

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

### CONTROL DE VERSIONES

VERSION	FECHA	RAZON DE LA ACTUALIZACION
1	Julio 2015	Creación del Procedimiento
2	Enero 2018	Actualización

## MODELO PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

### E.S.E CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ



ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

**DCOUMENTO DE APOYO****VERSION: 2****CODIGO: CMC-GC-D05****“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”****FECHA: 15/01/2018****TABLA DE CONTENIDO**

1.	INTRODUCCIÓN .....	5
2.	JUSTIFICACIÓN.....	5
3.	MARCO NORMATIVO .....	6
4.	PLATAFORMA ESTRATÉGICA .....	7
4.1.	IDENTIFICACIÓN Y NATURALEZA.....	7
4.2.	MISIÓN .....	8
4.3.	VISIÓN .....	8
4.4.	PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS.....	8
5.	OBJETIVOS.....	9
5.1.	OBJETIVO GENERAL.....	9
5.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
6.	POLITICAS GENERALES DEL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	9
6.1.	POLITICAS INSTITUCIONALES .....	11
6.1.1.	POLÍTICA DE CALIDAD.....	11
6.1.2.	POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN Y BUEN TRATO .....	11
6.1.3.	POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL.....	12
6.1.4.	POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD CON EL MEDIO AMBIENTE.....	12
6.1.5.	POLÍTICA DE ORDEN AMBIENTAL LABORAL.....	13
6.1.6.	POLÍTICA DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN.....	13
6.1.7.	POLÍTICA SOBRE RIESGOS.....	13
7.	MODALIDADES DE LA ATENCIÓN .....	14
8.	ATENCIÓN DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL.....	14
8.1.	ACCESO.....	14

<b>ELABORÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

**DCOUMENTO DE APOYO****VERSION: 2****CODIGO: CMC-GC-D05****“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”****FECHA: 15/01/2018**

8.2.	REGISTRO E INGRESO .....	14
8.3.	EVALUACIÓN DE NECESIDADES.....	15
8.4.	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN .....	16
8.4.1.	ROLES Y RESPONSABILIDADES DURANTE DE LA ATENCIÓN.....	16
8.4.2.	TIEMPOS MÁXIMOS PARA LA ATENCIÓN.....	18
8.4.3.	PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO .....	18
8.4.4.	CONSENTIMIENTO INFORMADO:.....	19
8.5.	EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO .....	19
8.6.	EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO .....	20
8.7.	SALIDA Y SEGUIMIENTO .....	20
9.	ATENCIÓN DEL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS AMBULATORIOS. (Apoyo diagnóstico y terapéutico).....	21
9.1.	ACCESO:.....	21
9.2.	PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE.....	22
9.3.	PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCIÓN .....	22
9.4.	EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES .....	22
9.5.	PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN.....	23
9.6.	PROCESO DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA .....	23
9.7.	PROCESO DE EDUCACIÓN EN SALUD .....	24
9.8.	PROCESO DE EGRESO .....	24
9.9.	EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO .....	24
9.10.	REMISIÓN AL LABORATORIO O ELECTROENCEFALOGRAMA .....	24
9.11.	ROLES Y RESPONSABILIDADES DURANTE LA ATENCIÓN - CONSULTA ESPECIALIZADA .....	25
9.12.	ROLES Y RESPONSABILIDADES DURANTE LA ATENCIÓN - LABORATORIO CLÍNICO .....	25
9.13.	ROLES Y RESPONSABILIDADES DURANTE LA ATENCIÓN - ELECTROENCEFALOGRAMA.....	25
9.14.	REHABILITACIÓN/HABILITACIÓN.....	26
9.14.1.	REGISTRO E INGRESO .....	26
9.14.2.	EVALUACIÓN INICIAL DE LAS NECESIDADES AL INGRESO .....	26
9.14.3.	PLANEACIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN.....	26

<b>ELABORÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

**DCOUMENTO DE APOYO****VERSION: 2****CODIGO: CMC-GC-D05****“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”****FECHA: 15/01/2018**

9.14.4.	EJECUCIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN.....	27
9.14.5.	EVALUACIÓN DE LA HABILITACIÓN/REHABILITACIÓN .....	28
9.14.6.	EGRESO Y CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN .....	28
9.14.6.1.	SALIDA Y SEGUIMIENTO .....	28
9.14.7.	ADHERENCIA .....	28
10.	REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EXTERNA .....	28
10.1.	PROCESO PARA GARANTIZAR EL ACCESO PACIENTE REMITIDO:.....	29
10.2.	PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE .....	29
10.2.1.	REGISTRO E INGRESO .....	29
10.2.2.	EVALUACIÓN DE NECESIDADES.....	29
10.2.3.	PLANEACIÓN Y CUIDADO DE LA ATENCIÓN .....	30
10.2.3.1.	RESPONSABLES DE LA ATENCIÓN.....	30
10.2.3.2.	TIEMPOS MÁXIMOS PARA LA ATENCIÓN.....	30
10.2.3.3.	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	30
10.3.	EVALUACION DEL PROCESO DE REMISIÓN .....	30
10.4.	SALIDA Y SEGUIMIENTO .....	31
11.	ATENCIÓN AL USUARIO.....	31

<b>ELABORÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente modelo parte del quehacer diario percibiéndose la necesidad de teorizarlo con el fin de obtener una mayor estandarización de actividades, la optimización de los recursos disponibles, la minimización de barreras de acceso a la atención, el mejoramiento continuo del proceso de atención, así como la generación de información sistemática y continua para la toma de decisiones en diferentes niveles de la prestación de servicios. La definición del modelo de atención de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá parte de la comprensión del enfoque aplicado en la institución para la prestación de servicios de salud, la integralidad de las acciones y la experiencia obtenida a través de los 50 años en la atención de nuestros pacientes. Este modelo permite definir la forma como se organizan los recursos para la atención de salud desde la perspectiva del servicio a los usuarios y familias, incluyendo las funciones asistenciales y logísticas requeridas, que permitan el fácil acceso y continuidad a la atención de la comunidad acorde con sus necesidades. Lo anterior se enmarca en la implementación de una cultura de mejoramiento continuo, que ha permitido desarrollar procesos que garanticen información clara y oportuna al usuario, respeto de su dignidad y privacidad, que para la E.S.E son factores estratégicos frente a la implementación de modelos de atención integral y humanizada que soporte todos los aspectos técnicos desarrollados en el SGSSS. De acuerdo a lo anterior, empresa reconoce que la atención en salud no es la acción individual de un profesional de la salud, sino la acción sistémica en el cual interactúan equipos de salud multidisciplinarios que coordinan su trabajo diario en acciones comunicativas que permitan la identificación de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, apoyados en una gestión clínica pertinente, un ambiente físico adecuado y procesos administrativos oportunos, que orienten el desarrollo de acciones para minimizar el riesgo presente en la atención y garanticen en todo momento la seguridad del paciente.

## 2. JUSTIFICACIÓN

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

En cumplimiento del marco normativo vigente en salud, la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, ha diseñado un modelo de prestación de servicios, con el fin de garantizar la atención en términos de calidad, eficiencia, eficacia, ética y responsabilidad social, centrada en el paciente y su familia.

Este modelo aplicado en la prestación del servicio, busca la integralidad de los procesos. De él se deriva la forma como se organizan los recursos para la atención en salud.

### 3. MARCO NORMATIVO

En la Constitución de 1.991, la salud se definió como derecho fundamental, al igual que el derecho a la vida digna, estos derechos se incluyen en el tema de la Seguridad Social, el cual ha jugado un papel fundamental en nuestra sociedad y se define como un servicio público esencial, capaz de resolver necesidades de interés colectivo. Ésta determina en su artículo 49 determina que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental, son servicios públicos a cargo del estado”, y que se debe “garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”, sin dejar de lado que “toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”. Igualmente, en el artículo 376 que: “el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida, de la población son finalidades sociales del Estado”, y que “será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable”. Finalmente, se articuló con la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud de diciembre de 1993, con la aprobación de la ley 100. Esta Ley define como principios fundamentales de la Reforma del Sector Salud en Colombia son los de universalidad, integralidad, descentralización y participación, concertación, obligatoriedad, solidaridad, libre selección o escogencia, gradualidad, eficiencia y calidad. El Decreto 4747 del 2007 del Ministerio de la Protección Social que regula las relaciones entre los prestadores de los servicios de salud (IPS) y las entidades responsables del pago de los servicios de salud estableció como requisito mínimo para la negociación la formulación de un modelo de prestación de servicio de la IPS.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

#### 4. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

##### 4.1. IDENTIFICACIÓN Y NATURALEZA

La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá es creada a través de Resolución No.006 del 26 de febrero de 1965, emanada de la entonces Beneficencia de Boyacá, bajo la denominación de Hospital Psiquiátrico de Boyacá, determinándole como función la de “resolver el problema de los enfermos mentales Boyacenses”.

En 1975 la Entidad entra a ser parte del Sistema Nacional de Salud como Hospital de Segundo Nivel de Atención, adscrito al Servicio Seccional de Salud de Boyacá.

Mediante Decreto No. 1529 de 1995 la Gobernación de Boyacá reestructura el Hospital Psiquiátrico de Boyacá como una Empresa Social del Estado del orden Departamental.

Con la Ordenanza No. 013 de 1997 se modifica la denominación de la Empresa Social del Estado Hospital Psiquiátrico de Boyacá por la de Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.

**Naturaleza Jurídica:** De conformidad con lo dispuesto por el Decreto Ordenanza 1529 proferido por la Gobernación de Boyacá el 27 de diciembre de 1995 y modificado por la Ordenanza 013 del 14 de mayo de 1997, la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, es una entidad con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden departamental, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el Capítulo III, Artículos 194, 195 y 197 de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, por el derecho privado en lo que se refiere a contratación y por el Estatuto de Contratación propio. En razón de su autonomía, La Entidad se organizará, gobernará y establecerá sus normas y reglamentos de conformidad con los principios constitucionales y legales que le permitan desarrollar los fines para los cuales fue constituida. (Dcto.1876 de 1994).

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

#### 4.2. MISIÓN

Como centro de referencia para el manejo de la enfermedad mental en el Departamento de Boyacá, somos líderes en la prestación de servicios integrales de salud, fundamentados en el mejoramiento del talento humano y el desarrollo empresarial.

#### 4.3. VISIÓN

Para el año 2019, afianzaremos la solidez institucional y la calidad de nuestros servicios para responder a las exigencias en Salud Mental de nuestros clientes.

#### 4.4. PRINCIPIOS Y VALORES CORPORATIVOS

Los valores y principios corporativos que inspiran y soportan la gestión de La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá son:

**Responsabilidad Social.** Unión de esfuerzos que nos motivan a actuar con oportunidad eficiencia y eficacia en la atención de nuestros usuarios.

**Respeto.** Nuestro actuar transparente, tolerante y honesto, propende porque en el Estado, la sociedad y la familia, se den los derechos individuales y colectivos, con énfasis en los del enfermo mental.

**Reconocimiento.** Con la filosofía del trabajo en equipo, resaltamos los esfuerzos, aportes y logros del individuo y los grupos de trabajo, fortaleciendo el sentido de pertenencia institucional.

**Calidad.** La atención que brindamos se efectúa con sujeción a los parámetros establecidos para la prestación de los servicios de Salud Mental, en todas las áreas de la Empresa, con elevado criterio técnico-científico.

**Honestidad.** Los servidores de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá nos caracterizamos por la integridad, la lealtad y la rectitud de conducta.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

## 5. OBJETIVOS

### 5.1. OBJETIVO GENERAL

Propender por una atención centrada en el paciente y su familia, con características de calidad: oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación de los servicios; basados en estándares de acreditación en salud.

### 5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Propiciar con el cliente asegurador, colaboradores, paciente y familia mecanismo de comunicación eficaz entre los colaboradores, el paciente y la familia, disminuyendo las brechas accesibilidad y continuidad en el proceso de atención.
- ✓ Establecer un modelo organizacional de atención en salud, que garantice la integralidad del proceso de atención del paciente, en el marco del proceso de Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud.
- ✓ Definir puntos de control en el desarrollo del modelo de atención que permita establecer acciones de mejoramiento continuo institucional.
- ✓ Generar altos niveles de satisfacción del paciente y su familia.
- ✓ Propender por la eficiencia entendida como la mejor utilización de los recursos, con criterios de costo-efectividad, acorde con las necesidades y planes de beneficios.
- ✓ Mantener el más alto nivel técnico-científico en la prestación de los servicios, articulado con escenarios docente- asistenciales.
- ✓ Articular la prestación del servicio con los diferentes actores de Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de procesos administrativos y asistenciales eficaces.
- ✓ Generar información que permita identificar oportunidades de mejora en la prestación del servicio.
- ✓ Brindar atención integral y multidisciplinaria.
- ✓ Prestar una atención con trato humanizado, digno, respetuoso al paciente y su familia.

## 6. POLITICAS GENERALES DEL MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

1. Prevalecerá la seguridad del paciente, dando prioridad a los procesos asistenciales. (incluye identificación, intervención y minimización de riesgos)
2. La aplicación del modelo de prestación de servicios, del código de ética y buen gobierno y la declaración de derechos y deberes de los pacientes y su familia, es responsabilidad de toda la comunidad institucional y debe enmarcar la prestación de los servicios de salud.
3. El servicio se prestará con características de calidad: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad e integralidad de los servicios.
4. Como centro autorizado de práctica, el personal en formación estará bajo direccionamiento, acompañamiento y supervisión directa del profesional responsable.
5. Se contará con el acompañamiento del sistema de información y atención al usuario (SIAU), durante el proceso de atención del paciente y su familia al interior de la institución para difundir la información sobre los derechos y deberes de cada uno de los actores en el proceso de atención y realizar el seguimiento.
6. La institución garantizará los mecanismos suficientes, para que el paciente y su familia puedan manifestar su percepción respecto a la atención recibida y gestionará las acciones pertinentes.
7. La institución garantizará la confidencialidad sobre la información del paciente y su presencia en la entidad sólo se divulgará con su consentimiento. En los casos de personas con limitación temporal o definitiva, para la adecuada interpretación de la información, esta se suministrará a los familiares y/o cuidadores.
8. La institución se compromete a identificar, intervenir y notificar enfermedades y eventos de interés en salud pública, e información de carácter legal y de notificación obligatoria según las normas vigentes.
9. La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá se compromete a realizar la identificación, evaluación y gestionar los riesgos internos y externos asociados a la prestación de la atención en salud, mediante un proceso de mejoramiento continuo, minimizando el impacto de los mismos, sobre el paciente su familia y la comunidad teniendo en cuenta la normatividad vigente.
10. La institución a través de la política del talento humano promueve la participación los colaboradores en programas de inducción, re- inducción, entrenamiento y educación continua, fomentando la actualización en el conocimiento, mejoramiento de competencias y el aprendizaje de los procedimientos administrativo – asistenciales que se relacionen con la atención de los pacientes.
11. Tendrán prioridad para la atención, los menores de edad (menores de 5 años), las mujeres embarazadas, adultos mayores (mayores de 65 años) y población con discapacidad motora y cognitiva.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

12. La empresa mantendrá la articulación entre la parte administrativa y asistencial para garantizar la continuidad y oportunidad en la prestación de servicios.
13. En la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá prevalecerán las decisiones y procesos asistenciales sobre los procesos administrativos.
14. En la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, en situaciones de urgencias el personal asistencial podrá apoyar otros servicios siempre y cuando no comprometa la seguridad del servicio y de los pacientes a cargo.
15. En el caso en que los medios masivos de comunicación requieran información sobre la condición de salud de algún paciente, se dará a través de la Gerencia o Subgerencia.
16. A todos los pacientes se les informará sobre los cuidados que debe tener con sus pertenencias, con el fin de que se implementen las medidas adecuadas para su seguridad.
17. La Institución definirá el sitio adecuado para la atención, teniendo en cuenta las condiciones clínicas y necesidades de seguridad de cada paciente.
18. La empresa propenderá por implementar los mecanismos para garantizar la privacidad y dignidad del paciente durante la atención con el personal asistencial.

## **6.1. POLITICAS INSTITUCIONALES**

### **6.1.1. POLÍTICA DE CALIDAD**

**Artículo 20.** La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá como Institución prestadora de Servicios de Salud de segundo nivel, tiene el propósito de satisfacer las necesidades de nuestros usuarios y de las partes interesadas, brindando soluciones especializadas.

Está comprometida en mantener un excelente nivel de calidad en todos y cada uno de los servicios prestados mediante el mejoramiento continuo de los procesos, con funcionarios idóneos, ejerciendo un autocontrol para la prestación oportuna de los servicios de manera que satisfagan a sus grupos de interés en forma eficiente y efectiva

Garantiza seguridad y confianza cumpliendo la Normatividad vigente dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad - SOGC.

### **6.1.2. POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN Y BUEN TRATO**

**Artículo 39.** La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, define y adopta **la política de humanización y buen trato.** “La Empresa Social del Estado

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DOCUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, trabaja con el propósito firme de brindar una atención amable, cálida, respetuosa, tolerante y esperanzadora al paciente y su familia, mediante la promoción de un ambiente de trabajo cordial que comprende las relaciones que se derivan entre trabajadores, pacientes y sus familias.”

### 6.1.3. POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Compromiso con la Comunidad

**Artículo 21.** La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, se orientará en todas sus actuaciones, hacia el bienestar social de la comunidad; propenderá por el mejoramiento de la calidad de vida de la población especialmente de la más vulnerable, estimulando la participación ciudadana, desarrollando normas claras para garantizar los derechos de los usuarios de la salud mental, logrando que éstos cuenten con las herramientas y la información suficientes para la toma de sus decisiones.

La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá declara expresamente su compromiso con la protección de los derechos fundamentales salvaguardando los parámetros básicos de protección a la vida, a la libertad, a la igualdad, a la dignidad humana, a la intimidad, al libre desarrollo de la personalidad, a la libertad de conciencia y de cultos, a la información, al trabajo, a la asociación, al respeto a la naturaleza, a la intervención ciudadana activa y a la solidaridad, entre otros.

### 6.1.4. POLÍTICA DE RESPONSABILIDAD CON EL MEDIO AMBIENTE.

**Artículo 26.** La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá en coherencia con el mandato Constitucional de responsabilidad social y ecológica, definirá y adoptará su Plan Integral de Gestión Ambiental, en el que propenderá por eliminar o neutralizar los impactos ambientales que genere su operación y a reducir y controlar la utilización de recursos naturales y del ambiente en coherencia con el reconocimiento como hospital sostenible y el cumplimiento de las acciones que este galardón reglamenta.

De manera concreta se adoptarán acciones en cuanto a:

- Uso racional del agua, suelo, energía eléctrica y manejo adecuado de los residuos sólidos, vertimientos generados en el proceso de prestación de servicios de salud.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

### 6.1.5. POLÍTICA DE ORDEN AMBIENTAL LABORAL

**Artículo 27.** Cada uno de los funcionarios de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, de manera constante, solidaria y efectiva, aportará lo mejor de sí mismo para utilizar de manera eficiente los elementos de trabajo puestos a disposición, que conlleven acciones concretas inmediatas de reciclaje, ahorro de recursos y su conservación constituyéndose en promotores de ambientes naturales sanos.

La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá promoverá la constitución de un ambiente de trabajo con políticas de bienestar y seguridad social adecuada que les permita a los funcionarios cumplir sus funciones de manera efectiva con garantías de confianza y satisfacción.

### 6.1.6. POLÍTICA DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN

#### Compromiso con la Comunicación Pública

**Artículo 15.** La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, se compromete a asumir la comunicación y la información como bienes públicos, a conferirles un carácter estratégico y a orientarlas hacia el fortalecimiento de la identidad Institucional, a través de la Matriz de Comunicaciones.

#### Compromiso con la Comunicación Organizacional.

**Artículo 16.** La comunicación organizacional estará orientada a la construcción del sentido de pertenencia y al establecimiento de relaciones de diálogo y de colaboración entre los servidores y contratistas de la Empresa; para ello, se establecerán procesos y mecanismos comunicativos que garanticen la interacción y la construcción de visiones comunes.

### 6.1.7. POLÍTICA SOBRE RIESGOS

#### Declaración de Riesgo

**Artículo 36.** La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá declara que en el desarrollo de sus actividades ocurren riesgos, por lo cual se compromete a adoptar mecanismos y acciones necesarias para que a través de la gestión integral de los mismos se prevenga o minimice su impacto. Para ello, adelantará procedimientos que permitan identificar, clasificar y calificar los riesgos propios de su actividad, adoptando

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

políticas de administración, identificando el impacto para cada uno de ellos, priorizando su tratamiento y manejo apropiado.

## 7. MODALIDADES DE LA ATENCIÓN

Atención institucional de paciente crónico

Atención del paciente en hospitalización en unidad de salud mental

Atención del paciente en Consulta externa especializada.

Atención del paciente en servicios ambulatorios de apoyo diagnóstico y terapéutico

## 8. ATENCIÓN DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL

### 8.1. ACCESO

1. Los pacientes que requieran manejo en el servicio de internación tendrán como posibilidades de ingreso: consulta externa, o remisión de otra entidad. En los casos de consulta externa el médico tratante deberá diligenciar la orden de hospitalización acompañada del plan de manejo.
2. Una vez definido el plan de manejo se realizará el proceso de admisión institucional:
  - ✓ solicitud de autorización entidad responsable de pago ERP
  - ✓ asignación de cama y generación de cargos, con apertura de historia clínica.

### 8.2. REGISTRO E INGRESO

1. Todo paciente que ingrese al servicio de internación debe tener orden de hospitalización y haber iniciado el procedimiento de autorización de la misma.
2. Todo paciente que ingrese a internación debe tener historia clínica institucional.
3. Todo paciente en el momento del ingreso tendrá cargos.
4. Todo paciente que ingrese al servicio de internación debe traer el plan de manejo propuesto.
5. Todo paciente que ingrese al servicio de internación debe traer el plan de cuidado de enfermería que venía recibiendo en el servicio del que proviene o establecer el propio.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

6. Todo paciente que ingrese al servicio de internación debe tener el registro de los medicamentos aplicados, laboratorios realizados o pendientes por realizar.
7. La enfermera diligenciará el registro de ingreso al servicio.
8. A todo paciente se le realizara historia clínica de ingreso a internación.
9. El médico tratante debe diligenciar de forma clara completa, los datos de identificación del paciente y los que requiera, en todos los registros y formatos que tiene adoptada la institución según procedimiento establecido.

### **8.3. EVALUACIÓN DE NECESIDADES**

1. El médico tratante identificará las condiciones especiales de atención tales como aislamiento, reposo permanente, inmovilización que registrará en la historia clínica, evaluará el plan de manejo previo y ajustará el plan de manejo a seguir, lo informará al médico general hospitalario y a la enfermera para su ejecución.
2. A todo paciente y su familia que ingrese al servicio de internación se le dará la información sobre su patología y cuidados, se diligenciará el consentimiento informado general.
3. La enfermera del servicio evaluará el plan de cuidado previo y según las necesidades del paciente y las condiciones de la internación, ajustará e implementará el plan de cuidado pertinente.
4. La enfermera implementará las medidas de seguridad del paciente (aislamiento, medidas de protección y cuidado, riesgo de caída, acompañamiento, medidas anti escaras) y condiciones especiales según tipo de usuario (discapacidad, e inmovilización).
5. Al ingreso se proporcionará al paciente y su familia la información general sobre el servicio, horarios de visitas y alimentación de acuerdo al reglamento institucional establecido y se entregará el folleto de bienvenida.
6. A cada paciente que ingrese al servicio de internación se le identificará según procedimiento establecido.
7. Los visitantes y/o acompañantes deberán portar permanentemente el carné de identificación.
8. La información relevante a los planes de manejo, condición clínica y expectativas, será entregada al paciente y su familia exclusivamente por el médico tratante y/o el jefe de la unidad funcional de internación. En los casos que ameriten consejería previa se contará con el apoyo de un equipo interdisciplinario.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

9. La información de carácter administrativo, copagos, cuotas de recuperación, tramites de remisión, horarios de visitas, documentos y soportes para pago y demás se entregarán al paciente y su familia por parte de la trabajadora social de la empresa.
10. Teniendo en cuenta la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, cuenta con convenios docente - asistenciales para la formación de profesionales y técnicos de la salud, todo el personal en formación, se identificará para realizar tanto la entrevista terapéutica como la valoración física pertinente y demás procedimientos propios de la atención de acuerdo a las competencias y programas siempre guiado por el profesional a cargo.
11. Se identificarán las necesidades sociales, legales, aseguramiento (NN, abandono social, maltrato infantil, violencia) y se gestionarán con el apoyo de trabajo social.
12. Se evaluarán las necesidades de soporte psicológico, espiritual, santos oleos, extrema unción, registro civil y se gestionará a través de la oficina de atención al usuario y la trabajadora social.
13. La oficina de referencia y contra-referencia realizará CENSO de camas disponibles consolidando la información cada 12 horas. La información se entregará por la enfermera reportando la disponibilidad de camas y por género de asignación, posibles salidas de pacientes, remisión o contra - remisión de paciente.
14. El equipo de salud debe mantener una actualización periódica para fortalecer su conocimiento, habilidades, destrezas y competencias, para la atención de sus pacientes de acuerdo a su disciplina, incluyendo soporte vital básico y avanzado.

#### **8.4. PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN**

##### **8.4.1. ROLES Y RESPONSABILIDADES DURANTE DE LA ATENCIÓN**

1. El médico tratante es el responsable de la atención médica desde el ingreso hasta el egreso del servicio, independientemente de su ubicación en la institución.
2. El manejo intrahospitalario de todos los pacientes corre a cargo de un médico especialista.
3. El único profesional que puede tomar la decisión de hospitalizar a un paciente es el medico hospitalario de turno o el médico psiquiatra en la consulta externa generando las pautas de manejo pertinentes.
4. El médico hospitalario en conjunto con el psiquiatra tratante, es el responsable de la articulación de la actuación del equipo multidisciplinario de la atención en salud. De igual manera deben asumir la atención médica en circunstancias clínicas agudas que requieren manejo inmediato (paro cardiorrespiratorio, complicaciones médicas y

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

eventos relacionados con la seguridad y calidad en la atención), según procedimiento estipulado.

5. El especialista en conjunto con el médico hospitalario y el equipo en salud, es el responsable de informar al paciente y su familia sobre su condición de salud, manejo y pronóstico de su patología.
6. El especialista en conjunto con el médico hospitalario y el equipo en salud serán los responsables del desarrollo del programa académico y el cumplimiento de lo establecido en los convenios docentes asistenciales.
7. El especialista en conjunto con el equipo de salud, los jefes de las unidades funcionales, apoyara el proceso administrativo relacionado con la atención e interactuaran con los líderes de procesos y dependencias administrativas.
8. La participación del personal en formación estará supervisada directamente por los docentes según reglamento interno.
9. La Institución desarrollará en forma gradual, la incorporación del siguiente rol de enfermería: ser la responsable del proceso del cuidado del paciente, mediante la identificación de las necesidades del mismo con base en los datos obtenidos de la interacción con el especialista y hospitalario tratantes, equipo de salud, historia clínica, entrevista terapéutica y valoración física, con lo cual establecerá un diagnóstico de enfermería y definirá su correspondiente plan de cuidado, el cual ejecutará y supervisará, evaluará y ajustará de acuerdo a la condición de salud del paciente.
10. El seguimiento del plan de manejo establecido por el especialista tratante, estará a cargo del mismo y del equipo de cuidado.
11. Los auxiliares de enfermería desarrollaran la ejecución de las actividades y tareas asignadas, bajo supervisión de la enfermera jefe.
12. La responsabilidad del traslado interno, según la condición clínica del paciente será: paciente que requiera traslado a la unidad de apoyo terapéutico deberá ir acompañado por enfermería y equipo de salud correspondiente, previa comunicación telefónica y entrega de pacientes por parte de los auxiliares de enfermería de las diferentes unidades de acuerdo a cronogramas establecidos por el jefe de apoyo terapéutico.
13. En los casos que se deban realizar actividades de tipo médico-legal quien direccionará la ejecución de las mismas será el jefe de la unidad funcional de internación, quien se apoyará en el personal delegado para tal fin durante las noches y los fines de semana.
14. Durante las noches y fines de semana o en ausencia del jefe de la unidad funcional de internación, asumirá las responsabilidades de éste el médico que se encuentre en turno.
15. El personal de trabajo social, en conjunto con el personal administrativo y asistencial y SIAU identificarán y gestionarán las necesidades y expectativas derivadas del proceso

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

de atención de los pacientes, su familia y/o cuidadores buscando, llevar a un nivel de satisfacción óptima la percepción de la atención.

16. El personal en formación producto de convenios docente - asistenciales, recibirán capacitación y entrenamiento bajo supervisión directa de los docentes.
17. Los auxiliares de enfermería estarán encargados del cuidado y seguridad del paciente durante el traslado a las diferentes áreas en los casos que su nivel de competencia lo permita.

#### **8.4.2. TIEMPOS MÁXIMOS PARA LA ATENCIÓN**

1. Todos los pacientes deben estar formulados diariamente de acuerdo a los horarios establecidos.
2. Se realizará en la mañana la evolución médica y se realizara el seguimiento a las actividades ordenadas en la revista médica
3. Se realizará evolución médica en noche, según estado clínico del paciente de acuerdo a su estado crítico.
4. Tiempo de respuesta de apoyo de laboratorio clínico para paciente crítico máximo 90 minutos y pacientes no críticos máximo 1 día.
5. Tiempo para el egreso desde la orden de salida por el médico tratante 72 horas.

#### **8.4.3. PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO**

1. El médico tratante establecerá el plan de cuidado y tratamiento de forma individual según condición clínica del paciente teniendo en cuenta las guías de manejo médico establecidas en la empresa.
2. La enfermera jefe establecerá el plan de cuidado de forma individual según condición clínica del paciente.
3. La valoración diagnóstica y el manejo deben ser registrados en la historia clínica los cuales servirán como soporte para la ejecución, teniendo en cuenta las características definidas en el manual de uso y manejo de la historia clínica de la institución.
4. Se garantizara la privacidad en la información y atención del usuario y familia. Se establecerá comunicación discreta y asertiva respetando la privacidad en mención.
5. Los casos de urgencias medico legales se realizara de acuerdo al procedimiento establecido.
6. Cuando el paciente no cumpla los criterios para que se siga manejando en la institución, se realizara remisión a la entidad que se considere debe continuar con la atención del paciente.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

#### 8.4.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

1. El médico tratante será el responsable de informar al paciente y/o la familia acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos según la condición clínica de cada paciente, así como las opciones terapéuticas, diligenciando el consentimiento o disentimiento informado según el procedimiento a realizar, esta actividad no será delegada en ningún caso.
2. La enfermera diligenciará el consentimiento o disentimiento informado según el procedimiento a realizar, esta actividad no será delegada a la auxiliar de enfermería en ningún caso.

#### 8.5. EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO

1. El equipo de salud garantiza la actualización periódica para fortalecer su conocimiento, habilidades y destrezas para la atención de sus pacientes de acuerdo a su disciplina, incluyendo soporte vital básico.
  - El médico tratante y/o especialista será el único responsable de suministrar la información al usuario, cuidador y familia acerca de su estado clínico, el curso natural de la enfermedad, plan de manejo y/o conducta a seguir. En los casos que ameriten consejería previa se contará con el apoyo de un equipo interdisciplinario.
2. El equipo de salud brinda información relacionada con el tratamiento al paciente y/o su familia, el cuidador y su familia durante la ejecución del mismo, propiciando la resolución de inquietudes relacionadas con su estado de salud, tratamientos aplicados, expectativas a futuro, cuidados durante y después de su hospitalización y lo prepara para el egreso, fomentando el autocuidado y detección oportuna de signos de alarma e indicaciones de reconsulta.
3. El equipo de cuidado verificará la comprensión y aceptación de la información entregada, registrándolo en la historia clínica. Se informará al cuidador legalmente autorizado.
4. El equipo de salud, desde el ingreso fomentará la adquisición de hábitos de vida saludable
5. El equipo de salud, orienta el tratamiento basado en las guías de práctica clínica institucional y/o en las guías de mejor evidencia clínica posible.
6. La institución cuenta con un proceso (SIAU) que informa permanentemente al usuario sobre el mecanismo para manifestar su inconformidad, sugerencias o satisfacción acerca de la prestación del servicio, que incluye la gestión y la retroalimentación del área involucrada.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

7. Toda orden médica generada por el profesional tratante o debe ir acompañada por la orden de servicio correspondiente, la cual debe diligenciarse completamente y estar acompañada del resumen pertinente.
8. El tratamiento del paciente debe contemplar los diferentes diagnósticos, que tiene el paciente, incluyendo los de la enfermedad actual y su comorbilidad.
9. Toda interconsulta que genere solicitud de apoyo diagnóstico o terapéutico, generará las órdenes respectivas y las entregará a la enfermera jefe del servicio.

### **8.6. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO**

1. La institución propenderá por un sistema de auditoría de historias clínicas que evalúe periódica y sistemáticamente la calidad, adherencia a las guías de manejo y ejecución de plan individual de manejo.
2. Todo evento asociado a la prestación del servicio que pueda clasificarse como incidente o evento adverso será gestionado con el comité de calidad y seguridad del paciente con la participación del equipo de cuidado de salud a cargo.

### **8.7. SALIDA Y SEGUIMIENTO**

1. De acuerdo con el manual de uso y manejo de historias clínicas institucional la epicrisis es continua y contiene todos los eventos relacionados con la atención en salud, e incluye el plan de manejo ambulatorio, domiciliario ó en nivel de atención correspondiente. Todo paciente al egreso debe recibir copia de la epicrisis.
2. Al egreso el paciente y su familia recibirá educación e información individualizada por parte del equipo de cuidado sobre el tratamiento recibido, cuidados al egreso, recomendaciones para uso de medicamentos, signos de alarma para acudir a control temprano, recomendaciones nutricionales, de actividad física y de rehabilitación e incapacidad laboral en los casos que proceda estimulando la adherencia al tratamiento.
3. El equipo de cuidado verificará la comprensión y aceptación de la información entregada, registrándolo en la historia clínica.
4. La institución promoverá la contra-referencia del paciente dando información relevante sobre el tratamiento recibido al profesional remitir y sobre las necesidades de autorización y/o empalme terapéutico a la administradora del plan de beneficios respectiva.
5. A través del comité de calidad y seguridad del paciente se identificarán los reingresos por falta de adherencia al tratamiento y se gestionaran según la metodología establecida por el comité.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

6. La institución gestiona la continuidad del tratamiento, direccionando al usuario y su familia hacia su red de servicios y en los casos que aplique a nuestra institución se reserva la cita de control ambulatorio
7. En los casos de emergencia interna el servicio en el que se identifique la necesidad, recibirá apoyo del personal que se encuentre en otros servicios que será asignado por el jefe de la unidad funcional de internación.

## **9. ATENCIÓN DEL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS AMBULATORIOS. (Apoyo diagnóstico y terapéutico)**

### **9.1. ACCESO:**

1. La institución realiza seguimiento a las barreras de acceso y seguimiento a las causas de no accesibilidad los servicios ofertados.
2. La institución cuenta con procedimientos estandarizados de asignación de citas telefónicas, y presenciales con horarios establecidos, y listado de profesionales agendados, dando la opción al paciente de escoger libremente entre los profesionales con que la institución cuenta.
3. La prestación de servicios ambulatorios (Consultas y procedimientos especializados) tendrá relación directa con la vigencia de contratos y requisitos de pertinencia y administrativos verificados antes de la prestación de los mismos.
4. La institución cuenta con un sistema de información que permite direccionar al paciente según la red de servicios a la que pertenece y ofrecer alternativas en nuestra institución de acuerdo a los recursos de la empresa.
5. La institución al momento de asignar la cita al paciente le informa:
  - ✓ Fecha
  - ✓ Hora
  - ✓ Dirección
  - ✓ Copagos
  - ✓ Cuotas moderadoras
  - ✓ Autorización de servicios
  - ✓ Preparaciones especiales
  - ✓ Profesional asignado

Dejando constancia de esta información en la agenda correspondiente.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

- La institución lleva en el software CNT el listado de pacientes citados al equipo de salud y los involucrados en el proceso de atención previo a su atención.

## 9.2. PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE

- La institución cuenta con procedimientos estandarizados para la recepción del paciente que incluyen la verificación de criterios clínicos y administrativos para su atención y direccionamiento.
- Tienen prioridad para la atención, los menores de edad (menores de 5 años), las mujeres embarazadas, adultos mayores (mayores de 65 años) y población con discapacidad motora y cognitiva.
- El servicio cuenta con personal capacitado para orientar, direccionar y gestionar la atención oportunamente resolviendo los inconvenientes que se presenten durante la recepción del mismo y limiten el acceso.

## 9.3. PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCIÓN

- La institución desarrollará un sistema de información al paciente sobre el tiempo promedio de espera para la atención.
- El personal de atención al usuario mantiene informados a los pacientes sobre las novedades que retrasen la atención.
- La Empresa Social del Estadio cuenta con un equipo administrativo que apoya la prestación del servicio y la atención de novedades, manteniendo informados a los usuarios.
- El servicio de información y atención al usuario SIAU, informa a los pacientes sobre las diferentes formas de comunicar sus quejas, sugerencias y/o felicitaciones derivadas del proceso de atención. A su vez se gestiona la respuesta y resolución de los motivos que generan quejas o inconformidades con la prestación del servicio.
- El profesional consultado será el responsable del llamado al paciente para el inicio de su consulta.

## 9.4. EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES

- El médico tratante identificará las necesidades de información, educación y expectativas de manejo.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

2. El servicio implementará las medidas de seguridad del paciente, identificando posibles situaciones de riesgo.

### 9.5. PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN

1. La atención en servicios ambulatorios se presta con base en las guías de manejo, protocolos, planes de cuidado y procedimientos institucionales.
2. El médico tratante será el responsable de informar al paciente acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos según la condición clínica de cada paciente, así como las opciones terapéuticas, diligenciando el consentimiento o disentimiento informado según el procedimiento a realizar, esta actividad no será delegada en ningún caso.
3. Todo evento asociado a la prestación del servicio que pueda clasificarse como incidente o evento adverso será gestionado con el comité de calidad y seguridad del paciente con la participación del equipo de cuidado de salud a cargo.

### 9.6. PROCESO DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

1. La Empresa Social del Estado atenderá al usuario teniendo en cuenta la privacidad y dignidad durante el ciclo del servicio, orientando e informando sobre la presencia de personal en formación para obtener su colaboración y consentimiento.
2. El médico tratante será el único responsable de suministrar la información al usuario, cuidador y familia acerca de su estado clínico, el curso natural de la enfermedad, plan de manejo y/o conducta a seguir, brindando el espacio para resolución de inquietudes, tratamientos aplicados, expectativas a futuro y cuidados, fomentando el autocuidado y detección oportuna de signos de alarma e indicaciones de control y plan domiciliario. En los casos que ameriten consejería previa, se contará con el apoyo de un equipo interdisciplinario.
3. El médico tratante verificará la comprensión y aceptación de la información entregada, registrándolo en la historia clínica.
4. Se informará al cuidador legalmente autorizado cuando se trate de pacientes menores de edad o discapacitados mentales.
5. La institución ofrece la posibilidad de recibir una segunda opinión a través de especialista para garantizar una opinión de consenso ante dudas del paciente, siempre y cuando se encuentre dentro de la capacidad técnico – científica de la institución.
6. La consulta médica especializada se realizará ajustada a los manuales de atención institucional, respetando los estándares definidos por la institución.
7. Toda atención médica realizada deberá ser registrada en la historia clínica acorde con el manual institucional y normas legales vigentes. Se diligenciarán los registros

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

completos derivados de la atención (RIPS, órdenes de servicios, contrarreferencias, formatos de medicamentos no incluidos en el pos, controlados y restringidos, fichas de notificación obligatoria, incapacidades y demás que hagan parte de la atención).

- La entidad informará al paciente a través de sistema de Información al usuario sobre el tiempo promedio de estancia en la institución durante el procedimiento de atención de su consulta.

### **9.7. PROCESO DE EDUCACIÓN EN SALUD**

- La institución realiza actividades de difusión masiva de información durante el proceso de atención a través de los programas existentes, registrándolo en la historia clínica.
- Las guías de atención incluirán las necesidades de educación de acuerdo al nivel de complejidad institucional.
- Se dispone de material con fines educativos en los programas existentes.

### **9.8. PROCESO DE EGRESO**

El equipo de salud (médico, auxiliar de salud, atención e información al usuario), orientará a los pacientes sobre el procedimiento a seguir una vez se hayan entregado las ordenes médicas de salida (remisiones, complementación diagnóstica y/o terapéutica, formula de medicamentos), indicando los procedimientos que debe realizar en la institución y direccionando hacia las oficinas correspondientes de su aseguradora.

### **9.9. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO**

- Se realizará evaluación y seguimiento a través de la auditoría de las historias clínicas teniendo en cuenta oportunidad, adherencia a la guía, pertinencia con apoyo de la oficina de calidad, socializando los hallazgos para establecer los planes de mejoramiento pertinentes.
- La Institución tiene establecido un proceso sistemático y periódico que permite monitorizar las sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones y quejas de los usuarios, entregando respuesta al paciente y gestionando planes de mejoramiento derivados de la retroalimentación realizada por los usuarios en los casos que sea pertinente.

### **9.10. REMISIÓN AL LABORATORIO O ELECTROENCEFALOGRAMA**

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

1. Se orientará al paciente sobre el procedimiento para la toma de muestras según protocolo establecido, informando lo relacionado con el proceso administrativo y la preparación para la toma de las muestras que se le soliciten.
2. El procedimiento de entrega de resultados se define en el manual de toma de muestras, siendo el paciente el destinatario de los reportes de los paraclínicos.
3. Los paraclínicos informados al profesional tratante deben ser registrados en la historia clínica junto con su interpretación y servir de soporte para la conducta terapéutica derivada de los mismos.

#### **9.11. ROLES Y RESPONSABILIDADES DURANTE LA ATENCIÓN - CONSULTA ESPECIALIZADA**

1. La valoración y definición del manejo clínico del paciente es responsabilidad del médico especialista.
2. El médico especialista diligenciará los formatos pertinentes garantizando una atención integral (Medicamentos o procedimientos excluidos del POS, medicamentos de control, medicamentos restringidos, formatos de incapacidad y los que el hospital tenga implementados.)
3. Es responsabilidad del médico especialista el desarrollo y actualización de las guías de atención y protocolos que aplican en consulta externa.

#### **9.12. ROLES Y RESPONSABILIDADES DURANTE LA ATENCIÓN - LABORATORIO CLÍNICO**

1. La auxiliar de laboratorio clínico será la encargada de la recepción y toma de muestras, bajo la supervisión de la bacterióloga.
2. El personal del SIAU estará encargado de recibir, verificar soportes, datos de identificación y las condiciones de preparación del paciente.
3. La bacterióloga es la encargada de realizar el procesamiento de las muestras para los exámenes solicitados, bajo los parámetros de calidad en los tiempos establecidos.

#### **9.13. ROLES Y RESPONSABILIDADES DURANTE LA ATENCIÓN - ELECTROENCEFALOGRAMA**

1. El personal de SIAU estará encargado de recibir, verificar soportes, datos de identificación y las condiciones de preparación del paciente.
2. La auxiliar recibirá los usuarios de los servicios ambulatorios e internación, verificando las condiciones de preparación.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

3. El auxiliar de enfermería estará encargado del cuidado del paciente durante traslado a electroencefalograma hasta su entrega al personal del servicio.
4. El neurólogo es el responsable de la interpretación de los estudios.

## **9.14. REHABILITACIÓN/HABILITACIÓN**

### **9.14.1. REGISTRO E INGRESO**

1. El personal de SIAU, orientará, direccionará y apoyará al paciente y su familia desde la solicitud de la atención, hasta la ejecución de la misma. (Incluye autorizaciones por entidades responsables de pago, programación de citas.)
2. Se brindará información verbal y escrita con folleto de orientación al usuario sobre el servicio que incluye los roles del personal que interviene en la atención.
3. Para la asignación de citas, se tendrán en cuenta los criterios de priorización institucionales.

### **9.14.2. EVALUACIÓN INICIAL DE LAS NECESIDADES AL INGRESO**

1. En la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá se realizará la valoración con su correspondiente registro en la historia clínica por el grupo de apoyo terapéutico, según cuadro clínico (terapia física, ocupacional, del lenguaje, educación especial) que incluye las necesidades especiales de los usuarios y su familia, basados en las guías de manejo del servicio.
2. Se informara al usuario, su familia o cuidador los conceptos generales sobre la patología, síntomas y plan de rehabilitación a seguir.
3. Durante el proceso de atención, se involucrará al paciente, su familia o red de apoyo.
4. En la entidad existe un procedimiento estandarizado para la solicitud, realización y reporte de paraclínicos.
5. Se identificarán los factores que afectan la calidad de vida y se relacionan con el cuidado de la salud y el proceso de habilitación y rehabilitación.
6. La institución identificará, si el usuario requiere técnicas especiales de atención para proteger su dignidad y velar por su seguridad y funcionalidad.

### **9.14.3. PLANEACIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN**

<b>ELABORÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

1. El proceso de atención inicia con la realización de un plan individual de rehabilitación, definición de objetivos terapéuticos y seguimiento, ajustado a la evaluación de necesidades
2. El área destinada para la atención, permite la prestación del servicio garantizando respeto por la seguridad, dignidad y privacidad.
3. Una vez se identifique la necesidad de dispositivos de apoyo o ayudas técnicas el equipo interdisciplinario lo incorporará dentro del plan de tratamiento
4. En la planeación del cuidado individual, se tendrá en cuenta la investigación diagnóstica complementaria o confirmatoria cuando la discapacidad o la patología presente la hace necesaria.
5. En el diseño del plan de manejo se asignan roles específicos en el manejo de los pacientes en habilitación y rehabilitación ambulatorios y hospitalarios.

#### **9.14.4. EJECUCIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN**

1. Se garantizará la ejecución del tratamiento a través de un equipo interdisciplinario para el manejo del paciente en el servicio de rehabilitación, el cual estará liderado por el jefe de la unidad funcional de apoyo terapéutico quien coordinará las actividades de los profesionales, involucrando al paciente y su familia.
2. La institución cuenta con guías de manejo y planes de cuidado para las condiciones de rehabilitación y patologías más comunes que se presentan en el servicio, las que se tomarán como referencia para el manejo de los pacientes.
3. El médico tratante y/o especialista suministrará permanente y directamente información al paciente y su familia acerca del estado clínico y evolución del manejo. Garantizando una comunicación clara, confiable y de doble vía.
4. El servicio de información y atención al usuario SIAU, en conjunto con el equipo de rehabilitación, informará a los pacientes sobre las diferentes formas de comunicar sus quejas, sugerencias y/o felicitaciones derivadas del proceso de atención. A su vez se gestionará la respuesta y resolución de los motivos que generan quejas o inconformidades con la prestación del servicio
5. El equipo interdisciplinario brindará educación al usuario y su familia en aspectos relevantes para el buen resultado de la habilitación / rehabilitación. Esta educación cubre aspectos sobre la discapacidad, el proceso de rehabilitación, cuidados en casa, salud e higiene, seguridad, participación del paciente y su familia en el proceso de rehabilitación.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

### **9.14.5. EVALUACIÓN DE LA HABILITACIÓN/REHABILITACIÓN**

1. Los planes de manejo establecidos por el equipo interdisciplinario se registrarán en su totalidad en la historia clínica, definiendo periodicidad de la evaluación, el nivel de avance hacia los objetivos terapéuticos, las modificaciones necesarias al mismo, retroalimentando al equipo tratante, el paciente y su familia.
2. Quien identifique un evento asociado a la prestación del servicio o un factor de riesgo que pueda generar un incidente o evento relacionado con la calidad y seguridad del paciente deberá reportarlo inmediatamente a calidad, para su gestión y aplicación de medidas preventivas y correctivas.

### **9.14.6. EGRESO Y CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN**

#### **9.14.6.1. SALIDA Y SEGUIMIENTO**

1. Al egreso el paciente recibirá educación e información individualizada por parte del equipo de rehabilitación, sobre el tratamiento recibido, plan casero, recomendaciones para uso de medicamentos, signos de alarma para acudir a control, prescripción de ayudas externas, recomendaciones nutricionales e incapacidad laboral en los casos que proceda, estimulando la adherencia al proceso de rehabilitación/rehabilitación.
2. El equipo de rehabilitación verificará la comprensión y aceptación de la información entregada, registrándolo en la historia clínica.
3. La institución promoverá la contra-referencia del paciente dando información relevante sobre el tratamiento recibido al profesional remitidor y sobre las necesidades de autorización y/o empalme terapéutico.
4. La institución gestiona la continuidad del tratamiento, direccionando al usuario y su familia hacia su red de servicios y en los casos que aplique a nuestra institución se reserva la cita de control ambulatorio.

### **9.14.7. ADHERENCIA**

1. Se implementaran indicadores de deserción e inasistencia al tratamiento, a través de seguimiento telefónico. Se diseñara un plan de acción para las causas de deserción e inasistencia inherentes al servicio.

## **10. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EXTERNA**

### **LINEAMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

<b>ELABORÓ</b>	<b>REVISÓ</b>	<b>APROBÓ</b>
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

## 10.1. PROCESO PARA GARANTIZAR EL ACCESO PACIENTE REMITIDO:

1. La oficina de referencia y contrarreferencia de la Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, funciona de 7:00 am a 5:00 pm entre semana y dispone de teléfonos directos, líneas de fax y correo electrónico a través de los cuales se recepcionan las solicitudes de remisión.
2. Se dispone las líneas de atención telefax (8) 7428144- (8) 7407270, conmutador (8) 7424733 - (8) 7407269 teléfonos celulares 3134157551 - 3134166548 correo electrónico [siau@cribsaludmental.gov.co](mailto:siau@cribsaludmental.gov.co), [siau@gmail.com](mailto:siau@gmail.com).
3. Toda solicitud de remisión que llegue a la oficina de referencia y contrarreferencia (vía fax, correo electrónico, telefónica) tendrá respuesta de aceptación o negación, la cual dependerá de la disponibilidad (oferta) del servicio y la disponibilidad de camas (capacidad instalada), relación comercial vigente con el pagador del evento de salud y condición clínica del paciente.
4. La respuesta se entregará por vía fax o correo electrónico a la IPS remitora, se informará también al CRUEB, indicando que acepta la remisión y las recomendaciones para el traslado.

## 10.2. PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE

### 10.2.1. REGISTRO E INGRESO

1. Toda solicitud de remisión se registrará según el procedimiento documentado para tal fin
2. Una vez ingrese al servicio de internación se le abrirá historia clínica.
3. En el caso de pacientes remitidos sin familiares la persona de atención al usuario tomará los datos necesarios para la apertura de la historia clínica.

### 10.2.2. EVALUACIÓN DE NECESIDADES

1. La IPS remitora entregará la información suficiente para que el médico general y/o especialista que acepta la remisión sugiera las condiciones especiales de traslado.
2. La oficina de referencia y contra-referencia informará, a la IPS correspondiente sobre, documentos, copagos y demás soportes pertinentes.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

### **10.2.3. PLANEACIÓN Y CUIDADO DE LA ATENCIÓN**

#### **10.2.3.1. RESPONSABLES DE LA ATENCIÓN**

1. La comunicación con las IPS y el enlace con las entidades responsables de pago se centraliza en la oficina de referencia y contrarreferencia.
2. Las remisiones se responderán directamente por el médico de turno, informando a la oficina de referencia la aceptación, negación los motivos de la misma, necesidades de ampliación de información y condiciones especiales de traslado. En los casos que no se disponga del servicio o no se tenga relación comercial con la EPS del paciente, se informará al CRUEB.
3. La respuesta de aceptación o negación se entregará a la IPS remitora por la oficina de referencia y contrarreferencia a la IPS por vía fax, correo electrónico y telefónica, dejando siempre un registro evidenciable.
4. Todo paciente que llegue remitido a la institución será valorado por el médico de turno quien posteriormente lo comentará con psiquiatría.

#### **10.2.3.2. TIEMPOS MÁXIMOS PARA LA ATENCIÓN**

1. La respuesta a las solicitudes de remisión se darán en un promedio de 1 día.

#### **10.2.3.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

1. Todo traslado de pacientes requiere el consentimiento informado por el paciente y/o su familiar. El médico tratante será el responsable de informar directamente al paciente y/o su familia acerca de los riesgos y beneficios del traslado a realizar según la condición clínica de cada paciente, diligenciando el consentimiento o disentimiento informado según el traslado a realizar.

### **10.3. EVALUACION DEL PROCESO DE REMISIÓN**

1. De acuerdo a la solicitud de Secretaria de salud de Boyacá el profesional que reciba al paciente remitido, evaluará la pertinencia de la remisión, la veracidad de la información suministrada, las condiciones de traslado e informará a la oficina de referencia quien registrará en el libro de referencia.
2. El informe mensual lo consolidara la oficina de referencia, con el fin de retroalimentar a la SESALUB y a las EPS e IPS respectivas.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

#### 10.4. SALIDA Y SEGUIMIENTO

1. Se registrará en el libro de referencia la llegada o no de las remisiones comentadas, el intervalo de tiempo transcurrido desde la respuesta, los motivos de cancelación de la remisión. (cierre de ciclo)
2. Se hará seguimiento a todas las referencias hacia las diferentes IPS.

#### 11. ATENCIÓN AL USUARIO

La Empresa Social del Estado Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá cuenta con Oficina de Atención al Usuario, con personal calificado y altamente comprometido con la satisfacción de los usuarios y pacientes de la Institución.

El objetivo principal de la oficina de atención al usuario es identificar diariamente las necesidades y expectativas tanto de los pacientes como de sus familiares, por medio de mecanismos que permitan interpretar, satisfacer y dar pronta respuesta a sus insatisfacciones, quejas y reclamos.

Desde esta oficina se lideran los procesos de:

- **ORIENTACION AL USUARIO**, informando a los usuarios y pacientes que se acercan a las ventanillas del área de consulta externa.
- **DIVULGACION DE DERECHOS Y DEBERES**, se visitan permanentemente los servicios de la institución, hablando con los pacientes y sus familias, acerca de sus derechos y deberes.
- **EVALUACION DE LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO**, se hacen rondas diarias por todos los servicios de la Institución, encuestando a los pacientes sobre diversos tópicos, con el fin de monitorear la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos, al final del mes se consolida la información y se presentan el informe de satisfacción de los usuarios al comité de calidad y seguridad del paciente.
- **GESTION DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS**, se dispone de un equipo de trabajo SIAU dedicado a recibir todas las solicitudes de los pacientes y sus familias y a gestionarlas, ya sea dando solución inmediata o mediata a dichas solicitudes, de este proceso se hace un consolidado mensual. Las respuestas a las quejas son

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018

	<b>DCOUMENTO DE APOYO</b>	<b>VERSION: 2</b>
		<b>CODIGO: CMC-GC-D05</b>
<b>“MODELO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD ”</b>		<b>FECHA: 15/01/2018</b>

de obligatorio cumplimiento. El trabajo en equipo y el compromiso institucional hacen que la calidad en la atención sea nuestro principal propósito.

ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
<b>Nombre:</b> Liz Natalia Cely Rodriguez <b>Cargo:</b> Asesor de Calidad <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Giovanni Quintero Téllez <b>Cargo:</b> Subgerente Científico <b>Fecha:</b> 15/01/2018	<b>Nombre:</b> Comité de calidad <b>Cargo:</b> Comité <b>Fecha:</b> 15/01/018