

HUMANIZACIÓN



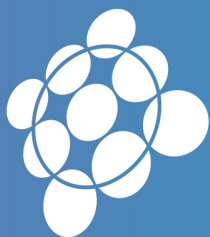
Hospital Departamental
Psiquiátrico Universitario
Del Valle E.S.E.



GUÍA 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:

Dr. Helio Jose Ramírez

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-CER826005



INTRODUCCIÓN

El presente documento, es una guía práctica institucional y herramienta de apoyo para 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 tiene convenios del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E., que tiene como objetivo brindar la orientación e información necesaria frente al proceso de Acreditación en Salud, el cual requiere del compromiso, dedicación, disciplina, transformación 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 la competencia y compromiso en todo el personal involucrado.





MARCO LEGAL EN SALUD

LA ACREDITACIÓN SE MATERIALIZA A TRAVÉS DE LOS COMPONENTES DEL SOGCAS

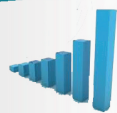
Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCAS)

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



Habilitación
Res. 3100/2019

Indicadores de monitoria del SOGCAS, que se reportan semestralmente al Ministerio de Salud y Superintendencia Nacional de Salud.



Información para la calidad
Res. 0256 de 2016

Gestión Institucional del Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC.)



Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad
Decreto 1011 de 2006
Circular 012 de 2016
Super Salud



Certificado N° 066

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

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

2

GENERALIDADES DE ACREDITACIÓN

¿ QUÉ ES LA ACREDITACIÓN EN SALUD ?

El Sistema de Acreditación en Salud (SUA) es un componente del SOGC, que se define como: “El conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. (Artículo 41, del Decreto 1011 del 2006). El Sistema Único de Acreditación es una metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica para las instituciones prestadoras de servicios 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 de atención prestados a los pacientes y/o familiares y para los colaboradores en el desempeño y desarrollo de las actividades.



ATRIBUTOS DE CALIDAD

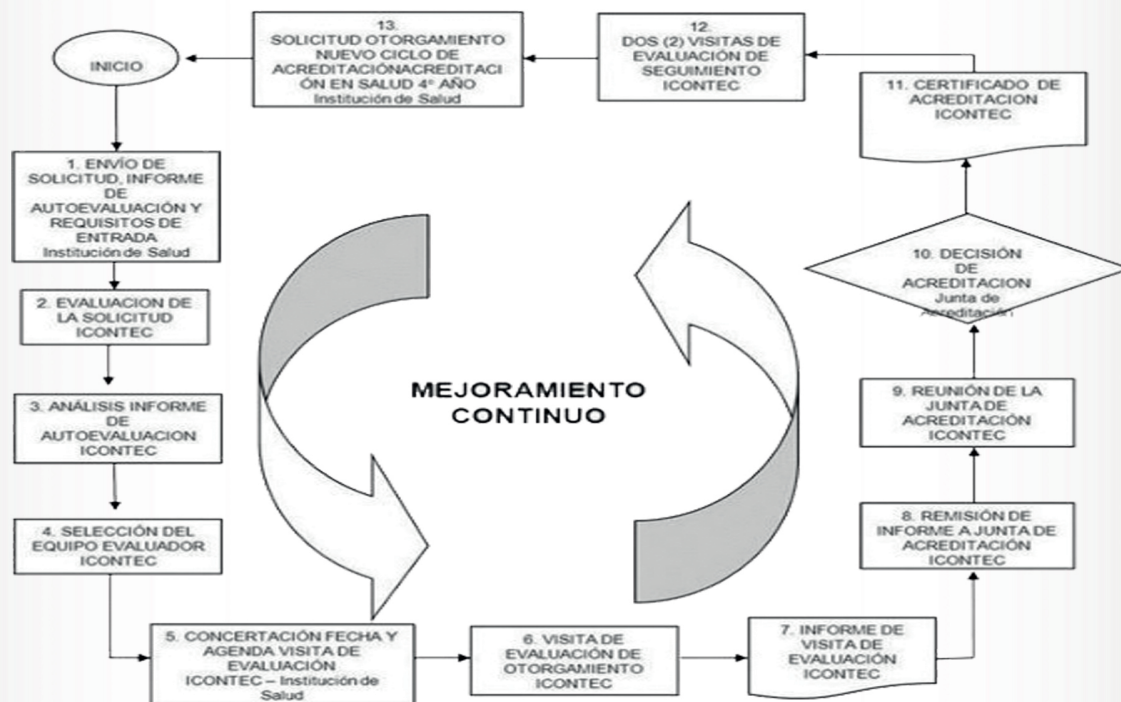


PRINCIPIOS DE LA ACREDITACIÓN

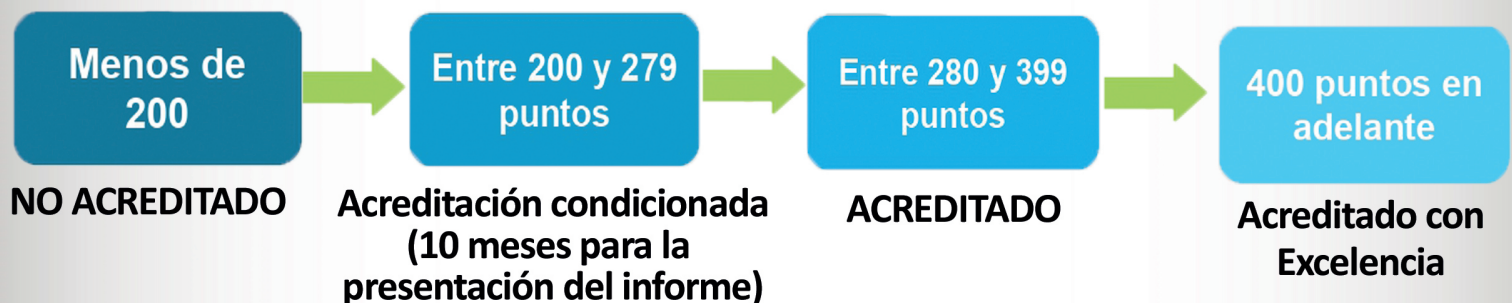


RUTA DE LA ACREDITACIÓN

La acreditación es una estrategia de mejoramiento, y no debe confundirse con la consecución del certificado de acreditación, el cual solo es la forma a través de la cual se operacionaliza el incentivo de prestigio: así los estándares de acreditación son aplicables a cualquier institución independientemente de su estado de desarrollo, por esa razón hablamos de dos ciclos operacionales durante la ejecución de las acciones que la institución despliega en desarrollo de la estrategia de mejoramiento de la acreditación.



REGLAS PARA LA ACREDITACIÓN



EJES DE ACREDITACIÓN



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

Seguridad del 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 administrativa y los beneficios, riesgos y costos.

Los ejes de la **Accreditación en Salud**, han sido abordados sistémicamente como un proceso de **Transformación Cultural** Organizacional a largo plazo, en el que se alinean 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.

A continuación se presenta la alineación de los ejes de acreditación con las políticas, programas institucionales y el referente designado en el hospital.

POLÍTICAS INSTITUCIONALES DE LOS EJES DE ACREDITACIÓN			
EJES	POLÍTICA	PROGRAMA	REFERENTE
Humanización	Humanización de la atención	Humanización de la atención	Coordinadora Asistencial
Seguridad del Paciente	Seguridad del Paciente	Seguridad del Paciente	Coordinadora Asistencial
Gestión de Tecnología	Gestión de Tecnología	Manual de Gestión de Tecnología	Líder Servicios Administrativos
Gestión del Riesgo	Administración del Riesgo	Manual de Administración del Riesgo	Jefe Oficina Asesora Control Interno
Transformación Cultural	Gestión Estratégica del Talento Humano	Transformación Cultural	Líder Gestión Talento Humano
Responsabilidad Social	Sistema Integrado de Gestión	Responsabilidad Social Empresarial	Jefe Oficina Asesora de Planeación

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 de 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 los 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 comunicar empleando técnicas de verificación actuales: reunión con los equipos, revisión de documentación, recorrido por las instalaciones y entrevistas con usuarios y colaboradores.



3

Metodología de Mejoramiento Institucional

METODOLOGÍA DE MEJORAMIENTO

A continuación se presenta la metodología de mejoramiento institucional, basada en la ruta crítica del PAMEC, resumida en 6 pasos:



Al inicio de cada ciclo de mejoramiento se realiza la campaña de expectativa e información del nuevo ciclo de mejoramiento

ATENCIÓN

Este mes de Octubre iniciamos con nuestro **7º ciclo** de mejoramiento del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Te invitamos a participar desde los Equipos de Autoevaluación y Equipos Primarios de Mejoramiento (E.P.M.)

Línea de tiempo 7º Ciclo

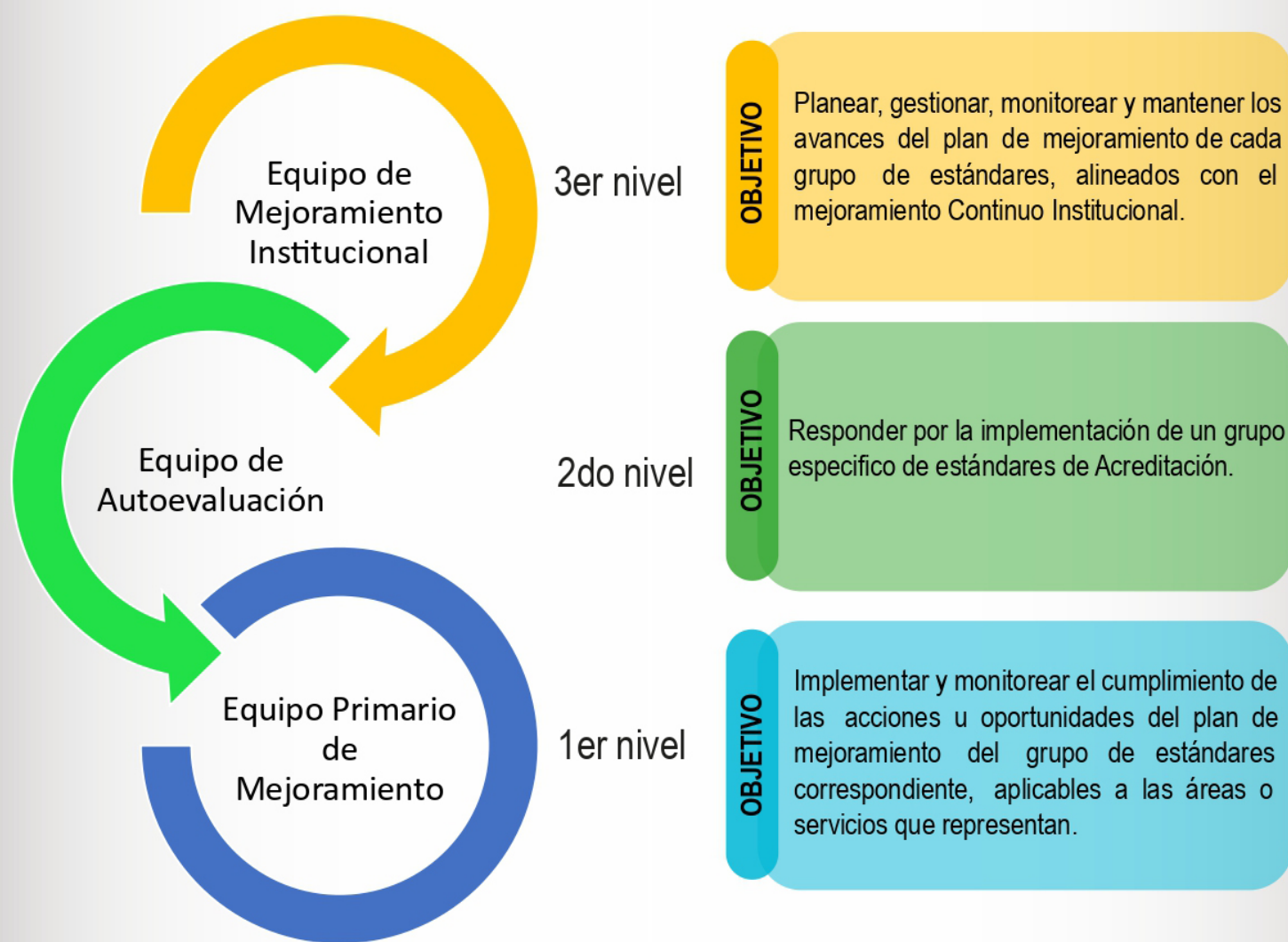


Campaña de expectativa e información de inicio del nuevo ciclo de acreditación

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:



Estructura Equipos de Mejoramiento SUA

EQUIPO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL



EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN



EQUIPOS PRIMARIOS DE MEJORAMIENTO ASISTENCIALES

Cada Equipo Primario de Mejoramiento asistencial esta conformado por el siguiente personal, según la disponibilidad del servicio:
Enfermera (Lider EPM) - Psiquiatra - Médico General - Terapeuta Ocupacional - Auxiliar de Enfermería - Auxiliar de Terapia Ocupacional-
Personal de servicios generales- Personal de mantenimiento- Auxiliar de Gestión Social



FECHA DE ACTUALIZACIÓN: Agosto de 2022
FUENTE: Oficina de Calidad HDPUV

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 Calidad

GRUPO DE ESTÁNDARES ASISTENCIALES



GRUPO DE ESTÁNDARES DE APOYO ADMINISTRATIVO GERENCIAL

Grupo de Estándares
Asistenciales

Grupo de Estándares
de Apoyo
Administrativo
Gerencial

Grupo de Estándares
de Mejoramiento
de 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 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**

INTENCIONALIDAD

“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

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.

Criterios:

- 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).
- 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.
- La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.
- El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción, la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.
- 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.
- 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.
- La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.
- La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.

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”.**

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**

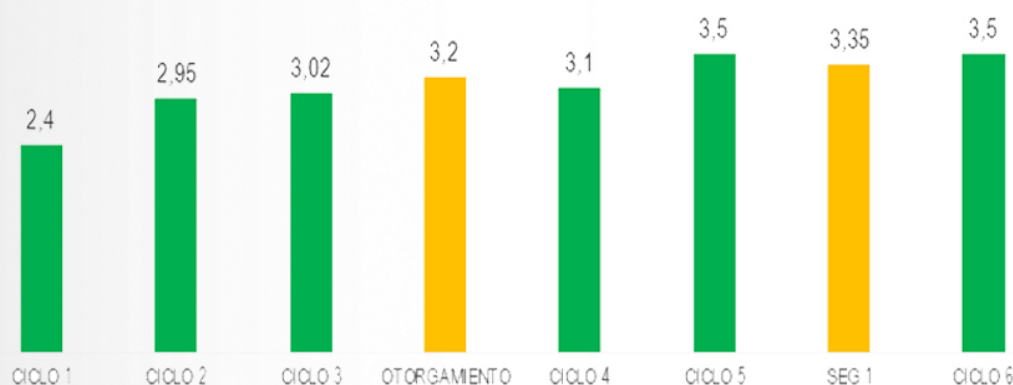
Autoevaluación Cuantitativa

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.

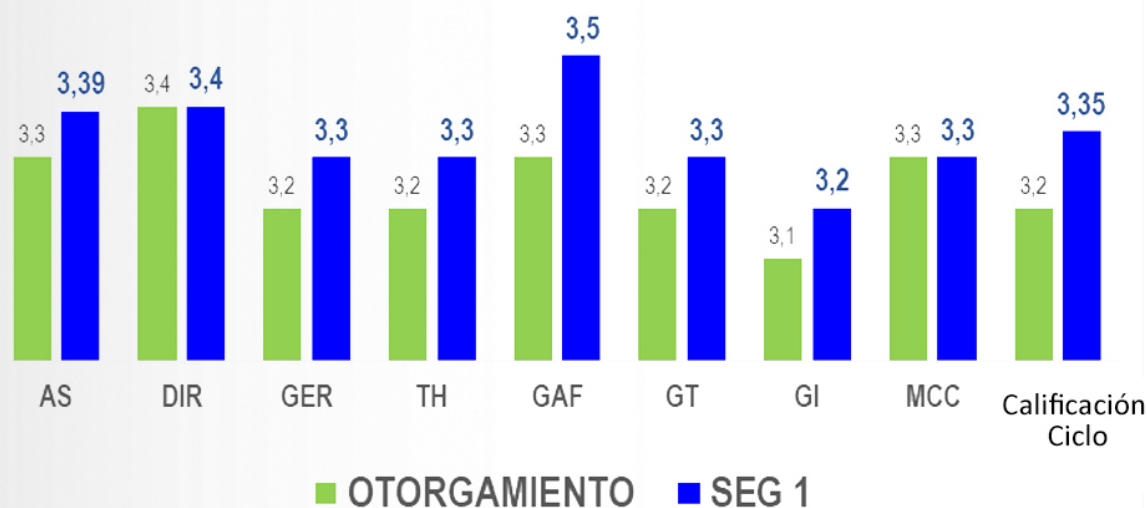
3 Dimensiones

10 Variables

CALIFICACIONES CICLOS DE AUTOEVALUACIÓN



COMPARATIVO CALIFICACIONES ICONTEC OTORGAMIENTO Y PRIMER SEGUIMIENTO



PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Las oportunidades de mejora identificadas en la fase de autoevaluación, deben ser priorizadas para intervenir las que generen mayor impacto en la institución. Para la priorización se evalúan los criterios de riesgo, costo y volumen:

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
A continuación se presentan las OM del 6° ciclo de mejoramiento y del informe de la primera visita de seguimiento de acreditación priorizadas:

GRUPO	TOTAL OPORTUNIDADES CICLO 6 Y VISITA DE SEGUIMIENTO			
	45 A 125	25 A 44	1 A 24	TOTAL
ASISTENCIAL	37	37	7	81
DIRECCIONAMIENTO	8	0	5	13
GERENCIA	3	6	1	10
TALENTO HUMANO	3	3	0	6
AMBIENTE FÍSICO	3	3	0	6
TECNOLOGÍA	5	3	0	8
INFORMACIÓN	2	6	0	8
MEJORAMIENTO	7	1	1	9
TOTAL GENERAL	68	59	14	141

En total se priorizaron
68 OM para ser
abordadas en el ciclo
6° de mejoramiento

OPORTUNIDADES DE MEJORA DERIVADAS DEL INFORME DE LA PRIMER VISITA DE SEGUIMIENTO DE ACREDITACIÓN



Como resultado de la primer visita de seguimiento de acreditación, se obtiene que:

- De las 74 oportunidades de mejora del informe de otorgamiento evaluadas, 32 fueron cerradas, 42 quedaron con cierre parcial y ninguna quedó reiterada.
- Del informe del primer seguimiento, se definieron 23 nuevas oportunidades de mejora, distribuidas así: 8 de la junta de acreditación en salud, 9 socializadas en la reunión de cierre de la visita y 6 del informe del ente acreditador.
- Las 42 oportunidades de mejora con cierre parcial, más las 23 nuevas del informe de seguimiento, generan las 65 oportunidades de mejora que se trabajaron en el ciclo 6° de mejoramiento.
- El grupo de estándares de Gestión del Ambiente Físico, no tuvo oportunidades de mejora, por lo que se incluyen 3 oportunidades de mejora derivadas de la fase de autoevaluación del ciclo 6°, para un total de 68 OM.

Estas 68 oportunidades de mejora, fueron abordadas desde los diferentes equipos de autoevaluación, equipo de mejoramiento y EPM en en ciclo 6° de acreditación.

PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL

De acuerdo a las oportunidades de mejora derivadas de la fase de autoevaluación y que fueron priorizadas (metodología riesgo-costo-volumen) se formulan los planes de mejora para cada grupo de estándares.

Estos planes se registran en la herramienta de Plan de Mejoramiento Institucional (FOR-SIG-12) en donde se describen las acciones a desarrollar (ciclo PHVA) con sus responsables y tiempos para el cierre de las brechas identificadas.

En las reuniones mensuales de cada equipo de autoevaluación se realiza el seguimiento y socialización de los avances de los planes de mejoramiento de acreditación.

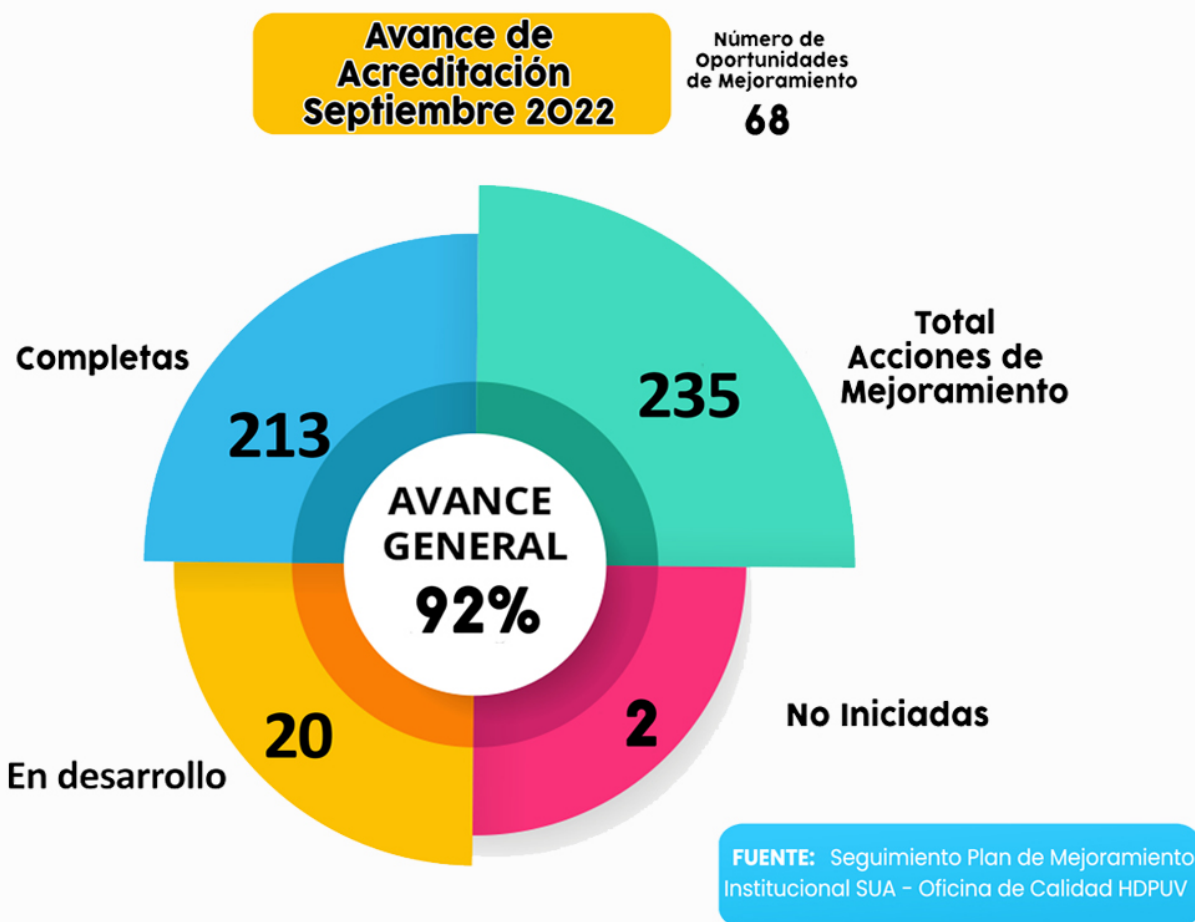
Cada mes, se realiza la reunión del Equipo de Mejoramiento Institucional, conformado por los líderes de todos los equipos de autoevaluación y liderado por el profesional de Calidad. Durante las reuniones se evalúan los aspectos estratégicos de la organización, monitoreo de indicadores, se realiza el seguimiento del avance del proceso de acreditación y al Plan de Mejoramiento Institucional, que integra todos los planes de acción de los grupos de estándares y de otras fuentes de mejoramiento como indicadores, auditorías internas y externas, revisoría fiscal, riesgos, referenciaciones, entre otras. Además, se evalúan y gestionan las barreras identificadas en cada equipo para la ejecución de los planes y se definen compromisos de mejoramiento para la remoción de estas barreras.

5

Elaboración y seguimiento a planes de mejoramiento

Una vez elaborados los planes de mejoramiento, se procede a su ejecución por cada equipo, responsable y en el tiempo establecido.

A continuación se presenta el avance con corte al mes de septiembre de 2022 de los planes de mejoramiento de acreditación



Esta información es presentada en el comite de gerencia, equipo de mejoramiento, equipos de autoevaluación y es publicado en las carteleras institucionales.

CIERRE DE CICLO Y APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Al finalizar cada ciclo de mejoramiento, cada equipo de autoevaluación realiza la evaluación de los avances y logros obtenidos, se identifican las lecciones aprendidas y se definen los temas que son necesarios fortalecer en el siguiente ciclo. Estos resultados y logros son comunicados en reuniones con los equipos primarios de mejoramiento, equipos de trabajo y personal de cada proceso, para que esta información sea desplegada y difundida a cada una de sus áreas y servicios. También desde el Proceso de Mercadeo y Comunicaciones se implementan estrategias de difusión y divulgación, las cuales están definidas en el Plan de Comunicaciones Institucional.

El Profesional Universitario de Calidad elabora un informe con el aprendizaje organizacional, el cual es presentando en el comité de gerencia, equipo de mejoramiento y equipos de autoevaluación.



De este cierre de ciclo, se realiza la planificación para la ejecución del nuevo ciclo de mejoramiento, iniciando con la revisión de la conformación de los equipos, refuerzo de la metodología de mejoramiento y oportunidades de mejora que quedaron en desarrollo o no iniciadas en el ciclo para ser incluidas en la priorización de oportunidades de mejora para proximo ciclo.



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

Calle 5 No. 80-00
PBX:3223232
Santiago de Cali, Colombia
Ventanillaunica@psiquiatricocali.gov.co



psiquiatricocali.gov.co



Certificado N° 066



SC-CER575746



SA-CER826004



ST-CER826006

