



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA

— **María Upegui** —

HOMO

**MODELO DE
PRESTACIÓN DE
SERVICIOS**

MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA
— María Upegui —
HOMO

CONTENIDO

1. OBJETIVO	3
2. ALCANCE	3
MARCO CONCEPTUAL: EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD.....	5
1.2.1. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PROFESIONAL	6
1.2.2. ATENCIÓN CENTRADA EN LOS RECURSOS.....	7
1.2.3. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE	8
4. ACTIVIDADES / LINEAMIENTOS.....	10
2. DESCRIPCIÓN GENERAL Y DESARROLLO DEL MODELO	11
2.1. EL PACIENTE Y SU RED CUIDADORA COMO CENTRO DEL MODELO DE PRESTACIÓN	12
2.2. ENTORNOS DE LA PRESTACIÓN	14
2.3. ENFOQUES ADOPTADOS PARA LA CONSOLIDACIÓN DEL MODELO ..	15
2.4. EJES TRAZADORES DE ACREDITACIÓN PRIORIZADOS.....	18
2.5. ESTRATEGIAS DIFERENCIADORAS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS	19
2.6. ALINEACIÓN DEL MODELO CON LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA	21
2.7. APLICACIÓN DEL MODELO EN LA SECUENCIA DE ATENCIÓN	23
2.7.1. ACCESO	23
2.7.2. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES	23
2.7.3. GARANTÍA DE LA ATENCIÓN	24
2.7.4. MEJORA DE LOS RESULTADOS EN SALUD	25
5. ANEXOS	27
6. MARCO LEGAL	27
7. DIFUSIÓN.....	29
8. CONTROL DE CAMBIOS	30

1. OBJETIVO

Orientar, integrar y estandarizar la atención en salud mental en todos los entornos de prestación (intramural, extramural y telesalud), bajo un enfoque centrado en el paciente y su red cuidadora, garantizando una atención integral, humanizada, segura, pertinente y eficiente, que contribuya al mejoramiento de los resultados en salud y a la satisfacción de los usuarios y sus familias.

2. ALCANCE

El Modelo de Prestación de Servicios de la ESE Hospital Mental de Antioquia María Upegui HOMO aplica a todos los procesos, servicios y modalidades de atención intramural, extramural y telesalud e integra las fases de acceso, valoración, intervención, egreso y seguimiento, orientando la atención de toda la población usuaria y su red cuidadora bajo enfoques de gestión del riesgo, humanización, enfoque diferencial, seguridad del paciente y excelencia clínica.

3. DEFINICIONES

- **Atención centrada en el paciente y su red cuidadora:** Enfoque que reconoce al usuario y a quienes participan en su cuidado como actores activos, cuyas necesidades, preferencias, riesgos, valores y condiciones sociales guían la toma de decisiones clínicas y administrativas.
- **Gestión por procesos:** Modelo organizacional que estructura la operación institucional como una cadena cliente–proveedor, articulando los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación para garantizar coherencia, flujo continuo, calidad y orientación a resultados.
- **Gestión del riesgo:** Conjunto de actividades para identificar, analizar, evaluar y tratar los riesgos clínicos (riesgo primario) y los riesgos de seguridad del paciente (riesgo técnico), así como riesgos institucionales (financieros, reputacionales, operativos y estratégicos).
- **Riesgo clínico:** Probabilidad de eventos relacionados con la condición de salud del paciente que pueden evolucionar de forma adversa independientemente del proceso de atención.
- **Riesgo de seguridad del paciente:** Probabilidad de daño no intencionado atribuible al proceso de atención, con o sin error asociado.

- **Enfoque diferencial:** Perspectiva que adapta la atención a las características particulares de grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad o con necesidades específicas, asegurando pertinencia cultural, accesibilidad y equidad.
- **Humanización de la atención en salud:** Conjunto de prácticas orientadas a garantizar el respeto por la dignidad humana, el buen trato, la comunicación empática, la privacidad, la participación y la eliminación de barreras físicas y simbólicas durante todo el proceso de atención.
- **Excelencia clínica y seguridad del paciente:** Práctica asistencial basada en la mejor evidencia disponible, la estandarización de procesos, la gestión del riesgo, la adherencia a guías de práctica clínica, y la implementación de prácticas seguras para minimizar eventos adversos y mejorar los resultados en salud.
- **Psicoeducación:** Estrategia mediante la cual se brinda información y formación estructurada a pacientes y cuidadores sobre el trastorno mental, su manejo, adherencia al tratamiento, autocuidado y signos de alarma, con el fin de mejorar los resultados en salud y la autonomía del usuario.
- **Inclusión social:** Proceso continuo orientado a garantizar la participación plena y digna de las personas con trastornos mentales en la sociedad, mediante acciones intersectoriales que combaten el estigma, la exclusión y las barreras sociales, económicas y culturales.
- **Plan Integral de Atención:** Conjunto de intervenciones coordinadas e interdisciplinarias, derivadas de la identificación de los riesgos y necesidades del paciente, que orientan la atención holística durante todos los momentos del cuidado

Red cuidadora: Personas cercanas al paciente (familiares, cuidadores formales y no formales, allegados y redes comunitarias) que participan activa y corresponsablemente



MARCO CONCEPTUAL: EVOLUCIÓN DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD

Durante muchos siglos, la prestación de servicios de salud y el ejercicio de la profesión médica fueron sinónimos. La relación médico paciente ha sido tradicionalmente bilateral pero asimétrica, donde el médico, como poseedor del conocimiento, adoptaba decisiones que luego eran acatadas dentro de lo posible por el paciente. Usualmente, las personas con mayores recursos podían acceder a médicos de familia o médicos de cabecera, que visitaban a los pacientes en sus domicilios. Al mismo tiempo, los hospitales eran vistos como sitios donde se recluía a los enfermos que se encontraban próximos a la muerte o que necesitaban aislamiento por sus enfermedades transmisibles o patologías mentales. Generalmente se trataba de sitios administrados por comunidades religiosas con un carácter altruista o caritativo.

Los hospitales con especialidades médicas surgieron a mediados del siglo XV¹ como una forma de respuesta social ante las necesidades crecientes de una población que avanza hacia la modernidad. Es así como aparecen los hospitales generales como un nuevo modelo de asistencia controlado por los poderes públicos, tanto en lo administrativo como en lo financiero. Posteriormente aparecieron los hospitales privados, con y sin ánimo de lucro, cuyos enfoques administrativos y asistenciales inicialmente no distan mucho de los modelos del hospital público tradicional. A partir de entonces, se pueden determinar 3 grandes enfoques de atención para los hospitales, los cuales se revisarán en detalle: la atención centrada en el profesional, la atención centrada en los recursos y, más recientemente (desde finales del siglo XX) la atención centrada en el usuario. Si bien estos enfoques representan una aparente evolución histórica hacia la mejora de la calidad y la eficiencia, en la práctica resulta difícil encontrar una institución que presente “en forma pura” uno de los 3 modelos. Lo habitual es que en cada institución predomine uno de los 3 enfoques en coexistencia con los otros dos. El desafío consiste en alcanzar el mayor grado de desarrollo posible del modelo de atención centrada en el usuario y conservar de los enfoques anteriores solo aquellas características que resulten claramente convenientes o indispensables de manera simultánea para el usuario, el cliente interno, la organización, el sistema de salud y el medio ambiente, o para el mayor número posible de estas partes interesadas.

¹ Gallent, Mercedes. Historia e Historia de los Hospitales. En: Revista d'Historia Medieval 7. Universitat de Valencia. P. 187.

1.2.1. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PROFESIONAL

En los hospitales en cuyo modelo de atención prevalece este enfoque (Mediados del Siglo XV hasta principios del Siglo XX), el paradigma que guía la toma de decisiones es la satisfacción de las necesidades y gustos de los especialistas, y el mantenimiento de su hegemonía. Este tipo de instituciones presentan una estructura organizacional tradicional, dividida por departamentos que corresponden con sus principales especialidades médicas: Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Pediatría, y así sucesivamente, lo cual facilita también las rotaciones de los estudiantes de medicina. Los Jefes de Departamento tienen gran relevancia en la toma de decisiones administrativas y a menudo se presentan conflictos entre dichas dependencias. En algunos de estos hospitales, los departamentos tienen incluso autonomía para manejar sus propios presupuestos, contratar personal, comprar equipos, medicamentos e insumos, todo lo cual genera duplicidad e ineficiencia.

En un modelo de atención centrado en el profesional, los especialistas son el eje de la institución. De hecho, estos hospitales solían ser gerenciados por especialistas clínicos con escasa o ninguna formación administrativa. Los horarios de atención, los insumos utilizados y la manera como se ejecutaban los procesos, por citar solo algunos ejemplos, respondían exclusivamente a las necesidades y preferencias de los especialistas, lo cual amenazaba la eficiencia por generar alta variabilidad y desperdicio de recursos.

Aunque la interacción formal entre las especialidades era mediada por las interconsultas y las juntas médicas, en el enfoque centrado en el profesional se presentan dificultades para la comunicación entre especialistas, porque cada departamento actúa casi como un hospital independiente. Además, la relativa independencia de las unidades especializadas separadas hace muy difícil optimizar el flujo del paciente. Incluso puede haber incentivos negativos implícitos que dificultan que los médicos de un área colaboren con los de otra.

La crisis de este modelo se debe, básicamente, a las ineficiencias que genera, lo cual dificulta la sostenibilidad de estas instituciones, muchas de las cuales dependen del Estado, de organizaciones de beneficencia o de donantes, quienes empiezan a tomar conciencia del creciente déficit y de la falta de información sobre los resultados porque los indicadores en este tipo de organizaciones a menudo se limitan a describir la totalidad de pacientes atendidos y, en muy pocos casos, a datos sobre las complicaciones y la mortalidad, que generalmente son atribuidas a la gravedad clínica del paciente o a condiciones “idiopáticas”, nunca a deficiencias en el desempeño del equipo de salud.

1.2.2. ATENCIÓN CENTRADA EN LOS RECURSOS

En respuesta a las ineficiencias generadas por el modelo de atención centrado en el profesional, y a los descubrimientos de investigadores pioneros como Edward Jenner (1749-1810), Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865), Louis Pasteur (1822-1895), Joseph Lister (1827-1912) y Abraham Flexner (1866-1959) en temas como: las vacunas, los gérmenes, los antibióticos, el impacto de los antisépticos, y los modelos de educación médica, durante la primera mitad del siglo XX² empieza a gestarse un movimiento que de manera lenta y silenciosa revolucionaría los modelos de prestación de servicios de salud. Empiezan entonces las presiones para mejorar la eficiencia y la transparencia en la información sobre los resultados clínicos.

En este contexto, las instituciones hospitalarias empiezan a identificar y a aplicar técnicas y herramientas derivadas del sector industrial, que buscan mejorar la eficiencia y a procurar una mejor calidad de la atención. La medición inicial de los costos por departamentos permite identificar las ineficiencias del modelo anterior y aporta la información básica para romper con el esquema centrado en el profesional.

El enfoque de atención centrado en los recursos empieza por la revisión de las estructuras organizacionales, las cuales incorporan dependencias administrativas y financieras que permiten avanzar hacia economías de escala en la medida en que se centraliza la contratación de personal y la compra de equipos, medicamentos e insumos, etc. En algunos casos, se entrega la gerencia de los hospitales a administradores de empresas, quienes lideran procesos de cambio que incluyen la estandarización de procesos y procedimientos, la gestión presupuestal, las evaluaciones del rendimiento y del desempeño de los procesos, la adopción de herramientas de monitoreo y control del gasto y, en algunas instituciones visionarias, la aplicación de teorías de mejoramiento de la calidad basadas en los escritos de Juran, Shewhart, Deming, Crosby, y Feigenbaum, entre otros. Aunque en el modelo de atención centrado en los recursos se empiezan a adoptar algunas herramientas de mejoramiento, el principal propósito que orienta el ajuste de los servicios y procesos es responder a los intereses de la institución y la búsqueda de la eficiencia, sin considerar mucho las necesidades, preferencias y valores del usuario y su familia.

La escasa o débil incorporación de la perspectiva del usuario y su familia en los procesos asistenciales y, de otro lado, el mejoramiento en las condiciones del acceso a los servicios de salud mediado por la adopción de los modelos de

² Rodríguez Pérez, Paz. Perspectiva histórica sobre la calidad de la atención sanitaria: evolución, tendencias y métodos. En: Arbor CLXX, 670 (Octubre 2001), 371-381 pp. Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/932/939>



aseguramiento desde finales de los años setenta del siglo pasado, además de los movimientos liderados por grupos de defensa de los derechos de los pacientes, conducen a la aparición e identificación de otros tipos de ineficiencia caracterizados por la congestión de los servicios, las largas esperas, las estancias prolongadas y la insatisfacción de los usuarios y de la sociedad en su conjunto con respecto a los sistemas e instituciones de salud. Estas nuevas crisis en la prestación de los servicios de salud presionan la búsqueda de modelos de atención humanizados que, más allá de la preocupación por la contención de los costos, se centren en la persona humana como un ser psicobiosocial que requiere un abordaje y una atención interdisciplinaria capaz de identificar y dar respuesta efectiva a sus riesgos y necesidades, lo cual resulta muy difícil en un modelo organizacional preocupado fundamentalmente por la eficiencia. En tal sentido, se acuña el concepto de “atención centrada en el paciente”³ o *patient-centeredness*⁴ como un atributo de la calidad en salud, en el cual se propone que el usuario y su familia deben ser el centro del proceso de atención, sin descuidar la eficiencia operacional.

En paralelo con estos movimientos, a finales de los años noventa del siglo pasado surge el enfoque de **seguridad del paciente** como un concepto transformador que necesariamente se incorporará al modelo de atención centrada en el paciente.

1.2.3. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

El Instituto de Medicina (IOM⁵, por su sigla en inglés) define la atención centrada en el paciente como aquel *“cuidado respetuoso, que responde a las preferencias, riesgos, necesidades y valores del paciente, para asegurar que todas las decisiones clínicas son guiadas por dichas preferencias, riesgos, necesidades y valores”*, y agrega: *“El reto de una atención centrada en el paciente es adaptar el cuidado a las necesidades y circunstancias específicas de cada individuo; esto es, modificar el cuidado para responder a la persona, en lugar de adaptar la persona al cuidado”*.

Una atención centrada en el paciente incluye no solamente escuchar, identificar y responder a las necesidades, riesgos, preferencias y valores del usuario y su familia, sino también brindar información, educar y garantizar una buena comunicación con ellos. Así mismo, implica diseñar servicios de salud con altos niveles de coordinación, tanto interna como externa, que contribuyan a garantizar el acceso

³ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, 2007. P. 22-23.

⁴ Frankel A, Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare; 2017.

⁵ Institute of Medicine. Committee of Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. National Academy Press. Washington D.C. 2001. P. 48-51.

oportuno a las ayudas diagnósticas, valoraciones clínicas, procedimientos y demás intervenciones requeridas por el paciente. Lo anterior exige el rediseño de los procesos en las organizaciones de salud, con el fin de asegurar que el flujo del usuario dentro de cada servicio, al igual que los traslados entre servicios, y entre instituciones responsables del cuidado, operen de manera oportuna, pertinente, segura y confiable. En este contexto, el Instituto para el Mejoramiento del Cuidado de la Salud (IHI⁶, por su sigla en inglés) ha demostrado de manera consistente, mediante estrategias aplicadas y validadas en más de 100 hospitales en el Reino Unido y en los Estados Unidos, que cuando las instituciones de salud *“desarrollan las capacidades para modelar, predecir y gestionar la variabilidad, y disponer apropiadamente los recursos en las líneas de atención es posible mejorar los resultados en salud para los pacientes, incrementar la satisfacción y retención del personal, reducir costos y mejorar la calidad de vida de los usuarios y sus cuidadores”*.

En consecuencia, el paradigma que orienta los modelos de atención centrada en el paciente es el reconocimiento del usuario como centro y razón del cuidado de la salud, en el entendido que este cambio de perspectiva permite no solamente cumplir con el propósito principal de los hospitales y clínicas, sino también favorecer al personal de salud y a las propias instituciones proveedoras del cuidado que ganan en eficiencia, eficacia y efectividad.

Por ello, un modelo de atención en salud centrado en el usuario y su familia debe fortalecer las siguientes capacidades organizacionales que, de cierta manera constituyen una secuencia puesto que cada una de ellas es prerrequisito para que las siguientes puedan operar satisfactoriamente:

1. Reconocimiento del usuario como centro y razón de ser de los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo (Cultura de atención centrada en el usuario).
2. Identificación proactiva de las necesidades, riesgos, preferencias y valores del usuario y su familia, con el fin de personalizar o adaptar el proceso individual de atención a este conjunto de variables.
3. Comunicación efectiva y asertiva como condición para garantizar que el usuario y su familia reciban la información y educación que requieren y de manera comprensible.

⁶ Institute for Healthcare Improvement (IHI). Optimizing Patient Flow: Moving Patients Smoothly Through Acute Care Settings. Innovation Series 2003.

4. Involucramiento activo y efectivo del usuario y su familia (*Patient Engagement*)⁷ en las decisiones que los afectan, no solamente durante la prestación de los servicios (escucha activa y consentimientos informados de diversa índole) sino también en el diseño y rediseño de las estructuras y procesos en los cuales se brindarán los cuidados.
5. Optimización del Flujo del Paciente (*Patient Flow*), incluida la coordinación entre las personas, servicios, áreas e instituciones para favorecer una atención accesible, oportuna, puntual, segura, eficiente, confiable y efectiva.

En síntesis, un modelo de atención centrado en el usuario y su familia es aquel que garantiza que: “el paciente correcto esté en el lugar correcto, recibiendo la atención correcta, con el proveedor correcto y la información correcta en el momento correcto”⁸.

4. ACTIVIDADES / LINEAMIENTOS

La Empresa Social del Estado Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO, fue fundada el 13 de abril de 1878 mediante acuerdo de la Corporación Municipal de Medellín. En 1958 se inauguró el nuevo Hospital Mental de Antioquia en el Municipio de Bello. Desde 1994, el hospital se transforma en Empresa Social del Estado, lo que ha desencadenado acciones en busca de la competitividad institucional que resulten acordes con los cambios en el entorno competitivo. En 2005 le fue otorgado el certificado de calidad ISO 9001-2000 para la atención integral a pacientes con patología psiquiátrica en los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización y en 2007 el certificado de la Norma Técnica Colombiana de Gestión Pública NTCGP-1000 versión 2004.

A partir de 2008, la ESE Hospital Mental de Antioquia encaminó sus acciones hacia la diversificación del portafolio de servicios, comprometido con el mejoramiento continuo con altos estándares de calidad y seguridad para el paciente. En octubre de 2011, El centro de investigaciones de la ESE Hospital Mental de Antioquia recibió la certificación en Buenas Prácticas Clínicas para investigaciones en seres humanos.

Durante el período 2020-2024, con una inversión sin precedentes, el hospital construye su nueva planta física e inicia una nueva era de modernización de sus

⁷ Institute of Medicine. Roundtable on Value & Science-Driven Health Care. Patients Charting the Course: Citizen Engagement and the Learning Health System (Workshop Summary). Washington D.C. The National Academy Press. 2011.

⁸ Institute for Healthcare Improvement (IHI). OpCit. 2003.

procesos, tanto asistenciales como administrativos y de apoyo. Como parte de este compromiso institucional la **misión** del HOMO establece: “*Prestamos servicios especializados en salud mental, bajo un modelo integral humanizado y seguro, enfocado en el paciente y su familia y generando conocimientos con enfoque investigativo*”. Por su parte, la **visión** institucional determina: “*Para el año 2024 seremos un Hospital innovador, líder en la prestación de servicios integrales en salud mental, con un Centro de Investigación como referente a nivel nacional e internacional y financieramente sostenible*”.

Actualmente, con 145 años de trayectoria institucional, la ESE Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO, además de ser la institución con el mayor número de camas hospitalarias del país en su especialidad; es reconocida en Antioquia y en Colombia, como una entidad prestadora de servicios integrales de salud mental comprometida con la búsqueda de altos estándares de calidad con un modelo de prestación integral, humanizado y seguro, enfocado en el paciente y su familia. Igualmente actúa como centro de investigación, enseñanza y formación del personal requerido por el sector salud, para lo cual se coordinan acciones con otras entidades públicas y privadas.

El presente documento describe y desarrolla dicho modelo de prestación, a partir de una revisión de los antecedentes conceptuales que sustentan el abordaje propuesto. Por ello, se considera que el presente modelo es un enfoque dinámico y en construcción que se irá ajustando de conformidad con sus resultados y con los cambios del entorno en una era de especial incertidumbre para los sistemas de salud, no solamente en Colombia sino también en el escenario internacional.

2. DESCRIPCIÓN GENERAL Y DESARROLLO DEL MODELO

El modelo de prestación de servicios de salud de la Empresa Social del Estado Hospital Mental de Antioquia María Upegui – HOMO está **centrado en el paciente y su red cuidadora**, lo cual se aplica en todos sus **entornos de atención** (intramural, extramural y de telesalud). Para hacerlo realidad incorpora como **enfoques**: la gestión por procesos, la gestión de riesgo y el enfoque diferencial; además, adopta como prioritarios dos de los **ejes trazadores de acreditación**: la humanización de los servicios de salud y la gestión clínica excelente y segura. En la operacionalización de estos compromisos se implementan **estrategias** como la psicoeducación y la inclusión social, todo lo cual está plenamente alineado con la **plataforma estratégica** organizacional. Estas directrices son aplicables al proceso de atención desde el acceso mismo del paciente y sus cuidadores, pasando por la identificación de los riesgos y necesidades, a partir de los cuales se formula y

MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS



ejecuta un plan integral de cuidados que materializa la garantía de la atención hasta el egreso y seguimiento con miras a la mejora de los resultados en salud.

La Figura 1 muestra la interrelación de los elementos anteriormente descritos como fundamentos del modelo de prestación de servicios de salud del HOMO y, en la parte inferior, la secuencia del cuidado.

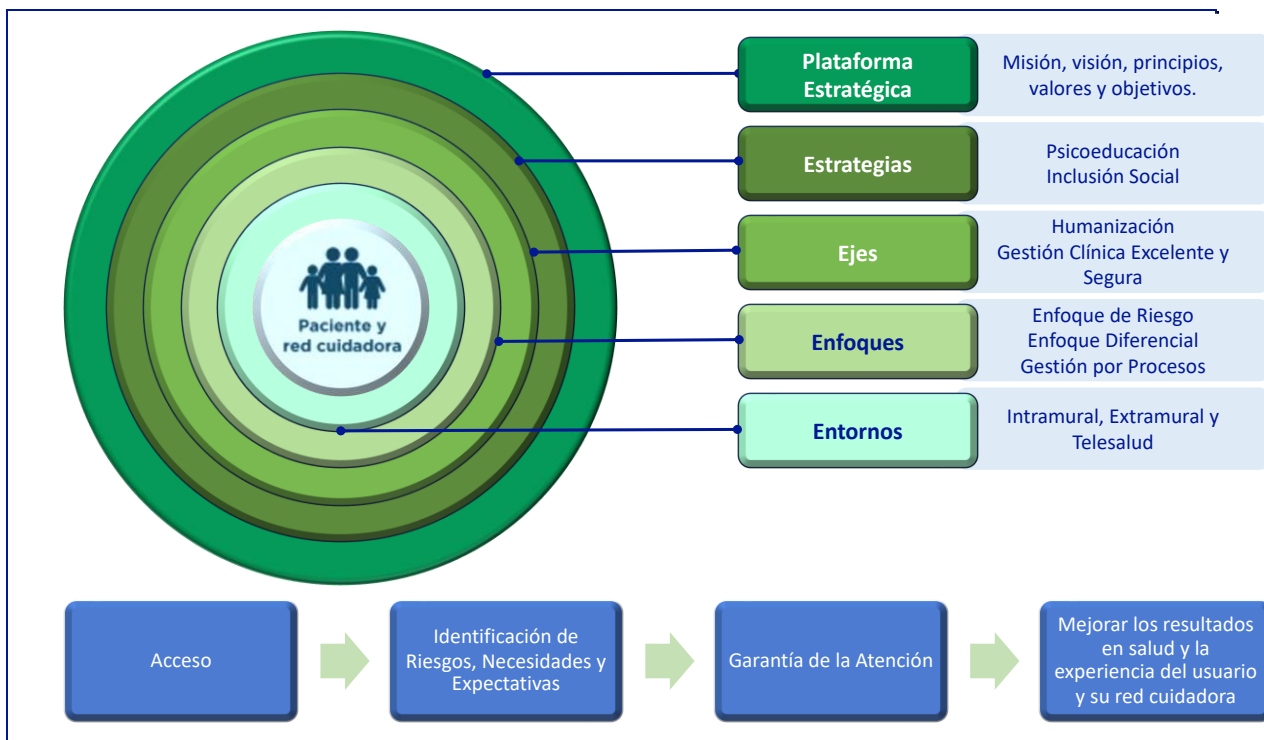


FIGURA 1. Visión Global del Modelo de Prestación de Servicios de Salud del HOMO

FUENTE: Elaboración propia.

Se abordan a continuación los detalles pertinentes a cada uno de los elementos del modelo.

2.1. EL PACIENTE Y SU RED CUIDADORA COMO CENTRO DEL MODELO DE PRESTACIÓN

Tradicionalmente se ha afirmado que el paciente es el centro y la razón de ser de las instituciones de salud. Esta premisa obvia cobra su mayor relevancia en la atención de las poblaciones más vulnerables como en el caso de los usuarios con patología mental, más aún, cuando los pacientes y su red cuidadora son personas con necesidades básicas insatisfechas, como en el caso del HOMO.

Reconocer al usuario y su red cuidadora supone entender que nuestros pacientes y sus allegados son sujetos activos en el proceso de atención, que acuden a la institución con necesidades, que son beneficiarios de un conjunto de derechos pero que también tienen deberes y son corresponsables de sus resultados en salud. En este contexto, la institución ha revisado y actualizado su declaración de derechos y deberes⁹, la cual representa un compromiso bilateral a lo largo del proceso de atención. Dentro de los derechos se reconocen: el acceso a los servicios de salud, el derecho a la información, al buen trato y a la participación, cada uno de ellos desagregado por componentes específicos. Entre los deberes del usuario se incluyen: la corresponsabilidad, el buen trato y la participación.

Como se mencionó anteriormente, la atención centrada en el usuario incluye la identificación proactiva de las necesidades, riesgos, preferencias y valores del usuario y su red cuidadora, con el fin de personalizar el proceso individual de atención a sus características individuales. Por ello, se cuenta con un “Modelo de gestión de riesgos y necesidades.”¹⁰ como base para la formulación y ejecución del plan integral de atención con enfoque interdisciplinario, del cual hacen parte el personal médico y de enfermería, trabajo social, psicología, nutrición y terapia ocupacional.

Una atención centrada en el usuario supone también el fortalecimiento de las capacidades institucionales para la comunicación con el paciente y su red cuidadora, como condición para garantizar que estos reciban la información y educación que requieren, de manera comprensible y efectiva. En este contexto, el HOMO avanzará en la formulación e implementación de un modelo de comunicación organizacional alineado con las buenas prácticas previstas en los estándares 33, 113 y 154 del manual de acreditación.

Para favorecer el involucramiento activo y efectivo del paciente y su red cuidadora, además de las estrategias de psicoeducación e inclusión social, se viene avanzando en el diseño y adopción de iniciativas que fortalezcan la corresponsabilidad de los usuarios y allegados en su proceso de salud, no solamente en el ámbito intramural sino después de su egreso.

¹⁰ HOMO. Modelo de Gestión de Riesgos y Necesidades.



Finalmente, con miras a optimizar el flujo del paciente desde el acceso y a lo largo del proceso de atención, se tiene previsto adoptar herramientas del enfoque *Lean Hospitals*^{11,12}, tanto de diagnóstico como de intervención.

El enfoque *Lean Hospitals* combina armónicamente el uso de herramientas técnicas, la aplicación de abordajes administrativos y un marco filosófico que, en conjunto, contribuyen a crear una cultura organizacional de calidad con eficiencia. Sus pilares fundamentales son dos: a. Eliminación total de los desperdicios (reprocesos, esperas y desplazamientos innecesarios, errores, etc.), y b. respeto por las personas. Su propósito es eliminar de los procesos todas las formas de desperdicio o actividades sin valor agregado. En las instituciones de salud, este enfoque ha demostrado su capacidad para mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia de los procesos, al tiempo que refuerza la cultura del mejoramiento continuo.

2.2. ENTORNOS DE LA PRESTACIÓN

El modelo de prestación de servicios de salud que se describe en el presente documento es aplicable en 3 grandes entornos: durante la atención intramural, en los servicios extramurales y en aquellos que se prestan bajo la modalidad de telesalud.

La atención intramural incluye los servicios de consulta externa especializada, urgencias, hospitalización, toma de muestras de laboratorio, terapia electroconvulsiva (TECAR), terapia ocupacional y servicio farmacéutico.

En el ámbito extramural se realizan acciones de atención en municipios, lo que ha contribuido a la proyección social de la institución.

Mediante la modalidad de telesalud se ofrece el servicio de consulta médica especializada, consulta por psicología y médico experto con los hospitales de referencia. Para ello se cuenta con talento humano competente y plataformas en línea que permiten la comunicación médico-paciente en tiempo real. En este orden de ideas, se aprovecha una ventaja de la psiquiatría: el hecho que el diagnóstico del paciente se logre a través de la entrevista y el análisis comportamental, lo que permite la igualdad de oportunidades y la eliminación de las barreras económicas, geográficas y de acceso que tradicionalmente han sido un factor en contra, para prestar una atención oportuna.

¹¹ Hadfield, D., Holmes, S., Kozlowski S., y Speri T. *Lean Healthcare: Tools for the Elimination of Waste in Hospitals, Clinics and other Healthcare Facilities*. 2013. P xiii.

¹² Graban, Mark. *Lean Hospitals: Improving Quality, Patient Safety and Employee Satisfaction*. Productivity Press. N.Y. 2009. P 5.

2.3. ENFOQUES ADOPTADOS PARA LA CONSOLIDACIÓN DEL MODELO

Como parte del ajuste institucional para la implementación del presente modelo de prestación de servicios de salud se consideró necesario adoptar de manera explícita 3 grandes enfoques, complementarios entre sí, con el fin de crear las condiciones propicias para un desarrollo exitoso que conduzca al logro de los resultados esperados. El primero de estos enfoques es el modelo de gestión por procesos. Aunque el HOMO tiene una trayectoria importante en este campo, apalancada en la implementación y consolidación de su Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001-2000, en 2023 se consideró relevante revisar y actualizar el mapa de procesos de manera que reflejara más claramente el compromiso con una atención centrada en el usuario y su red cuidadora, y hacer explícitos algunos procesos que hasta el momento no eran muy visibles en dicho mapa.

A continuación, se presenta la versión ajustada del mapa de procesos del HOMO:

MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS



Empresa Social del Estado
HOSPITAL MENTAL DE ANTIQUIA
— María Upegui —
HOMO



Tomado plataforma estratégica HOMO

Como puede observarse, hacia la izquierda del diagrama, los procesos institucionales están encaminados a responder a las necesidades tanto del usuario y su red cuidadora como de los demás clientes internos y externos de la organización. Así mismo, se evidencian con mayor claridad los procesos misionales, se hace explícita la gestión de la tecnología y la gestión de la información y se alinea la función de todos los procesos (estratégicos, de apoyo y de evaluación y control) con la búsqueda de resultados en salud y la satisfacción de las necesidades de los diferentes clientes (salidas de los procesos). Adicionalmente, se adopta una metodología para la revisión de procesos que incluye la identificación periódica de las necesidades de los clientes internos y externos como uno de los insumos que orienta la alineación de los procedimientos institucionales con dichas necesidades.

Como resultado de lo anterior, y de los necesarios ajustes realizados en cada uno de los procesos organizacionales, con enfoque de cadena cliente-proveedor, además de su despliegue e implementación y de su incorporación en los programas de inducción, reinducción, entrenamiento y capacitación, se pretende lograr una mayor alineación interna que contribuya a mejorar la comunicación y coordinación en busca de brindar los mejores servicios y de alcanzar los objetivos organizacionales.



En segundo lugar, la adopción del enfoque diferencial favorece una atención centrada en el usuario y su red cuidadora, en la medida en que adapta los recursos disponibles y la respuesta institucional a las necesidades específicas de la población. Así lo ha establecido el Ministerio de Salud y Protección Social¹³ cuando define el enfoque diferencial como: *“Una estrategia integradora que involucra a la familia, la red social cercana y la persona cuidadora, y busca la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación de la persona”*. En el mismo documento se determina que el enfoque diferencial *“Promueve la cultura del auto cuidado y la responsabilidad del Estado con la acción sectorial e intersectorial de manera continua, pertinente y oportuna, para la afectación de determinantes sociales de la salud”*.

En este contexto, la adopción del “Modelo de gestión de riesgos y necesidades” antes mencionado, contribuye de manera decisiva a la consolidación del enfoque diferencial en el HOMO, junto con las estrategias diferenciadoras que se describirán más adelante en este documento.

Finalmente, con el fortalecimiento del enfoque de riesgo se contribuye, desde la perspectiva del modelo de prestación de servicios de salud a un mejoramiento integral en la identificación, calificación, priorización y tratamiento de los riesgos, lo cual incidirá positivamente sobre la seguridad del paciente y su red cuidadora, las condiciones de seguridad y salud en el trabajo para los clientes internos y la prevención de la materialización de los riesgos patrimoniales, reputacionales y estratégicos para la institución.

La Resolución 2082 de 2014, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social¹⁴ establece la gestión del riesgo como uno de los ejes trazadores de la acreditación y determina que su meta es: *“Encontrar el balance entre beneficios, riesgos y costos”*. En este contexto, se cuenta con:

1. Política gestión integral de riesgos
2. Identificación de riesgos, incidentes y eventos adversos
3. Procedimiento identificación de riesgos

¹³ COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Enfoque Diferencial: Desde la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo de Atención Integral en Salud. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/3enfoque-diferencial-como-incidir.pdf>

¹⁴ COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2082 de 2014, por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. Art. 2. Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%202082%20de%202014.PDF

4. Identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos

2.4. EJES TRAZADORES DE ACREDITACIÓN PRIORIZADOS

Dado que el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) del HOMO está alineado con los estándares de acreditación, se ha considerado conveniente avanzar en la consolidación de algunos de los ejes trazadores adoptados en la citada Resolución 2082 de 2014. En este sentido, además de los compromisos ya descritos con respecto a la *atención centrada en el usuario* (eje 1) y a la *gestión del riesgo* (eje 4), se priorizan la *Gestión Clínica Excelente y Segura* (eje 2) y la *Humanización de la Atención en Salud* (eje 3) como imperativos de calidad.

En materia de Gestión Clínica Excelente y Segura, cuya meta en el sistema de acreditación¹⁵ es: “*Minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad.*”, se cuenta con una política y con un programa de seguridad del paciente, en el marco de los cuales se ha adoptado, desplegado e implementado un conjunto de prácticas seguras encaminadas a prevenir la ocurrencia de los eventos adversos con mayor probabilidad de ocurrencia en la institución. Igualmente, se viene monitorizando el clima de seguridad del paciente y, a partir de sus resultados, se han emprendido las acciones de mejora pertinentes.

De otra parte, en aras de lograr resultados clínicos de excelencia, se está consolidando el proceso de selección, adopción, implementación, seguimiento y actualización de las Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en la evidencia y acordes a la morbilidad atendida; además, se cuenta con manuales y protocolos clínicos para los servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica como: laboratorio clínico para toma, conservación y remisión de muestras, Protocolo procedimiento de TECAR, protocolos, manuales y procedimientos para los servicios de urgencias y hospitalización que contribuyen al mejoramiento continuo y la estandarización de los procesos con mejores resultados en salud. A toda esta documentación se le monitoriza la adherencia y se adoptan las acciones de mejora que correspondan, con base en los resultados obtenidos.

Con respecto a la Humanización de la Atención en Salud, cuya meta en el sistema de acreditación es: “*Garantizar el respeto y la dignidad del ser humano*”, la

¹⁵ COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2082 de 2014. OpCit.

institución ha consagrado en su Declaración de Derechos y Deberes¹⁶ el derecho al buen trato, en el cual se expresa textualmente:

- *Que se respete su condición de paciente en salud mental, independiente de sexo, edad, creencias, valores, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.*
- *Recibir una atención integral e integrada y humanizada por el personal especializado en salud mental, con la mejor evidencia científica disponible.*
- *Recibir una atención en las mejores condiciones de dignidad y privacidad posibles en unas instalaciones limpias, seguras y cómodas.*

En este contexto, la política y el programa de humanización adoptados por el HOMO establecen el compromiso institucional con el cumplimiento de este derecho y en esta línea se viene trabajando no solamente en el mejoramiento integral de la infraestructura física que ha tenido una mejora durante los últimos 4 años, sino también en la humanización de los procesos de atención, la sensibilización al personal y la adopción de estrategias y mecanismos encaminados a velar por un cuidado humanizado y respetuoso de la dignidad del ser humano, tanto para el usuario como para su red de apoyo. Desde la oficina de SIAU se monitoriza permanentemente la satisfacción de los usuarios y se gestionan sus manifestaciones expresadas como peticiones, quejas, reclamaciones, sugerencias y felicitaciones, con resultados satisfactorios.

Entre los resultados destacados en humanización se han logrado:

- Adecuación de espacios físicos
- Implementación de programas de acompañamiento familiar (grupos psicoeducativos, encuentro de cuidadores)
- Espacios de participación del usuario (asociación usuarios, voluntariado)
- Mejoramiento en resultados de PQRS

2.5. ESTRATEGIAS DIFERENCIADORAS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

El modelo de prestación de servicios de salud del HOMO incluye 2 grandes estrategias: Psicoeducación e inclusión social.

En materia de **psicoeducación**, se cuenta con grupos psicoeducativos mediante los cuales se imparte educación en salud por medicina especializada con apoyo del equipo interdisciplinario de salud (psicología, trabajo social, terapia ocupacional).

¹⁶ ESE Hospital Mental de Antioquia María Upegui (HOMO). Derechos y Deberes de nuestros usuarios y pacientes. OpCit.



Para ello se cuenta con una programación anual que se ejecuta sistemáticamente y con materiales educativos que favorecen la apropiación de los conceptos.

Dentro de la estrategia de grupos psicoeducativos se abordan grupos diagnósticos según la morbilidad institucional por ende se trabajan con los siguientes grupos:

1. Trastorno afectivo bipolar (TAB)
2. Esquizofrenia
3. Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Para esto se realizan encuentros periódicos para la atención especializada al paciente y su red cuidadora y se realiza psicoeducación en temas relacionados al grupo diagnóstico, con esta estrategia se tiene como objetivo mejorar los resultados en salud logrando una mejor adherencia, mayor consciencia de la enfermedad, la disminución en la frecuencia de uso de algunas tecnologías en salud y un mejoramiento del estado de salud del paciente y su entorno.

La **inclusión social** es entendida y asumida por la institución como un compromiso de largo plazo. Y así lo ha planteado también el Banco Mundial¹⁷ cuando lo define como:

“...el proceso de mejorar la habilidad, la oportunidad y la dignidad de las personas que se encuentran en desventaja debido a su identidad, para que puedan participar en la sociedad. (...). A nivel individual, las personas excluidas se enfrentan a la pérdida de salarios, ganancias de por vida, educación deficiente y malos resultados laborales aunado a los costos para la salud física y mental causados por la discriminación”. (Subrayado fuera de texto).

Los pacientes con patología mental y su red cuidadora padecen, con bastante frecuencia, la exclusión social por el estigma y por las consecuencias mismas de la enfermedad. En tal sentido, parte del compromiso institucional con la inclusión social consiste en movilizar esfuerzos institucionales y sociales para equilibrar la balanza en favor de estas poblaciones desprotegidas.

Esta no es una labor de corto plazo; debe ser un compromiso institucional y social que se reafirma cada día, que inicia con el reconocimiento de este fenómeno, e incluye la realización de acciones para visibilizarlo, además de la movilización de

¹⁷ Banco Mundial. La inclusión social, un compromiso a largo plazo. En: Banco Mundial Blogs. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/es/latinamerica/la-inclusion-social-un-compromiso-largo-plazo#:~:text=La%20inclusi%C3%B3n%20social%20es%20el,es%20lo%20mismo%20que%20igualdad.>



recursos y la coordinación de esfuerzos para crear condiciones dignas para la vida en nuestros pacientes y sus redes de apoyo.

En el HOMO, el compromiso de inclusión social hace parte del programa de humanización de los servicios de salud, pero va más allá: implica liderar y desarrollar campañas y programas de carácter intersectorial, entre otras iniciativas, que ayuden a superar las creencias y los estereotipos negativos para crear las condiciones necesarias para fomentar la igualdad de oportunidades y la movilidad social. Por ello, un componente importante en la identificación de los riesgos, necesidades es el reconocimiento de la problemática social de nuestros usuarios. A partir de esta identificación se priorizarán acciones para su intervención.

En el HOMO, se han generado acercamientos y direccionamientos con diferentes programas y entidades de salud, protección y justicia, en relación con la articulación en pro de los usuarios, estos acercamientos se han desarrollado con habitante de calle de los municipios de Bello y Medellín, ICBF, comisarías de justicia, adulto mayor, mesa de salud mental de Bello y programa Sanamente del municipio de Bello, donde se busca generar estrategias de seguimiento para la población que se beneficiarían de los mismos.

Así mismo, desde la ESE HOMO, se cuenta con la estrategia “Encuentro de cuidadores”, el cual consiste en espacios de sensibilización y orientación dirigido a usuarios, familias, redes de apoyo y profesionales en general, abordando temas de salud mental.

Adicional a ello, se cuenta con el acompañamiento desde el área de trabajo social con los seguimientos post egreso, donde se busca indagar sobre la adherencia al tratamiento, papel de la familia en el proceso de recuperación, entrega de medicamentos y evaluación de signos y síntomas en relación con su diagnóstico.

2.6. ALINEACIÓN DEL MODELO CON LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Desde su **Misión**, el HOMO establece su compromiso con varios de los elementos previamente descritos en este modelo (atención integral, humanizada, segura y centrada en el paciente y su red cuidadora):

“Prestamos servicios especializados en salud mental con calidad y seguridad, enfocados en el paciente y su red de apoyo, a través de un modelo de atención inclusivo, educativo y con una amplia experiencia en la investigación”.

Por su parte, la **Visión** institucional ratifica la búsqueda del liderazgo en la innovación como prestador de servicios integrales de salud mental:

“Para el año 2028, continuaremos siendo líderes en la prestación de servicios de salud mental apoyados en la diversificación de la oferta, el uso

de tecnologías y el impacto social a través de un modelo de atención humanizado; nos destacaremos por la excelencia clínica e investigativa, enfocados en una gestión financieramente sostenible”.

Adicionalmente, los objetivos estratégicos adoptados por el HOMO están claramente alineados con el presente modelo de prestación de servicios y con los principios y fundamentos que se han venido exponiendo a lo largo de este documento:

- 1. Fomentar una cultura de mejora continua, fortaleciendo los modelos integrados de gestión de calidad, que permitan optimizar procesos y posicionarse como referente en la prestación de servicios de salud mental.*
- 2. Prestar servicios integrales de salud mental, destacando la excelencia clínica, la humanización, el compromiso social y la capacidad investigativa, a través de la implementación de un modelo de atención integral, humanizado e innovador, centrados en el usuario y su red de apoyo.*
- 3. Promover la excelencia en la prestación de servicios de salud a través de una infraestructura, dotación y sistema de información adecuados, que permitan ofrecer una experiencia segura, eficiente y centrada en los riesgos, necesidades y expectativas de los usuarios.*
- 4. Garantizar la sostenibilidad administrativa y financiera, a través de una gestión proactiva de recursos, incluyendo la optimización de ingresos, el control riguroso de gastos, la diversificación de fuentes de financiación y el desarrollo de mecanismos eficientes de recaudo.*
- 5. Consolidar un equipo humano competente con gran sentido de pertenencia, valorado y comprometido con la institución, a través de una cultura organizacional que promueva la confianza, el respeto, la colaboración y el aprendizaje continuo, asegurando así un desempeño óptimo y la satisfacción de los usuarios.*

Finalmente, tanto la declaración de los derechos y deberes de nuestros usuarios y pacientes como el Código de Integridad adoptados por la institución constituyen elementos del direccionamiento que actúan de manera sinérgica y armónica con nuestro modelo de prestación. Un ejemplo de ello es el derecho al buen trato, previamente abordado como uno de los fundamentos del eje de humanización de la atención en salud.

Así mismo, en el código de integridad se adoptan los valores institucionales, principios de acción, prácticas y comportamientos íntegros y ejemplares de cómo deben ser y obrar los servidores públicos de la ESE Hospital Mental de Antioquia. Estos incluyen: Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia, como fundamentos para una cultura basada en valores.



2.7. APLICACIÓN DEL MODELO EN LA SECUENCIA DE ATENCIÓN

El modelo de prestación de servicios de salud que se describe en el presente documento es aplicable a lo largo de todo el proceso de atención, desde antes del ingreso mismo del paciente, en la medida en que aplican estrategias para gestionar y mejorar continuamente el acceso, en la identificación de los riesgos, necesidades del usuario y su red cuidadora en los diferentes servicios y hasta el egreso y posterior seguimiento como componentes de la garantía de la atención. Además, el modelo se compromete con la búsqueda de niveles superiores en los resultados en salud. A continuación, se describen brevemente las acciones y estrategias adoptadas en cada una de estas etapas y que se desarrollan a través de manuales y procedimientos institucionales específicos.

2.7.1. ACCESO

Los usuarios del HOMO pueden acceder a los servicios de diferentes maneras:

- a. Por el servicio de consulta externa, previa asignación de cita en el contact center de la institución.
- b. Por el servicio de urgencias.
- c. Para un procedimiento (TECAR) o una valoración médica previamente programada en pacientes hospitalizados en otras instituciones.

Estos procedimientos son evaluados con los indicadores usuales, a fin mejorar la calidad del servicio. Adicionalmente, se cuenta con indicadores de demanda no atendida y de oportunidad, cuyos resultados son analizados para adoptar las acciones de mejora pertinentes. Así mismo, la evaluación de la satisfacción del servicio de consulta externa incluye preguntas trazadoras sobre el acceso a este servicio.

Para favorecer la accesibilidad geográfica, teniendo en cuenta que más del 30% de la población atendida procede de municipios diferentes a los del Valle del Aburrá, se han realizado labores de capacitación y apoyo a los hospitales regionales y locales de diferentes subregiones y se han adoptado lineamientos internos para facilitar la atención a estos usuarios y para evitar trámites adicionales o cancelaciones de citas cuando no alcanzan a llegar oportunamente a las mismas. Adicionalmente, se cuenta con servicios de Telesalud.

2.7.2. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES

Como se explicó previamente, el HOMO cuenta con un “Modelo de gestión de riesgos y necesidades” mediante el cual se adoptan herramientas para la identificación oportuna de los riesgos, tanto **clínicos** como de **seguridad del**



paciente, y para detectar las necesidades con un enfoque integral adaptado a los diagnósticos de salud mental, que conduce a la formulación de un Plan de Atención de Enfermería (PAE) desde el cual se coordinan las demás actividades de intervención que requiere el paciente por parte de otros profesionales del equipo interdisciplinario de salud (medicina general, psiquiatría, psicología, nutrición, trabajo social, terapia física, terapia ocupacional, etc.) para su atención integral.

En el contexto de la identificación de riesgos, el concepto de **riesgo clínico**, o riesgo primario, hace referencia a la posibilidad de ocurrencia de eventos inherentes a la genética del paciente, a sus hábitos y estilos de vida, a sus comorbilidades o a la condición clínica que motiva su actual episodio de atención en salud. Ejemplos de estos son: riesgo de suicidio en pacientes con depresión severa, riesgo de infarto agudo de miocardio o de un evento cerebrovascular en el paciente hipertenso. A diferencia del evento adverso o riesgo de seguridad del paciente, el riesgo clínico que se puede materializar en una institución de salud no guarda relación directa con la atención que esté recibiendo el paciente porque perfectamente habría podido ocurrir en otro sitio o en otro momento.

Por su parte, el concepto de **riesgo de evento adverso** o **riesgo de seguridad del paciente** (riesgo técnico), es la probabilidad de ocurrencia de un daño involuntario, atribuible a la atención en salud, que puede ser debido o no a un error. Cuando el riesgo de seguridad se materializa como consecuencia de un error, se conoce como Evento Adverso Evitable. Cuando el daño atribuible a la atención en salud no está precedido por un error (acción u omisión) que pueda considerarse como factor determinante, el evento adverso se puede calificar como no evitable o no prevenible.

En conjunto, los riesgos y necesidades identificadas desde el ingreso del paciente, orientan la formulación y ejecución del plan integral de cuidados que concibe al ser humano de manera holística en todas sus dimensiones psicobiosociales.

2.7.3. GARANTÍA DE LA ATENCIÓN

El modelo de prestación de servicios de salud del HOMO está centrado en el usuario y su red cuidadora y se desarrolla a través de sus procesos y procedimientos, tanto misionales como estratégicos y de apoyo, en los cuales se establecen las características detalladas de los servicios asistenciales en sus etapas de: ingreso, atención, egreso y seguimiento, al igual las acciones que se ejecutan desde los procesos de apoyo para garantizar una atención accesible, oportuna, pertinente, continua, segura, efectiva y humanizada.

De igual manera, se cuenta con políticas y programas de carácter transversal que apoyan o complementan los procesos de atención. Ejemplos de ello son la Política

y el Programa de Seguridad del Paciente, y la Política y el Programa de Humanización, por citar solo algunos. Así mismo, las Guías de Práctica Clínica (GPC) adoptadas e implementadas por la institución constituyen referentes de apoyo a una atención pertinente, basada en la mejor evidencia científica disponible y comprometida con la búsqueda de resultados superiores, tanto desde el punto de vista clínico como de la calidad de la atención.

En síntesis, entre los **valores agregados** o **factores diferenciadores** que se espera desarrollar y consolidar con el presente modelo de prestación de servicios de salud se encuentran:

- Atención centrada en el usuario, como principio orientador de todas las decisiones institucionales que afecten a los pacientes y a su red cuidadora.
- Atención humanizada a lo largo de todo el proceso de atención, con pleno respeto de los derechos del usuario.
- Atención segura, con identificación y gestión del riesgo clínico y del riesgo de seguridad.
- Atención pertinente, basada en la mejor evidencia científica disponible, cuando ello sea posible.
- Enfoque interdisciplinario, comprometido con la identificación y respuesta a las necesidades del usuario a través de un plan integral de atención, que se formula, ejecuta y monitoriza con participación de todo el equipo de salud.
- Involucramiento del paciente y su red cuidadora en el proceso de atención. Este compromiso nace de la convicción de que nuestros usuarios no son entes pasivos. Parte del reconocimiento de la dignidad humana supone entender la corresponsabilidad del paciente y red cuidados en su proceso salud – enfermedad.
- Apoyo institucional a las necesidades del usuario. En la medida de sus posibilidades, la institución tratará de facilitar los servicios y evitar gestiones innecesarias a sus usuarios mediante acciones como: a. El trámite interno de autorizaciones ante las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB); b. El diseño de procesos ágiles y accesibles para la dispensación de los medicamentos; c. La orientación y el apoyo telefónico o presencial para ayudar a resolver inquietudes, necesidades o situaciones complejas que se les puedan presentar; entre otras.

2.7.4. MEJORA DE LOS RESULTADOS EN SALUD

El propósito final de la ejecución del presente modelo de prestación, además de brindar una atención excelente al usuario y su red cuidadora, es el logro de

MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS



resultados superiores de calidad. En tal sentido, el presente modelo de prestación de servicios de salud se evaluará a partir de las siguientes métricas, algunas de las cuales se gestionarán como indicadores y las restantes como datos:

ATRIBUTO	MÉTRICA	FÓRMULA	META
Seguridad – Riesgo Técnico	Índice de eventos adversos prevenibles.	$\text{Número de eventos adversos prevenibles} * 100 / \text{Total de atenciones durante el período.}$	< 2%
Seguridad – Riesgo Técnico	Índice de evasiones de pacientes hospitalizados.	$\text{Número de evasiones de pacientes hospitalización} * 1000 / \text{Total de pacientes hospitalizados.}$	< 2 por 1.000
Seguridad – Riesgo Clínico	Índice de suicidios en pacientes hospitalizados.	$\text{Número de suicidios en pacientes hospitalizados} * 1000 / \text{Total de atenciones durante el período.}$	< 2 por 1.000
Humanización	Índice de casos de vulneración de los derechos de los usuarios.	$\text{Número de casos de vulneración de los derechos de los usuarios} * 1000 / \text{Total de atenciones}$	< 2 por 1.000
Pertinencia	Proporción de criterios cumplidos en la auditoría de adherencia a las GPC.	$\text{Número de criterios cumplidos en la auditoría de adherencia a las GPC} * 100 / \text{Total de criterios aplicables.}$	> 95%
Continuidad	Índice de inatenciones en consulta externa por causa institucional	$\text{Número de inatenciones en consulta externa por causa institucional} * 100 / \text{Total de citas durante el período.}$	< 2%
Satisfacción	Proporción de usuarios satisfechos con la atención.	$\text{Número de usuarios satisfechos con la atención} * 100 / \text{Total de usuarios encuestados}$	> 95%

5. ANEXOS

Documentación del sistema Integrado de Gestión de la calidad asociada con los procesos de la Entidad, Ver software del SIGC.

6. MARCO LEGAL

El modelo de atención del HOMO se acoge a las directrices impartidas en las siguientes normas:

1. Decreto 1011 de 2006: Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Decreto 4747 de 2007: Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. En este decreto el Ministerio de Salud y Protección Social, adopta la siguiente definición:

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD: Es el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.

3. Resolución 5095 de 2018: Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1”, cuyos estándares asistenciales proponen un enfoque de atención interdisciplinario y humanizado, basado en la mejor evidencia científica, centrado en el usuario y su familia y con enfoque de riesgo.
4. Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 (PDSP): el cual incluye entre sus desafíos “...afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.”. En este

contexto, una de las 8 dimensiones prioritarias del plan se denomina: “Convivencia Social y Salud Mental” cuyas estrategias se enmarcan en 2 componentes:

- Promover la salud mental y la convivencia
 - Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia.
5. Objetivos de Desarrollo Sostenible – ODS (ONU, 2015). Los 17 objetivos incluyen 169 metas y marcarán la agenda de desarrollo mundial hacia 2030. El objetivo número 3: salud y bienestar, propone asegurar vidas sanas y promover el bienestar para todos en todas las edades. Para ello plantea el logro de 13 metas específicas encaminadas a impactar las principales causas de morbilidad y mortalidad, entre las cuales se incluye “...promover la salud mental y el bienestar”.
 6. Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de la Salud). En su Artículo 2 situó el derecho a la salud en el ámbito del Sistema de Salud y reconoció, además, su carácter de derecho social fundamental. Esta Ley tiene por objetivo “(...) garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”. Además, define el sistema de salud como “el conjunto articulado y armónico de principios y normas públicas; políticas públicas; instituciones; competencias; y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud”.
 7. Resolución 429 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social), por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud que incluye el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Su propósito es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. El MIAS comprende diez (10) componentes operacionales esenciales en la formulación del modelo de atención: la caracterización de la población; la regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS); la implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud; la delimitación

territorial; las redes integrales de prestadores de servicios de salud; la redefinición del rol del asegurador; la redefinición del esquema de incentivos; los requerimientos y procesos del sistema de información; el fortalecimiento del talento humano en salud; el fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento. Para implementar el MIAS se han concebido las siguientes estrategias: La atención primaria en salud (APS), básica e integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles. El componente de cuidado alude a las capacidades, decisiones y acciones que las personas y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que los rodea. La gestión integral del riesgo en salud que propende articular la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud para la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad. Un Enfoque Diferencial que logre reconocer y organizarse frente a las diferencias de las personas y colectivos frente a los determinantes sociales. Estos determinan condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociadas a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales (creencias y valores), económicos, ambientales, entre otros.

8. Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): herramienta obligatoria que determina las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrollan, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Una de las RIAS es la de Salud Mental.

7. DIFUSIÓN

Se socializará por todos los canales de comunicación de la entidad con todo el personal.

MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS



8. CONTROL DE CAMBIOS

ELABORÓ	Mesa de Expertos E.S.E Hospital Mental de Antioquia.
ACTUALIZÓ	Paula Andrea González –Subgerente de Prestación de servicios. Maria patricia Cano- Líder de programa Andrés Felipe Isaza- Enfermero. Julián Jaramillo Rico- Médico General. Erika Monsalve Londoño - Técnico Administrativo
APROBÓ	Ramón Acevedo Cardona- Gerente
VERSIÓN	02
MOTIVO DE ACTUALIZACIÓN	Se actualiza marco normativo, mapa de procesos, definiciones, desarrollo del Modelo.
FECHA DE ACTUALIZACIÓN	20/11/2025