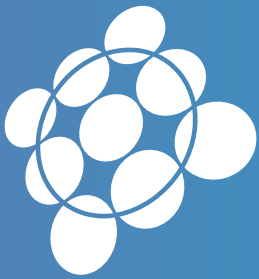


Hospital Departamental  
Psiquiátrico Universitario  
Del Valle E.S.E.

# GUÍA PRÁCTICA INSTITUCIONAL DE ACREDITACIÓN

**Salud Mental para  
Todos con Calidad y  
Eficiencia**



Hospital Departamental  
Psiquiátrico Universitario  
Del Valle E.S.E.

Dra. María Fernanda Burgos Castillo  
Gerente

Elaboración:

Ing. Daisy Dávila Diaz

Jefe Oficina de Planeación

Ing. Homero Rosero Montoya

Profesional Universitario - Calidad

Diseño y diagramación:

Oficina de Mercadeo y Comunicaciones

Fuente: Manual de acreditación en  
Salud Ambulatorio y Hospitalario de  
Colombia.  
versión 3.1



Certificado N° 066



SC-CER575746



SA-CER826004



ST-CER826006



# INTRODUCCIÓN

La Guía práctica institucional de acreditación, diseñada por el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E., es una herramienta de apoyo, cuyo objetivo es brindar a las diferentes partes interesadas como, integrantes de la Junta Directiva, colaboradores del hospital, contratistas, asociación de usuarios, instituciones de educación superior con las que se tienen convenios, la orientación necesaria frente al proceso de Acreditación en Salud, el cual requiere de esfuerzo, dedicación, disciplina, cambio cultural, inversión de recursos, entre otros; motivado principalmente por el mejoramiento continuo y el reconocimiento, además de tener una capacidad de respuesta más efectiva frente a los usuarios y la comunidad, como Institución comprometida y socialmente responsable.

El proceso de acreditación en salud requiere de un despliegue entre las diferentes partes interesadas para lograr el cambio en la Entidad, por lo tanto, es necesario desarrollar competencia en el personal involucrado.





**1**

**MARCO LEGAL  
EN SALUD**

# LA ACREDITACIÓN SE MATERIALIZA A TRAVÉS DE LOS COMPONENTES DEL SOGCS

Condiciones mínimas que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios.

Indicadores de monitoria del SOGCS, que se reportan semestralmente con la Superintendencia Nacional de la Salud.

Gestión Institucional para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en Salud PAMEC.

Sistema Único de Acreditación  
Res. 5095 de 2018  
Manual de Acreditación 3.1



Certificado N° 066

Proceso voluntario de autoevaluación interna y externa centrada en el paciente y su familia con enfoque de Seguridad y Humanización



Habilitación  
RESOLUCIÓN 3100 DE 2019



Información  
Para la Calidad  
RES 0256 DE 2016



Auditoría para el  
Mejoramiento Continuo  
DECRETO 1011 DE 2006



# **2** GENERALIDADES DE ACREDITACIÓN

# ¿QUÉ ES LA ACREDITACIÓN EN SALUD?

El Sistema Único de Acreditación es una estrategia y una metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica para las instituciones de salud, se otorga un reconocimiento por el Estado a través del Ministerio de Salud y un organismo evaluador autorizado (ICONTEC) sobre la calidad superior de una institución de salud.

Es una HERRAMIENTA para el mejoramiento continuo de la calidad, que promueve la implementación de altos estándares en las instituciones de Salud, orientada hacia la prestación de servicios seguros y humanizados, enfocados en el usuario y sus familias.

Es un MEDIO y no un fin, es el camino hacia la humanización de los servicios.

Involucra a TODO el personal (\*clave en la evaluación).

Es un PROCESO VOLUNTARIO, con evaluación por pares, que obedece a unos principios y estándares internacionales, definidos por el organismo acreditador de acreditadores: ISQua o Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención en Salud, al cuál ICONTEC está afiliado.

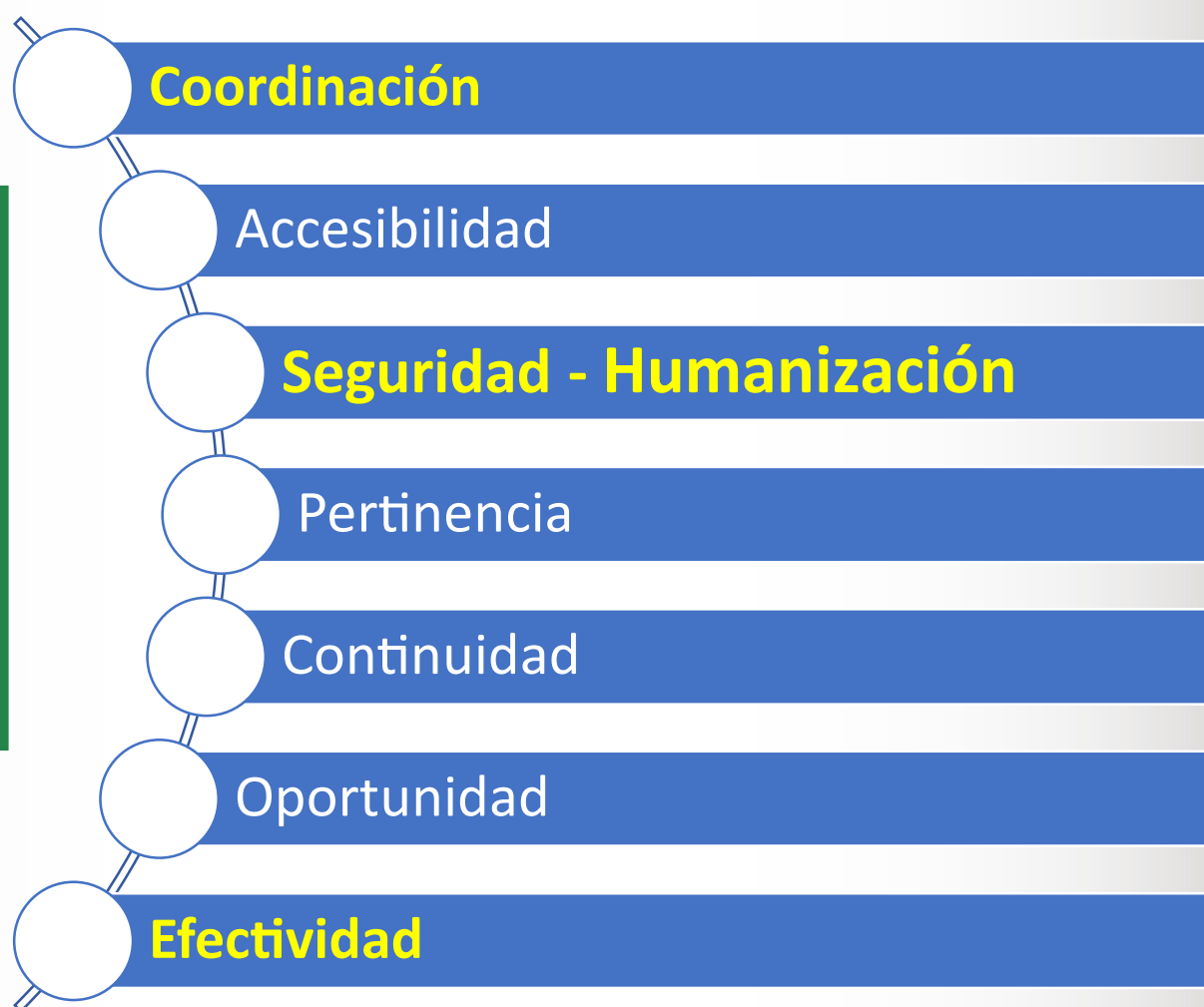


# ATRIBUTOS DE CALIDAD

## SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN (S.U.A)



Certificado N° 066



# PRINCIPIOS DE LA ACREDITACIÓN

**GRADUALIDAD**

**EFICIENCIA**

**CONFIDENCIALIDAD**

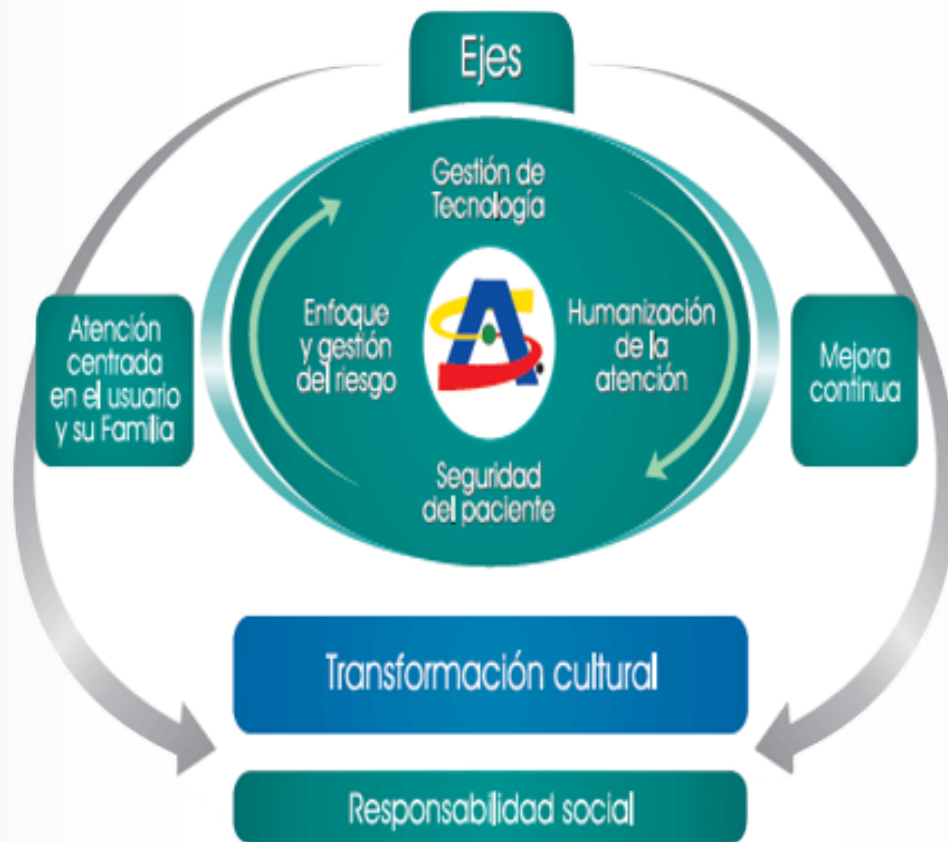
**NEUTRALIDAD**

**AUTONOMÍA**

**INDEPENDENCIA**



# EJES DE ACREDITACIÓN



La filosofía de acreditación en salud se enmarca en los siguientes ejes:

- **La Seguridad de paciente** entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud.  
Existencia de políticas y programas dirigidos a la **Humanización de la atención** que tengan en cuenta la dignidad del ser humano.
- **Gestión de la Tecnología** mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.
- **El Enfoque y Gestión del Riesgo** mediante la provisión de servicios de salud accesibles y equitativos, teniendo en cuenta el balance entre la gestión clínica y la gestión administrativa y los beneficios, riesgos y costos.

Los ejes de la acreditación en salud, han sido abordados sistémicamente cómo un proceso de **Transformación Cultural Organizacional** de largo plazo, en el que se han ido alineando las normas, la cultura y la ética. Esta transformación ha sido promovida desde el direccionamiento y el talento humano, teniendo en cuenta el aprendizaje organizacional y la internalización de conocimientos, estrategias y buenas prácticas, así como la **Responsabilidad Social** entendida como la corresponsabilidad de las instituciones, la sociedad y los individuos, que contribuye con acciones concretas a disminuir las inequidades de las comunidades en particular y la sociedad en general y a la rendición de cuentas en relación con los resultados del mejoramiento continuo organizacional producto del desarrollo de estándares de calidad superior. La acreditación en salud es una forma de demostración de compromiso social.

En el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle, tenemos referentes para el manejo de cada uno de los ejes de acreditación, como se muestran a continuación:



# MODELO EVALUATIVO

## Evaluación orientada a resultados centrados en el paciente/cliente

Evidencia la medida en que la institución los obtiene a través de su desempeño, centrándose en los procesos o estructuras con alta correlación con el resultado.

## Evidencia del comportamiento de elementos medibles:

La metodología de evaluación tiene el propósito de buscar y calificar el cumplimiento de los estándares, mediante la evidencia del comportamiento de elementos medibles.

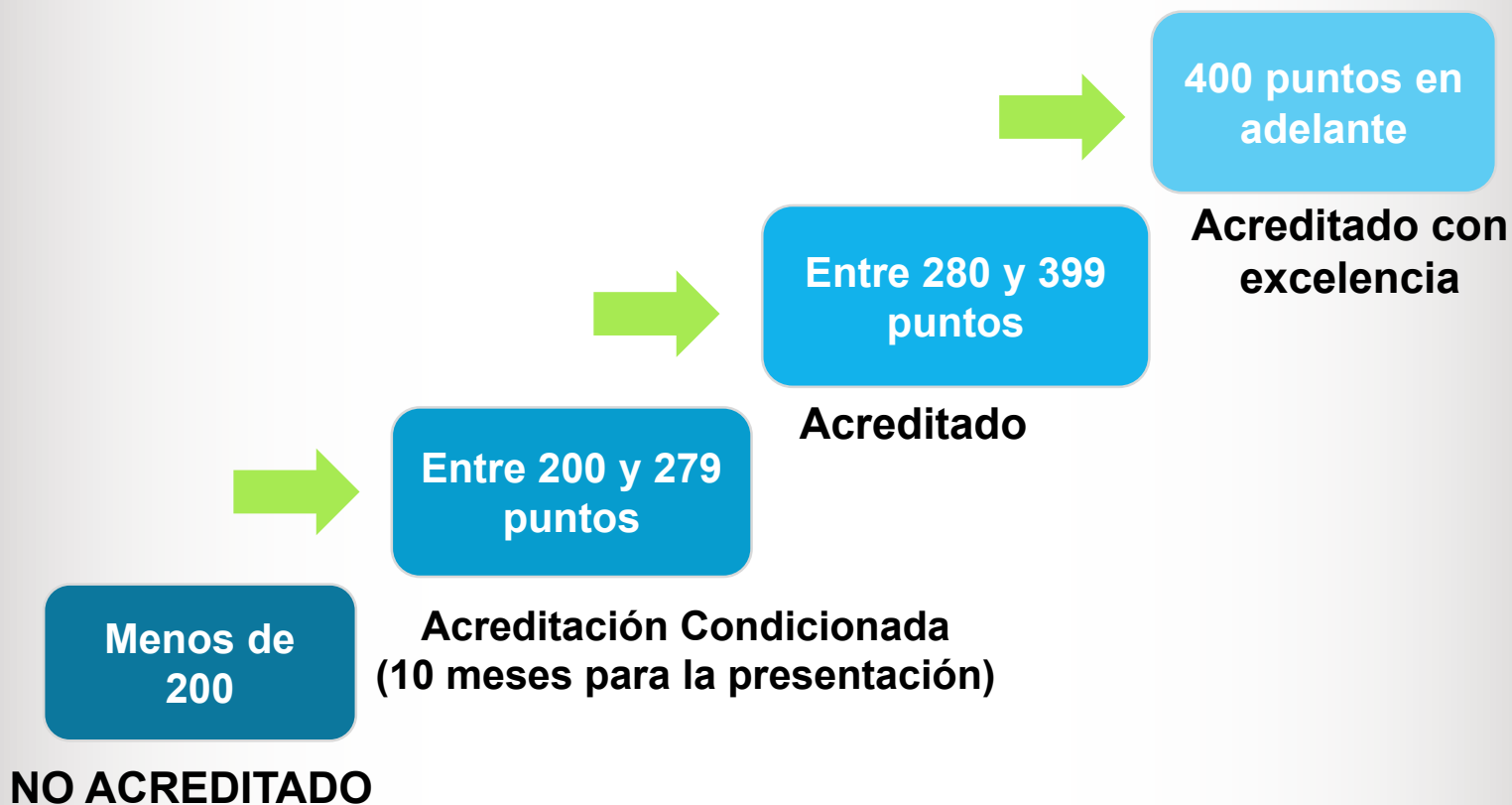
## El evaluador se debe concentrar en el “qué”, dejando el “cómo” a las instituciones:

La metodología evalúa en las instituciones la manera como han implementado sus procesos para el cumplimiento de los estándares, respetando su autonomía para elegir la manera más adecuada según sus condiciones específicas.

## Seguimiento a pacientes trazadores:

El método principal para la búsqueda de la evidencia es la metodología basada en el seguimiento a pacientes trazadores, a través de la cual se evalúa el ciclo de atención de un usuario en los servicios de salud y el desempeño organizacional, que debe ocupar la mayor parte del tiempo de evaluación o autoevaluación. En el tiempo restante, se pueden continuar empleando las técnicas de verificación actuales: reunión con los equipos, revisión de la documentación, recorrido por las instalaciones y entrevista con usuarios y colaboradores.

# REGLAS PARA LA ACREDITACIÓN





**3**

**METODOLOGÍA  
DE  
MEJORAMIENTO  
INSTITUCIONAL**

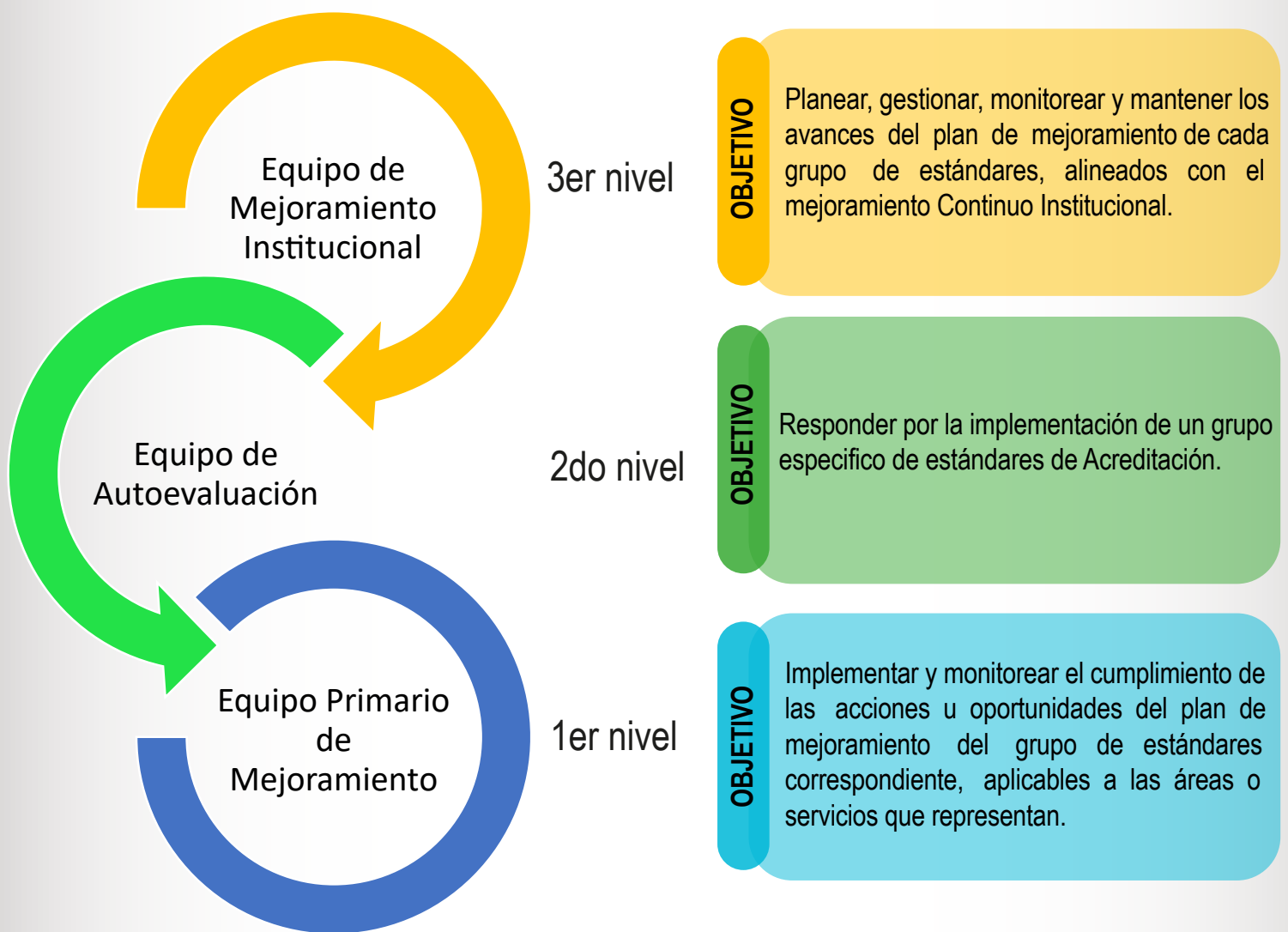
# METODOLOGÍA DE MEJORAMIENTO



# 1

## Conformación de equipos de Acreditación

Un aspecto clave del mejoramiento es la conformación de equipos y el trabajo en equipo, en el HDPUV se ha definido una estructura de equipos basada en niveles definidos por el Sistema Único de Acreditación de la siguiente manera:



# 1

## Conformación de equipos de Acreditación

### EQUIPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL



GERENTE



JEFE DE OFICINA DE PLANEACIÓN



SUBGERENTE ADMINISTRATIVA



SUBGERENTE CIENTÍFICO



LÍDER TALENTO HUMANO



LÍDER SERVICIOS ADMINISTRATIVOS



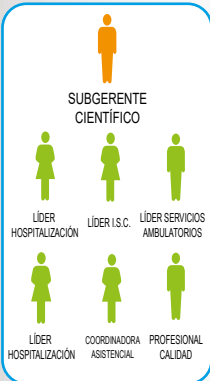
LÍDER GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN



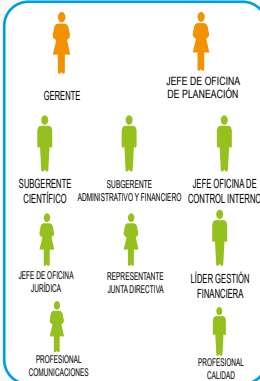
PROFESIONAL CALIDAD

### EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

#### ASISTENCIAL



#### DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA



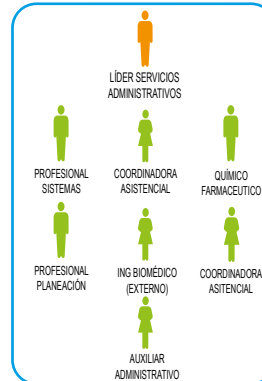
#### TALENTO HUMANO



#### AMBIENTE FÍSICO



#### TECNOLOGÍA



#### INFORMACIÓN



### EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO ASISTENCIALES

Cada equipo primario de mejoramiento asistencial cuenta con el siguiente personal según la disponibilidad del servicio: Psiquiatra - Médico General - Enfermera - Terapeuta Ocupacional - Auxiliar de Enfermería - Auxiliar de Terapia Ocupacional.

#### SALA 1



#### SALA 2



#### SALA 3



#### SALA 4



#### SALA 5



#### SALA 6



#### SALA 7



#### SALA 8



#### AMBULATORIO-URGENCIAS- Z.EXP



#### ISC-HOSPITAL DÍA SALA 9-CAD BELLAVISTA



Los estándares se encuentran organizados de la siguiente manera:

Grupo de Estándares Asistenciales

Grupo de Estándares de Apoyo Administrativo Gerencial

Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad



# GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO ADMINISTRATIVO GERENCIAL

GRUPO DE  
ESTÁNDARES  
ASISTENCIALES

GRUPO DE ESTÁNDARES  
DE APOYO  
ADMINISTRATIVO  
GERENCIAL

GRUPO DE  
ESTÁNDARES DE  
MEJORAMIENTO DE  
LA CALIDAD

## DIRECCIONAMIENTO

Es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización.

## GERENCIA DEL TALENTO HUMANO

Se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo.

## GESTIÓN DE TECNOLOGÍA

Se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización.

## GERENCIA

Es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente.

## GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

Incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.

## GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

Se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel.

# GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE CALIDAD

GRUPO DE  
ESTÁNDARES  
ASISTENCIALES

GRUPO DE ESTÁNDARES  
DE APOYO  
ADMINISTRATIVO  
GERENCIAL

GRUPO DE  
ESTÁNDARES DE  
MEJORAMIENTO DE  
LA CALIDAD



**Estándares  
Asistenciales**

**Estándares  
de Apoyo**

**5 Estándares de Mejoramiento  
de la Calidad**

GRUPO DE  
ESTÁNDARES  
ASISTENCIALES

GRUPO DE ESTÁNDARES  
DE APOYO  
ADMINISTRATIVO  
GERENCIAL

GRUPO DE  
ESTÁNDARES DE  
MEJORAMIENTO DE  
LA CALIDAD

**INTECCIONALIDAD**

“Prólogo” que describe el propósito por el cual ha sido diseñado cada grupo de estándares


**ESTÁNDARES Y  
CRITERIOS**

Describen el nivel de calidad esperado por la institución

**ESTÁNDAR DE  
MEJORAMIENTO**

Último estándar de cada grupo que evalúan en qué medida se operativizan los estándares de mejoramiento



ESTÁNDARES ASISTENCIALES	DERECHOS DE LOS PACIENTES 				
Estándar 1. Código: (AsDP1)	5	4	3	2	1
<p>La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p>					
<p><b>Crterios:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).</li> <li>La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.</li> <li>La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.</li> <li>El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción,</li> <li>la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.</li> <li>La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.</li> <li>Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.</li> <li>La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.</li> <li>La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.</li> </ul>					

**INTENCIONALIDAD:** El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares del grupo evaluado

● **NÚMERO Y CÓDIGO DEL ESTÁNDAR**

● **ENUNCIADO**

Hace referencia a las condiciones generales que la organización debe cumplir y que serán tenidas en cuenta dentro del proceso de la evaluación del desempeño organizacional para el otorgamiento de la acreditación.

● **CRITERIOS**

hacen referencia a condiciones particulares que deben ser tenidas en cuenta por la organización para considerar que cumple con lo requerido de acuerdo con la intencionalidad de cada estándar. **Juegan el papel de “No se olvide”.**

- Cuantitativa
- Cualitativa

# TIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

Consiste en establecer un diagnóstico para identificar fortalezas y oportunidades de mejora frente a los estándares de Acreditación con el fin de intervenirlos, asegurando el mejoramiento continuo.

## Autoevaluación Cualitativa

Incluye la definición de fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.

Fortalezas

Oportunidades de  
Mejora

## Autoevaluación Cuantitativa

Incluye la asignación numérica del grado de avance en la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.

3 Dimensiones

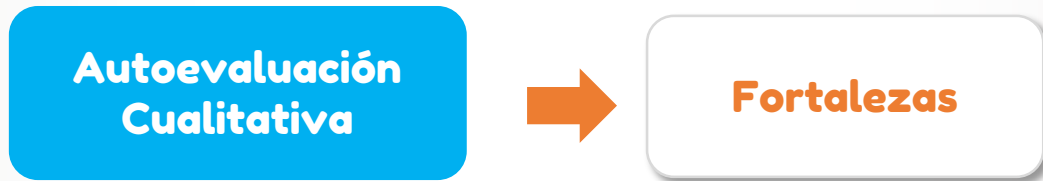
10 Variables

# 3

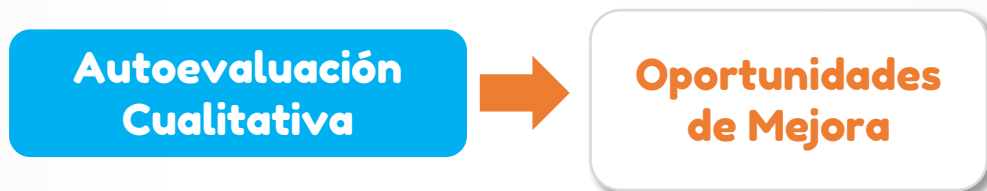
## Autoevaluación

- Cuantitativa
- Cualitativa

### Autoevaluación Cualitativa

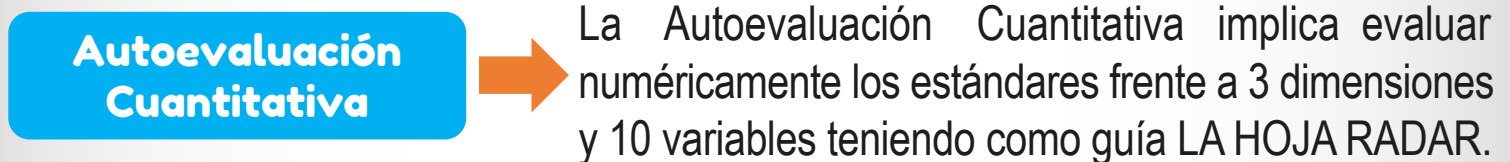


Son los mecanismos, políticas, procedimientos, procesos, implementados por la organización donde ha conseguido resultados y que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno.



Son las estrategias y mecanismos que deberán ser implementados para bloquear los vacíos encontrados relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados de la práctica.

### Autoevaluación Cuantitativa



¿Qué es la hoja de radar?

Es una matriz donde encontramos las 3 dimensiones, las 10 variables con sus definiciones y el rango de calificación, la cual es una guía para identificar como esta nuestra institución de manera cuantitativa frente al estándar.

### ESCALA DE CALIFICACIÓN



- Cuantitativa
- Cualitativa

## Autoevaluación Cuantitativa

### Autoevaluación Cuantitativa (Dimensiones)

#### Enfoque

Se refiere a las directrices, métodos y procesos documentados que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.

#### Implementación

Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.

#### Resultados

Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.



# PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Los planes de mejora se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de los estándares de Acreditación por grupo de estándares. Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican así:

## Riesgo



Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.

## Costo



Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

## Volumen



Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Estas variables son evaluadas en una escala de calificación de 1, 3 y 5



# PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

De acuerdo a los estándares de Acreditación de Mejoramiento de la Calidad (que son el último estándar de cada grupo de estándares), se deben formular planes de mejora para cada grupo de estándares.

A partir de las diferentes oportunidades priorizadas de los grupos de estándares se elabora un plan de mejoramiento (FOR-SIG-12) en donde se definen las acciones en metodología PHVA a ejecutar para el cierre de las brechas.

Cada equipo de autoevaluación realiza el seguimiento a los planes de acción de las oportunidades priorizadas según el cronograma de reuniones establecido conjuntamente con el área de calidad.

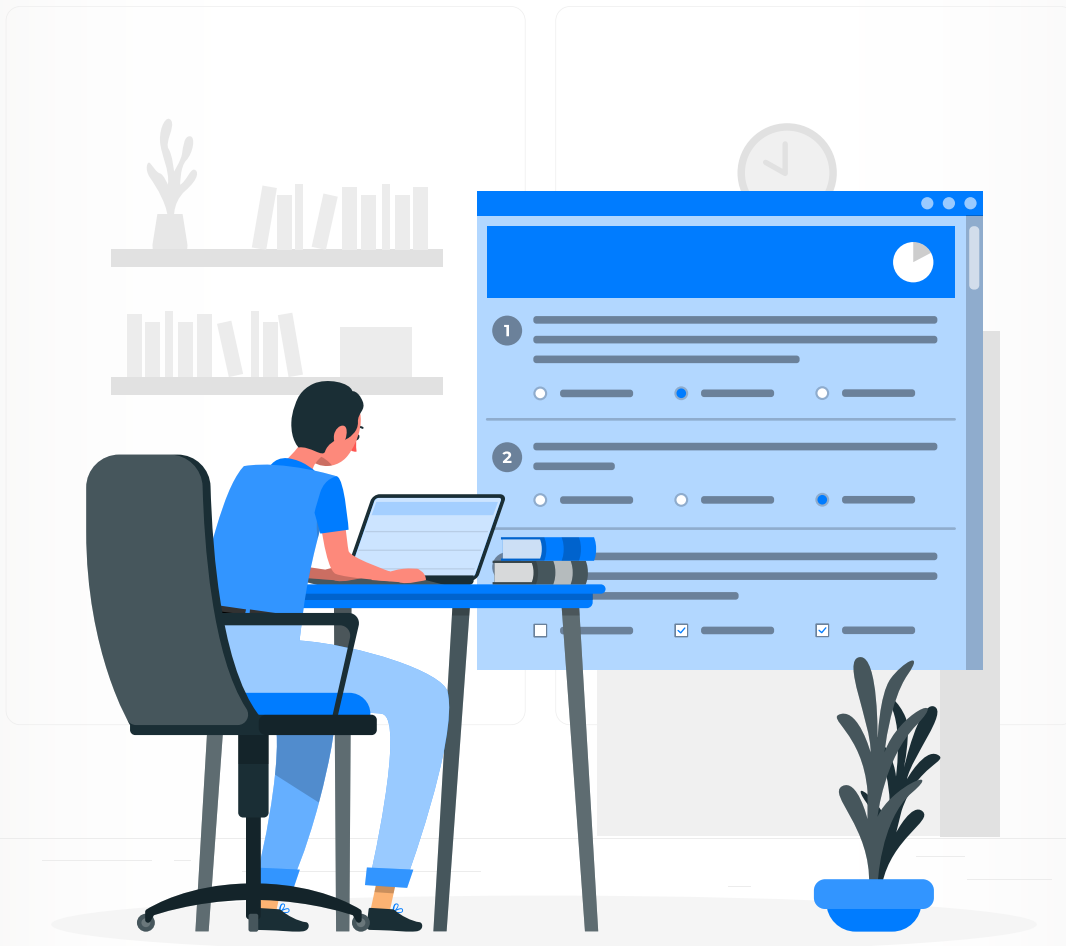
Cada mes, se realiza la reunión del Equipo de Mejoramiento Institucional, conformado por los líderes de todos los equipos de autoevaluación. Durante las reuniones se evalúan los aspectos estratégicos de la organización y se realiza seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, que integra todos los planes de acción de los grupos de estándares y de otras fuentes de mejoramiento. Además, se evalúan las barreras para la ejecución de los planes y se definen compromisos para las siguientes reuniones.

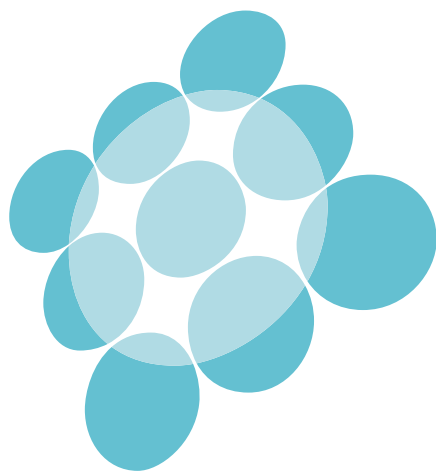


# CIERRE DE CICLO Y APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

En cada ciclo de mejoramiento, el equipo de autoevaluación consolida los logros obtenidos durante el ciclo y son comunicados en reuniones con los equipos primarios de mejoramiento, para que estos desplieguen la información a cada una de sus áreas y procesos. Por otro lado, se proponen estrategias desde el Proceso de Mercadeo y Comunicaciones, las cuales están definidas en el Plan de Comunicaciones Institucional.

Al final de cada ciclo se realiza por parte del Profesional Universitario de Calidad un informe con el aprendizaje organizacional, el cual es socializado con los equipos de acreditación.





Hospital Departamental  
Psiquiátrico Universitario  
Del Valle E.S.E.

Calle 5 No. 80-00  
PBX:3223232

Santiago de Cali, Colombia

[Ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co](mailto:Ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co)

   / HDPUValle

[psiquiatricocali.gov.co](http://psiquiatricocali.gov.co)



Certificado N° 066



SC-CER575746



SA-CER826004



ST-CER826006

