


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

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y LA GESTIÓN INSTITUCIONAL MI-SIC-ACR-MA-01 V9




 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

Contenido

1	OBJETIVO	5
2	ALCANCE	5
3	JUSTIFICACIÓN	5
4	A QUIÉN VA DIRIGIDO	5
5	DEFINICIONES	5
6	NORMATIVIDAD APLICABLE	14
7	RESPONSABLES	14
8	MODELO DE MEJORAMIENTO	14
8.1	INTRODUCCIÓN	14
8.2	DESCRIPCIÓN DEL MODELO	15
8.3	INTEGRACIÓN DEL MODELO MEJORAMIENTO CON OTRAS ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS DE GESTIÓN	16
9	IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE MEJORAMIENTO	16
9.1	PASO 1 – PLANEACIÓN DEL MEJORAMIENTO	16
9.1.1	DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DEL MEJORAMIENTO	16
9.1.2	PLANIFICACIÓN DE LAS FUENTES DE MEJORAMIENTO	16
9.1.3	PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO	17
9.1.4	CÓMO COMUNICAR LOS RESULTADOS DEL MEJORAMIENTO	17
9.1.5	CÓMO SE ESTANDARIZARÁ EL APRENDIZAJE Y SE MANTENDRÁN LAS MEJORAS ALCANZADAS	17
9.2	PASO 2 – IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA OPERATIVA DEL MEJORAMIENTO	18
9.2.1	PASO 2-A. ANÁLISIS DE LOS HALLAZGOS	18
9.2.2	PROCEDIMIENTO ESPECIAL DE HOMOLOGACIÓN DE HALLAZGOS, OPORTUNIDADES Y ACCIONES DE MEJORA	19
9.2.3	PASO 2-B. FORMULACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	20
9.2.4	PASO 2-C. PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	21
9.2.5	PASO 2-D. PLANES DE MEJORA	22
9.2.6	PASO 2-E. SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES	23
9.2.7	PROCEDIMIENTO ESPECIAL PARA SOLICITAR CAMBIOS EN LOS PLANES DE MEJORAMIENTO	25
9.2.8	PASO 2-F. CIERRE DE LOS PLANES DE MEJORA	25
9.3	PASO 3 – EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO	26
9.4	PASO 4 – COMUNICACIÓN DE LOS RESULTADOS	26
9.5	PASO 5 – ESTANDARIZACIÓN DEL APRENDIZAJE Y MANTENIMIENTO DE LA MEJORA	27
10	RECURSOS	27

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 2021-06-29


 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

11 CONTROL DE CAMBIOS **27**

12 BIBLIOGRAFIA **28**

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 2021-06-29


 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

Tablas

TABLA 1. FUENTES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL _____	8
TABLA 2. EJEMPLOS DE HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA CON BASE EN PHVA _____	21
TABLA 3. FORMAS DE PRIORIZAR LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO _____	22
TABLA 4. NIVELES DE SEGUIMIENTO DE LOS PLANES DE MEJORA Y RESPONSABLES _____	23
TABLA 5. POSIBLES ESTADOS DE LAS ACCIONES DE MEJORA _____	24
TABLA 6. MATRIZ DE COMUNICACIONES _____	27

Figuras

FIGURA 1. EQUIPOS PARA LA MEJORA INSTITUCIONAL _____	12
FIGURA 2. LÍNEAS DE DEFENSA DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL _____	13
FIGURA 3. DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL _____	15
FIGURA 4. RUTA OPERATIVA _____	18
FIGURA 5. ALGORITMO PARA HOMOLOGACIÓN DE HALLAZGOS, OPORTUNIDADES Y ACCIONES DE MEJORA _____	20

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

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.

2 ALCANCE

Aplica a todos los subsistemas o 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 todo el personal 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.

5 DEFINICIONES

SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL: El sistema de gestión de la organización es el conjunto articulado de procesos, herramientas y recursos que buscan la mejora en el desempeño de la organización, su sostenibilidad y su adecuación permanente a las necesidades y expectativas de las partes interesadas; para cumplir su propósito se apoya en el Modelo de Mejoramiento Continuo de la Calidad y la Gestión Institucional.

El sistema tiene como base el MIPG (3) y contempla todos los modelos o estrategias de gestión adoptados por la organización —en la actualidad o en el futuro—, ya sea por mandato legal o por decisión institucional. Estos pueden cobijar las siguientes áreas de intervención: calidad, riesgos, seguridad y salud en el trabajo, ambiental, responsabilidad social, tecnología e información, archivos y manejo documental, SARLAFT, entre otros.


RIESGO: Situación potencial e incierta que evidencia la posibilidad de que los objetivos y las características de calidad de un proceso, producto, servicio, proyecto, plan o programa no se cumplan, teniendo en cuenta los requisitos previamente definidos por la institución, la ley o las necesidades y expectativas de las diferentes partes interesadas definidas por la Subred.

El término “riesgo” homologa otros términos usados en algunos modelos y herramientas de gestión para referirse a situaciones potenciales de no calidad como: amenaza (Seguridad y Salud en el Trabajo – SST), peligro (SST).

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,

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

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 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).

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).


FUENTES DE MEJORAMIENTO: 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:

- **Principales.** Son aquellas en las que se hace una evaluación integral de la organización como ocurre en la autoevaluación contra 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 de la plataforma estratégica. Como en estos ejercicios se aplican metodologías de evaluación, y formulación de hallazgos, oportunidades y acciones de mejora que son estandarizadas, no requieren de acciones adicionales para su implementación.
- **Secundarias.** Son las que se caracterizan por generar hallazgos en un campo específico de la gestión institucional, por lo que dan una visión parcial del problema. Usualmente los hallazgos de estas fuentes requieren ser analizados para establecer sus causas y decidir qué acciones deben implementarse para dar una respuesta apropiada.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: Frase formulada como un objetivo, donde se describe de forma general, qué actividad(es) debería ejecutar la institución para dar respuesta a un hallazgo o un riesgo, de manera que se cierre o disminuya la brecha entre la calidad observada o potencialmente afectada, y la calidad esperada.

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

El término “oportunidad de mejora” homologa otros términos usados en algunos modelos y herramientas de gestión para referirse a las acciones que deben realizarse para eliminar las causas de una situación de no calidad —real o potencial—, o para lograr mejoras en el desempeño de la organización, como: acción correctiva (SST), acción de mejora (SST).

Las oportunidades de mejora se formularán en los siguientes casos: a) como respuesta a los hallazgos de una fuente primaria, aplicando la metodología estandarizada que sea del caso, para evaluar la gestión institucional, y b) como respuesta a un hallazgo de una fuente secundaria, solo en los casos establecidos en el presente manual.


 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V8

Tabla 1. Fuentes de mejoramiento institucional


ÁREA DE GESTIÓN	TIPO DE FUENTE	NOMBRE DE LA FUENTE	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FORMA PRESENTACIÓN HALLAZGOS
Evaluaciones integrales de la Subred	Principal	Evaluación del mejoramiento logrado en cada ciclo de mejoramiento	Anual	Direccionamiento estratégico y alta gerencia	Informe
	Principal	Evaluación implementación modelo MIPG	Anual	Direccionamiento Estratégico	Informe
	Principal	Evaluación de la gestión gerencial	Anual	Direccionamiento estratégico y alta gerencia y alta gerencia	Informe
	Principal	Autoevaluación del SUA	Anual	Equipo de mejoramiento sistémico institucional	Oportunidades de mejora por grupo de estándares
	Principal	Revisión y actualización del direccionamiento estratégico	Mínimo cuatrianual	Oficina de Direccionamiento Estratégico	Ajustes al direccionamiento estratégico o nuevo direccionamiento
Gestión de riesgos	Principal	Evaluación del riesgo en salud	Anual	Dirección de Riesgos en Salud	Análisis de eventos en salud pública
	Principal	Evaluación de los riesgos institucionales	Trimestral	Oficina de Direccionamiento Estratégico	Matriz de riesgos por procesos
	Secundaria	Evaluación de riesgos de: seguridad del paciente, SST, ambientales, financieros, de corrupción, SARLAFT, jurídicos, si no están incluidos en los riesgos institucionales	Trimestral	Oficina de Direccionamiento Estratégico	Matriz de riesgos
Monitoreo y evaluación de la gestión institucional	Principal	Seguimiento a indicadores estratégicos de la institución	Trimestral	Oficina de Direccionamiento Estratégico	Reportes con indicadores desviados acorde a las metas establecidas
	Secundaria	Seguimiento modelo de transparencia-conflicto de Interés	Semestral	Oficina de Direccionamiento Estratégico	Informes
	Secundaria	Análisis de eventos o sucesos adversos e incidentes de los programas de: seguridad del paciente, prevención de infecciones, farmacovigilancia, tecnovigilancia,	Acorde a la ocurrencia	Líder de cada programa o componente	Informe

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 2021-06-29

MI-SIG-CDO-FT-06 V1

Página 8 de 29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V8


ÁREA DE GESTIÓN	TIPO DE FUENTE	NOMBRE DE LA FUENTE	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FORMA PRESENTACIÓN HALLAZGOS
		Hemovigilancia, reactivovigilancia, y biovigilancia			
	Secundaria	Rondas de seguridad	Según programación	Programa de Seguridad del Paciente Gestión de la Calidad	Informes de rondas de seguridad
	Secundaria	Análisis de los eventos de interés en salud pública	Acorde a la ocurrencia	Dirección de Gestión del Riesgo en Salud	Informes de unidades de análisis
	Secundaria	Análisis de accidentes e incidentes laborales	Acorde a la ocurrencia	Salud y Seguridad en el Trabajo	Informe
	Secundaria	Análisis de PQRS y satisfacción del usuario	Trimestral	Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano	Informe
	Secundaria	Análisis de los comités institucionales	Semestral	Oficina de Direccionamiento Estratégico	Actas o informes de cada comité
	Secundaria	Seguimiento al desempeño de los terceros contratados	Trimestral	Supervisor del contrato	Informe
	Secundaria	Seguimiento al desempeño de los convenios docencia-servicio	Mensual	Oficina de Gestión del conocimiento	Informe
Autocontrol	Secundaria	Seguimiento de planes de mejora del SUA	Mensual	Líderes y secretarios mesas de los equipos de autoevaluación y equipos primarios	Actas de cada mesa
	Secundaria	Seguimiento de planes de mejora de: seguridad del paciente, prevención de infecciones, Programas de vigilancia en Salud, eventos de interés en salud pública, SST, SIDBA, PQRS, planes derivados del mejoramiento institucional por seguimiento a procesos	Mensual	Líder de cada programa o componente	Actas del autocontrol efectuado por cada programa o componente
Auditorías internas	Principal	Auditoría de Control Interno	Anual	Oficina de Control Interno	Informe
	Principal	Auditoría del PAMEC	Trimestral	Oficina de Calidad	Informe
	Secundaria	Auditoría de historias clínicas	Mensual	Gestión de la Calidad y Comité de Historias Clínicas	Informe

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 2021-06-29

MI-SIG-CDO-FT-06 V1


Página 9 de 29

 <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	MI-SIC-ACR-MA-01 V8

ÁREA DE GESTIÓN	TIPO DE FUENTE	NOMBRE DE LA FUENTE	FRECUENCIA	RESPONSABLE	FORMA PRESENTACIÓN HALLAZGOS
	Secundaria	Auditorías de la Revisoría Fiscal	Según programación	Revisoría Fiscal	Informe
Auditorías Externas	Principal	Auditoria de ente acreditador	Anual	Ente acreditador	Informe con hallazgos, fortalezas y oportunidades de mejora
	Secundaria	Auditorias de Entes territoriales, Veeduría ciudadana y Entidades de control	Según criterio de cada entidad	Cada ente de control	Informe
	Secundaria	Auditorias de las entidades responsables del pago de servicios de salud	Según criterio de cada entidad	Cada entidad	Informe
Referenciación	Secundaria	Ejercicios de referenciación comparativa	Cuando se haga el ejercicio	Dependencia de la Subred que ejecute la referenciación	Informe con oportunidades de mejora factibles de implementar en la institución

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

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.

ACCIÓN DE MEJORA: Es el conjunto de tareas 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 Deming (Planear, Hacer, Verificar y Actuar).

PLAN DE MEJORAMIENTO: Documento que enlista y resume las acciones de mejora formuladas a partir de una o varias oportunidades de mejora, así como los responsables de la ejecución de cada acción, las fechas previstas para dar inicio y concluir cada una de ellas, y otros datos que la institución considere relevantes para controlar su cumplimiento. 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.

HOMOLOGACIÓN DE OPORTUNIDADES Y ACCIONES DE MEJORA: Hace referencia al procedimiento mediante el cual se evalúa si ante un hallazgo se deben formular oportunidades 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.

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

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.


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. Desde su gestión se planea, implementa, monitoriza, comunica y mantiene el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional; apoya la gestión de mejoramiento institucional desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas, comités, etc.), monitorea los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento, responde por los resultados del plan de*

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

mejoramiento institucional, su divulgación a la institución y reporta los resultados de la gestión a la Alta Dirección (8).

- **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. Sus funciones principales son: promover el liderazgo, planear, gestionar, monitorizar, mantener y desplegar los avances del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente y 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 y facilitan la gestión de los equipos primarios de mejoramiento (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; implementan y monitorizan 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. Los equipos primarios facultan la creatividad e innovación y se enfocan en resultados de mejora a partir del aprendizaje. Estos equipos apoyan la gestión de los grupos de autoevaluación de los estándares de acreditación, deben contar con un plan de mejoramiento específico para dar respuesta a los estándares que les aplican, responden por la implementación, despliegue y divulgación de los estándares en cada una de las áreas y servicios y reportan resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento al equipo de autoevaluación del grupo de estándares correspondiente (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.

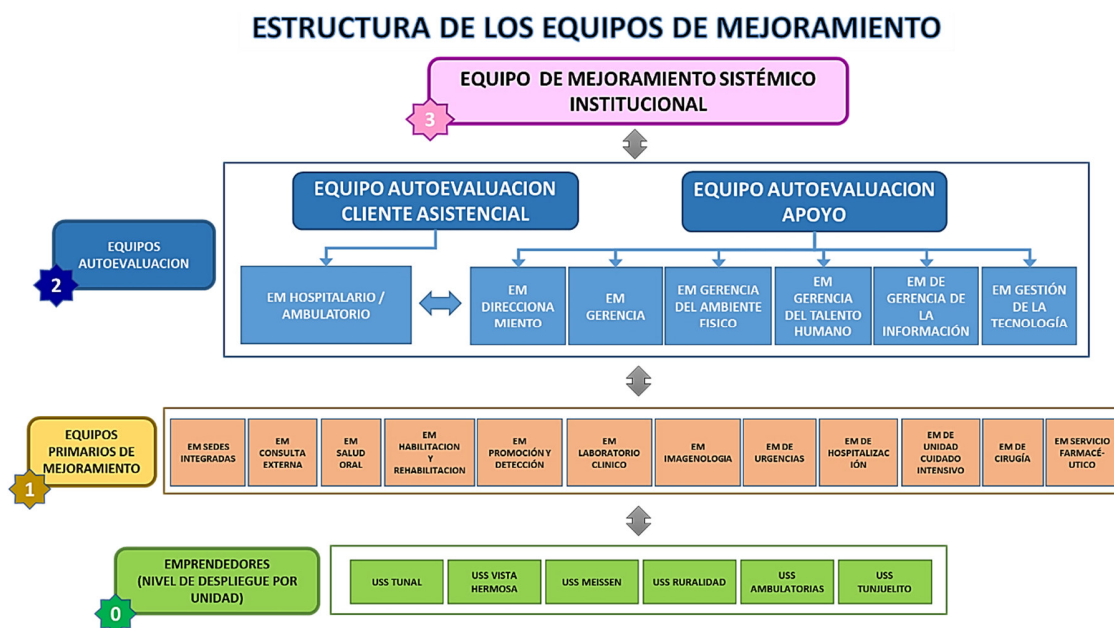



Figura 1. Equipos para la mejora institucional

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

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. A las líneas propuestas por el MIPG se ha adicionado una cuarta línea de defensa, que en el caso de la Subred Sur es un apoyo importante en la mejora de la gestión de la entidad.

Las líneas de defensa son:


- **Primera línea:** Desarrolla e implementa procesos de autocontrol para la identificación, análisis, valoración, implementación y monitoreo de acciones de mejora para mejorar la calidad y gestionar los riesgos. Esta línea es desarrollada 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 Oficina de Direccionamiento Estratégico con el apoyo de la Oficina de Gestión de la Calidad, esta última para ayudar a evaluar la eficacia de las acciones de mejora. y la Dirección de Gestión del Riesgo en Salud, que hace seguimiento a los planes de mejoramiento del Sistema de Vigilancia de Salud Pública.¹
- **Tercera línea:** Es responsable de evaluar la efectividad del sistema de gestión integral de la entidad, a través de un enfoque basado en riesgos, y evaluar la eficacia de la primera y segunda línea de defensa. Está en cabeza del equipo de mejoramiento sistémico institucional, además participa la Oficina de Control Interno, que se encarga de verificar que los planes de mejoramiento se formulen y ejecuten 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

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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

6 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	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Decreto 903	2014	Sistema Único de Acreditación	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Decreto 780	2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	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	DAFP
Resolución 5095	2018	Sistema único Acreditación por la cual se adopta el manual de acreditación en salud Ambulatorio hospitalario de Colombia VERSION 3.1	Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS)
Resolución 3100	2019	Sistema único de Habilitación.	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 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 Supersalud, incluye reporte al PAMEC	Superintendencia Nacional de Salud

7 RESPONSABLES

El modelo de mejoramiento será desarrollado fundamental por los equipos y demás dependencias mencionadas en las líneas de defensa, anteriormente descritas, como también por otras áreas 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 en el logro de los propósitos del modelo de mejoramiento.


8 MODELO DE MEJORAMIENTO

8.1 Introducción

El desarrollo de la gestión institucional opera mediante un *enfoque basado en procesos*, el cual fue aprobado bajo el Acuerdo 074 de 2020, como herramienta de gestión del direccionamiento estratégico de la institución. En este, el modelo de mejoramiento de la Subred es una herramienta para que la gestión agregue valor, es decir, sea más eficiente, transparente, ayude en la toma de las mejores decisiones

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

basadas en hechos y datos, logre resultados demostrables y sostenibles centrados en los usuarios, sus familias y la comunidad, y contribuya el aprendizaje organizacional.

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.

8.2 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 (ver figura 3).

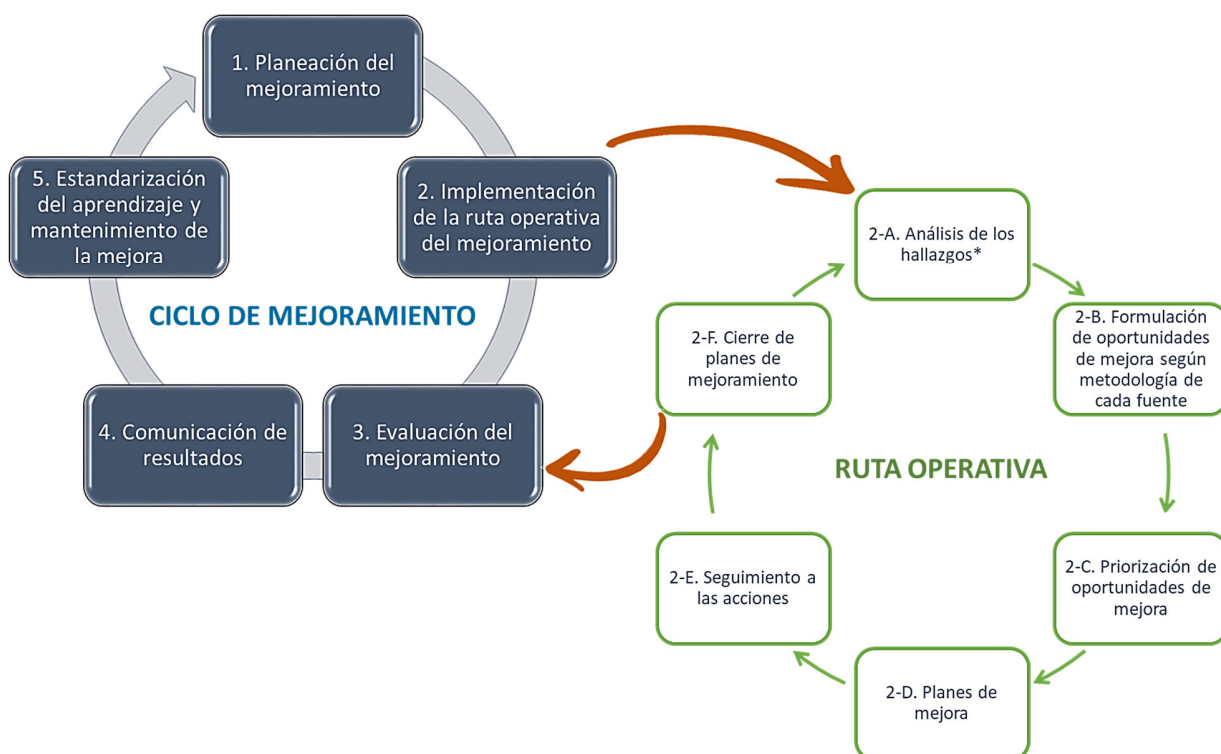



Figura 3. Descripción del modelo de mejoramiento institucional

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 vigente (2). La **ruta operativa** señala los pasos específicos que se ejecutan para realizar los planes de mejoramiento desde su origen hasta su cierre. El asterisco (*) en el paso 2-A de la ruta operativa es para indicar que dependiendo del tipo de hallazgo, se realizará una variación a la ruta y se aplicará el *Procedimiento Especial de Homologación de Hallazgos, Oportunidades y Acciones de Mejora*, como se describe más adelante.

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.

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

8.3 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 – SOGCS, 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 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).

9 IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE MEJORAMIENTO

9.1 Paso 1 – Planeación del mejoramiento

9.1.1 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 vigente (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.


9.1.2 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, su periodicidad 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 áreas distintas. 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.

La última versión de cada documento será la única válida para su utilización y estará disponible 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

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, pero no la temporalidad de su ejecución (por ejemplo, PQRS, análisis de eventos graves de áreas como tecno o fármaco-vigilancia, etc.), se tendrá establecido en los procesos respectivos las acciones a desarrollar una vez se tenga noticia de la existencia del hecho (por ejemplo, cómo atender una auditoría externa y responder a los hallazgos, o el procedimiento para analizar un incidente de trabajo y establecer las acciones a desarrollar).

La Oficina de Direccionamiento Estratégico será la encargada de verificar que al inicio de cada año, todos los responsables de cada fuente de mejoramiento planifiquen las labores que desarrollarán.

9.1.3 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 la inversión en 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 a inicio de cada año y revisarse anualmente. Esta actividad debe ser liderada por la Oficina de Direccionamiento Estratégico

9.1.4 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.

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 Direccionamiento Estratégico.


9.1.5 Cómo se estandarizará el aprendizaje y se mantendrán las mejoras alcanzadas

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.
- 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, que surge de las ideas o

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

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.

9.2 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 de las diferencias, todas están basadas en el ciclo PHVA (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 último un cierre donde se determina su grado de cumplimiento.

Como se mencionó anteriormente, como 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, y finaliza en el 2-F. Cierre de planes de mejoramiento (ver figura 4). A continuación, se describirá cada uno de ellos:

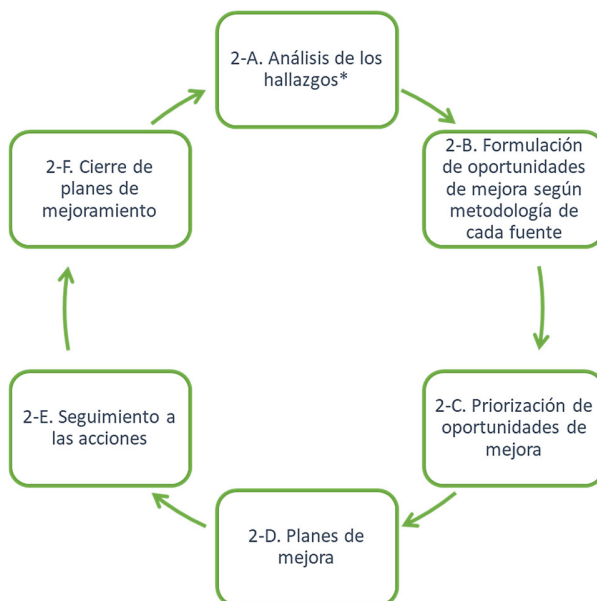



Figura 4. Ruta operativa

9.2.1 Paso 2-A. Análisis de los hallazgos

El análisis de los hallazgos se refiere al ejercicio de tomar los datos obtenidos en un ejercicio 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.

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

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”.

Los hallazgos de fuentes primarias, por la integralidad de la evaluación, por las metodologías aplicadas que incluyen grupos representativos o equipos de auditoría con mayor competencia, no requieren de acciones adicionales y pasan directamente a la formulación de oportunidades de mejora. Por el contrario, los de fuentes secundarias deben pasar por el procedimiento que se describe en el siguiente numeral.

9.2.2 Procedimiento especial de homologación de hallazgos, oportunidades y acciones de mejora

Los hallazgos de fuentes secundarias por lo general se refieren a aspectos más puntuales o específicos de la gestión institucional, así que es posible que ya haya sido identificado en evaluaciones previas, e incluso ya existan oportunidades y acciones de mejora en curso para responder al hallazgo, lo que haría innecesario volver a hacerlo.

Para verificar esto, se aplicará el algoritmo descrito en la figura 5, que consta de las siguientes tareas:

- a. **Realizar el análisis de causa del hallazgo.** Esta tarea se puede realizar usando las herramientas que desde mejoramiento continuo se proponen dónde para la Subred Sur, se promueve el uso de **la herramienta de los 5 Porqué** en el formato **MI-SIG.ACR-FT-13**, así como los métodos propios usados en algunos programas como Seguridad del Paciente o Gestión de Riesgos. Si encuentra que las causas son sistemáticas, es decir, son comunes a otros hallazgos y son frecuentes se continuará con la tarea C. En caso contrario, se asumirá que el hallazgo es ocasional, probablemente producto de una falla aislada y se procederá a la tarea B del procedimiento especial.
- b. **Formular una corrección o acción de mejora inmediata.** Esta pretende solucionar el hallazgo rápidamente para evitar que una situación aislada genere insatisfacción o la pérdida de una oportunidad, o se convierta en el futuro en un problema sistemático. 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.

La corrección o acción de mejora inmediata se registrará en el formato **DI-DE-FT-15 CONSOLIDADO DE ACCIONES DE MEJORA INMEDIATAS INSTITUCIONAL** o en el módulo respectivo del aplicativo institucional.

- c. **Revisar si hay oportunidades de mejora y acciones en curso que den solución al hallazgo y sus causas.** Si en la tarea A se definió que el hallazgo tiene causas sistemáticas, se debe revisar en el aplicativo institucional donde se registran los planes de mejora o en las diferentes bases de datos, 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

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

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 al plan.

En los dos casos señalado, se debe proceder a homologar el hallazgo, 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 institucional o en el formato PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL.

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-B de la Ruta Operativa.

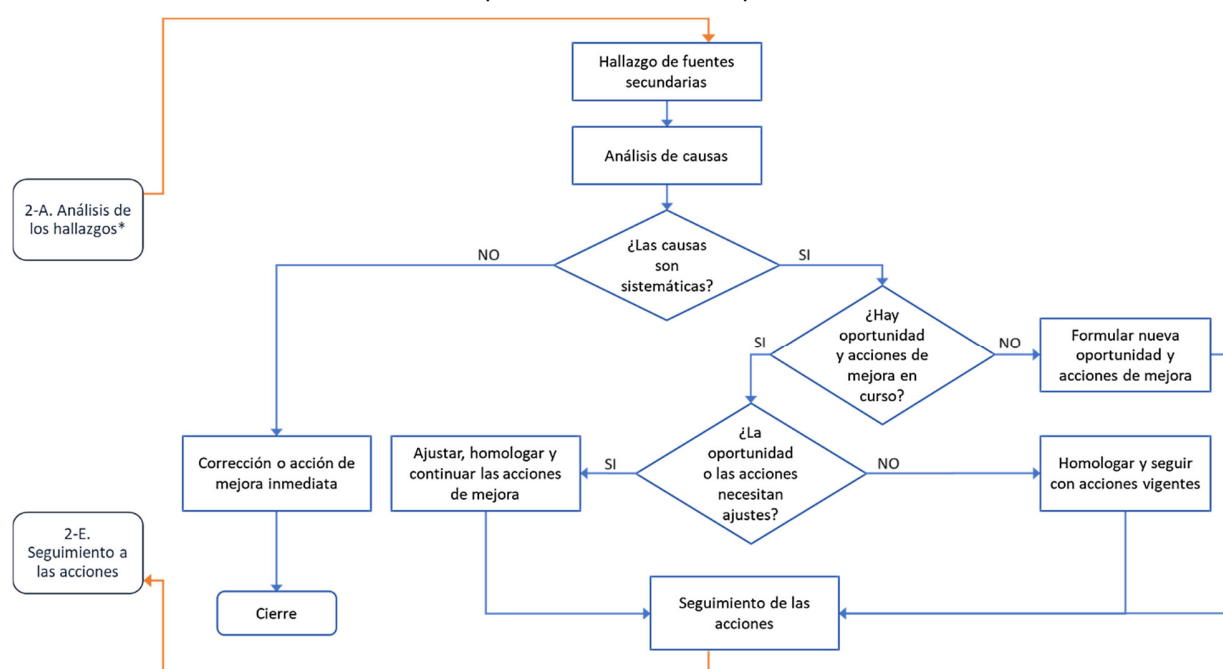


Figura 5. Algoritmo para homologación de hallazgos, oportunidades y acciones de mejora

9.2.3 Paso 2-B. 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.

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.

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

- **¿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 señalar la magnitud de lo que se va a hacer (la meta) para hacer tangible la manera de medir el progreso.
- **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.

Las oportunidades de mejora se pueden formular siguiendo el ciclo PHVA, 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

HALLAZGO	OPORTUNIDAD DE MEJORA
La institución no cuenta con una metodología para formular el plan de comunicaciones.	Formular en el primer semestre del 2022 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.	Ejecutar 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%
	Medir en cada semestre los indicadores del plan de comunicaciones y analizar los resultados, con una meta esperada de 95%

9.2.4 Paso 2-C. Priorización de oportunidades de mejora

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

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 2021-06-29


 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

Tabla 3. Formas de priorizar las oportunidades de mejoramiento

HERRAMIENTA O ESTRATEGIA DE GESTIÓN	FORMA DE PRIORIZAR	CRITERIOS
Sistema Único de Acreditación	Matriz de priorización	Riesgo, costo, volumen
Gestión de riesgos institucionales, SST	AMFE	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.

9.2.5 Paso 2-D. 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 formulado en la institución a partir de una fuente de mejoramiento primaria debe tener un plazo máximo de ejecución de un año; si es derivado de una fuente secundaria, debe procurar que el plazo sea el más corto posible y ojalá dentro de la vigencia. En todo caso su plazo máximo también será de un año. Los planes se registrarán en el formato MI-SIG-PAM-FT-01 PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL.

A partir de la identificación de las oportunidades de mejora, se formula el plan, mediante el formato MI-SIG-PAM-FT-01 PLAN DE MEJORA INSTITUCIONAL, el cual describe los siguientes campos:

FUENTE: Acorde a lo especificado en la tabla1 del presente manual para indicar la fuente donde se ocasiona el hallazgo

FECHA DE INICIAL Y FINAL DEL PLAN: 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 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 la oportunidad de mejoramiento planteada, para subsanar el hallazgo reportado.

CAUSA: Se realiza su identificación mediante la metodología de los 5 Porqué, la cual se basa 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?”, al menos cinco veces.

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

BARRERA DE MEJORAMIENTO: Se identifican las barreras de mejoramiento como factores organizacionales que debo tener en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento, y así prever y controlar factores para que mi plan sea exitoso.

PRIORIZACIÓN: Se realiza por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo

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 relaciona directamente con la Oportunidad de Mejora.

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.
- Al escribir el(los) responsable(s) de la acción se debe procurar que sean los estrictamente encargados, con su nombre y cargo. Se debe evitar colocar el nombre de dependencias sin especificar quien responde por la acción.
- No se deben dejar fechas abiertas o con textos como “permanente” o “continua”. También se debe evitar la asignación de fechas que abarquen toda la vigencia a todas las acciones, como del 1 de enero de 2021 al 31 de diciembre de 2021.

9.2.6 Paso 2-E. Seguimiento a las acciones

Formular las acciones es tan importante como hacer su seguimiento, pues la manera en que garantiza que el plan se ejecute adecuadamente, para 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 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), como se mostró en la figura No. 2. El seguimiento se realizará como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 4. Niveles de seguimiento de los planes de mejora y responsables

MECANISMO	MÉTODO	PROPÓSITO	FRECUENCIA	RESPONSABLES
AUTOCONTROL	Mesas de trabajo, comités institucionales,	Revisar el grado de ejecución de las acciones de mejora, las dificultades presentadas y la manera de solucionarlas	Mensual	Líderes de proceso, Equipos primarios con el apoyo de los emprendedores, equipos de autoevaluación, equipo de mejoramiento sistémico institucional (sólo para los estándares de mejoramiento del SUA), otros responsables
AUDITORÍA INTERNA - A	Revisión de la completitud de	Verificar que los planes de mejoramiento se	Trimestral	Oficina de Control Interno y Dirección de Gestión del Riesgo en Salud (solo para los

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

MECANISMO	MÉTODO	PROPÓSITO	FRECUENCIA	RESPONSABLES
	los planes de mejora	formulen y ejecuten acorde con lo dispuesto en este manual y demás documentos complementarios		planes de mejoramiento de los eventos de interés en salud pública)
AUDITORÍA INTERNA - B	Revisión de acciones de mejora y evidencias de su ejecución.	Determinar si lo ejecutado está acorde con lo planeado, y si existen soportes que lo respalden. Si en el plan se incluyeron indicadores, revisar su comportamiento. Esto para todos los planes ejecutados y cargados en el aplicativo institucional	Trimestral	Oficina de Direccionamiento Estratégico con el apoyo de la Oficina de Calidad

Durante el seguimiento por AUTOCONTROL, se revisará cada una de las acciones y en el aplicativo institucional se registrarán: los avances y dificultades presentadas, el estado de cada acción y las medidas para lograr que la acción se complete. El estado podrá calificarse con las opciones que se muestran a continuación, aplicando los criterios definidos en cada caso:

Tabla 5. Posibles estados de las acciones de mejora


ESTADO	CRITERIOS
CUMPLIDA	<ul style="list-style-type: none"> Cuando la acción se completa a cabalidad, sin importar si se hizo dentro del tiempo planeado o previamente estaba atrasada. NOTA: Las acciones cumplidas que deben mantenerse en el tiempo puede ser revisadas posteriormente por la AUDITORIA INTERNA – B; si verifica que no se han seguido ejecutando puede volver a abrirla y asignarle el estado EN PROCESO o ATRASADA, según la situación.
EN PROCESO	<ul style="list-style-type: none"> Cuando la acción se está desarrollando 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 AUDITORIA INTERNA – A, si se requieren ajustes deben ser informados a la Oficina de Calidad para que aplique el *Procedimiento especial para solicitar cambios en los planes de mejoramiento*, que se describe en el siguiente numeral.

El seguimiento por AUDITORIA INTERNA – B, es el único que puede modificar el estado de las acciones de mejora, si considera que los soportes mostrados no respaldan la calificación dada en el autocontrol.

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

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 del *Procedimiento especial para solicitar cambios en los planes de mejoramiento*, que se describe en el siguiente numeral. Dichas decisiones deben ser comunicadas a la Oficina de Calidad y Direccionamiento Estratégico en los quince (15) días siguientes al recibo del informe, dependencias que junto con otras que puedan tener incidencia en la situación, podrán asesorarlos en el proceso.

De todas las actividades de este paso, los responsables de cada mecanismo de seguimiento deben dejar registros (actas o informes).

9.2.7 Procedimiento especial 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 responsable eleve una solicitud formal a la Oficina de Calidad y/o Direccionamiento Estratégico según el origen del plan, quien evaluará la pertinencia de la solicitud. No se pueden modificar las oportunidades de mejora.

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; 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.

9.2.8 Paso 2-F. 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 segunda línea de defensa procede a revisar tres aspectos: a) un balance general y concreto de cómo evoluciona el plan, con base en la información recopilada en las actas o informes parciales, 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.

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

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

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

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

El cierre oficial del plan de mejoramiento lo hace la tercera línea de defensa, según lo señalado en las definiciones, con base en los insumos que le provee la segunda línea de defensa. Este cierre se hace mediante acta donde, en conjunto con los responsables del plan y representantes de la segunda línea, se establece que tan efectivo fue el plan y que barreras de mejoramiento hubo. Esta acta servirá de insumo para la evaluación del mejoramiento.

9.3 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.

El procedimiento para consolidar los datos anteriores es el definido por la Oficina de Direccionamiento 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.

9.4 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.

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


 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

Tabla 6. 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	Mensajes del gerente y respuestas semanales a las inquietudes de sus colaboradores.	Ventana emergente en los computadores	Colaboradores	Oficina de Comunicaciones	Semanal	Registros en la plataforma informática
	Avances en la gestión de riesgos.	Piezas audiovisuales, mensajes masivos a correos institucionales.	Colaboradores	Oficina de Comunicaciones	Mensual	Planilla de medios electrónicos Planilla de piezas audiovisuales
	Mejoras, ajustes y resultados del proceso de acreditación.	Fondos de Pantalla, carteleras, folletos	Colaboradores	Oficinas de Calidad y comunicaciones	Mensual	Planilla de uso de carteleras Planilla de piezas audiovisuales

9.5 Paso 5 – Estandarización del aprendizaje y mantenimiento de la mejora

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 Direccionamiento Estratégico, 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 procedimiento para este último paso también es el definido por la Oficina de Direccionamiento Estratégico.

10 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.

11 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 continúa integrando MIPG, y se ajustan los niveles de acreditación.

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO
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.


ELABORADO POR	REVISADO POR	CONVALIDADO	APROBADO
Nombre: Iván Javier Angarita Gálvez / Luz Brigitte Marín	Nombre: Dayra Ianova Castellanos Londoño	Nombre: Sandra Patricia Alba Calderón	Nombre: Gloria Libia Polania Aguilón
Cargo: Profesional Especializado Oficina de Calidad / Profesional Administrativo – Oficina de Calidad	Cargo: Jefe Oficina de Calidad	Cargo: Referente Control Documental - Calidad	Cargo: Jefe Oficina de Desarrollo Institucional
Fecha: 2021-06-10	Fecha: 2021-06-25	Fecha: 2021-06-29	Fecha: 2021-06-29

12 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]. 2017. 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+A>

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 2021-06-29

 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	MI-SIC-ACR-MA-01 V9

SPECTOS+GENERALES+PARA+LAS+AUDITORÍAS+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/Documentacin para hacer unidad de anlisis de caso/METODOLOGÍAS PARA EL ANÁLISIS DE PROBLEMAS.pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Documentacin%20para%20hacer%20unidad%20de%20anlisis%20de%20caso/METODOLOGÍAS%20PARA%20EL%20ANÁLISIS%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 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>

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 2021-06-29