

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL CA-MCC-MA-01 V10



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

Contenido

1. OBJETIVO	5
2. ALCANCE	5
3. JUSTIFICACIÓN	5
4. A QUIÉN VA DIRIGIDO.....	5
5. DEFINICIONES	5
6. FUENTES DE MEJORAMIENTO PARA LA SUBRED SUR.....	8
7. EQUIPOS DE MEJORAMIENTO SUBRED SUR.....	9
7.1. Funciones de los equipos	10
7.1.1. Equipos de mejora sistémica	10
7.1.2 Equipos de autoevaluación.....	10
7.1.3 Equipos primarios de mejora.....	11
7.1.4 Emprendedores.....	11
7.2 LÍNEAS DE DEFENSA SUBRED SUR.....	11
8. NORMATIVIDAD APLICABLE.....	12
9. MODELO DE MEJORAMIENTO.....	13
a. Introducción	13
b. Descripción del modelo	14
c. Integración del modelo mejoramiento con otras estrategias y herramientas de gestión	14
10. RESPONSABLES	15
11. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE MEJORAMIENTO.....	15
11.1 Paso 1 – Planeación del mejoramiento.....	15
11.1.1 Definición de los objetivos del mejoramiento	15
11.1.2 Planificación de las fuentes de mejoramiento	15
11.1.3 Planificación de la evaluación del mejoramiento	16
11.1.4 Cómo comunicar los resultados del mejoramiento	16
11.1.5 Como se estandariza el aprendizaje, mantenimiento de la mejora y sistematización de las buenas prácticas y lecciones aprendidas	16
11.2 Paso 2 – Implementación de la ruta operativa del mejoramiento	17
11.2.1 Paso 2-A. Análisis de los hallazgos e identificación de las fuentes de mejoramiento	18
11.2.2 Paso 2-B. Identificación de corrección (acción inmediata), Acción correctiva o de mejora y Análisis de causas	18
11.2.3 Paso 2-C. Homologación de oportunidades de mejora y/o acciones de mejora	19
11.2.4 Paso 2-D. Formulación de oportunidades de mejora.....	20
11.2.5 Paso 2-E. Priorización de OM y Formulación de los planes de mejora	21
11.2.6 Paso 2-F. Ejecución de los planes de mejora	23
11.2.7 Paso 2-G. Seguimiento a la ejecución de los planes de mejora	24
11.2.8 Paso 2-H. Cierre de los planes de mejora	25
11.3 Paso 3 – Evaluación del mejoramiento	26

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-02-25

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

11.4 Paso 4 – Comunicación de los resultados _____	26
11.5 Paso 5 – Estandarización del aprendizaje, mantenimiento de la mejora y sistematización de las buenas prácticas y lecciones aprendidas _____	27
12. RECURSOS.....	28
13. ANEXO 1- DIAGRAMA FUNCIONAL PLANES DE MEJORAMIENTO	29
14. CONTROL DE CAMBIOS.....	30
15. BIBLIOGRAFIA	31

CONTROLADO

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-02-25

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

Tablas

TABLA 1. FUENTES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL _____	8
TABLA 2. EJEMPLOS DE HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA CON BASE EN PHVA (PLANEAR, HACER, VERIFICAR Y ACTUAR) _____	21
TABLA 3. FORMAS DE PRIORIZAR LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO _____	21
TABLA 4. ESTADOS DE LAS ACCIONES DE MEJORA _____	24
TABLA 5. MATRIZ DE COMUNICACIÓN PARA EL RESULTADO DEL MEJORAMIENTO _____	26

Figuras

FIGURA 1. EQUIPOS PARA LA MEJORA INSTITUCIONAL _____	10
FIGURA 2. LÍNEAS DE DEFENSA DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL _____	12
FIGURA 3. DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL _____	14
FIGURA 4. RUTA OPERATIVA _____	18
FIGURA 5. DIAGRAMA DE FLUJO PARA HOMOLOGACIÓN DE OPORTUNIDADES Y ACCIONES DE MEJORA _____	20

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-02-25

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

1. OBJETIVO

Mejorar el desempeño institucional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. y su capacidad para lograr sus objetivos estratégicos, cumplir con su labor misional de forma sostenible, lograr estándares superiores de calidad, y progresar continuamente a niveles mayores, acorde con los requisitos y expectativas de todas sus partes interesadas en el marco del MIPG.

2. ALCANCE

Aplica a todos los sistemas, subsistemas y herramientas de mejoramiento de la gestión institucional y los procesos, programas, proyectos y planes que se desarrollen en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

3. JUSTIFICACIÓN

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur debe consolidar un modelo de mejoramiento institucional efectivo, que le permita optimizar los recursos, aumentar la calidad de los servicios y productos que desarrolla, y en general mejorar continuamente el desempeño institucional.

Para ello, acoge los requisitos definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, en particular en el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (1) y el Sistema Único de Acreditación en Salud – SUA (2), así como lo definido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (3), en los cuales se entiende el mejoramiento continuo institucional como una filosofía “integral” que se vale de múltiples herramientas y fuentes de mejoramiento continuo, y responde tanto a requisitos normativos como a la filosofía de mejoramiento institucional, cuyo énfasis es la prestación de servicios de salud integrales, basados en una gestión pública transparente, humanizados, seguros y acordes a las necesidades de los usuarios.

4. A QUIÉN VA DIRIGIDO

El presente manual aplica a todos los colaboradores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., a los procesos, subprocesos, productos, servicios, proyectos, planes o programas que esta desarrolle, así como los Sistemas correspondientes.

5. DEFINICIONES

ACCIÓN CORRECTIVA: Cuando se realiza una acción para corregir un suceso que ya se presentó (ataca la causa del problema). También se considera como la Intervención que se emprende para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

ACCIÓN DE MEJORA: Es el conjunto de tareas puntuales que se ejecutan para desarrollar una oportunidad de mejora dentro de un plan de mejoramiento. Las acciones de mejora se estructuran en siguiendo las etapas del ciclo de mejoramiento (Planear, Hacer, Verificar y Actuar).

ACCIÓN PREVENTIVA: Intervención que se emprende para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial indeseable.

ALMERA: Sistema de Gestión Integral, constituye un método organizado, planificado, y continuo para medir, monitorear y mejorar la calidad con el fin de apoyar los procesos de las instituciones.

BARRERA DE MEJORAMIENTO: Son los factores organizacionales que debo tener en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento. *No son las excusas que me expliquen el no cumplimiento de los planes de mejoramiento, son factores que debo prever y controlar para que mi plan*

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

sea exitoso. Las barreras se definen por oportunidad de mejora, para un grupo de oportunidades de mejora o para todo el plan". (7).

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: "Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuario". (1).

CAUSA: Se refiere a los factores, circunstancias o condiciones que dan origen a un riesgo o un hallazgo. Las causas se pueden establecer a través del uso de las herramientas de análisis de causa usuales en el ámbito de la gestión de la calidad o a través de las recomendadas en algunos modelos como Análisis Modal de Fallos y Efectos – AMFE (riesgos), Protocolo de Londres (seguridad del paciente), WHO-UMC System (5) (Farmacovigilancia) o análisis de problemas clínicos o modelo de las 4 demoras (vigilancia en salud pública) (6).

El término "causa" se homologa con otros términos usados en algunos modelos y herramientas de gestión como: fallas (AMFE), fallas latentes, fallas activas y factores contributivos (seguridad del paciente), y problemas clínicos o demoras (vigilancia en salud pública).

CIERRE DE CICLO: Es la verificación de la implementación y el cumplimiento de las acciones de mejora generadas por un proceso evaluativo y el análisis del impacto de dichas acciones; permite entender el cierre de brechas entre la calidad esperada y la calidad observada y promueve el aprendizaje organizacional. Es la base para el inicio de un nuevo ciclo de mejoramiento. (2)

CORRECCIÓN O ACCIÓN DE MEJORA INMEDIATA: Acciones tomadas para responder de forma inmediata a un hallazgo, con las cuales se da la primera respuesta a una situación de no calidad y se busca mitigar los efectos en los afectados. Por ser de corto plazo, estas acciones deben ejecutarse máximo en el mes siguiente a la ocurrencia del hecho que las origina. Cuando el hallazgo no tiene causas sistemáticas, la sola corrección puede ser suficiente para dar solución al problema de no calidad. Cuando no es así, a la corrección le seguirán las demás acciones definidas en este manual.

EQUIPOS DE MEJORAMIENTO: Son los que conforman los colaboradores de todos los niveles de la Subred y que trabaja de manera mancomunadamente a nivel asistencial y administrativo, para que se apropien la normatividad, políticas y estrategias de la organización relacionadas con el mejoramiento en la calidad de la gestión, incentivarlo a nivel individual y colectivo, y hacerlo parte de las actividades cotidianas de todos los colaboradores.

EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO: Análisis de los resultados del sistema de gestión de la calidad y otros sistemas con el fin de la toma de decisiones orientada a promover la mejora continua del sistema y de la organización. Se puede considerar a través de la revisión por la alta dirección.

HALLAZGO: Situación relevante y determinante que evidencia que en las características observadas en un proceso, producto, servicio, proyecto, plan o programa (calidad observada) no hay conformidad, teniendo en cuenta los requisitos previamente definidos por la institución, la ley o las necesidades y expectativas de las diferentes partes interesadas acogidas por la Subred (calidad esperada). Los hallazgos surgen de cualquiera de las fuentes de mejoramiento descritas en este manual y demuestran que hay una brecha entre la calidad observada y la esperada.

La situación candidata a ser un "hallazgo" es **relevante** si: a) hace o amenaza de hacer ineficaz, ineficiente, inequitativa, antieconómica o insostenible la actuación de la institución, b) viola o amenaza de violar de forma importante la normatividad legal o los requisitos de las partes interesadas, o c) brinda una oportunidad importante de mejorar la eficacia, eficiencia, sostenibilidad o capacidad de cumplir la normatividad legal o los requisitos de las partes interesadas. La situación es **determinante** si su

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

intervención tiene el potencial de impactar favorablemente la gestión y los resultados de la entidad, en el proceso, producto, servicio, proyecto, plan o programa evaluado (4).

El término “hallazgo” se homologa con otros términos usados en algunos modelos y herramientas de gestión para referirse a situaciones de no calidad. Algunos de los términos son: no conformidad (SST), impacto ambiental (ambiental), incidente (seguridad del paciente), evento adverso (seguridad del paciente), incidente adverso (tecnovigilancia), evento de interés en salud pública (vigilancia en salud pública), problemas relacionados con el uso de medicamentos y reacciones adversas a medicamentos (farmacovigilancia), efecto indeseado (reactivovigilancia), reacciones adversas a la transfusión (hemovigilancia), incidente de seguridad y eventos de seguridad de la información (seguridad de la información), operación inusual y operación sospechosa (Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y de la Financiación del Terrorismo – SARLAFT).

HOMOLOGACIÓN DE OPORTUNIDADES Y ACCIONES DE MEJORA: Hace referencia al procedimiento mediante el cual se evalúa si ante un hallazgo se deben formular oportunidades y/o acciones de mejora nuevas. El procedimiento se basa en el análisis de las causas del hallazgo, su sistematicidad y la revisión en los planes de mejora vigentes, de la existencia de oportunidades y acciones que están en curso, y buscan eliminar las causas identificadas.

LINEAS DE DEFENSA: Modelo de control propuesto por el MIPG (3), que establece los roles y responsabilidades de todos los actores del riesgo y control en una entidad pública en Colombia, para asegurar la gestión y prevenir la materialización de los riesgos en todos los ámbitos.

MEJORA CONTINUA: Actividad recurrente para mejorar el desempeño o Actitud y disciplina que resulta de la idea de que todo se puede mejorar y de que este trabajo nunca termina.

MIPG – MODELO INTEGRAL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN: Es un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio, según dispone el Decreto 1083 de 2015. (3)

OPORTUNIDAD DE MEJORA: Lo que le hace falta a la entidad para cumplir con el estándar, de acuerdo a las fases del ciclo PHVA. También se puede considerar como acción a desarrollar en un tiempo determinado para lograr lo deseado. Las oportunidades de mejora se formularán como respuesta a los hallazgos de una fuente de mejoramiento interna o externa, aplicando la metodología estandarizada que sea del caso.

PLAN DE MEJORAMIENTO: Conjunto de acciones encaminadas para eliminar las causas reales o potenciales que generan los hallazgos reportados por las diferentes fuentes. Igualmente, los planes de mejoramiento registran las actividades a través de las cuales se busca implementar una oportunidad de mejora (14). Los planes de mejoramiento pueden ser: a) estratégicos, cuando buscan impactar directamente los objetivos institucionales, y b) operativos, cuando se orientan a dar respuesta a situaciones que afectan el desarrollo cotidiano de las actividades misionales o de apoyo.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD (SOGCS): Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (1).

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, 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, de las entidades promotoras de salud del régimen

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que **voluntariamente** decidan acogerse a este proceso (15).

6. FUENTES DE MEJORAMIENTO PARA LA SUBRED SUR

Son las acciones desarrolladas por la institución o por agentes externos a la misma, que producen hallazgos, a partir de los cuales se toman las decisiones que define el modelo de mejoramiento descrito en este manual.

Las fuentes se dividen en:

- **Internas:** son todas aquellas evaluaciones previamente planificadas y que son realizadas por los propios servidores de la institución, estas pueden ser específicas de un proceso o integrales como ocurre en la autoevaluación frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación; la valoración institucional de riesgos; la evaluación anual de indicadores de la gestión gerencial; y la apreciación de los cambios normativos, organizacionales y del entorno cuando se hace revisión y ajuste de la plataforma estratégica.
- **Externas:** son todas aquellas evaluaciones producto de auditorías externas en las que el ente externo evalúa uno o varios procesos cuyo resultado puede genera hallazgos y oportunidades de mejoramiento institucional que serán gestionadas a través de los planes de mejora con aplicación de la ruta operativa prevista en este manual.

Tabla 1. Fuentes de mejoramiento institucional

TIPO DE FUENTE DE MEJORAMIENTO	NOMBRE DE LA FUENTE	RESPONSABLE SEGUIMIENTO SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA
Interna	Evaluación del mejoramiento logrado en cada ciclo de mejoramiento	Calidad Línea PAMEC
Interna	Evaluación implementación modelo MIPG	Desarrollo Institucional
Interna	Evaluación de la gestión gerencial	Desarrollo Institucional
Interna	Autoevaluación del SUA	Calidad Línea PAMEC
Interna	Revisión y actualización del direccionamiento estratégico	Desarrollo Institucional
Interna	Evaluación de los riesgos institucionales	Desarrollo Institucional
Interna	Evaluación de riesgos de: SST, ambientales, financieros, de corrupción, SARLAFT, jurídicos, si no están incluidos en los riesgos institucionales	Desarrollo Institucional
Interna	Seguimiento a indicadores estratégicos de la institución	Desarrollo Institucional
Interna	Seguimiento modelo de transparencia-conflicto de Interés	Desarrollo Institucional
Interna	Análisis de eventos o sucesos adversos e incidentes de los programas de: seguridad del paciente, prevención de infecciones, farmacovigilancia, tecnovigilancia, Hemovigilancia, reactivovigilancia, y biovigilancia	Calidad Línea Seguridad del Paciente
Interna	Rondas de seguridad	Calidad Línea Seguridad del Paciente
Interna	Análisis de accidentes e incidentes laborales	Calidad Línea de Mejora Continua
Interna	Análisis de PQRS y satisfacción del usuario	Calidad Línea de Mejora Continua
Interna	Análisis de los comités institucionales	Desarrollo Institucional
Interna	Seguimiento al desempeño de los terceros contratados	Desarrollo Institucional

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-02-25

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

Interna	Autoevaluación de los estándares de escenarios de practica formativa	Calidad Línea de Mejora Continua
TIPO DE FUENTE DE MEJORAMIENTO	NOMBRE DE LA FUENTE	RESPONSABLE SEGUIMIENTO SEGUNDA LÍNEA DE DEFENSA
Interna	Auditoria de Control Interno	Desarrollo Institucional Control Interno (Tercera línea de defensa)
Interna	Programa de Auditoria - PAMEC Registros clínicos de medicina, enfermería y odontología Consentimiento informado Adherencia a Guías de Práctica Clínica Paciente trazador Auditoria de proceso	Calidad Línea PAMEC
Externas	Auditorías de la Revisoría Fiscal	Desarrollo Institucional
Externas	Auditoria de ente acreditador	Calidad línea PAMEC
Externas	Auditorias de Entes territoriales, Veeduría ciudadana y Entidades de control	Desarrollo Institucional Control Interno (Tercera línea de defensa) Calidad Línea de Mejora Continua (SDS)
Externas	Auditorias de las entidades responsables del pago de servicios de salud	Calidad línea Habilitación
Externas	Auditoria Comisión intersectorial del Talento humano en Salud (Hospital Universitario)	Calidad Línea de Mejora Continua
Interna Externa	Ejercicios de referenciación comparativa	Calidad Profesional apoyo Administrativo
<p>Nota: para los planes producto de los análisis de los eventos de interés en salud pública se gestionarán tomando en cuenta los protocolos de manejo de cada evento. La ejecución de las acciones será revisada en el comité de vigilancia epidemiológica</p>		

7. EQUIPOS DE MEJORAMIENTO SUBRED SUR

Todos los equipos cuentan con un líder y se caracterizan por su conformación interdisciplinaria, el trabajo en equipo y el desarrollo de mecanismos de comunicación efectiva. Los equipos deben realizar reuniones periódicas para revisar su trabajo y registrar los avances logrados.

Los tipos de equipos contemplados en la Subred son los siguientes (ver figura 1):

- **Equipo de mejoramiento sistémico institucional.** Equipo conformado para responder sistémicamente por el grupo de estándares de mejoramiento de la calidad a nivel institucional. Es responsable de la calificación cualitativa y cuantitativa del grupo de estándares de mejoramiento de la calidad. El equipo de mejoramiento sistémico cuenta con un líder específico y su conformación incluye los líderes de calidad de la institución, la alta gerencia y los líderes de los diferentes equipos de autoevaluación. Este equipo se enfoca en el mejoramiento continuo de la calidad integrando de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización y los procesos de calidad en los procesos institucionales y propende por que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización (8).

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

- **Equipos de autoevaluación.** Equipos conformados para responder cada uno por la implementación de un grupo específico de estándares de acreditación. Estos equipos realizan reuniones periódicas e interactúan con otros equipos de autoevaluación (8).
- **Equipos primarios.** Equipos conformados con el fin de detectar y analizar brechas de calidad comparando la realidad de los procesos, con estándares, guías, protocolos y buenas prácticas (8).
- **Emprendedores.** Los emprendedores nacen como respuesta de la Subred Sur al modelo de atención de sedes integradas en red. Son personas de nivel operativo encargados de permear la mejora a los diferentes ámbitos de la atención en salud, en la sede a la que pertenecen: en las UMHEs una persona por servicio; en los CAPS mínimo dos personas; y en las USS mínimo una persona.

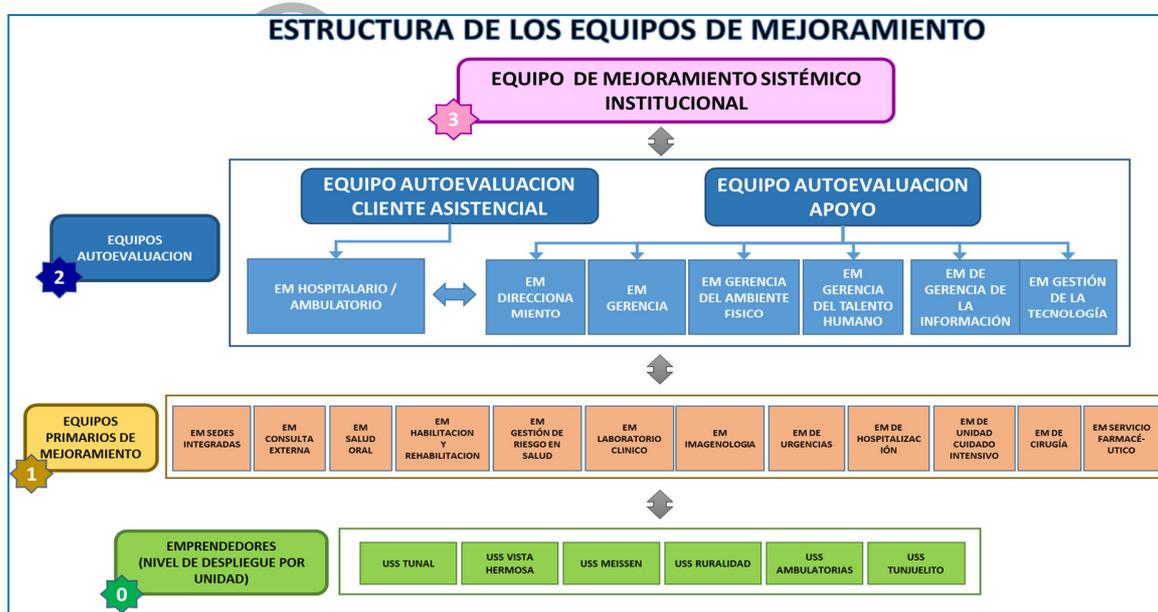


Figura 1. Equipos para la mejora institucional

7.1. Funciones de los equipos

7.1.1. Equipos de mejora sistémica

- Planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional.
- Apoyar la gestión de mejoramiento institucional desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas, comités, etc.).
- Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento.
- Responder por los resultados del plan de mejoramiento institucional, su divulgación a la institución.
- Reportar los resultados de la gestión a la Alta Dirección.

7.1.2 Equipos de autoevaluación

- Promover el liderazgo. Planear, gestionar, monitorizar, mantener y desplegar los avances del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente.

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

- Reportar los resultados de la gestión al equipo de mejoramiento sistémico.
- Responden por la calificación cualitativa y cuantitativa de los estándares de acreditación correspondientes.
- Apoyan el desarrollo de la gestión del equipo de mejoramiento sistémico.
- Facilitar la gestión de los equipos primarios de mejoramiento.

7.1.3 Equipos primarios de mejora

- Implementar y monitorizar el cumplimiento de las acciones que den respuesta a las oportunidades de mejoramiento incluidas en el plan de mejoramiento del grupo de estándares de acreditación correspondiente o de las demás fuentes de mejoramiento con que cuente la organización, aplicables a las áreas o servicios que representan.
- Facultar la creatividad e innovación y se enfocan en resultados de mejora a partir del aprendizaje.
- Apoyar la gestión de los grupos de autoevaluación de los estándares de acreditación.
- Contar con un plan de mejoramiento específico para dar respuesta a los estándares que les aplican.
- Responder por la implementación, despliegue y divulgación de los estándares en cada una de las áreas y servicios.
- Reportar los resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento al equipo de autoevaluación del grupo de estándares correspondiente.

7.1.4 Emprendedores

- Promover la participación de los Colaboradores de las diferentes Unidades en el proceso de Acreditación que adelanta la Subred, favoreciendo el despliegue de la mejora.

7.2 LÍNEAS DE DEFENSA SUBRED SUR

Las líneas de defensa Institucionales facilitan la asignación de roles específicos que permitan subsanar las brechas en la cobertura de los seguimientos y definir y coordinar responsabilidades claras de tal forma que cada grupo de profesionales entienda como encaja su rol en la estructura general del control de la entidad.

La Subred Sur tiene definidas tres líneas de defensa, las cuales se encuentran referenciadas a continuación:

- **Primera línea:** Desarrolla e implementa procesos de autocontrol para la identificación, análisis, valoración, implementación y monitoreo de acciones de mejora que contribuyen con el mejoramiento de la calidad y gestión de los riesgos. Esta línea es desarrollada por el personal que hace parte de cada proceso junto a sus líderes. Para el caso de los estándares del Sistema Único de Acreditación este autocontrol es llevado a cabo por los equipos primarios con el apoyo de los emprendedores, los equipos de autoevaluación, y el equipo de mejoramiento sistémico institucional, este último sólo para los estándares de mejoramiento del SUA.
- **Segunda línea:** Asegura que los controles y los procesos de gestión implementados por la primera línea de defensa, estén diseñados apropiadamente y funcionen como se pretende. Esta línea trabaja a través de procesos de auditoría interna y está representada fundamentalmente por la, la Oficina de Gestión de la Calidad, la Oficina de Desarrollo Institucional y la Dirección de Gestión

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

del Riesgo en Salud, que hace seguimiento a los planes de mejoramiento del Sistema de Vigilancia de Salud Pública¹ a través de los comités de vigilancia epidemiológica,

- **Tercera línea:** Es responsable de evaluar la efectividad del sistema de gestión integral de la entidad, a través de un enfoque basado en riesgos, evalúa la eficacia de la primera y segunda línea de defensa. Está en cabeza de la Oficina de Control Interno, quien se encarga de verificar que los planes de mejoramiento se formulen, ejecuten, verifiquen y ajusten acorde con lo dispuesto en este manual y demás documentos complementarios,

Las líneas de defensa constituyen un esquema organizado y armónico para ejercer control y apoyar la mejora de la gestión institucional, como puede verse en la figura 2.

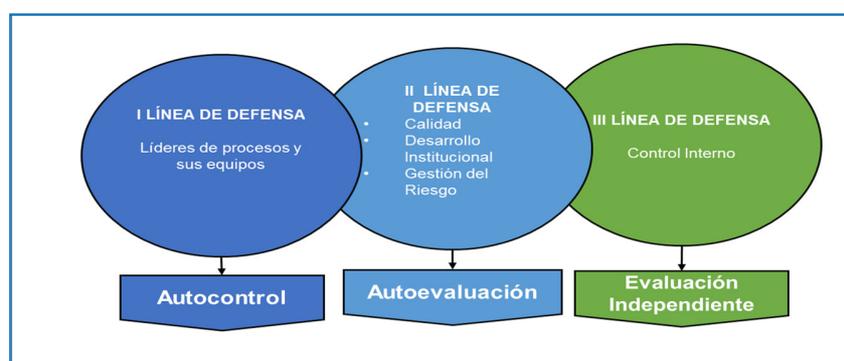


Figura 2. Líneas de defensa de la gestión institucional

8. NORMATIVIDAD APLICABLE

NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN	EMITIDA POR
Constitución Política	1991	Artículos 209 y 269	Congreso de la República de Colombia
Ley 100	1993	Por la cual se crea el Sistema de seguridad Social Integral y se adoptan otras disposiciones – Artículos 227 y 232	Congreso de la República de Colombia
Ley 715	2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y	Congreso de la República de Colombia
Ley 1438	2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	Congreso de la República de Colombia
Ley 1751	2015	Ley estatutaria en Salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Congreso de la República de Colombia
Decreto 943	2014	Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno –MECI (compilado en el Decreto 1083 de 2015)	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Decreto 903	2014	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)

¹ Para más información véase el Título 8, Capítulos 1 y 2 del Decreto 780 del 2016 (Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social).

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

NORMA	AÑO	DESCRIPCIÓN	EMITIDA POR
Decreto 780	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social Parte 5 capítulo 1 - Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Decreto 1499	2017	Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015	Departamento Administrativo de la Función Pública
Resolución 3409	2012	Por la cual se define la documentación para efectos del reconocimiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud como "Hospital universitario"	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Resolución 2082	2014	Por el cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Resolución 5095	2018	Por la cual se adopta el "Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1"	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Resolución 3100	2019	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Decreto 1072	2015	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo- capítulo 6 - 2.2.4.6 - Artículo 2.2.4.6.4 Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	Ministerio del Trabajo
Resolución 429	2016	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Circular 012	2016	Modificaciones al reporte de información ante la Superintendencia de Salud, incluye reporte al PAMEC	Superintendencia Nacional de Salud
Acuerdo 00273	2021	Por el cual se adopta el modelo de evaluación de la calidad para los escenarios de práctica formativa en la relación docencia servicio de los programas de educación superior del área de la salud	Comisión Intersectorial del Talento Humano en Salud

9. MODELO DE MEJORAMIENTO

a. Introducción

La gestión institucional parte de un *enfoque basado en procesos* a fin de lograr los objetivos propuestos de forma eficaz y eficiente optimizando el sistema y su desempeño, es así, que en el año 2020 mediante el Acuerdo 074 de 2020 fue aprobado el plan de desarrollo institucional 2020-2024. En este sentido, el Modelo de Mejoramiento Continuo de la Subred fue diseñado como una herramienta para que la gestión agregue valor, es decir, sea más eficiente, transparente, ayude en la toma de las decisiones basadas en hechos y datos, logre resultados demostrables y sostenibles en el tiempo centrados en los usuarios, sus familias y la comunidad, y contribuya el aprendizaje organizacional, la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas practicas desarrolladas.

En este manual encontrará la descripción del modelo, sus procesos, el alcance de los mismos, y los responsables. Este documento se complementa con otros documentos donde se describe la operación de subsistemas y procesos para el mejoramiento, los cuales serán reseñados en las partes pertinentes.

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-02-25

b. Descripción del modelo

El modelo consta de dos componentes: el ciclo de mejoramiento, que es el eje principal del modelo, y la ruta operativa, que desarrolla el segundo paso del ciclo y se convierte en la entrada para el tercer paso del modelo de mejoramiento (ver figura 3).

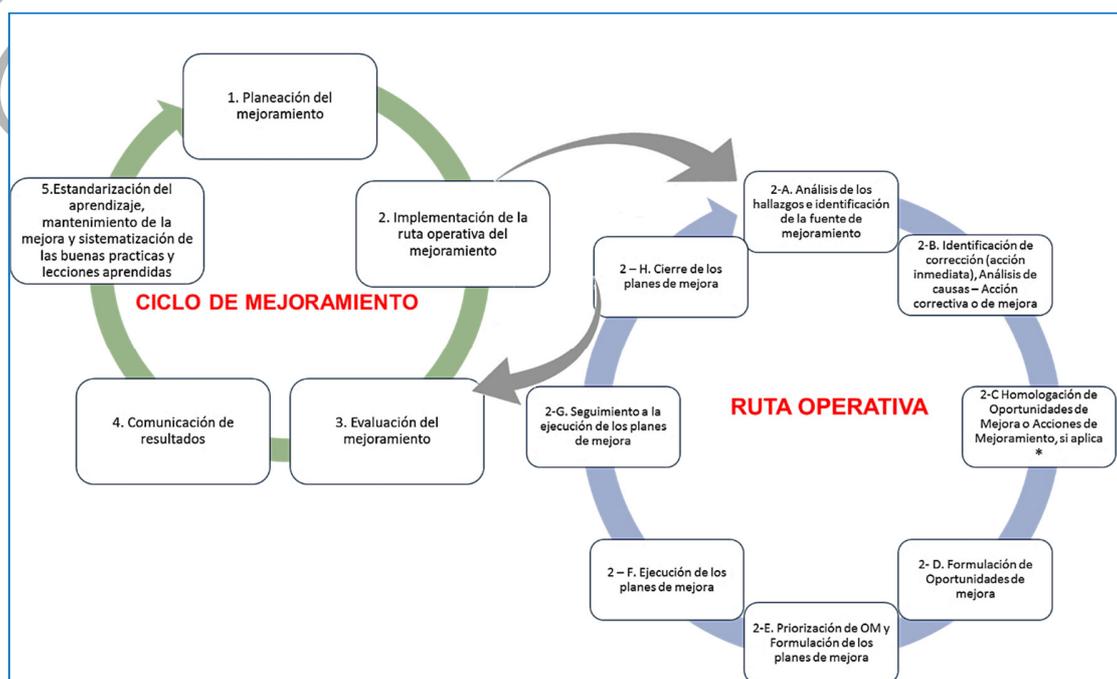


Figura 3. Descripción del modelo de mejoramiento institucional

El ciclo de mejoramiento describe los grandes pasos que desarrollará la institución para avanzar en la mejora de su gestión, el cual sigue los requisitos de los estándares de mejoramiento continuo del manual de acreditación ambulatorio y hospitalario versión 3.1 (2), del estándar 156 al 160. La ruta operativa señala los pasos específicos que se ejecutan para realizar los planes de mejoramiento desde su origen hasta su cierre.

Como se puede ver en la figura, la ruta operativa, además de desarrollar el segundo paso del ciclo de mejoramiento, provee los insumos para el tercer paso del mismo. En los siguientes numerales se hará una descripción de los pasos del ciclo y de la ruta.

c. Integración del modelo mejoramiento con otras estrategias y herramientas de gestión

El Modelo de Mejoramiento Continuo de la Calidad y la Gestión Institucional, de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, es integral. Esto significa que está concebido para dar respuesta a las necesidades del sistema y por ello contempla todas las herramientas y modelos adoptados por la institución a través de programas o procesos específicos, pero preserva la autonomía de cada uno de ellos de: utilizar el lenguaje habitual para referirse a los problemas, sus causas y las soluciones a implementar; utilizar metodologías particulares para la identificación de hallazgos y riesgos y el análisis de sus causas; usar instrumentos propios para registrar la gestión realizada y notificar a las instancias gubernamentales pertinentes.

Frente al cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud – SOGCAS, el modelo acoge las directrices establecidas en el decreto 780 de 2016, en cuanto a que el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad se entiende desarrollado con la autoevaluación, priorización e implementación de los planes de mejoramiento del SUA, teniendo en cuenta

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

que el artículo 2.5.1.4.1 señala que “Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación” (subrayado fuera de texto), como también que la “Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica: 1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios. 2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas. 3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.”, obligaciones que quedan cumplidas con la aplicación de la metodología de autoevaluación y mejoramiento recomendada por el Ministerio de Salud y Protección Social para el SUA (7) y el seguimiento que se hace a los planes de mejoramiento a través del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC, con lo cual se cumplen los pasos de la Ruta Crítica recomendada en las Pautas Indicativas de Auditoría del Ministerio de Salud y Protección Social (9). La Subred Integrada de servicios de salud Sur cuenta con herramientas para documentación de la mejora a través de los planes de mejoramiento ya sean institucionales, de proceso o individuales y las referencias comparativas internas o externas planificadas y realizadas. La herramienta o Sistema de Gestión Integral Almera que contiene los planes de mejoramiento permite en tiempo real realizar la planeación, implementación, monitoreo, evaluación y cierre de los planes de mejoramiento producto de las diferentes fuentes de mejoramiento institucional definidas por la entidad.

10. RESPONSABLES

El modelo de mejoramiento será desarrollado fundamental por los equipos y demás dependencias mencionadas en las líneas de defensa descritas en el numeral 7.2 del presente manual, como también por otros procesos de la Subred Sur, y en general por todos los colaboradores y demás partes interesadas, pues tratándose de la mejora institucional, todos juegan un papel primordial en el logro de los propósitos del modelo de mejoramiento.

11. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE MEJORAMIENTO

1.2. 11.1 Paso 1 – Planeación del mejoramiento

11.1.1 Definición de los objetivos del mejoramiento

La planeación del mejoramiento continuo de la calidad debe estar orientada hacia los resultados, según lo establece el primer estándar de mejoramiento (estándar 156. código: MCC1) del Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario versión 3.1 (2); es por ello que cada año la Subred Sur deberá establecer cuales son aquellos objetivos a alcanzar en esa vigencia, para que haya un impacto visible sobre el usuario y su familia, sobre la organización y sobre las demás partes interesadas. Estos objetivos pueden extraerse o ser coherentes con los del Plan de Direccionamiento Estratégico, y los resultados planteados en el Plan Operativo Anual. El propósito de esto es orientar a todos los miembros de la organización sobre el énfasis que deben tener las acciones de mejoramiento en ese periodo de tiempo.

11.1.2 Planificación de las fuentes de mejoramiento

Las fuentes de mejoramiento descritas en las definiciones de este manual y en la tabla 1, requieren ser planificadas, esto es, establecer los parámetros bajo los cuales se ejecutará cada una, el rol de las líneas de defensa y la manera como servirán de insumo para el mejoramiento institucional.

En el caso de las fuentes internas, su planeación está descrita en los procesos institucionales y es desarrollada por las diferentes áreas. Independiente de esa diversidad, cada responsable debe establecer un cronograma de trabajo en el que defina la temporalidad con la que se aplicará el proceso o actividad respectiva, y entregará los datos a los distintos responsables para que apliquen las acciones descritas en este documento.

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</p>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

En el caso de las fuentes externas, cuya planeación está fuera del alcance de la Subred Sur o de las fuentes internas en las que el proceso está definido igual que la temporalidad de su ejecución, se tendrá establecido que cada uno de los procesos respectivos definirán las acciones a desarrollar una vez sean notificados los hallazgos correspondientes.

La Oficina de Calidad y Oficina de Desarrollo Institucional serán las encargadas de verificar que al inicio de cada año, todos los responsables de cada fuente de mejoramiento planifiquen las labores que desarrollarán.

11.1.3 Planificación de la evaluación del mejoramiento

La evaluación del mejoramiento hace referencia al proceso que permite responder la siguiente pregunta: ¿las acciones de mejora ejecutadas han sido efectivas, es decir, muestran que el esfuerzo institucional frente a la calidad tiene impacto en la mejora de los procesos y en la atención de los usuarios?

El parámetro para la evaluación del mejoramiento debe ser los objetivos de mejoramiento planteados con base en el Plan de Direccionamiento Estratégico y los resultados planteados en el Plan Operativo Anual. Como la Subred Sur tiene múltiples fuentes de mejoramiento, como se señaló en la tabla 1, debe realizarse una selección y consolidación de los resultados de ellas, a fin de contar con los datos para responder la anterior pregunta, y así poder decir si la brecha entre la calidad deseada y la observada al inicio del plan, ha disminuido o se ha cerrado.

La selección de los resultados para evaluar el mejoramiento debe hacerse al inicio de cada año y revisarse anualmente. Esta actividad debe ser liderada por la Oficina de Calidad y la Oficina de Desarrollo Institucional.

11.1.4 Cómo comunicar los resultados del mejoramiento

Los resultados del mejoramiento deben ser divulgados a las partes interesadas de la institución —como se indica en el estándar 159. Código: (MCC4) del Manual de Acreditación—, porque es la manera de mostrar que el esfuerzo no es en vano, cuáles han sido los resultados de ese esfuerzo, y brindarles la oportunidad a todas las instancias de la organización de asimilarlos, contextualizarlos a los procesos y tareas que desarrollan y cumplir con el último paso del ciclo de mejoramiento.

Para que la labor se haga de forma estructurada y organizada, lo mejor es incluir las estrategias y canales apropiados para cada parte interesada en un Plan de Comunicaciones, que puede ser el mismo general de la organización o uno específico para el caso. Como todo lo que se ha mencionado, este plan debe ser elaborado al inicio del año, y es responsabilidad de la Oficina de Comunicaciones con el apoyo de la Oficina de Desarrollo Institucional y la Oficina de Calidad.

11.1.5 Como se estandariza el aprendizaje, mantenimiento de la mejora y sistematización de las buenas prácticas y lecciones aprendidas

Para estandarizar el aprendizaje es importante ser consciente de qué se logró y solo conociendo la justa medida del logro se puede definir cómo mantener esa mejora. Ni el aprendizaje, ni su uso sostenible se dan por decreto; ninguna organización puede aprovechar el conocimiento acumulado si no organiza este proceso. Aunque parece una tarea sencilla, esta labor implica incluir en este proceso varios aspectos (10) (11):

- El aprendizaje está hecho de éxitos, pero también de fracasos, y estos últimos se desechan con facilidad cuando se da énfasis al logro y se opaca la posibilidad de analizar las causas de los reveses, por eso se debe incluir en el proceso el análisis de ambas caras de la moneda, sin olvidar que los colaboradores en cada nivel de la organización pueden realizar análisis distintos sobre los mismos resultados, lo cual enriquece el aprendizaje. Por eso el análisis debe ser participativo.
- Se debe partir de la premisa que el análisis no se puede hacer sin datos. Los datos pueden mostrar las cosas de una manera neutral, estimular la discusión y frenar la costumbre de suponer las cosas,

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

que surge de las ideas o impresiones personales, que siempre tienen una dosis de sesgo. Por esto, la estandarización del aprendizaje y el mantenimiento de las mejoras debe hacerse con base en hechos y datos confiables y válidos.

- La sistematización de buenas prácticas y lecciones aprendidas que hace parte del ciclo de mejoramiento parte de la base que generalmente al interior de las entidades la información se concentra en el personal vinculado directamente en el desarrollo de los procesos o actividades específicas, por lo consiguiente, se hace necesario disponerlas para conocimiento y apropiación a todo el personal que conforma la organización.

11.2 Paso 2 – Implementación de la ruta operativa del mejoramiento

La ruta operativa es la parte del mejoramiento más visible en el quehacer diario de la organización y la que aquí se presenta resume los pasos más importantes de las rutas de mejoramiento más comunes usadas en varios modelos o herramientas de gestión de la calidad o del riesgo.

A pesar las diferencias, todas están basados en el ciclo PHVA o ciclo de mejora continua (12), y a partir de métodos de determinación de los problemas de calidad y priorización diferentes, terminan en la formulación de un plan de mejoramiento que debe ser implementado, al que se debe hacer un seguimiento adecuado, y por ultimo un cierre donde se determina frente a las acciones de mejoramiento establecidas su grado de cumplimiento y si etas ejecutadas eliminaron la o las causas que dieron origen a las mismas.

Como se mencionó anteriormente, ya que el modelo de mejoramiento es integral, las diferencias en los métodos se respetan, y se aprovechan para el propósito último que es lograr un mejor desempeño de la organización. Un ejemplo de esta diferencia está en la forma de priorizar las oportunidades de mejora: mientras en el SUA se realiza aplicando una matriz donde se califican los criterios de riesgo, costo y volumen, en la gestión de riesgos y de SST se hace utilizando la probabilidad de ocurrencia y la severidad del riesgo o evento. Esas diferencias se irán señalando en cada paso de la ruta, cuando haya lugar.

La **ruta operativa** inicia entonces en el paso 2-A. Análisis de los hallazgos e identificación de las fuentes de mejoramiento, y finaliza en el 2-H. Cierre de planes de mejoramiento (ver figura 4). A continuación, se describirá cada uno de ellos:



Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-02-25

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

Figura 4. Ruta operativa

11.2.1 Paso 2-A. Análisis de los hallazgos e identificación de las fuentes de mejoramiento

El análisis de los hallazgos se refiere al ejercicio de tomar los datos obtenidos en los diferentes ejercicios de evaluación —ya sea hecho por una persona o un grupo a través de autoevaluación o auditoría interna o externa— y encontrar en ellos aspectos que no están acordes con lo esperado o estándolo, son susceptibles de mejorar.

Este ejercicio en casi todos los métodos incorporados en el modelo de mejoramiento es cualitativo, pero en otros casos, puede incluir datos cuantitativos, como sucede cuando se verifica si un indicador no cumple con la meta o los límites de aceptabilidad. Sin embargo, en ambos casos requiere de la aplicación del conocimiento y experiencia de quien(es) evalúa(n), de su capacidad de entender los datos, la organización, sus procesos, cultura, personas, etc., y poder determinar en qué aspectos se puede intervenir.

Como se indicó en las definiciones, para que una situación se catalogue de “hallazgo” debe ser **relevante y determinante**. Una forma de medir las condiciones anteriores es verificar la persistencia del posible hallazgo (se repite constantemente, está presente en otras áreas o actividades de la institución), si es reconocido (ya ha sido identificado al interior de la institución, o por los clientes, o en evaluaciones externas), y si el costo de no intervenirlo es significativo para la entidad. Si cumple al menos dos de estos criterios se puede catalogar como “hallazgo”.

La identificación de la fuente de mejoramiento con la que tiene que ver el hallazgo es un paso fundamental que permite dirigir la gestión de los planes de mejora al proceso o procesos implicados, por consiguiente la definición de los responsables del seguimiento desde la primera línea de defensa y del seguimiento por parte de la segunda línea de defensa. Estos aspectos se encuentran establecidos en la Tabla 1 (Fuentes de mejoramiento institucional).

11.2.2 Paso 2-B. Identificación de corrección (acción inmediata), Acción correctiva o de mejora y Análisis de causas

- a. **Identificación de corrección o acción de mejora inmediata.** Esta pretende solucionar el hallazgo rápidamente, dar una solución inmediata y así evitar que una situación aislada genere insatisfacción o la pérdida de una oportunidad, o se convierta en el futuro en fallas sistemáticas. Por eso su alcance es limitado y su tiempo de ejecución no debe superar un mes. Un ejemplo de una situación que amerita esto es cuando se encuentra durante una auditoría que a un paciente no le cumplieron una cita, y la causa es que el día en que se asignó hubo una caída momentánea y aislada del fluido eléctrico, y por eso no quedó registrada en el *software*. La acción de mejora inmediata es asignarle la cita a la persona en un plazo corto, y pedirle disculpa por la incomodidad.
- b. **Identificación de acción correctiva:** son todos aquellos hallazgos que sean producto de auditorías internas o externas donde se identifica el no cumplimiento de requisitos o estándares y que no se subsanan con la ejecución de una corrección o acción de mejora inmediata, por el contrario, se hace a través de la definición de un plan de acción que solucione la causa raíz identificada luego de la aplicación de la metodología definida por la institución o los procesos.
- c. **Identificación de acción mejora:** siendo estas acciones tomadas para aumentar la capacidad de cumplimiento de los requisitos. Un ejemplo claro de acciones de mejora institucional son todas aquellas oportunidades de mejora que resultaron priorizadas en la autoevaluación de los estándares del Sistema único de Acreditación componente que hace parte del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de la Atención en Salud ya que este componente se basa en estándares de nivel superior enfocados al mejoramiento continuo de la calidad.

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

d. El análisis de causas. Se realiza a través de la aplicación de metodologías cuantitativas o cualitativas adoptadas por la institución con el fin de identificar la causa raíz. Esto facilita resolver los problemas subyacentes en lugar de tratar únicamente los síntomas o efectos superficiales. Hay que tener en cuenta que un buen análisis facilita la definición de las oportunidades de mejora y acciones de mejoramiento planteadas en los planes de mejora. Esta tarea se puede realizar usando diversas herramientas, para la Subred Sur se promueve el uso de **la herramienta de los 5 ¿por qué?** Que se encuentra incluida en el aplicativo Almera, así como los métodos propios usados en algunos programas como Seguridad del Paciente o Gestión de Riesgos.

11.2.3 Paso 2-C. Homologación de oportunidades de mejora y/o acciones de mejora

Luego de realizado el análisis de causas proceda a revisar si estas son sistemáticas, si es así es posible que ya haya sido identificado en evaluaciones previas, e incluso ya existan oportunidades y acciones de mejora en curso para responder a las causas del hallazgo, lo que haría innecesario volver a hacerlo.

Proceda con la revisión si hay oportunidades de mejora y/o acciones en curso que den solución al hallazgo y sus causas. Si el hallazgo tiene causas sistemáticas, se debe revisar en el aplicativo institucional Almera donde se registran los planes de mejora, si existen oportunidades de mejora y acciones que se estén implementando, que guarden relación con el hallazgo y sus causas. En caso afirmativo se debe revisar con los responsables de su ejecución o en los informes de seguimiento del plan de mejora, cómo va su ejecución y si necesitan algún ajuste; si es así se hace, si no se da continuidad con la elaboración del plan de mejora.

Cuando se han identificado OM o acciones de mejora en curso que apliquen para subsanar el hallazgo y siendo caracterizadas, se debe proceder a efectuar la homologación, esto es, a informar que el hallazgo no requiere de oportunidades de mejora nuevas por haber en curso una o más que dan respuesta al mismo, a indicar el ID de la(s) oportunidad(es) con las que se homologa, y a dejar registrada la decisión tomada en el módulo respectivo del aplicativo Almera.

Por el contrario, si no hay oportunidades de mejora con las cuales homologar, se debe proceder a formularlas como se indica en el paso 2-D de la Ruta Operativa.

A continuación encontrará el diagrama de flujo de homologación de oportunidades de mejora y/o acciones de mejoramiento:

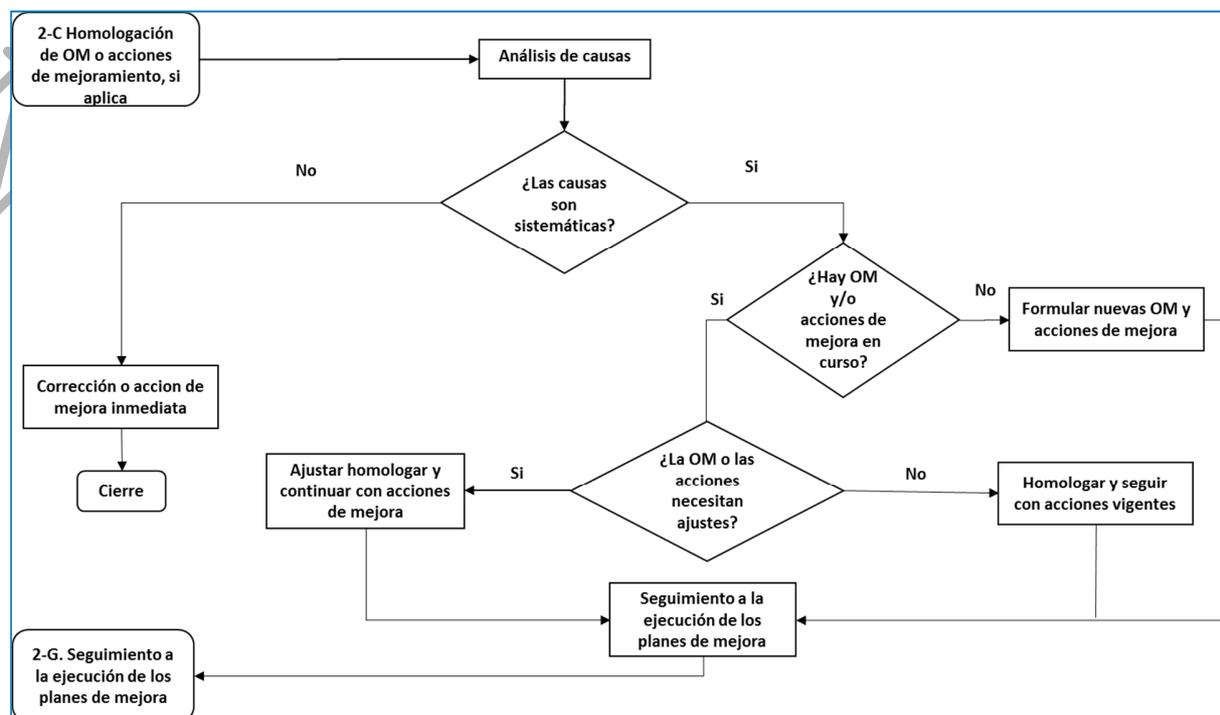


Figura 5. Diagrama de flujo para homologación de oportunidades y acciones de mejora

11.2.4 Paso 2-D. Formulación de oportunidades de mejora

Las oportunidades de mejora son ideas sintetizadas en una frase, que planteadas de la manera correcta se constituyen en una herramienta efectiva para el abordaje de un problema. También se puede definir como aquello que le hace falta a la entidad para cumplir con el estándar.

Para convertir un hallazgo en una oportunidad de mejora se pueden responder los siguientes interrogantes:

- **¿Qué?:** Se refiere a cuál es el problema que se intenta resolver, teniendo en cuenta los estándares de calidad a alcanzar y los objetivos de la institución, proceso, producto, servicio, proyecto, plan o programa evaluado.
- **¿Cuánto?:** Que tanto se requiere mejorar —en términos cuantitativos o cualitativos—, para establecer una meta ambiciosa pero posible.
- **¿Cuándo?:** El plazo máximo dentro del cual se puede realizar la oportunidad de mejora y así alcanzar la meta.
- **¿Quién?:** Mencionar la población o principales personas beneficiadas.
- **¿Dónde?:** Definir el cuál es el alcance de la oportunidad, es decir, cuáles son los procesos, productos, servicios, proyectos, planes o programas beneficiados.

Con estas respuestas se escribe una frase que cumpla las siguientes características:

- **S – Específica:** Debe describir sin ningún tipo de ambigüedad lo que se va a hacer.
- **M – Medible:** Debe asegurarse que las oportunidades de mejora pueda ser medida, sea de forma cualitativa o cuantitativa para poder saber si impacta en la mejora. Si se considera pertinente se puede ligar a un indicador institucional tomando en cuenta la lista de indicadores que la institución tenga definidos en el Aplicativo Almera, para realizarlo tome en cuenta el Instructivo del módulo de

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

planes de mejora establecido por la Subred y disponible para consulta con alfanumérico CA-IN-01 V1.

- **A – Alcanzable:** Tiene que ajustarse a la realidad del contexto, de forma que sea retadora pero realista.
- **R – Relevante:** Debe guardar relación con el hallazgo e intervenir las causas del mismo.
- **T – Tiempo límite:** Su plazo de ejecución debe tener dentro de las vigencias establecidas por la ley o los parámetros institucionales.

Por otra parte, es importante resaltar que a la hora de formular las OM se debe tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Ser clara y concisa
- Inician con verbo en infinitivo.
- Se redactan con un lenguaje propositivo, no deben emplearse expresiones que representen carencias.
- Deben describir las estrategias que debe implementar la institución para cerrar las brechas.
- Debe proyectarse con la intención de aumentar la eficacia, eficiencia y/o efectividad.

Las oportunidades de mejora se pueden formular siguiendo el ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar), la formula debe establecer en que parte del desarrollo del ciclo o esquema está la organización en el aspecto evaluado, teniendo en cuenta que, si no existe planeación o enfoque, no se puede hacer o implementar, y lo que no se ha realizado no se puede evaluar ni tener resultados, y por último, sobre lo que no se tiene evaluación o resultados es imposible tomar decisiones.

Un ejemplo de un hallazgo y una oportunidad de mejora se pueden ver a continuación:

Tabla 2. Ejemplos de hallazgos y oportunidades de mejora con base en PHVA (planear, hacer, verificar y actuar)

HALLAZGO	OPORTUNIDAD DE MEJORA
La institución no cuenta con una metodología para formular el plan de comunicaciones.	Disponer en el primer semestre del 2022 de la metodología para elaborar un plan de comunicaciones que tenga alcance a toda la institución.
La institución no ha formulado el plan de comunicaciones.	Diseñar en enero de 2022 el plan de comunicaciones para toda la institución.
La institución no ha implementado el plan de comunicaciones elaborado.	Poner en marcha a partir de febrero de 2022 el 100% de las actividades del plan de comunicaciones para toda la institución.
La institución no ha hecho seguimiento, ni ha evaluado el plan de comunicaciones elaborado.	Lograr para cada trimestre del 2022 el cumplimiento de las actividades del plan de comunicaciones, con una meta de cumplimiento del 95%
	Cumplir en cada semestre con los indicadores del plan de comunicaciones y analizar los resultados, con una meta esperada de 95%

11.2.5 Paso 2-E. Priorización de OM y Formulación de los planes de mejora

a. Priorización de OM

Las oportunidades de mejora serán priorizadas teniendo en cuenta las diferentes metodologías aceptadas por la institución.

Tabla 3. Formas de priorizar las oportunidades de mejoramiento

HERRAMIENTA O ESTRATEGIA DE GESTIÓN	FORMA DE PRIORIZAR	CRITERIOS
-------------------------------------	--------------------	-----------

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-02-25
 MI-SIG-CDO-FT-06 V1

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

Sistema Único de Acreditación	Matriz de priorización	Riesgo, costo, volumen
Gestión de riesgos institucionales, SST	AMFE- Análisis de Modo de Falla y Efecto	Posibilidad de ocurrencia, impacto, efectividad de los controles existentes
Seguridad del paciente	Diagrama causa-efecto o espina de pescado	Las causas más frecuentes

Las oportunidades de mejora se priorizarán sin discusión o aplicación de herramientas en los siguientes casos:

- Cuando sea una exigencia de un organismo de vigilancia y control del Estado.
- Ante situaciones graves que afecten la seguridad de los pacientes o los colaboradores.
- Por exigencia de un juez o autoridad judicial dentro de un proceso legal o por sentencia.
- Cuando sean exigidas por cambio en la normatividad que aplica.

b. Formulación de los planes de mejora

A partir de las oportunidades de mejora, y en función de estas se estructura un plan de mejora que es la descripción detallada de las tareas o acciones a desarrollar para que cada oportunidad pueda cumplir con su propósito.

Cualquier plan de mejoramiento formulado en la institución debe tener un plazo máximo de ejecución de un año y el cierre se realizará por cada vigencia. Los planes de mejoramiento serán cargados en el aplicativo ALMERA tomando en cuenta el Instructivo del módulo de planes de mejora establecido por la Subred y disponible para consulta con alfanumérico CA-IN-01 V1.

Se debe tener en cuenta que se exceptuara de este procedimiento las acciones preventivas y correctivas derivadas del proceso de producción de gases medicinales, quienes realizaran la gestión de acuerdo a lo establecido en el protocolo de COM-FAR-GME-PT-08 MANEJO DESVIACIONES Y PRODUCTO NO CONFORME.

Los campos con que cuentan los planes de mejora se referencian a continuación:

FUENTE: Acorde a lo especificado en la tabla 1 del presente manual para indicar la fuente donde se ocasiona el hallazgo. Corresponde a la variable “*Sistema de referencia*” en el aplicativo Almera

FECHA INICIO Y DE TERMINACIÓN PLANEADA: Plazo de ejecución para el plan de mejora formulado.

HALLAZGO: Se extrae del informe de auditoría (interna o externa) o acta de visita recibida o análisis efectuado en la verificación.

ESTANDAR: Acorde al manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario versión 3.1 de la Resolución 5095 del 2018.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: Hace referencia al propósito general de la Mejora acorde al hallazgo descrito.

PROCESO(S) RESPONSABLE(S): Compuesto por la *Primera Línea de Defensa*, la cual corresponde al (Autocontrol), y es el responsable de dar cumplimiento a las acciones de mejoramiento, para subsanar el hallazgo reportado.

CAUSA CUANDO APLIQUE: Se realiza su identificación mediante la metodología de los 5 ¿Por qué?, basada en la iteración de preguntas y su objetivo es encontrar la causa raíz de un problema, consiste en examinar cualquier problema y realizar la pregunta: “¿Por qué?” La respuesta al primer “¿por qué?” va a generar otro “¿por qué?”, la respuesta al segundo “¿por qué?” te pedirá otro y así sucesivamente, de ahí el nombre de la herramienta de mejora 5 ¿por qué?,

BARRERA DE MEJORAMIENTO: son los factores organizacionales que se deben tener en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento. No son las excusas que expliquen el no cumplimiento de los planes de mejoramiento, son factores que debo prever y controlar para que mi plan sea exitoso, las barreras se definen por oportunidad de mejora, para un grupo de oportunidades de mejora o para todo el plan. (7). Para el caso de la Subred Sur estas barreras se definen para todo el plan de mejoramiento.

PRIORIZACIÓN CUANDO APLIQUE: Se realiza por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo como lo establece el Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación del Ministerio

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

de Salud y protección social o por cualquier metodología definida según el sistema o subsistema correspondiente.

ACCIONES DE MEJORA: se define en coherencia con la causa identificada y acorde al ciclo P, H, V, A.
INDICADOR: Contempla Tipo, Nombre, Formula (numerador/denominador) y Meta, la cual debe ir relacionada directamente con la Oportunidad de Mejora.

CATEGORIZAR LA OM: preventiva, acción correctiva, acción de mejora, corrección o acción de mejora inmediata.

EQUIPO DE MEJORAMIENTO, CUANDO APLIQUE: se especifica que equipo de mejoramiento participo en la proyección de la OM y las acciones de mejora correspondientes.

OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE ESTÁ LIGADO, CUANDO APLIQUE: se especifica a cuál de los objetivos estratégicos está ligada la OM.

Al elaborar el plan de mejora se deben seguir los siguientes parámetros:

- Cada oportunidad debe tener al menos una acción de mejora.
- Cuando una oportunidad tenga más de una acción de mejora debe haber una secuencia lógica entre ellas, tanto en las tareas que describen, como en las fechas de inicio y finalización. Por ejemplo, no se puede colocar primero una acción para socializar un procedimiento y luego la que menciona que debe documentarse. Se puede usar como nemotecnia la secuencia usada en la autoevaluación del SUA: Enfoque → Implementación → Resultados.
- Cada acción de mejora debe describir una sola tarea a realizar. Estas acciones deben ser formuladas con un verbo en infinitivo.
- Al escribir el(los) responsable(s) de la acción se debe procurar que sean los estrictamente encargados. Para este caso, se registra en el aplicativo Almera máximo dos responsables por cada acción de mejoramiento; el aplicativo permite el cargue a través del número del documento de identidad de los usuarios registrados en el sistema. Para mayor ilustración guíese con la aplicación del Instructivo del módulo de planes de mejora establecido por la Subred y disponible para consulta con alfanumérico CA-IN-01 V1.
- Se debe evitar la asignación de fechas que abarquen toda la vigencia a todas las acciones, como del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022.

11.2.6 Paso 2-F. Ejecución de los planes de mejora

Este paso de la ruta operativa es de vital importancia ya que hace parte del hacer del ciclo PHVA, se basa en la ejecución de las acciones de mejoramiento por parte de los responsables de los procesos (Autocontrol) tomando en cuenta los términos establecidos. Los responsables documentarán en la plataforma Almera los avances de cada una de las acciones con registro del porcentaje de ejecución y las variables cualitativas en desarrollo o completas, sumado a esto, se debe realizar un análisis minucioso de la ejecución de la acción de mejoramiento que sea concordante con la evidencia que soporta el estado de avance de cada acción de mejoramiento y el porcentaje de avance de la ejecución registrado en el sistema.

La revisión de los resultados de la ejecución de los planes de mejora se podrá realizar de manera mensual a través de mesas de trabajo, comités institucionales o cualquier otro espacio que sea definido para este fin.

Nota: Es importante precisar, que el Aplicativo Almera da la posibilidad cuando la acción de mejoramiento ha sido ejecutada al 100% (Completa) de realizar el cierre en el sistema de información, sin embargo, este

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE, los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-02-25

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

cierre se debe hacer por parte del proceso luego de contar con los resultados del seguimiento que realice la *segunda línea de defensa* con el fin de poder tomar en cuenta la retroalimentación que éste seguimiento pueda aportar al estado de ejecución de la acción de mejoramiento.

11.2.7 Paso 2-G. Seguimiento a la ejecución de los planes de mejora

El seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento producto de las diversas fuentes de mejoramiento es la manera de garantizar que los planes se ejecuten adecuadamente, y así asegurar que pueda tener un impacto en el mejoramiento. Aunque se puede lograr algún impacto con porcentajes de cumplimiento que no son ideales, la realidad es que esto es fortuito y así no se asegura que la brecha de la calidad inicial disminuya o se cierre. De aquí la importancia de cumplir con el seguimiento periódico y planificado de las acciones de mejoramiento.

Este paso se realiza siguiendo los parámetros recomendados para el MIPG (3) a través de las líneas de defensa y los niveles de auditoría del PAMEC (9). La siguiente escala de colores representa la calificación del estado de las acciones de mejora tal como se encuentran parametrizadas en el aplicativo Almera:

Tabla 4. Estados de las acciones de mejora

ESTADO	CRITERIOS
COMPLETA	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la acción se ejecuta a cabalidad, sin importar si se hizo dentro del tiempo planeado o previamente estaba atrasada. <p>NOTA: Las acciones cumplidas que deben mantenerse en el tiempo puede ser revisadas posteriormente a través de auditorías internas; si verifica que no se han seguido ejecutando puede volver a abrirla y asignarle el estado <i>en desarrollo</i> o <i>atrasada</i>, según la situación.</p>
EN DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la acción se está ejecutando dentro de las fechas planificadas, o • Cuando sin haber llegado la fecha de inicio los responsables decidieron comenzar su ejecución.
ATRASADA	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando llegada la fecha de inicio, la acción no se ha comenzado a ejecutar, o • Cuando llegada la fecha de finalización, la acción no se ha completado.
NO INICIADA	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando la fecha para comenzar la acción no ha ocurrido.
CANCELADA	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se cumple alguno de los criterios que se describen en el siguiente numeral, que imposibilitan el desarrollo de la acción.

Cuando se realice el seguimiento por auditoría interna, si se requieren ajustes deben ser informados a la Oficina de Calidad para que aplique los lineamientos que se tienen establecidos *para solicitar cambios en los planes de mejoramiento* y que se describen más adelante en este numeral.

El caso de las auditorías externas y una vez se conozcan los resultados, estos serán remitidos a los responsables de las acciones para que definan si necesitan hacer ajustes por si solos, o deben hacer uso de *los lineamientos especiales para solicitar cambios en los planes de mejoramiento*. Dichas decisiones deben ser comunicadas a la Oficina de Calidad y/o Desarrollo Institucional en los quince (15) días siguientes al recibo del informe.

Los ajustes mencionados anteriormente quedaran registrados en las bitácoras de planes de mejora del Aplicativo Almera.

- **Lineamientos especiales para solicitar cambios en los planes de mejoramiento**

De ser requerido un cambio en el planteamiento original de los planes de mejora, tales como ajustes en las acciones de mejora, en las fechas de ejecución, o los responsables es necesario que el líder del proceso

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-02-25

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

responsable eleve una solicitud formal vía correo electrónico a la Oficina de Calidad y/o Desarrollo Institucional según el origen y fuente del plan, quien evaluara la pertinencia de la solicitud.

Los criterios que deben aplicarse para modificar alguna acción de mejora son los siguientes:

- a. **Para modificación de fechas:** Que se haya presentado una situación fortuita e imprevisible, que impidió ejecutar la acción en los tiempos previstos; que se haya dado cambio de personal en los responsables de la ejecución; por incapacidad médica mayor a 15 días cuando el responsable de la acción es una sola persona; cuando la fecha de la acción sea previa a la de otra acción que es condición previa para esta.
- b. **Para modificación de responsables:** Que se haya dado cambio de personal en los cargos responsables de la ejecución; que el responsable haya sido mal asignado, teniendo en cuenta los manuales de funciones.
- c. **Para modificación de la acción:** Que la acción haya quedado mal planteada; que no sea coherente con la oportunidad de mejora o hallazgo o que tenga un alcance irrealizable en el tiempo máximo de ejecución del plan.

Los criterios que deben aplicarse para cancelar una acción de mejora son los siguientes:

- a. Que sea contraria a la ley o los valores de la entidad.
- b. Que haya perdido pertinencia por cambios en la ley.
- c. Que sea imposible de realizar aun ajustándola, porque requiere recursos que extralimitan la capacidad actual de la institución.

11.2.8 Paso 2-H. Cierre de los planes de mejora

El cierre del plan de mejoramiento se hace cuando finaliza el tiempo máximo de ejecución de todas las acciones de mejora incluidas en el mismo.

Para esto, la primera línea de defensa procede a revisar tres aspectos: a) un balance general y concreto de cómo evoluciono el plan, con base en la información recopilada en las actas, informes parciales o el archivo exportable de ejecución con los resultados obtenido del aplicativo Almera b) el cálculo del indicador de gestión del plan, y c) el estado final de los indicadores, si el plan incluía alguno.

Este ejercicio se debe hacer con los responsables de la ejecución del plan y plasmarlo en un acta que será entregada a la tercera línea de defensa. De todas formas los cierres serán reflejados en la plataforma Almera de manera tal que quede para consulta pero bloqueados para cualquier alteración de la información en la ejecución de las acciones o las fechas de cumplimiento de las oportunidades de mejora.

El indicador de gestión del plan mide qué acciones de mejora quedaron completas o atrasadas, y se calcula con la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{\# de acciones en estado (completas o atrasadas)}}{(\text{\# de acciones totales del plan} - \text{\# de acciones canceladas})} \times 100$$

Para el cálculo se coloca en el numerador el # de acciones por cada estado por separado, mientras que el denominador es el mismo, que resulta de restar al total de acciones del plan las que se hayan cancelado.

Al cerrar el plan ya no puede haber acciones de mejora en estado “en desarrollo” o “no iniciadas”, porque se supone que todas estaban planeadas para comenzar y finalizar durante el transcurso del plan, y si no se hizo automáticamente se califican como “atrasadas”, tal y como se indicó anteriormente.

El cumplimiento del plan se calificará únicamente con las acciones cumplidas, con los siguientes criterios:

- **Rojo: 0%-69% - Insatisfactorio**

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

- **Amarillo: 70%-89% - Aceptable**
- **Verde: 90%-100% - Satisfactorio**

11.3 Paso 3 – Evaluación del mejoramiento

La evaluación del mejoramiento se desarrollará anualmente, teniendo como base los siguientes criterios:

- Los procesos de evaluación solicitados en el SUA en los siguientes estándares: estándar 79. Código: (DIR 4), estándar 83. Código: (DIR8), y estándar 95. Código: (GER. 7).
- El análisis de los diferentes indicadores, principalmente los del Sistema de Información para la Calidad del SOGCS, los de la gestión gerencial y los contenidos en el Plan Operativo Anual.
- Las actas de cierre de los planes de mejoramiento.
- Las demás fuentes de información que la alta gerencia considere relevantes.
- Las actas de la revisión de la mejora institucional por parte de la alta dirección a través del comité directivo, el comité de gestión y desempeño y el comité de calidad.

El procedimiento para consolidar los datos anteriores es el definido por la Oficina de Desarrollo Institucional Estratégico quien establecerá las fechas y la forma en que cada dependencia le entregará los insumos, las categorías para clasificar los datos, que puede ser por objetivos estratégicos u otra que se considere, y convocará las instancias de análisis que se requieran (reuniones, mesas de trabajo, comités, etc.) para discutir los resultados y elaborar las conclusiones. Finalmente, entregará el informe a las distintas dependencias de la entidad, el cual servirá de base para los dos últimos pasos del ciclo.

11.4 Paso 4 – Comunicación de los resultados

El Plan de Comunicaciones establecido al inicio del año se implementará durante toda la vigencia, y servirá para comunicar los resultados parciales acorde con lo que reporten los diferentes equipos de mejoramiento, comités, programas y demás responsables, y para informar los resultados finales que quedarán plasmados en el informe que se mencionó en el paso 3 de la Ruta de Mejoramiento.

Un ejemplo de una matriz donde se describe esto se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 5. Matriz de comunicación para el resultado del mejoramiento

COMPONENTE	INFORMACIÓN A COMUNICAR	MEDIOS / CANALES	A QUIEN SE DIRIGE	RESPONSABLES	FRECUENCIA	REGISTROS
Comunicación de resultados del mejoramiento institucional	Logros, avances y balances de la entidad a través de la gerencia	Espacios Charlando Con el Gerente	Colaboradores	Oficina de Comunicaciones	Mensual / A necesidad	Actas, listados de asistencia, fotos.
	Avances en la gestión institucional de riesgos.	Correos masivos Intranet Listas de difusión en WhatsApp Carteleras	Colaboradores	Oficina de Comunicaciones Desarrollo Institucional	A necesidad	Piezas comunicativas
	Mejoras, ajustes y resultados del proceso de acreditación.	Fondos de Pantalla, carteleras, intranet, WhatsApp, redes sociales.	Todos los grupos de valor, especialmente a colaboradores	Oficinas de Calidad y comunicaciones	Mensual	Matriz de envíos masivos, Piezas comunicativas

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE., los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

	Socializar información del proceso de acreditación que permita fortalecer los conocimientos.	Boletín Subred Sur en mejoramiento #ModoAcreditación. Intranet, grupos de WhatsApp, Carteleras, Correos Masivos.	Colaboradores	Oficinas de Calidad y comunicaciones	Mensual	Matriz de envíos masivos Boletines publicados en la intranet
	Avances en la gestión institucional desde el comité directivo, comité de calidad y los de obligatorio cumplimiento	Espacios de las reuniones internas de cada uno de los comités de acuerdo a la programación	Colaboradores que participan en los diferentes comités	Presidente y secretario de cada comité	De acuerdo a la programación de cada comité	Actas, listados de asistencia.

11.5 Paso 5 – Estandarización del aprendizaje, mantenimiento de la mejora y sistematización de las buenas prácticas y lecciones aprendidas

Una vez se divulguen los resultados, las dependencias de la Subred Sur designadas deben organizar instancias para que los colaboradores —que en últimas son los responsables del mejoramiento— puedan discutir el informe entregado por la Oficina de Desarrollo Institucional, y analizar los avances, las dificultades o barreras presentadas, los aprendizajes logrados con los aciertos y los fracasos, y sus recomendaciones para que la alta gerencia pueda decidir cómo se incorporan las mejoras en los procesos institucionales y en las decisiones que se vayan a tomar para el nuevo ciclo de mejoramiento, o incluso para redefinir el futuro de la institución —véase el estándar 76. Código: (DIR1) del Manual de Acreditación—, en caso de que en el análisis conjunto con otros elementos se considere necesario.

El aprendizaje organizacional de la subred se da a través de dos fuentes, estas son:

Desde el aprendizaje de la Subred

- Banco de lecciones aprendidas, buenas prácticas y/o factores de éxito de la Institución que se convierten en lineamientos para otros procesos pasando del conocimiento tácito al conocimiento explícito (gestión del conocimiento)
- Sistematización de lecciones aprendidas a través de una metodología estandarizada.
- Resultados de los planes de mejora producto de las diferentes fuentes institucionales.
- Fortalezas desde los informes del ente acreditador

Desde el aprendizaje de otras entidades

- Resultados de las referencias comparativas.

La sistematización de lecciones aprendidas

El propósito de sistematizarlas es la conversión del conocimiento generado a partir de una experiencia, buena práctica o actividad desarrollada (conocimiento tácito) de manera tal que este sea transformado, en un conocimiento disponible (conocimiento explícito) para todas las personas que conforman la institución, facilitando así la construcción de un modelo replicable, la internalización de los conocimientos y el aprendizaje organizacional asegurado en el tiempo, tal como lo especifica el estándar 160 Código: (MCC5) del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Versión 3..

Para la sistematización la Subred definirá la metodología que aplicara con el fin de lograr el desarrollo de competencias y conocimiento, potenciar acciones conjuntas a la luz de una colaboración y corresponsabilidad Y promover la transformación cultural

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

12. RECURSOS

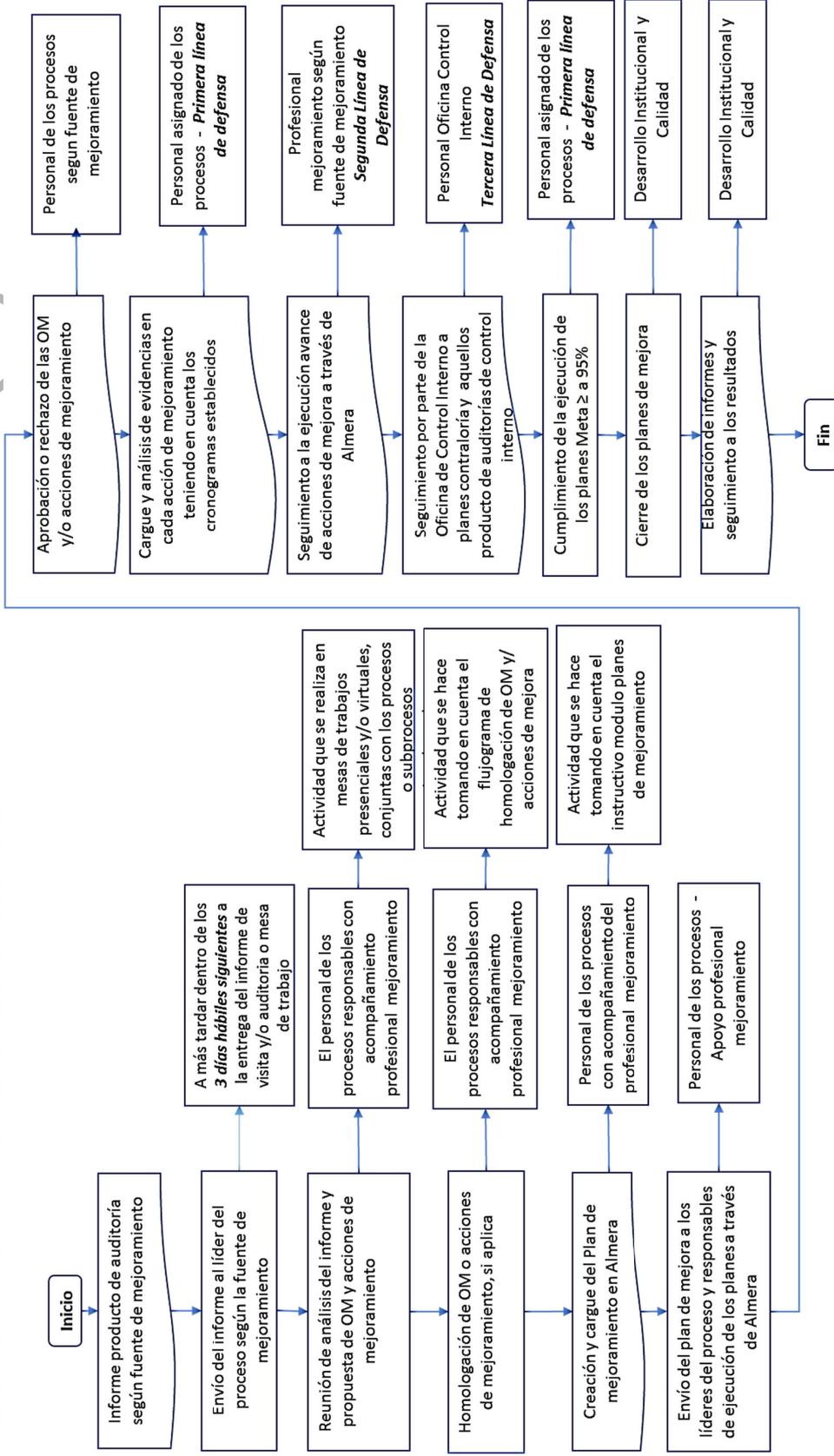
Los recursos necesarios para la gestión del mejoramiento continuo son financieros (para el pago del recurso humano que apoya la gestión de la mejora, dotación, insumos.), tecnológicos (aplicativo de mejora continua, herramientas virtuales), humanos (colaboradores que apoyan la gestión de mejora institucional de los diferentes procesos), y operativos o logísticos (papelería, transporte, refrigerios en caso que aplique).

No obstante, todas las oportunidades y acciones de mejora requieren para su ejecución recursos de diferentes tipos, que deben ser evaluados y garantizados por la alta gerencia de la institución, acorde con la disponibilidad y priorización que haga de los mismos.

CONTROLADO

Nota Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

13. ANEXO 1- DIAGRAMA FUNCIONAL PLANES DE MEJORAMIENTO



 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

14. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
2017-07-27	1	Creación del documento para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
2017-11-30	2	Se modifican todos los numerales del documento.
2018-06-01	3	Se cambia el código, Se modifican todos los numerales del documento.
2019-09-10	4	Se ajusta el manual agregando la mejora continua integrando MIPG, y se ajustan los niveles de acreditación.
2020-06-17	5	Se ajusta la gráfica de la estructura de la oficina de calidad, la gráfica de estructura de los equipos de mejoramiento y se actualiza la conformación de los equipos de los tres niveles de la mejora
2020-09-16	6	Se incluyen las herramientas de mejoramiento, se amplían las fuentes de mejora, se actualiza los roles y responsabilidades de las Oficinas de orden Directivo y estratégico que dinamizan la mejora interna, se incluye el modelo de seguimiento por Líneas de defensa, se incluye la definición del Plan de Mejoramiento Sistémico (Maestro).
2020-12-22	7	Se actualiza la Estructura de los equipos de mejoramiento con enfoque en Acreditación y se incluyen los tips para formular acciones de mejoramiento.
2021-04-18	8	Se actualiza plataforma de la subred sur E.S.E, su glosario, distribución de las fuentes de mejora y roles de I y II orden, definiciones, conceptos sobre el ciclo de mejora y se incluyen lineamientos sobre la priorización de oportunidades y/o acciones de mejoramiento.
2021-06-29	9	Se ajustan componentes del mejoramiento continuo, se amplía explicación de cada uno de sus componentes y herramientas, priorización de oportunidades de mejora, fuentes de mejoramiento, roles, se incluye ruta de mejoramiento y metodología de seguimiento a planes de mejora.
2022-02-25	10	Se cambia de subproceso (Anterior: Acreditación) y código (Anterior: MI-SIC-ACR-MA-01 V9). Se amplían definiciones, se realiza cambio de numerales del documento, se ajustaron las fuentes de mejora institucional, se ampliaron pasos a la ruta operativa, se adiciono texto en el ciclo de mejoramiento incluyendo la sistematización de buenas prácticas y lecciones aprendidas, se ajustó la semaforización que sirve de base para el seguimiento de las acciones de mejoramiento por parte de la primera y segunda línea de defensa, se incluyó el diagrama funcional de planes de mejora. Los ajustes del documento fueron alineados a la parametrización del módulo de planes de mejora del aplicativo ALMERA.

ELABORADO POR	REVISADO POR	CONVALIDADO	APROBADO
Nombre: Ana Elizabeth Pérez Barón	Nombre: Dayra lanova Castellanos Londoño	Nombre: Sandra Patricia Alba Calderón	Nombre: Dayra lanova Castellanos Londoño
Cargo: / Profesional Especializado Referente Línea mejora continua	Cargo: Jefe Oficina de Calidad	Cargo: Referente Control Documental – Calidad	Cargo: Jefe Oficina de Calidad
Fecha: 2022-02-24	Fecha: 2022-02-25	Fecha: 2022-02-25	Fecha: 2022-02-25

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-02-25
MI-SIG-CDO-FT-06 V1 **Página 30 de 32**

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

15. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto número 780 “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social” [Internet]. Bogotá D.C.; 2016. p. 985. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/decreto-unico-minsalud-780-de-2016.aspx>
2. Ministerio de Salud y Protección. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia [Internet]. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2018. p. 101. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>
3. Departamento Administrativo de la Función Pública. Modelo Integrado de Planeación y Gestión [Internet]. 2021. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg>
4. Contraloría General de la República. Principios, fundamentos y aspectos generales para las auditorías en la CGR, en el marco de las normas de auditoría de entidades fiscalizadoras superiores - ISSAI [Internet]. Bogotá D.C.: Contraloría General de la República; 2017. p. 94. Available from: <https://www.contraloria.gov.co/documents/20181/694679/0.+PRINCIPIOS+FUNDAMENTOS+Y+ASPECTOS+GENERALES+PARA+LAS+AUDITORIAS+EN+LA+CGR.pdf/5209d59c-a341-49dc-94c1-5e5b725f3444?version=1.0>
5. World Health Organization. The use of the WHO-UMC system for standardised case causality assessment [Internet]. 2013. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-causality-assessment>
6. Instituto Nacional de Salud. Metodologías para el análisis de problemas, en unidades de análisis, para eventos de interés en salud pública [Internet]. Bogotá D. C.: Instituto Nacional de Salud; 2021. 15 p. Available from: [https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Documentacion/Documentacion para hacer unidad de analisis de caso/METODOLOGÍAS PARA EL ANÁLISIS DE PROBLEMAS.pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Documentacion/Documentacion%20para%20hacer%20unidad%20de%20an%C3%A1lisis%20de%20caso/METODOLOG%C3%8AS%20PARA%20EL%20AN%C3%A1LISIS%20DE%20PROBLEMAS.pdf)
7. Dirección General de Calidad de Servicios del Ministerio de la Protección Social de Colombia. Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en Acreditación [Internet]. Bogotá D.C.; Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planes-mejoramiento-acreditacion.pdf>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Glosario para la aplicación del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1 [Internet]. Bogotá D.C.; 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/glosario-manual-acreditacion-salud.pdf>
9. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad: Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2007. 71 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>
10. Harvard Business Review. Gestion del conocimiento. Bilbao: Ediciones Deusto S.A.; 2000. 245 p.
11. Gino F, Staats B. Why organizations don't learn. Harv Bus Rev [Internet]. 2015;(November):110–118. Available from: <https://hbr.org/2015/11/why-organizations-dont-learn>
12. Moen R, Norman C. Evolution of the PDCA Cycle [Internet]. 2009. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.470.5465&rep=rep1&type=pdf>
13. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Unión

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-02-25
MI-SIG-CDO-FT-06 V1 **Página 31 de 32**

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD <small>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.</small>	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL	CA-MCC-MA-01 V10

Temporal: Instituto de Ciencias de la Salud CES - Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud [Internet]. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia; 2007. 144 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>

14. Instituto Nacional de Salud, Procedimiento acciones correctivas, preventivas y de mejora [Internet]. Bogotá D.C.; Available from: <https://www.ins.gov.co/conocenos/sig/SIG/POE-D02.0000-004.pdf>
15. Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Modelo de mejoramiento continuo de la calidad y la gestión integral [Internet]. Bogotá D.C.; Available from: https://sgi.almeraim.com/sgi/secciones/index.php?a=documentos&option=ver&actual&documentoid=9196&proceso_asociar_id=6386

CONTROLADO

Notal Legal: Está prohibido copiar, transmitir, retransmitir, transcribir, almacenar, alterar o reproducir total o parcialmente, por cualquier medio electrónico o mecánico, tanto el contenido, información y texto como los procesos, procedimientos, caracterizaciones, documentos, formatos, manuales, guías, gráficas, imágenes, comunicados, etc., sin el previo y expreso consentimiento por escrito por parte de la Subred Sur ESE.; los cuales están protegidos por las normas colombianas e internacionales sobre derecho de autor y propiedad intelectual.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2022-02-25
MI-SIG-CDO-FT-06 V1 **Página 32 de 32**