PROPUESTA DE PLAN DE MEJORAMIENTO Y PROPUESTA DE PLAN DE INDUCCIÓN A LA DEMANDA DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE COLSANITAS PHD, GRUPO MEDELLÍN

JORGE IVAN PULGARIN DIAZ

UNIVERSIDAD CES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE IPS
MEDELLIN
2009

PROPUESTA DE PLAN DE MEJORAMIENTO Y PROPUESTA DE PLAN DE INDUCCIÓN A LA DEMANDA DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DE COLSANITAS PHD, GRUPO MEDELLÍN

JORGE IVAN PULGARIN DIAZ

Asesor Temático
MAURICIO UPEGUI
Auditor en salud

Asesor Metodológico
JUAN DAVID VEGA ZULUAGA
Gerente de Proyectos

UNIVERSIDAD CES
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE IPS
MEDELLIN
2009

Nota de aceptación

_____

_____

_____

_____

Presidente del jurado

_____

Jurado

_____

Jurado

Medellín, 17 de Noviembre de 2009

A mis 25 años de edad, habiendo vivido momentos difíciles como todo ser Humano, es para mí muy grato y satisfactorio poder dedicar este trabajo a mi Padre Luis Eduardo Pulgarín Sánchez, quien Falleció el 5 de Junio del 2005, mucho antes de haber terminado el pregrado de Medicina, a quien le hubiera gustado mucho verme culminando la carrera e incluso este posgrado, y a mi señora madre Aura Cecilia Díaz Vanegas, porque durante toda su vida, con amor se ha encargado de apoyarme y acompañarme en todos los proyectos que emprendo.

El investigador expresa sus agradecimientos a:

La realización de este trabajo, después de tantos esfuerzos, merece en primera instancia agradecimiento a Dios, porque sin su voluntad, no hubiera sido posible terminarlo.

Agradezco a la Organización Sanitas Internacional por la confianza en mi depositada, y en su representación al Dr. Harold Ibagon, Director Medico Nacional del PHD, y al Dr. Mauricio Upegui, Director Médico de Sanitas Medellín.

Agradezco a la Universidad CES por la Oportunidad que me brindo para realizar el Posgrado en Gerencia de IPS, y en su representación al Dr. Hernán García Jefe de Posgrados Administrativos, quien me apoyo desde el principio para la realización de Este Proyecto.

Agradezco A mis compañeros del PHD, al Dr. Rodolfo Moreno Zorrilla y al Dr. Luis Javier Pérez Gonzales quienes me apoyaron para puntos clave del Proyecto, y al resto del equipo por su dedicación para que el PHD funcione todos los días mejor.

Agradezco Por ultimo a mi Asesor Metodológico, Juan David Vega, gerente de Proyectos, ya que sin su asesoría y ayuda continua, no estaría culminando un trabajo tan importante para mi carrera como el que presento a continuación.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCION 13
1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO 14
1.1 TÍTULO 14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 14
1.2.1 Descripción del problema 14
1.2.2 Formulación del problema 15
1.3 OBJETIVOS 15
1.3.1 General 15
1.3.2 Específicos 15
1.4 JUSTIFICACIÓN 15
1.5 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACION 16
2. MARCO REFERENCIAL 17
2.1 MARCO TEORICO 17
2.1.1 Justificación estratégica del control y la evaluación en las organizaciones de salud. 17
2.1.2 Hospitalización domiciliaria, una nueva modalidad de tratamiento 23
2.1.3 Algunos de los factores condicionantes, por los cuales surge la atención domiciliaria 26
2.1.4 Beneficios de la atención medica domiciliaria 26
2.1.4.1 Para el paciente y su familia 26
2.1.4.2 Para las aseguradoras (EPS, ARS, ARP) 27
2.1.4.3 Para las entidades prestadoras de servicios 27
2.1.4.4 Otros grupos de actividades 28
2.1.4.5 Personal que conforma el equipo de salud en un servicio de

atención medica domiciliaria 28
2.1.5 Clasificación de las actividades del servicio de atención Domiciliaria 28
2.1.6 Etapas de la visita domiciliaria 29
2.1.7 Principales características del sistema 29
2.2 MARCO LEGAL 30
2.3 MARCO CONCEPTUAL 34
3. DISEÑO METODOLÓGICO 37
3.1 TIPO DE PROYECTO 37
3.2 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN 37
4. DESARROLLO TEMÁTICO 39
4.1 CARACTERIZACIÓN DEL MODELO ACTUAL PHD COLSANITAS MEDELLÍN 39
4.1.1 Flujograma del proceso de prestación del servicio del Plan de Hospitalización Domiciliaria de Colsanitas Medellín 40
4.1.2 Descripción de los Procedimientos para el Ingreso de un Paciente al Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD), Colsanitas Medellín 41
4.1.3 Situaciones clínicas agudas y crónicas descompensadas manejadas por el PHD 48
4.1.4 Prevalencia de enfermedades crónicas vigiladas y controladas por el PHD 49
4.1.5 Grupos etareos, pacientes agudos 50
4.1.6 Descripción de servicios y pertinencia del PHD por cada nivel 50
4.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PHD COLSANITAS MEDELLIN 54
4.2.1 Personal que conforma el equipo de salud en un servicio de atención médica domiciliaria 54
4.2.2 Equipo: (medico y enfermera jefe) 54
4.2.3 Organigrama 55
4.2.3.1 Manual de funciones Enfermera Jefe PHD Ciudades 56
4.2.3.2 Manual de Funciones Medico General PHD Ciudades 60

4.3 IDENTIFICACION DE LOS PROCESOS A MEJORAR 65
4.3.1 Solicitud de Ingreso a PHD / Contacto con el PHD Medellín / Solicitud de Información 65
4.3.2 Domicilio dentro del Mapa de Cobertura / Fuera del Mapa de Cobertura 66
4.3.3 Promesa de Atención al usuario / interconsulta 68
4.3.4 Presentación de un programa ante el paciente / Confirmación de Viabilidad del Ingreso 70
4.3.5 Montaje del PHD 72
4.4 PROPUESTA DEL NUEVO MODELO DE PHD QUE POSIBILITA INDUCIR LA DEMANDA DEL SERVICIO 73
4.4.1 Análisis estratégico PHD 74
4.4.2 Propuesta de mejoramiento de procesos 76
4.4.3 Pacientes susceptibles de recibir atención domiciliaria según Patología 79
4.4.4 Criterios de calidad 93
4.4.5 Portafolio servicios PHD (usuarios) 96
4.4.6 Protocolos necesarios al momento de realizar una interconsulta por el PHD, como guía rápida en las instituciones adscritas a la Red Sanitas 98
4.4.7 Programa de visitas de capacitación y re inducción en la utilización del servicio prestado por el PHD 99
4.4.8 Directorio telefónico especialistas tratantes 101
4.5 INDICADORES DE GESTIÓN Y RESULTADOS ESPERADOS 101
5. CONCLUSIONES 104
FUENTES 106
ANEXOS 108

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. Flujograma PHD 40

Figura 2. Organigrama PHD 55

Figura 3. Mapa general de procesos sistema de gestión de la calidad de Colsanitas 94

Figura 4. Calidad de la atención médica 95

Figura 5. Portafolio Servicios PHD Colsanitas 96

LISTA DE GRÁFICAS

Pág.

Grafica 1.Enfermedades agudas 48

Grafica 2. Enfermedades crónicas vigiladas y controladas por el PHD 49

Grafica 3. Grupos etareos, pacientes agudos 50

LISTA DE CUADROS

Pág.

Cuadro 1. Destinatarios del proceso 53

Cuadro 2. Proyecto, objetivos estratégicos y cronograma de Actividades 75

Cuadro 3. Propuesta de mejoramiento de Solicitud de Ingreso a PHD / Contacto con el PHD Medellín / Solicitud de Información 76

Cuadro 4. Propuesta de mejoramiento Domicilio dentro del Mapa de Cobertura / Fuera del Mapa de Cobertura 76

Cuadro 5. Propuesta de mejoramiento Promesa de Atención al usuario / interconsulta 77

Cuadro 6. Propuesta de mejoramiento de Presentación de un programa ante el paciente / Confirmación de Viabilidad del Ingreso 78

Cuadro 7. Propuesta de mejoramiento Montaje del PHD 78

Cuadro 8. Matriz de programación de visitas de capacitación y re inducción 99

Cuadro 9. Ficha técnica de registro y control de capacitación y re inducción 100

Cuadro 10. Directorio telefónico especialistas tratantes 101

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo A. Bitácora para la observación directa	109
Anexo B. Protocolo de información e inducción al PHD	110
Anexo C. Documentación de registro necesaria para el proceso de PHD, en Colsanitas Medellín	113
Anexo D. Presupuesto para la implementación de la nueva propuesta	132
Anexo E. Cronograma de actividades	134

INTRODUCCIÓN

El Programa de hospitalización domiciliaria (PHD), es una matriz que funciona en las principales ciudades del país, y se propone como una solución operativa a la Red de la EPS Sanitas y la Prepagada Colsanitas, para que sus pacientes hospitalizados puedan continuar el resto del tratamiento hospitalario en sus casas una vez que sus especialistas tratantes así lo consideren prudente. Además, permite la visita en casa de pacientes con patologías crónicas quienes tengan la limitación para desplazarse a su cita de control mensual, para realizar dicha valoración, con la respectiva actualización de formulaciones para el manejo de sus enfermedades.

Con base en esto se aprecia como el PHD, permite mejorar la congestión y las estancias hospitalarias, y además brindarle al paciente la comodidad de regresar a su hogar, con el cuidado permanente y la ayuda profesional para culminar exitosamente el tratamiento ordenado por su médico tratante.

En el momento, el programa se encuentra creciendo en medio de un Mercado Azul, ya que es único en su clase en la ciudad de Medellín, y tiene como característica principal que el monitoreo y control diario del paciente es realizado a través de Rondas Medicas, con comunicación constante tanto con el médico del PHD, como con los especialistas tratantes.

Es por lo anterior que le objetivo de la presente investigación es realizar una propuesta de plan de mejoramiento y propuesta de plan de inducción a la demanda del programa de hospitalización domiciliaria de Colsanitas PHD, grupo Medellín

Se espera que el programa continúe creciendo, para lo cual se necesita que las IPS adscritas a la Red tengan un conocimiento amplio del programa, y ejerzan un uso correcto del recurso que se presenta con el PHD, para lo cual a nivel operacional en el momento se cuenta con una sobreoferta que debe resolverse.

1. PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

1.1 TÍTULO

Propuesta de Plan de Mejoramiento y proyecto de Inducción a la Demanda del Programa de Hospitalización Domiciliaria de Colsanitas PHD, Grupo Medellín

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.2.1 Descripción del problema. Actualmente el Programa de hospitalización Domiciliaria grupo Medellín, cuenta con cuatro equipos compuesto por cuatro médicos y cuatro enfermeras jefes, encargados de las visitas a los pacientes agudos y crónicos, en los distintos niveles de hospitalización que el PHD ofrece, además encargados de toda la parte administrativa y logística para que el programa se desarrolle de una manera ágil, eficaz y oportuna todos los días. Además cuenta con la prestación de servicios de enfermería domiciliaria a través de un outsourcing con la Cooperativa de enfermería ANDINA.

Durante el desarrollo del año 2009, se espera que el programa tenga una mayor demanda por parte de las Instituciones que tienen contrato con la Red Sanitas de Medellín, pero se ha visto con el trascurrir de los meses que la demanda por el servicio que ofrece el PHD no a sido la que se espera.

En la medida que se ingresan pacientes captados de las clínicas, de los servicio de urgencias, y consulta externa, han aparecido algunos inconvenientes relacionados con el proceso de interconsulta, solicitada tanto por especialistas como por las instituciones, con lo cual queda claro que no hay un conocimiento apropiado de los protocolos de ingreso al programa, ni de los servicios que este ofrece, ni tampoco de cuales son los objetivos que se tienen al ingresar al paciente al PHD.

Siendo un programa sin competencia a nivel local, se esperaría que la facturación mensual fuese mucho mayor, y que la oportunidad en la prestación del servicio, se viera aprovechada al máximo para permitir el continuo crecimiento del programa como ha sido el caso en la sede principal en Bogotá.

Y es por esto que se ve la necesidad imperiosa de desarrollar estrategias de Mercadeo más efectivas, y a la vez productivas que luego de permitir un continuo sostenimiento, lleven a una expansión de todo lo que podría ofrecer el PHD a la ciudad de Medellín. Es Fundamental Diseñar soluciones a las principales

problemáticas que enfrenta el PHD en la actualidad. Es necesario que se presente la figura del empoderamiento de funciones de mercadeo dentro de los actores involucrados en el funcionamiento del programa. Y es necesario un compromiso aun mayor de todos ellos para poner en marcha las soluciones que se necesitan en pro del sostenimiento y crecimiento del PHD.

1.2.2 Formulación del problema. De qué manera proponer un plan de mejoramiento y propuesta de plan de inducción a la demanda del programa de hospitalización domiciliaria de Colsanitas PHD, grupo Medellín.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 General. Diseñar un Modelo de plan de Mejoramiento para inducir a la Demanda del servicio prestado por el Programa de Hospitalización Domiciliaria, PHD Grupo Medellín

1.3.2 Específicos

- Caracterizar el modelo actual PHD Medellín e identificar los procesos a mejorar

- Diseñar una propuesta para el nuevo modelo de PHD que permita inducir la demanda del servicio.

- Definir indicadores de gestión y resultados adecuados.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD) es un programa líder en su clase con un mercado amplio, el cual se puede aprovechar al máximo una vez se dé un nuevo direccionamiento y planeación estratégica, a todos y cada uno de los componentes del programa.

Es por tal razón, que se considera pertinente aprovechar las fortalezas y oportunidades, identificar las debilidades y amenazas, para tener criterios en el diseño de un plan de contingencia, que permita aprovechar las fortalezas a través de un plan de mejoramiento continuo del proceso y un modelo de inducción a la demanda, que pueda ser implementado para propender al continuo crecimiento de

la organización Sanitas Internacional y sus sedes en Medellín, adquiriendo experiencia y conocimiento en el tema durante el desarrollo de la investigación.

Así mismo los resultados de la investigación serán presentados para optar al título de Especialista en Gerencia de IPS, por parte del autor.

1.5 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACION

ESPACIAL. El espacio geográfico en el cual se desarrolla la investigación desde la macro y micro localización es la siguiente:

Colombia, departamento de Antioquia, municipios del área metropolitana del valle de Aburrá, perímetro de influencia del PHD Colsanitas.

TEMPORAL. La delimitación temporal de la investigación está representada en el periodo de tiempo del desarrollo del trabajo de campo para el análisis del los procesos de PHD, el cual se inicio en Mayo de 2009 y termino en Noviembre de 2009.

TEMÁTICA. El alcance temático de la investigación está representado por el análisis de los procesos del Plan de Hospitalización Domiciliaria actual, en Colsanitas Medellín, evaluando los procesos y resultados de los mismos con miras a proponer un nuevo modelo que maximice el servicio e incremente su demanda.

La implementación y puesta en marcha del nuevo modelo, dependerá de las decisiones administrativas de los entes superiores de Colsanitas.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 Justificación estratégica del control y la evaluación en las organizaciones de salud. La preocupación por la mejora dela calidad en los servicios de salud constituye un foco de interés para los diferentes actores del sector sanitario, formando parte de los planes y estrategias definidos en los últimos años en Latinoamérica y Colombia; Desde esta perspectiva, la calidad se observa como una oportunidad para lograr sistemas de salud más efectivos y eficientes para el futuro

Es necesario tener en cuenta que los usuarios se han convertido en el centro del sistema sanitario y por lo tanto sus necesidades, demandas, expectativas y satisfacción deben considerarse como elementos de referencia fundamentales para las políticas de salud orientadas a la satisfacción de servicio por los usuarios y a la claridad de los procedimientos.

Las organizaciones empresariales de cualquier naturaleza y del sector productivo, en general y en particular, aquellas que ofrecen y prestan servicios de salud, están experimentando un agudo proceso de cambios constantes, que les ha conducido desde una condición de cómoda protección regulada, a entornos abiertos sustancialmente inciertos, competitivos y altamente competidos.

La competencia de las empresas prestadoras de salud, basada en la incorporación de alta tecnología, ha cambiando drásticamente. En la era de la información, las organizaciones de salud, no pueden obtener y mantener ventajas competitivas sostenibles, como consecuencia de la adopción y aplicación de nuevas tecnologías a los procesos asistenciales y administrativos que prestan.

El éxito competitivo en la actualidad, para las organizaciones, radica en su habilidad para realizar adecuada gestión de sus activos intangibles (Conocimiento, Información, Buen Nombre).

> La transformación constante del ambiente empresarial de los prestadores de servicios de salud, hace necesario que estas organizaciones, desarrollen certeza y claridad, en relación con la metodología para analizar; el desempeño y resultados de sus procesos misionales y logísticos.
>
> Es decir, tener claramente estructurado el sistema control cuyo propósito esencial es: “Medir objetivamente el desempeño”. Solamente de esa manera, podrá mantener e incrementar su participación al interior del mercado donde compite; que es; denso y difícil de conquistar; debido entre otros factores a que

los clientes (pacientes) conocen sus derechos y por eso son cada vez más exigentes[1].

CONTROL Y MEDICIÓN

Frecuentemente se detectan desviaciones que se originan en las condiciones estructurales y de desempeño de la organización de salud, especialmente en su contexto de gestión; que es necesario solucionar, dentro de un marco de participación de todas las áreas involucradas, lo que genera como consecuencia trabajo y espíritu de equipo, al aportar su competencia profesional y su experiencia, en búsqueda de la los resultados trazados en los objetivos.

Es entonces necesario que en estos casos, el proceso de control de gestión integral, que incluye los procesos auditores; articule, las acciones que se decida desarrollar, para que con base en un buen nivel de participación, se puedan obtener soluciones adecuadas y oportunas, que además vinculen afectiva y efectivamente a las personas vinculadas, con la organización de salud, para lograr como valor agregado, adaptación al cambio que significa mejoramiento continuo.

Medir desempeño o resultados, es parte del proceso de control de gestión. Esta, integrado por una serie de acciones orientadas a: Comparar, evaluar, ajustar y regular las actividades que una organización, prestadora de servicios de salud realiza en busca de sus objetivos.

El objetivo esencial de los sistemas de medición de resultados, es aportar a la organización información adecuada (Idónea y objetiva), para que puedan los gerentes de las organizaciones de salud, con base en ella, adoptar las decisiones, que la conduzcan a encontrar el camino adecuado, para que logre cumplir con los objetivos establecidos en el marco estratégico y de esa manera; pueda mejorar continuamente, permanecer y crecer.

"El proceso de control en sí, es también motor para que todas las áreas de la su estructura orgánica, una vez informadas de los resultados que han obtenido como resultado del proceso por el cual son responsables, asuman un papel esencialmente participativo y de compromiso, para optimizar resultados"[2].

Es necesario, que todo el sistema de medición de resultados, diseñado para ser aplicado a las organizaciones de salud; además de estar adaptado a sus

---

[1] Fernando Rojas. Universidad Sur Colombiana. Facultad de Ciencias de la Salud. Especialización en Gerencia en Salud. Modulo de Control Interno. Material de Clase. Abr4il de 2004.

[2] Cecilia Oviedo. Controlar Para Mejorar. [Documento en línea], Disponible desde Internet en: http://www.gerenciasalud.com/art264.htm. [con acceso el 2 de Mayo 2009].

necesidades y condiciones, incluya como contexto indicativo las siguientes características:

Consolidar y Mejorar la Relaciones Interpersonales. Más que un proceso punitivo, la aplicación del control lo es de comunicación interactiva, orientado al mejoramiento continuo de todas las personas que conforman la organización (Clientes Internos). Por esa razón y contrariamente a lo que ocurría en el pasado, el control aplicado de esta forma, tiene como valor agregado mejorar las relaciones entre las personas, al ser aplicado esencialmente como un proceso continuado de retroalimentación

Comunicar la Estrategia Corporativa. Es necesario que todas las personas vinculadas con la organización prestadora de servicios de salud, reconozcan las combinaciones de acción estratégica que la organización desarrolla, dentro del contexto de su direccionamiento estratégico, considerando que ellos, son los principales ejecutores y actores.

Comunicar las Objetivos. La aplicación de las estrategias, dentro de un contexto de gestión proactiva, dan como resultado el logro de los objetivos. Entonces como consecuencia lógica, es indispensable comunicarlas, son la manifestación de los resultados esperados y base del proceso proactivo de control, al que se ha venido haciendo referencia.

Entender los Procesos. Como requisito esencial para poder realizar cualquier proceso de control, es necesario comprender adecuadamente el contexto de acción sobre el que se actúa en el logro de las responsabilidades encomendadas, a partir de la documentación (manuales) que los explican, como marco de referencia. De lo contrario no será posible aplicar adecuadamente el control, tampoco obtener el diagnóstico, que dará fundamento a alternativas reales de acción, para la actuación gerencial

Identificar Fortalezas, Oportunidades y Debilidades. La aplicación del control es esencialmente, un proceso diagnóstico, que como resultado, es permite documentar las condiciones reales de la organización, en cada momento en que se realiza. Este, un contexto estratégico.

Definir Responsabilidades. En el sentido amplio y positivo. Es decir, el de determinar cual es el resultado que se espera de cada cual, como producto de su actividad laboral. No de señalar culpables como tradicionalmente ocurre. Es necesario señalar en este orden de ideas que el control no busca señalar culpables, solo encontrar las causas para eliminar, dispersar o poner bajo control las causas que originan las desviaciones y debilidades.

Mejorar el control de Gestión de Toda la Organización. Partiendo de la afirmación hecha, en el sentido de que el proceso de control es diagnóstico y estimula la retroalimentación; si esta adecuadamente diseñado para la organización de salud que lo aplica; las decisiones que adopte la gerencia como consecuencia, contribuyen esencialmente a su mejoramiento continuo, que en ultima instancia, es el de la gestión, el control de gestión y todo su entorno.

Identificar las Alternativas de Acción. A partir del resultado del diagnóstico obtenido, resulta sencillo, si es adecuado, desarrollar como consecuencia las acciones alternativas de mejoramiento que pueden adoptarse como consecuencia.

Medir Comportamientos y Satisfacción. El desarrollo de los procesos auditores, centrados en las personas y desarrollados aplicando los principios de servicio al cliente [4], permite medir de manera objetiva comportamientos, sin descartar, las evaluaciones directas realizadas por los gerentes. También lo hacen, las encuestas de satisfacción que es necesario aplicar tanto a clientes internos como externos.

Reforzar la Gestión por Competencias. Las fortalezas y debilidades que pueden encontrarse como resultado de aplicación cíclica y metódica del proceso de control de gestión, permiten como valor agregado, mejorar los programas continuados de formación de competencias, que incluyen los aspectos personal y laboral y que contribuyen si son adecuadamente encausadas al crecimiento personal de cada cliente interno y a su integración en la organización con la creación e incremento de su sentido de pertenencia.

Gestión de los Sistemas de Compensación y Estímulo. Es esencial que los buenos resultados por la labor desempeñada, sean observados, reconocidos públicamente y compensados en dinero o estímulos, eso garantiza que el sentido de pertenencia continúe vigente.

La razón de ser de un sistema de medición en el contexto de las organizaciones prestadoras de salud, como parte de uno mayor el de la organización, esta orientada a alcanzar, los siguientes resultados:[3]

Comunicar: Resultados (Debilidades y Fortalezas). También las decisiones y el contexto estratégico de la organización

[3] Fernando Rojas. El Servicio al Cliente: Una Estrategia de Gestión, para la Auditoria en Salud. [Documento en línea], Disponible desde Internet en: www.odontomarketing [con acceso el 28 de Junio 2009].

Entender: El entorno estratégico. Los resultados del proceso de evaluación

Crear: Soluciones ajustadas a las necesidades y características de cada organización de salud, partir de los resultados aportados por el proceso de medición

Innovar: Significa, mejorar y actualizar las condiciones actuales, para mejorar, de acuerdo con los resultados aportados por la aplicación del proceso de control.

Orientar: La aplicación de las acciones de mejoramiento que se han diseñado y adoptado a partir del diagnóstico.

Apoyar el Cambio: Siempre, si el proceso de medición que implica el control es objetivo, apoyará la adaptación permanente al cambio.

Generar Pertenencia: Cuando se empodera a las personas vinculadas con la organización de salud, para aplicar las mejoras sugeridas por el proceso de control, el valor agregado adicional, importante, será que se aumente el sentido de vinculación y el deseo de permanecer

Fundamentar Compensación Justa: Sí, de acuerdo con los resultados individuales y de equipo principalmente. Este contexto, no es del todo aplicable en las organizaciones públicas, prestadoras de salud, donde los sistemas de remuneración son estatuarios e inflexibles.

Los valores agregados descritos, si se producen, son el resultado de la ejecución de estrategias, acciones y resultados emprendidos por la organización de salud, al interior de un proceso estructurado de gestión estratégica adecuada a sus necesidades.

Una dificultad habitual, dentro del contexto de aplicación del control es la no alineación; De los procesos esenciales que en el intervienen, tanto asistenciales como administrativos: Gestión clínica (Consulta externa, servicios hospitalarios, PHD, cirugía); Gestión Humana (Gestión de Competencias y Compensación), Gestión Financiera (Presupuestos y Costos). Esta condición genera distorsiones severas en el proceso, que le restan objetividad, al punto de hacerlo inocuo.

Cada uno de los procesos señalados, es "gerenciado" por áreas funcionales distintas, por responsables distintos. Normalmente no existe entre ellos comunicación consistente (Contrario a la característica señalada para el proceso de medición)

La carencia de alineación genera inconsistencias en el momento de aclarar, jerarquizar, comunicar, ejecutar y medir la estrategia de medición.

Lo que para un área funcional de las mencionadas es importante, prioritario, estratégico o logístico para las demás no lo es. No hay una integración estratégica entre ellas, orientada a lograr, que la consecución de los objetivos organizacionales sea consistente y armónica.

La estrategia para lograr el futuro elegido en el contexto estratégico, resulta de la combinación apropiada de estructura funcional y control de gestión. Se parte del supuesto, que la estructura funcional asigna tareas, coordina y aporta la motivación necesaria a los clientes internos, para actuar.

El control de gestión como complemento, examina las condiciones y calidades de la acción de la estructura funcional, para ofrecer como resultado de su aplicación pautas objetivas de reorientación y mejoramiento.

De esta forma, se asegura en teoría que la aplicación del control realmente coadyuve al mejoramiento continuo, de toda la organización. En este sentido es necesario medir, de manera objetiva y uniforme, sin excepciones.

En este orden de ideas, el sistema de medición tiene como propósito detectar y contribuir a corregir resultados por fuera de los estándares soportando las acciones que en tal sentido se decida emprender.

Para que el resultado final esperado, se alcance, es esencial que las personas vinculadas con la organización de salud, entiendan verdaderamente, los resultados que se espera de ellas y se comprometan efectivamente a alcanzarlos.

> Puede existir mala voluntad o intención, por parte de las personas; dirigida a no hacer o no permitir que otros lo actúen. Es un riesgo siempre latente. Esta situación puede presentarse, debido a que existe: “Incongruencia de Objetivos”. En ese caso prima la organización y la persona que presenta esa condición, puede orientarse a encontrar sus verdaderos objetivos, fuera del contexto organizacional, si es necesario.
>
> Un buen sistema de control de gestión estimula la acción, llamando la atención en relación con las variaciones significativas en las áreas donde estas se presentan para que adopten la medida necesaria para analizarlas y si es necesario corregirlas. La premisa es: “El seguimiento de la gestión, siempre, estará orientado al futuro.[4]

[4] Gonzalo Pérez. ¿Porqué Medir y para qué? Tomado de [Documento en línea], Disponible desde Internet en: http://www.degerencia.com. Marzo 2003. [con acceso el 6 de Abril 2009].

Es esencial, que proceso de control articule fundamentalmente las acciones de enlace necesarias para alcanzar un buen nivel de participación, obtener las soluciones más adecuadas [6], para cada organización como contexto único.

2.1.2 Hospitalización domiciliaria, una nueva modalidad de tratamiento. La hospitalización domiciliaria (HD) es un recurso sanitario específico, que permite tratar en su propio domicilio a un grupo seleccionado de pacientes, poniendo a su disposición una infraestructura sin la cual los enfermos permanecerían hospitalizados. Se trata pues, de una extensión del hospital al domicilio del paciente.

Existe un gran desarrollo de los programas de HD ya que son numerosos los pacientes que se benefician de programas de HD en la actualidad, ampliándose cada vez más los procesos subsidiarios de recibir atención domiciliaria. Existen experiencia en diálisis peritoneal, nutrición parenteral, oncología, SIDA y otras enfermedades infecciosas: que requieran tratamiento intravenoso y en enfermedades respiratorias crónicas. Este aumento se debe principalmente a:

- Aumento progresivo de la población de edad avanzada, con dificultad para acceder al hospital,

- Elevado coste del tratamiento y de la cama hospitalaria en los centros altamente tecnificados,

- Posibilidad de evitar complicaciones propias del hospital, fundamentalmente las infecciones nosocomiales, inadecuación del hospital para tratar los problemas no agudos, la mejoría actual de la calidad de la vivienda en cuanto a las comunicaciones que favorece el tratamiento en el propio domicilio del paciente, posibilidad de que el paciente pueda elegir donde quiere tratarse

- La tendencia actual a considerar un error que un paciente deba permanecer en el hospital sólo para recibir medicación intravenosa, si por lo demás se encuentra estable, lo que se consideraba hasta muy recientemente un motivo ineludible para permanecer ingresado en el hospital.

La implantación de programas de hospitalización a domicilio debe constituir tres objetivos esenciales de la política y estrategia de las administraciones sanitarias[5]:

a) contener el gasto sanitario merced a la mejoría en la relación coste-eficacia que ofrece frente a la hospitalización tradicional, especialmente si se inscribe dentro

[5] Dra. Mª Antonia Gómez Mendieta. Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

del proceso de una reforma asistencial de los hospitales y en patología de alta frecuencia y coste,

b) mejorar la calidad de vida y confort asistencial del enfermo manteniéndolo en su entorno familiar,

c) acortar el tiempo de espera de pacientes pendientes de ingreso hospitalario.

Los principios fundamentales que debe tener en cuenta cualquier programa de HD, pueden resumirse en: [6]

- La HD no es un sustituto del hospital, sino más bien un complemento a la atención prestada en el mismo.

- Especificidad: los resultados obtenidos con los programas de HD son mejores cuando más concreto es el problema a tratar. Por ello, la selección de candidatos debe ser muy meticulosa, centrándonos en la cantidad y complejidad de cuidados a administrar, más que en la patología en sí misma.

- Información adecuada de pacientes y familiares.

- Valoración de las necesidades sociales que influyan en el mantenimiento del paciente en su casa.

- En los modelos de HD, la familia debe asumir una parte de la actividad que en el hospital realizan los profesionales. En ello radica en gran parte el menor coste derivado de la HD.

- Los objetivos han de ser concretos y cuantificables, para poder valorar así los resultados conseguidos.

- Basarse en intervenciones específicas.

- Permitir que la oferta asistencial complementaria sirviera para reducir algún aspecto de la demanda.

Los programas de HD en sujetos con patología respiratoria se han centrado fundamentalmente en los enfermos que reciben tratamiento con oxigenoterapia o con ventilación mecánica domiciliaria. La justificación de la necesidad de

[6] Oterino de la Fuente D, Ridao M, Peiró S, Marcham C. Hospital en casa hospitalización convencional. Una evaluación económica. Med Clin (Barc) 1997;109:207-211.

programas de HD especializados en este tipo de pacientes, viene dada por la utilización en el domicilio de equipos sofisticados y de manejo complejo que precisa un grupo de profesionales con experiencia. Es lógicamente más rentable reunir a un grupo de profesionales con experiencia en el manejo de estos equipos que formar a todos los médicos de Atención Primaria en aspectos tan especializados. Además, muchos de los pacientes con enfermedades respiratorias hacen una vida cama-sillón por lo que la única alternativa para recibir atención médica especializada es el ingreso hospitalario, con el consiguiente colapso del hospital sobre todo en los meses invernales, donde las reagudizaciones cobran un gran protagonismo. En este contexto, la implantación de un programa de HD especializada incorpora un nuevo recurso sanitario de indudable valor, complementario a los recursos clásicos.

Los objetivos

Los que deben perseguir un programa de HD para pacientes con enfermedades respiratorias crónicas, han sido definidos por la American Thoracic Society y pueden resumirse en:[7]

- Mejorar la calidad de vida permitiendo la estancia en casa.
- Prevenir o minimizar las complicaciones que requieren hospitalización.
- Detectar cambios físicos o psíquicos que requieran cambios terapéuticos en el propio domicilio del paciente.
- Capacidad para transferir al paciente al hospital en las reagudizaciones.
- Proporcionar tratamiento y facilitar su cumplimiento.
- Promover una actitud positiva e independiente

Los programas dirigidos a pacientes respiratorios crónicos graves han perseguido, fundamentalmente, demostrar la reducción de ingresos hospitalarios y visitas a urgencias, y así reducir los costes de la atención sanitaria. Ello hablaría en favor de la eficacia del programa de HD.

[7] Servera E, simó L, Marín J, Vergara P. Hospitalizaciones durante un año en un grupo de insuficientes respiratorios crónicos graves con cuidados a domicilio. Med Clin (Barc) 1989,93:437.

2.1.3 Algunos de los factores condicionantes, por los cuales surge la atención domiciliaria.

- Envejecimiento progresivo de la población.
- Un cambio de hábitos de frecuentación de las estructuras de atención de salud.
- Importante déficit de camas hospitalarias.
- Un replanteamiento de las estrategias de atención de los enfermos crónicos institucionales.
- Necesidad de ampliar la cobertura en servicios de salud.
- Control de costos por parte del Hospital.

La prestación de servicios de atención domiciliaria se fundamenta en:

- Proporcionar atención rápida a las personas que por su estado de salud no puedan desplazarse a su centro de atención.
- Ofrecer la posibilidad de contar con los cuidados de un grupo domiciliario en casa.
- Ayudar a las personas enfermas y a sus familiares a vivir mejor su enfermedad, cuidando, informando y utilizando al máximo los recursos médicos sociales del medio.
- Educar al paciente y a su familia para fomentar así la máxima auto responsabilidad en materia de salud.

Característica de la prestación del servicio:

- Siempre está dirigido a una población definida.
- Es bien visto por la comunidad, mejora la relación medico paciente.
- Estimula el autocuidado del estado de la salud en el paciente.
- El equipo de salud siempre debe ser multidisciplinario.
- Realiza promoción y prevención.
- Servicio que participa en control del gasto en salud.

2.1.4 Beneficios de la atención medica domiciliaria

2.1.4.1 Para el paciente y su familia.

- Disminución del riesgo de exposición a las enfermedades intra hospitalarias.

- Disminución de los costos de atención para el paciente y su familia (copagos, excedentes, desplazamientos a centros asistenciales).
- Proporciona seguridad a los pacientes, ya que estos permanecen en su ambiente familiar sin que se produzcan más alteraciones en su entorno.
- Mejoramiento de la calidad de vida.
- Rápida recuperación.
- Estimula el autocuidado.
- Fortalece la independencia y la autonomía.
- Estrecha los lazos familiares, al involucrar el grupo familiar en el cuidado del paciente.
- Mantiene los espacios de privacidad.
- Propicia la adecuada utilización del tiempo libre.

2.1.4.2 Para las aseguradoras (EPS, ARS, ARP).

- Disminución del costo al reducir la estancia hospitalaria.
- Reducción de readmisiones hospitalarias.
- Reducción de los costos causados por el componente hospitalario.
- Se acelera la recuperación del paciente y por la tanto la reincorpación a su rutina normal (menor tiempo de incapacidad).
- El servicio prestado es más integral y retorna el concepto de medicina familiar.
- Las actividades educativas están dirigidas a todo el grupo familiar, lo que mejora el autocuidado de la salud en todos los miembros del grupo.
- Disminución del riesgo de exposición a las enfermedades intra hospitalarias las cuales tiene una magnitud en costos.
- Se brindan más alternativas de tratamiento del paciente.
- Mejora la imagen institucional porque es un producto que atrae mas usuarios para la EPS.
- Herramienta para que la Auditoria disminuya la estancia hospitalaria.

2.1.4.3 Para las entidades prestadoras de servicios.

- Optimiza el giro y disponibilidad de camas.
- Aumenta la capacidad de oferta del equipo médico asistencial.
- Mejora la imagen institucional.
- Aumenta la capacidad de mercado al compartir el programa con la aseguradora.
- Se evidencia un mayor compromiso de la institución con el paciente.
- mantener al usuario en su medio más cercano a su ambiente familiar.
- Se facilita la inclusión de actividades orientadas a favorecer la inserción y la rehabilitación del usuario en su medio habitual.

2.1.4.4 Otros grupos de actividades.

- Madre canguro.
- Atención de maternas de riesgo intermedio.
- Manejo de dolor.
- Hospitalización en casa.
- Atención de paciente prequirúrgicos.
- Atención de pacientes pos-quirúrgicos de neurocirugía.
- Realización de ayudas diagnosticas.

2.1.4.5 Personal que conforma el equipo de salud en un servicio de atención medica domiciliaria.

- Medico General
- Enfermera profesional
- Auxiliar de enfermería
- Auxiliar de laboratorio clínico
- Bacterióloga
- Conductor
- Saneamiento
- Gerontólogo
- Sacerdote
- Psicólogo

2.1.5 Clasificación de las actividades del servicio de atención domiciliaria

PROPIAS

- Valoración del estado de salud del paciente y de sus necesidades, teniendo en cuenta sus propios recursos.

- Higiene psico- física del paciente y su familia, intentando lograr el máximo grado de confort.

- Prevención de nuevas patologías y de complicaciones derivadas de la enfermedad de base.

DERIBADAS

- Aplicación de tratamiento según prescripción médica.

- Curaciones de lesiones de tejidos blandos, heridas traumáticas y quirúrgicas.

- Colocación y vigilancia de sondas vesicales, nasogástricas y drenajes.

Control de constantes vitales, glicemias, glucosurias, toma de muestras sanguíneas y en general de laboratorio clínico.

2.1.6 Etapas de la visita domiciliaria.

- **Etapa preoperatoria:** Es la etapa en la cual el equipo de salud recibe la remisión del paciente, confirma los datos de los derechos del servicio, verifica dirección de la residencia, prepara equipo y suministros según tipo de patología, se comunica vía telefónica con los familiares del paciente para confirmar estado del usuario y hora de visita.

- **Etapa ejecutiva: Tiempo** en el cual el equipo de salud se desplaza al domicilio, se presta el servicio demandado por el paciente; educación, atención medica, aplicación de medicamento, curaciones, terapias programadas, etc.

- **Etapa de registro e informe:** El equipo de salud se sienta a registrar en la historia clínica los procedimientos y medicamentos que se suministraron al paciente. Llenar RIPS.

- **Etapa de evaluación:** Etapa en la que el equipo de salud comenta aspectos que pueden mejorar la condición de salud del paciente, los riesgos de enfermedad, complementar el tratamiento y si es necesario reorientar el tratamiento del paciente. Identifica los puntos críticos para intervenirlos.

Define según patología y condiciones de salud del paciente la periodicidad de las visitas por el equipo de salud.

2.1.7 Principales características del sistema.

Imprescindible: El servicio de Emergencias Médicas y sus prestaciones adicionales ha sido reconocido mundialmente como un factor preponderante en los programas de asistencia médica y es un indicador del nivel de vida de la población.

Complementario: El Sistema de cobertura implementado por la E.S.E Hospital San José, lejos de competir con los sistemas asistenciales convencionales, constituye un complemento ideal ya que asegura al paciente el acceso electivo, en tiempo y forma, al establecimiento de su libre elección.

Evolutivo: El Sistema de Cobertura que hoy ofrece a la comunidad es producto de una constante evolución hacia la completa resolución de los problemas ambulatorios en el área de la salud. Hoy, además de la atención médica, estamos en condiciones de resolver en el domicilio del paciente, una serie importante de cuadros que normalmente crean un clima de intranquilidad familiar.

Confiable: Nuestra propuesta parte de una premisa fundamental, condiciones perdurables en el tiempo, a fin de evitar tediosas negociaciones que someten al usuario a requisitos imprevistos. En este sentido, podemos afirmar que nuestras actuales condiciones de contratación coinciden con las iníciales, habiendo pasado nuestra economía, en el mismo tiempo por dos períodos hiperinflacionarios.

Costo: Los costos adicionales para la prestación de este servicio serán muy módicos y lo menos costosos posibles, ya que se realizara el estudio del tiempo efectivo del profesional y equipo que se utilice durante la atención o el tratamiento y el paciente tendrá una disminución en cuanta a la estancia Hospitalaria, Desplazamiento y regreso en vehículo, tiempo no productivo en salas de espera o filas a realizar, y otros imprevistos que se generan cuando es necesario desplazarse hacia el hospital

Equipamiento: Un equipo permanentemente capacitado en nuestro propio sistema de educación y actualización, preparado para resolver cualquier tipo de emergencias que ponga en peligro una vida.

Dotación: Está integrada por un conductor capacitado en primeros auxilios, un enfermero / paramédico entrenado en emergencias y un médico.

2.2 MARCO LEGAL

Luego de la promulgación de la nueva constitución política de 1991, se posibilito la reforma a la seguridad social en Colombia, permitiendo así nacer a la ley 100 de 1993, la cual no pretende crear un nuevo modelo de salud, sino replantear las condiciones de acceso a los servicios de salud y optimizar la utilización el recurso del sector. Lo anterior permitió el desarrollo de estrategias en la contención de costos aquí aparece la atención domiciliaria que sin disminuir la calidad de los servicios y con el ánimo de proteger un bien muy preciado como lo es la salud, hoy inicia su protagonismo entre los usuarios, prestadores y aseguradores.

Los fundamentos constitucionales y legislativos para la prestación de los servicios médicos domiciliaros son los siguientes:

La constitución política de Colombia de 1991. Articulo 49. Relativo a la atención de la Salud y el Saneamiento ambiental al Estado le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer vigilancia y control.

Además los Servicios de salud se organizaran en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

El contenido anterior es la base para el desarrollo de la legislación y de las empresas de atención domiciliaria.

Ley 10 de 1990. Articulo 9D. Señala los términos de las normas científicas y calidad de los servicios. Lo cual va a delimitar y definir la base para la construcción de los servicios médicos de atención domiciliaria.

Ley 10 de 1990, Articulo 8. Al Ministerio de Salud le corresponde formular los políticas y dictar normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integren el sistema de salud. Los servicios de atención médica domiciliaria con integrantes del sistema se deben acoger a la normatividad emanada del Estado.

La ley 100 de 1993. Desde sus preceptos se apunta a garantizar la aplicación de la cobertura en salud para toda la población, establece los principios de eficiencia, Universalidad, solidaridad, unidad, y participación comunitaria; así mismo pretende que se brinde servicios de salud con calidad que traduzca en atención oportuna, humanizada, integral, continua y de acuerdo a estándares.

A continuación se enumeran cada uno de los artículos de la ley 100 que soportan la normatividad de la atención domiciliaria.

En la resolución 5261 en su artículo 8°. Asistencia domiciliaria: Es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo del personal médico y/o paramédico y la participación de la familia, la que se hará de acuerdo a las guías de atención integral establecidas con tal fin.

Solo este párrafo define la atención domiciliaria como una actividad, intervención y procedimiento incluido en el Plan Obligatorio de Salud.

Articulo 153. En este artículo se definen los fundamentos del servicio público de salud los cuales son:

- Equidad.
- Obligatoriedad.
- Protección integral
- Libre escogencia
- Autonomía de las Instituciones
- Descentralización Administrativa
- Participación Social
- Concertación.
- Calidad

El sistema establece mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, Humanizada, Integral, Continua y de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales, de acuerdo con la reglamentación que exige el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditas ante las entidades de vigilancia y control.

La estructura de la anterior norma asegura un tratamiento equitativo tanto para los prestadores de atención médica domiciliaria como para los aseguradores.

Artículo 159. La atención de un plan obligatorio de salud por parte de las E.P.S. brindado a través de la I.P.S. Enmarca a la atención domiciliaria al Plan Obligatorio de Salud con el objetivo de racionalizar los recursos.

Artículo 173-2. Sobre las normas científicas que regulen la calidad de los servicios en la I.P.S. y E.P.S.:

Lo anterior implica para la atención domiciliaria que la prestación de servicios se rige por protocolos, guías o medicina basada en la evidencia.

Articulo 178. Normatiza que las EPS deben establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna, y de calidad en la IPS, además evaluar sistemáticamente, la calidad de los servicios ofrecidos.

El asegurador tiene una responsabilidad en el control de la empresa que prestan los servicios de la atención domiciliaria.

Artículo 185: las IPS deben tener como principio básico la calidad y la eficiencia, tendrán la autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propondrán la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.

Los prestadores del servicio médico domiciliario son responsables de suministrar la atención basada en los conceptos anteriores.

Articulo 199. Información a los usuarios: El Ministerio de Salud definirá las normas de calidad de satisfacción del usuario pudiendo establecer medios como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente. La atención médica domiciliaria tiene que definir indicadores.

Articulo 232. Obligaciones de las IPS en cuanto la organización de un sistema de garantía de calidad de la atención en salud.

Decreto 1876 de 1994. En el artículo 3, numeral 2 mencionan la calidad, relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada y continua, de acuerdo a estándares aceptados sobre procedimientos científicos, técnicos y administrativos, utilizando la tecnología apropiada, de acuerdo a los requerimientos de los servicios de salud que ofrecen y de las normas vigentes sobre la materia. Por lo tanto la atención domiciliaria tiene que desarrollar un sistema de la garantía de la calidad.

Decreto 2174. Define el Sistema de Garantía de la Calidad. Como un conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio. A un costo razonable y con el mínimo de riesgo posible y plantea los siguientes objetivos:

- Garantizar parámetros mínimos de calidad de la atención en salud, como punto de partida en el proceso de mejoramiento continuo de los servicios.

- Promover el desarrollo de una cultura de la calidad entre las personas y las entidades que conforman el sistema general de seguridad social en salud.

- Fomentar la sana competencia entre las EPS y entre las IPS, sobre la base de la calidad en beneficios de los usuarios del sistema.

- Estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilite la realización de las labores de auditoría, vigilancia, control y contribuya a una mayor información de los usuarios.

Decreto 2759 del 11 de diciembre de 1991. Por el cual establece y organiza el régimen de Referencia y Contrarreferencia. Este sistema es importante para la atención domiciliaria porque inscribe los pacientes en este servicio.

La resolución 1995 de 1999. Por la cual establece las normas para manejo de la historia clínica. Este documento es de vital importancia para la atención domiciliaria porque el registra cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

La hospitalización domiciliaria (HD). Es un recurso sanitario específico, que permite tratar en su propio domicilio a un grupo seleccionado de pacientes, poniendo a su disposición una infraestructura sin la cual los enfermos permanecerían hospitalizados. Se trata pues, de una extensión del hospital al domicilio del paciente.

La hospitalización domiciliaria se define como una modalidad asistencial alternativa de la hospitalización tradicional en donde el paciente recibe los mismos cuidados que en el centro de salud tanto en calidad como en cantidad, y sin los cuales hubiera sido necesaria la permanencia en el hospital. Sus objetivos son, prestar cuidados similares a los del hospital en condiciones mas favorables ya que no separa a los individuos de su entorno habitual; proporcionar asistencia mas humanizada al fomentar la confianza y tranquilidad del enfermo ante su proceso lo que repercute en una mejor evolución; alcanzar unos niveles óptimos de auto cuidado a través de la educación del enfermos y de la familia; aumentar la comunicación entre asistencia hospitalaria y primaria y mejorar la utilización de los recursos hospitalarios.

Programa de Hospitalización domiciliaria: PHD. El programa de hospitalización domiciliaria, es un servicio hospitalario habilitado, bajo la modalidad extramural domiciliaria, de complejidad Media, con código del prestador Clínica Colsanitas SA # 110110918641.

Enfermedades y situaciones concretas

La hospitalización domiciliaria se destina sobre todo a personas de edad avanzada que necesitan cuidados paliativos y a pacientes que sufren cáncer u otras enfermedades degenerativas. En España, las enfermedades del aparato respiratorio, digestivo y circulatorio son las tres patologías más asociadas a este tipo de asistencia sanitaria.

Los requisitos que se exigen para formar parte de los programas de hospitalización en el propio domicilio son: la aceptación voluntaria del paciente y la familia; la constatación de que su entorno pueda asumir el cuidado del paciente

con un cuidador informal o bien contratando a un profesional especializado; adaptación de la vivienda de acuerdo a unas condiciones mínimas de estructura, de forma que no sea un factor de riesgo para el enfermo y, por último, que la patología sea susceptible de requerir atención domiciliaria.

En general, desde la atención primaria se valora la idoneidad de que el paciente ingrese en programas de hospitalización domiciliaria. Sin embargo, es preciso que el servicio de atención domiciliaria esté bien coordinado e integrado con los otros servicios sanitarios como el hospital, el servicio de urgencias, los servicios sociales y los de atención primaria

Evaluación de la calidad de la atención médica. Análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, mediante la integración de un diagnóstico situacional, que permita conocer: la estructura, el proceso y los resultados; identificar los problemas, los procesos que requieren ser mejorados y los logros

Visita médica domiciliaria. Es el proceso por el cual el equipo de salud se desplaza al domicilio, para prestar los servicios médicos que el paciente demanda; promoción estimulando el autocuidado; prevención evitando que el paciente presente episodios de descompensación de su enfermedad de base; tratamiento cuando el paciente presenta una patología que es de manejo domiciliario; rehabilitación cuando el paciente presenta secuelas de su enfermedad, facilitarle la tecnología para restablecer el máximo su calidad de vida.

INDICADORES DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN:
TIEMPOS DE ESPERA.
DIFERIMIENTOS.
CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICA.
CONGRUENCIA DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICA.
CANCELACIÓN DE CIRUGÍAS.
TASA DE INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS.
TASA DE EVENTOS ADVERSOS.
REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN:
TIEMPOS DE ESPERA.
DIFERIMIENTOS.

ACCIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD:
SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS.

PLANEACIÓN ESTRATÉGICA PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS QUE LO REQUIERAN.
RECONOCIMIENTO POR LOS LOGROS ALCANZADOS.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
REGISTRO.
DETERMINAR PRIORIDADES (PARETO).
IDENTIFICAR AL RESPONSABLE DEL PROCESO.
ANÁLISIS PARTICIPATIVO CONJUNTO.
DETERMINAR LA MEJOR OPCIÓN DE SOLUCIÓN.
OTORGAR ASESORÍA.
ESTABLECER COMPROMISOS.
IDENTIFICAR OBSTÁCULOS PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS E INTEGRARLOS, AL PROCESO COMO NUEVOS PROBLEMAS.
VERIFICAR LA SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PROYECTO

La presente investigación es de carácter descriptivo, debido a que su propósito es describir el proceso de prestación del servicio del Plan de Hospitalización Domiciliaria en la empresa Sanitas Medellín, para realizar un respectivo análisis del modelo y proponer nuevas mejoras al mismo. Pero al mismo tiempo tiene un componente exploratorio, puesto que aborda el comportamiento y resultados del servicio en tiempo real, por medio del trabajo de campo.

La obtención de datos se realizó una sola vez en cada unidad de análisis, en donde se utilizó un instrumento de recolección de información con aplicación única a cada sujeto de investigación, el cual fue la observación directa.

3.2 ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

- **Primera etapa.** En esta etapa inicial se realizó una revisión de las fuentes primarias y secundarias de la siguiente forma: para la revisión de fuentes secundarias se abordó libros, investigaciones, revistas, periódicos y todo aquel material impreso que esté relacionado con el tema. Así mismo se revisaron las diferentes alternativas existentes de información sobre el tema que se encuentran en Internet. De las cuales se realizó una síntesis temática para el desarrollo de los objetivos.

Para la revisión de fuentes primarias que son las personas y los hechos, se realizó una serie de observaciones dirigida a los procesos y resultados del Programa de Hospitalización Domiciliaria de Colsanitas PHD, Grupo Medellín. Para tal fin se diseño una bitácora para la sistematización de la observación directa, necesaria para el trabajo de campo, la cual se aprecia en el anexo A. (Véase el Anexo A).

- **Segunda etapa.** En esta etapa se aplicaron las técnicas de recolección de la información como son la síntesis y la observación directa.

- **Tercera etapa.** La organización y selección de la información de las fuentes secundarias son características de ésta etapa, se analizó, e interpretó la información recolectada en las fuentes secundarias y la observación directa, concretando los elementos básicos para el desarrollo de los objetivos específicos, que involucra cada uno de los estudios planteados inicialmente.

- **Cuarta etapa.** Sistematización y presentación de resultados de la síntesis, y la observación, así como la presentación de los diferentes objetivos desarrollados con sus respectivas conclusiones y recomendaciones.

- **Quinta etapa.** Presentación y socialización de los resultados de la investigación.

4. DESARROLLO TEMÁTICO

4.1 CARACTERIZACIÓN DEL MODELO ACTUAL PHD COLSANITAS MEDELLÍN

El programa de hospitalización domiciliaria, es un servicio hospitalario habilitado, bajo la modalidad extramural domiciliaria, de complejidad Media, con código del prestador Clínica Colsanitas SA # 110110918641.
ES REALIZAR

Ofrece los siguientes Servicios:

TERAPIAS
CURACIONES ESPECIALIZADAS
ENTRENAMIENTO
OXIGENO
CUIDADOS PALIATIVOS
OXIGENO
CUIDADOS PALIATIVOS
TERAPIAS
CURACIONES ESPECIALIZADAS
ENTRENAMIENTO

Atiende los siguientes grupos de Pacientes:

- Enfermedades de corta estancia:

Infecciones - heridas - ictericia recién nacido - vigilancia medica

- Estancias intermedias:

Osteomielitis - cuidados paliativos - sífilis

- Enfermedades crónicas: EPOC, hipertensión, insuficiencia cardiaca congestiva, artritis reumatoide, hipotiroidismo, enfermedades degenerativas, diabetes, secuelas de accidentes cardio – cerebro - vasculares, entre otras

- Grupos de edad atendidos: Todos los grupos atareos

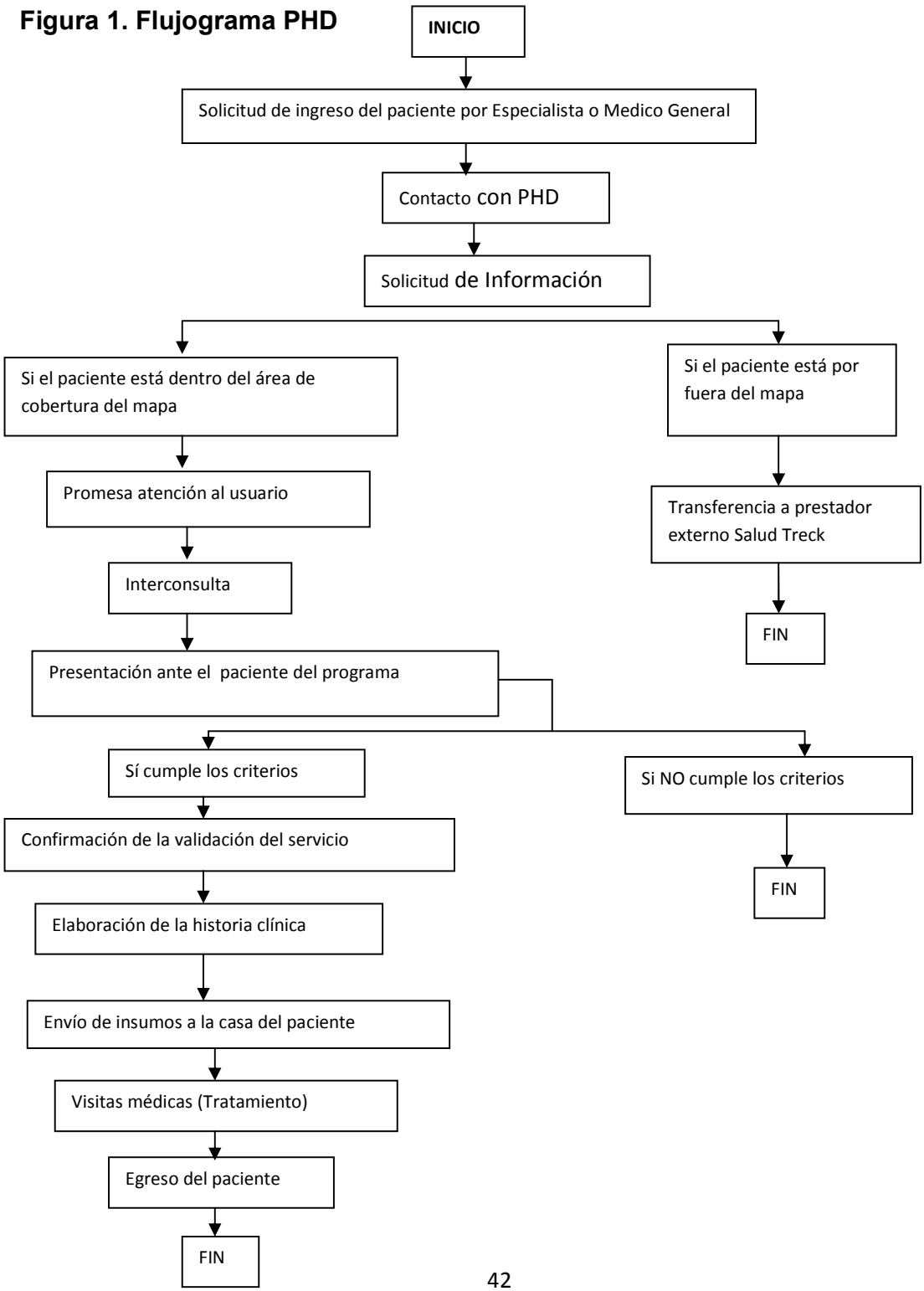
- Metas durante la atención: completar tratamiento, seguimiento médico, entrenamiento al paciente y grupo familiar, alivio de los síntomas y en los casos pertinentes consulta médica periódica

Clientes del PHD:

EPS Sanitas
Colsanitas Prepagada
Planes Modulares:
Banco de la República
Bavaria
Seguros Bolívar

4.1.1 Flujograma del proceso de prestación del servicio del Plan de Hospitalización Domiciliaria de Colsanitas Medellín.

Figura 1. Flujograma PHD



4.1.2 Descripción de los Procedimientos para el Ingreso de un Paciente al Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD), Colsanitas Medellín. El programa de hospitalización Domiciliaria, actualmente funciona con 4 equipos médicos, 2 en la mañana y 2 en la tarde, y con 1 secretario medico, los cuales deben engranarse muy estrechamente para que tanto la parte asistencial como la logística/ administrativa, funcione lo más eficazmente posible.

A continuación, se describirán paso a paso los componentes de este procedimiento, presentados en un Flujograma anterior, con el fin de identificar en ellos, los que son susceptibles de mejorar:

Solicitud de ingreso a PHD: El inicio para un paciente en el programa de hospitalización Domiciliaria PHD Medellín, comienza cuando hay una solicitud Del especialista tratante o del médico general con el aval de un especialista. Esta solicitud es escrita en la historia clínica del paciente por el profesional tratante durante la elaboración del alta y órdenes medicas de la clínica respectiva en el caso de un paciente hospitalizado, o durante la elaboración de la conducta o plan en el caso de que el paciente haya sido valorado en consulta externa o Urgencias.

Contacto con el PHD Medellín: Una vez esta redactada la solicitud formal, es trasferida al personal administrativo encargado del caso del paciente, quienes se comunican con el PHD a la línea Principal de la Oficina entre semana: 321 11 44 ext: 112 ó 131, o a los números celulares durante los fines de semana o festivos: 315 393 01 09 ó 315 392 69 46.

Cuando es entre semana quien contesta la llamada en la oficina es el secretario clínico del PHD. Los fines de semana quien recibe la llamada y anota los datos de la solicitud es uno de los médicos de turno.

Solicitud de información: Cuando se recibe la llamada de contacto, es fundamental la solicitud de la información del paciente a quien se le pide ser valorado donde esté por parte del PHD Medellín. Entre semana quien recolecta dicha información es el secretario clínico, copiando los datos a mano en una hoja de papel, donde anota: institución remitente, nombre del paciente, edad, identificación, diagnostico, tratamiento requerido por el PHD, días de estancia estimados, dirección de domicilio, teléfono de contacto del paciente, nombre del contacto que está solicitando el servicio y su teléfono. Una vez captados los datos, el secretario medico genera una promesa inicial de visita a la clínica o domicilio del paciente de 3 horas en promedio, por parte de uno de los médicos del equipo. Seguido esto pega la hoja con los datos en la cartelera de la oficina e informa a los médicos sobre la solicitud de ingreso al programa. Los fines de semana quien anota los datos de la solicitud es el médico de turno que recibe la llamada.

Algunas veces además se reciben las órdenes médicas y la solicitud de la clínica vía FAX, o por correo electrónico.

Domicilio del paciente dentro del Mapa de Cobertura: Si el Domicilio del paciente está dentro de los límites del mapa de cobertura del PHD Medellín, el médico del equipo que recibe la información del ingreso se comunica con el contacto de la clínica que hizo la solicitud, confirmando la visita.

Domicilio del paciente fuera del Mapa de Cobertura: En caso tal de que se identifique un domicilio fuera del mapa de cobertura, el médico del programa es quien gestiona 3 recursos diferentes para la atención del servicio:

- **Solución de Domicilio dentro del Área de cobertura:** Se Ofrece la posibilidad de que el paciente busque dentro de sus familiares y conocidos la posibilidad de alojamiento en un domicilio dentro del mapa de cobertura durante los días requeridos de estancia dentro del PHD. En caso tal de que sea posible, se captan los nuevos datos de domicilio y teléfono por parte del médico que está gestionando por teléfono esta llamada.

- **Trasferencia del servicio a un prestador externo:** En el caso en que se identifico este limitante en la prestación del servicio por parte del PHD, Se le informa al contacto de la clínica, ofreciendo la posibilidad de trasferencia a un prestador externo del servicio. Para el PHD Medellín, el prestador externo se llama Salud Treck. En caso tal de que el contacto de la clínica este de acuerdo, se llama a Salud Treck y se verifica con ellos si el domicilio del paciente está dentro de su area de cobertura. Si es este el caso, se les transfieren los datos captados durante la solicitud de información, y se les pide que confirmen la atención del servicio con el contacto donde fue hecha la solicitud. Se llama nuevamente al contacto que pidió el servicio y se le confirma la transferencia de datos y disponibilidad de prestación de la atención por parte de ellos, dándoles el numero de contacto de Salud Treck. Esta gestión la realiza uno de los médicos via telefónica.

- **Permanencia en la clínica / negación del servicio:** En el caso en que las 2 opciones anteriores no fueran viables, el médico del PHD, hace una negación inicial del servicio por falta de acceso al domicilio. Ulteriormente debe informar dicha situación a sus entes superiores vía telefónica o en su defecto vía correo electrónico. En caso tal de que los entes superiores consideren que el servicio debe atenderse a pesar de no cumplir con los requisitos anteriores, ellos generan un canal de comunicación con el PHD para hacerles saber esta decisión.

- **Promesa de atención al Usuario:** Una vez están listos todos los pasos anteriores, el médico que genero la promesa de atención, llega a la clínica en el tiempo pactado inicialmente. En el caso de que suceda un imprevisto o que el

acceso al sitio de atención este muy retirado del lugar donde se encuentra el médico, se debe generar una llamada al contacto de la clínica para extender el tiempo estimado de llegada del PHD.

Interconsulta: Una vez llega el equipo del PHD al sitio de atención procede a identificarse con el carne de la empresa. Si es en un domicilio el médico solicita permiso para ingresar al domicilio a realizar la evaluación del paciente y pide copia de las órdenes médicas del especialista tratante, además de copia de la historia clínica para iniciar la recolección de datos necesarios para llenar la Historia del PHD. Si el caso es en un hospital o Clínica, el médico se identifica con el personal de vigilancia de la entrada y pide orientación hacia el piso donde está hospitalizado el paciente. Una vez en el puesto de enfermería del piso respectivo, el equipo se identifica nuevamente con el personal encargado de la custodia de la historia clínica del paciente y se les solicita acceso a esta para la recolección de los datos necesarios para llenar la historia clínica del PHD.

Una vez leída la historia clínica completamente desde el ingreso hasta la última nota de evolución y alta, en caso de ser necesario para aclarar dudas, el médico solicita contactarse con el especialista y/ o medico tratante para solucionarlas. En caso de haber incongruencias o de no cumplirse los requisitos de ingreso pertinentes a Diagnostico o tratamiento claros, el médico del PHD debe comunicarse con sus entes superiores para decidir si el paciente ingresa en ese momento o se pospone el ingreso mientras se aclaran las inconsistencias.

La enfermera jefe del equipo se encarga de captar información del cardex, de los intervalos de suministro, dosis y dilución de los medicamentos ordenados.

Se procede a pedir copia de la historia clínica y de las órdenes de ingreso al PHD con lo que el especialista tratante desea que se haga.

En el caso en el que después de la valoración clínica del médico del PHD, éste se encuentre con que el paciente esta inestable o con una condición clínica en la cual no sea prudente sacarlo de la clínica, el médico del PHD tiene la facultad amplia y suficiente para detener el proceso en este punto, de no ingresar en ese momento al paciente al PHD y de informar esta situación a sus entes superiores.

En caso tal de que se encuentre con que la situación clínica y el tratamiento no estén contemplados dentro de los servicios prestados por el PHD, se debe informar el caso a entes superiores para definir la pertinencia del ingreso.

Presentación del Programa ante el paciente: Una vez los requisitos previos están confirmados, se procede a contar de manera verbal al paciente y a su familia en qué consiste el programa de hospitalización domiciliaria, Diagnostico y tratamientos considerados por el médico tratante, y nivel de atención que se

ofrece para el caso concreto. En caso tal de que el paciente y su familia estén de acuerdo y acepten ingresar al PHD, se termina de llenar el resto de datos de la historia con la valoración clínica que realiza el equipo del PHD, y el paciente o en su defecto el acudiente, firma la historia de ingreso. Se les hace entrega de la publicidad del programa y se les dejan los números de contacto.

En caso tal de que el paciente o acudiente no estén de acuerdo con ingresar al PHD, se respeta esta decisión como criterio de no ingreso, y se informa dicha decisión al médico tratante y a los entes superiores del PHD, Finalizando el proceso hasta que el paciente más adelante cambiase de opinión, lo cual generaría retomar el proceso.

Confirmación de viabilidad del ingreso: Una vez el paciente acepta el ingreso, el médico se encarga de confirmar la disponibilidad de auxiliar de enfermería para el nivel deseado, con alguna de las 2 cooperativas que se tiene como outsourcing para la prestación del servicio.

La enfermera jefe de la cooperativa respectiva que recibe la llamada se encarga de concretar con la auxiliar que se responsabilizara del suministro de los medicamentos, confirmándole la dirección del domicilio, el teléfono, la hora de la primera dosis, los días de estancia estimados y el intervalo de suministro.

La enfermera jefe del PHD se encarga de confirmar los insumos requeridos para el Nivel requerido, llamando a Farmasanitas y corroborando en la oficina que estos estén disponibles.

En caso tal de que no se contare con el medicamento o insumo requerido, existe la opción de solicitarlo a la clínica donde el paciente esta hospitalizado, anexándolo a la cuenta de éste antes del cierre.

Montaje del PHD requerido: Una vez se confirmó viable el ingreso, se procede a entregar el pedido de medicamentos a farmacia. Cuando esta listo el pedido, farmacia entrega el pedido al conductor del equipo PHD, quien se encarga de llevar junto con los dispositivos para el suministro de los medicamentos, los insumos al domicilio del paciente.

Una vez los insumos están en la casa, se inicia el PHD respectivo de cada paciente.

En los casos en los que se necesita suministro de medicamentos venosos la auxiliar de enfermería que se encargará del paciente llega al domicilio de este, y después de leer las órdenes médicas y corroborar la información brindada por el jefe de la cooperativa, inicia con la primera dosis del medicamento y con las tareas enfocadas según el nivel.

Programa de hospitalización domiciliaria:

PHD Nivel 1: Este nivel es pertinente para los casos en los cuales se necesita infusión continua del medicamento o intervalos de suministro cada 8 o cada horas. Para este caso concreto se requiere auxiliar de enfermería para suministro de dosis y estancia en el día o en la noche (Turno + Dosis), o enfermería las 24 horas. Los servicios incluidos en este nivel ya se describieron previamente, y el nivel termina cuando el paciente termina la última dosis de antibióticos. Las visitas médicas son diarias hasta que termina este nivel. Al alta del nivel existen 5 posibilidades de destino final.

i. Alta en casa: en caso de que el paciente no requiera tratamientos ulteriores y en este caso continuaría controles ambulatorios con su especialista tratante.

ii. Muerte: Común para el caso de pacientes en cuidado paliativo.

iii. Fuga: en el caso en que el paciente decida terminar el PHD de manera unilateral sin previo aviso y sin posibilidad de contacto posterior para aclarar el egreso.

iv. Remisión: para el caso en el cual el paciente independiente de la causa requiera ser rehospitalizado.
v. Cambio de nivel del PHD: en el caso de que el paciente amerite continuar tratamiento en nivel diferente de atención. (Aplica para niveles 2,3,5 o 7 del Programa de atención Domiciliaria).

PHD Nivel 2: Este nivel es pertinente para los casos en los cuales se necesita el suministro de los medicamentos a intervalos de cada 12 o cada 24 horas. Para este caso concreto se requiere auxiliar de enfermería para suministro de dosis o estancia en el día o en la noche (Turno). Los servicios incluidos en este nivel ya se describieron previamente, y el nivel termina cuando el paciente termina la última dosis de antibióticos. Las visitas médicas son diarias hasta que termina este nivel. Al alta del nivel también existen 5 posibilidades de destino final.

i. Alta en casa: en caso de que el paciente no requiera tratamientos ulteriores y en este caso continuaría controles ambulatorios con su especialista tratante.

ii. Muerte: Común para el caso de pacientes en cuidado paliativo.

iii. Fuga: en el caso en que el paciente decida terminar el PHD de manera unilateral sin previo aviso y sin posibilidad de contacto posterior para aclarar el egreso.

iv. Remisión: para el caso en el cual el paciente independiente de la causa requiera ser rehospitalizado.

v. Cambio de nivel del PHD: en el caso de que el paciente amerite continuar tratamiento en nivel diferente de atención. (Aplica para niveles 1,3,5 o 7 del Programa de atención Domiciliaria).

PHD Nivel 3: Este nivel es pertinente para los casos en los cuales no se suministro de medicamentos venosos. Para este caso concreto no se requiere auxiliar de enfermería. Los servicios igualmente ya se describieron anteriormente. Visitas medicas solo según necesidad.

Al alta del nivel también existen 5 posibilidades de destino final.

i. Alta en casa: en caso de que el paciente no requiera tratamientos ulteriores y en este caso continuaría controles ambulatorios con su especialista tratante.

ii. Muerte: Común para el caso de pacientes en cuidado paliativo.

iii. Fuga: en el caso en que el paciente decida terminar el PHD de manera unilateral sin previo aviso y sin posibilidad de contacto posterior para aclarar el egreso.

iv. Remisión: para el caso en el cual el paciente independiente de la causa requiera ser rehospitalizado.

v. Cambio de nivel del PHD: en el caso de que el paciente amerite continuar tratamiento en nivel diferente de atención. (Aplica para niveles 1,2,5 o 7 del Programa de atención Domiciliaria).

PHD Nivel 4: Inicia al llevar la lámpara de fototerapia al domicilio y al enseñarla a manejar a uno de los familiares. Pertinente solo a Neonatos con Hiperbilirrubinemia con niveles de bilirrubina que o comprometan la vida del paciente. Este nivel termina cuando mejora la ictericia y el médico tratante considera que no necesita más fototerapia; o también termina en el caso en el cual el paciente no mejore y haya que contraremitirlo a la clínica nuevamente.

PHD nivel 5: Pertinente solo a Pacientes con patologías crónicas que no se pueden movilizar de su domicilio para reclamar las formulaciones mensuales.

Al alta del nivel también existen 5 posibilidades de destino final.

i. Alta en casa: en caso de que el paciente no requiera tratamientos ulteriores y en este caso continuaría controles ambulatorios con su especialista tratante.
ii. Muerte: Común para el caso de pacientes en cuidado paliativo.

iii. Fuga: en el caso en que el paciente decida terminar el PHD de manera unilateral sin previo aviso y sin posibilidad de contacto posterior para aclarar el egreso.

iv. Remisión: para el caso en el cual el paciente independiente de la causa requiera ser rehospitalizado.

v. Cambio de nivel del PHD: en el caso de que el paciente amerite continuar tratamiento en nivel diferente de atención. (Aplica para niveles 1,2,5 o 7 del Programa de atención Domiciliaria).

PHD Nivel 7: Pertinente al manejo de pacientes con tutelas. Servicios descritos anteriormente.

Al alta del nivel también existen 5 posibilidades de destino final.

i. Alta en casa: en caso de que el paciente no requiera tratamientos ulteriores y en este caso continuaría controles ambulatorios con su especialista tratante. (Casi nunca es por esta vía)

ii. Muerte: vía principal porque en este caso la mayoría de los pacientes son para cuidado paliativo.

iii. Fuga: en el caso en que el paciente decida terminar el PHD de manera unilateral sin previo aviso y sin posibilidad de contacto posterior para aclarar el egreso. (Poco común en este caso)

iv. Remisión: para el caso en el cual el paciente independiente de la causa requiera ser rehospitalizado.

v. Cambio de nivel del PHD: en el caso de que el paciente amerite continuar tratamiento en nivel diferente de atención. (Aplica para niveles 1,2,3 o 5 del Programa de atención Domiciliaria, y puede ser factible en algunos casos).

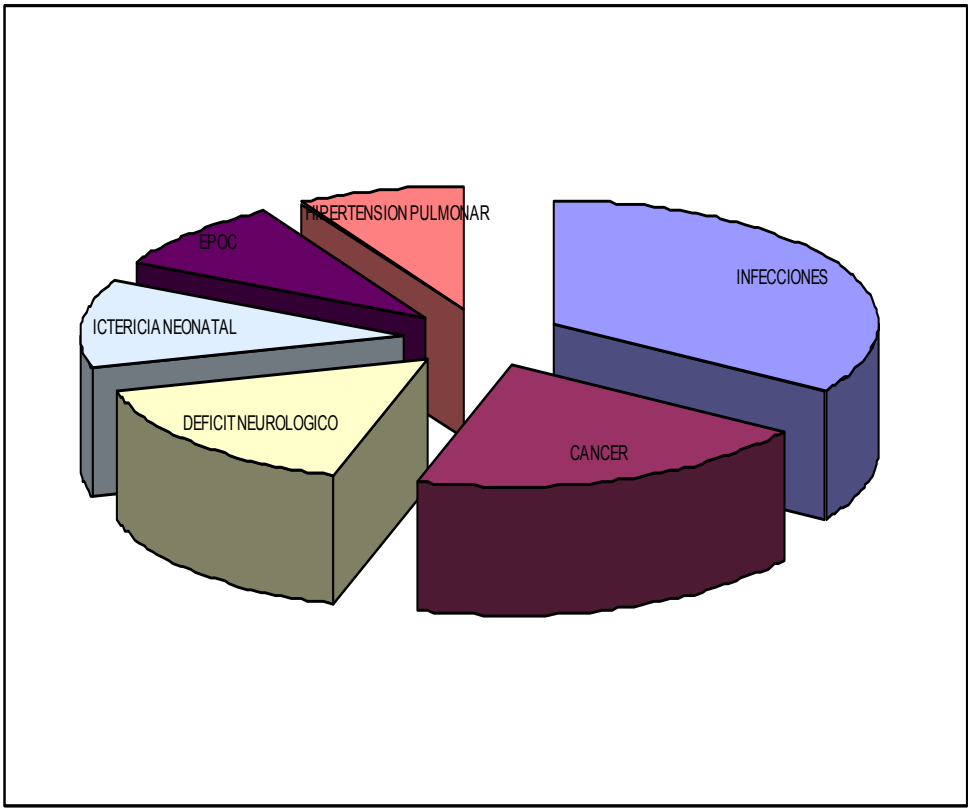
Fin del PHD: Concluye al alta del paciente cuando se cierra la historia clínica del PHD, se entregan por escrito las recomendaciones de ingreso, se llena la epicrisis, se entregan las formulaciones en caso de ser necesarias, se resuelven dudas e

inquietudes y se llena por parte del paciente o acudiente la encuesta de satisfacción.

Una vez se tiene la historia en el clinicentro el médico del PHD elabora el volante de cobro respectivo del nivel en el que estuvo el paciente y los días de estancia, se entrega al secretario clínico quien lo envía a la oficina principal y finalmente se traslada la historia al archivo central en el clinicentro de Colsanitas.

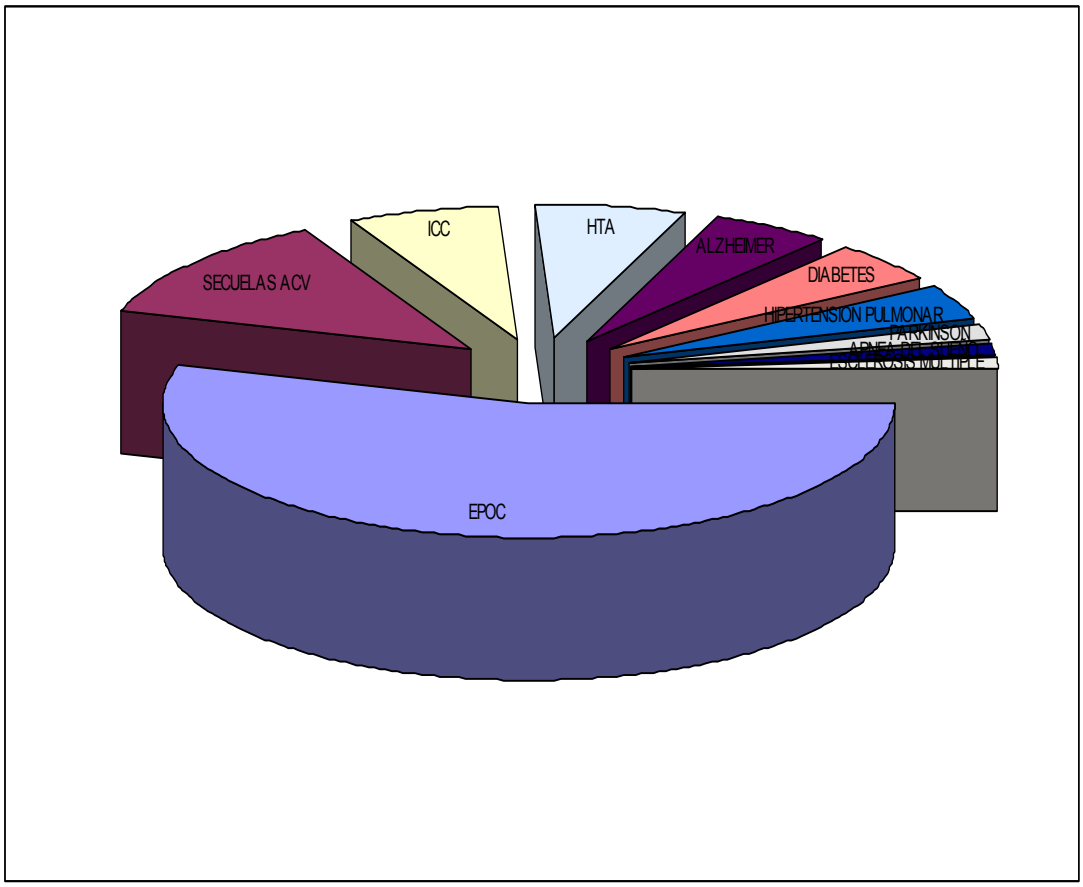
4.1.3 Situaciones clínicas agudas y crónicas descompensadas manejadas por el PHD. El programa de Hospitalización Domiciliaria, atiende pacientes con enfermedades de Corta Estancia, Dentro de las cuales, la Principal causa son las Infecciones, y pacientes con enfermedades de Estancias intermedias, donde la principal causa es el Cáncer. (Véase la grafica 1)

Grafica 1.Enfermedades agudas



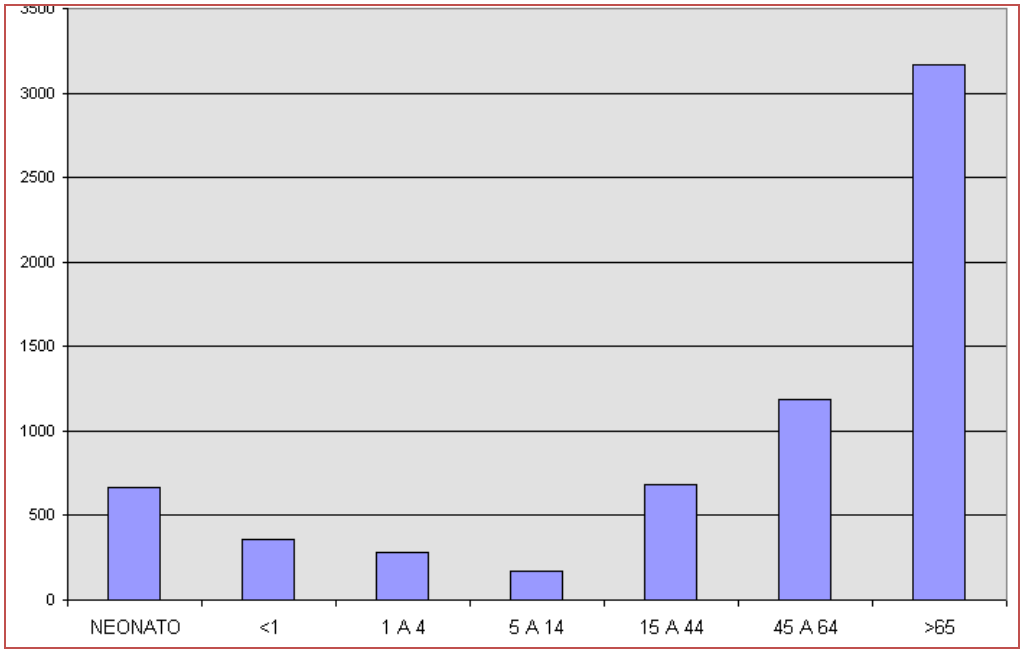
4.1.4 Prevalencia de enfermedades crónicas vigiladas y controladas por el PHD. Las Principales Enfermedades crónicas, ligadas a las condiciones sociodemográficas y culturales muestran como el EPOC y las Secuelas de Accidentes Cerebrovasculares son las principales entidades que limitan el desplazamiento del paciente a controles en sus IPS respectivas, por lo cual presentan la necesidad del manejo en casa. (Véase la Grafica 2)

Grafica 2. Enfermedades crónicas vigiladas y controladas por el PHD



4.1.5 Grupos etareos, pacientes agudos. El PHD atiende todos los grupos sin restricción de edad, ya que este no es un criterio para no ingresar al programa. Sin embargo la mayor parte de la población atendida en el programa corresponde a los mayores de 45 años de edad, y de estos a los mayores de 65 años. (Véase la grafica 3)

Grafica 3. Grupos etareos, pacientes agudos



4.1.6 Descripción de servicios y pertinencia del PHD por cada nivel. El PHD cuenta con diferentes niveles de atención para los diferentes casos particulares, dentro de los cuales se ofreces diferentes servicios con el objetivo de llevar a cabo los planes médicos definidos por los médicos tratantes.

<u>PRODUCTO PHD NIVEL 1</u>

SERVICIOS INCLUIDOS:

- ✓ Auxiliar de Enfermería 24 horas
- ✓ Visita diaria del médico y enfermera jefe
- ✓ Terapias Respiratorias y / o Físicas
- ✓ Medicamentos
- ✓ Insumos

- ✓ Oxigeno
- ✓ Nutrición
- ✓ Para clínicos: Laboratorios e imágenes Diagnosticas
- ✓ Urgencias: Traslado en Ambulancia a Nivel Superior de Complejidad

PERTINENCIA: A QUIEN ESTA DIRIGIDO?

- ✓ Pacientes con necesidad de medicación parenteral con intervalos de administración entre cada dosis de menos de 12 horas, en este caso concreto más de dos dosis al día, o paciente con infusión continua del medicamento.
- ✓ Estos pacientes además pueden tener durante la hospitalización eentrenamiento para:
  - o Preparación y suministro de nutrición enteral
  - o Cuidados y Manejo de Ostomías
  - o Plan casero de terapias
  - o Educación en medidas anti escara

<u>PRODUCTO PHD NIVEL 2</u>

SERVICIOS INCLUIDOS:

- ✓ Auxiliar de Enfermería 12 horas
- ✓ Visita diaria del médico y enfermera jefe
- ✓ Terapias Respiratorias y / o Físicas
- ✓ Medicamentos
- ✓ Insumos
- ✓ Oxigeno
- ✓ Nutrición
- ✓ Para clínicos: Laboratorios e imágenes Diagnosticas
- ✓ Urgencias: Traslado en Ambulancia a Nivel Superior de Complejidad

PERTINENCIA: A QUIEN ESTA DIRIGIDO?

- ✓ Pacientes con necesidad de medicación parenteral con intervalos de administración entre cada dosis de mayores o iguales a 12 horas, en este caso concreto 1 o 2 dosis al día.
- ✓ Educación en aplicación de Heparinas de bajo peso molecular por cuidador y/ o familia
- ✓ Estos pacientes además pueden también tener durante la hospitalización entrenamiento para:
  - o Preparación y suministro de nutrición enteral
  - o Cuidados y Manejo de Ostomías
  - o Plan casero de terapias
  - o Educación en medidas anti escara

PRODUCTO PHD NIVEL 3

SERVICIOS INCLUIDOS:

- ✓ Visita del médico y enfermera jefe según necesidad
- ✓ Terapias Respiratorias y / o Físicas según necesidad
- ✓ Insumos
- ✓ Oxigeno
- ✓ Nutrición
- ✓ Laboratorios
- ✓ Para clínicos: Laboratorios e imágenes Diagnosticas
- ✓ Urgencias: Traslado en Ambulancia a Nivel Superior de Complejidad según pertinencia medica o necesidad según el caso
- ✓ No provee Auxiliar

PERTINENCIA: A QUIEN ESTA DIRIGIDO?

- ✓ Curaciones del paciente postrado o con limitación de su locomoción
- ✓ Control de Oximetría en pediatría + visita médica para seguimiento al desmonte de Oxigeno suplementario
- ✓ Administración medicamentos especiales (bifosfonatos)
- ✓ Estos pacientes también son susceptibles de necesitar concomitante a los servicios anteriores entrenamiento para:
  - o Preparación y suministro de nutrición enteral
  - o Cuidados y Manejo de Ostomías
  - o Plan casero de terapias
  - o Educación en medidas anti escara

PRODUCTO PHD NIVEL 4

SERVICIOS INCLUIDOS:

- ✓ Visita diaria del médico y enfermera
- ✓ Lámpara Fototerapia
- ✓ Laboratorios
- ✓ Urgencias: Medico domiciliario y ambulancia
- ✓ Ambulancia (EPS)

PERTINENCIA: A QUIEN ESTA DIRIGIDO?

- ✓ Hiperbilirrubinemia del recién nacido, con valores de Bilirrubinas que no representen un riesgo inminente para la vida del paciente.

PRODUCTO PHD NIVEL 5

PERTINENCIA: A QUIEN ESTA DIRIGIDO?

- ✓ Visita médica a paciente permanentemente inmovilizado (EPS)
- ✓ Administración de oxigeno con o sin visita médica mensual (Planes modulares)
- ✓ Entrenamiento para plan casero de terapias
- ✓ Visita del médico cada mes
- ✓ Laboratorios
- ✓ Terapias
- ✓ Oxígeno (Acueducto y Banco)
- ✓ Ingresan solo EPS y Planes modulares
- ✓ Urgencias: Ambulancia

PRODUCTO PHD NIVEL 7

SERVICIOS INCLUIDOS:

- ✓ Visita del médico cada quincena o cada mes
- ✓ Laboratorios
- ✓ Terapias
- ✓ Oxígeno
- ✓ Auxiliar de Enfermería, horario variable
- ✓ Urgencias: Traslado en Ambulancia a Nivel Superior de Complejidad
- ✓ Sin Medicamentos, Insumos y Nutrición (estos son ordenados por medico tratante y entregados por EPS)

PERTINENCIA: A QUIEN ESTA DIRIGIDO?

- ✓ Visita médica a paciente ingresado al Programa en cumplimiento de orden de Tutela

DESTINATARIOS DEL PROCESO

Son las personas que recogen los flujos de salida del proceso. (Véase el Cuadro1)

Cuadro 1. Destinatarios del proceso

DESTINATARIO	SALIDAS	EXPECTATIVAS
PACIENTES	Asistencia Información	Tratamiento Traslado Satisfacción
FAMILIARES	Participación activa Información	Satisfacción
MÉDICOS Y ENFEREMERAS	Tratamiento casos Información	Estabilización de casos Paciente de alta Continuidad de los cuidados

4.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL PHD COLSANITAS MEDELLIN

4.2.1 Personal que conforma el equipo de salud en un servicio de atención médica domiciliaria:

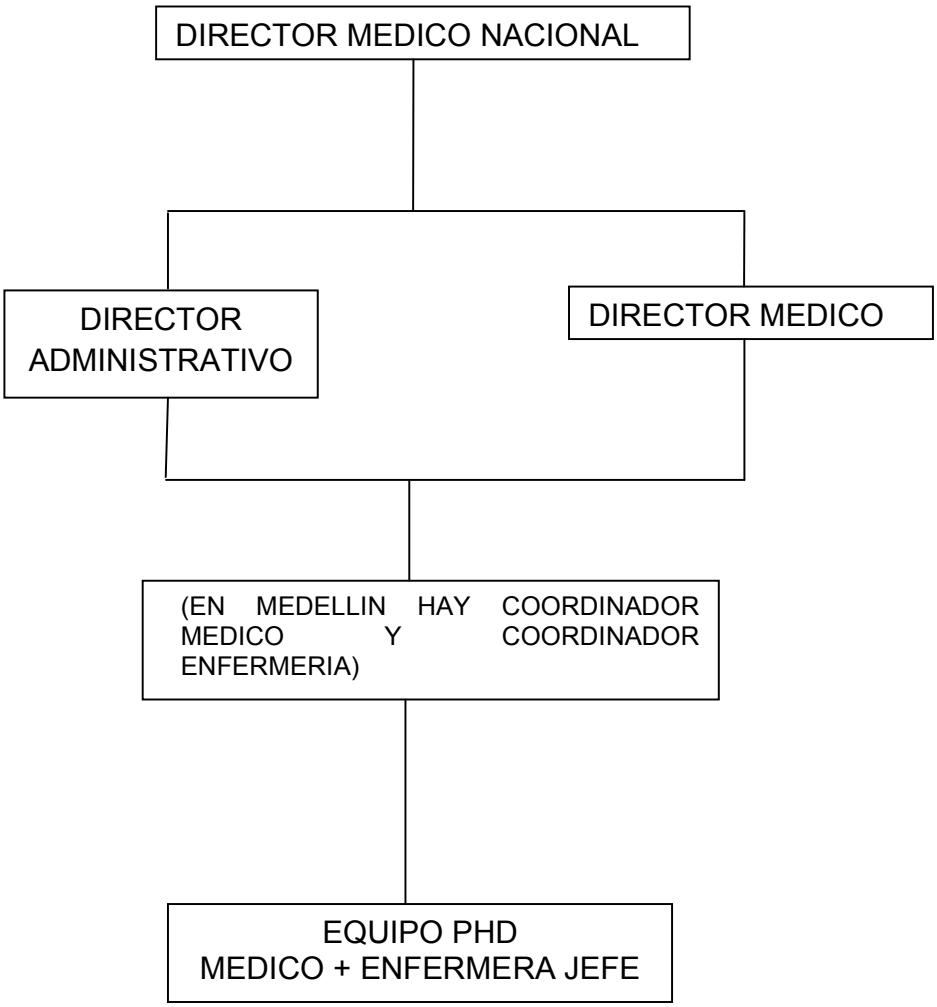
- Medico General
- Enfermera profesional
- Auxiliar de enfermería
- Auxiliar de laboratorio clínico
- Bacterióloga
- Conductor
- Saneamiento

4.2.2 Equipo: (medico y enfermera jefe)

BOGOTA 6-10
MEDELLIN 4
CALI: 2
BARRANQUILLA: 2
NUEVAS AREAS DE COBERTURA PHD:
CARTAGENA: 1
EJE CAFETERO:1

4.2.3 ORGANIGRAMA. (Véase la Figura 2)

Figura 2. Organigrama PHD



4.2.3.1 Manual de funciones Enfermera Jefe PHD Ciudades

ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

EMPRESA: CLINICA COLSANITAS S.A.

FECHA ULTIMA ACTUALIZACIÓN | 30 (Día) | 5 (Mes) | 2006 (Año)

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CARGO

Nombre de Cargo:

ENFERMERA JEFE PHD CIUDADES

Clasificación del Cargo:

Nivel del Cargo:

Propósito fundamental del Cargo:

Planear, programar, coordinar, supervisar, evaluar, controlar, verificar y ejecutar las acciones y actividades del personal de enfermería orientadas a garantizar la atención integral del paciente, prestando una atención de enfermería profesional, con alta calidez humana al paciente hospitalizado en casa con el fin de ofrecer una alternativa en su tratamiento que facilite su recuperación al estado clínico, optimizando el uso de los recursos con el fin de garantizar una atención de excelente calidad, siguiendo los protocolos específicos para cada caso, aplicando principios éticos y de calidad asistenciales establecidos por el Departamento de Enfermería y la Dirección Médica Nacional y la Gerencia Nacional de Enfermería.

REQUISITOS

Genero: M F

Estado Civil: Indiferente

FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA

Bachillerato

Estudiante Universitario

Estudiante Técnico

Técnico

Profesional Enfermería Superior

Postgrado

Doctorado

EXPERIENCIA LABORAL REQUERIDA

EXTERNA Áreas o Cargos (Otras Empresas)	Tiempo Mínimo
Manejo Hospitalario	1 año

INTERNA Áreas o Cargos (En la Organización)	Tiempo Mínimo
Ninguna	

COMPETENCIAS REQUERIDAS PARA EL CARGO

Seleccione las competencias requeridas e indique el grado de desarrollo de cada una de estas así: A (Alto), N (Normal)

A	Actualización permanente	A	Compromiso Organizacional	A	Organización en el trabajo
A	Servicio al cliente	A	Relaciones Interpersonales	A	Solución de problemas
A	Trabajo en equipo	A	Motivación al logro	A	Comunicación
	Puntualidad	A	Presentación personal		

Si para cargos de coordinación o jefatura (Con personal a cargo):

Toma de decisiones | Dirección y motivación | Planeación y cumplimiento de metas

PROYECCIÓN DEL CARGO EN LA ORGANIZACIÓN

Cargo(s) de Proyección

Coordinacion de Enfermeria

Enfermera Especialista

Necesidades de capacitación interna

Induccion a la OSI

Escuela de producto, Humanizacion, Manejo Efectivo del Usuario, Trabajo en Equipo, Comunicación

Actualización en procedimientos inherentes al cargo todo el tiempo y en las normas legales vigentes.

Programa de vigilancia epidemiológica, bioseguridad.

Actualización en sistemas, programas avanzados de Word, Excel, correo electrónico y todos lo que la OSI requiera en el área de sistemas.

Actualización Permanente en Manejo de Clínica de Dolor, Nutrición, Farmacología, Patologías más frecuentes según la epidemiología de programa, Clínica de Heridas y Manejo de Ostomias

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

NATURALEZA Y ALCANCE

Relaciones Internas y Finalidad

Dirección Médica, Administrativa, Departamento de Enfermería de cada sede: Establecer parámetros de atención, control, **seguimiento y verificación** para la atención de los pacientes en el domicilio.
Dirección Médica y Administrativa Nacional: Reportar las dificultades y las oportunidades de mejoramiento propias a la atención que brinda el programa en cada ciudad. Reporte de evaluación de resultados, estadísticas e indicadores.
Gerencia Nacional de Enfermería: Requerimientos de apoyo y orientación en alternativas de mejoramiento, capacitación y unificación de procesos.
Está en contacto con todo el **personal asistencial y administrativo** que labora en el área del PHD y con todos aquellos que de manera directa o indirecta participan en el proceso de atención de un paciente, para lograr un servicio de Hospitalización Domiciliaria ágil y de excelente calidad en un ambiente óptimo de trabajo para garantizar y optimizar el cumplimiento del ciclo de atención de cada paciente.
Farmacia: Solicitud oportuna de medicamentos y material medico quirúrgico requeridos para la atención del paciente e implementación de estrategias.
Médicos Adscritos: Cumplimiento de tratamientos ordenados a los pacientes.
Fonosanitas y Servicios Médicos: Solicitud del volante de autorización y coordinación en la remisión de pacientes y tramites administrativos.
Laboratorio clínico, entrega de muestras y solicitud de resultados.

Contactos Externos y Finalidad
Pacientes atendidos y sus respectivos familiares y/o acompañantes en donde se brinda la atención, información y accesoria para el manejo del paciente en
Proveedores de oxígeno (Agafano, Ingemedical ,Ingemedicas, CXI – 90) para la coordinación del suministro de oxígeno requerido para la atención del
Personal (Proveedor de Auxiliares de enfermería), para la coordinación del personal de auxiliares de enfermería requerido para la prestación del servicio, , entrenamiento y orientación en alternativas de mejoramiento y unificación de procesos.
Transporte (Proveedor autorizado), solicitud de los carros para la realización de los recorridos.

COMITÉS EN QUE PARTICIPA

Reunión del Programa: Medico – Asistencial - Administrativo. (Semanal)
Educación por el Dpto. de Enfermería c/ ciudad. (Semanal)
Comité de Historias Clínicas (Mensual)
[illegible]ite de Infecciones. (Mensual)
[illegible]ite Primario. (Mensual)
Entrega de turno (Diurno).
Reunion con Departamento de Enfermería c/ ciudad. (Mensual)

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES	Periodicidad
Planear, organizar, ejecutar, coordinar, garantizar y verificar la atención de enfermería según patología y estado del paciente	DIARIO
Planear, garantizar y verificar la disponibilidad del personal de enfermería (Auxiliares) para una oportuna atención al usuario en casa	DIARIO
Identificar, planear, programar y ejecutar acciones de educación continuada según necesidades del programa.	MENSUAL
Ejercer un control permanente de los inventarios (medicamentos, materiales, equipos y activos) del programa.	DIARIO
Conocer, divulgar, aplicar y hacer cumplir el manual de funciones, procedimientos, protocolos y guías establecidos por el programa y la institución.	DIARIO
Participar en la selección, inducción y contratación del personal de Enfermería auxiliar.	PERIODICAMENTE
Conocer, divulgar, aplicar y hacer cumplir las normas establecidas en el manejo de los registros de la papelería utilizada en el programa de acuerdo a la normatividad de la historia clínica de la institución.	DIARIO
Hacer supervisión y evaluación de procedimientos, actividades realizados por el personal Auxiliar	SEMANAL
Verificar y garantizar el cumplimiento de ordenes médicas de acuerdo a la situación de cada paciente.	MENSUAL
Controlar, supervisar, verificar e informar a la dirección administrativa el procedimiento de inventarios asignados a enfermería en cada paciente.	DIARIO
Planear, coordinar y desarrollar las actividades derivadas del Comité de Salud Ocupacional.	DIARIO
Reportar accidentes de trabajo según el procedimiento establecido por la institución.	DIARIO
Planear con los demás profesionales de enfermería del programa el proceso de atención de enfermería.	DIARIO
E[illegible]r las necesidades de equipos y materiales necesarios para una adecuada atención del usuario, manteniendo los stocks establecidos así como el registro de inventarios actualizados.	DIARIO
Orientar al personal sobre el manejo de equipos nuevos o especiales, cuando se requiera.	DIARIO
Verificar que el paciente tenga un ambiente de confianza y bienestar durante la estancia en el programa.	DIARIO
Supervisar, cumplir y hacer cumplir los procedimientos, actividades y registros de enfermería y normas institucionales realizados por auxiliares de enfermería, para tomar correctivos.	DIARIO
Coordinar la requisición oportuna de la dotación, junto con el departamento de enfermería de uniformes y cumplir con el correcto y adecuado uso de estos.	ANUAL
Brindar una inducción a los funcionarios que ingresan, sobre la estructura del cargo realizando el entrenamiento adecuado proporcionando los elementos necesarios para un adecuado desempeño.	PERIODICAMENTE
Participar en el desarrollo e implementación de estrategias de mejoramiento y solución de problemas de acuerdo a objetivos institucionales en conjunto con la sede de cada ciudad.	DIARIO
Determinar las alternativas de solución frente a problemas relacionados con la atención de enfermería y comunicar a Departamento de Enfermería o coordinación y directivas del programa.	DIARIO
Realizar reuniones periódicas con los comités establecidos y con el personal a cargo realizando plan de mejoramiento según falencias identificadas.	MENSUAL
Tomar decisiones de enfermería, dando solución a problemas que detecte o, le sean comunicados, en caso contrario, comunicarlos al nivel jerárquico correspondiente.	PERMANENTE
Evaluar las actividades de enfermería apoyada en el resultado de la encuesta de satisfacción, e indicadores.	MENSUAL
Elaborar informes sobre incidencia de infecciones en el programa, actividades de enfermería, educación, estadística e Indicadores y demás que le sean solicitados.	MENSUAL
Entregar al Departamento de Enfermería y a la Dirección Médica los informes estadísticos, actividades e Indicadores del Programa.	MENSUAL

Velar por el cumplimiento de oportunidad y calidad de los servicios durante el ciclo de atención del paciente que se valora e ingresa al programa	DIARIO
Aplicar los principios de confidalidad, respeto y trato humano de los pacientes que se valoren e ingresen al programa.	DIARIO
Conocer, divulgar, aplicar y hacer cumplir el manual de funciones, procedimientos, protocolos y guías establecidos por el programa y la institución.	DIARIO
Participar directamente en la atención del paciente, aplicando las técnicas y procedimientos establecidos por la institución.	DIARIO
Conocer, divulgar, aplicar y hacer cumplir las normas establecidas en el manejo de los registros de la papelería utilizada en el programa de acuerdo a la normatividad de la historia clínica de la institución.	DIARIO
Garantizar y verificar que los sistemas de suministros (oxígeno, medicamentos, material medicoquirúrgico, insumos, equipos) respondan a las necesidades de cada paciente.	DIARIO
Verificar y garantizar el cumplimiento de órdenes médicas de acuerdo a la situación de cada paciente.	DIARIO
Participar y fomentar actividades encaminadas al uso racional y conservación de recursos vigilando cumplimiento de procesos administrativos y asistenciales.	DIARIO
Realizar el control y la vigilancia del correcto diligenciamiento del inventario y disponibilidad de insumos para cada paciente, en el formato establecido.	DIARIO
Cumplir y hacer cumplir el horario y uniforme establecidos.	DIARIO
Contestar las Interconsultas, evaluando al paciente y registrando en el formato establecido el estado clínico del paciente y el plan de enfermería a desarrollar.	DIARIO
Informar alcances del programa, deberes y derechos del paciente y la familia al realizar valoración de ingreso al programa	DIARIO
Verificar antes del ingreso del paciente al programa que el servicio sea autorizado por Fonosanitas y/o Servicios Medicos, dejando registro en formato establecido.	DIARIO
Brindar atención directa al usuario y dar información clara e instructiva, sobre los procedimientos a efectuar al paciente con participación de la familia, para garantizar el auto cuidado.	DIARIO
Alistar y organizar la logística y lo que se requiera para el ingreso del paciente al programa según el procedimiento y necesidades del paciente.	DIARIO
Entregar carpeta de historia clínica con directorio, instructivo y la papelería completa al paciente, o responsable para su atención en el [illegible]	DIARIO
Realizar registro diario de la visita y estado clínico del paciente, actualizando el plan de enfermería.	DIARIO
Tomar decisiones de Enfermería frente a situaciones de ingreso o egreso de pacientes, emergencias en el domicilio, problemas con el paciente o personal Auxiliar de Enfermería.	DIARIO
Realizar solicitud y/o suspensión al proveedor respectivo de: auxiliares de enfermería, oxígeno, ambulancia o equipos, cuando se requiera para asegurar el servicio al usuario, dejando registro en formato establecido.	DIARIO
Realizar procedimientos especiales y requeridos por el paciente garantizando la asepsia y antisepsia del procedimiento.	DIARIO
Registrar los procedimientos realizados en los formatos establecidos por el programa y la institución, según las normas establecidas.	DIARIO
Realizar pedido de medicamentos y material medicoquirúrgico en formato establecido, de acuerdo a las órdenes médicas, control de medicamentos y registro de inventario, teniendo en cuenta presentación y concentración de los mismos.	DIARIO
Realizar educación continuada al personal Auxiliar en procedimientos y administración de medicamentos.	DIARIO
Verificar que los carros en que se trasportan tengan en el baúl la caneca de desechos hospitalarios con bolsa roja y tapa hermética; y la nevera con guardian para el trasporte de muestras.	DIARIO
Recoger los guardianes y bolsas rojas con material contaminado dejar en caneca del baúl dispuesta para esto para ser entregados al personal de fuller con las especificaciones de ley.	DIARIO
Tomar, transportar y reportar laboratorios a los pacientes que lo requieran trasportando en la nevera destinada para estosegún la norma establecida por la institución.	DIARIO
Realizar, supervisar y verificar el entrenamiento dado al paciente y familiares.	DIARIO
Velar por el correcto y adecuado uso y funcionamiento de equipos y materiales del programa.	DIARIO
[illegible]gar y dar entrenamiento de los equipos requeridos por el paciente para su atención al personal a cargo o familia.	DIARIO
[illegible]nar entrada y salida de equipos y activos, en el formato establecido de inventarios.	DIARIO
Supervisar, verificar y garantizar la correcta limpieza y desinfección de equipos en el domicilio y depósito del programa.	DIARIO
Realizar inventario de maletines de recorrido, equipos, activos que tenga el paciente y la bodega dejando el registro en formato establecido	SEMANAL
Registrar e informar las novedades del inventario a la dirección administrativa.	SEMANAL
Atender y responder las inquietudes de los usuarios procurando solucionarlas satisfactoriamente, así como velar por una excelente atención con calidad en los servicios que se presten a los mismos.	DIARIO
Promover un ambiente de trabajo adecuado, fomentando las relaciones interpersonales positivas con el equipo de salud	DIARIO
Realizar diariamente cobro de vales al usuario y dejar registro de lo recibido en formato establecido	DIARIO
Diligenciar completa y correctamente el formato de informe diario de recorrido enfermería, reportando las novedades detectadas y los procedimientos realizados en las visitas.	DIARIO
Realizar devoluciones de todos los medicamentos, material medico quirúrgico e insumos que se encuentren en perfecto estado de conservación y empaque, relacionándolos en el formato de inventario, en duplicado (uno para farmacia, copia área administrativa del programa) con firma y sello.	DIARIO
Realizar devolución de medicamentos de control en el formato establecido relacionando únicamente dichos medicamentos en original y copia.	DIARIO
Cumplir y hacer cumplir adecuadamente con las normas de bioseguridad y recomendaciones del comité de infecciones garantizando la calidad de atención.	DIARIO
Cumplir y hacer cumplir el procedimiento de manejo de residuos Hospitalarios	DIARIO
Organizar y verificar que las carpetas de recorrido contengan la papelería necesaria, suficiente y utilizada en el programa, para dejar en las historias clínicas del domicilio.	DIARIO
Realizar disponibilidad telefónica, registrando en el formato establecido, las llamadas recibidas, la gestión realizada e informando los inconvenientes presentados en forma inmediata.	DIARIO

Entregar el formato de llamadas al departamento de enfermería sede y/o dirección administrativa y/o medica de la sede.	SEMANAL
Propender y verificar por el orden y limpieza de la unidad del paciente, lugar de insumos y sitio de trabajo	DIARIO
Asistir y participar en las reuniones y educación continuada programada por la dirección médica y departamento de Enfermería.	DIARIO
Propender porque el paciente tenga un ambiente de confianza y bienestar durante la estancia en el programa.	DIARIO
Entregar al área administrativa los soportes (Volante de autorización, Interconsulta, Vijes o cuotas moderadoras, Control de drogas y materiales, formato de devoluciones, e insumos, Oxígeno, etc.) completos para realizar facturación.	DIARIO
Entregar al área administrativa la relación de pacientes a facturar de acuerdo a la atención prestada.	DIARIO
Revisar y Verificar la relación de turnos de las auxiliares de enfermería que pasa el proveedor de este servicio, para entregar al área administrativa	QUINCENAL
Auditar las historias clínicas del programa para asegurar la calidad de estas de acuerdo a los estándares establecidos y asegurar la correcta facturación de acuerdo a la atención brindada.	DIARIO
Conocer la filosofía y políticas de la Compañía al igual que las coberturas, modalidades y limitaciones de los contratos ofrecidos a los usuarios	PERMANENTE
Conocer y difundir el reglamento interno de trabajo y reglamento de higiene y seguridad industrial, evaluando su correcta aplicación.	PERMANENTE
Cumplir con las normas establecidas por el Departamento de Enfermería, Dirección Médica y Administrativa de la sede y Dirección Medica Nacional.	PERMANENTE
Manejar adecuadamente y con la suficiente reserva, información de carácter confidencial del paciente, familia y PHD.	PERMANENTE
Ejercer las demás funciones que le sean asignadas a la naturaleza del cargo.	DIARIO

Vo.Bo. Jefe Inmediato	Vo.Bo. Vicepresidencia del área	Vo.Bo. Central de desarrollo Humano
Firma:	Firma:	Firma:
	Nombre: TULIA C GONZALEZ	Nombre:

pre: COORDINADORA DE ENFERMERIA C / CIUDAD

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS Febrero de 2002

4.2.3.2 Manual de Funciones Medico General PHD Ciudades

ORGANIZACION SANITAS INTERNACIONAL

EMPRESA: CLINICA COLSANITAS S.A. FECHA ULTIMA ACTUALIZACIÓN | 30 (Día) | 5 (Mes) | 2006 (Año)

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL CARGO

Nombre de Cargo:

MEDICO GENERAL PHD CIUDADES

Clasificación del Cargo: Nivel del Cargo:

Propósito fundamental del Cargo:

Planear, programar, coordinar, supervisar, evaluar, controlar, verificar y ejecutar las acciones y actividades de la atención medica orientadas a garantizar la atención integral del paciente, prestando una atención medica profesional, con alta calidez humana y racionalidad tecnico cientifica al paciente hospitalizado en casa con el fin de ofrecer una alternativa en su tratamiento que facilite su recuperación al estado clínico, optimizando el uso de los recursos con el fin de garantizar una atención de excelente calidad, siguiendo los protocolos especificos para cada caso, aplicando principios éticos y de calidad asistenciales establecidos por la Coordinación Medica y la Dirección Médica Nacional.

REQUISITOS

		Genero	Estado Civil
		M F	Indiferente

FORMACIÓN ACADÉMICA REQUERIDA

Bachillerato		Técnico	
Estudiante Universitario		Profesional	1. Medico Cirujano General
Estudiante Técnico		Posgrado	
		Doctorado	

EXPERIENCIA LABORAL REQUERIDA

EXTERNA Areas o Cargos (Otras Empresas)	Tiempo Mínimo	INTERNA Areas o Cargos (En la Organización)	Tiempo Mínimo
Manejo Hospitalario	1 año		

COMPETENCIAS REQUERIDAS PARA EL CARGO

Seleccione las competencias requeridas e indique el grado de desarrollo de cada una de estas así: A (Alto), N (Normal)

A	Actualización permanente	A	Compromiso Organizacional	A	Organización en el trabajo
A	Servicio al cliente	A	Relaciones interpersonales	A	Solución de problemas
A	Trabajo en equipo	A	Motivación al logro	A	Comunicación
A	Puntualidad	A	Presentación personal		

Solo para cargos de coordinación o jefatura (Con personal a cargo):

	Toma de decisiones		Dirección y motivación		Planeación y cumplimiento de metas

PROYECCIÓN DEL CARGO EN LA ORGANIZACIÓN

Cargo(s) de Proyección

Medico Hospitalario

Coordinación Médico

Asesor Médico

Necesidades de capacitación interna

Inducciona la OSI.

Escuela de producto, Humanización, Manejo Efectivo del Usuario, Trabajo en Equipo, Comunicación

Actualización en sistemas, programas conocidos Word, Excel, correo electrónico y todos lo que la OSI requiera en el área de sistemas.

Actualización en procedimientos inherentes al cargo todo el tiempo y en las normas legales vigentes.

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS

DESCRIPCIÓN DE FUNCIONES

NATURALEZA Y ALCANCE

Relaciones Internas y Finalidad

Dirección Médica, Administrativa, de cada sede: Establecer parámetros de atención, control, seguimiento y verificación para la atención de los pacientes en el domicilio.
Dirección Médica y Administrativa Nacional: Reportar las dificultades y las oportunidades de mejoramiento propias a la atención que brinda el programa en cada ciudad. Reporte de evaluación de resultados, estadísticas e indicadores.
Está en contacto con todo el personal médico y administrativo que labora en el área del PHD y con todos aquellos que de manera directa o indirecta participan en el proceso de atención de un paciente, para lograr un servicio de Hospitalización Domiciliaria ágil y de excelente calidad en un ambiente óptimo de trabajo para garantizar y optimizar el cumplimiento del ciclo de atención de cada paciente.
Dirección Científica y Jefes de Departamento: Requerimientos de apoyo y orientación en alternativas de seguimiento medico a los pacientes y unificación de guías de manejo.
Farmacia: Solicitud oportuna de medicamentos y material medico quirúrgico requeridos para la atención del paciente e implementación de estrategias conjuntas para mejoramiento de los procesos.
Medicos Adscritos: Coordinación y cumplimiento de tratamientos ordenados a los pacientes y reporte de evolución del paciente.
Fonosanitas: Solicitud del volante de autorización, Terapias y coordinación en la remisión de pacientes y tramites administrativos.
Auditoria: Reporte de valoraciones de las diferentes instituciones para posible ingreso al programa.
Laboratorio clínico: Solicitud de resultados.

Contactos Externos y Finalidad
Pacientes atendidos y sus respectivos familiares y/o acompañantes en donde se brinda la atención, información y accesoria para el manejo del paciente en casa.
Proveedores de oxígeno (Agafano, Ingemedical, Ingemedicas, OXI – SO) para la coordinación del suministro de oxígeno requerido para la atención del paciente y el corte de este cuando el paciente egresa.
Personal Auxiliar de Enfermería (Cooperativa Enfercoop), Solicitud del personal de auxiliares de enfermería requerido para la prestación del servicio y orientación en el manejo del paciente.
Clínicas y Hospitales: Adscritos para coordinar la valoración del paciente para posible ingreso al programa.
Transporte, solicitud de los carros para la realización de los recorridos.

COMITÉS EN QUE PARTICIPA
Reunión del Programa: Medico – Asistencial - Administrativo. (Semanal)
Comité de Historias Clínicas (Mensual)
Reunión con Dirección Medica de cada ciudad (Mensual)
Comité Primario (Bimensual)
Comité de Auditoria (Semanal)
Comité Científico del PHD (Semanal)
Comité de Infecciones (Mensual)
Entrega de turno (Diario)

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES	Periodicidad
Planear, organizar, ejecutar, coordinar, garantizar y verificar la atención medica según patología y estado del paciente	DIARIO
Identificar, planear, programar y ejecutar acciones de educación continuada según necesidades del programa.	SEMANAL
Elaborar distribución de turnos, horario, y novedades del personal medico	MENSUAL
Orientar al personal sobre el manejo de equipos nuevos o especiales, cuando se requiera.	DIARIO
Proponer modelos de atención que busquen la implementación o mejoramiento de normas y procedimientos para estandarizarlos con Clínica	PERMANENTE
Brindar una inducción a los funcionarios que ingresan, sobre la estructura del cargo realizando el entrenamiento adecuado proporcionando los elementos necesarios para un adecuado desempeño.	PERIODICO
Tomar decisiones medicas, dando solución a problemas que detecte o, le sean comunicados, en caso contrario, comunicarlos al nivel jerárquico correspondiente.	DIARIO
Entregar a la Dirección Médica los informes estadísticos, actividades e indicadores del Programa.	DIARIO
Aplicar los principios de cordialidad, respeto y trato humano de los pacientes que se valoren e ingresen al programa.	MENSUAL
Participar y fomentar actividades encaminadas al uso racional y conservación de recursos vigilando cumplimiento de procesos administrativos y asistenciales.	DIARIO
Cumplir y hacer cumplir el horario y uniforme establecidos.	DIARIO
Dar información a los usuarios acerca del alcance del programa, cubrimiento, costo, tramites administrativos, responsabilidades Ubicación de dependencias o personas dentro de la misma institución	DIARIO
Dar la información al usuario y familiares autorizados por este, acerca de su estado de salud, impresiones diagnósticos, planes diagnósticos y terapéuticos, riesgos de procedimientos, efectos secundarios de medicamentos, pronósticos y alternativas de solución de su problema de salud. Dicha información deberá entregarla de manera oportuna, veraz, completa y registrarla en la Historia Clínica dejando constancia con firma del paciente y/o familiar acompañante	DIARIO
Solicitar la inter consulta a especialistas cuando la patología del paciente así lo requiera	DIARIO
Coordinar el traslado del paciente a otra institución de acuerdo con el grado de complejidad y cuando a sí lo requiera y ejecutar ordenadamente la normas y procedimientos adscritos para la remisión del paciente.	DIARIO
Reportar a la Dirección Medica cualquier anomalía o novedad que se presente durante el transcurso del turno, en el termino de las siguientes 24 horas	DIARIO
Verificar que todos los ingresos a PHD y pacientes que sean inter consultados tengan el formato valoración e ingreso e interconsulta establecido	DIARIO
Solicitar y Verificar que todos los pacientes tengan la autorización respectiva de Fonosanitas o Servicios Médicos de la hospitalización y dejarla registrada en el formato establecido	DIARIO

Solicitar y verificar los elementos e insumos que el paciente requiera para el manejo en casa. (historia clínica, oxígeno, auxiliares, medicamentos, terapias, equipos médicos)	DIARIO
Registrar y Verificar el folio de ingresos todos los pacientes aptos, anotando los datos completos de identificación, nivel de hospitalización autorización correspondiente, órdenes médicas y proveedores.	DIARIO
Verifica que el maletín medico se encuentre con los elementos completos (fonendoscopio, tensiómetro, pulsoximetro, martillo, equipo de órganos, glucómetro, baja lenguas)	SEMANAL
Coordinar la entrega de turno, y recibir el informe escrito de los pacientes vistos por lo médicos para realizar los cambios para el recorrido del día siguiente	DIARIO
Registrar y verificar el alta de los pacientes por mejoría, fallecimiento o remisión en el folio correspondiente.	DIARIO
Verificar la suspensión de los diferentes suministros (oxígeno, terapias y auxiliares) para la correcta facturación	DIARIO
Verificar que las historia clínica de los pacientes egresados estén en su totalidad y con epicrisis al día	SEMANAL
Verificar el cumplimiento de los protocolos de manejo de las diferentes patologías en los pacientes manejados en PHD, y reportar en caso de alguna anomalía a la Dirección Medica	DIARIO
Cumplir y hacer cumplir con las normas establecidas para el manejo adecuado de las historias clínicas de acuerdo a la norma de ley (diligenciamiento y custodia).	DIARIO
Asistir al comité de Historias clínicas para evaluar las mismas de acuerdo al formato establecido	MENSUAL
Verificar la visita de los pacientes crónicos de acuerdo a la programación establecida	DIARIO
Realizar el formato de ingreso de pacientes crónicos diligenciando todos los datos requeridos cuando sean ingresados por teléfono o en la oficina	DIARIO
Participar en las actividades académicas del PHD con la preparación de casos clínicos.	MENSUAL
Asistir al Comité Científico del PHD informando la evolución de los pacientes del programa.	SEMANAL
Asistir al Comité de Auditoría para retroalimentar pacientes atendidos y detectar casos tempranamente susceptibles del manejo en casa.	SEMANAL
Verificar las extensiones de hospitalización y niveles correspondientes de los pacientes hospitalizados.	DIARIO
[illegible]car los vales y cuotas moderadoras recolectadas por el personal del Programa y entregarlo al área Administrativa.	DIARIO
Diligenciar y actualizar los recorridos diarios del PHD verificando nivel actual, fecha de egreso, vales o cuotas moderadoras pendientes, cambios de manejo, toma de laboratorios etc.	DIARIO
Realizar las evoluciones semanales realizada por los médicos del programa para el comité de PHD	SEMANAL
Coordinar la entrega de turno, orientando los manejos hacia los protocolos y resolver la novedades que se presentan	DIARIO
Reportar la información estadística establecida, realizando e interpretando entre otras, las cifras de los niveles de PHD, comportamiento epidemiológico de las enfermedades, estancia de los pacientes, morbi- mortalidad y complicaciones.	MENSUAL
Procesar la información acerca de las patologías más frecuentes a fin de elaborar programas de educación continuada dirigida a los médicos, enfermeras jefes y auxiliares del PHD.	MENSUAL
Auditar las historias clínicas de los pacientes atendidos en el PHD según la norma	SEMANAL
Conocer la misión y objetivos de la Organización al igual que sus políticas y estrategias.	DIARIO
Conocer y aplicar la misión, filosofía, objetivos de la organización al igual que sus políticas y estrategias; así como las coberturas, limitaciones y modalidades en contratos ofrecidos a los usuarios de la OSI	DIARIO
Manejar adecuadamente y con la suficiente reserva la información de carácter confidencial del PHD.	DIARIO
Velar por el correcto mantenimiento de los equipos que se encuentren a su cargo	DIARIO
Dar trámite a las solicitudes de interconsultas y valoraciones recibidas de las diferentes entidades para ingreso oportuno de los pacientes	DIARIO
Verificar inventarios de medicamentos, material medico-quirúrgico, insumos y cortes de oxígeno, conjunto con la enfermería del programa	DIARIO
Programar el transporte de acuerdo al número de recorridos.	DIARIO
E[illegible]r los resultados de las encuestas de satisfacción para trabajar en los puntos que así lo requieran para mejorar la calidad del F[illegible] enviar archivo mensualmente a la dirección medica	MENSUAL
Establecer y mantener programas de Garantía de la Calidad	DIARIO
Entregar al área administrativa los soportes (Volante de autorización, Interconsulta, Vales o cuotas moderadoras, Control de drogas y materiales, formato de devoluciones, e insumos, Oxígeno, etc.) completos para realizar facturación	DIARIO
Entregar al área administrativa la relación de pacientes a facturar de acuerdo a la atención prestada.	DIARIO
Velar por el cumplimiento de oportunidad y calidad de los servicios durante el ciclo de atención del paciente que se valora e ingresa al programa	DIARIO
Participar directamente en la atención del paciente, aplicando las técnicas y procedimientos establecidos por la institución.	DIARIO
Conocer, divulgar, aplicar y hacer cumplir las normas establecidas en el manejo de los registros de la papelería utilizada en el programa de acuerdo a la normatividad de la historia clínica de la institución.	DIARIO
Realizar, verificar y garantizar el cumplimiento de órdenes médicas de acuerdo a la situación de cada paciente.	DIARIO
Contestar las Interconsultas, evaluando al paciente y registrando en el formato establecido lo positivo y el plan de atención del paciente.	DIARIO
Dejar registro en la historia clínica de la institución el resultado de esta.	DIARIO
Informar alcances del programa, deberes, derechos del paciente y la familia al realizar valoración de ingreso al programa	DIARIO
Verificar antes del ingreso del paciente al programa que el servicio sea autorizado por Fonsanitas, dejando registro en formato establecido.	DIARIO
Brindar atención directa al usuario y dar información clara e instructiva, sobre los procedimientos a efectuar al paciente con participación de la familia, para garantizar el auto cuidado.	DIARIO
Asistir, organizar la logística y lo que se requiera para el ingreso del paciente al programa según el procedimiento y necesidades del paciente.	DIARIO

Entregar carpeta de historia clínica con directorio, instructivo y la papelería completa al paciente, o responsable para su atención en el hogar.	DIARIO
Realizar registro diario de la valoración medica, en el formato de evolución actualizando las ordenes medicas diariamente.	DIARIO
Realizar, supervisar y verificar el entrenamiento dado al paciente y familiares.	DIARIO
Registrar entrada y salida de equipos y activos, en el formato establecido de inventarios.	DIARIO
Realizar inventario de maletines médicos activos dejando el registro en formato establecido	DIARIO
Registrar e informar las novedades del inventario a la coordinadora medica.	DIARIO
Atender y responder las inquietudes de los usuarios procurando solucionarlas satisfactoriamente, así como velar por una excelente atención con calidad en los servicios que se prestan a los mismos.	DIARIO
completa mas una evolución completa en formato de evolución y entregar a la coordinación medica para ser anexados a la facturación	DIARIO
Promover un ambiente de trabajo adecuado, fomentando las relaciones interpersonales positivas con el equipo de salud	DIARIO
Participar en el entrenamiento al personal nuevo proporcionando los elementos necesarios para un adecuado desempeño.	DIARIO
Realizar diariamente cobro de viáticos al usuario y dejar registro de lo recibido en formato establecido	DIARIO
Diligenciar completa y correctamente el formato de informe diario de recorrido reportando las novedades detectadas y los procedimientos realizados en las visitas.	DIARIO
Cumplir y hacer cumplir adecuadamente con las normas de bioseguridad y recomendaciones del comité de infecciones garantizando	DIARIO
Realizar disponibilidad telefónica durante el turno, realizando la gestión realizada e informando los inconvenientes presentados en forma inmediata	DIARIO
Recibir turno en el horario asignado, registrando la hora de entrada y salida en formato establecido.	DIARIO
Auditar las historias clínicas del programa para asegurar la calidad de estas de acuerdo a los estándares establecidos y asegurar la correcta facturación de acuerdo a la atención brindada.	DIARIO
Verificar y recibir las valoraciones que les pasa la coordinación médica para definir ingreso o no del paciente al programa de acuerdo a l[illegible]riterios establecidos por el programa.	DIARIO
[illegible]ar en forma oportuna, ética, responsable y eficiente, el servicio medico a los pacientes del programa.	DIARIO
Valorar a los pacientes y decidir conducta respectiva dentro de lo autorizado para la atención dentro del programa.	DIARIO
Formular en el formato establecido las prescripciones médicas correspondientes, teniendo en cuenta las normas institucionales.	DIARIO
Dar la información al usuario y familiares autorizados por este, acerca de su estado de salud, impresiones diagnósticos, planes, diagnósticos y terapéuticos, riesgos de procedimientos, efectos secundarios de medicamentos, pronósticos y alternativas de solución de su problema de salud. Dicha información deberá entregarla de manera oportuna, veraz, completa y registrala en la Historia Clínica dejando constancia con firma del paciente y/o familiar acompañante	DIARIO
Remitir al especialista cuando la patología del paciente así lo requiera.	DIARIO
Coordinar el traslado del paciente a otra institución de acuerdo con el grado de complejidad y cuando a si lo requiera y ejecutar ordenadamente la normas y procedimientos adscritos para la remisión del paciente.	DIARIO
Verificar que los medicamentos han sido suministrados por la auxiliar de enfermería como se han indicado en la orden medica, en Dosis, frecuencia.	DIARIO
Diligenciar correctamente y en cumplimiento de las normas del servicio, los diferentes formatos que integran la historia Clínica.	DIARIO
Reportar por escrito a la Coordinación Medica, cualquier anomalía o novedad que se presente durante el trascurso del turno, en el término de las siguientes 24 horas.	DIARIO
Asistir a todas las reuniones citadas.	DIARIO
Realizar la valoración del ingreso a PHD en el formato establecido con excelente calidad medica a todos los pacientes que sean interconsultados, haciendo firmar al paciente el respectivo documento.	DIARIO
S[illegible]r la autorización respectiva en Fonosanitas de la hospitalización y dejarla registrada en el formato establecido antes del ingreso al [illegible]grama	DIARIO
Solicitar los elementos e insumos en forma oportuna que el paciente requiera para el manejo en casa. (oxigeno, auxiliares, medicamentos, terapias, equipos médicos).	DIARIO
Elaborar de forma completa y adecuada la historia clínica de los pacientes de acuerdo a lo establecido por la ley vigente.	DIARIO
Verificar el cumplimiento de los requisitos de ingreso por parte del médico tratante. (Interconsulta, Resumen de historia Clínica, Ordenes médica para el manejo en casa, reporte de cultivo y antibiograma), para anexarlos a la Historia Clínica del PHD.	DIARIO
Registrar en el folio de ingresos todos los pacientes aptos, anotando los datos completos de identificación, nivel de hospitalización autorización correspondiente, órdenes médicas y proveedores.	DIARIO
Recoger el recorrido de su zona asignada verificando los pacientes prioritarios para visita en su turno.	DIARIO
Verifica los equipos que debe llevar para las visitas a los pacientes.	DIARIO
Recoge y verifica que el maletín medico se encuentre con los elementos completos (fonendoscopio, tensiómetro, pulsoximetro, martillo, equipo de órganos, glucómetro, baja lenguas)	DIARIO
Realizar evolución medica completa de los pacientes, registrando laboratorios y su interpretación diariamente.	DIARIO
Realizar y verificar ordenes medicas que deben estar en nombre genérico con presentación, dosis y vía de administración correcta de acuerdo al estado clínico.	DIARIO
Realizar y verificar ordenes medicas de terapia (Fisioterapia, Trabajo Ocupacional y Lenguaje) verificando la vigencia de la autorización de Fonosanitas	DIARIO
Informar al médico tratante evolución del paciente dejando registro en historia clínica de esta llamada.	DIARIO
Informar a familiares y/o acudientes la evolución del paciente y ante cualquier cambio de conducta debe quedar todo registrado en la historia clínica con firma del paciente y el medico.	DIARIO
Asistir a la entrega de turno, participar activamente en ella, y entregar un informe escrito de los pacientes vistos resaltando los aspectos más relevantes e importantes y los pendientes.	DIARIO

Registrar el alta de los pacientes por mejoría, fallecimiento o remisión en el folio correspondiente.	DIARIO
Registrar la suspensión de los diferentes suministros (oxígeno, terapias y auxiliares ; dejando registrado fecha y la persona que recibe la novedad	DIARIO
Verificar y asegurar la recolección de historia clínica, equipos y devoluciones	DIARIO
Responsable de la custodia de la carpeta de historia clínica del paciente y responsable que cuando termine la atención esta sea entregada al área administrativa, para su posterior entrega al departamento de estadística.	DIARIO
Verificar el cumplimiento de los protocolos de manejo de las diferentes patologías en los pacientes manejados en PHD, y reportar en caso de alguna anomalía al Coordinador médico	DIARIO
Realizar la evolución semanal de los pacientes vistos al fin de semana que corresponda, diligenciando el formato correspondiente de forma completa.	DIARIO
Manejar el celular de turno de acuerdo a la periodicidad establecida (24 horas durante 1 semana), y resolver las inquietudes y/o problemas que puedan presentar los pacientes hospitalizados en casa o ingresos pendientes. (Remisiones, falta de algún insumo, incumplimiento de terapias o auxiliares).	DIARIO
En el momento de dar el alta al paciente se deben dar las indicaciones, recomendaciones y formulas pertinentes, dejando registrado todo lo anterior en el formato recomendación de egreso con firma del paciente y/o familia responsable entregando original de este, dejando copia en la historia del programa.	DIARIO
Entregar las órdenes que se consideren pertinentes en el momento de alta de pacientes (terapias, oxígeno, medicamentos).	DIARIO
Velar por el cuidado de los maletines médicos y sus insumos, y reportar inmediatamente el daño o pérdida de alguno de ellos.	DIARIO
Cumplir con las normas establecidas para el manejo adecuado de las historias clínicas de acuerdo a la norma de ley (diligenciamiento y custodia).	DIARIO
Realizar la epicrisis de los pacientes egresados de acuerdo a la norma de ley, en el momento del alta.	DIARIO
Pasar revista diariamente en cada turno (Mañana – Tarde – Noche) en Clínicas OSI en todos los servicios.	DIARIO
Mantener el orden de la oficina y velar por el cuidado de los equipos que se encuentran en ella	DIARIO
_ _rtar los paraclínicos y los cambios de conducta derivado de ellos al tratante, paciente y familiar	DIARIO
Presentarse al turno con excelente presentación personal (uniforme, y bata) de acuerdo al manual establecido por la OSI	DIARIO
Visitar los pacientes crónicos de acuerdo a la programación establecida; registrando la evolución en el formato establecido para esto y dejar en la AZ correspondiente.	DIARIO
Realizar el formato de ingreso de pacientes crónicos diligenciando todos los datos requeridos ya sean ingresados por teléfono o en la oficina	DIARIO
Realizar el cobro de la cuota moderadora de los pacientes crónicos el día de la visita	DIARIO
Solicitar el volante de autorización de los pacientes crónicos (Telecom, Holdebank – Acueducto) en el momento de la visita y dejar registrado el número en el formato	DIARIO
Participar en las actividades académicas del PHD con la preparación de casos clínicos.	MENSUAL
Planear y colaborar en actividades de educación a los familiares de los pacientes.	DIARIO
Asistir a las reuniones de educación médica programadas.	SEMANAL
Realizar el certificado de defunción de los pacientes cuando corresponda y de acuerdo a la norma.	DIARIO
Realizar los recorridos diarios de acuerdo a los pacientes activos, verificando las novedades registradas en el informe de recorrido	DIARIO

Vo.Bo. Jefe Inmediato	Vo.Bo. Vicepresidencia del área	Vo.Bo. Central de desarrollo Humano
Firma:	Firma:	Firma:
Nombre: DIRECTOR MEDICO DE C / CIUDAD	Nombre: HERNANDO ALTAHONA	Nombre:
Nombre: ADRIANA GARAVITO FERNANDEZ		

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS Febrero de 2003

4.3 IDENTIFICACION DE LOS PROCESOS A MEJORAR

Para la identificación de los procesos a mejorar se realizó un trabajo de campo utilizando una bitácora, en la que se dan cuenta de las características de cada proceso, los posibles aspectos a mejorar.

4.3.1 Solicitud de Ingreso a PHD / Contacto con el PHD Medellín / Solicitud de Información

Fecha: Miércoles, Agosto 12/ 2009
Hora de inicio: 13:30
Hora de Terminación: 15:50

Características:

Proceso bien documentado necesario como primer paso para el ingreso de un paciente al programa de hospitalización domiciliaria. Fundamental para que dicho ingreso desde el principio sea eficiente. En el momento funciona a través de una solicitud escrita en la historia clínica, con la redacción de unas órdenes por parte del especialista tratante. En algunas ocasiones es susceptible de confusiones ya que el contacto directo no es con el médico tratante sino con el personal administrativo de la institución remitente. En algunas ocasiones hay confusión o falta de Claridad en los diagnósticos ya que El personal que se encarga de contactar al PHD muchas veces no maneja términos médicos, ni tiene conocimiento suficiente para transmitir la información y por ello es susceptible de distorsionarse. Es diferente el significado de medicina domiciliaria del significado de Programa de Hospitalización domiciliaria, y es común ver como se utilizan de manera indiscriminada por parte de estos funcionarios.

Caso 1: Comenzó con una llamada por parte de la auxiliar administrativa del 4 piso de la clínica las vegas a las 13: 30 PM. Paciente sexo femenino, 67 años, residente en la Estrella, cerca al parque. Con diagnostico de Post Operatorio de Histerectomía Radical por miomectomia gigante a quien se le solicito Medicina Domiciliaria para aplicación de Clexane ® durante 15 días. Se tomaron datos de identificación y teléfono de contacto.

Al llegar a la clínica el médico se anuncia y pide acceso a la historia clínica. No encuentra las ordenes del especialista tratante, y al leer la historia clínica se entera de que además la paciente esta inestable hemodinamicamente, con cifras tensiónales elevadas y desaturada. No siendo congruente el Diagnostico inicial con el tratamiento, decide comunicarse con la internista tratante quien es enfática en decir, que ella en ningún momento le había ordenado a la paciente medicina domiciliaria, que ella consideraba que la paciente podía colocarse el medicamento

ayudada por el acudiente y que ella nunca redacto una orden pidiendo valoración por “Programa de Hospitalización Domiciliaria”.

En este caso la auxiliar administrativa al momento de cerrar la cuenta supuso que medicina domiciliaria implicaba que la especialista quería que ingresáramos a la paciente al PHD.

Este tipo de caso es común, ya que se confunde medicina domiciliaria con el PHD.

Aspectos Por Mejorar:

Se propone fabricar un instrumento completo en el cual de entrada, se consignen otros datos relevantes antes de acceder a la clínica tales como Nombre del especialista tratante, especialidad y teléfono. Además debería ser requisito antes de ir a la clínica tener siempre soporte escrito del diagnostico del especialista tratante, junto con las ordenes medicas claras. Además debería existir la posibilidad de que el especialista tratante se comunique con los médicos del PHD en los casos complicados.

Es importante además enfatizar en que en muchas clínicas aun no se ha implementado la historia clínica electrónica, y esto hace que algunas de las ordenes escritas a mano no se puedan entender bien y sea necesario llamar al médico tratante para aclararlas. De hecho deben ser lo suficientemente claras para que el personal administrativo encargado de solicitar el PHD entienda lo que están leyendo y puedan transmitir la información sin distorsiones.

Es importante que un paciente que vaya a ser manejado en la casa, salga con la mayor información posible de los tratamientos realizados durante su estancia hospitalaria ya que una vez en el domicilio, solo se cuenta con la información que se pudo captar al momento del ingreso.

4.3.2 Domicilio dentro del Mapa de Cobertura / Fuera del Mapa de Cobertura

Fecha: Martes, Septiembre 1/ 2009
Hora de inicio: 14:25
Hora de Terminación: 23:30

Características:

Proceso de gran importancia debido a que es uno de los criterios fundamentales de ingreso al Programa. Cuando el paciente vive en un área dentro del mapa de cobertura, genera una luz verde para continuar con el procedimiento de ingreso. En este caso el médico sabe que va a la fija a realizar la valoración del paciente

en la institución donde este se encuentra. En cambio cuando el paciente vive por fuera del mapa de cobertura, la gestión para resolver el inconveniente la debe resolver uno de los médicos del programa. Esto Genera inconvenientes porque el médico debe detener su ronda hasta en tanto haya resuelto el inconveniente.

Caso 2: Solicitud de clínica Antioquia, paciente sexo femenino, 68 años, residente en barrio Santa Cruz (Comuna fuera de área de cobertura de mapa del PHD). Llamada Recibida por secretario clínico. Este día en especifico no había disponibilidad de camas en el PHD, y además ambos médicos en la tarde se encontraban realizando labores asistenciales fuera de la oficina.

Uno de los médicos Tuvo que parar la ronda porque tenía que generar una solución para este caso concreto. Se comunico con la clínica para averiguar si la paciente tenía otro sitio donde quedarse dentro del mapa de cobertura del PHD. Infortunadamente en el momento la paciente no tenia acompañante, por lo cual se intento la opción de ofrecer el servicio de Salud treck. Inicialmente le especialista tratante no estuvo de acuerdo, oponiéndose a que debía ser con el PHD. Se le explico que el servicio con Salud treck era una muy buena opción ya que ellos cubrían el área de domicilio de la paciente y finalmente el especialista acepto.

1 hora después de haber trasferido el servicio a Salud treck llaman nuevamente de la clínica refiriendo que el acudiente de la paciente había conseguido hospedaje para la paciente en la casa de un familiar en el barrio Belén, y que en vista a ello, el especialista tratante quería el servicio con el PHD. Dado que la Ronda de esa tarde tenía muchos pacientes y ante la insistencia del médico, se ofreció valorarla al día siguiente porque ese día en la tarde no se alcanzaba a hacer la valoración de ingreso en la clínica ni a montar el ingreso. El especialista tratante se comunico con Auditoria, quienes llaman al médico del PHD y le exigen valorarlo ese mismo día.

El médico finalmente llega a valorar la paciente y se encuentra con que su inestabilidad clínica no le hace un candidato para egresar esa tarde de la clínica y decide dejarla hospitalizada.

Ese día ambos médicos de la tarde salieron mucho después de haber terminado su jornada laboral porque la ronda se retraso y las labores administrativas no se podían dejar para el día siguiente porque de ellas dependía el buen funcionamiento de la ronda (Tablas de Recorrido, entrega de turno).

Aspectos Por Mejorar: Se ve la necesidad de ayuda en materia de recurso humano ya que en estos casos, el funcionamiento operacional de la ronda medica y de las labores administrativas se ve afectada.

Es importante además tener en cuenta que solucionar este problema administrativo muchas veces implica retraso y deterioro en la prestación labores asistenciales.

El secretario clínico no tiene la autonomía de negar un ingreso al PHD por todos los componentes antes mencionados, ya que su preparación no es la de un médico, y por esto no puede formar parte en la solución de estos eventos.

4.3.3 Promesa de Atención al usuario / interconsulta

Fecha: Viernes 30 de Octubre de 2009
Hora de inicio: 07:00
Hora de Terminación: 22:30

Características:

Proceso que implica uno de los indicadores principales ya que indica la capacidad instalada del PHD actualmente. Implica mantener un estándar que pretende ser 3 horas hasta el arribo del médico al servicio donde se encuentra el paciente. En la actualidad este tiempo no se está midiendo. Es uno de los pilares de la calidad, ya que es la oportunidad de atención que tiene un usuario.

Aspectos Por Mejorar: como se planteo en el párrafo anterior, el tiempo promedio de atención a un servicio, no se está midiendo. Pero lo que se ve en la cotidianidad del funcionamiento diario del PHD es que estas 3 horas están muy lejos de ser realidad. De hecho, muchas veces el paciente no se puede valorar hasta mucho después del tiempo prometido por el secretario clínico, y a veces es difícil comunicarse con la clínica para generar una nueva promesa en el tiempo de atención de la solicitud. Siendo muchas las posibilidades se planteara a continuación el peor de los casos sucedidos en el programa con respecto a la atención del servicio.

Caso 3: el día 30 de octubre de 2009, el PHD contaba con 24 pacientes en ronda, de los cuales 20 eran agudos, 2 eran cambios de sonda, y 2 eran pacientes crónicos reagudizados.

Se enumeran a continuación los inconvenientes del turno. En la mañana se recibe la ronda médica impresa por parte de los 2 equipos. Se dividió en ronda SUR y ronda NORTE como es lo usual. Ambas rondas con un promedio de 10 pacientes cada una. En la Ronda NORTE, se conto con el inconveniente de que una de las pacientes era para ingresarla en la casa. Residente en Bello. Desde el día anterior había llegado la información de que era una paciente con una infección urinaria por E. Coli multiresistente, para tratamiento con Imipenem 1 gramo cada 6 horas

por 8 días. El día anterior se había contactado la paciente después de recibir los datos a eso de las 14:30, pero la paciente quien estaba en su oficina dijo que por nada del mundo quería empezar el HD en ese instante, porque tenía mucho trabajo que dejar listo antes de hospitalizarse por 8 días. De hecho, a pesar de que el médico le insistió en que era un caso importante porque la bacteria era multiresistente y podría ser susceptible de complicaciones, la paciente no quiso, incluso asumiendo la responsabilidad del caso. Dijo que al día siguiente estaría en su casa. Bello es un municipio al norte de Medellín aproximadamente a unos 40 minutos en carro en promedio desde el clinicentro según la congestión vial.

La médica del turno de la mañana Ronda NORTE asiste entonces a la casa de la paciente y se encuentra con el inconveniente de que para llevar el pedido hasta tan lejos, esto implicaría empezar con la primera dosis tarde ese día. Incluso porque no tenía operacionalmente como optimizar un carro para hacer su ronda y llevar un pedido hasta Bello. Mientras valora la paciente el equipo de la Ronda SUR recibe una llamada del Hospital Pablo Tobón Uribe solicitando un ingreso. Quien toma la llamada es la Jefe del equipo, quien anota los datos y se los entrega a la médica de la Ronda NORTE vía celular. Siguiendo su ronda el equipo de la Ronda NORTE se encuentra con que una de las pacientes agudas, quien había ingresado con diagnostico de infección urinaria, estaba con cifras tensiónales persistentemente elevadas, sin antecedentes de hipertensión, y ante una posible complicación en el domicilio decide remitirla, lo cual demanda gran parte del tiempo de su ronda. Alcanzan a ver otros 3 pacientes mas completando 5 en total siendo las 12:40 M.

La jefe del equipo NORTE llega a la casa de una de las pacientes que ya habían visto, paciente con diagnostico de Roconstruccion vescal a pasarle nuevamente la sonda vesical porque se le había salido. No lo logra en el segundo intento. Por la hora y dado que los equipos de la mañana salen los viernes a las 14:00, deciden dirigirse al clinicentro para la entrega de turno. De la Ronda SUR quedaban 3 pacientes y de la Ronda Norte quedaban 6 pacientes, porque había que ver de nuevo a la paciente de la sonda. Siendo un total de 9 pacientes. Teóricamente no era un número elevado de pacientes, pero para esa hora ya habían 3 ingresos: El de el Pablo Tobón, y 2 más nuevos: uno en la SOMA y uno en LAS AMERICAS.

Esto da un total de 11 pacientes para la tarde. El equipo médico de la tarde encargado de las labores asistenciales para esa tarde estaba incompleto porque una de las jefes había renunciado. Así solamente estaban los 2 médicos y 1 jefe. EL jefe que estaba encargada esa tarde de varias tareas administrativas, tuvo que salir a colocar la sonda vesical e la paciente que quedo con la mañana. El servicio se atendió con el médico que estaba sin jefe. Luego la jefe salió a ver una curación y luego se fue para el clinicentro. Al llegar se encontró con que estaba atrasada en sus tareas administrativas y fuera de eso con que faltaba revisar en farmacia todos los pedidos de las rondas de la mañana. Mientras tanto el médico

que estaba solo alcanzo a ver a 2 pacientes, y mientras se dirigía para la clínica SOMA al ingreso, el Médico que estaba en la oficina en labores administrativas, le avisa que la Ronda del NORTE no había visto el ingreso del Pablo Tobón Porque a la médica se le había olvidado. Esto sería un paciente mas para la ronda ajustando así 12 pacientes. Al llegar al servicio de la SOMA el cual fue solicitado a las 12:15, ya iban siendo casi las 16:00, lo cual muestra que el tiempo prometido no se había cumplido. Al llegar el médico revisa la historia clínica y una vez va a verificar la viabilidad del PHD nivel 1 con Aztreonam, se encuentra con que no había este antibiótico en Farmasanitas. Mientras la clínica autorizaba prestarle al médico del PHD 12 ampollas de aztreonam, el médico estaba saliendo de la clínica SOMA casi a las 17: 20, para hacer el ingreso del Pablo Tobón.

Una vez llega al Pablo Tobón, se encuentra con que el paciente era un ingreso complicado. Auditoria para entonces ya había llamado aproximadamente 4 veces a la oficina a preguntar si se iba a valorar el ingreso ya que la solicitud había sido alrededor de las 8:30 a.m. El paciente a valorar era un hombre de 80 años con diagnostico de Linfoma No hodgkin a quien Hematología, Medicina Interna, y Neurología ya habían determinado cuidado paliativo por medicina del Dolor, ya que su linfoma había invadido el SNC, con una masa en Bulbo raquídeo que le propiciaba dificultades en la deglución. El paciente ya tenía Sonda de gastrostomía y se estaba solicitando nivel 1 para infusión continua de Morfina y midazlam cada 8 horas, además de varios medicamentos. A las 19:20 el médico debe posponer el ingreso por falta de Aspirador permanente para la casa del paciente y por falta de bomba de infusión.

Después del ingreso aun le faltaban 3 paciente por ver y ya eran las 19:45 por lo cual llama a su coordinador para solicitarle horas extras. Finalmente llega a la oficina 2 horas y media después de su hora de salida.

El médico Administrativo para entonces también recién había llegado, habiendo tenido que pasar ronda telefónica a una de las pacientes de la ronda SUR porque no la alcanzo a ver. Ambos salieron ese día después de las 22:30.

4.3.4 Presentación de un programa ante el paciente / Confirmación de Viabilidad del Ingreso

Fecha: Jueves, Julio 23 de 2009
Hora de inicio: 12:00
Hora de Terminación: 16:55

Nombre del Proceso: Características: Proceso hasta el momento desarrollado por el médico que atiende la interconsulta. La presentación del programa se realiza de manera verbal con el paciente y su acudiente en el momento de la visita, a

quienes se les explica su diagnostico y tratamiento requerido por el especialista tratante, se les enseñan los servicios del Programa, se explica el nivel al cual ingresaran, y las expectativas del manejo por el PHD. Se les explica además el costo del programa (Vales a pagar por días de hospitalización), y se les entrega un Volante con la información del programa, requisitos para el ingreso y teléfonos de contacto con los miembros del PHD. En momento en que el paciente y su acudiente aceptan el ingreso, se llama a Farmasanitas para corroborar la existencia de los insumos necesarios para el ingreso, a los proveedores de implementos para el suministro de oxigeno, a los terapeutas, y a las cooperativas medicas para ver la disponibilidad de enfermeras para cubrir el ingreso.

Aspectos Por Mejorar: En el momento el encargado de corroborar la viabilidad de un ingreso llamado a Farmasanitas y a las cooperativas de enfermería son el médico y la jefe del equipo médico. Son las personas que tienen el primer contacto con los pacientes.

Seria optimo en el momento de hacer un ingreso, estar preparado para todo, y sobre todo en un programa como el PHD, se debe generar la conciencia de Hospital virtual, teniendo todos los recursos disponibles, sin necesidad de estar preocupándose por la falta de ellos, lo cual demanda tiempo y operacionalmente retrasa una ronda medica. En el momento la confirmación de los insumos y de la disponibilidad de enfermera esta cerca de los 30 minutos en promedio. Esto representa tiempos valiosos de desplazamiento entre un servicio y otro.

Muchas veces el equipo que está en la calle, está expuesto a los cambios climáticos constantes de la ciudad de Medellín. Es importante tener en cuenta que las pijamas (uniformes) actuales no están fabricados con materiales impermeable ni anti fluidos, y a diferencia de los médicos que trabajan en consulta externa o en urgencias no están tan expuestos a mojarse cuando llueve, ni a salpicarse de los fluidos de los pacientes ya que el equipo del PHD está a cargo de todos los procedimientos tales como aspiraciones, cambios de sondas vesicales, toma de muestras para exámenes de laboratorio entre otras.

Caso 4: Comienza con una solicitud de atención 12:00 Por parte de la clínica SOMA, para valorar un paciente con Diagnostico de Infección Urinaria por E. Coli BLESS positiva, para tratamiento por 10 días con Imipenem (TIENAM). AL momento del ingreso el médico y la Jefe se cercioran de que todo está en orden para presentar el programa ante el paciente. Pero resulto que al momento de confirmar la existencia del medicamento en Farmasanitas, no había. El equipo se vio en la necesidad de pedir a la clínica 12 ampollas, esperando el trámite administrativo lo cual les tomo cerca de 45 minutos antes de poder salir de la clínica. Se Concluyeron los pasos del montaje a las 16:55.

Caso 5: Día lluvioso en la ciudad de Medellín. El equipo médico se baja fuera de la casa de un paciente para realizar la visita pero se les moja toda la ropa y los zapatos. Paciente con familiares de alto estrato socioeconómico quienes no toleraban tal atropello con el equipo médico de este caso, pero tampoco querían que el equipo tocara al paciente en ese estado de humedad y refiriendo que le podrian pegar enfermedades comunes al cambio climático.

El médico del equipo, no pudo laborar al día siguiente por cuadro gripal discapacitante y asma exacerbada.

4.3.5 Montaje del PHD

Fecha:
Hora de inicio
Hora de Terminación:

Características:
Proceso En el cual se requiere una capacidad instalada de camas que en el momento se aproxima a las 32 (8 pacientes agudos por Medico, Teniendo en cuenta que en este caso hipotético todos los médicos estarían en labores asistenciales, afectando así las labores administrativas), y Que depende a su vez de que en las rondas medicas no hayan valoraciones de pacientes nivel 5 porque se le restaría espacio para pacientes agudos nivel 1, 2 y 3.

Aspectos Por Mejorar: En el momento el tiempo de cada ronda se debe distribuir entre todo tipo de pacientes, no solo pacientes agudos sino también con los pacientes nivel 5 y los nivel 7. Además se debe tener en cuenta los pacientes con curaciones nivel 3 que también demandan espacio en cada Ronda.

Seria Optimo poder contar con que cada equipo de los del Programa, Tuviera la posibilidad de ofrecer un espacio fijo para cada tipo de pacientes de la manera que en el caso de que hayan programados pacientes crónicos o de Tutela, las visitas de estos no se atrasen ara el día siguiente, ya que cuando resultan pacientes agudos y solicitudes de ingreso, se debe posponer en la Ronda los Nivel 5 y 7 para darle cabida a los ingresos nuevos y así no negar el servicio por falta de Camas. Además, siendo las curaciones de los pacientes nivel 3 fundamentales en el portafolio de servicios del PHD, estas no deberían ser impedimento para generar ingresos, ni tampoco que estos lleven a aplazar una curación en un turno determinado.

4.4 PROPUESTA DEL NUEVO MODELO DE PHD QUE POSIBILITA INDUCIR LA DEMANDA DEL SERVICIO.

4.4.1 Análisis estratégico PHD

Misión

Ofrecer servicios integrales de salud en hospitalización Domiciliaria, a través de un programa único en su clase en la ciudad de Medellín, con recursos humanos de altísimo nivel ético y profesional, y con el uso de insumos de máxima calidad para la prestación del servicio, con el propósito de lograr el bienestar integral en nuestros usuarios, generando continuamente oportunidades para nuestros empleados, y fomentando el desarrollo para nuestros médicos y enfermeras, con el fin de mantener el crecimiento económico y el continuo desarrollo de nuestra Institución.

Visión:

Ser la institución líder en la prestación de servicios integrales de salud en hospitalización Domiciliaria en Medellín, reconocidos por nuestro enfoque humano, científico y técnico.

<u>Análisis DOFA</u>

FORTALEZAS

- Posición y novedad en el mercado.
- Servicio que mejora la calidad de la prestación de salud.
- Personal capacitado.
- Soporte financiero importante.
- El deseo del paciente enfermo de recuperar lo más pronto posible su entorno familiar.

DEBILIDADES

- Cobertura geográfica limitada.
- Sistema de información.
- Sistema de comunicación.

OPORTUNIDADES

- Mercado amplio.
- Poca oferta del servicio médico domiciliario.
- Disponibilidad del recurso humano capacitado.
- Disponibilidad de tecnología.
- Infraestructura hospitalaria insuficiente.
- Altos costos de la atención intra hospitalaria.

AMENAZAS

- Inestabilidad normativa.
- Actitud defensiva del sector prestador del servicio.
- Pobre cultura del Home Care en nuestro medio.
- Inestabilidad cambiaria.
- Rápida obsolescencia de tecnología.
- Crisis económica del sector salud.

El Proyecto, objetivos estratégicos y cronograma de actividades se pueden apreciar en el siguiente cuadro: (véase el cuadro 2)

Cuadro 2. Proyecto, objetivos estratégicos y cronograma de actividades

		PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA COLSANITAS GRUPO MEDELLIN				
PROYECTO ESTRATÉGICO		**1. Plan de Mercadeo**				
OBJETIVO ESTRATÉGICO:		**Asegurar los ingresos de la Organización.**				
CRONOGRAMA:		FECHA INICIO			FECHA FINAL	
FASES	**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**	**ACTIVIDADES**	**RECURSOS**	**RESPONSABLE**	**FECHA LÍMITE**	**COSTOS**
1. Diagnostico	**Crear la matriz DOFA**	**1. Investigar Macroambientes**	**Financieros, logísticos, humanos, infraestructura**			
		2. Estudio De Microambiente	**Financieros, logísticos, humanos, infraestructura**			
		3.Analisis de estudios	**Cognitivos**			
2. Direccionamiento	**Alcanzar la visión organizacional**	**1. Talleres de sensibilización**	**Logísticos**			
	Cohesionar el grupo	**2. Capacitación**	**Logísticos**			
	Clarificar metas	**3. Eventos de Integración**	**Financieros, logísticos, humanos, infraestructura**			
3. Formulación	**Explorar viabilidad financiera**	**1.Explorar fuentes de Financiación**	**Cognitivos**			
	Explorar viabilidad legal	**2. Investigar regulaciones**	**Cognitivos**			
	Explorar viabilidad técnica	**3. Prospectar logística**	**Cognitivos**			
4. Evaluación	**Definir factibilidad financiera**	**1. Estudio Financiero**	**Software**			
	Definir factibilidad logística	**2. Estudio Técnico**	**Cognitivos**			
	Definir factibilidad legal	**3. Estudio Legal**	**Cognitivos**			
5.Puesta en marcha	**Cumplir rentabilidad proyectada**	**1. Optimizar el uso de recursos**	**Financieros**			
	Cumplir cronograma	**2. Control Cronograma**	**Técnicos**			
	Cumplir costos proyectados	**3. Racionalización de Costos y Gastos**	**Software**			
TOTAL COSTOS						**$**

4.4.2 Propuesta de mejoramiento de procesos. (Véanse los Cuadros Siguientes)

Cuadro 3. Propuesta de mejoramiento de Solicitud de Ingreso a PHD / Contacto con el PHD Medellín / Solicitud de Información

Proceso a mejorar:
Solicitud de Ingreso a PHD / Contacto con el PHD Medellín / Solicitud de Información
Propuesta de mejoramiento:
1. Generar e implementar un formato de Solicitudes del PHD, en el cual se puedan consignar todos los datos completos necesarios para evitar ausencia de datos o distorsiones en la información. 2. Pedir siempre ante la solicitud de un ingreso, soporte de la orden del Medico pidiendo la interconsulta por el Programa de Hospitalización domiciliaria, con las ordenes claras de tratamiento y tiempo estimado de este en el PHD, redactados con letra clara en imprenta o impresas a partir de un medio digital. 3. Tener un FAX disponible exclusivamente para la oficina del PHD, al cual se puedan enviar las solicitudes de ingreso. 4. Tener como requisito que los especialistas tratantes proporcionen su número de celular, ya que el paciente es suyo también, y en caso tal ser necesario aclarar dudas con respecto al manejo no siempre es fácil contactarlos. (algunos especialistas no dejan un numero de contacto directo).

Cuadro 4. Propuesta de mejoramiento Domicilio dentro del Mapa de Cobertura / Fuera del Mapa de Cobertura

Proceso a mejorar:
Domicilio dentro del Mapa de Cobertura / Fuera del Mapa de Cobertura
Propuesta de mejoramiento:
Se propone generar un cargo de Medico Administrativo encargado de las labores administrativas únicamente, así la parte asistencial no se verá afectada, y las labores administrativas no se verán atrasadas.

Cuadro 5. Propuesta de mejoramiento Promesa de Atención Al usuario / interconsulta

Proceso a mejorar:
Promesa de Atención Al usuario / interconsulta
Propuesta de mejoramiento:
1. se propone la creación de un cargo para un medico que se encargue de la coordinación exclusiva del PHD, subalterno al coordinador Medico De Sanitas Medellín, y de un cargo de Una Coordinadora de Enfermeras del PHD interna, Subalterna a la coordinadora de Enfermería de Sanitas Medellín, que se encarguen de las labores administrativas exclusivamente, y se encarguen de coordinar todos los problemas referentes a los ingresos y los inconvenientes logísticos del PHD. Estas personas tendrán la connotación de jefes inmediatos de los médicos y enfermeras del PHD, y podrán tomar decisiones con respecto a las irregularidades del programa, y encargarse de que el programa desde adentro funcione de una manera más eficaz, comprometiéndose con resultados a través de indicadores de gestión, los cuales deben demostrarse ante los coordinadores medico y de Enfermeras de Colsanitas en Medellín. Esto Proporcionara al programa mas organización, ya que son las personas a las cuales se les debe empoderar las funciones referentes a recibir la información de pacientes que ingresaran al programa a través de la interconsulta generada por las instituciones, y son quienes deben responder ante los entes superiores cuando se pospone, se transfiere o se niega un ingreso. Ellos estarían en la capacidad de prestar labores asistenciales pero más bien como un apoyo al resto de los equipos, con un número menor de pacientes a su cargo, ya que estarían con la responsabilidad de las labores administrativas, asistencia a comités, entre otras de su pertinencia. 2. Se propone la incorporación de 2 Equipos al programa, con el objetivo de maximizar la capacidad instalada y de respuesta del programa. 3. Se propone dentro del manejo logístico, empoderar a cada médico dentro de su ronda, con la responsabilidad de ver un mínimo de 8 pacientes por turno, con el fin de no perjudicar el desarrollo de la ronda. Existirán los casos concretos en los cuales las rondas contengan pacientes muy complicados que tomen mayor tiempo en la atención, pero con una coordinación médica interna en el PHD, se podrán tomar las decisiones pertinentes a cada caso. El objetivo es que así como los médicos de la tarde muchas veces deben generar por fuerza mayor horas extras, saliendo después de su jornada laboral para terminar la ronda de los pacientes que no se alcanzaron a ver, los médicos de la mañana tengan la misma responsabilidad con respecto a la ronda que les toco. De esta manera, cuando resulten ingresos, no habrá necesidad de posponerlos por falta de capacidad instalada.

Cuadro 6. Propuesta de mejoramiento de Presentación de un programa ante el paciente / Confirmación de Viabilidad del Ingreso

Proceso a mejorar:
Presentación de un programa ante el paciente / Confirmación de Viabilidad del Ingreso
Propuesta de mejoramiento:
1. Se refuerza la propuesta anterior de un subalterno al Director médico, quien pueda valerse de herramientas como los diarios de auditoría de los auditores de Medellín para anticiparse a los posibles egresos, a fin de pedir a farmacia estar con los insumos listos al momento e hacer el ingreso. Se propone la creación del cargo de un auxiliar administrativo, subalterno al secretario medico que pudiera dedicar parte de su tiempo a llamar a confirmar todo lo necesario para los ingresos del día a día. 2. Se puede aprovechar este mismo recurso humano para que en el caso tal de que exista la necesidad de hacer estas confirmaciones sobre la marcha las pueda hacer antes de que el médico llegue a realizar el ingreso. 3. Se propone dotar a los equipos del PHD con uniformes en tela impermeable, para protegerles de los cambios climáticos y de los fluidos corporales de los pacientes, además de dotarlos con chaquetas impermeables con capucha para los días de lluvia. Además Se propone con Dotar de 4 Uniformes Ya que en la Dotación solo se les entrega a los médicos 2 Uniformes.

Cuadro 7. Propuesta de mejoramiento Montaje del PHD

Proceso a mejorar
Montaje del PHD
Propuesta de mejoramiento:
1. incorporación al PHD de 2 equipos Médicos, con los siguientes objetivos: Uno de los equipos se encargaría de partirse en 2. El médico se encargaría de la Ronda únicamente de pacientes Crónicos y tutelas, y la jefe se encargaría únicamente de las curaciones. Esto optimizaría el espacio y la capacidad de que los otros equipos se encarguen de recibir solo pacientes agudos, los cuales son susceptibles de proporcionar una rotación alta de camas, óptima como lo es en un hospital. Esto Proporcionaría la generación de Conciencia del PHD como un verdadero Hospital, en el cual no se negarían ingresos a un piso virtual que es como se concibe el Programa, ya que las camas estarían disponibles para los pacientes, y solo cuando el tope de pacientes por equipo

llegue a su Máximo, se podría decir que se está sacando el máximo provecho al recurso humano, y esto a su vez propendería al continuo sostenimiento y crecimiento del programa dado que los pacientes agudos, son los que generan el mayor ingreso Económico al PHD. El Otro de los equipos, formaría parte de la fuerza médica necesaria para que el Programa tenga como recibir la mayor cantidad de pacientes posible.

4.4.3 Pacientes susceptibles de recibir atención domiciliaria según patología

PACIENTES CON NEOPLASIA EN ESTADO TERMINAL.

Los seres humanos, en el proceso de vivir y desde antes de nacer, llevamos en nuestra propia naturaleza la realidad de la muerte.

Cuando como equipo de salud abordamos un paciente terminal debe resaltarse el hecho de que es ante todo un ser humano, que esta constituido por múltiples y diversas esferas que al interactuar armónicamente dan cuenta de un conjunto de sensaciones.

La dimensión de la materia, es decir, lo orgánico, lo fisiológico, puede presentar alteraciones que se expresan en el cuerpo como signo o como síntomas y que al ser detectadas oportunamente permiten reconocer la enfermedad, que con el desarrollo tecnológico y científico se puede intervenir y modificar favorablemente hacia la recuperación del estado de salud.

Las circunstancias en la que la enfermedad se presenta, se diagnostica pero no es curable y es donde tenemos que tener presente, que es imperativo reconocer los límites de la vida y un respeto muy profundo a las necesidades y motivaciones de cada persona, aún en la fase terminal y por último que los humanos somos seres mortales.

Se define como paciente terminal aquel que tiene una enfermedad diagnosticada plenamente o no, que al desarrollo no responde a los tratamientos disponibles, que han probado ser no efectivos en otras personal que han padecido la misma enfermedad.

Se debe tener como un proceso dinámico que conlleva al deterioro progresivo de la calidad tanto física, mental, emocional y de la relación con sus semejantes y con su entorno, además de una pérdida progresiva de la autonomía en todos los actos de la vida.
Para el manejo del paciente terminal se requiere de un equipo multidisciplinario y que cuente con un medio que facilite y le dé confianza al paciente, nada mejor que el entorno familiar con un soporte médico de asesoramiento continuo.

El servicio médico de atención domiciliaria se constituye en una gran estrategia para que el paciente terminal reciba una atención integral con fines terapéuticos, proteger al paciente de ser sometido a tecnologías diagnosticas y terapéuticas, que ha menudo son producto de la desesperación y que con enorme frecuencia deterioran su calidad de vida y adicionan su entorno para que comparta sus últimos días de sus vida con las personas que más lo quieren, lo cual exige participación activa de todo el equipo de salud adoptando una unidad funcional con el paciente y el entorno familiar.

Cuando el paciente se encuentre en la última etapa del proceso de morir se requiere aplicar la medicina paliativa considerando esta rama de la medicina como el equipo terapéutico que es capaz de facilitar las condiciones y adecuación del medio para que el paciente fallezca lo más cómodo, sereno y tranquilamente posible.

La mayoría de los casos tratados en los hogares son enfermos terminales, adultos mayores imposibilitados físicamente para trasladarse, personas en estado de demencia y gente con infecciones severas que se han estabilizado en la clínica y que una vez superado el estado crítico, puede mantenerse en el hogar.

"Las ventajas para el paciente son muchas", opina Pérez Ojeda, "ya que se trabaja de manera integral y se puede incorporar al núcleo familiar al proceso de sanación o de muerte".

Aunado al hecho emocional, los partidarios de la asistencia domiciliaria se enfrentan con su escasa promoción y con que, hasta hace poco, ningún seguro aceptaba esto como un tratamiento válido. Ahora, sólo algunas compañías aseguradoras han convenido en incluirlo dentro de las pólizas. Con todo, en el área metropolitana existen varios cientos de dormitorios convertidos en clínicas.

La mayor garantía que tiene el enfermo es que le respeten su decisión de tener un buen morir. Si eligió no tener ningún tipo de vida artificial tendrá lo indispensable para no sentir dolor.

El equipo de salud en la atención domiciliaria debe tener la capacidad de trasladar la tecnología que requiere para cumplir éticamente con el buen morir del paciente.

El equipo no solo influye en la calidad de atención médica del paciente oncológico terminal, sino que también permite ahorrar costos. La agencia de evaluación de tecnología de Cataluña ha cifrado este ahorro en 72.654 pesetas por paciente durante el último mes, gracias a la reducción en los ingresos en hospital de agudos, consulta externa y urgencias.

CONTROL DEL DOLOR.

El dolor es de los síntomas que tiene mayor relación con el sufrimiento del paciente y la familia, se requiere entonces de un equipo de salud muy comprometido y sensibilizado con el incremento para dar un apoyo continuo, modificar y aplicar nuevos esquemas de analgesia para alcanzar lo esperado, individualizando cada caso.

Es un síntoma muy subjetivo lo que dificulta el manejo rígido de analgesia esperando alcanzar siempre los resultados deseados.

El estudio de Killan refiere que 46% de los pacientes que reciban algún esquema de analgesia fracasan en el control del dolor y refieren que el apoyo afectivo juega un papel importante en los resultados.

Varios estudios de la literatura han reportado que en el 25% de los casos la causa del dolor es secundario a los tratamientos empleados, dolor que es mas rebelde al tratamiento, y se ha visto que los pacientes que deciden no someterse a ningún tratamiento, sino que aceptan el desarrollo normal de la enfermedad, viven su etapa final con menos dolor y sufrimiento.

Varias veces nos enfrentamos a un paciente que necesita resolver otros problemas, como relaciones interpersonales facilitando un momento de perdón, necesitar de una ayuda.

El punto de partida del manejo que tiene dolor de origen neoplásico es reunir a la familia y generar compromisos mutuos, hacerle entender que siempre van a estar acompañados y manifestar el interés del equipo de salud.

Hacer que el paciente conozca su enfermedad, resolviendo todo tipo de dudas y expectativas de calidad de vida. Es de gran beneficio que el paciente siente el interés del equipo de salud y que sepa que puede contar con el apoyo necesario permanentemente.

Escala de analgesia:
Medicamento Base:
Medicamento alternativo:

RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DEL DOLOR DE ORIGEN NEOPLÁSICO.

En el monitoreo a nivel domiciliario podemos titular el medicamento y las dosis necesarias para el momento del dolor. Es de muy buena práctica conocer qué tipo de medicamentos ha utilizado el paciente, y que resultados ha tenido con los esquemas anteriores, con una finalidad de poder dar recomendaciones claras y entrar a negociar con nuestro paciente como nos ha tocado en la práctica del servicio médico domiciliario la terapia ideal para el control del dolor.

Dado que en programa de atención medica domiciliaria se manejan pacientes en estado muy avanzado de su enfermedad se requiere por lo general utilizar analgésicos potentes y la vía más tolerada es la oral inicialmente, hay casos que requiere la vía parenteral y la vía subcutánea es la mas adecuada por la facilidad del manejo ambulatorio, la disminución de insumos, la comodidad para el paciente, el poco riesgo de infección y al aprender la aplicación con mayor facilidad por parte del paciente y la familia es la que mejores resultados nos ha dado, ya que genera un control de gastos muy importantes porque nos evitamos el desplazamiento permanente del equipó de salud al domicilio del paciente.

La morfina como medicamento básico es el más utilizado dado por sus excelentes resultados alcanzados con un adecuado uso, además es el de mayor disponibilidad en nuestro medio y de un costo muy económico.

CONTROL DE LA DISNEA.

La disnea se define como una sensación de dificultad para respirar normalmente, muchos se refieren a este cuadro como ahogo.

Es un síntoma referido por el paciente y un signo que al evaluar al paciente lo podemos evidenciar, el cual produce un deterioro marcado en la calidad de vida del paciente, ya que nuestros esfuerzos pueden traducirse en un ahogo importante. Al igual que el dolor es una acción subjetiva lo cual nos induce que debemos de creerle al paciente.

El paciente por su compromiso sistémico entra en una fase de hipoxemia generalizada lo cual se manifiesta en el síntoma de la disnea, evento que es bastante ruidoso y de mucha angustia por el paciente y para sus familiares, se requiere entonces contar con la presencia inmediata del equipo de salud y la tecnología que proporcione el control del cuadro clínico como lo es la oxigenoterapia domiciliaria.

La disnea es el síntoma más común que puede presentarse en los casos de cáncer, varios estudios refieren que se presenta en el 70% en las últimas seis semanas de vida, en el paciente hospitalizado por cáncer de cualquier origen en un 45 –50 % de los casos.

MANEJO DE LA DISNEA.

Cuando encontramos que un paciente tiene una neoplasia y que presenta disnea lo que se debe corregir inicialmente son las causas que lo desencadenan:

Anemia: Realizar una transfusión en paciente hemodinamicamente inestable.
Derrame pleural: Realizar una toracocentesis.
Radioterapia: En tumores que produzcan síndrome de vena cava superior.
Tumores quimiosensibles: Quimioterapia.

MEDIDAS DE SOPORTE GENERAL PARA TODOS LOS PACIENTES CON DISNEA.

- Entrenar al paciente para que haga sus espiraciones prolongadas por la nariz, con los labios apretados, ejercicio que nos permite aumentar la presión en las vías aéreas evitando que estas se colapsen.

- Apoyarnos en la terapia respiratoria, donde se educa sobre nuevas técnicas de respiración, con el objeto que el paciente se adapte progresivamente al déficit de su capacidad respiratoria, hasta alcanzar una respiración diafragmática.

- Realizar sesiones de terapia para mantener la mínima cantidad de secreciones en vías respiratorias superiores, apoyándose si es necesario en aspiradores en los casos donde el paciente presente dificultad de expulsarlas por si solo.

- Colocar un ventilador hacia la cara del paciente, lo cual facilitara que disminuya la sensación de ahogo, por la estimulación directa de la distribución del trigémino.

- En pacientes que aun tienen buen apetito se sugiere disminuir el consumo de carbohidratos y aumentar el consumo de alimentos que contengan grasa, lo cual facilita que se disminuya la producción de CO_2.

- Proporcionar al paciente un entorno de confort, tranquilidad y acompañamiento con sus familiares. En nuestra experiencia la música religiosa en un tono suave le ayuda mucho al paciente.

- La visita del sacerdote se debe incentivar para fortalecer la paz espiritual del paciente, al igual que la lectura de pasajes bíblicos por parte de los miembros de la familia.

OXIGENOTERAPIA

CANULA NASAL: Manejamos volumen de oxigeno hasta de 3 litros por minuto, monitorizado por oximetria de pulso alcanzando una saturación de oxigeno mayor de 88-90% y una presión de oxigeno mayor de 55 mmHg.

Cuando el paciente a pesar de estar recibiendo oxigeno por cánula nasal y no es posible mantener saturaciones mayores del 88%, se requiere entonces de equipo de venturi, para proporcionarle un mayor volumen de oxigeno, y de esta manera evitar que el paciente presente disnea en forma ruidosa el cual se convierte en un cuadro de angustia para el paciente y su familia.

ESTEROIDES: Usarlos en caso de obstrucciones de las vías aéreas, se ha demostrado que tiene resultados muy convenientes en caso de síndrome de vena cava superior y en caso que se reporte metástasis linfática a vías respiratorias. La dosis recomendada es la Dexametasona 8 Mg. Divididos en dos dosis diarias.

TRANQUILIZANTES: Usados en caso que el paciente ya este en un estado terminal, para alcanzar el control de la excitación que pueda presentar. Medicamento recomendado es el Midazolam a dosis de 2 Mg vía endovenosa cada 4 horas. Otra alternativa es Lorazepan a dosis de 1 Mg. vía endovenosa cada 8 horas según respuesta.

OPIOIDES: Estudios refieren ninguna alteración en los parámetros gasimetricos ni de la función pulmonar, produciendo así una mejoría subjetiva de los síntomas, al igual no se corre riesgo de la depresión respiratoria ni de aumentar el dióxido de carbono.

La morfina es el tratamiento de elección y se utiliza en dosis menores que las utilizadas para analgesia, una dosis sugerida es iniciar con 5 Mg cada 4 horas, la vía de elección es la subcutánea. Se evalúa dosis respuesta y podemos alcanzar hasta 70 – 80 MG día.

MANEJO DE LA DESHIDRATACIÓN: El paciente terminal por el gran catabolismo, anorexia marcada e intolerancia a la vía oral, es susceptible de deshidratación, dentro del manejo paliativo se requiere dar un soporte de requerimientos mínimos de líquidos vía parenteral. Es muy importante explicarle tanto al paciente como a sus familiares que pretendemos solamente suministrar líquidos básales, esto dado a que en n nuestra práctica diaria se entiende como si estuviéramos haciendo más del simple soporte básico e inclusive se interpreta como si estuviéramos prolongando la vida con esto el sufrimiento del paciente.

Con estas herramientas terapéuticas y un equipo médico bien comprometido, con la familia y el manejo del paciente que padece una enfermedad terminal se

garantiza una muerte humanizada en su ambiente y en el entorno de su hogar cerca de sus seres queridos y facilitando sus últimos deseos.

La reflexión que siempre se debe tener en cuenta cuando estamos frente a un paciente terminal, no aumentar el sufrimiento con nuestras intervenciones y actitudes, mejorar la calidad de vida en la medida de nuestras posibilidades y facilitarle los medios que ayudan al enfermo para que le encuentre sentido a dicho sufrimiento.

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, BRONQUITICO O ENFISEMATOSO QUE CUMPLA LOS CRITERIOS DE OXIGENOTERAPIA PERMANENTE EN SU DOMICILIO.

Es una entidad frecuente que se caracteriza por la obstrucción crónica difusa de las vías aéreas y se manifiesta por la disminución de flujo espiratorio y por retardo en la espiración forzada.

Enfisema: Como la dilatación anormal y permanente de los espacios aéreos respiratorios nasales o los bronquíolos y destrucción de las paredes, manifestándose en el paciente en la dificultad para hacer el evento de la respiración.

Bronquitis: Como la presencia de tos y expectoración casi todos los días durante tres o más meses al año por dos o más años consecutivos, esto como consecuencia de aumento del foco intraluminal, inflamación, fibrosis, hipertrofia del músculo liso y disminución y alteración de la luz de los bronquíolos.

Luego de instalarse la enfermedad es progresiva e irreversible convirtiéndose en un problema de salud pública.

Por el grado de conicidad de la enfermedad y las múltiples exacerbaciones que se presentan, en la mayoría de las veces requiriéndose el manejo hospitalario es un grupo esceptible de control muy importante, repercutiendo en el mejoramiento de calidad de paciente y generando un control de costos para la aseguradora.

El tratamiento no cuenta con poder curar la enfermedad, el manejo de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica se basa en la combinación de medidas preventivas que eviten la enfermedad o prevengan su progresión y medidas que promuevan una mejor calidad de vida mediante el tratamiento de sus síntomas y complicaciones.

Para el éxito de este enfoque se requiere un programa que incluya un compromiso continuo de todo el equipo de salud, educación y vigilar cumplimiento del

tratamiento ordenado, y poder diagnosticar a tiempo los episodios de exacerbación e insistir en las medidas preventivas como suspende el cigarrillo, control de contaminación ambiental.

El tratamiento farmacológico debe organizarse de acuerdo a la severidad de la enfermedad a la respuesta y tolerancia del paciente a cada medicamento especifico. Son objetivos del tratamiento el lograr una bronco dilatación máxima, disminuir el componente inflamatorio y facilitar la expectoración.

Para lograr estos objetivos se recomienda la administración secuencial de medicamentos en un esquema paso a paso. Los pacientes con enfermedad leve pueden ser manejados en el ámbito ambulatorio con broncodilatadores pero el paciente que tiene un compromiso severo y que se beneficia del manejo domiciliario se requiere del suministro concurrente de varios medicamentos.

La hipoxia induce una respuesta fisiológica compleja que busca preservar el suministro de oxigeno a los tejidos pero a largo plazo tiene consecuencias negativas que pueden afectar la calidad de vida y la supervivencia del paciente por lo cual la corrección de la hipoxemia es un componente fundamental del tratamiento del paciente con la EPOC.

El suministro de oxigeno a largo plazo corrige la Eritrocitosis secundaria, aumenta el peso corporal, mejora la insuficiencia cardiaca debida al cor pulmonar, fortalece el trabajo del corazón, mejora el funcionamiento fisiológico y la capacidad para hacer ejercicio y desempeñar las actividades diarias.

Dos estudios muy importantes, conducidos por el concejo Británico de Investigaciones Medicas y el Instituto de Nacional de Salud de los EEUU, demostraron que la administración de oxigeno a largo plazo mejora la supervivencia en paciente hipoxémico con EPOC siempre y cuando se reciba en forma continua por más de 12 horas. El estudio concluye que la supervivencia a cinco años en el grupo control que no recibió oxigeno fue de 25% y en el grupo que recibió oxigeno por 15 horas al día incluyendo las horas del sueño fue de 41%.

Con base en el beneficio terapéutico de la oxigenoterapia en los pacientes que tienen diagnostico de la EPOC se hace necesario suministrarlo en el domicilio, constituyéndose en un recurso de alto costo necesario de ser controlado.

El beneficio de la oxigenoterapia tiene unas aplicaciones muy especificas y están definidos los criterios.

Residentes entre 0 y 1600 metros sobre el nivel del mar.

Pa02 en reposo igual o menor a Sa02 menor de 89%.

Pa02 en reposo e 55 a 59mm de Hg o Sa02 Menor de 89% con uno o más de los siguientes signos.

- Falla Cardiaca Congestiva.
- Eritrocitos (hematocrito mayor de 55%).
- Corpulmonar (por EKG o Eco cardiografía).

Hipoxemia nocturna igual o menor a 55mm de Hg u oximetría nocturna menor de 88%.

Hipoxemia durante el ejercicio igual o menor de 55mm de Hg o una oximetría menor de 88%.

Residentes en alturas mayores de 1600mts.

Pa02 en reposo igual o menor a 45mm de Hg o Sa02 menor de 78%.

Pa02 en reposo de 45 a 49mm de Hg o Sa02 menor de 78% con una de los siguientes signos:

- Falla Cardiaca Congestiva.
- Eritrocitosis (Hematocrito mayor de 55%).
- Corpulmonar (por EKG o Eco cardiografía).

Hipoxemia nocturna igual o menor a 45mm de HG u oximetría nocturna menor de 78%.

Hipoxemia durante el ejercicio igual o menor a 45mm de Hg o una oximetría con ejercicio menor de 78%.

Los casos nuevos de EPOC cada día va en aumento y dado a que el manejo de estos pacientes se consumen un alto porcentaje de los recursos de las aseguradoras, se hace necesario recurrir al control domiciliario de los pacientes, tanto para regular la eficiencia de la oxigenoterapia como además identificar oportunamente y tratar exacerbaciones del cuadro que generalmente requieren de un manejo hospitalario.

POSQUIRURGICO INMEDIATO.

Pacientes o quienes se han realizado intervenciones por: video laparoscopia: colocistectomia, corrección de reflujo gastroesofágico, herniorafias, microcirugía de hernia de núcleo en columna y cierre de heridas por segunda intención.

Previa a la cirugía el paciente es remitido por el cirujano encargado de la intervención al grupo de atención domiciliaria, en donde se explica de una manera detallada la participación del grupo en el tratamiento más específicamente el manejo, disponibilidad de tecnología al igual del personal.

Realizada la intervención quirúrgica el paciente es llevado a sala de recuperación anestésica y sus signos vitales, estando el paciente consiente y su hemodinámica estable, es trasladada por equipo de salud de atención médica a su domicilio, se programa el esquema de analgesia y se dan recomendaciones pertinentes. Se deja un medio de comunicación a través del cual el paciente tenga un contacto inmediato con el equipo de salud, en el caso de nuestro el ideal es Vía beeper.

POSQUIRUGICO CON HERIDAS COMPLEJAS.

El paciente que luego de ser intervenido quirúrgicamente haya presentado complicación de la herida y tenga que realizar un cierre por segunda intención. Este tipo de paciente por lo general tiene una estancia prolongada en el hospital, simplemente porque requiere de estar realizando curaciones.

La idea en estos casos es concertar con el equipo que está realizando el manejo en la Institución, un plan que permita trasladar el paciente a su domicilio y continuar.

PACIENTE ORTOPÉDICO QUE REQUIERA TRACCIÓN POR UN TIEMPO PROLONGADO, MÁS DE 4 DÍAS.

Pacientes que requieren tener tracciones esqueléticas o de tejidos blandos por tiempos prolongados y luego se realice tratamiento quirúrgicos o colocar yeso, como es el caso de fracturas de cadera, fracturas de fémur en niños etc.

Se traslada todo el equipo ortopédico al domicilio del paciente.
Mediante visitas periódicas de uno de los miembros del equipo de salud según la clasificación inicial, se monitoriza la evolución del paciente.

El médico coordinador de zona es el encargado de tener enterado al médico especialista de la evoluciona del paciente y programar el retorno del paciente a la clínica para ser intervenido. El traslado del paciente se realiza en ambulancia.

ENFERMEDADES METABOLICAS DE DIFÍCIL MANEJO.

Pacientes que a través de auditoría de campo han tenido re-hospitalizaciones frecuentes, más de tres hospitalizaciones al año, por alguna enfermedad de comportamiento crónico. (Diabetes, Trastornos de tiroides, Feocromocitoma, Anemia falciforme. Insuficiencia Cardiaca congestiva, Insuficiencia Renal Crónica), son remitidas para que el equipo de atención médica domiciliaria, inicie un plan en que se pueda intervenir los factores de riesgo que están llevando a la descompensación.

SECUELAS DE ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR.

La enfermedad cerebro vascular constituye un problema importante de salud pública, no solo por la mortalidad sino además por su alta morbilidad, así por ejemplo vemos que en EEUU y en los países desarrollados ocupa el tercer lugar, entre las causas de mortalidad, después de cardiopatías y el cáncer.

Colombia según las estadísticas del DANE, la tasa de mortalidad, por causa de la enfermedad cerebro vascular (ECV) va en ascenso de 2.5% en el año 1971 a 5.8% en 1981, Porque no hay unas políticas y compromisos del gobierno con las campañas de atención y prevención; esto antes del establecer el Sistema de Seguridad Social en Salud, y ahora porque los programas no se les da la importancia que se merecen dentro del marco de la ley, obligando a las aseguradores a asumirlos, produciendo un impacto en la calidad de vida de la comunidad.

El papel del médico en la institución ante el paciente con ECV, es el establecer el diagnostico clínico y la terapia inicial, con la finalidad de mantener las funciones vitales, corregir las condiciones patológicas desencadenantes o concurrentes a la ECV, y prevenir las complicaciones precoces.

Luego de diagnosticar el cuadro, la rehabilitación del paciente requiere de un equipo de salud domiciliario multidisciplinario que en conjunto con la familia establezca unos objetivos y metas. Control medico, suministro de medicamentos, cuidados de enfermería, apoyo psicoterapéutico, terapia respiratoria para evitar neumonías y bronco aspiraciones, terapias del lenguaje y la participación de la terapia física que juega un papel muy importante para lograr fortalecer su sistema locomotor, darle independencia al paciente y mejorar su calidad de vida.

ALTA TEMPRANA DEL PACIENTE PARA CONTINUAR MANEJO DE MEDICAMENTO PARENTERAL EN EL DOMICILIO.

En los casos anteriores se interviene al paciente desde el punto de vista de rehabilitar y mantener el estado de salud del paciente.

El alta temprana significa completar un esquema de tratamiento para una patología cuyo diagnostico esta definido; en la institución la evolución clínica es muy satisfactoria, pero se requiere completar el esquema terapéutico con medicamentos parenterales, el paciente se traslada a su domicilio donde el equipo de atención medica domiciliario se responsabiliza de completar el esquema terapéutico que sea ordenado.

Es uno de cuadros clínicos que puede representar un gran volumen de pacientes para ser remitidos al programa.

La participación de la auditoria en caliente juega un papel muy importante, posibilitando la captación del paciente con oportunidad.

Se genera un compromiso del equipo de salud con el paciente cumpliendo rigurosamente el esquema de manejo que es ordenado por el médico tratante.

PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.

La trombosis venosa profunda afecta a dos millones de personas en Estados Unidos por año y es la tercera enfermedad cardiovascular después de la enfermedad coronaria y la enfermedad cerebro vascular. Se reportan más de 60.000 caso por año.

FACTORES DE RIESGO PARA TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA:

Reposo prolongado.
Cirugía abdominal, torácica, ortopédica, urológica, pélvica.
Enfermedad del sistema nervioso Central.
Déficit de anticoagulantes.
Embarazo.
Parto, aborto, puerperio.
Inmovilización de miembros inferiores.
Síndrome antifosfolípido.
Trauma.
Insuficiencia Cardiaca Congestiva.
Carcinoma.
Uso de anovulatorios.

En estos casos lo ideal es prestar profilaxis al paciente, bien sea por métodos mecánicos como la compresión neumática intermitente, o la profilaxis medicamentosa.

La trombosis venosa profunda se presenta como una enfermedad de gran riesgo por la facilidad de producir un trombo embolismo pulmonar.

Signos Clínicos: Edema, aumento del perímetro, dolor a la palpación, dolor en reposo, incapacidad funcional, cianosis del miembro comprometido, circulación colateral, signo de Homans.

Establecida la impresión diagnostica por el examen medico se confirma por Ultrasonografía con Doppler de color de la circulación venosa de miembros inferiores, previamente confiable.

Confirmado el diagnostico y clasificando el paciente son otro factor de riesgo, se remite al programa de atención medica domiciliaria para realizar el manejo con heparinas de bajo peso molecular vía subcutánea, las cuales tienen un efecto antitrombótico más predecible y que requieren de monitoreos de coagulación.

Manejo Recomendado:
Reposo solo mientras persista el dolor. No se recomienda realizar compresas. Tan pronto cese el dolor, colocar vendaje elástico e iniciar de ambulación.

Iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular Enoxiparina a dosis de 1 mg por Kg dos veces al día subcutánea, la otra opción terapéutica es la Deltaparina Sódica en dosis de 100U por Kg dos veces al día.

El primer día se inicia simultáneamente la Warfarina 10mg día a la tercera dosis se realiza un control de TP e INR, cuando se alcance un INR entre 2 a 3 solo se podrá suspender la heparina de bajo peso molecular.

El tiempo de tratamiento es por tres meses y si el cuadro es recidivante se requiere tratamiento indefinido.

En el domicilio se atiende el paciente hasta que se haya alcanzado los niveles ideales de anticoagulación y se suspenda la terapia subcutánea; el tratamiento complementario se realiza ambulatorio.

La paciente obstétrica esta contraindicado el uso de Warfarina, razon por la cual debe de manejarse con heparinas de bajo peso molecular hasta finalizar el embarazo.

Otras patologías que pueden ser de manejo domiciliario.

Paciente con SIDA.

Displasia Bronco pulmonar para manejo de oxigenoterapia.

Ictericia neonatal, con fototerapia intensiva ambulatoria.

Manejo del paciente con enfermedades congénitas complicadas.

4.4.4 Criterios de calidad. La Calidad se define como la provisión de servicios accesibles, equitativos con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra adhesión y satisfacción de nuestros clientes. Y también calidad es tres procesos, MEDIR, MEDIR, MEDIR.

Hay que introducir la Gestión clínica en las áreas de la salud, siendo sus principales objetivos:

- Incrementar la Eficiencia y la Calidad de las prestaciones sanitarias dispensadas por las unidades asistenciales.

- Implicar a los profesionales sanitarios en la gestión de los recursos de la unidad asistencial que en la que se integren.

- Impulsar una nueva forma de trabajo enfocada hacia la gestión de los procesos, la autoevaluación y la mejora continua de los mismos.

- Potenciación de actividades que mejoren los resultados: Niveles de Salud, Eficiencia Clínica, uso de tecnologías, utilización de recursos humanos.

- Descentralizar la organización y el funcionamiento operativo de las unidades clínicas.

- Basar el núcleo del modelo organizativo en el flujo de información.

- Asumir, por parte del responsable clínico, de la gestión de todo el personal de su unidad.

Los criterios de calidad están enmarcados en el mapa general de procesos de gestión de la calidad de Colsanitas el cual se aprecia a continuación. (Véase la Figura 3 y 4)

Figura 3. Mapa general de procesos sistema de gestión de la calidad de Colsanitas

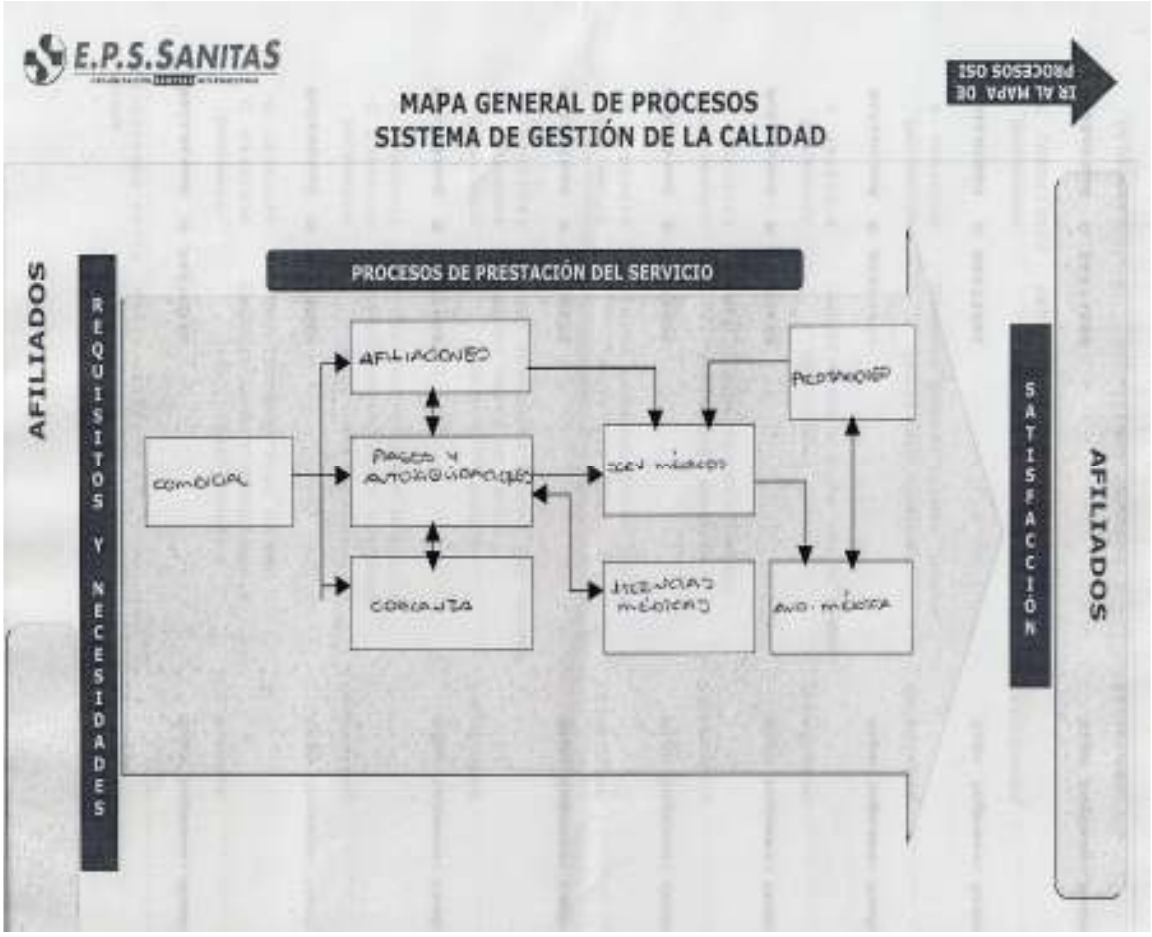
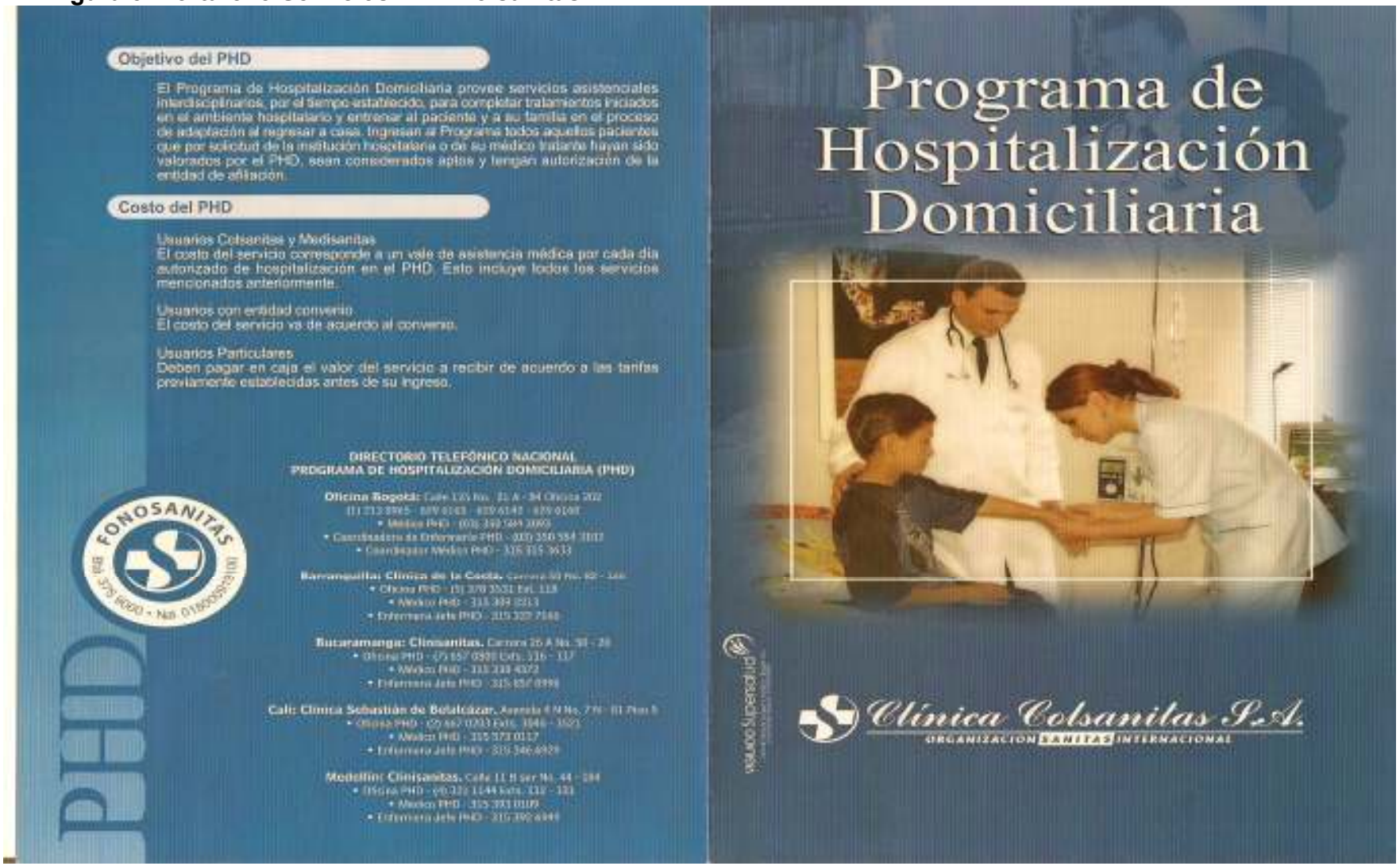


Figura 4. Calidad de la atención médica

4.4.5 Portafolio servicios PHD (usuarios). (Véase la Figura 5)

Figura 5. Portafolio Servicios PHD Colsanitas



Objetivo del PHD

El Programa de Hospitalización Domiciliaria provee servicios asistenciales interdisciplinarios, por el tiempo establecido, para completar tratamientos iniciados en el ambiente hospitalario y entrenar al paciente y a su familia en el proceso de adaptación al regresar a casa. Ingresan al Programa todos aquellos pacientes que por solicitud de la institución hospitalaria o de su médico tratante hayan sido valorados por el PHD, sean considerados aptos y tengan autorización de la entidad de afiliación.

Costo del PHD

Usuarios Colsanitas y Medisanitas
El costo del servicio corresponde a un vale de asistencia médica por cada día autorizado de hospitalización en el PHD. Esto incluye todos los servicios mencionados anteriormente.

Usuarios con entidad convenio
El costo del servicio va de acuerdo al convenio.

Usuarios Particulares
Deben pagar en caja el valor del servicio a recibir de acuerdo a las tarifas previamente establecidas antes de su ingreso.

DIRECTORIO TELEFÓNICO NACIONAL
PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (PHD)

Oficina Bogotá:
Barranquilla: Clínica de la Costa.
Bucaramanga: Clinsanitas.
Cali: Clínica Sebastián de Belalcázar.
Medellín: Clinsanitas.

FONOSANITAS

PHD

Programa de Hospitalización Domiciliaria

Clínica Colsanitas S.A.
ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL

PHD

¿Qué es el PHD?

El Programa de Hospitalización Domiciliaria fue creado por la Organización Sanitas Internacional con el objeto principal de proporcionar al paciente todo lo que requiera para su recuperación en su domicilio, trasladando a su casa personal entrenado, para garantizar todas las comodidades y servicios propios de una clínica.

Servicios que ofrece el PHD

- Comunicación con el PHD las 24 horas del día.
- Médico y/o enfermera profesional quienes realizan visitas a los pacientes.
- Auxiliar de enfermería de acuerdo al nivel asignado en el PHD.
- Terapias domiciliarias: respiratoria, física, lenguaje, ocupacional (según el caso).
- Suministro de medicamentos y/o material médico quirúrgico (de acuerdo al cubrimiento de la entidad de afiliación del paciente).
- Oxígeno y pulsoximetría.
- Fototerapia.
- Antibioticoterapia y analgesia parenteral.
- Cuidados paliativos y manejo de dolor.
- Manejo de pacientes agudos y crónicos.
- Programas de rehabilitación y quimioterapias de baja complejidad.
- Nutrición enteral.
- Toma y reporte de laboratorios.
- Manejo de heridas y estomias.
- Manejo de diferentes tipos de catéteres y sondas.
- Administración de medicamentos especiales.
- Suministro de equipos médicos.
- Servicio de ambulancia para traslado del paciente a la institución hospitalaria en casos de urgencia, a través de Fonosanitas las 24 horas del día.

Criterios para el ingreso del paciente al PHD

- Solicitud de la institución hospitalaria o del médico tratante.
- Autorización de la entidad de afiliación.
- Diagnóstico y tratamiento definidos.
- Fácil acceso a la vivienda y servicios públicos dentro de ésta.
- Voluntad del paciente y su familia para ingresar al PHD.
- Estabilidad clínica y hemodinámica.
- Un familiar o cuidador permanente que reciba el entrenamiento para el manejo del paciente.
- Situación clínica contemplada dentro de las manejadas por el PHD.

Niveles del PHD

Al ingresar al PHD cada paciente es valorado y clasificado en un nivel de atención (I, II, III, IV o V) de acuerdo a su patología, manejo y complejidad.

Las visitas del médico del PHD y/o de la enfermera profesional se realizan de acuerdo a las necesidades de cada caso.

Clínica Colsanitas S.A.

Estructura del PHD

Depende de la Dirección Científica de la Clínica Reina Sofía y la Dirección Médica Nacional. Para prestar nuestros servicios disponemos de un selecto grupo de profesionales, personal calificado y grupo de apoyo interdisciplinario:

MÉDICO ESPECIALISTA

Es quien remite el paciente al PHD, conoce la historia clínica y determina el plan inicial de manejo.

COORDINACIÓN MÉDICA Y DE ENFERMERÍA

Se encargan de coordinar y velar por la atención del paciente desde su ingreso hasta su salida del Programa.

MÉDICO DEL PHD

Es quien realiza las visitas domiciliarias a los pacientes y está en comunicación con el médico tratante y la familia.

ENFERMERAS PROFESIONALES

Son las encargadas de realizar el seguimiento diario al paciente, apoyándose en el manejo adecuado de su estado clínico y en todo tipo de procedimientos de enfermería.

GRUPO DE APOYO

Son los encargados de realizar seguimiento de acuerdo al plan de manejo y complejidad de cada paciente.

- Soporte nutricional.
- Soporte emocional.
- Terapias (respiratoria, lenguaje, física y ocupacional).

ENFERMERÍA BÁSICA

Prestado por auxiliares de enfermería capacitadas para el manejo integral del paciente en casa y supervisadas por la enfermera profesional y los médicos del Programa.

El Programa de Hospitalización Domiciliaria garantiza a los pacientes un alto nivel de atención hospitalaria en casa, genera una óptima relación entre médico - paciente - familia y un alto grado de satisfacción de los usuarios.

4.4.6 Protocolos necesarios al momento de realizar una interconsulta por el PHD, como guía rápida en las instituciones adscritas a la Red Sanitas.

1. Diagnostico Definido

2. Tratamiento y Días de tratamiento Definidos

3. Situación Clínica y manejo contemplado dentro de los que contempla el PHD.

4. Estabilidad Clínica del Paciente

5. Voluntad por parte del Paciente y su Familia de continuar tratamiento en el Domicilio

6. Una vez corroborado con el especialista tratante que se desea continuar tratamiento dentro del PHD llamar a líneas 321 11 44 ext 112 y 131 o celulares 3153930109 o 3153926949.

7. Verificar que el Paciente tenga domicilio dentro del área de cobertura del PHD. Una vez corroborado proceder con el siguiente paso.

8. Enviar Vía Fax copia de

a. Nombre completo del paciente con los 2 apellidos, genero, edad, numero de identidad, Dirección de Domicilio, Teléfono de contacto con el paciente y/o de domicilio, Acudiente y Teléfono de Contacto del Acudiente.

b. Nombre de la persona que está haciendo la solicitud del PHD en la clínica y números de contacto.

c. Orden del Especialista con la solicitud de “Ingreso a Programa de Hospitalización Domiciliaria de Colsanitas”.

d. Medicamentos, vía de administración, dosis, Intervalo de Administración y días de tratamiento estimados dentro del Programa.

e. Conducta al Finalizar el tratamiento: Citas de Revisión, Paraclínicos de Control al alta.

f. Numero de contacto del Especialista Tratante

9. Tener listo al momento del ingreso copia de la historia clínica o en su defecto la epicrisis completa desde el día del ingreso del paciente a la institución.
10. Tener listas las órdenes enviadas por FAX para entregarlas al médico que llega a la institución a hacer el ingreso.

11. Entregar al paciente las formulas de tratamientos orales.

12. NO cerrar la cuenta, ni la Historia clínica hasta que el Médico del PHD realice la valoración del paciente y defina si es candidato o no para ingresar al PHD.

Así mismo en el anexo B se puede apreciar el Protocolo de información e inducción al PHD, y en el Anexo la documentación de registro necesaria para ser diligenciada. (Véase el Anexo B y C)

4.4.7 Programa de visitas de capacitación y re inducción en la utilización del servicio prestado por el PHD

Dirigido a: los jefes médicos, jefes de enfermería, personal administrativos, auditores y facturadores de instituciones de salud adscritas a Colsanitas. (Véase el Cuadro 8)

Cuadro 8. Matriz de programación de visitas de capacitación y re inducción

Visitas	Dirigido a	Temática	Fecha	Recursos necesarios	Responsable
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

También se propone una ficha técnica de registro y control de capacitación y re inducción. (Véase el Cuadro 9)

Cuadro 9. Ficha técnica de registro y control de capacitación y re inducción.

Fecha	
Nombre de la organización	
Responsable de la organización	
Temática	
Recursos técnicos utilizados	
Responsable capacitación	
Integrantes	
Observaciones y/o recomendaciones	

Firma responsable de la organización

Firma responsable de la capacitación

4.4.8 Directorio telefónico especialistas tratantes. Se propone disponer de un directorio telefónico de los especialistas tratantes vinculados al PHD, Colsanitas. (Véase el Cuadro 10)

Cuadro 10. Directorio telefónico especialistas tratantes

Nombre	Especialidad	Teléfono fijo	Teléfono celular	Dirección trabajo	E - Mail

4.5 INDICADORES DE GESTIÓN Y RESULTADOS ESPERADOS

Los indicadores de gestión y los resultados esperados están expresados de la siguiente manera:

Indicadores de gestión de la actividad asistencial (buenas prácticas, eficacia, eficiencia, resultados en salud, acontecimientos adversos y continuidad de cuidados).

Gestión de la información: protocolos de utilización de las nuevas tecnologías (Historia Clínica Informatizada)

Calidad percibida por el cliente: escala de satisfacción con la Hospitalización Domiciliaria (administrada al paciente y al familiar responsable).

Para describir la capacidad del programa, en un año se evaluarán los siguientes indicadores

<u>El porcentaje de domiciliación y el impacto social del PHD</u>

Porcentaje de domiciliación: el % de las altas de Colsanitas son debidas al programa de hospitalización domiciliaria. PHD

Impacto social del programa: El % de cada 1000 habitantes del área de cobertura ha tenido acceso al programa de HDM.

% de participación de altas en PHD = $\frac{\text{Total pacientes dados de alta trimestre}}{\text{Total pacientes registrados en PHD}} \times 100$

Estancia media en PHD = $\frac{\sum \text{Total días de estancia de pacientes dados de alta de PHD}}{\text{Número total de pacientes dados de alta de PHD}}$

Ocupación PHD. = $\frac{\text{Total agudos en PHD}}{\text{Camas disponibles para pacientes agudos PHD}} \times 100$

Diagnóstico = $\frac{\text{Total de pacientes con diagnostico 1}}{\text{Total de diagnósticos pacientes PHD}} \times 100$

$\frac{\text{Total diagnósticos de descompensación de pacientes}}{\text{Total de diagnósticos pacientes PHD}}$

Oportunidad de atención

Tiempo de espera = sumatoria de la diferencia entre la hora de llegada del médico y la Hora de llamada para la solicitud, dividido el total de Solicitudes.

Contraremisiones = $\frac{\text{Total pacientes contraremitidos a la clínica}}{\text{Total pacientes PHD}} \times 100$

Congruencia clínico Diagnóstica = $\frac{\text{Total diagnósticos encontrados inadecuados en PHD}}{\text{Total diagnósticos}} \times 100$

Tasa de crecimiento de la demanda del PHD

$$i = \{(Pt/Po)^{1/n}-1\} \times 100$$

Pt: Valor total número de manejados por PHD en el periodo final
Po: Valor total número de manejados por PHD en el periodo inicial
n : Numero de periodos (4) trimestres
i : Tasa de crecimiento

Proyección de la demanda del servicio de PHD

Con esta tasa de crecimiento, proyectamos año por año el servicio de PHD

$$Vf = Vi \times (1 + i/100)$$

Vf = Valor a encontrar
Vi = Valor del periodo anterior (Sumatoria de los pacientes atendidos por PHD al año)
i = Tasa de crecimiento

5. CONCLUSIONES

La actual etapa de aumento en la cobertura de servicios de salud y desarrollo tecnológico de la medicina, obliga a generar nuevas estrategias de atención medica, volviendo a centrar el interés en la atención medica domiciliaria, por la variedad de ventajas, evaluación de los cuidados brindados y los logros alcanzados por el usuario, las familias y su entorno social, en la adquisición de hábitos tendientes al autocuidado. La atención médica domiciliaria es poco conocida en el medio, se convierte en una estrategia novedosa en la prestación del servicio de salud, generando la posibilidad que el usuario reciba un manejo integral con calidad y fortalece la eficiencia del sistema.

Entre las ventajas que se obtienen al implementar el nuevo modelo propuesto para el PHD, se destaca una mejora de las relaciones personales del paciente, mayor intimidad y comodidad, buena comunicación entre la familia y el personal sanitario y asistencia más humanizada y desde la óptica de la gestión hospitalaria, aumenta la rotación y disponibilidad de camas, se reduce la estancia hospitalaria, disminuye el presupuesto, se utilizan mejor los recursos disponibles y se posibilita la integración y la mejora de las relaciones entre los diversos niveles asistenciales.

La hospitalización domiciliaria se destina sobre todo a personas de edad avanzada que necesitan cuidados paliativos y a pacientes que sufren cáncer u otras enfermedades degenerativas. En España, las enfermedades del aparato respiratorio, digestivo y circulatorio son las tres patologías más asociadas a este tipo de asistencia sanitaria.

En general, desde la atención primaria se valora la idoneidad de que el paciente ingrese en programas de hospitalización domiciliaria. Sin embargo, es preciso que el servicio de atención domiciliaria esté bien coordinado e integrado con los otros servicios sanitarios como el hospital, el servicio de urgencias, los servicios sociales y los de atención primaria. Para tal fin se hace necesario evaluar los indicadores propuestos cada tres meses, con un consolidado anual que mida sus resultados.

Con la ley 100 de 1993 que permitió la fragmentación de los servicios de salud, se le da soporte legal y viabilidad a servicios médicos que contribuyan con la eficiencia del sistema. Es así como dentro del mercado de los servicios médicos, tanto las aseguradoras como las prestadoras cuentan con estrecho margen de solvencia, al no poder extender sus presupuestos, queda la alternativa de rediseñar el manejo del paciente; la atención médica domiciliaria se convierte entonces en una estrategia controladora del gasto. Para Colsanitas la

implementación del nuevo modelo propuesto depende de las decisiones del área administrativa.

Finalmente es necesario mencionar que la solidez de las instituciones prestadora como esta planteada la competencia solo se alcanza con una salud gerenciada, participativa y que las decisiones sean tomadas con principios empresariales basados en procesos administrativos e indicadores de resultados

FUENTES

Fernando Rojas. Universidad Sur Colombiana. Facultad de Ciencias de la Salud. Especialización en Gerencia en Salud. Modulo de Control Interno. Material de Clase. Abr4il de 2004.

Cecilia Oviedo. Controlar Para Mejorar. [Documento en línea], Disponible desde Internet en: http://www.gerenciasalud.com/art264.htm. [con acceso el 2 de Mayo 2009].
Dra. Mª Antonia Gómez Mendieta. Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Paz. Madrid

Oterino de la Fuente D, Ridao M, Peiró S, Marcham C. Hospital en casa hospitalización convencional. Una evaluación económica. Med Clin (Barc) 1997;109:207-211.

Zapater J, Farré MR, Escarrabill J, Elies T, Vilagram C, Del Amo C. Efectos de la asistencia domiciliaria (AD) en pacientes con oxigenoterapia domiciliaria (OD). Arch Bronconeumol 1990;26:15.

Oterino de la Fuente D, Ridao M, Peiró S, Marcham C. Hospital en casa hospitalización convencional. Una evalucación económica. Med Clin (Barc) 1997;109:207-211.

Escarrabill J, Palau M. Atención domiciliaria a los pacientes con enfermedades respiratoria crónicas. Jano 1997;53:524-529.

Zapater J, Farré MR, Escarrabill J, Elies T, Vilagram C, Del Amo C. Efectos de la asistencia domiciliaria (AD) en pacientes con oxigenoterapia domiciliaria (OD). Arch Bronconeumol 1990;26:15.

Servera E, simó L, Marín J, Vergara P. Hospitalizaciones durante un año en un grupo de insuficientes respiratorios crónicos graves con cuidados a domicilio. Med Clin (Barc) 1989,93:437.

Cuidados de enfermería a pacientes en hospitalización a domicilio. Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat i Consum. Servicio de Programas. Serie M (manuals) nº19. Valencia 1.994.

Documentación de Curso de Hospitalización a Domicilio. Juan Gallud Romero. Dirección General de Atención Especializada, Consellería de Sanitat Generalitat Valenciana. I Máster de Gestión de Servicios Sociosanitarios. U.C.A.M. 1.999.

Jové N., Dorado MJ., Fernández MA., Hospitalización a Domicilio, Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital de L'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramanet. Barcelona.

Fernando Rojas. Universidad Sur Colombiana. Facultad de Ciencias de la Salud. Especialización en Gerencia en Salud. Modulo de Control Interno. Material de Clase. Abr4il de 2004

PEREZ Gonzalo. Balanced Scorecard. Artículos de Gerencia. http://www.degerencia.com. Mayo2003

Fernando Rojas. El Servicio al Cliente: Una Estrategia de Gestión, para la Auditoria en Salud. Documento enviado para ser publicado en: www.odontomarketing.com Marzo 28 de 2003

ANEXOS

Anexo A. Bitácora para la observación directa.

Objetivo: analizar en tiempo real los procesos de prestación del servicio del programa de hospitalización domiciliaria en el Grupo Colsanitas Medellín.

Fecha:_____

Hora de inicio:_____ Hora de terminación:_____

Nombre del proceso: _____
_____

Responsables: _____
_____

Descripción del proceso: _____
_____
_____
_____
_____

Aspectos por mejorar: _____
_____
_____
_____
_____

Propuestas o estrategias de mejoramiento del proceso: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Anexo B. Protocolo de información e inducción al PHD

P.H.D. PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA COLSANITAS

EQUIPO: (MEDICO Y ENFERMERA JEFE)
BOGOTA 6-10
MEDELLIN 4
CALI: 2
BARRANQUILLA: 2
NUEVAS AREAS DE COBERTURA PHD:
CARTAGENA: 1
EJE CAFETERO:1

- ORGANIGRAMA

DIRECTOR MEDICO NACIONAL DIRECTOR ADMINISTRATIVO

DIRECTOR MEDICO REGIONAL
(EN MEDELLIN HAY COORDINADOR MEDICO Y COORDINADOR ENFERMERIA)

EQUIPO PHD
MEDICO + ENFERMERA JEFE

- **INGRESOS:**

PAPELERIA A LLENAR
- HOJA DE INGRESO A PHD.
- HOJA DE INTERCONSULTA.

PROCESOS A TENER EN CUENTA
- NIVELES:

- NIVEL 1: VISITA MÉDICA DIARIA, AUXILIAR DE ENFERMERIA PERMANENTE O PARA DOSIS MEDICAMENTOSA EN INFUSION CONTINUA O EN INTERVALOS DE HORARIOS MENORES A 8 HORAS. (CURACIONES). ADEMAS PACIENTE PARA EDUCACION EN GASTROSTOMIA Y TRAQUEOSTOMIA, O PACIENTE POSTRADO EN CAMA.

o MODALIDADES: CADA 4, 6, 8 HORAS.

- Enfermera turno de 12 horas y dosis. Noche y dosis. Dia y Dosis.
- Enfermera las 24 horas.

• NIVEL 2: VISITA MEDICA DIARIA, INTERDIARIA O PROGRAMADA, CON INYECTOLOGIA CADA 12 A 24 HORAS. (CURACIONES). ADEMAS PACIENTE PARA EDUCACION EN GASTROSTOMIA Y TRAQUEOSTOMIA, O PACIENTE POSTRADO EN CAMA.

- MODALIDADES: CADA 12, 24 HORAS.
- Enfermera turno 12 horas y dosis o cada 24 horas.

• NIVEL 3: VISITA MEDICA PROGRAMADA (CADA 15 DIAS, CADA MES O CADA 3 MESES), TERAPIA FISICA O TERAPIA RESPIRATOROIA, O SONDA VESICAL. NO HAY TERAPIA VENOSA, VIGILAR ANTICOAGULACION.(CURACIONES).
• NIVEL 4: FOTOTERAPIA: PACIENTES CON BILIRRUBINA TOTAL NO MAYOR DE 18 – 20 SALVO CASOS EN QUE LO AMERITE Y EL PACIENTE ESTE ESTABLE, ADEMAS EL PEDIATRA LO JUSTIFIQUE O LA FAMILIA LO ACEPTE.

• NVEL 5: CRONICO. SON PACIENTES AUTORIZADOS POR LA EPS PARA VISITA DE CONSULTA EXTERNA MENSUAL, PARA TRASCRIBIR FORMULA DEBIDO A LA INCAPACIDAD DEL PACIENTE DE ESTAR SALIENDO DE LA CASA POR CONDICION MEDICA O FISICA.

• NIVEL 7: TUTELAS: PACIENTE A QUIEN SE LES AUTORIZA CUIDADOS DE ENFERMERIA CADA 12 HORAS O 24 HORAS. SE CLASIFICA ASI CUANDO NO SE VA A RONDA DE CONTROL. CUANDO SE ASISTE A VISITA SE CLASIFICA EN EL NIVEL CORRESPONDIENTE SEGÚN LA NECESIDAD DEL PACIENTE. EJ: SE ROTULA COMO NIVEL 1-7.

• NIVEL
- AL LLEGAR A LA BASE COPIAR DATOS EN CUADERNO PHD.
- PROGRAMAR EN ENTREGA DE TURNO.
- PROGRAMAR EN RECORRIDO.

• CAPTACION DE PACIENTES:

o CONSULTA EXTERNA: PACIENTE JUSTIFICADO, ESTABLE, QUE SEA APTO PARA INGRESAR A ALGUNO DE LOS NIVELES DEL PROGRAMA, QUE LO ACEPTE Y QUE HAYA DISPONIBILIDAD DE ENFERMERAS E INSUMOS.
o URGENCIAS, QUE NO SE PUDO UBICAR EN PIEZA HOSPITALARIA, PERO CUYA PATOLOGIA SEA ESTABLE Y SE PUEDA MANEJAR EN CASA.

ESTOS 2 SON SUSCEPTIBLES DE TENER LA PRIMERA DOSIS EN URGENCIAS DEL CLINICENTRO.

- HOSPITALIZACION: PRINCIPAL VIA DE INGRESO AL PROGRAMA. PACIENTE A QUIEN MEDICO TRATANTE DETERMINA LA NECESIDAD DE INGRESO A PHD, Y TIENE DEFINIDO EL MANEJO REQUERIDO DIMENSIONANDO QUE SE PUEDA MANEJAR EN CASA. SE DEBE INFORMAR AL SECRETARIO MEDICO QUE NO CIERRE LA CUENTA NI LA HISTORIA CLINICA HASTA TANTO EL MEDICO PHD VALORE AL PACIENTE EN EL CENTRO HOSPITALARIO Y CONSIDERE QUE EL PACIENTE ES CANDIDATO AL PROGRAMA. PARA ESTOS PACIENTES EL MEDICO PHD DEBE CONTAR EN QUE CONSISTE EL PROGRAMA, EL NIVEL EN EL CUAL SE VA A INGRESAR, Y RESOLVER LAS DUDAS QUE SE PRESENTEN. UNA VEZ EL PACIENTE O SU REPRESENTANTE LEGAL (PARA EL CASO DE ESTADOS MENTALES COMPROMETIDOS, O MENORES DE EDAD) HACIENDO USO DE SUS FACULTADES MENTALES Y DERECHO A LA AUTONOMIA DECIDA QUE QUIERE INGRESAR SE PROCEDE A CONSEGUIR LOS RECURSOS ANTES DESCRITOS.

o PARTICULARES: ESTOS PACIENTES DEBEN PAGAR EL 50% DEL TOTAL DE LA CUENTA ANTES DEL INGRESO. PUEDEN SER CAPTADOS DE CLINICAS O DE LA CASA. SE DEBEN TOMAR DATOS COMPLETOS Y DETERMINAR SI ES SUCSPTIBLE DE INGRESO AL PROGRAMA.

- REQUISITOS PARA EL INGRESO.

PARACLINICOS:

NOHAY PARA LAS CASAS RX NI EKG, EN CASO TAL DIRECCIONAR A AGUACATALA.
HEMOCULTIVOS SOLO EN CASOS SELECCIONADOS

Anexo C. Documentación de registro necesaria para el proceso de PHD, en Colsanitas Medellín

Clínica Colsanitas S.A.
ORGANIZACIÓN CAMISAS INTERNACIONAL

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

3 209933 ☐ NORMAL ☐ URGENTE

Nombre de la Sede	Centro de Costo Destino	Hora de la solicitud (HH:MM)	Fecha de la Solicitud (DD / MM / AAAA)

Nombre del Paciente (Apellidos y Nombre(s))	Edad (NÚMERO / UNIDAD)	Sexo ☐ FEMENINO ☐ MASCULINO

Entidad de Afiliación	No. Historia Clínica	Ubicación del paciente

Procedimiento(s) solicitado(s)

Resumen Clínico

Ordenado por	Realizado por
Firma:	Firma:
Nombre:	Nombre:

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS — Sala Original — Julio de 2005

Clínica Colsanitas S.A.
ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL

HISTORIAS CLÍNICAS
RESUMEN DE EGRESO

NOMBRE DEL PACIENTE:	EDAD:	Nº ADMISIÓN:	Nº HISTORIA CLÍNICA:

FECHA INGRESO:	HORA:	FECHA EGRESO:	HORA:	TIEMPO ESTANCIA:	Nº CAMA / CUBÍCULO:
DÍA MES AÑO	HH MM	DÍA MES AÑO	HH MM		

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE:	DESTINO FINAL: 1. CASA ☐ 2. MUERTE ☐ 3. FUGA ☐ 4. REMISIÓN:

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL	CAUSA EXTERNA
	1. Accidente de trabajo ☐ 6. Lesión Autoinfligida ☐ 2. Accidente de Tránsito ☐ 7. Maltrato ☐ 3. Otro tipo de Accidente ☐ 8. Enfermedad General ☐ 4. Evento Catastrófico ☐ 9. Enfermedad Profesional ☐ 5. Lesión por Agresión ☐ 10. Otra _____

VALORACIÓN DEL EXAMEN DE INGRESO

DIAGNÓSTICO DE INGRESO O PREQUIRÚRGICO	
1.	2.
3.	4.

PROCEDIMIENTOS PRACTICADOS	
1.	2.
3.	4.
5.	6.

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS "Solo Original" HC-F02 / Abril de 1992

DIAGNÓSTICO DE EGRESO O POSTQUIRÚRGICO	
1.	2.
3.	4.

RESUMEN DE EVOLUCIÓN

OBSERVACIONES Y/O JUSTIFICACIÓN DE ESTANCIA MAYOR A 6 DIAS

FECHA DE EXPEDICIÓN: ____ ____ ____
día mes año

FIRMA Y SELLO MÉDICO QUE DILIGENCIA

DÍAS DE INCAPACIDAD: _____

TIPO DE DISCAPACIDAD: _____

1. De la Conducta
2. De la Comunicación
3. Del Cuidado Personal
4. De la Locomoción
5. De la Disposición del Cuerpo
6. De la Destreza
7. De la Situación
8. De Determinado Actitud
9. Otras Restricciones de la actividad

GRADO DE DISCAPACIDAD: _____

1. Leve
2. Moderada
3. Severa

Clínica Colsanitas S.A.
ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL

RECOMENDACIONES DE EGRESO

HISTORIA CLÍNICA

DATOS PACIENTE

Apellido(s) y nombre(s)	Edad	No. Admisión	No. Historia Clínica
	☐ Años ☐ Meses ☐ Días		

Fecha de ingreso	Fecha de egreso	Nombre completo del médico tratante	No. Habitación
DD MM AAAA	DD MM AAAA		

RECOMENDACIONES DE EGRESO

Formulación de medicamentos / procedimientos

1.
2.
3.
4.
5.

Signos de alarma

Signos de infección
Marque con una equis (X) según sea el caso

☐ Fiebre
☐ Calor en la herida
☐ Secreción en la herida
☐ Enrojecimiento de la herida

Actividad física

Recomendaciones nutricionales

Recomendaciones generales

Resultados de exámenes diagnósticos

Incapacidad _____ día(s)

PRÓXIMO CONTROL

Fecha del control	Lugar de la consulta	Teléfonos del médico tratante
DD MM AAAA		

Si presenta algún signo de infección, comuníquese con el Comité de Infecciones a través del correo electrónico a la dirección cnsinfecciones@colsanitas.com, en la Clínica Reina Sofía al teléfono 6252111 ext. 1503, en la Clínica Colsanitas de la Costa al teléfono 3783531 ext. 208 ó 112 o en la ClínicaSebastián de Belalcázar al teléfono 8870203 ext. 3148 ó 3046.

FIRMA DEL PACIENTE O FAMILIAR
C.C.

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE
R.M.

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS — Original: Paciente Tarjeta Digital Historia Clínica — HC - F32 / Junio de 2004

Clínica Colsanitas S.A.

ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL

VALORACIÓN E HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO

PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (PHD)

Médico Tratante 1 _____ Celular _____ Fecha de solicitud de servicio DD MM AAAA

Médico Tratante 2 _____ Celular _____

* Escribir las iniciales según corresponda: RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de Identidad, CC: Cédula de Ciudadanía, CE: Cédula de Extranjería, PAS: Pasaporte

Nombre de la Clínica	Habitación No.	Fecha de valoración DD MM AAAA	Hora (hh:mm)

DATOS DEL PACIENTE

Nombres y apellidos	Documento de identidad Tipo* No.	Fecha de nacimiento DD MM AAAA	Edad ☐ Año(s) ☐ Mes(es) ☐ Día(s)
Estado civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión libre ☐ Divorciado ☐ Otro	Ocupación	Médico tratante	
Ciudad de residencia	Teléfono de contacto	Entidad de afiliación	Número de contrato de afiliación

Motivo de consulta

☐ Completar esquema de antibiótico ☐ Entrenamiento a la familia ☐ Cuidado paliativo ☐ Otro(s), cual(es)?

Enfermedad actual

Antecedentes

EXÁMENES FÍSICOS

Tensión arterial (mmHg)	Frecuencia cardiaca (lpm / min)	Saturación O_2 (%)	Temperatura (°C)

Ostomías ☐ Sí ☐ No Ubicación

Otros

PARACLÍNICOS (Registrar las fechas de los exámenes)

DIAGNÓSTICO ACTUAL

ÓRDENES MÉDICAS

ANÁLISIS PLAN DE MANEJO

DATOS DEL PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA (PHD)

Fecha de ingreso al PHD	Entidad que suministra el oxígeno	Tipo de equipo	Empresa auxiliar de enfermería	Servicio de enfermería prestado
		☐ Portátil ☐ Mata 6.5 m³ ☐ Kit de terapia		☐ Día ☐ Noche ☐ Suministro de medicamento

Nivel y autorización del PHD

	Fecha de inicio	Fecha de culminación	No. de volante	Autorizado por
Nivel ___ x ___ días				
Nivel ___ x ___ días				
Nivel ___ x ___ días				

Tipo de terapia (Registre el número de sesiones requeridas según corresponda)

☐ Respiratoria ☐ Física ☐ Lenguaje ☐ Ocupacional

No. de autorización de la terapia

Equipos suministrados

☐ Bomba patrol Serie ☐ Bomba 5000 Serie ☐ Abril ☐ Otros(s), cual(es)?

Autorizaciones de extensión del PHD

	Fecha de inicio	Fecha de culminación	No. de volante de extensión
Nivel ___ x ___ días			
Nivel ___ x ___ días			
Nivel ___ x ___ días			
Nivel ___ x ___ días			
Nivel ___ x ___ días			
Nivel ___ x ___ días			
Nivel ___ x ___ días			
Nivel ___ x ___ días			
Nivel ___ x ___ días			
Nivel ___ x ___ días			

DATOS DEL EGRESO DEL PACIENTE

Fecha de Egreso	Nombre del médico que autoriza el egreso	Registro médico

Estado del Paciente al egreso

☐ Vivo ☐ Muerto ☐ Remitido Motivo de la remisión

Cortes del servicio

Oxígeno Fecha de corte Nombre del funcionario que retira el oxígeno

Proveedor de auxiliares de enfermería Fecha de corte Hora

Recolección de equipos ☐ Sí ☐ No ☐ Pendiente ¿Por qué?

Declaro que se me ha explicado el propósito del Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD) y los servicios que se prestan en el nivel de atención registrado en este documento.
El paciente debe contar con un responsable permanente en el domicilio. El costo del servicio es de _____ vale(s) por cada _____ día(s) de hospitalización en el programa. Los niveles de hospitalización se modifican de acuerdo con la pertinencia médica y es de carácter limitado. Se entrega directorio y folleto informativo.

PACIENTE O RESPONSABLE	MÉDICO DEL PHD
Firma	Firma y sello
Nombre	Nombre
Documento de identidad: Tipo* No.	Registro Médico
Teléfono de contacto	

CliniCentro

PACIENTE:	HAB.:	H.C.:

FECHA	HORA	EVOLUCIÓN	FIRMA

Clínica Colsanitas S.A.
ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL

PACIENTE:	HAB.:	H.C.:

FECHA	HORA	ÓRDENES MÉDICAS	FIRMA

Clínica Colsanitas S.A.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA INGRESO DE PACIENTES

PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA P.H.D.

DATOS DEL PACIENTE

Nombre(s) y Apellido(s) | Documento de Identificación: Tipo ____ No. ____ | Fecha de Valoración: DD MM AAAA | Edad: ☐ Meses ☐ Años

INFORMACIÓN GENERAL

1. Condiciones de Vivienda
   - Servicios Públicos Completos ☐ SI ☐ NO Cuál? ____
   - Comparte la habitación con más de 1 persona? ☐ SI ☐ NO Cuantas? ____
   - Tiene contacto directo con animales domésticos? ☐ SI ☐ NO Cuáles? ____
3. Cuenta con núcleo familiar que apoyen permanentemente el cuidado, entrenamiento y evolución del paciente ? ☐ SI ☐ NO
4. Tiene Conocimiento sobre la Enfermedad y Pronóstico ? Paciente: ☐ SI ☐ NO Familiares: ☐ SI ☐ NO
5. Tiene dificultad para entender y aplicar los cuidados y/o entrenamiento requerido. Paciente: ☐ SI ☐ NO Familiar: ☐ SI ☐ NO

   Cuál: ____
6. Deambulación del Paciente: ☐ Normal ☐ Con Ayuda ☐ Parcialmente Postrado en Cama ☐ Totalmente Postrado en Cama

ACCESO VENOSO	OSTOMÍA	SONDA
☐ Portátrico ☐ Implantable ☐ Control Subclavio ☐ Drum ☐ Central Yugular ☐ Subcutáneo ☐ Central Femoral ☐ PIC Fecha de inserción: DD MM AAAA	☐ Traqueostomía ☐ Yeyunostomía ☐ Urostomía ☐ Colostomía ☐ Ileostomía ☐ Otras Estado de la Ostomía: ____ Fecha de inserción: DD MM AAAA	☐ Nasogástrica ☐ Nasoyeyunal ☐ Gastrostomía ☐ Yeyunostomía ☐ Cistostomía ☐ Vesical ☐ Otras Estado de la Sonda: ____ Fecha de inserción: DD MM AAAA
Estado del Acceso Venoso: ____	Cuales? ____	Cuales? ____

HERIDAS (Señale con números la localización de la Herida)	DRENES	VALORACIÓN DEL ESTADO CLÍNICO
 Descripción: ____	☐ De vías Biliares ☐ Hemovac ☐ Otras Cuál? ____ Estado del Dren: ____	____

INDICACIONES DE INGRESO	DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA
____	____

DILUSIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA	DILUSIÓN Y VOLUMEN A ADMINISTRAR EN CENTÍMETROS	TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN	HORARIO DE ADMINISTRACIÓN

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS — Serie Original - 12 — Septiembre de 2007

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA - P.H.D.

1. Lavado médico de manos antes de manipular: Paciente, catéter, heridas, sondas, ostomías, drenes, equipos de venoclisis o nutrición y medicamentos.
2. Almacenar medicamentos y material medicoquirúrgico en sitio, limpio, fresco y exclusivo, protegidos de los rayos solares, y, clasificarlos según vía de administración y uso.
3. Si el paciente tiene medicamentos que ameriten refrigeración, mantener un espacio exclusivo en la nevera del paciente, en adecuadas condiciones de limpieza y donde no se almacene nada más.
4. Mantener la unidad del paciente en adecuadas condiciones de higiene y orden.
5. Mantener en adecuado estado de limpieza y entregar al PHD los equipos médicos (bombas de infusión, atriles, succionadores, carpetas de historia clínica, glucómetros, doppler, glucómetros etc.), en perfecto estado de limpieza y desinfección.
6. Limpiar sitio de punción de: bureros, tapón Brawn, equipo de venoclisis, caucho del frasco del medicamento y solución para diluir medicamento, con algodón estéril más Clorexidina.
7. Control de signos vitales en los siguientes horarios: 10 am, 2 pm, 6 pm, 10 pm y 6 am, si el paciente, no tiene ningún control especial.
8. Vigilar signos de infección en sitio de inserción de catéter periférico y retirarlo en caso de notar alguno de los siguientes signos: Eritema o rubor, edema, dolor, salida de secreción, induración, infiltración o extravasación.
9. Cambiar equipo de venoclisis y catéter periférico cada 96 horas (4 días). En pacientes con catéter central cambiar equipos cada 72 horas (3 días), y curación EXCLUSIVA, por Enfermera Jefe.
10. Mantener cinta adhesiva de catéter periférico limpia y seca, en caso de requerir cambiarla y realizar limpieza de sitio de inserción de catéter, con algodón estéril impregnado con Bacodine.
11. Mantener ostomía (traqueostomía, gastrostomía, colostomía, ileostomía, urostomía) limpia y seca.
12. En paciente con tratamiento para dolor, valorar escala de dolor en cada turno y avisar si este no esta controlado.
13. Si el paciente tiene líquidos endovenosos permanentes, llevar control de líquidos administrados y eliminados.
14. Realizar entrenamiento al paciente y familia en manejo de sondas, drenes, administración de medicamentos vía subcutánea, uso correcto de inhaladores, micronebulizaciones, toma de glucometrías, cateterismo vesical y cuidados básicos según la situación lo amerite.
15. En pacientes con heridas altamente exudativas, valorar características de exudado (cantidad, color y olor), y cambiar únicamente apósito secundario, previa consulta con Enfermera Jefe.
16. En pacientes postrados en cama, realizar cambios de posición y cuidados de piel cada 2 horas, valorando presencia de zonas de eritema o escaras en puntos de prominencias óseas (Escápulas, codos, trocánteres, sacro, talones etc.) y avisar cualquier cambio.

Observaciones

ENFERMERA JEFE DEL PHD

Firma y sello

Nombre

Clínica Colsanitas S.A.
ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL

NOTAS DE ENFERMERÍA

NOMBRE PACIENTE:	NÚMERO HISTORIA CLÍNICA:
EDAD:	NÚMERO DE HABITACIÓN:
DIAGNÓSTICO:	

FECHA	HORA	NOTAS DE ENFERMERÍA	E.DOLOR (0-10)	NOMBRE / FIRMA

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS E.DOLOR: ESCALA DEL DOLOR Si es >4/10 Llamar al Médico Tratante. DE - F151/UNO - 2001

Clínica Colsanitas S.A.
ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL

HOJA CONTROL DE LIQUIDOS Y SIGNOS VITALES

NOMBRE PACIENTE:	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:	EDAD:
NÚMERO DE HABITACIÓN:	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA:	

FECHA (dd/ mm / aaaa)										
TURNO		MAÑANA	TARDE	NOCHE	MAÑANA	TARDE	NOCHE	MAÑANA	TARDE	NOCHE
APORTE DE LÍQUIDOS (ml)	INGESTA:									
	INTRAVENOSO (ml)									
	1.									
	2.									
	3.									
	4.									
	NUTRICIÓN PARENTERAL									
	NUTRICIÓN ENTERAL (ml)									
	TIPO									
	CANTIDAD									
	LAVADO									
	COMPONENTE SANGUINEO									
	GLOBULOS ROJOS									
	PLASMA									
	PLAQUETAS									
	CRIOPRECIPITADOS									
	OTRO:									
	SUBTOTAL									
	TOTAL EN 24 HORAS									
	RESIDUO GASTRICO									
ELIMINACIÓN DE LÍQUIDOS (ml)	DIURESIS ESPONTANEA									
	SONDA VESICAL									
	DEPOSICIÓN									
	VOMITO									
	SONDA NASOGASTRICA									
	DRENAJE									
	1.									
	2.									
	OTROS:									
	1.									
	2.									
	SUBTOTAL									
	TOTAL EN 24 HORAS									
	BALANCE EN 24 HORAS									
	PESO									
	NOMBRE / FIRMA									

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS DE-F150/JUNIO 2002

CONTROL DE SIGNOS VITALES

	FECHA						FECHA						FECHA					
	HORA	PRESIÓN ARTERIAL	F.C.	F.R.	TEMP	OTRO: ____	HORA	PRESIÓN ARTERIAL	F.C.	F.R.	TEMP	OTRO: ____	HORA	PRESIÓN ARTERIAL	F.C.	F.R.	TEMP	OTRO: ____
TURNO DE LA MAÑANA	8						8						8					
	9						9						9					
	10						10						10					
	11						11						11					
	12						12						12					
	NOMBRE/FIRMA						NOMBRE/FIRMA						NOMBRE/FIRMA					
TURNO DE LA TARDE	13						13						13					
	14						14						14					
	15						15						15					
	16						16						16					
	17						17						17					
	18						18						18					
	NOMBRE/FIRMA						NOMBRE/FIRMA						NOMBRE/FIRMA					
TURNO DE LA NOCHE	19						19						19					
	20						20						20					
	21						21						21					
	22						22						22					
	23						23						23					
	0						0						0					
	1						1						1					
	2						2						2					
	3						3						3					
	4						4						4					
	5						5						5					
	6						6						6					
	7						7						7					
	NOMBRE/FIRMA						NOMBRE/FIRMA						NOMBRE/FIRMA					

F.C: Frecuencia Cardiaca F.R. Frecuencia Respiratoria TEMP: Temperatura

Clínica Colsanitas S.A.

CONTROL DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Hoja número:

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombres	Edad	Días / Meses / Años	Número historia clínica	Número habitación/cama

Alergias: Diagnóstico:

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS

MEDICAMENTO				Fecha Administración		Fecha Administración		Fecha Administración	
NOMBRE	Dosis	Vía	Frecuencia	HORA (Minutos)	FIRMA Y SELLO ENFERMERA JEFE	HORA (Minutos)	FIRMA Y SELLO ENFERMERA JEFE	HORA (Minutos)	FIRMA Y SELLO ENFERMERA JEFE
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									
HORARIO PROGRAMADO									

NOTA: - Si requiere cambiar o suspender el medicamento trazar 2 líneas diagonales (//) a partir del último espacio diligenciado en la columna "Firma y sello Enfermera Jefe".
- Si el medicamento no es administrado realizar un círculo ◯ en el espacio "Firma y sello Enfermera Jefe" frente a la hora en que debía administrarse.

Clínica Colsanitas S.A.
ORGANIZACIÓN [illegible] INTERNACIONAL

CONTROL DE CATÉTER

☐ ARTERIAL ☐ CENTRAL ☐ PERIFÉRICO

DATOS DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente | Edad ☐ Días ☐ Meses ☐ Años | Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino | No. Historia clínica

Servicio donde se encuentra ubicado | No. Habitación / Cama | * Fecha de nacimiento (DD MM AAAA) | * Peso actual (Kg)

Diagnóstico

INSERCIÓN DEL CATÉTER

(En caso de varios intentos de múltiple inserción, marque con una "X" el cuadro de la opción que corresponda)

Fecha de la inserción (DD MM AAAA) | Tiempo entre la admisión y la cateterización | Lugar donde se realizó el procedimiento

Tipo de catéter: ☐ Arterial ☐ Epicutáneo ☐ Drum ☐ Introductor ☐ Mahurkar ☐ Pitz ☐ Swan-Ganz ☐ Yelco: calibre No. ____

Lumen del catéter: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

No. catéteres utilizados

Control Radiológico: ☐ Sí ☐ No

Localización de la punta: ☐ Adecuada ☐ Inadecuada

Indicación

☐ Administración de medicamentos ☐ Analgesia ☐ Antibióticos ☐ Hemodiálisis ☐ Hidratación ☐ Marcapaso ☐ Monitoría ☐ Nutrición parenteral ☐ Quimioterapia ☐ Transfusión ☐ Otra, ¿Cuál? ____

Vía de inserción

VENA	Lado Derecho	Lado Izquierdo
Yugular interna	☐	☐
Yugular externa	☐	☐
Subclavia	☐	☐
Basílica Brazo	☐	☐
Cefálica Brazo	☐	☐
Cefálica Antebrazo	☐	☐
Mediana Antebrazo	☐	☐

VENA	Lado Derecho	Lado Izquierdo
Basílica Mano	☐	☐
Metacarpianas	☐	☐
Femoral	☐	☐
Media Cubital	☐	☐
Safena Interna Pie	☐	☐
Safena Externa Pie	☐	☐
Arco venoso dorsal Pie	☐	☐

ARTERIA	Lado Derecho	Lado Izquierdo
Humeral	☐	☐
Radial	☐	☐
Pedial	☐	☐
Femoral	☐	☐

Técnica de inserción

☐ Cambio con guía ☐ implantable ☐ Punción percutánea ☐ Seldinger ☐ Tunelización ☐ Venodisección

No. punciones para inserción

Nombre de la persona que inserta el catéter | Cargo / Especialidad

COMPLICACIONES

(Marque con una "X" el tipo de complicación presentada)

Complicaciones de la punción

☐ Punción arterial ☐ Neumotórax ☐ Hemotórax ☐ Otra, ¿Cuál?

Complicaciones infecciosas

☐ Del sitio de la inserción ☐ Del túnel ☐ Del bolsillo ☐ Del sitio de Salida ☐ Bacteremia primaria ☐ Bacteremia relacionada a la infusión ☐ Tromboflebitis séptica ☐ Hiperperfusión

Microorganismo aislado ____

Número de unidades formadoras de colonias ____

Sensibilidad ____

RETIRO DEL CATÉTER

Fecha de retiro (DD MM AAAA)

Duración del catéter: ☐ Horas ☐ Días

Causa del retiro (Marque con una "X" según corresponda)

☐ Bacteremia ☐ Cumple 96 horas (catéter periférico) ☐ Cumple 72 horas (catéter central) ☐ Defunción ☐ Extravasación ☐ Finaliza la indicación ☐ Flebitis ☐ Infección ☐ Obstrucción ☐ Salida accidental del catéter ☐ Sepsis ☐ Otra, ¿Cuál? ____

* Aplica únicamente para pacientes neonatales

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS | Auto Original | [illegible] | Mayo de 2000

SEGUIMIENTO A CATÉTERES

Fecha de curación o Seguimiento (DD / MM / AAAA)	[1] Estado sitio de inserción	[2] Elementos usados para la curación	Reporte de cultivo en el catéter			Observaciones	Nombre de quien realiza la curación o el seguimiento
			Sí	No	Resultado		

Registre en el cuadro anterior, en el campo respectivo, la letra que corresponda a la situación encontrada, según la siguiente información:

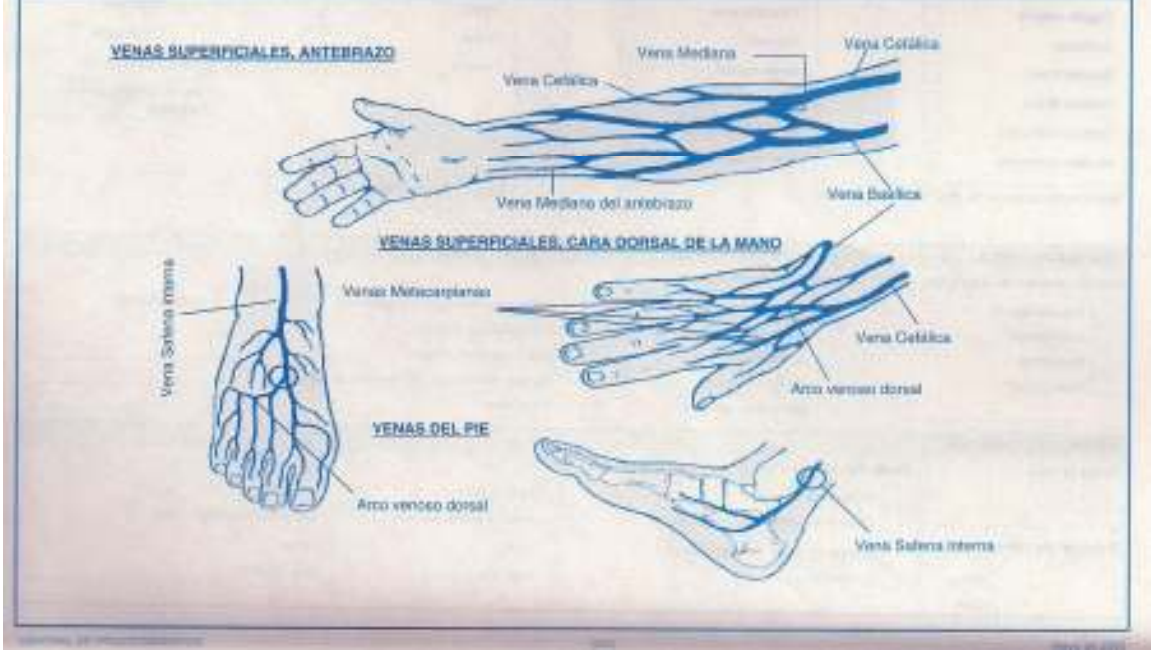
[1] Estado sitio de inserción

A	Adecuado	FI	Fijación inadecuada
E	Eritema	FB	Flebitis
ED	Edema	OB	Obstrucción
EX	Extravasación	P	Salida de material punzante

[2] Elementos usados para la curación

C	Clorhexidina	A	Alcohol superficial
G	Gasa	Y	Yodo povidona
P	Película transparente		

VÍAS DE INSERCIÓN CATÉTERES PERIFÉRICOS



Clínica Colsanitas S.A.

EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN

Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD)

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ Teléfono _____ Entidad de Afiliación _____ Fecha de diligenciamiento ___ ___ ___ (DD MM AAA)

Nivel(es) en el(los) que fue atendido _____ ¿Primera vez que es atendido en el programa? ☐ SI ☐ NO Si la respuesta es NO, ¿Cuántas veces ha estado en él?

Esperamos que la atención brindada a través del Programa de Hospitalización Domiciliaria (PHD) haya sido lo más grata posible para usted. Valoramos su salud y por lo tanto deseamos conocer su opinión sobre el programa con el fin de poder mejorar nuestro servicio.

Por favor evalúe los aspectos listados a continuación, para cada una de las personas relacionadas en la siguiente tabla, registrando el número correspondiente al nivel de satisfacción alcanzado según la "Escala de satisfacción".

"Los campos sombreados en color gris no deben ser diligenciados ya que el aspecto a evaluar no aplica para la persona relacionada en la parte superior de la tabla".

ESCALA DE SATISFACCIÓN

Nada satisfecho	Poco satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Absolutamente satisfecho	No Aplica
1	2	3	4	5	0

ASPECTOS A EVALUAR	Médico del PHD	Enfermera Jefe del PHD	Auxiliar de Enfermería	Terapeuta	Nutricionista	Soporte Emocional	Funcionario Logística Farmacia	Proveedor de Oxígeno	Personal Sanitario de Ambulancia	Director Médico	Coordinador Médico	Coordinador de Enfermería	Director Administrativo	Secretaria
1. Claridad en la información brindada sobre el manejo del paciente.														
2. Claridad en la información brindada sobre el Programa.														
3. Actitud de servicio hacia el paciente y/o familia.														
4. Presentación personal.														
5. Oportunidad en la atención brindada.														
6. Apoyo recibido a través del teléfono celular del PHD.														
7. Atención recibida por parte del personal administrativo del PHD.														

8. De acuerdo a la "Escala de satisfacción", en términos generales ¿Cómo califica al Programa? ☐
(Registre en el cuadro el número correspondiente al nivel de satisfacción alcanzado)

¿Recomendaría el Programa? ☐ SI ☐ NO

¿Qué mejoraría del Programa?

OBSERVACIONES

Nombre de la persona que responde la encuesta _____

Parentesco con el paciente _____

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS — Sólo original — Abril de 2008

Clínica Colsanitas S.A.

ORGANIZACIÓN SANITAS INTERNACIONAL

INVENTARIO DE MEDICAMENTOS

PROGRAMA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA PHD

Nombre del Paciente (Apellidos y Nombres)	Documento de Identificación Tipo No.	Nivel del PHD	Fecha de Diligenciamiento Mes Año

DESCRIPCIÓN / DÍA	[1]I	[2]C	[3]S	[1]I	[2]C	[3]S	[1]I	[2]C	[3]S	[1]I	[2]C	[3]S	[1]I	[2]C	[3]S	[1]I	[2]C	[3]S
MEDICAMENTOS Y ELEMENTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS																		
FIRMA AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE TURNO																		

[1]I Ingreso: Cantidad recibida por la auxiliar de turno [2]C Consumo diario [3]S Saldo: cantidad entregada por la auxiliar de turno

CENTRAL DE PROCEDIMIENTOS Hoja Original 1 / 2 Septiembre de 2005

Anexo D. Presupuesto para la implementación de la nueva propuesta

Estrategia	Objetivo	Recurso Humano	Costos	Tiempo de Implementación
Recurso Humano				
Gestor de inducción a la Demanda	Aumentar la demanda del sector	Promotor de Servicios de Salud	$1500000 Mensual	1 año
Coordinador de Médicos PHD	Coordinar interna y Directamente	1 Medico del PHD	$2500000 Mensual	6 Meses
	Manejo y Control De Funciones Administrativas			
	Toma de Decisiones en Primera Instancia			
Coordinadora de Enfermería PHD	Coordinar interna y Directamente	1 Enfermera Jefe del PHD	$2200000 Mensual	6 Meses
	Manejo y Control De Funciones Administrativas			
	Toma de Decisiones en Primera Instancia			
2 Equipos Mas para PHD	Aumentar la Capacidad instalada	2 Médicos y 2 Jefes	$9400000 Mensual	1 año
Auxiliar Administrativo	Apoyo a Secretario Medico		$800000	6 Meses
	Mejorar Labores de la Oficina			
Insumos				
Fax Para Oficina PHD	Recibir Documentación de Interconsultas	No aplica	$250000	Prioritario
Uniformes para Equipo PHD	Mejorar la Presentación del PHD	No aplica	$3500000	Prioritario

	Proteger la Salud de cada Equipo PHD	No aplica		
Guía Rápida para El especialista	Enseñar Proceso al Medico Solicitante	Diseñador Grafico	$250000	Prioritario
Formato de Datos de Interconsulta	Manejo Eficiente de Datos	Diseñador Grafico	$80000	Prioritario
Actividades				
Capacitación del Gestor a la Demanda	Educación y Formación en el PHD	Coordinador de Médicos PHD	Valor de 1 Turno	Al Ingreso del Gestor a la Demanda
Capacitaciones a Especialistas	Aumentar La Demanda Del Sector	Gestor de Inducción A Demanda	$150000 c/Charla	Al Ingreso del Gestor a la Demanda
Capacitaciones a Instituciones	Aumentar La Demanda Del Sector	Gestor de Inducción A Demanda	$50000 c/Charla	Al Ingreso del Gestor a la Demanda

Anexo E. Cronograma de actividades

Actividades Tiempo	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Documento de Soporte de Plan de Mejoramiento del PHD Colsanitas												
Sensibilización del Sector y De los Profesionales												
Aplicación del Modelo												
Aplicación de Indicadores (Trimestral)												
Evaluación de Indicadores (Trimestral)												
Medidas Correctivas al Modelo												
Retroalimentación												