lo hace debe de traer el

documento de identidad de la persona que aparece como titular de la orden de laboratorio y se deja un registro de quien reclama en el formato.

Sospecha de daño de toma de muestra:

Se hace un tamizaje en forma macroscópica cuando el paciente entrega la muestra desde el servicio ambulatorio, si se tiene duda se mira de manera microscópica y se le informa al paciente que debe de volver a tomar la

muestra, se le explica de nuevo y se verifica con la explicación del paciente que si haya entendido bien el proceso.

Si se presenta una muestra insatisfecha, se llama al paciente solicitándole una nueva toma de muestra y la institución corre con todos los insumos para la repetición de la prueba; esto se hace desde la parte ambulatoria.



Entrega de resultados:

El laboratorio cuenta con un estándar de entrega oportuna, el indicador actualmente está en 1 día de oportunidad; lo que genera una satisfacción global en la percepción que tiene el usuario sobre el servicio.

Se cuenta con el protocolo de Valor Crítico, que fue implementado hace 2 años, que consiste en priorizar según los valores que como resultado estén por encima de lo establecido y/o que es considerado normal; ya que pueden comprometer el estado de salud o la vida del paciente; este protocolo fue creado con el médico principal de los diferentes servicios de urgencias, hospitalización y con otras unidades que pertenecen a red de Metrosalud; en donde se determinaron los valores críticos y es de aviso inmediato al personal asistencial cuando el paciente se encuentra utilizando algunos de los servicios de la institución; si es ambulatorio se llama al paciente en el número de contacto y se da aviso para que reclame de inmediato los resultados y pida cita con el médico o si es necesario se le indica que ingrese al servicio de urgencias.

Esta práctica exitosa, está definida desde un procedimiento que establece las actividades y responsabilidades del personal de salud que interfiere.

Como estándar de Metrosalud, los resultados se demoran 2 horas para la entrega dentro de los servicios, cuando es por consulta externa los resultados se entregan en el mismo día y se entregan al archivo para que el paciente los reclame o sean anexados a la historia clínica.

Identificación de errores en la entrega de resultados:

Durante el seguimiento juicioso y exhaustivo a los indicadores y estándares de calidad, el servicio de laboratorio al detectar los errores en la entrega de resultados ha instaurado procedimientos que permiten la disminución significativa de que se presenten este tipo de incidentes.

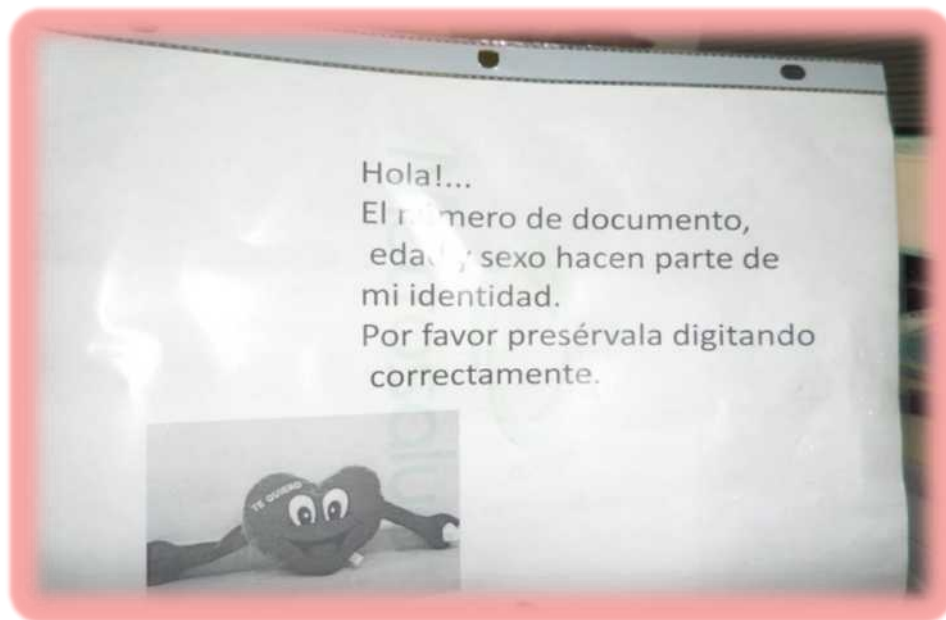
Esta dentro del proceso de seguimiento al riesgo, se lleva un registro cuando el resultado es entregado desde el laboratorio a los pacientes que son de atención ambulatoria; cuando es por consulta externa o en los servicios de hospitalización y de urgencias, el médico que es el profesional encargado de la

lectura del resultado, detecta el error en la entrega del resultado y lo informa por medio escrito en el formato de reporte que se lleva al interior del archivo clínico, para la corrección y el seguimiento del incidente.

La institución como parte de la política de disminución de errores en la entrega de resultados, no da información alguna de manera telefónica, la entrega se hace personalizada, así lo determina la ley.

Está la opción del software que está montado en la intranet, en donde otras unidades de Metrosalud, pueden ingresar y bajar el resultado del paciente.

Una práctica exitosa que se lleva al interior de la institución y que inició como propuesta desde el servicio de laboratorio es la campaña PON EL CORAZON EN TUS MANOS, cuyo objetivo inicial es la disminución de los errores de digitación cuando se ingresa a un paciente al sistema, lo cual evita a futuro incidentes o eventos adversos que fomentan prácticas seguras.



Control de calidad:

Se llevan 2 tipos de controles de calidad el externo y el interno; en el externo todas las unidades de Metrosalud tienen un contrato para verificar siempre metrologías, de química y de vigilancia epidemiológica y de salud pública y las serologías para sífilis; y el interno está instaurada en cada uno de las sesiones en hematología, inmunología de pruebas de embarazo y para las serologías si es reactivo o no, se realizan diario las pruebas de calidad.

Se lleva registro diario del control de calidad y mensualmente se realiza un análisis con la asesora de calidad y esto queda consignado en la bitácora.

Se cuenta con un protocolo cuando hay transporte de muestras, que cumplan con los requisitos de calidad, para garantizar la muestra primaria y por ende la entrega de un resultado seguro.

Calibraciones:

Los equipos tienen un cronograma de calibraciones que se realiza de manera trimestral, en donde se hace un mantenimiento preventivo; cuando los análisis muestran algún tipo de variación se realiza la calibración inmediata y /o ajustes de técnicas; se lleva un registro de calidad donde se deja consignado los resultados para detectar la más mínima variación y reducir costos y efectos de errores en los resultados.

Seguridad del paciente:

Las unidades de Metrosalud manejan un programa que se llama el Panorama de Riesgos, que opera dentro del protocolo de seguimiento al riesgo, en el cuál se registran los incidentes o eventos adversos para su posterior análisis y determinar puntos de control que minimicen la presencia de estos casos.

La institución cuenta con barreras de seguridad en varias instancias del laboratorio, desde la recepción y toma de muestra se verifica que el paciente cumpla con los requisitos para el examen; se realiza doble verificación del nombre y el documento de identidad del paciente para evitar confusiones.

La bacterióloga o la auxiliar de laboratorio revisan la técnica de la toma de las muestras y la comparación de con la hoja de trabajo.

Las sillas de los cubículos de las tomas de muestras cuentan con espaldar para reducir el riesgo y la comodidad del usuario durante la toma de la muestra; además tiene perchero para que los pacientes puedan tener sus manos libres. Se cuenta con un protocolo de emergencia para cuando un paciente presenta algún tipo de reacción por el examen o si se presentara un código azul dentro del servicio de laboratorio.

Cada vez que se realiza el análisis de productividad, se tiene en cuenta los eventos adversos o incidentes con el fin de retroalimentar para minimizar los daños y generar cambios inmediatos en los procedimientos que tiendan a disminuir la presencia de incidentes.

Marcación de elementos:

Se cuenta con un manual de toma de muestra en donde se especifica paso a paso como realizar la marcación de las muestras, los tubos se marcan delante del paciente y se realiza la verificación del nombre y apellido, se le pregunta también su documento de identidad, para verificar en el registro y realizar la marcación de los elementos de forma correcta.

La escritura en que se lleva la marcación en el laboratorio, permite evidenciar resultados de procesos seguros con los pacientes.

Bioseguridad:



El laboratorio cuenta con un manual de bioseguridad específico para el servicio, el personal que realiza el aseo en el laboratorio es permanente, lo cual genera una mayor confiabilidad por el manejo de los procedimientos de aseo y limpieza; además se tiene una capacitación específica para el manejo de los riesgos de manera constante y si hay ingreso de personal nuevo se capacitan de manera integral y exhaustiva.

Se realiza un aseo terminal semanal como política de seguridad; además cuentan con unas normas de seguridad que deben de tener todos los funcionarios q trabajan o intervienen en el servicio, como lo son las políticas de no reúso, cambio de guantes.



Muestras primarias:

Está estipulada la identificación de la muestra para detectar el error y corregirlo; se conserva la muestra primaria, y se realiza la verificación con la hoja de trabajo como proceso pre analítico, se tiene la verificación de los resultados con los valores críticos como proceso analítico y pos analítico al

realizar el descargo de los datos se verifica en el listado con un puntico que dice que si coincide el resultado que están ingresando con el del paciente.

Cuando no coincide un resultado con las indicaciones de la historia clínica del paciente según el diagnóstico, se realiza de nuevo el examen, se verifica que no haya un cambio de muestra y se habla con el médico tratante para la aclaración del resultado.

Aprendiendo de la... Clínica SOMER



www.clinicasomer.com



Introducción



La Clínica Somer es una institución que presta servicios de salud de complejidad superior, para la zona de Rionegro y todo el Oriente Antioqueño, año tras año desarrolla procesos que generen la atención a los pacientes con calidad; un ejemplo de esto es el servicio de laboratorio el cual tiene unas instalaciones que ofrece un servicio con alta tecnología.

Previo a la atención

Guías para la preparación de pacientes y recolección de toma de muestras:

La institución cuenta con un manual para la toma de muestras donde el grupo de trabajo interno se capacita a todo el personal que labora en el servicio de laboratorio para conocer cuales tipos de muestras se manejan y la preparación que debe de tener el paciente en cada caso.

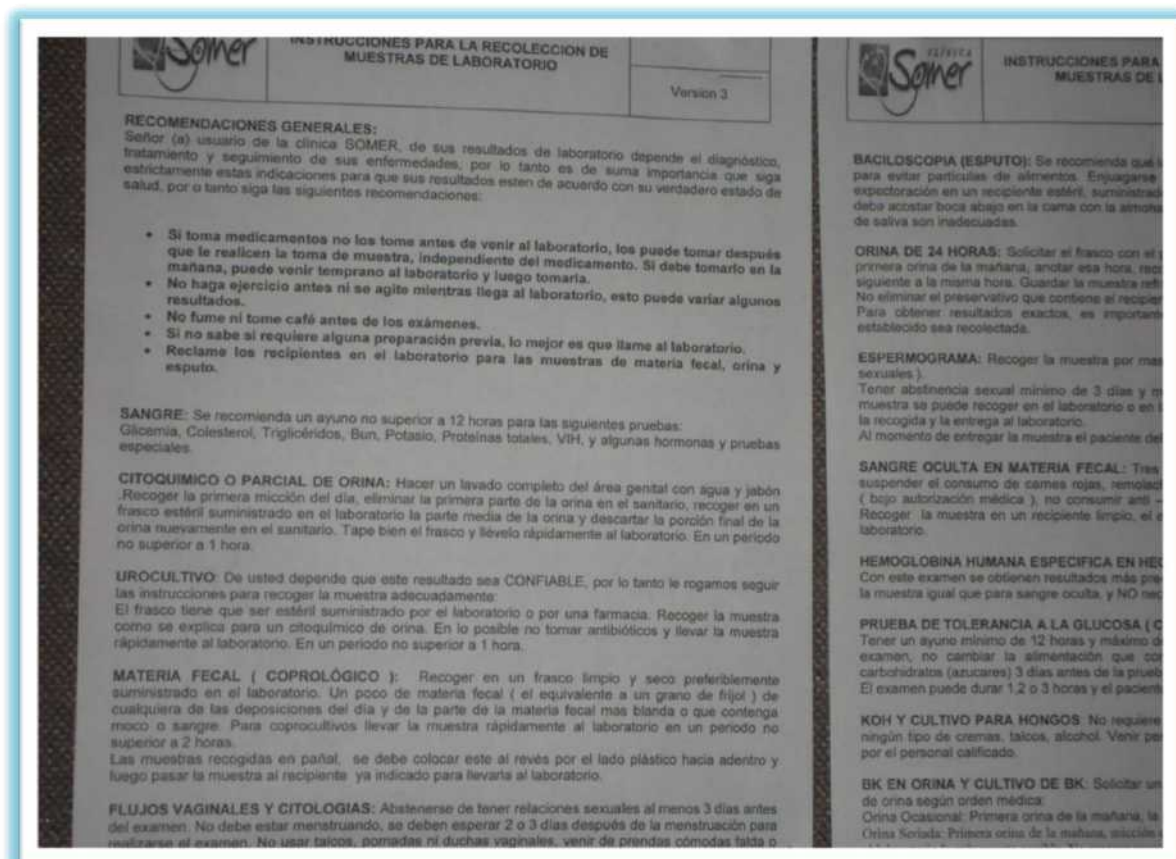
Al personal que ingresa a laboral a la institución le paga el tiempo de inducción y capacitación y se toma como parte de las labores, todo personal nuevo pasa por todos los servicios para poder garantizar el adecuado conocimiento y manejo integral de los procedimientos dentro del laboratorio.

Con el personal específico de laboratorio, se realiza especial énfasis en la capacitación e inducción de todos los procesos y procedimientos del servicio, que garantiza la adherencia y cumplimiento de las actividades.

Identifican al interior del laboratorio con los indicadores y su seguimiento, el tipo y número de errores para disminuirlos de manera inmediata, además realizaron referenciación para incrementar la calidad al interior del servicio.

Una vez al mes, la bacterióloga con especialización en calidad realiza una ronda con el personal asistencial para verificar como se toman las muestras y determina si es necesario dictar una nueva capacitación al personal de enfermería, ya que en situación de presentarse un paciente crítico este personal es el responsable de la toma de la muestra.

Preparación previa de los usuarios para la toma de muestra:



Al paciente se le entrega un instructivo o guía de preparación y se le hace educación para que aprendan según el tipo de examen que se va a realizar cuál es su preparación, esto se realiza en la recepción del laboratorio.

Con las aseguradoras clientes del laboratorio se realizó la entrega del instructivo, para que el paciente desde su IPS conozca la preparación que debe de tener para su

examen, con la intención de que el paciente de primera vez pueda prepararse de la manera correcta; de igual forma el instructivo está pegado en la cartelera del laboratorio, para que mientras los pacientes y acompañantes esperan su turno puedan ir reforzando el conocimiento adquirido.



Los laboratorios que envían las muestras para el análisis, tienen en la página web, el aplicativo en donde encuentran el manual de toma de muestra y en físico también, con el fin de minimizar repetición de pruebas por error en la toma.

El laboratorio hace diferenciación en el tipo de clientes que poseen; esta diferenciación consiste en los clientes internos de la clínica en el cuál se capacita al personal asistencial en este caso los jefes de enfermería con el manual de toma de muestra por piso, en donde se especifica los tipos de muestras, como se toman, en qué tipo de envase se recolecta y también está en la intranet para que si lo requieren puedan reforzar la información.; también están los clientes directos del laboratorio que se preparan a través de las aseguradoras cuando tienen la consulta y se les genera el refuerzo cuando llegan al servicio.

Desde el servicio de laboratorio, se saca una muestra mensual de 70 pacientes promedio, en el cual se verifica si está preparado de forma correcta para el examen y/o si trajo la muestra en las condiciones ideales; se diligencia en un formato y se alimenta el indicador para verificar el cumplimiento y necesidades de capacitación.

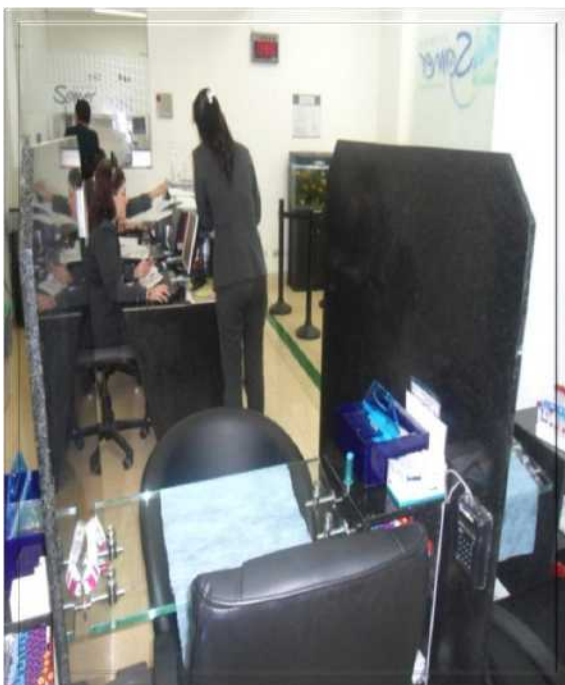
Como práctica exitosa y para garantizar que la toma de muestra se realice a satisfacción, la clínica tomó la decisión de que el laboratorio fuera el responsable de las muestras en su totalidad y se contrató y capacitó personal asistencial, exclusivo para la toma de muestras las 24 horas al día, todos los días en las diferentes unidades de servicios, excepto en la UCI; el personal especializado del servicio de laboratorio se desplaza al servicio que requiere la toma de muestra para tomarla; solo en casos de extrema urgencia el personal asistencial de la unidad toma la muestra, quienes están capacitados previamente.



Cuidado y tratamiento

Privacidad en la toma de muestra:

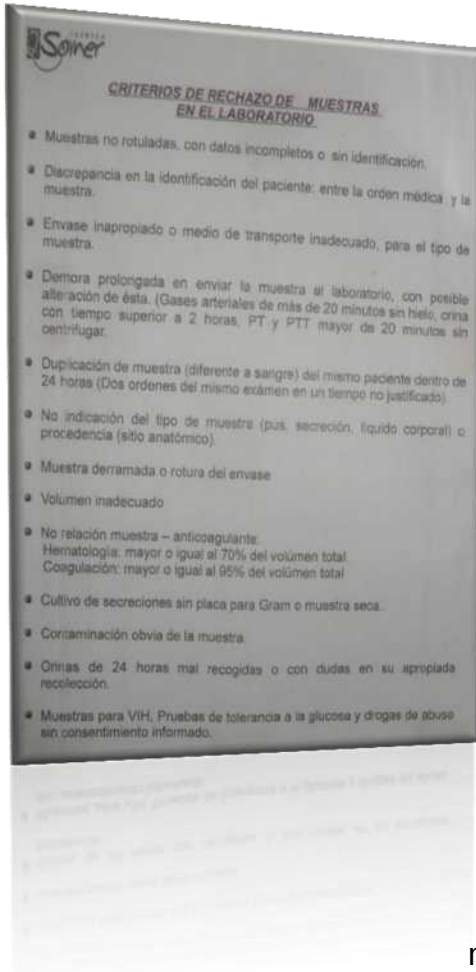
El laboratorio cuenta con 3 cubículos para la toma de muestra que son de sangrar o recolección de muestras de orina, cuando la toma de muestra requiere una mayor privacidad cuenta con un consultorio con una camilla para adulto y una



camilla para niño que también tiene como fin priorizar a los niños; se cuenta con una sala de 2 sillas reclinomatic para las pacientes maternas para que puedan estar más tranquilas y cómodas mientras se realizan las tomas de las muestras; este tipo de distribución de tomas de muestras, asegura la atención en un tiempo menor a 15 minutos; todo este montaje son para los clientes directos del laboratorio. Para la tomas de las muestras de clientes internos, como se había mencionado el personal auxiliar de laboratorio se dirige hasta el servicio para la toma de la muestra y el paciente en su camilla recibe la atención con la privacidad que requiere.

Sospecha de daño de toma de muestra:

En la institución desde el cubículo de toma de muestra se realiza la primera revisión, inicia cuando el auxiliar la recibe y a primera vista no tiene las características de una muestra bien tomada, se le pregunta al paciente sobre como realizo la toma y los cuidados previos y al detectar la situación causante de la falla de la toma se le capacita de nuevo sobre cómo realizar la toma de la muestra para que el examen no sea fallido o tenga valores alterados.



Adicional a esto se le comunica de inmediato al director del laboratorio o con el personal indicado del servicio para que revisen por segunda vez la muestra y se determine con exactitud si es necesario o no la repetición de la misma.

Existe una politica de criterio de rechazo de muestra, que permite identificar las muestras que se dañan, ya sea por la forma en que se tomó o por el tiempo y condiciones de transporte, para no producir un sobre costo en el procesamiento y para no incurrir en resultados incorrectos y peligroso para los pacientes; inicialmente la auxiliar de laboratorio en su primer filtro detecta la posibilidad y se la entrega al bacteriologo que es quien la declara no utilizable ya que es el profesional con el criterio para realizarlo; si el paciente se encuentra en algunos de los servicios, el personal de laboratorio o asistencial realiza nuevamente la toma de la muestra y si el paciente es ambulatorio el bacteriologo lo llama a su número de contacto para informarle sobre la razón de la repetición de la prueba.

Entrega de resultados:

Se cuenta con un proceso de priorización, que está determinado por unos valores críticos de alarma y son de obligatorio reporte por lo que pueden comprometer la vida o el estado de salud de las personas y está especificado por los tres tipos de pacientes que se atienden en la institución que son los ambulatorios, los intrahospitalarios y los que son de remisión, ya que el laboratorio es de referencia en el oriente.



indicar la urgencia; adicional a esto se deposita en una gradilla fluorescente.

El sistema está parametrizado por el Director del laboratorio con unos

Como política institucional se tiene que todo paciente intrahospitalario es de carácter urgente y tiene unos rangos de priorización adicional por el estado de salud y diagnóstico; el personal auxiliar del laboratorio o el asistencial que toma la muestra, en el recipiente subraya con resaltador ese paciente que es urgente y después de aplicar la política de priorización se le adiciona un punto rojo para



valores de referencia y valores que son de alarma, la cual como señal de alerta en la pantalla de inmediato le aparece el mensaje para que verifique y valide la información, para que el personal del laboratorio identifique cuando se presente un valor mayor al establecido como estandar, y realice una verificación del porque el sistema arroja la alerta; ya sea por muestra mal tomada, o por tratarse de un valor critico para el diagnóstico de un paciente; es por esta razón que el personal del servicio tiene acceso a la historia clinica solo en versión lectura, para poder realizar consultas y determinar la gravedad del valor presentado en el resultado del examen.

	PROTOCOLO DE INFORME DE RESULTADOS URGENTES	Código	
		Versión	01
		Fecha	13/09/12
		Página	Página

VERSION	FECHA ACTUALIZACION	DE	NATURALEZA DEL CAMBIO	RESPONSABLE
01	13/09/12		Se realiza protocolo de informe de resultados urgentes	Esila Gomez- Coord Calidad Lab Fabio Restrepo – Dir Lab

NOS COMPROMETENOS A LA APLICACIÓN DE ESTE PROTOCOLO

FECHA	NOMBRE LEGIBLE	CARGO	FIRMA

La institución tiene dentro de sus indicadores de productividad de entrega de resultados, a lo que es considerado urgente en 60 minutos y para los pacientes ambulatorios es de 1 día.

Para los paciente ambulatorios, hay una fila que prioriza a

los niños, adultos mayores, mujeres en estado de embarazo y discapacitados; al encontrar un valor crítico, el bacteriólogo realiza el llamado al número de contacto que pone el paciente en su registro, sino hay posibilidad de comunicación se llama a su centro de atención inicial para la búsqueda activa de este paciente, si se

presenta personalmente por la entrega se le direcciona al servicio de urgencias o se le comunica que debe de solicitar cita prioritaria según como lo amerite el resultado y el estado de salud.

Si el paciente se encuentra en alguno de los servicios, se le informa a su médico de cabecera para que dé prioridad en la atención y se determine el diagnóstico y tratamiento a seguir, esta información queda consignada ya que el software permite ingresar los datos del personal asistencial al que se le dio la información de alerta.

VALORES CRITICOS DE ALARMA DE INFORMACION OBLIGATORIA E INMEDIATA			
UNIDAD	TEST	VALOR CRITICO	ACCION
Hemograma	Hemoglobina	< 10 g/dL	Notificar al médico tratante
	Hemoglobina	> 20 g/dL	Notificar al médico tratante
	Hematocrito	< 30 %	Notificar al médico tratante
	Hematocrito	> 50 %	Notificar al médico tratante
Química Clínica	Glicemia	< 40 mg/dL	Notificar al médico tratante
	Glicemia	> 400 mg/dL	Notificar al médico tratante
	Urea	> 10 mg/dL	Notificar al médico tratante
	Creatinina	> 3 mg/dL	Notificar al médico tratante

Al interior del laboratorio hay una cartelera donde está especificado los valores de alarma, el protocolo de lo que se debe hacer y demás informaciones pertinentes e importantes que se debe de tener a la hora de presentarse un valor que es considerado crítico.

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

Actualmente se está trabajando en el aplicativo de envío de avisos e informe al celular del médico tratante, cuando un paciente dentro de los servicios de la clínica presenta valores de riesgo para que se conozca de forma inmediata el resultado y se agilice en la atención.

Paciente	Exámenes Pendientes	Exámenes Terminados	Hora Ingreso	Estado	Hora (Resultado)
MARIA ALICIA GIRALDO DE HURTADO	BUN-CH-CLO-CREA-G...		10:40:43	INGRESADA	
GLORIA PIEDAD AMARILES LOPEZ	CH		10:12:04	INGRESADA	
GILBERTO RIVERA GARCIA		CH	9:10:35	VALIDADO	10:44:42
JOSE ARTURO MOLINA RESTREPO		BUN-CH-CREA	9:07:55	VALIDADO	10:44:42
MARIA DELIA GARZON DE SUAREZ		CH-GU	9:05:42	VALIDADO	10:44:42
SERAFIN PASTOR ARIAS GIRALDO	ANTI-RR-GRUP-HIV-P...		7:51:27	INGRESADA	
FRANCISCO LUIS QUINCHIA LOPEZ		BUN-CH-CREA	7:48:46	VALIDADO	10:44:42
KELY JOHANA QUINTERO ALZATE		TSH	6:30:01	VALIDADO	10:44:42
SERAFIN PASTOR ARIAS GIRALDO		CH-CREA	5:49:01	VALIDADO	10:44:42
CAROLINA ALZATE CARDONA		CH-CI-SERO	5:33:05	VALIDADO	10:44:42
RAMON ANTONIO GARCES GONZALEZ		CH-CREA	5:03:45	VALIDADO	10:44:42
MARTHA INES HURTADO DE CASTAÑO		CH-PCR	4:06:53	VALIDADO	10:44:42
HECTOR FABIO VERGARA ORTIZ		CH	3:28:07	VALIDADO	10:44:42
ERONICA MARIN DUQUE		CH	3:19:32	VALIDADO	10:44:42
ALEXIS MONTOYA TORRES		CH	2:48:46	VALIDADO	10:44:42
CEVEDO DE ISAZA		CH-PCR	2:47:51	VALIDADO	10:44:42
IRIN FLOREZ		ALAT-ASAT-GART-LDH	13:16	VALIDADO	10:44:42
BOTERO		CH-SERO		VALIDADO	10:44:42
		CH-PCR		VALIDADO	10:44:42
		CH-HBAGS-SERO		VALIDADO	10:44:42

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

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



PROTOCOLO DE INFORME DE RESULTADOS CON VALORES CRITICOS DE ALARMA

Código	
Versión	01
Fecha	18/05/12
Página	Página 1 de 6

VERSION	FECHA ACTUALIZACION	DE	NATURALEZA DEL CAMBIO	RESPONSABLE
01	16/05/12		Se realiza protocolo de informe de resultados con valores críticos de alarma.	Esila Gomez- Coord Calidad Lab Fabio Restrepo – Dir Lab

NOS COMPROMETENOS A LA APLICACIÓN DE ESTE PROTOCOLO

FIRMA	NOMBRE LEGIBLE	FIRMA

Identificación de errores en la entrega de resultados:

La institución cuenta con varias herramientas de seguridad para la detección de errores que esta implementado como parte de seguimiento al riesgo; han sido identificados y cuantificados.

Cuando se presenta un incidente se lleva el registro para el análisis posterior y determinar acciones de mejoras inmediatas que permitan minimizar al maximo la ocurrencia de los mismos. Se tiene establecido el plan porque puede existir la posibilidad de que presente, aunque en la institución después de implementado y mejorado el proceso no se ha vuelto a presentar la entrega equivocada de un examen a un paciente.

Se tiene como punto de control que al entregar el resultado, la secretaria verifica si el examen que está entregando es el que corresponde al recibo que entrega el paciente y/o usuario cuando es ambulatorio; cuando el pacientes es de manejo

hospitalario se verifica porque antes de ingresar el resultado el bacteriologo verifica que sea la historia clinica del paciente antes de digitar los resultados.

Control de calidad:

	PROTOCOLO DE ALMACENAMIENTO DE MUESTRAS EN SEROTECA		Código	
			Versión	01
			Fecha	Jul 2011
			Página	Página 3 de 4

ACTIVIDADES:

Tiempo de guardado de las muestras:
Las muestras de química por dos semanas, las de hormonas y especiales por 30 días las con valores "normales" y 60 días las que tienen valores alterados.

NUMERO	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
1	Recogida de muestras ya procesadas	Una vez las muestras se han procesado y previa autorización del Bacteriologo (a) encargado de la sección, las auxiliares de laboratorio pasan por las diferentes secciones a recogerlas.	Aux de lab.	NA
2	Clasificación de las muestras	Luego de recogidas las muestras, las auxiliares de laboratorio las clasifican para su almacenamiento a la temperatura ideal para cada tipo de muestra.	Aux de lab.	NA
3	Chekin de muestras	La muestras que se van a almacenar en la seroteca son ingresadas al sistema: icono almacén que contiene gradillas numeradas de 1 a 54, por el icono Chekin se pasan todas las muestras por lector de código de barras para que queden registradas, luego se abre el icono almacén y se busca la gradilla actual.	Aux de lab.	Sistema Labcore
4	Ubicación de las muestras en gradilla y sistema	Por el icono almacén del sistema labcore, se ubica la gradilla actual que cuenta con filas y columnas enumeradas, en las cuales se colocan las muestras asignandoles la posición de la fila, la columna y la gradilla, así se ubican y se guardan en la seroteca.	Aux de lab.	Sistema Labcore

Todas las muestras son guardadas en neveras especiales como lo es la ceroteca con un software especializado, que aseguran la conservación de la muestra primaria de forma optima, cuando el pacientes es ambulatorio la muestra se guarda 1 mes cuando el resultado muestra que es normal y si es intrahospitalaria y el resultado es anormal se conserva hasta 2 meses.

A parte se llevan controles internos y externos de calidad; el interno consiste en que el laboratorio examina el rendimiento a través de un control de diferentes

opiniones, que consiste en montar diariamente una prueba ya sea de la misma casa del laboratorio o de otro proveedor de reactivos que muestran como es el comportamiento de las muestras y los resultados.

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

Cada control tiene varios propósitos, cuando son internos es para buscar el error del día y medir el desempeño y para buscar el error sistemático que es el que se va cometiendo diario puede ser por una imprecisión del equipo o deterioro del reactivo, entre otras causas que se pueden presentar.

Los controles externos son para mirar los errores sistemáticos que muestran las variaciones de los resultados de las muestras y se comparan con otros laboratorios que tienen la misma técnica.

Calibraciones:

Los equipos tienen un software que muestra como alerta cuando se debe de programar una calibración, ya que tienen programado internamente los periodos de calibración; si el equipo necesita la calibración inmediata no permite realizar ningún análisis de muestra hasta que se haga la calibración.

El cronograma de calibraciones se realiza de manera trimestral, en donde se hace un mantenimiento preventivo; cuando los análisis muestran algún tipo de variación se realiza la calibración inmediata y /o ajustes de técnicas; se lleva un registro de calidad donde se deja consignado los resultados para detectar la más mínima variación y reducir costos y efectos de errores en los resultados.

Con el apoyo de:



Seguridad del paciente:

La institución tiene varios puntos de control para garantizar la seguridad del paciente:

1. Para la entrega de resultados a pacientes ambulatorios se les entrega un recibo que es con el que se

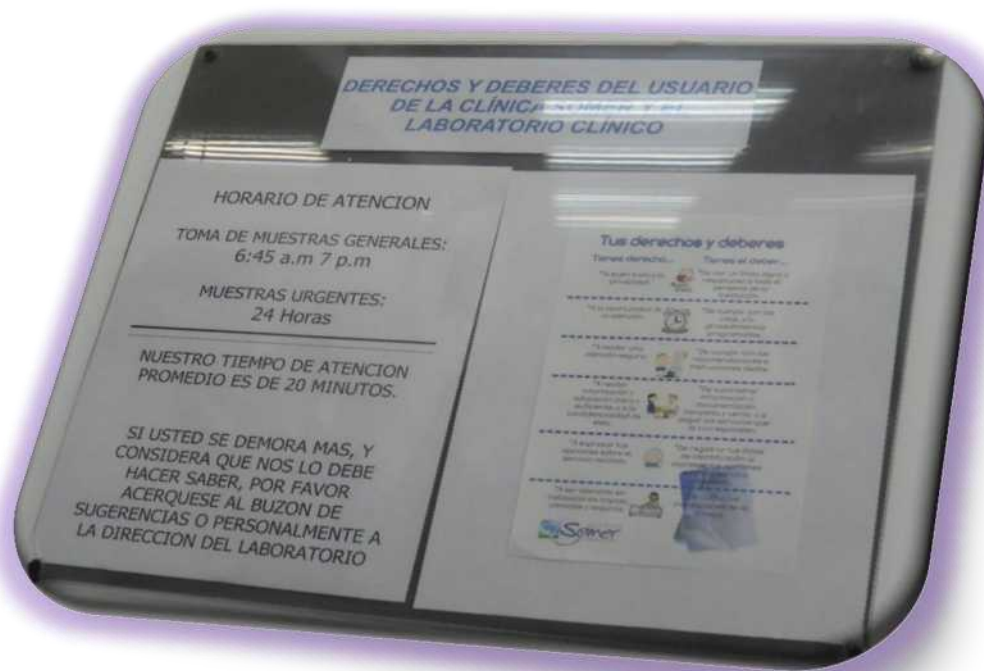
debe de reclamar el resultado, en este recibo encuentran la fecha y hora en que deben de reclamar el resultado; esta fecha que arroja el sistema, está parametrizada según el examen cuál es el tiempo de entrega, lo cuál minimiza las filas y la congestión del servicio con llamadas telefónicas porque conocen su fecha de entrega; si el titular del

examen no puede recogerlo, el acompañante debe de presentar el recibo y se diligencia una planilla donde se deja la constancia de la persona, el día y la hora en que reclaman el resultado.



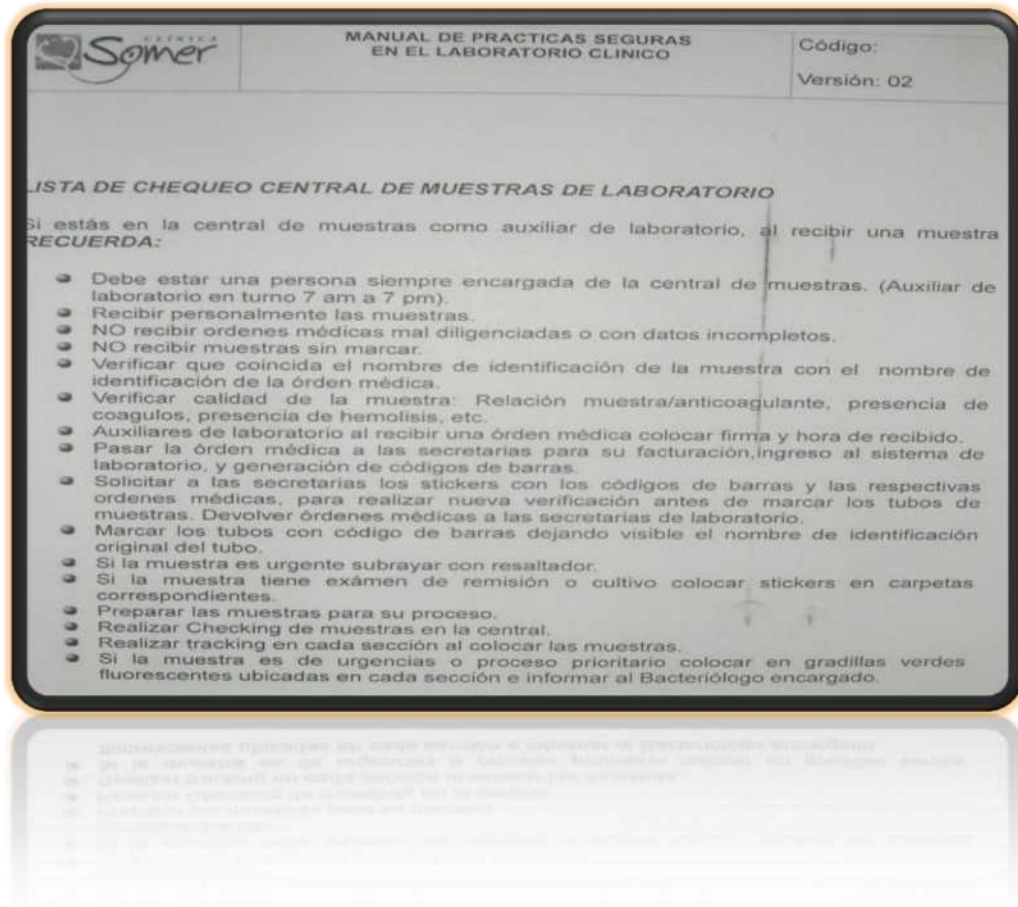
2. Se realiza seguimiento exhaustivo a cada indicador que es considerado de seguimiento al riesgo para optimizar actividades encaminadas a disminuir la presencia o la ocurrencia de estos riesgos que puedan presentar poca seguridad al paciente mientras se le presta la atención en salud.

3. Están delimitadas las acciones inseguras en cada una de las etapas que puede proceder un paciente como la vulneración de derechos y deberes, análisis incompletos o equivocados, muestras mal marcadas, entre otros; se mide la frecuencia mensual de la ocurrencia de acciones inseguras para analizarlas con la metodología de causa y reducir día a día el riesgo de los pacientes al utilizar el servicio. Por tal razón el laboratorio no presenta eventos adversos por el análisis detallado a los incidentes.



4. El servicio cuenta con un Manual de Prácticas Seguras, exclusivo del servicio y de la institución; tiene descrito todos los procedimientos implementados para que todo lo que se hace en el laboratorio sea seguro, dentro del manual está toda la información de prácticas seguras incluyendo las barreras de seguridad.

5. Se cuenta con una lista de chequeo aplicada para el laboratorio donde está el paso a paso que se debe seguir tanto para la marcación de la muestra, como para la toma y demás procedimientos que intervienen.



6. Cada que se genera una orden el algunos de los sericios de la clinica, en el laboratorio en su sistema les aparece la señal para que el personal se desplace para la toma de muestra; como medida de seguridad las auxiliares de laboratorio comparan la orden con la manilla del usuario para evitar error en la toma de muestra por paciente equivocado.
7. Implementación de alarmas en la validación de resultados cuando hay un valor crítico o cuando se presenta un valor por fuera del valor de referencia, ya antes mencionado.

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

Marcación de elementos:



- En la institución se realiza la marcación a través del sistema con la identificación de la identificación, nombre y apellido; se imprime el código de barras y al hacer la verificación en el momento de tomar la muestra se realiza el etiquetado en presencia del paciente.
- El comité de historia clínica estableció el protocolo para el cumplimiento de siglas y abreviaturas al interior de la institución y esta especifica por servicio, se garantiza la capacitación al personal para que sea igualitario el

manejo; estas siglas y abreviaturas se utilizan para el manejo interno, no se presentan en los resultados que se entregan.

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



Bioseguridad:

Se tiene el manual de bioseguridad, específico para el servicio del laboratorio, al interior de cada computador en el disco duro se encuentra el manual para que todas las personas que intervienen el proceso al momento de presentarse una situación, todos los funcionarios puedan acceder a la información, los protocolos y procedimientos para que se cumpla con el manual.

Se realizan preguntas aleatorias al personal para verificar el conocimiento del que hacer en materia de bioseguridad y poder organizar capacitaciones según las necesidades del personal.

La clínica ha empleado para estos cursos virtuales, para que los empleados ingresen y se capaciten, se les da una clave de acceso y un tiempo estipulado para la realización del curso.

Muestras primarias:

Con la implementación del código de barras al pasar la muestra por el lector, el sistema muestra que exámenes se le deben de practicar a las muestras, este sistema al mostrar los exámenes también le dice al bacteriólogo al realizar la validación si queda faltando algún examen del paciente.



Las muestras como se había mencionado antes se guardan en la ceroteca según los tiempos estipulados para la conservación de la muestra primaria y por si es necesario la repetición de exámenes.

Capítulo 4

BUENAS PRÁCTICAS EN EL PROCESO DE URGENCIAS



Aprendiendo de la...
E.S.E Hospital Gabriel Jaramillo Piedrahita
Itagüí



www.hospitaldelsur.gov.co

El servicio de urgencias se presta en la sede de San Pío, cuenta con un grupo de profesionales calificados y con los recursos necesarios para ofrecer a los usuarios una atención de baja complejidad ante cualquier emergencia médica.

Cuenta con una sala de reanimación, una sala de nebulizaciones con 8 cubículos, una sala de observación con 5 cubículos, un consultorio de triage y 3 consultorios para la atención médica de urgencias.

Adicional a esto, el Hospital cuenta con una ambulancia de transporte básico, dotada con todos los requerimientos médicos necesarios para el traslado de pacientes a otras instituciones de salud.

La ruta que sigue el paciente en al momento de ingresar al servicio de urgencias es la siguiente.



Procedimientos del servicio de urgencias

El primer contacto que tiene el usuario con la institución en el servicio de urgencias, es la realización del triage, el cual es el mecanismo utilizado para la priorización de los usuarios.

Con la finalidad de evitar que los trámites administrativos, sesguen la atención del usuario, se tiene el objetivo de que el 100% de los pacientes que realizan una solicitud de atención en urgencias se les realice el triage, independiente de la hora y de su aseguramiento.

Procedimiento de recepción y realización de triage al usuario en el servicio de urgencias.

	PROCEDIMIENTO: RECEPCION Y REALIZACIÓN DE TRIAGE AL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Código: 1123-19-06-03
		Versión: 7
		Fecha de Actualización: Abril 2011
		Elaborado por: Responsable del servicio de urgencias

OBJETIVO: Hacer una clasificación oportuna y pertinente de los usuarios que soliciten atención en el servicio de urgencias

ALCANCE: Éste procedimiento inicia con la solicitud de la atención por parte del usuario en el servicio de urgencias para la realización del triage y finaliza con la clasificación y orientación al usuario de acuerdo con la prioridad de atención

RESPONSABLES: Subdirección Científica, Responsable del Servicio de urgencias

La clasificación de triage se divide en:

TRIAGE ROJO: Pacientes que requieren una atención inmediata. Se les realiza llamada postventa.

TRIAGE AMARILLO: Pacientes que son atendidos dentro de media hora, como también todas las maternas y los menores de un año, independiente de la patología que tengan.

TRIAGE VERDE: pacientes que requieren la atención en urgencias pero que pueden esperar hasta dos horas en recibir la atención.

VERDE PRIORITARIO: pacientes a los cuales se les asigna desde el servicio de urgencias una cita prioritaria, ya que su condición lo permite. La asignación se realiza de 7 am a 6 pm.

TRIAGE BLANCO: Pacientes que pueden esperar una consulta externa, ya que su condición no amerita la atención en el mismo día en urgencias y son direccionados con las indicaciones, la educación y los signos de alarma al call center para que soliciten la cita.

Para educar a la población en el mecanismo de priorización, se han utilizado diferentes estrategias, como la publicación de una cartelera en la sala de espera que contiene la explicación de los diferentes tipos de triage, el personal administrativo recibe capacitación constantemente en la priorización de triage con el fin de adquirir la información necesaria para orientar al usuario y como complemento se manejan volantes con dicha información.

En el boletín institucional se publica el mecanismo de priorización para la comunidad y desde la página web se realizan preguntas a la comunidad sobre conocimiento del triage.



Procedimiento de Registro del usuario en el servicio de urgencias

	PROCEDIMIENTO: REGISTRO DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Código: 1123-19-06-02
		Versión: 7
		Fecha de Actualización: Abril 2011
		Elaborado por: Responsable del servicio de urgencias

OBJETIVO: Registrar a los usuarios en el servicio de urgencias de manera oportuna y pertinente

ALCANCE: Éste procedimiento inicia con la solicitud de registro o facturación del servicio a prestar y termina con la creación del cargo para la cita según el nivel de triage asignado e información al usuario sobre el proceso de espera.

RESPONSABLES: Subdirección Científica, Auxiliar de Admisiones del servicio de urgencias, Responsable del Servicio de urgencias

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO	MATERIALES NECESARIOS
Realización de triage	- Equipo de cómputo con software asistencial y conexión a red interna e Internet.
BASE LEGAL	- Libro de Admisión
Ver caracterización del proceso: Atención en urgencias	- Base de datos de aseguramiento
	- Maletín de contingencia
	- Fichero electrónico

La condición para iniciar este procedimiento es que el usuario ya haya sido clasificado con el triage. Posteriormente el auxiliar administrativo, registra al usuario, le actualiza los datos y lo direcciona de manera oportuna y pertinente en el sistema de acuerdo a su clasificación.

La ventaja con la historia clínica electrónica creada en la institución es que todos los procedimientos van encadenados y en secuencia, de los cuales se realiza el seguimiento con sus respectivos indicadores.

Procedimiento de Planeación y ejecución del cuidado y tratamiento del usuario en el servicio de urgencias

	PROCEDIMIENTO: PLANEACION Y EJECUCION DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO DEL USUARIO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	Código: 1123-19-06-04
		Versión: 6
		Fecha de Actualización: Abril 2011
		Elaborado por: Responsable del servicio de urgencias

OBJETIVO: Planear y ejecutar el Cuidado y Tratamiento para cada usuario en forma segura, oportuna, pertinente y eficaz

ALCANCE: Este procedimiento inicia cuando el usuario entra en espera de la atención a la consulta de urgencias y finaliza cuando el plan es ejecutado decidiendo la conducta a seguir.

RESPONSABLES: Subdirección Científica, Responsable del Servicio de urgencias, Personal Asistencial

CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO	MATERIALES NECESARIOS
Usuario clasificado de acuerdo con el protocolo de triage.	- Equipo de cómputo con conexión a red local e Internet y Software asistencial
Usuario registrado y con cargo de atención	- Maletín de contingencia
Usuario priorizado por grave estado de salud	- Insumos y equipos necesarios para la prestación del servicio en urgencias
	- Formatos aplicables al procedimiento

El objetivo es planear y ejecutar el cuidado y tratamiento para cada usuario en forma segura, oportuna, pertinente y eficaz.

En esta planeación y ejecución del cuidado y tratamiento están presentes todos los funcionarios asistenciales, médico y personal de enfermería, los cuales tienen asignadas actividades específicas para cada uno, en donde todos deben conocer las actividades de todos.

Los usuarios a los cuales les aplica este procedimiento son los clasificados en triage rojo, triage amarillo, triage verde.

Procedimiento de salida y seguimiento del usuario del servicio de urgencias

	PROCEDIMIENTO: SALIDA Y SEGUIMIENTO DEL USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS	Código: 1123-19-06-05
		Versión: 7
		Fecha de actualización: Abril 2011
		Elaborado por: Responsable del servicio de urgencias
OBJETIVO: Realizar un egreso seguro, oportuno y pertinente asegurando además la continuidad luego de éste ALCANCE: Este procedimiento Inicia desde que se da de alta al usuario del servicio de urgencias para continuar manejo ambulatorio y finaliza con el seguimiento al usuario mediante la llamada posventa. RESPONSABLES: Subdirección Científica, Responsable del servicio de urgencias		
CONDICIONES PARA INICIAR EL PROCEDIMIENTO		MATERIALES NECESARIOS
- El médico define dar de alta al usuario - Usuario y/o familia solicitan alta voluntaria		- Equipo de cómputo con conexión a red local y con software asistencial - Formatos aplicables en el procedimiento. - Material educativo para el usuario (Cuidados al egreso)
BASE LEGAL		
Ver caracterización del proceso de Atención en Urgencias		

El objetivo de este procedimiento es realizar un egreso seguro, oportuno y pertinente, asegurando además la continuidad, ingresando al usuario a los programas de P y P, asignando cita de revisión post egreso y si es un menor de 5 años, la evaluación por consulta externa a los dos días.

Además, se entrega al usuario o acompañante un volante, el cual contiene los signos de alarma y cuidados en casa, que garanticen la educación adecuada al usuario en caso de requerir nuevamente la atención.

Los procedimientos que siguen dependen del estado del paciente, ya que puede ser dado de alta, hospitalizado ó remitido.

Procedimiento de remisión de usuarios del servicio de urgencias

	PROCEDIMIENTO: REMISIÓN DE USUARIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS	Código: 1123-19-06-06
		Versión: 7
		Fecha de Actualización: Abril 2011
		Elaborado por: Responsable del servicio de urgencias

OBJETIVO: Remitir al usuario en forma **segura, oportuna y pertinente**

ALCANCE: Este procedimiento inicia desde que se define la necesidad de remitir el usuario y finaliza con la ubicación en la institución de referencia y seguimiento posventa al usuario.

RESPONSABLES: Subdirección Científica, Responsable del servicio de urgencias

Si el paciente va a ser remitido, el proceso inicia en el momento en que el médico encargado del paciente decide realizar la remisión, la mayoría de problemas presentados en la remisión en cuanto a oportunidad se deben a la disponibilidad que tenga la aseguradora con la red de atención.

En la institución se ha trabajado por establecer una comunicación directa con el segundo y tercer nivel de atención para la remisión de pacientes y ha dado excelentes resultados.

Procedimiento de traslado del usuario del servicio de urgencias a hospitalización.

Si el paciente debe ser trasladado, se sigue el protocolo de traslado de pacientes y se evalúa la adherencia a dicho protocolo, en el cual se tiene en cuenta las condiciones en que es trasladado el paciente, el tiempo de traslado de urgencias hacia hospitalización, si se le dio la educación pertinente para ser trasladado al servicio y si en el momento de entrega del paciente se dio toda la información pertinente para garantizar la continuidad en el tratamiento.

 Logo of Hospital del Sur ITAGUI with a woman and child. Text: "Hospital del Sur ITAGUI", "Mas que imagines, somos vida".	PROCEDIMIENTO: TRASLADO DEL USUARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS A HOSPITALIZACIÓN	Código: 1123-19-06-07
		Versión: 5
		Fecha de actualización: Abril 2011
		Elaborado por: Responsable del servicio de urgencias
OBJETIVO: Trasladar y entregar a los usuarios del servicio de urgencias a hospitalización en forma oportuna, segura y pertinente ALCANCE: Este procedimiento inicia desde que el médico de urgencias emite la orden de hospitalización y finaliza con la entrega del usuario en la unidad de hospitalización. RESPONSABLES: Subdirección Científica, Responsable del servicio de urgencias, Personal Asistencial		

Algunos comités institucionales

- ✓ Comité de control interno
- ✓ Equipo MECI
- ✓ Comité de bienestar social
- ✓ Comité de personal
- ✓ Comité financiero, de compras y de archivo
- ✓ Comité de ética
- ✓ Comité de Glosas
- ✓ Comité de Salud Ocupacional y de emergencias
- ✓ Comité de Vigilancia epidemiológica e infecciones intrahospitalarias
- ✓ Comité de farmacia y terapéutica
- ✓ Comité de Historias clínicas
- ✓ Comité de seguridad y tecno vigilancia
- ✓ Comité código azul

Comité de historias clínicas

Como mecanismo para evaluar la calidad de las historias clínicas se evalúa constantemente el manejo de la información y su seguridad, por medio de las notas de auditoría se realiza seguimiento, intervención y se aplican las acciones correctivas pertinentes. También se realiza una reunión de adherencia a la historia clínica cada cuatro meses. Los jefes de área, de servicio y la subdirección científica son los responsables de seguimiento y ejecución de los planes de mejoramiento individual.

Comité del código azul

Este comité es el encargado de velar por las capacitaciones y actualizaciones en educación de los médicos de la institución, como por ejemplo en reanimación y actualización en trauma con las nuevas guías.

Adicionalmente desde el comité de código azul se realiza un seguimiento a la adherencia a los protocolos establecidos en el momento posterior al evento. El comité se reúne cada mes y está conformado por tres médicos de urgencias, jefe de enfermería de urgencias y hospitalización y un auxiliar de enfermería, también se invita a los estudiantes que estén en etapa productiva de los convenios docente-asistenciales y en ocasiones invitados externos. Se establece un plan de trabajo, con protocolos y formatos de seguimiento para su ejecución.

El hospital implementó algunas medidas en el servicio de urgencias para la prevención de eventos adversos y acciones inseguras, entre ellas está el control de carros de paros, con revisiones dos veces al día y con protocolos para su uso.

Los protocolos se adaptan según guías internacionales y se realiza una medición a la adherencia trimestral, adicionalmente se sensibiliza al personal administrativo acerca del código azul y rojo, incluyendo una capacitación en reanimación básica, de la cual se encarga de realizar entidades externas.

Cada cuatro meses se lleva a cabo simulacros, donde se verifica adherencia a guías de los funcionarios. Se tiene en cuenta el médico que prestó la atención y la patología del paciente. El énfasis se realiza en la educación del usuario, explicación de signos de alarma y cuidados que deben tener en el hogar, se analiza el uso y las contraindicaciones de los medicamentos, el uso de siglas y redacción coherente en la historia clínica. Según los resultados, se realiza un plan de mejoramiento individual.

La institución implementa los 10 correctos:

1. Medicamento correcto
2. Fecha de vencimiento del medicamento correcta
3. Paciente correcto
4. Dosis correcta
5. Administrar el medicamento a la hora correcta
6. Vía de administración correcta
7. Preparar usted mismo el medicamento, no administre un medicamento que usted no halla preparado
8. Administrar usted mismo el medicamento
9. Registrar usted mismo el medicamento y la hora de administración en la historia del paciente
10. Tener responsabilidad de la administración del medicamento

Para tener un control de las órdenes médicas se generan alertas desde el comité de seguridad, el cual se encarga de divulgar la información, para los cuales cada servicio cuenta con alertas adaptadas según la necesidad y el tipo de población.

Identificación y correctivos aplicados para el control y seguimiento de alertas en los servicios:

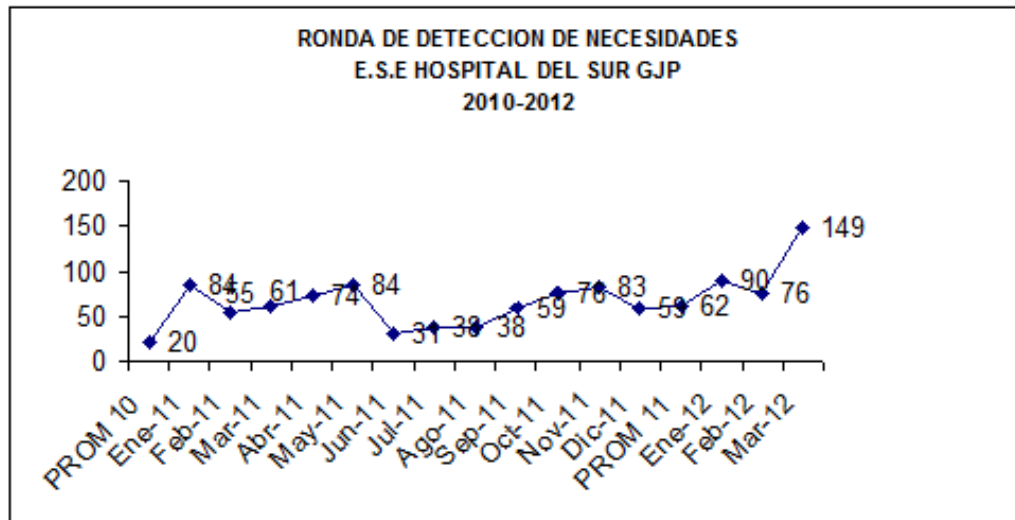
- Inadecuada identificación del paciente: brazalete, tablero en acrílico, aplicación de los diez correctos, facturación con nombres y apellidos, se generan siempre códigos de barra para las muestras de los pacientes.
- Paciente con traumatismo infravalorado en la urgencia: capacitación de los médicos de urgencias en reanimación básica y avanzada, énfasis en la valoración del mecanismo del trauma, curso de trauma, valoración del trauma en el momento de inicio del triage.
- Riesgo del uso de potasio intravenoso: adaptación de sticker en la caja del medicamento de color fucsia, con el nombre de “verifícame” y medidas como verificación en pertinencia del uso del potasio, si se suministró acorde a las alertas de seguridad y si se aplicaron las reglas de oro del potasio.
- Precauciones en el uso de contención física o de movilización de los pacientes: el usuario cuenta con acompañante permanente, se cuenta con una guía para la movilización de pacientes psiquiátricos y se ejecutan acciones preventivas con paciente que se les diagnostique riesgo de suicidio.
- Para garantizar la administración segura de medicamentos se verifica la identificación del usuario varias veces, se realizan rondas de ejecución, bioseguridad, planeación del cuidado y tratamiento de la patología.
- El sistema de información permite un acceso inmediato y en línea de cualquiera de las sedes, se cuenta con un chat, con el cual se pueden establecer contacto con el servicio farmacéutico para la solución de inquietudes, información del perfil fármaco terapéutico y línea de atención farmacéutica que funciona las 24 horas.
- Como mecanismo de protección de la identidad y privacidad del usuario no se suministra información vía telefónica, al igual se tienen en cuenta el tono de voz usado al suministrar información del estado o diagnóstico del paciente. Al entregar el turno, los funcionarios se reúnen en su conjunto, para proteger la información de cada usuario, al mismo tiempo se hace la planeación y ejecución del cuidado del paciente.

- Siempre los menores de edad y los pacientes de la tercera edad y siquiátricos están acompañados. Cuando el paciente no entra al servicio con el acompañante, el médico será el encargado de suministrar información a los familiares.
- El consentimiento informado se aplica a todos los servicios, la historia clínica electrónica permite la confidencialidad en el uso de la información, el usuario debe autorizar sobre el uso y divulgación del estado de salud. Se pregunta por el tipo de procedimiento a realizar, si se requiere o no administración de anestesia local, a quien se le suministra la información, cuando el usuario es menor de edad se debe autorizar a un testigo o familiar para recibir la información. Se le explica en qué consiste el procedimiento, cuales son los riesgos, cuales los beneficios y las posibles complicaciones que se puedan presentar, si el paciente tiene alguna condición y finalmente si acepta o no el procedimiento.
- En el servicio de urgencias, dentro de las 6 primeras horas de instancia se debe definir la situación del paciente (alta, remisión, hospitalización). Se reporta al CRUE (Centro Regulador de Urgencias y Emergencias). Si no se ha logrado la remisión del paciente y este se encuentra más estable después de la observación se busca su comodidad para no general molestias, prestando la atención de primer nivel y es trasladado a hospitalización, mientras se continua el proceso de la remisión.

Identificación de necesidades de educación

Este procedimiento se realiza desde el año 2010, consiste en pasar una ronda periódicamente llamada detección de necesidades educativas, en el servicio de hospitalización y urgencias se identifican necesidades informativas en cuanto a patología del paciente, tiempo de estancia, plan de emergencia y manejo de residuos. El encargado de realizar la ronda es el auxiliar de enfermería que se encuentre en turno, la aplica a los pacientes que se encuentran en observación, pues son los usuarios que más permanecen en el servicio.

Se tiene establecido un control y seguimiento a los funcionarios que debieron realizar la ronda, estos presentan un informe periódico de la actividad, así mismo se realiza un reconocimiento a los auxiliares que más rondas educativas realicen.



Se tiene registro de la información suministrada al paciente por medio de la historia clínica:

Detección de Necesidades Educativas en Urgencias

Fecha Hora IPS

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Nombre Edad Sexo

Telefono Direccion Estado Civil

Ocupacion E.A.P.B.

Convenio

PERSONAL QUE ASISTE A LA RONDA DE IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCAT

☐ Médico ☐ Enfermería ☐ Psicología ☐ Nutricionista ☐ Trabajador Social

DIAGNOSTICO DE INGRESO

Diagnóstico de Ingreso (Urgencias)

PERSONAL QUE ASISTE A LA RONDA DE IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCAT

☐ Médico ☐ Enfermería ☐ Psicología ☐ Nutricionista ☐ Trabajador Social

DIAGNOSTICO DE INGRESO

Diagnóstico de Ingreso (Urgencias)

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES DE EDUCACION DEL USUARIO

Pregunta General:

EL USUARIO Y/O SU FAMILIA CONOCEN Y ENTIENDEN:

Necesidades de Educación Medicas

Su Diagnóstico Las Complicaciones y el Pronóstico Cuánto tiempo permanecerá en Observación

Necesidades de Educacion de Enfermería

Los Procedimientos a realizar por Enfermería Los Cuidados en Observación y Hogar Pertenece a PyP

Necesidades de Educacion de Nutricion

El tipo de Alimentación a recibir

Necesidades de Educacion de farmacologicas

Medicamentos que recibe Vía de Administración Posibles Reacciones Adversas al Medicamento

Necesidades de Educacion Administrativas

Derechos y deberes. A quién dirigirse en caso de inconveniente Mecanismo para guardar Pertenencias

Cómo llamar a Enfermería Manejo de las Basuras Qué hacer en una Emergencia

FORMATO

REGISTRO DE LLAMADA POS VENTA

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Historia Nombre Edad Sexo
Estado Civil Telefono Fecha Hora

Tipo de Llamada

Efectividad de la Llamada Otras causas de fracaso de llamada

Observaciones Importantes

Area de atención del usuario

Servicio de Egreso (Llamada pos venta)

URGENCIAS (TRIAGE 1 Y 2)

Escucha Activa

☐ Se Detectan Felicitaciones ☐ Se Detectan Reclamaciones ☐ Se Detectan Sugerencias

Si Detecta R-S-F Diligenciar Escucha Activa

PLAN EDUCATIVO DEL USUARIO

Plan Educativo Medico

☐ Conocimiento de la Enfermedad ☐ Duración de la Observación ☐ Pronóstico y Complicaciones

Plan Educativo de Enfermeria

☐ Cuidados durante la Observación ☐ Procedimientos y exámenes a realizar ☐ Ingreso a PyP

Plan Educativo de Nutricion

☐ Dieta a suministrar ☐ Prohibiciones y Recomendaciones Nutricionales

Plan educativo Farmacologico

☐ Tratamiento a suministrar ☐ Beneficios y Reacciones Adversas medicamentosas

Plan Educativo Administrativo

☐ Derechos y Deberes ☐ Manejo de Residuos ☐ Normas de Visita

☐ Normas del Procedimiento al Ingreso ☐ Reclamaciones, Sugerencias y Felicitaciones

EDUCACION

Otra Educación a Brindar al Usuario

Observaciones

Cliente externo



- El tiempo de espera desde que el paciente ingresa al servicio de urgencias hasta que se le realiza el triage, es de 15 minutos según el estándar y a pesar de que es un estándar muy exigente, el hospital del sur ha logrado alcanzar esta meta.
- El número de reclamaciones, sugerencias y reconocimientos que se presentan en el servicio se evalúan por medio del Índice combinado de satisfacción, el cual es muy variable porque depende de la cantidad de expresiones de los usuarios, pero lo importante es establecer el seguimiento del índice para las intervenciones y la toma de decisiones, ya que es un reflejo de lo que está sucediendo en el servicio y requiere de intervención.
- La oficina amigo del usuario realiza una encuesta de satisfacción, que está dirigida acorde a las actividades que se realizan en cada servicio. A cada una de las opiniones y sugerencias de los usuarios se le realiza el respectivo trámite y seguimiento. Es así como también se publican el número de felicitaciones y los nombres de funcionarios que recibieron el reconocimiento.

Encuesta de satisfacción urgencias primer trimestre 2012

En caso que tenga acompañante le dieron explicaciones sobre el estado de salud del paciente?	100.0	99.0	98.0	99.0		100.0
Si le recetaron medicamentos, ¿le explicaron para qué son?	100.0	100.0	99	100	99.8	100.0
¿Siente que le puede preguntar al personal acerca de su enfermedad y su tratamiento?	100.0	98.0	96	98	98.0	100.0
¿Considera usted que le prestaron todos los servicios que requería	100.0	96.0	93	99	97.0	100.0
¿Le parece que las instalaciones de urgencias se encontraban limpias	100.0	100.0	99	99	99.5	100.0
Comodas	100.0	100.0	98	100	99.5	100.0
En caso que requiera presentar un reclamo, una sugerencia o una felicitación ¿ sabe como hacerlo o a a quien dirigirse?	100.0	96.0	98	93	96.8	100.0
En general, ¿Está usted satisfecho con la atención prestada?	100	78	85	86	87.25	100
Fidelización	100.0	80.0	90.0	90.0	90.0	100.0
PROMEDIO	99.8	93.9	90.1	92.8	94.2	94.6
Si pudiera cambiar de Institución Prestadora de Servicios de Salud ¿lo haría? ¿ por que?	0.0	20.0	10.0	10.0	10.0	0.0

Encuesta de satisfacción urgencias primer trimestre 2012

	2011					2012
	1º Trim	2º Trim	3º Trim	4º Trim	Promedio	1º Trim
El personal de Triage le explicó en que consistía la clasificación asignada par ser atendido en el servicio?	99.0	96.0	86	82	90.8	100.0
¿Esta usted satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido en Triage?	99.0	75.0	68	76	79.5	84.0
Esta usted satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido en urgencias?	99.0	71.0	69	72	77.8	84.0
¿Está usted satisfecho con el trato recibido del siguiente personal del hospital						
Portero	100.0	100.0	96	99	98.8	100.0
Personal de caja	100.0	100.0	93	94	96.8	100.0
Personal de Enfermería	100.0	99.0	97	93	97.3	100.0
Personal Médico	100.0	98.0	86	88	93.0	100.0
Alguien le hablo acerca de los derechos y deberes que usted tiene como usuario.	100.0	90.0	74	87	87.8	66.0
Mencione al menos un derecho y un deber	100.0	90.0	73	87	87.5	66.0
Diga que entiende por "Disfutar de una comunicación clara con el personal que intervenga en su atención"	100.0	98.0	95	96	97.3	100.0
¿El medico lo llamó personalmente y por su nombre cuando llegó el momento de su atención?	99.0	100.0	99	100	99.5	100.0
¿El médico que lo atendió se presentó	100.0	97.0	84	99	95.0	75.0
¿Considera que lo atendieron en condiciones de privacidad ?	100.0	100.0	98	98	99.0	100.0
¿Le dieron explicaciones sobre su estado de salud?	100.0	99.0	98	100	99.3	100.0



Todo usuario debe ejercer sin restricciones de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social los siguientes derechos:

- 1 Conocer junto con su familia los derechos y deberes que tiene en la institución.
- 2 Ser atendido en forma oportuna y puntual con calidad, amabilidad e integralidad.
- 3 Recibir un trato digno.
- 4 Recibir atención en sitios tranquilos, limpios e higiénicos y en condiciones de privacidad.
- 5 Disfrutar de una comunicación clara con el personal que le brinde su atención.
- 6 Decidir libremente la realización o no de los procedimientos.
- 7 Tener la compañía de su familia o acudiente.
- 8 Elegir libremente el profesional de salud.
- 9 Recibir o rehusar apoyo espiritual o moral.
- 10 Ser remitido oportuna y adecuadamente a otra institución de salud.
- 11 Participar en la planeación, gestión, evaluación y control de los servicios de salud.
- 12 Ser escuchado oportunamente.
- 13 Confidencialidad de toda su información.
- 14 A la elaboración y conservación de una historia clínica íntegra, veraz y oportuna.
- 15 Morir con dignidad.
- 16 Recibir un trato amable y cortés.
- 17 A que se le brinde seguridad sobre sus pertenencias.
- 18 Recibir información acerca de los trámites administrativos y tarifas.
- 19 Recibir una segunda opinión por otro profesional.

Deberes de los usuarios

Así mismo la ESE Hospital del Sur da a conocer a los usuarios y sus familias los siguientes deberes que contribuirán a la prestación de los servicios con calidad:

- 1 Practicar el autocuidado, velando por su propia salud y la sus familiares.
- 2 Presentar la documentación necesaria para su atención, así como realizar los pagos respectivos.
- 3 Informar oportunamente los cambios de su información.
- 4 Llegar puntualmente a los servicios en los cuales esté citado o cancelar la cita mínimo con 6 horas de anticipación.
- 5 Suministrar información clara y completa a los profesionales de salud.
- 6 Seguir las recomendaciones, instrucciones y tratamientos dados por el equipo de salud.
- 7 Tratar con dignidad y respeto a todo el personal de la institución y a los demás usuarios.
- 8 Cuidar los recursos físicos de la institución, velando por el uso adecuado de los mismos.
- 9 Participar de las actividades educativas que realiza la institución.
- 10 Presentar oportunamente sus reclamaciones, sugerencias y felicitaciones sobre nuestros servicios, usando las vías y medios establecidos para tal efecto (buzones, página web, oficina amiga del usuario, etc...).



• PBX: 444 57 55 • Fax: 372 80 73
 • www.hospitaldelsur.gov.co
 • E-mail: cad@hospitaldelsur.gov.co

Estrategia de fidelización

El hospital del Sur estableció la llamada posventa como estrategia de fidelización de los usuarios, esta llamada se realiza a las maternas y los pacientes clasificados en triage rojo y amarillo, que el médico identifique con la necesidad del seguimiento en la epicrisis. En la llamada se consultan los síntomas y si se presenta algún síntoma sospechoso de infección se realiza una intervención y seguimiento a la patología.

Esta información es consignada en la historia clínica del usuario:

BUSQUEDA ACTIVA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

Presenta algun sintoma sospechoso de Infección

Sospecha de Infección Intrahospitalaria (PVenta)

Cual Sintoma Presenta

Si hay sospecha, asigne cita PRIORITARIA

DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS

Alguien le hablo acerca de los Derechos y Deberes

☒ Si ☐ No

Que Derecho recuerda

RECUERDE CITA REVISION POS EGRESO

Cliente interno

- Con el cliente interno se establecieron algunas medidas para el mejoramiento de la calidad del servicio entre las que se encuentran: evaluación de competencias, re inducciones, semana de salud ocupacional, rondas de liderazgo con la junta directiva y jornadas de planeación, desarrollo y acción.
- Se programan auditorías internas de seguimiento a todos los servicios y después de los hallazgos se indaga en cantidad de oportunidades de mejora con la cual contaron y cumplieron.
- Se fortalece la prestación humanizada de los servicios con un promedio en el estándar de humanización por encima del 80%. La seguridad en los servicios también se ha trabajado, manteniendo por debajo del 1% los eventos adversos y se tiene establecido la corrección e impacto de los planes a eventos adversos por encima del 70%.
- Para contribuir a la implementación de las atenciones seguras, se implementó un cronograma con estrategias para el despliegue de acciones relacionadas con la seguridad del paciente, por meses, responsables y actividades específicas, al igual que la difusión de mensajes de seguridad del paciente por medio del chat interno. Estos mensajes tratan temas relacionados con protocolos y procedimientos específicos en lavado de manos, administración segura de medicamentos, como prevenir el extravío de usuarios y prevención del suicidio en pacientes hospitalizados.
- Se establecieron los llamados patrullajes de seguridad del paciente donde se evalúa la adherencia a procedimientos, adherencia a la historia clínica y adherencia a normas de bioseguridad. Se hace reconocimiento especial al personal que realiza demanda inducida y sugerencias para el al servicio, al igual en fechas de cumpleaños publicando esta información y dando un obsequio.

Aprendiendo de la... Clínica SOMER



www.clinicasomer.com

Introducción



La Clínica Somer fue creada en el año 1985, ofrece servicios de salud de complejidad superior con alta calidad para la zona de Rionegro y el Oriente Antioqueño y desde entonces se ha mantenido como pionera y líder innovadora en la Región.

Ubicada en una zona de alto desarrollo comercial, empresarial y de servicios, la Clínica Somer se encuentra preparada para atender las necesidades de sus clientes, apoyada en su alto nivel tecnológico, la vocación de servicio de cada uno de los socios, médicos, enfermeras y profesionales que la conforman, en conjunto con un compromiso con la calidad y bienestar de sus usuarios.

La experiencia adquirida a lo largo de los años y el compromiso con la calidad han llevado a que la Institución se mantenga en constante evolución, mejorando cada uno de sus procesos para garantizar a sus pacientes la calidez que desde siempre la ha caracterizado. Por eso, en los últimos años adelantó un proceso de renovación tecnológica en diferentes unidades como Laboratorio Clínico, Cirugía, Endoscopia Digestiva, Imaginología y UCI Neonatal.



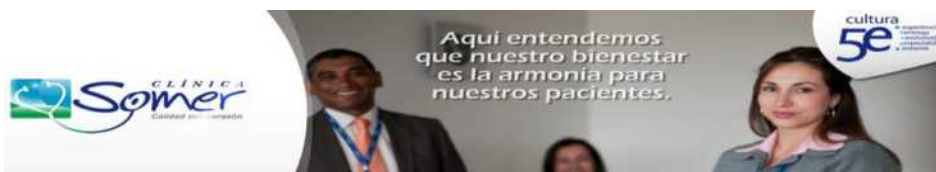
El servicio de Urgencias de la Clínica Somer cuenta con un personal capacitado, con formación y carisma, además con los implementos necesarios para atender urgencias de mediano y alto nivel de complejidad, siempre en la mira de un objetivo, proteger la salud y la vida.

El servicio cuenta con apoyo permanente en las siguientes áreas:

- Anestesiología.
- Ginecología y Obstetricia.
- Pediatría de llamado.
- Cirugía infantil de llamado.
- Laboratorio clínico.
- Tomografía simple.
- Cirugía general.

Además se implementa el sistema de triage que permite la clasificación de cada una de las urgencias según el nivel de complejidad, por lo tanto se efectúa con el objetivo de atender al paciente de acuerdo a la prioridad del problema que puede o no afectar la vida de la persona.

Así con 48 camillas, cubículos de reanimación, amplias salas de espera, entre otros aspectos, esta área busca ofrecerle una atención oportuna, cálida, y satisfactoria.



En el día el servicio de urgencias cuenta con 5 médicos asistenciales, éstos son los responsables del proceso de atención de las 48 camillas, de éstos 5 médicos hay

uno específico que se encuentra en el servicio de triage, el cual se encarga de la clasificación y priorización de todo el proceso de atención.

En la noche el servicio es reforzado en la parte médica por dos médicos que se encuentran de 10am a 10 pm y las enfermeras refuerzan con una enfermera de 9am a 9 pm.

En el servicio el personal médico es dirigido por el director médico y está conformado en total por 15 médicos y el personal de enfermería es dirigido por dos enfermeras jefes, para un total de 9 enfermeras y 25 auxiliares de enfermería en el servicio.

En la parte administrativa hay un médico como coordinador del servicio de urgencias, y se asigna una enfermera u enfermero como apoyo con algunas funciones y actividades administrativas.

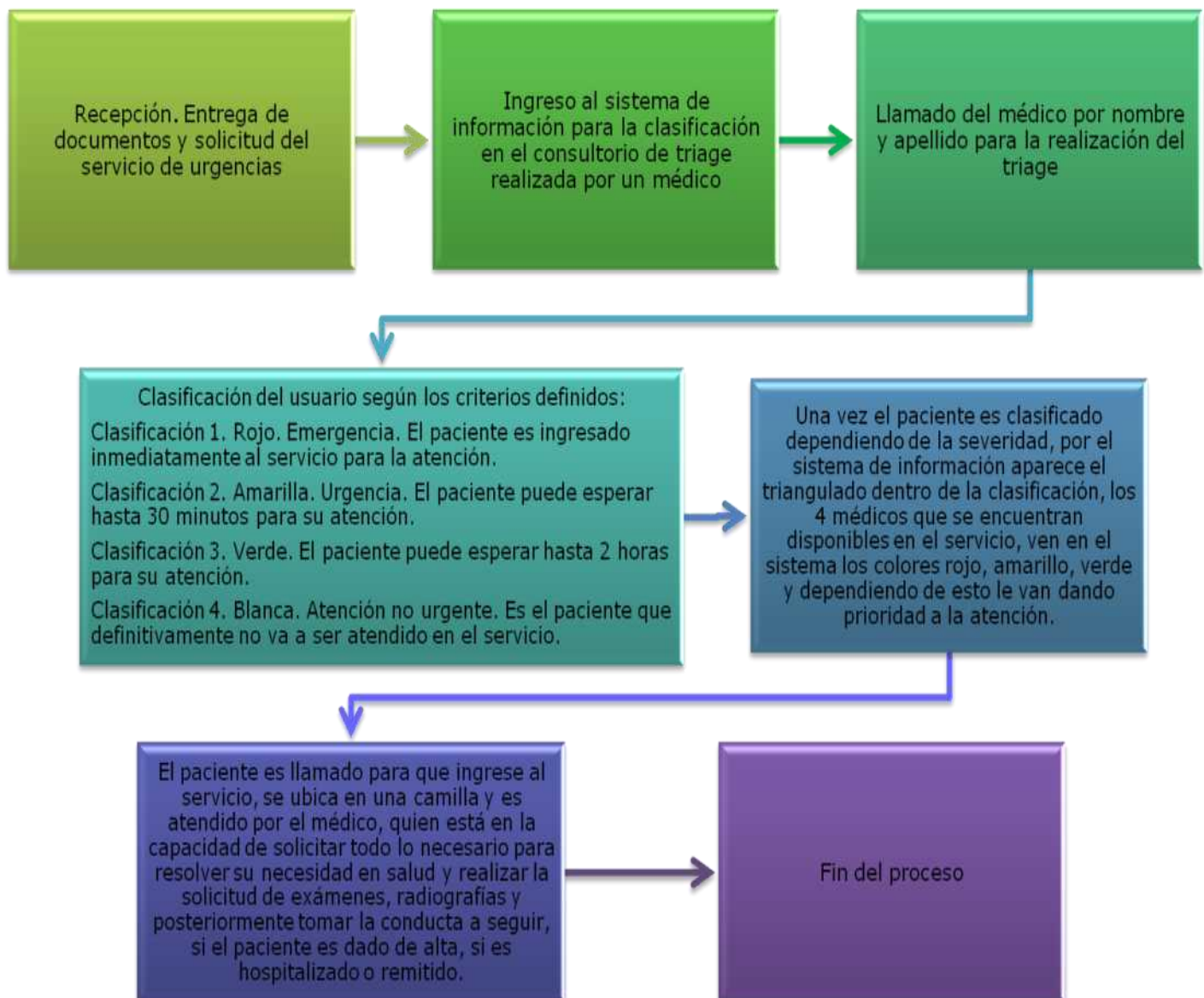
Se cuenta con médicos especialistas en todas las áreas, en todas las especialidades que ofrece la clínica como por ejemplo medicina interna, ortopedia, ginecología, cirugía general, pediatría, urología, entre otras.

En el servicio de urgencia se cuenta con secretarias en el área administrativa, las cuales son las responsables de la parte de facturación del servicio de urgencias, admisiones.



También hace parte del servicio de urgencias el personal de aseo, personal patinador – camillero y la auxiliar de sala.

La ruta que sigue el paciente en al momento de ingresar al servicio de urgencias es la siguiente:





Mecanismo de priorización

Con el objetivo de brindarle una atención oportuna y segura al usuario, se ha establecido la clasificación o triage, proceso ejecutado por un médico general debidamente entrenado, quien realiza una evaluación de su estado de salud y de acuerdo a la gravedad de la enfermedad, da prioridad a su atención, no necesariamente por orden de llegada.

Se tiene establecido cuatro criterios de clasificación los cuales son:

- Clasificación 1. Rojo. Emergencia. El paciente es ingresado inmediatamente al servicio luego de la clasificación para la atención.
- Clasificación 2. Amarilla. Urgencia. El paciente puede esperar hasta 30 minutos para su atención. Es devuelto a la sala de espera.
- Clasificación 3. Verde. El paciente puede esperar hasta 2 horas para su atención. Enfermedades menores pero que requieren una atención por urgencias.
- Clasificación 4. Blanca. Atención no urgente. Es el paciente que definitivamente no va a ser atendido en el servicio y se le recomienda dirigirse hacia la EPS respectiva.

Dentro de los mecanismos de educación a los usuarios frente a este sistema de priorización, se tienen afiches en la sala de espera del servicio, el cual explica cada una de las clasificaciones y las diferentes enfermedades, en el consultorio del triage, el médico encargado de la clasificación le explica al usuario cuál es su clasificación, en qué consiste y cuánto tiempo debe esperar para recibir la atención de acuerdo a su gravedad.



Otro mecanismo de educación en el servicio de urgencias es el orientador de servicio, el cual se encuentra en la sala de espera y es el puente entre el personal médico y los usuarios que se encuentran esperando en la sala de espera para ser atendidos, este orientador del servicio es la persona encargada de resolver las necesidades de información que se le presentan al usuario durante su espera.

Seguridad del Paciente Vs Historia Clínica

En el desarrollo de la historia clínica se ha trabajado para incorporar todos los elementos posibles que garanticen la seguridad del paciente, en la parte de enfermería se cuenta con la escala de evaluación de caídas, inicialmente con la escala de braden, ahora con la escala de morse, todo esto dentro de la historia clínica, adicionalmente se debe consignar en ella la identificación del paciente, es decir, si está identificado con la manilla respectiva.

En cuanto a la identificación de infecciones intrahospitalarias, se tienen respuestas y preguntas específicas de lo que es la profilaxis antibiótica, ya que fue una acción de mejora encontrada en los análisis realizados.

En las plantillas de ingreso de urgencias y hospitalización se agrego el campo reingreso y su causa ó si es una remisión, para lograr hacerle seguimiento a los reingresos, si éste fue por la misma patología ó si fue por una diferente.

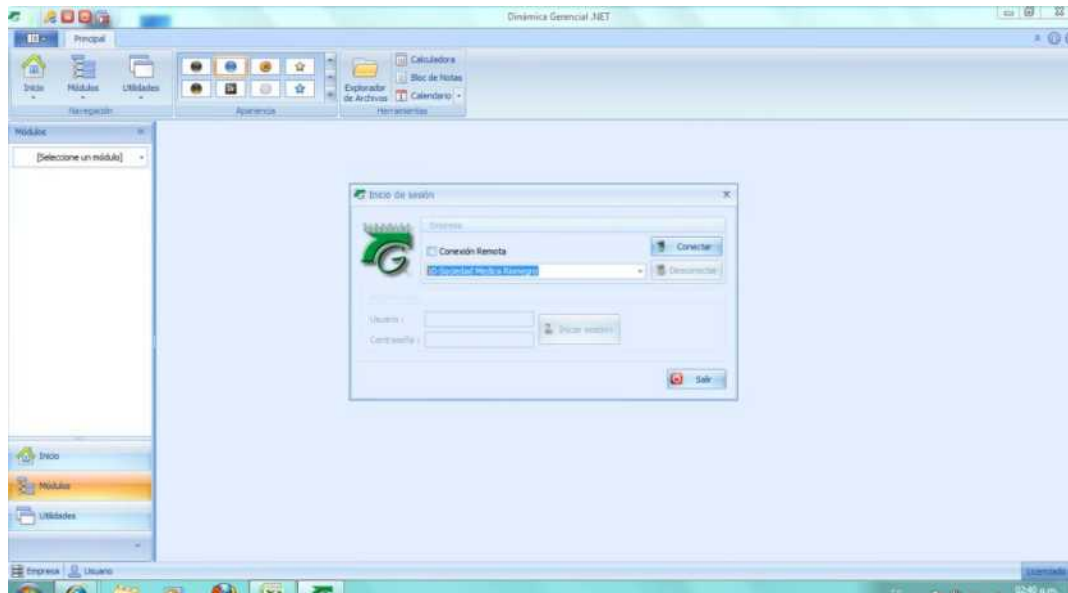
Dentro del plan de cuidados de enfermería se encuentra la identificación de riesgos del paciente, colocándole la manilla correspondiente al riesgo del usuario y dejándolo consignado en la historia clínica.

En el módulo de enfermería se han incorporado varios elementos de seguridad del paciente, por ejemplo, preguntas respecto a las barandas, preguntas con respecto al rótulo de los sueros, preguntas de la identificación del usuario, cual manilla posee el paciente teniendo en cuenta los cuatro criterios.

En el sistema de información también se cuenta con un módulo de registro de eventos adversos y acciones inseguras, este sistema las clasifica y las direcciona a las personas responsables, lo que ha ayudado enormemente en el mejoramiento y prevención de éstas acciones inseguras y eventos adversos. Estas acciones inseguras pueden ser identificadas de cada historia clínica.

Buscando el mejoramiento de la historia clínica, la identificación de acciones inseguras, la cultura de reporte y del correcto diligenciamiento de todos los campos solicitados en ésta, se han venido incorporando más campos obligatorios, con la finalidad de minimizar riesgos y contar con toda la información necesaria del paciente.

storia clínica electrónica



(Nuevo) Historia Clínica - Dinámica General JNET

Principal Formulario

Agregar Historial Grabar Deshacer Consultar Generar Imprimir Cerrar Portafolios Herramientas

Módulos

Historias Clínicas

Historia Clínica

Agenda de Citas:

Paciente: 600 ANA MARIA PEREZ DE SISTEMAS Edad Paciente: 51 Años 1 Meses 13 Días Sexo: F Ingreso: 1590932 Cama:

Tipo Historia: URGENC HISTORIA CLINICA INGRESO DE URGENCIAS Y HOSPITALARIO Causa Externa: Enfermedad General Finalidad Consulta: No Aplica

Área Servicio: 301 ÁREA SOLICITANTE URGENCIAS Tipo Folio: Nuevo En Blanco N° Folio:

MOTIVO DE LA CONSULTA **EXAMEN FISICO**

TIPO DE INGRESO ☒ Urgencias ☐ Hospitalario REMITIDO ☐ SI ☒ NO REINGRESO ☐ SI ☒ NO CUBICULO EN URGENCIAS ☒

MOTIVO DE LA CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL (Necesidades y Expectativas del Usuario)

Motivo consulta (Se anexará a la epígrafe)

Enfermedad Actual (Se anexará a la epígrafe)

REVISIÓN POR SISTEMAS

☒ CABEZA Y CUELLO ☒ NASAL ☒ RESPIRATORIO ☒ DENTOURINARIO ☒ PSIQUIATRICO

☒ NEUROLOGICO ☒ BOCA ☒ CARDIOVASCULAR ☒ GANGLIONAR ☒ MUSCULOESQUELETICO

☒ OJOS ☒ OIDOS ☒ DIGESTIVO ☒ HEMATOLOGICO ☒ PEL Y FAMILIAS

OBSERVACIONES (Se anexará a la epígrafe)

ESTADO AL INGRESO

☒ CONSCIENTE ☐ INCONSCIENTE ☐ ALICORADO OBSERVACIONES (Se anexará a la epígrafe)

☒ ENCUATADO ☐ MUERTO

Observaciones Generales:

GUTIERREZ MUÑOZ PAULO ANDRES

Grabar Cerrar

DGEmpres 10 71731912-Paulo Andrés Gutierrez Muñoz LICENCIADO A: SOCIEDAD MEDICO DE RIOMANSO - SOMER S.A. JNET (800026936-6) Versión: 20.12 Upgrade: 04 Partidos: 18-8

(Nuevo) Historia Clínica - Dinámica Gerencial .NET

Principal Formulario

Agregar Modificar Grabar Deshacer Consultar Eliminar Imprimir Cerrar Portafolios Herramientas

Edición

Módulos

Historias Clínicas

Archivos

Procesos

Triaje

Historia Clínica

Resultados a Procedim...

Registro de Enfermería

Informes

Reportes Generados

Consulta Historia Clínica

Consulta de Enfermería

Impresión de Solicitudes

Utilidades

Inicio

Módulos

Utilidades

Tablero de Control

(Nuevo) Historia Clínica

Agenda de Citas:

Información General

Paciente: 600 ANA MARIA PEREZ DE SISTEMAS

Edad Paciente: 31 Años \ 4 Meses \ 13 Días Sexo: F Ingreso: 1590832 Cama:

Tipo Historia: ENFERM ESCALAS BRADEN Y MORSE

Causa Externa: Otra Finalidad Consulta: No Aplica

Área Servicio: 320 ÁREA SOLICITANTE HOSPITALIZACIÓN 2P

Tipo Folio: Nuevo En Blanco N° Folio:

Abre Folio

ESCALA DE BRADEN ESCALA CAÍDA DE MORSE

☒ ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESIÓN.

PERCEPCIÓN SENSORIAL: Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.

1. Completamente limitada: Completamente limitada: Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.

2. Muy limitada: Muy limitada: Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.

3. Ligeramente limitada: Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.

4. Sin limitaciones: Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.

EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad.

1. Constantemente húmeda: Constantemente húmeda: La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueva gira al paciente.

2. A menudo húmeda: A menudo húmeda: La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.

3. Ocasionalmente húmeda: Ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.

4. Raramente húmeda: Raramente húmeda: La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.

ACTIVIDAD:

Observaciones Generales:

SAMBONI ARCILA CARLOS ANDRES

Grabar Cerrar

La evaluación de las historias clínica se realiza semestralmente, es realizada por el auditor médico, apoyado en el personal asistencial, se tienen en cuenta todas las áreas para sacar una muestra representativa y se toman por perfil epidemiológico y patologías principales y se realizan de acuerdo a las guías y se involucra por pares a otros profesionales de las áreas.

Código azul

Se cuenta con una guía para este código, la cual se encuentra en el TSG, base de datos de la Clínica SOMER, para la socialización de esta guía se realizaron las siguientes actividades:

Disponible en TSG

Entrega en medio magnético a todos los médicos, antiguos y nuevos.

Capacitación

Simulacros

Capacitación en código azul



Guías basadas en la evidencia

La Clínica Somer para el desarrollo de las Guías clínicas basada en evidencia científica ha implementado las siguientes estrategias:

- Se Identifico un grupo de especialista en cada uno de los procesos asistenciales, responsables de la construcción de estas guías.
- Se Realizó una capacitación y orientación sobre la metodología de la elaboración
- Se definió la estructura como se debía construir la guía y su contenido.
- Se estableció el servicio de UCIN y UCEN como servicio prioritario para la elaboración de las guías con evidencia científica
- Se contrato médica Neonatología con experiencia en elaboración de guías y jefe del servicio.
- En la estructura de la guía se tiene contemplado el manejo medico, Plan de cuidados de enfermería, terapéutico, nutricional, respiratorio.
- Se identifico el perfil epidemiológico y se definieron las guías para construcción, para un total de 37 guías, teniendo presente los de obligatorio cumplimiento por habilitación.

- Se estableció un cronograma de elaboración, validación, capacitación e implementación.
- Una vez elaboradas, se entregaron las guías tanto al personal médico como de enfermería en un CD e impresas, para su conocimiento
- Se realizaron reuniones de validación de las guías con personal médico, de enfermería, nutrición y terapia respiratoria.
- Las guías se encuentran ubicadas en TSG, en un software de tecnología y sistemas de gestión y en físico en el servicio.
- Todo el personal que ingresa recibe inducción capacitación al respecto.

En la actualidad la Clínica Somer cuenta con 368 guías médicas, de las cuales 55 de ellas o sea el 31% están elaboradas con evidencia científica, para el año 2012 se tiene como mejoramiento continuar con la elaboración de guías con evidencia científica.



GUÍAS MÉDICAS	
TOTAL GUÍAS	368
CON EVIDENCIA	55
SIN EVIDENCIA	313

GUÍAS MÉDICAS...



El servicio de urgencias cuenta con algunas guías autóctonas, como por ejemplo la guía de neumonía y se adoptaron las guías creadas por el Ministerio de la Protección Social para el servicio de urgencias.

Incidente y evento adverso

La seguridad es un principio fundamental del cuidado de los pacientes y un componente clave de la calidad asistencial. Debe ser una prioridad para todo sistema y debe situarse en el centro de todas las políticas de las instituciones de salud.

En la Clínica SOMER se trabaja día a día por la seguridad del paciente, y se han creado diferentes estrategias para reducir los riesgos en la atención, dentro de las cuales se encuentra el procedimiento de la identificación del riesgo, que tiene como objetivos:

- Identificar el usuario para prevenir errores de confusión en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

PROCEDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON BRAZALETE E IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

La seguridad es un principio fundamental del cuidado de los pacientes y un componente clave de la calidad asistencial. Cuidar no solo personal para todo paciente, y debe estar en el centro de todas las políticas de las instituciones de salud, lo que se manifiesta en la constante búsqueda de la mejora continua, desde el momento de la prestación de servicios y la atención, con la garantía de la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

OBJETIVOS:

Identificar al usuario para prevenir errores de confusión en los servicios de la CLÍNICA A SOMER en el momento de la identificación con BRAZALETE. No se debe registrar los datos de identificación y se debe de tener en cuenta los datos de riesgo.

ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: Es una respuesta inmune a un medicamento producido por organismos microbianos, animales o vegetales. Estos son la identificación de los datos de los pacientes y la identificación de los datos de los pacientes y la identificación de los datos de los pacientes.

OBJETIVOS:

- Identificar al usuario para prevenir errores de confusión en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

- Usar el brazalete para identificar factores de riesgo del usuario y minimizar la ocurrencia de eventos adversos.
- Identificar usuarios con riesgo de caída para realizar acciones preventivas durante la estancia hospitalaria.
- Identificar usuarios con alergias medicamentosas y/o anticoagulados para realizar acciones preventivas durante la hospitalización

Las actividades a seguir definidas en este procedimiento son:

1. Se identificara a todo usuario que este en observación o tenga orden de hospitalización.
2. Para la identificación del usuario se tendrá en cuenta si este tiene riesgo de caída, alergias medicamentosas, se encuentra anticoagulado, es paciente quirúrgico y se hará la identificación así:

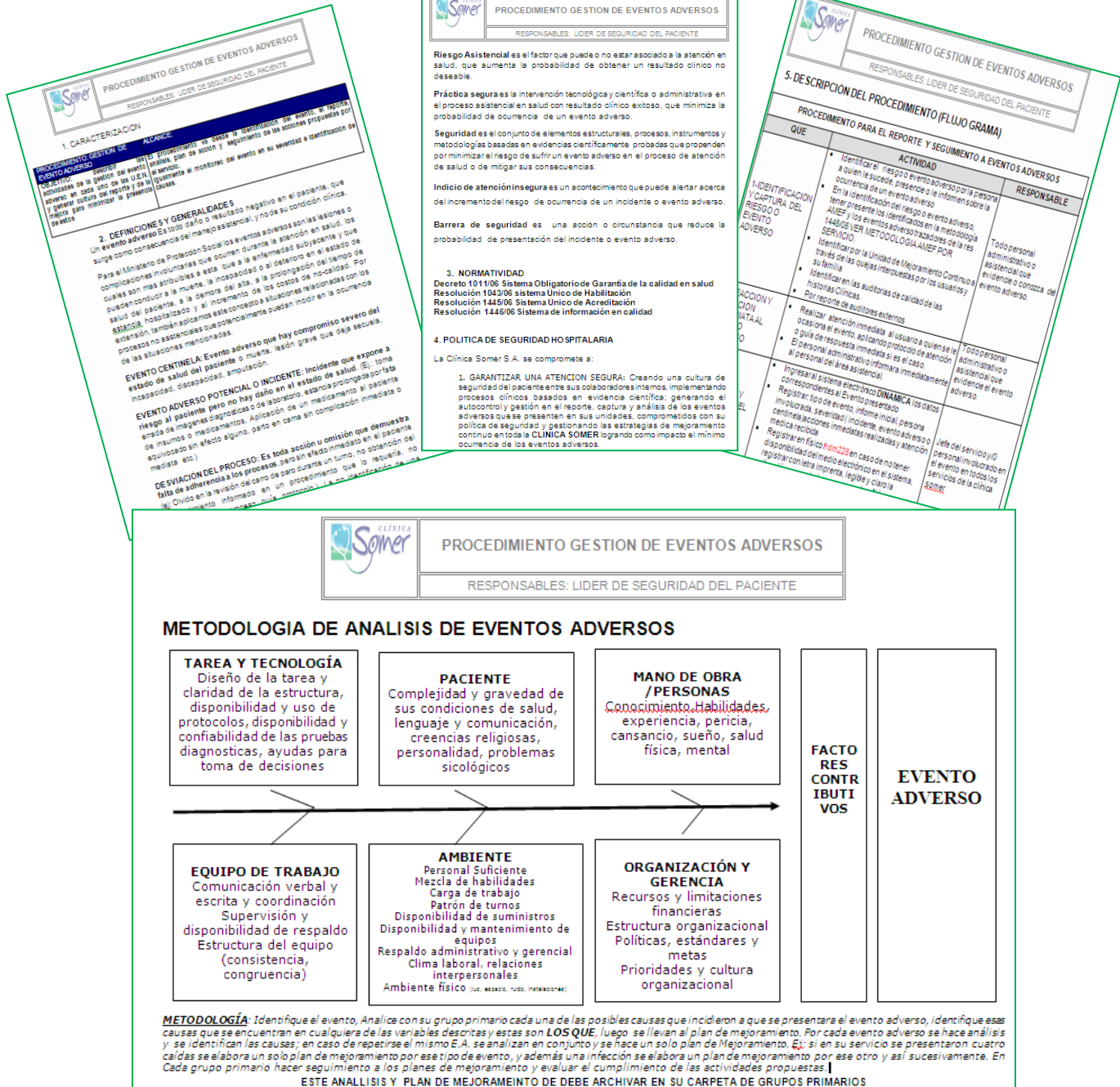
Color según riesgo	Tipo de riesgo
BLANCA	Sin riesgo
ROJA	Alergia a medicamentos o paciente anticoagulado
AMARILLA	Paciente con riesgo de caída (tabla riesgo de caída)
VERDE	Paciente quirúrgico para identificar lateralidad del procedimiento.

3. Para la identificación del riesgo de caída se debe diligenciar la tabla de valoración (ver procedimiento para la identificación de riesgo de caída).
4. Niños menores de 3 años deben llevar brazalete amarillo.
5. En niños se puede utilizar cualquier miembro para la colocación del brazalete.
6. En adultos utilizar solo miembros superiores.
7. Diligenciar el brazalete con letra legible, lapicero negro.
8. Todos los datos solicitados por el brazalete deben ser diligenciados.
9. El brazalete debe llevar NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS.
10. En usuarios que tengan varios factores de riesgo colocar las manillas según el caso Ej.: paciente alérgico y con riesgo de caída lleva manilla roja y amarilla.
11. Si en el momento de la atención un usuario hace una reacción medicamentosa y el paciente tiene brazalete blanco, se debe retirar este y colocar brazalete rojo.
12. Al momento de llegar a la habitación y su asignación es habitación individual la enfermera de hospitalización identificara la habitación con el o los riesgos que el paciente tenga, para ello utilizara los acrílicos que se encuentran disponibles en cada piso de color rojo o amarillo.

También se tiene establecido un procedimiento para gestionar los eventos adversos presentados, el cual tiene el objetivo de describir las actividades de la gestión del evento adverso en cada uno de las U.E.N. y generar cultura del reporte y de la mejora para minimizar la presencia de estos.

El procedimiento va desde la identificación del evento, el reporte, análisis, plan de acción y seguimiento de las acciones propuestas por el servicio.

Igualmente el monitoreo del evento en su severidad e identificación de causas.



		PROCEDIMIENTO GESTION DE EVENTOS ADVERSOS		
		RESPONSABLES: LIDER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		
PLAN DE MEJORAMIENTO GESTION DE EVENTOS ADVERSOS				
FECHA DE ELABORACIÓN: _____		TIPO DE EVENTO: _____		
QUE LAS CAUSA DEL EVENTO ADVERSO	COMO ACTIVIDAD PARA EVITAR QUE SE REPITA	QUIEN RESPONSABLE	CUANDO PERIODO DE EJECUCION	SEGUIMIENTO FECHA PARA VERIFICAR SU CUMPLIMIENTO



Los incidentes y eventos adversos pueden ser reportados física y electrónicamente utilizando los siguientes medios:

- En la historia clínica

- Con formatos en físico

 FORMATO DE REPORTE DE ACCIONES INSEGURAS											
IDENTIFICACION DE LA SITUACION											
PROCESO O SERVICIO:				Nº DE RADICADO:							
FECHA DE OCURRENCIA:				FECHA DE REPORTE:							
SI FUE CON UN USUARIO		INICIALES DEL NOMBRE Y APELLIDO:		DOCUMENTO:		Nº DE H.C.:		EDAD:		SEXO:	
SI FUE CON UN DISPOSITIVO MEDICO O EQUIPO		NOMBRE:		CODIGO EN INVENTARIO:				PROCESO ASIGNADO:			
FUENTE DE LA INFORMACION		PROFESIONAL:		AUXILIAR:		USUARIO:		VISITA DE SEGURIDAD		OTRO:	
DESCRIPCION DE LA SITUACION											
ACCION CORRECTIVA INMEDIATA											
QUIEN SE VIO AFECTADO?		PROFESIONAL:		AUXILIAR:		USUARIO:		PROCESO		OTRO:	
TIENE EL RIESGO DE AFECTAR LA CALIDAD DE LA ATENCION?				SI		NO		TIENE EL RIESGO DE AFECTAR LA SEGURIDAD DEL USUARIO?			
SI				NO		SI				NO	
FUE UNA SITUACION ADMINISTRATIVA?		SI		NO		FUE CON OCASION DE LA ATENCION EN SALUD?		SI		NO	
RESPONSABLE DE LA GESTION											

En la clínica se ha implementado barreras de seguridad en diferentes aspectos:

1. Correctos de seguridad del paciente

Desde 2009 en la política de seguridad del paciente se diseñó como estrategia la implementación de los correctos, y se establecieron los siguientes:

- ✓ 11 correctos para la administración de los medicamentos
- ✓ 5 correctos para la dispensación de los medicamentos
- ✓ Correctos para la realización de procedimientos quirúrgicos
- ✓ 7 correctos para laboratorio
- ✓ 8 correctos para imagenología
- ✓ 5 correctos para fisioterapia
- ✓ 10 correctos para la transfusión sanguínea

Para crear cultura de la aplicación de los correctos, se ha realizado campañas, capacitación, despliegue por todos los servicios y los líderes de calidad de cada proceso lideran el aprendizaje y adhesión a estos correctos.

Igualmente desde el 2009 todos los años se realiza el concurso “PREMIO CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE” se aplica instrumento de auditoría con criterios específicos de seguridad por cada uno de los procesos asistenciales y administrativos, y se da premio a los servicio que alcancen el los porcentajes más altos, uno de los criterios que se evalúa, es el conocimiento y aplicación de los correctos, igualmente se estableció la doble verificación: nombre y apellido completo Vs N° de identificación Vs procedimiento, desde e ingreso hasta su egreso, cada vez que se vaya a ejecutar una actividad.



**CLINICA SOMER
SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**CAMPAÑA APLICACIÓN DE LOS
CORRECTOS EN LOS SIGUIENTES
PROCEDIMIENTOS**

Estas campañas busca minimizar el riesgo de aparición de eventos adversos prevenibles, consiste en la VERIFICACIÓN DE LOS CORRECTOS DE SEGURIDAD, para el desarrollo de procedimientos en todas las unidades de la Clínica Somer, aplicación o dispensación de medicamentos, así mismo se implementará esta estrategia a su foco de seguridad y otros procesos que la organización defina como prioritarios.

Es importante resaltar que para la verificación del usuario correcto se implementará: doble verificación nombres y apellidos completo/fecha de nacimiento, nombre/cédula, nombre/cédula/procedimiento etc. Así mismo desarrollará mecanismos para explicar al usuario porque se le está preguntando constantemente estos datos, y que si no son preguntados que informe.

CORRECTOS EN LA APLICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

1. Usuario correcto: nombre y apellidos completos/numero de cédula, nunca usar como identificación numero de cama o patologia del paciente
2. Medicamento correcto (doble verificación) /vs la orden medica del paciente correcto
3. Vía de administración correcta y cuadrante correcto
4. Dosis correcta, dilución correcta
5. Hora correcta
6. velocidad de administración correcta
7. Fecha o día Correcta
8. Conservación y temperatura Correcta
9. Educación correcta al usuario : Información sobre las reacciones
10. Interacción correcta
11. Registro correcto del medicamento correcto, dosis correcta, hora correcta en la H.U del paciente correcto

CINCO (5) CORRECTOS EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS



1. Dispensar el medicamento correcto /vs orden medica
2. Dispensar al usuario correcto: nombre y apellidos completos/cédula o numero de H.C./VS orden medica
3. Dispensar la presentación (doble verificación) entre enfermería y auxiliar de farmacia medicamento correcto y dosis correcta, registro en el perfil firma de quien entrega y recibe el medicamento.
4. Educar correctamente al paciente sobre su medicamento e indagar sobre posibles alergias a medicamentos
5. Verificar posibles interacciones

CORRECTOS PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS: (recomendada por la OMS surgical safety checklist)

ANTES DE LA INDUCCIÓN ANESTÉSICA:

1. Nombres y apellidos completos correctos del usuario identificados por el equipo quirúrgico: vs numero de la cédula del paciente
2. Tipo de procedimiento correcto
3. Sitio anatómico de procedimiento correcto, lateralización marcada en presencia del paciente
4. Consentimiento informado y diligenciado
5. Pulsómetro colocado en el paciente y funcionando
6. Identificación correcta del riesgo: alergias, broncoaspiración y pérdidas de sangre mayor a 500ml en adultos y 7 ml por KG en niños por todo el equipo quirúrgico, si existe ese riesgo acceso venoso correcto

MOMENTO QUIRÚRGICO: antes de la incisión en piel, confirme oralmente y con todo el equipo:

7. Presentación de todo el equipo quirúrgico con nombre y su profesión
8. Identificación de nombre y apellidos del paciente con tipo de cirugía y procedimiento realizado verbalmente por cirujano, anestesiólogo y enfermera
9. Identificación de riesgos: tipo de cirugía, pérdida de sangre y tiempo de cirugía
10. Enfermería revisa la disponibilidad de los equipos, esterilización de estos
11. Anestesiólogo indaga sobre preocupaciones de anestesia
12. Confirmar que los antibióticos pro filácticos han sido administrado
13. Confirmar que todos sus exámenes de diagnostico son los del paciente correcto y están disponibles en la sala de cirugía
14. Privacidad e información al usuario y su familia.

ANTES DEL EGRESO DE SALA DE OPERACIONES

15. Enfermeras e instrumentadoras revisan con el equipo quirúrgico: el nombre del procedimiento, el conteo de equipo, agujas y gasas estén completos



16. Muestra patológica correctamente rotulada con paciente correcto y sitio de extracción correcta y numero de muestras correctas
17. Equipo quirúrgico registra en la historia clinica correcta el procedimiento correcto, los eventos correctos que se presentaron y las indicaciones correctas para su recuperación.

CORRECTOS EN EL LABORATORIO

1. Usuario correcto: nombres y apellidos completos/numero de cédula/edad/sexo/orden de examen correcta y número de identificación asignado por el laboratorio y genera stickers correcto
2. Preparación correcta/instrucciones de preparación
3. Toma de muestra correcta/manual toma de muestra/orden medica
4. Marcadón de la muestra correcta /vs directamente con el paciente identificación nombres y apellidos correctos, fecha y examen correcto /stickers correcto
5. Procesamiento con técnica correcta de la muestra/con el sistema/control calidad
6. Transcripción de los resultados correcto/hoja de trabajo/nombre y apellidos correctos/numero consecutivos asignado por el laboratorio
7. Entrega de resultado correcto: nombres y apellidos correctos /vs examen realizado

CORRECTOS EN IMAGENOLOGIA

1. Usuario con nombres y apellidos correctos/numero de cédula/edad/orden correcta
2. Preparación correcta /procedimiento realizar
3. Procedimiento correcto/ en el sitio correcto, lateralización
4. Marcadón de la placa o examen correcto /vs identificación nombre y apellidos correctos/cédula, fecha y lateralización
5. Empaque de la placa correcta/sticker correcto con nombres y apellidos correctos del paciente/cédula/orden correcta
6. Lectura y registro correcta del examen correcto /nombre y apellidos correctos/orden correcta
7. Transcripción correcta/nombre y apellidos correctos/examen correcto
8. Entrega de resultado correcto/nombre y apellidos correctos del paciente / numero de cédula /vs examen correcto realizado

CORRECTOS EN LOS SERVICIOS DE HABILITACION Y REHABILITACION

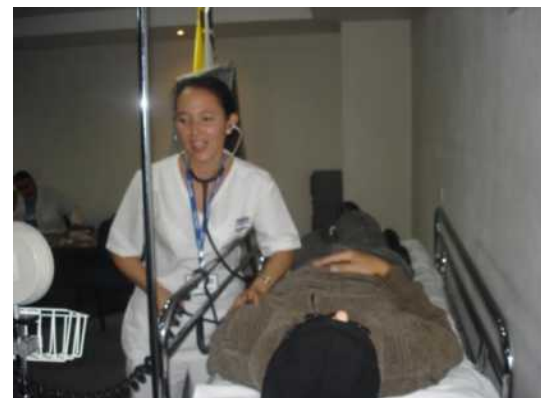
1. Usuario correcto VS numero de cédula vs orden medica
2. Terapia correcta VS orden medica
3. Sitio correcto, lateralización vs orden medica

La Clínica Somer aplica protocolo o escala de MORSE para la prevención del riesgo de caída a todos los pacientes desde el ingreso en todos los procesos asistenciales y es obligatorio para el 100% de los pacientes que ingresan desde el servicio de urgencias.

En el año 2008 se inicio el monitoreo de este riesgo siendo la principal causa de evento, con un 9% de los eventos presentados en las clínica.

En el año 2009 como estrategia de mejora se implementó el protocolo de prevención de riesgo de caída “escala de MORSE” y todo paciente que obtenga una calificación mayor de 50 puntos se coloca manilla de color amarillo que significaba el riesgo de caída y se generan todas las acciones preventivas y educación al paciente y su familia.

Para trabajar cultura se inicio el “Premio calidad seguridad del paciente” y entre los ítem que evalúa es el cumplimiento del protocolo de prevención de caídas, y todo paciente debe tener la manilla que identifique el riesgo, y debe tener conocimiento igualmente su familia lo que significa la manilla amarilla, igualmente se realizaron campañas.



5. Identificación del usuario.

En la institución desde el año 2009 se estableció el protocolo de identificación del paciente con manillas de diferentes colores dependiendo del riesgo, es obligatorio desde el ingreso al servicio de urgencias y debe conservarla durante su hospitalización hasta el egreso.

Manilla con color amarillo: identifica el paciente con riesgo de caída,
Manilla roja: identifica el paciente anticoagulado o alérgico a medicamentos,
Manilla verde: identifica el paciente quirúrgico y su sitio quirúrgico y la manilla
Manilla blanca: no identifica riesgo.

Un paciente puede tener una o varias manillas dependiendo de su riesgo.
Todos los pacientes en su egreso salen identificados y acompañados por el personal camillero, donde se presentan ante la vigilancia de la institución para ser retirada la manilla de identificación.

Existe en la institución también la identificación del paciente en tablero sobre su cama, donde se registra nombres y apellidos completos, este se diligencia al ingreso del paciente a la habitación, este ayuda a identificar el paciente y sirve como estrategia para chequeo junto con la manilla.

Se tiene como política de seguridad llamar siempre al paciente con su nombre y apellido completo, se tiene prohibido llamar por número de cama y en auditoria al servicio se evalúa el cumplimiento de esta norma igualmente en el premio calidad seguridad del paciente.



4. Tránsito de la información clínica del usuario:

En la Institución se encuentra definido el procedimiento de Ronda Médica y de enfermería para mantener la continuidad en la información de un turno a otro. Existen formatos para entrega de turnos entre los médicos hospitalarios y entre los enfermeros profesionales y personal auxiliar.

Se cuenta en historia clínica electrónica que garantiza el acceso en línea del equipo de salud a todos los registros clínicos y permite la toma de decisiones en

forma oportuna y segura, igualmente los exámenes de laboratorio e imaginología se encuentran digitalizados.

La organización ha dispuesto de médicos hospitalarios en los pisos de hospitalización, con funciones tendientes a mantener la continuidad y oportunidad en la información clínica del paciente. Este médico vigila la evolución clínica y los resultados de imágenes y laboratorio en coordinación con la Jefe de Enfermería de cada piso, para buscar el concepto del médico tratante especialista hacia la toma de decisiones oportunas, sin esperar la ronda del día siguiente. Aclara a los usuarios y familiares las inquietudes con relación a las condiciones clínicas de la atención. Mantiene una constante interacción entre pacientes, auditores, especialistas y personal de enfermería, con el fin de detectar situaciones prevenibles en el curso clínico de los usuarios.

Existe una Unidad de Referencia y Contrareferencia de pacientes y se encuentra centralizado en el servicio de urgencias que funciona las 24 horas del día, los 7 días de la semana con un grupo de enfermeras profesionales, que tienen la función de realizar la gestión de remisión y recepción de pacientes; se apoyan en los médicos de las diferentes especialidades para comentar los pacientes y brindar información oficial al momento de regular su ingreso o egreso.



Siempre que un usuario va a ser trasladado por camillero, tiene el acompañamiento de la auxiliar a cargo del paciente, con el fin de garantizar los datos clínicos al momento de ser llevado a exámenes, procedimientos o cirugía o en la entrega de un servicio a otro.

5. Mecanismos de priorización:

El servicio de urgencias cuenta con procedimiento de triage que es realizado por médicos generales las 24 horas del día. El procedimiento es reforzado en las horas pico con otro médico general.

Como prioridad se tiene establecido que maternas, niños menores de 5 años y adultos mayores de 65 años tienen prioridad en el ingreso al servicio.

Para garantizar la oportunidad y seguridad de estos pacientes se cuenta con médico obstetra, pediatra las 24 horas e internista (disponible).

En el servicio quirúrgico se tiene establecido como prioridad las maternas y niños en las horas de la mañana.

6. Mecanismos de identidad del R.N. y menores de edad:

Con respecto a la identificación del binomio madre e hijo estos se identifican desde la sala de parto y se controla el egreso por la vigilancia de la institución corroborando los datos de la manilla con los datos del certificado de nacido vivo, estos deben coincidir con lo registrado en la manilla y finalmente autorizar la salida, previo al diligenciamiento de registro de control del egreso del binomio madre e hijo. Se encuentra parametrizado el protocolo de código Rosa con el cual la institución estandariza actividades y estrategias encaminadas a ubicar rápidamente la ausencia de pacientes pediátricos y neonatos mediante la activación por alto parlante, identificando rápidamente el robo de este tipo de pacientes.



Campañas seguridad del paciente

Para trabajar con el cliente interno y externo en la seguridad del paciente se desarrollan las líneas estratégicas para todo el año y se realiza una campaña cada mes, cada mes se desarrolla un lineamiento diferente:



Prevención de caídas



Instructivo entregado al personal institucional





Previene caídas

- *Identificar todos los pacientes con riesgo de caída con manilla amarilla: Menores de tres años, mayores de 60 años, poli medicados, con alteraciones neurológicas centrales o periféricas (paraplejas, TEC, etc.), con analgésicos opioides, psiquiátricos, con procesos infecciosos o inflamatorios de oído (vértigo, otitis etc.), con amputaciones.
- *Llenar siempre el kardex y diligenciar la escala de MORSE en la historia clínica electrónica.
- *Informar siempre al paciente y su acompañante la importancia de mantener las barandas de la cama o camilla elevadas y revisemos que se cumpla.
- *Evitar que nuestros pacientes se movilicen solos, la deambulación debe ser en compañía del personal de enfermería o su acompañante.
- *Asegurar que el paciente con riesgo de caída, tenga acompañante permanente.
- *Procurar mantener la cama a una altura cercana al suelo.
- *Insistir al paciente que siempre presione el timbre para solicitar la colaboración del personal, en caso de que requiera movilizarse o ir al baño.
- *Explicar al familiar que cuando requiera salir de la habitación, debe informarlo para no dejar al paciente solo.
- *Verificar que el piso y el entorno del paciente siempre este seco y con adecuada iluminación, de lo contrario informe al Jefe de Enfermería.
- *Insistir al paciente y su acompañante que no deje objetos en el suelo que puedan obstaculizar al desplazamiento del paciente.
- *Informar al paciente que siempre debe utilizar calzado antideslizante.
- *Garantizar piso antideslizante y disponibilidad de silla en el baño.
- *Verificar que la cama o camilla del paciente tenga los frenos activados y en buen estado.
- *Nunca movilizar o trasladar al paciente en una camilla con las barandas abajo o en mal estado.
- *Inmovilizar los pacientes en estado de agitación psicomotora, confusión mental, desorientación, auto agresión física o al personal de salud y explicar el por qué al paciente y acompañantes.
- *Garantizar la accesibilidad al pato, riñonera, etc.
- *En caso de caída de un paciente informar inmediatamente al Jefe de Enfermería, para que éste sea evaluado por el médico y brindar la atención requerida. Hablar con el paciente y su acompañante sobre lo sucedido, realizar la nota en la historia clínica y no olvidar diligenciar el formato de evento adverso.

Instructivo entregado a pacientes y familiares



Previene caídas

Por tu seguridad y para evitar caídas, ten en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Nunca intentes movilizarte solo.
- Mantén subidas las barandas de la cama.
- Si te sientes mareado o débil, no te levantes.
- Por tu seguridad, pide siempre el acompañamiento de un familiar.
- Para ir al baño, solicita la asistencia del personal de enfermería.
- Verifica que el timbre de llamado siempre esté funcionando.
- Evita dejar objetos en el suelo que puedan obstaculizar tu paso y provocar caídas.
- Si tu acompañante va a salir de la habitación por un momento, informa al personal de enfermería.
- Verifica que el piso esté seco antes de movilizarte.
- Revisa que tengas manilla amarilla y pide que te informen de su significado.
- Nunca permitas que te movilicen en camilla con las barandas abajo o dañadas.
- Asegúrate de que tu cama o camilla, siempre tenga los frenos buenos y activados, de lo contrario informa al personal.
- Mantén tu cama cerca al suelo, de manera que te puedas subir y bajar con facilidad.
- Si tienes líquidos endovenosos (sueros), sondas, oxígeno u otros, llama siempre al personal antes de movilizarte.
- Procura utilizar calzado antideslizante.
- Si usas bastón o caminador en la casa, utilízalo también en las instalaciones de la Clínica.



Con tu ayuda lograremos ofrecerte una atención segura.

www.clinicasomer.com




Recomendaciones que debes seguir para una atención más segura

Identifica a el personal

- Verifica que todas las personas que te atienden tengan carné de identificación. Si no lo tiene exígueselo.
- Si visualizas personas extrañas, infórmalo al personal.

Identificate al ingresar a la institución

- Siempre informa el servicio hacia el cual te diriges.
- Solicita un carné de identificación para visitante.
- Si vienes acompañado de un menor de edad, solicita identificación para los dos.
- Cuida de los menores de edad que te acompañan.
- Si te identificaron con manilla de seguridad, consérvala durante tu estancia.

Participa de tu cuidado.

- Identifica a la persona que te está tratando.
- En el caso de las mujeres, si creen estar embarazadas, deben informarlo.
- Si sientes que tu estado de salud va en decadencia, infórmalo.
- Conoce tu enfermedad y su tratamiento.
- Si tienes dudas sobre el tratamiento, solicita explicación.

Conoce los medicamentos que tomas

- Pregunta cuáles son, cuántos son y por cuánto tiempo debes tomar tus medicamentos.
- Averigua por los efectos, riesgos y reacciones que pueden producir, además qué puede pasar si los dejas de tomar.
- Si eres alérgico a algún medicamento, infórmalo.
- Si observas que te están dando un medicamento diferente, pregunta por qué.
- Si luego de tomar un medicamento te sientes extraño, infórmalo.
- Toma nota de los medicamentos, vitaminas o medicinas alternativas que tomas en casa.

Comunica tus dudas

- El personal asistencial de nuestra Clínica está dispuesto a resolver tus dudas. Manifiesta tus inquietudes.
- Si la información no te queda clara, vuelve a preguntar.
- Pide siempre que un familiar te acompañe.

Con tu ayuda lograremos ofrecerte una atención segura.

www.clinicasomer.com



Disfraz institucional

El personaje se encuentra identificado con su manilla, se desplaza por todas las áreas, administrativas, asistenciales y cuenta una historia referente a caídas, lo que ha logrado un gran impacto.



Identificación de pacientes. La doble verificación en el todo el proceso de atención, disminuye los errores de manera drástica.



La identificación de pacientes



os



Traslado de pacientes



Atención al niño



Antes de la atención



Control de signos vitales



Toma de imágenes diagnósticas



Administración de medicamentos



Cualquier procedimiento



T



Antes del egreso hospitalario

Planeación de las campañas

ACTIVIDAD	RECURSOS	RESPONSABLES
Revisión y adecuación del procedimiento de la identificación de los pacientes	Procedimiento	Dr. Paulo Gutiérrez Jader Osorio Carlos Samboni Isabel Cristina Botero Estudiantes
Estandarización de los participantes en la ejecución de la campaña	Listado de firmas	Dr. Paulo Gutiérrez Jader Osorio Carlos Samboni Isabel Cristina Botero Estudiantes
Stand de donde se entreguen instructivos sobre la identificación del paciente para el personal asistencial y los acompañantes.	Mesa, 2 sillas cartel, hacer entregar instructivo sobre la identificación del paciente al personal de la institución y acompañantes. Guion Diligenciar listado de participantes de la campaña.	Carlos Samboni Isabel Cristina Botero
Realizar adherencia al protocolo a la totalidad de los pacientes hospitalizados. Realizar encuesta a la totalidad de los pacientes hospitalizados. Realizar.	Formato de adherencia protocolo de identificación. Encuesta a usuarios.	
Impartir parte educativo o felicitar al personal que no se adhiere al protocolo de caídas	Hacer parte educativo o reconocimiento al personal por la adherencia al protocolo de identificación del usuario. Hacer lista del personal al cual se le impartió infracción o se le reconoció su labor.	
Agilizar la gestión para la consecución de la máquina para que el registro de la manilla de identificación sea electrónico.		Jader Osorio Dr. Paulo Gutiérrez
Dejar registro fotográfico de la campaña en las diferentes actividades	Cámara fotográfica	
Recorrido por todos los servicios de la institución brindando educación al personal institucional y entregar instructivo.	Elaborar instructivos para el personal sobre la identificación de los pacientes Elaborar guion Listado de firmas personal capacitado	Carlos Samboni Isabel Cristina Botero



MASCOTAS

Lavado de manos y prevención de infecciones



CONCURSO lavado de manos



MANOS LIMPIAS



ENTREGA DEL PREMIO AL GANADOR DEL CONCURSO MANOS LIMPIAS



En la Clínica Somer desde el 2009, se implementó una estrategia para lograr transformar la cultura hacia la calidad, la estrategia se llama “PREMIO CALIDAD, SEGURIDAD Y SERVICIO” el cual tiene como objetivos:

1. Involucrar a todos los colaboradores internos de la Clínica Somer en el logro de objetivos estratégicos.
2. Generar una cultura de autocontrol.
3. Despertar en todo su talento humano amor, cuidado, compromiso con la seguridad y el buen servicio.
4. Implementar una metodología de reconocimiento e incentivos por quienes se dieron a la tarea de trabajar por la calidad en el servicio.

Para el año 2011 el desarrollo del premio fue el siguiente:

1. Participación de todos los servicios asistenciales y todo su personal: urgencias, UMI, UCIN, cirugía, hospitalización, laboratorio, rehabilitación, consulta externa, imagenología, oncología, trasplante, endoscopias y procedimientos menores.
2. Periodo: abril – octubre 2011.
3. Evaluación: dos veces al año.
4. Responsables: evaluadores premio calidad de la Clínica Somer.
5. Líneas del concurso: SEGURIDAD Y SERVICIO

- SEGURIDAD 500 PUNTOS
- SERVICIO 500 PUNTOS

La seguridad evalúa:

- Política de seguridad
- Identificación de los riesgos del servicio metodología AMEF
- Guías de reacción inmediata
- Correctos del servicio
- Identificación del riesgo, educación al paciente y su familia
- Información ante un E.A.
- Farmacovigilancia
- Captura y seguimiento a los E.A.
- Análisis y plan de mejoramiento

La cultura del servicio evalúa:

- Valores relacionados con el servicio
- Despliegue derechos y deberes
- Encuesta información y comprensión
- Proceso del servicio
- Plataforma estratégica
- Manejo de desechos
- Conocimiento y cuidados con los equipos médicos
- Salud ocupacional e industrial
- Cumplimiento de los estándares de habilitación

6. Escala de calificación premio seguridad y servicio

EXCELENTE: 900 Y 1000 puntos

BUENO: 899 Y 800 puntos

GRANDES ESFUERZOS: 799 Y 700

PUNTO: Se dará reconocimiento a partir del mes de Mayo/2011 a todos los servicios que mensualmente alcancen puntajes mayores de 700 puntos.

El premio mayor se entregara en noviembre 2011

7. Libreta de calificaciones

SERVICIOS	Cultura de procesos seguros 500 puntos	Cultura del servicio 500 puntos		Total 1000 puntos
URGENCIAS				
CIRUGIA				
H1, H2, H3				
UMI				
UCIN				
ONCO Y TRASPLANTE				
LABORATORIO				
REHABILITACION				
C. E.				
ENDOSCOPIAS Y PROCEDIMIENTO				
IMAGENOLOGIA				

Un grupo de auditores se desplaza por todos los servicios, verificando los criterios evaluados en cultura y en seguridad, en éstas rondas del premio se realizan auditorias en todos los servicios, para asignar la calificación.

Instrumento de auditoría



NOMBRE: _____

SERVICIO: _____ FECHA: _____

TOTAL AUDITADOS _____ TOTAL BIEN REALIZADO _____
medicos: _____ enfermeros: aux. enf. _____
Ter. Respirat. _____ Estudiantes: _____

CARGO	5 MOMENTOS	ACCION	CARGO	5 MOMENTOS	ACCION	CARGO	5 MOMENTOS	ACCION	CARGO	5 MOMENTOS	ACCION
Medico	Antes Pte	☐ Alcohol	Medico	Antes Pte	☐ Alcohol	Medico	Antes Pte	☐ Alcohol	Medico	Antes Pte	☐ Alcohol
Enfermero	Despues Pte	☐ Alcohol	Enfermero	Despues Pte	☐ Alcohol	Enfermero	Despues Pte	☐ Alcohol	Enfermero	Despues Pte	☐ Alcohol
Aux. enferm.	Antes Pto	☐ Lavado	Aux. enferm.	Antes Pto	☐ Lavado	Aux. enferm.	Antes Pto	☐ Lavado	Aux. enferm.	Antes Pto	☐ Lavado
Ter. Respirat.	Despues Pto	☐ No realizo	Ter. Respirat.	Despues Pto	☐ No realizo	Ter. Respirat.	Despues Pto	☐ No realizo	Ter. Respirat.	Despues Pto	☐ No realizo
Estudiante	Contac. Entor	☐ No realizo	Estudiante	Contac. Entor	☐ No realizo	Estudiante	Contac. Entor	☐ No realizo	Estudiante	Contac. Entor	☐ No realizo
CARGO	5 MOMENTOS	ACCION	CARGO	5 MOMENTOS	ACCION	CARGO	5 MOMENTOS	ACCION	CARGO	5 MOMENTOS	ACCION
Medico	Antes Pte	☐ Alcohol	Medico	Antes Pte	☐ Alcohol	Medico	Antes Pte	☐ Alcohol	Medico	Antes Pte	☐ Alcohol
Enfermero	Despues Pte	☐ Alcohol	Enfermero	Despues Pte	☐ Alcohol	Enfermero	Despues Pte	☐ Alcohol	Enfermero	Despues Pte	☐ Alcohol
Aux. enferm.	Antes Pto	☐ Lavado	Aux. enferm.	Antes Pto	☐ Lavado	Aux. enferm.	Antes Pto	☐ Lavado	Aux. enferm.	Antes Pto	☐ Lavado
Ter. Respirat.	Despues Pto	☐ No realizo	Ter. Respirat.	Despues Pto	☐ No realizo	Ter. Respirat.	Despues Pto	☐ No realizo	Ter. Respirat.	Despues Pto	☐ No realizo
Estudiante	Contac. Entor	☐ No realizo	Estudiante	Contac. Entor	☐ No realizo	Estudiante	Contac. Entor	☐ No realizo	Estudiante	Contac. Entor	☐ No realizo

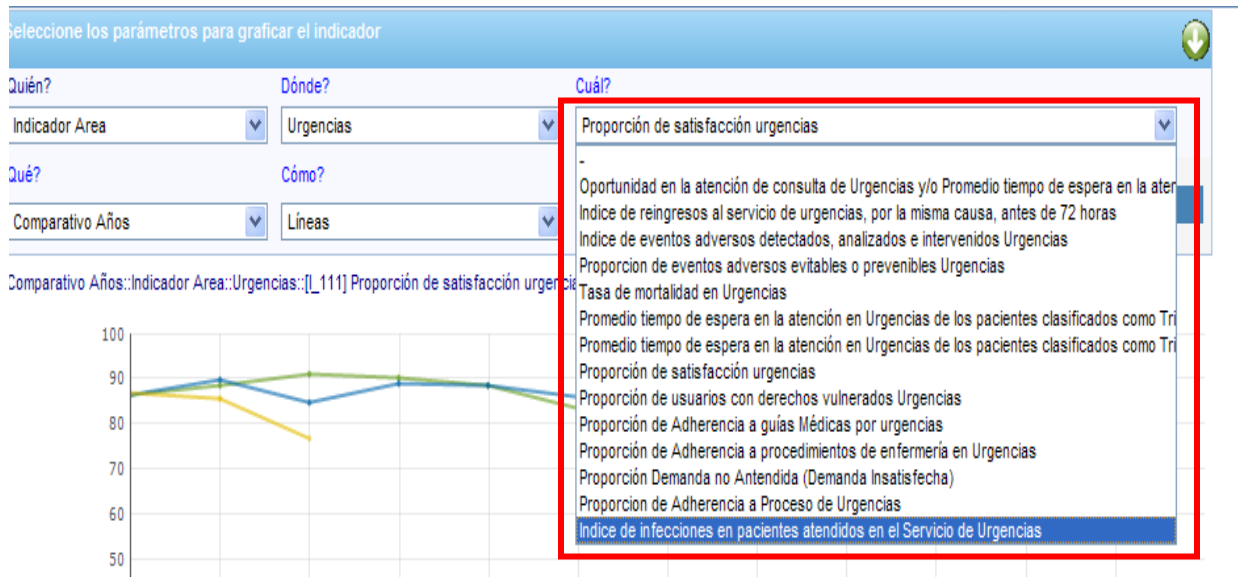


RONDAS Y PREMIO

Como premios e incentivos, se entregan bonos del éxito por servicio evaluado, se dan cortesías en capacitación como por ejemplo diplomados, cursos.

Indicadores

Los indicadores del servicio de urgencias son los siguientes:



Se cuenta con un indicador global, del cual se despliegan todos los del servicio de urgencias y da cuenta de la oportunidad en la atención, desde el momento en que el usuario entrega sus documentos hasta el momento en que es atendido en urgencias, la meta que se tiene de oportunidad es por debajo de los 40 minutos, en este momento se tiene en 60 minutos aproximadamente.

Sobre cada indicador alterado se trabajan planes de mejora.

Se monitorea la oportunidad para los triajes 2 y para los triajes 3, también la oportunidad no satisfecha, es decir, los pacientes que no son atendidos en el servicio.

En el sistema se grafica los indicadores, por diferentes criterios, como por ejemplo: por un solo año, por comparativo, el reingreso, la oportunidad de triage, índice de eventos adversos.

Comité de mejoramiento continuo

En la institución de acuerdo al nuevo enfoque de Acreditación el comité de calidad pasa a ser llamado “comité de mejoramiento continuo y seguridad del paciente”.

El comité se convoca mensualmente y asisten la gerencia, los directivos y todos los líderes de los procesos, aproximadamente 35 personas.

El objetivo de este comité es divulgar todas las estrategias que se están implementando para el mejoramiento continuo de la calidad de la institución, análisis de indicadores por servicio, adicionalmente se trata todo lo relacionado con la seguridad del paciente, estrategias, resultados, comparativos, impacto.

De cada comité se genera un acta.

Identificación de necesidades de educación

El personal asistencial debe dar la información necesaria para educar al usuario sobre su enfermedad y tratamiento.

La identificación de necesidades de educación de los usuarios y las expectativas del paciente se realizan a través de la oficina de atención al usuario y desde el área de comunicaciones, captan la información necesaria de las encuestas de satisfacción y las manifestaciones de los usuarios y desarrollan charlas educativas llamadas “SOMER ACADÉMICO”, en donde se tiene en cuenta las necesidades de los usuarios, el comportamiento epidemiológico de la clínica, las patologías más frecuentes. En el mes se hacen hasta 3 “SOMER ACADÉMICO”

Cliente externo

Privacidad

El servicio de urgencias se encuentra distribuido por cubículos, con su debida cortina la cual garantice la privacidad del paciente.



Central de referencia y contrareferencia

Esta central se encarga de la recepción y remisión de pacientes.



Los lineamientos respecto a la información, educación, acompañamiento a los pacientes son:

Se le permite acompañante solamente a:

- Usuario menor de 18 años y mayor de 60 años.
- Usuario incapacitado para el desplazamiento o alimentación por si solo.
- Usuarios con discapacidades físicas.
- Usuario con diagnóstico de trauma de cráneo, puede ser moderado o severo, con alguna alteración neurológica.
- Usuarios que por su estado crítico requieren acompañante.
- Usuario de Medicina prepagada o particular.

Para mantener informada a la familia del paciente en el servicio de urgencias se tiene una persona en sala de espera llamada “orientador del servicio”, quien es el puente entre el usuario y el médico.

También el personal asistencial tratante, le brinda información al paciente y se comparte la información con el acompañante del estado, cuidado y tratamiento del paciente.

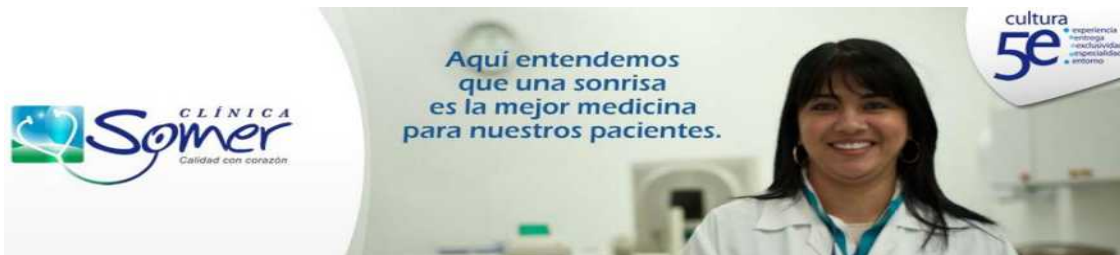
Telefónicamente no se brinda información del paciente.

Consentimiento informado

La Clínica Somer ha utilizado las siguientes estrategias para la construcción e implementación de los consentimientos informados.

1. Se trabajaron con los médicos especialistas.
2. Se definió cuales procedimientos de riesgo debían tener el consentimiento informado.

3. Se estableció un consentimiento general que cubre la atención de urgencias y el manejo inicial por enfermería en los servicios.
4. Se estableció la estructura del consentimiento conjuntamente con abogado.
5. Es responsabilidad del médico aplicar y explicar al paciente en qué consiste el C.I.
6. Por política se tiene establecido que no se realiza ningún procedimiento sin el C.I. y el paciente esté seguro de lo que se le va a realizar.
7. En la actualidad se encuentran en físico en todos los servicios, se realiza manualmente y es firmado por el paciente y el médico responsable del procedimiento, este es escaneado y se lleva a la h.cl. electrónica del paciente y el fisco se guarda en archivo clínico y se relaciona en una tabla de Excel.
8. Y en los procesos de mejoramiento se esta parametrizando en la h.cl. electrónica con huella digital y PAD y la propuesta de diseño de un modelo único.



En la actualidad se cuenta con 15 formatos de consentimiento informado y disentimiento.

- Consentimiento informado general (se aplica en el servicio de urgencias al momento del ingreso del paciente).
- C.I. estudios radiológicos con medio de contraste
- C.I. desconexión de ventilador
- C.I. cirugía general
- C.I. quimioterapia
- C.I. Terapia física
- C.I. Procedimientos endoscópicos alto y colonoscopia
- C.I. Anestésico
- C.I. aspirado de medula ósea
- C.I. transfusión sanguínea
- C.I. trabajo de parto
- C.I. trasplante de medula ósea
- C.I. dermatología

En la auditoria de calidad técnica de la H.Cl. se evalúa el cumplimiento del consentimiento informado.

www.ays.com.co