

GESTIÓN DE LA CALIDAD

Edición N°: 4

Revisión N°: 4

Fecha: Marzo de 2016

Fecha: Octubre de 2020

Responsable: Jefe de Gestión de la Calidad

Área: Gestión de la Calidad

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

Manuel Uribe Angel

E.S.E HOSPITAL

Vinculados con la Vida!

Elaboró: Lucelly Alzate Rios – Jefe de Gestión de la Calidad

Aprobó: Martha Lucía Vélez Arango
Gerente

Firma:

Firma:

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

HOJA DE CONTROL DEL DOCUMENTO

EDICIÓN	REVISIÓN	FECHA	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ	OBSERVACIONES
1		Octubre de 2007	Grupo de Mejoramiento de la Calidad	Juan Guillermo Tamayo	Juan Guillermo Tamayo	
2		Agosto de 2011	Jefe de Gestión de Calidad	Grupo de Mejoramiento	Juan Guillermo Tamayo Maya	Ajuste de entradas y salidas del modelo, así como el seguimiento y cierre de las acciones de mejora
2	1	Agosto de 2012	Jefe de Gestión de Calidad	Grupo de Mejoramiento	Juan Guillermo Tamayo Maya	Inicio de la transición hacia el modelo de mejoramiento previsto en la Resolución 123 de 2012 (Nuevo manual de acreditación)
3		Noviembre de 2014	Jefe de Gestión de Calidad	Grupo de Mejoramiento	Martha Lucia Vélez Arango	Reestructura conformación de grupos de mejoramiento de acuerdo al PAMEC, y la gerencia del día a día como estrategia para la adecuada gestión del modelo
3	1	Julio 2015	Jefe de Calidad Jefe de Planeación	Grupo de mejoramiento	Martha Lucia Vélez Arango	Revisión general del documento
4		Marzo de 2016	Jefe de Calidad Líder de Planeación	Grupo de Mejoramiento	Martha Lucia Vélez Arango	Alineación del Modelo a los conceptos de la NTCGP 1000 y articulación con los otros documentos institucionales relacionados con la gestión de mejora
4	1	Abril del 2018	Jefe de Gestión de la Calidad	Grupo de Mejoramiento	Martha Lucia Vélez Arango	Revisión general del documento
4	2	Diciembre de 2018	Jefe de Gestión de la Calidad	Grupo de Mejoramiento	Martha Lucia Vélez Arango	Ajuste de acuerdo a la nueva norma de Acreditación

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

4	3	Febrero de 2019	Jefe de Gestión de la Calidad	Grupo de Mejoramiento	Martha Lucia Vélez Arango	Como respuesta a oportunidad de mejora del INVIMA, Se ajusta criterios el plan de mejora de la herramienta GIS, Se incluye formato de análisis de causas para no conformidades y productos no conformes de los procesos de central de mezclas y central de gases, se ajusta el tratamiento de las No conformidades y Productos no conformes reales y se ajustan el mecanismo de evaluación del Modelo.
4	4	Octubre 2020	Jefe de Gestión de la Calidad y Planeación	Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Martha Lucia Vélez Arango	Se realizan ajustes al Modelo, relacionados con los criterios de los estándares 64, 75, 81, 86, 153, 156, 158, 159 del Sistema único de Acreditación en salud – Resolución 5095 de 2018. Además, se tienen en cuenta los criterios de las políticas integrales de gestión del MIPG: Evaluación y Desempeño Institucional y Control Interno

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



Resolución Número 044 (3 de febrero de 2009)

Por medio de la cual se adoptan documentos relacionados con el mejoramiento de la calidad de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel, tales como: El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) 2008-2010, Modelo Institucional de Mejoramiento de la Calidad, Manual de Eventos de seguridad, Modelo de Seguridad, Manual de Competencias Padrinos y Ahijados, Programa de Despliegue al Mejoramiento Continuo, Campaña de Fortalecimiento de la Cultura de Seguridad y Lineamientos para la estimación de los Costos de No Calidad.

El Gerente de la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel Envigado, en uso de sus atribuciones legales y estatutarias y

CONSIDERANDO

- Que El Hospital Manuel Uribe Ángel comprometido con la comunidad y el Estado, orientará sus Procesos, su Tecnología, su Recurso Humano y Financiero a prestar servicios de salud en: Ayudas Diagnosticas, Tratamiento médico Ambulatorio, Quirúrgico y Hospitalario, con el fin de contribuir en la calidad de vida de los usuarios, basados en su cultura de principios, valores y enfocado a preservar la seguridad del paciente y la mejora continua de la Gestión.
- Que se hace necesario diseñar un conjunto de elementos estructurales, procesos instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias y diseñar lineamientos encaminados a generar una cultura de seguridad y calidad.
- Que la Institución en su proceso de Mejoramiento Continuo debe contar con unas directrices generales enfocadas a identificar oportunidades de Mejora y sus causas para poder realizar un impacto positivo en la satisfacción del usuario y la mejora del tratamiento Hospitalario.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

RESUELVE

Artículo Primero: adóptese y cúmplase con los lineamientos descritos en los documentos El Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) 2008-2010, Modelo Institucional de Mejoramiento de la Calidad, Manual de Eventos de seguridad, Modelo de Seguridad, Manual de Competencias Padrinos y Ahijados, Programa de Despliegue al Mejoramiento Continuo, Campaña de Fortalecimiento de la Cultura de Seguridad y Lineamientos para la estimación de los Costos de No Calidad.

Dado en Envigado a los 3 días del mes de febrero de 2009.

JUAN GUILLERMO TAMAYO MAYA
Gerente

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVO	8
4. ALCANCE.....	8
5. RESPONSABLES	8
6. MARCO LEGAL	8
7. MARCO CONCEPTUAL.....	10
7.1 DEFINICIONES APLICABLES AL SISTEMA INTEGRAL DE GARANTÍA DE LA CALIDAD.....	10
7.2 PRINCIPIOS DE CALIDAD	13
7.3 OTROS CONCEPTOS APLICABLES AL MODELO	14
7.3.1 Gerencia Del Día A Día	14
7.3.2 Gerencia De Procesos	15
8. DESARROLLO DEL MODELO:	15
8.1 REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL MODELO	16
8.2 DESCRIPCIÓN DEL MODELO	17
8.3 GRUPOS DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	21
8.4 COMPROMISO DEL LÍDER DEL PROCESO FRENTE AL CICLO DE MEJORAMIENTO	22
8.5 MAPA DE PROCESOS – CADENA DE VALOR.....	22
8.6 CICLO DE MEJORAMIENTO	23
8.6.1 Entradas del Modelo de Mejoramiento – Identificación de No Conformidades y Productos No conformes.....	23
8.6.2 Validación De No Conformidades y Productos No conformes	30
8.6.3 Agrupación De No Conformidades o Productos No conformes.....	30
8.6.4 Clasificación de las Oportunidades de Mejora	31
8.6.5 Tratamiento de No Conformidades y Productos No conformes.....	32
8.6.6 Análisis Causal.....	36
8.6.7 Priorización De Oportunidades De Mejora.....	49
8.6.8 Instrucciones Para Diligenciamiento del Aplicativo GIS – Plan de Mejora.....	51
8.6.9 Ejecución De Acciones De Mejora.....	57
8.6.10 Monitorización Del Mejoramiento.....	58
8.6.10.1 Autocontrol o Primera Línea de Defensa	59
8.6.10.2 Autogestión o Segunda Línea de Defensa.....	60
8.6.10.3 Evaluación Independiente o Tercera Línea de Defensa.....	61
8.6.11 Salidas Del Modelo De Mejoramiento.....	62
8.6.12 Comunicación de Resultados Del Mejoramiento Institucional	63
8.6.13 Aprendizaje Organizacional.....	63
8.6.14 Mecanismos Para la Generación de Ideas Innovadoras	64
9. MECANISMOS DE EVALUACIÓN	65
10. DOCUMENTOS RELACIONADOS.....	66
11. ANEXOS.....	67
12. BIBLIOGRAFIA	68

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



1. INTRODUCCIÓN.

En este documento la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel, construye y orienta el modelo de gestión hacia el mejoramiento continuo, bajo los más altos estándares de calidad, procurando actuaciones transparentes, leales y eficaces en el quehacer diario por parte de todos sus colaboradores, a partir de identificar oportunidades de mejora que permitan cerrar las brechas que nos separa de la meta trazada y la calidad esperada.

El plan de mejora se origina de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de los estándares de Acreditación, las auditorías internas y externas, las necesidades de los usuarios, las proyecciones para el control y gestión de los riesgos y el seguimiento y análisis de los indicadores, permitiendo prevenir riesgos y atacar los problemas planteados a través de propuestas y acciones orientadas a mejorar la calidad del servicio y la eficiencia en la operación.

La gestión del mejoramiento continuo en la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel es una directriz estratégica que se planifica, conduce, monitorea y difunde por los grupos primarios, grupos de mejoramiento y por los comités organizacionales. Dándose especial énfasis en aquellos comités que guardan una relación directa con los procesos misionales- en la prestación de los servicios de salud ofertados por la Institución, como son (Comité de Ética Hospitalaria, Comité de Infecciones, Comité de Emergencias, Comité de seguimiento al riesgo, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Farmacia y Terapéutica, Comité de vigilancia epidemiológica y estadísticas vitales, comité de bioética, entre otros).

2. JUSTIFICACIÓN

La organización enmarcada en su filosofía de trabajo y guiada por los principios y valores definidos en el Código de Ética y las Políticas Institucionales, fomenta el autocontrol, la autogestión y el mejoramiento continuo con base en modelos organizacionales, con lineamientos para los procesos, asegurando el cumplimiento de los objetivos y metas Institucionales.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

3. OBJETIVO

Mantener y mejorar continuamente los procesos y servicios de la organización a través de la aplicación del ciclo PHVA, buscando el cierre permanente de brechas entre la calidad esperada y los resultados observados, de tal forma que se logre el cumplimiento de los requisitos legales, normativos y reglamentarios, obteniendo el incremento continuo de la satisfacción de los clientes y otras partes interesadas.

4. ALCANCE

Este documento aplica para todos los procesos y todas las sedes de la ESE.

5. RESPONSABLES

La Jefe de Calidad y Planeación, es la responsable de liderar el proceso de mejoramiento continuo organizacional y los líderes de los grupos de mejoramiento son el equipo de apoyo para guiar el desarrollo de las acciones de mejora a nivel organizacional.

Adicionalmente, todos los jefes de servicio están formados en mejoramiento continuo y cuentan con la competencia necesaria, para liderar el mejoramiento continuo dentro de sus procesos organizacionales, por lo tanto, la implementación del modelo es responsabilidad de todo el equipo Directivo de la Organización.

6. MARCO LEGAL

- **Decreto 1011 de 2006:** Por medio del cual se regula Sistema Obligatorio de garantía de la calidad / Componente PAMEC
- **Resolución 5095 de 2018:** Por medio de la cual se regula el Sistema Único de Acreditación en salud
- **Resolución 2003 de 2014:** Por medio de la cual se regula el Sistema único de Habilitación en Salud.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- **Resolución 256 de 2016:** Por medio de la cual se regula el Sistema de información para la calidad
- **Circular 012 de 2016:** Regula el Reporte del PAMEC a la Supersalud
- **Decreto 1499 de 2017:** Por medio del cual se modifica el Sistema de Gestión de la Calidad; y regula el Modelo Integral de Planeación y Gestión.
- **Decreto 943 de 2014:** Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI)
- **Norma ISO 9000 Y 9001:** Regula el Sistema de Gestión de la Calidad
- **Decreto 1443 de 2014:** Regula el Sistema General de Seguridad Social y Salud en el Trabajo
- **Resolución 111 de 2017:** Por la cual se definen los Estándares. Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleadores y contratantes
- **Decreto 2573 de 2014:** Regula la estrategia de Gobierno Digital
- **Ley 1474 de 2011:** Ley Anticorrupción y Anti trámite
- **Resolución 2063 de 2017:** Regula la Participación Social Ciudadana
- **Ley 594 de 2000:** Regula el Sistema de Gestión Documental
- **Circular 009 de 2016:** Regula el Sistema de Administración de Riesgos de Lavado de Activos y Financiación de Terrorismo
- **Resolución 1403 de 2017:** Por la cual se determina el Modelo de Gestión del Servicio Farmacéutico, se adopta el Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos y se dictan otras disposiciones
- **Decreto 2200 de 2005:** Por el cual se reglamenta el Servicio Farmacéutico y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 444 de 2008:** por la cual se adopta el Instrumento de verificación de Cumplimiento de Buenas Prácticas de Elaboración de preparaciones magistrales y se dictan otras disposiciones.
- **Decreto 549 de 2001:** Por medio del cual se establece el procedimiento para la obtención del Certificado de Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura.
- **Resolución 004410 de 2009:** Por la cual se adopta el Manual de Buenas Prácticas de Manufactura para los Gases Medicinales.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- **Resolución 2011012580 de 2011:** Por la cual se adopta la Guía de Inspección de Buenas Prácticas de Manufactura para la fabricación, llenado y distribución de gases medicinales.
- **USP Vigente.**
- **NFPA Vigente.**

7. MARCO CONCEPTUAL

Para conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que ésta se dirija y controle en forma sistemática y transparente. Se puede lograr el éxito implementando y manteniendo un sistema de gestión que esté diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas. La gestión de una organización comprende la gestión de la calidad entre otras disciplinas de gestión.

7.1 Definiciones aplicables al Sistema Integral de Garantía de la Calidad:

- **Producto:** Se define como resultado de un proceso
- **Proceso:** Se define como "conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados".
- **Procedimiento:** forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso
- **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos
- **Requisito:** necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria. En ese orden de ideas, el Sistema Integral de Garantía de la Calidad de la ESE, se fundamenta en el cumplimiento de:
 - Requisitos Legales
 - Requisitos Normativos
 - Requisitos Reglamentarios
 - Requisitos del Cliente
- **Característica de la calidad:** Característica inherente de un producto, proceso o sistema, relacionada con un requisito.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- **Satisfacción del cliente:** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos
- **Capacidad:** Aptitud de una organización, sistema o proceso, para realizar un producto que cumple los requisitos
- **Competencia:** Aptitud demostrada para aplicar los conocimientos y habilidades.
- **Sistema:** Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan.
- **Control de la calidad:** Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.
- **Aseguramiento de la calidad:** Parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad.
- **Mejora de la calidad.** Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad.
- **Mejora continua:** Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos. Conjunto de principios, herramientas y actividades de análisis, intervención y monitoreo que aplicados de manera permanente y sistemática sobre los procesos organizacionales conducen a mejorar su eficacia y seguridad y a reducir de manera permanente su variabilidad con el consiguiente incremento en la satisfacción de los usuarios y el aumento de la probabilidad de obtención de resultados favorables en todas las demás dimensiones de la gestión organizacional.
- **Herramientas de calidad:** Instrumentos que permiten identificar y analizar las causas de las fallas en la atención, así como para desarrollar, probar e implementar las soluciones a estos problemas
- **Equipo de Mejoramiento.** Es un grupo de personas con alto compromiso y que comparten un objetivo de desempeño común, toman decisiones en conjunto mientras planifican el proceso de mejoramiento. Las necesidades de mejoramiento determinan la estructura del equipo.
- **Eficacia:** Extensión en la que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados.
- **Eficiencia:** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados
- **Diseño y desarrollo:** Conjunto de procesos que transforma los requisitos en características especificadas o en la especificación de un producto, proceso o sistema

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- **Seguridad de funcionamiento:** Conjunto de propiedades utilizadas para describir la disponibilidad y los factores que la influyen: confiabilidad, capacidad de mantenimiento y mantenimiento de apoyo.
- **Trazabilidad:** Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración.
- **Conformidad:** Cumplimiento de un requisito
- **No conformidad:** Incumplimiento de un requisito. Equivale a una oportunidad de mejora
- **Producto No conforme:** Es un tipo de no conformidad que hace referencia al producto resultado de los procesos que incumplen los requisitos establecidos, implícitos u obligatorios, que requiere ser identificado y controlado, para prevenir su uso o entrega no intencional. En el Sistema Integral de Garantía de la Calidad de la ESE, este término aplica a productos tangibles como los originados de la central de gases y la central de mezclas, y para los productos no tangibles como es el caso de los eventos adversos.
- **Desviación:** Diferencia entre la especificación y el resultado obtenido. Hace referencia a una variación de las especificaciones previamente establecidas, durante el desarrollo del proceso
- **Incidencia:** Cualquier acontecimiento que suponga una anomalía en el funcionamiento de la central de mezclas y que deba ser analizado para garantizar que no afecte la calidad del producto
- **Acción preventiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente no deseable.
- **Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable.
- **Correctivo:** Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.
- **Mejora:** Parte de cambios normativos o de la voluntad de la organización, para la mejora del proceso o el producto.
- **Reproceso:** Acción tomada sobre un producto no conforme para que cumpla con los requisitos
- **Reclasificación:** Variación de la clase de un producto no conforme, de tal forma que sea conforme con requisitos que difieren de los iniciales.
- **Reparación:** Acción tomada sobre un producto no conforme para convertirlo en aceptable para su utilización prevista.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- **Desecho:** Acción tomada sobre un producto no conforme para impedir su uso inicialmente previsto.
- **Concesión:** Autorización para utilizar o liberar un producto que no es conforme con los requisitos especificados.
- **Permiso de desviación:** Autorización para apartarse de los requisitos originalmente especificados de un producto, antes de su realización.
- **Liberación:** Autorización para proseguir con la siguiente etapa de un proceso
- **Inspección:** Evaluación de la conformidad por medio de observación y dictamen, acompañada cuando sea apropiado por medición, ensayo/prueba o comparación con patrones.
- **Ensayo/prueba:** Determinación de una o más características de acuerdo con un procedimiento
- **Verificación:** Confirmación mediante la aportación de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.
- **Validación:** Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.
- **Proceso de calificación:** Proceso para demostrar la capacidad para cumplir los requisitos especificados
- **Revisión actividad:** Emprendida para asegurar la conveniencia, la adecuación y eficacia del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.
- **Auditoría:** Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los criterios de auditoría.
- **Observación:** Corresponde a una sugerencia sobre un hecho observado por el auditor en el desarrollo de la auditoría, que puede conducir a un mejoramiento de un proceso o situación específica. El auditado puede acatar o no tal observación.

7.2 Principios De Calidad

1. **Organización enfocada al cliente y sus necesidades:** Las necesidades de los usuarios son las entradas al modelo y su fin es de excedernos en sus expectativas.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

2. **Liderazgo:** son todas aquellas características, cualidades y habilidades que posee una persona para mantenerse como guía o líder de grupo y así conseguir o alcanzar las metas planteadas.
3. **Participación del personal:** El personal a todos los niveles, es la esencia de una organización y su compromiso posibilita el beneficio de la organización.
4. **Enfoque por Procesos:** Busca la perfección de los procesos, identificando los puntos críticos que sean susceptibles al mejoramiento.
5. **Enfoque Sistémico:** Los procesos de la organización están íntimamente ligados y el éxito de la misma depende de la buena coordinación entre ellos
6. **Mejoramiento continuo:** Filosofía y sistema gerencial que busca alcanzar mejores resultados en la atención de los usuarios y sus familias y exceder las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos.
7. **Decisiones basadas en hechos y datos:** La Toma de decisiones se debe basar en el análisis de datos y la información mediante el uso de herramientas estadísticas y gerenciales.
8. **Relaciones de beneficio mutuo con los proveedores:** Una organización y sus proveedores son interdependientes y una relación mutuamente beneficiosa, aumenta la capacidad de ambos de crear valor
9. **Coordinación, cooperación y articulación:** El trabajo en equipo, en y entre entidades es importante para el desarrollo de relaciones que beneficien a sus clientes y que permitan emplear de una manera racional los recursos disponibles.
10. **Transparencia:** La gestión de los procesos se fundamenta en las actuaciones y las decisiones claras; por tanto, es importante que las entidades garanticen el acceso a la información pertinente de sus procesos para facilitar así el control social.

7.3 Otros Conceptos Aplicables Al Modelo

7.3.1 Gerencia Del Día A Día

Es una herramienta cuyo objetivo es mantener y mejorar los productos y servicios de la organización mediante la práctica del ciclo P-H-V-A; así alcanzar los propósitos planteados en el direccionamiento estratégico. Tiene como objetivos

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- Dirigir y controlar los procesos de acuerdo a los requisitos establecidos para los productos, servicios, procesos y es la garantía de lograr las metas que diariamente se fija la organización.
- Gestionar los procesos para contribuir de forma sostenida a los resultados, teniendo como base el diseño y estructura de los procesos, en busca del mejoramiento continuo, pensando siempre en los clientes”.

7.3.2 Gerencia De Procesos

Es implementar el ciclo P-H-V-A (planear-hacer-verificar y actuar), o ciclo de control, buscando establecer un nivel de desempeño y proceder a mejorarlo continuamente.

El buen diseño, ejecución y mejora de procesos, es la forma en que las organizaciones generan valor, dado que es en su realización donde se responde a las necesidades y expectativas de los clientes del proceso.

Para gerenciar los procesos es necesario definir las metas, definir métodos que permitan alcanzarlas, educar y entrenar, ejecutar, recoger datos, verificar los resultados, y actuar correctivamente.

La gerencia de proceso es una herramienta para promover el mejoramiento de los procesos en aspectos específicos, sirve para ordenar mejoramientos, apoderar al responsable del proceso.

8. DESARROLLO DEL MODELO:

El **Modelo De Mejoramiento Continuo Empresarial**, se fundamenta en los pilares y los fines de la acreditación:

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



La metodología acá descrita permite a los responsables y participantes del proceso de mejoramiento, llevarlo a cabo de manera sistemática y ordenada con la mayor eficiencia en la utilización de los recursos y resolviendo las oportunidades de mejora detectadas, las cuales a su vez se convierten en la base para la evaluación del desempeño de los procesos y fundamentan el aprendizaje organizacional.

8.1 Representación Gráfica Del Modelo

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



8.2 Descripción Del Modelo

El “Modelo Institucional de mejoramiento hace parte del Direccionamiento Estratégico de la institución y opera con un enfoque sistémico de gerenciamiento de los procesos, centrado en las necesidades y expectativas de los usuarios. Para el efecto, el modelo parte de un conjunto de entradas, que son procesadas por parte de los grupos de trabajo, con miras a generar las salidas esperadas.

Para la operativización del Modelo se cuenta con los siguientes procesos y procedimientos institucionales:

Operativamente el Modelo Institucional de Mejoramiento Continuo, se encuentra alineado con los siguientes documentos y herramienta:

- Proceso de Gestión de calidad y planeación - PMC004
- Manual de Gestión Integral Por Servicio-GIS - MGE008
- Proceso Administración del Riesgo “PGE001”
- Procedimiento Identificación y Gestión de Riesgos “QGE006”

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- Manual para la administración del riesgo “IGE002”
- Manual de Eventos de Seguridad “MMC004”
- Proceso Gestión de Auditoria de Calidad “PMC002”
- Procedimiento Auditorías Internas “QMC005”
- Procedimiento Auditorías Externas “QMC005”
- Proceso Referencia Comparativa “PMC003”
- Procedimiento Referencia Comparativa para el Mejoramiento Institucional “QMC002”
- Procedimiento Referencia Comparativa Dirigida a otras Institucionales “QMC001”
- Procedimiento Consolidación y Seguimiento de Referencias Comparativas “QMC003”
- Modelo de Referenciación “IME001”
- Procedimiento para Identificación y Gestión de Infecciones “QSP001”
- Proceso Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias (PQRSD) y Felicitaciones “PME009”
- Procedimiento Para La Gestión de Acciones Correctivas QMC008
- Procedimiento Para La Gestión de Acciones Preventivas QMC007
- Procedimiento Para La Gestión de Mejoras QMC009
- Procedimiento Tratamiento de Producto No Conforme QMC006
- Procedimiento Manejo de Desviaciones QSF010
- Procedimiento de Revisión Gerencial QMC010
- Proceso para la identificación y gestión de infecciones asociadas a la atención en salud - PSP001
- Proceso de gestión de eventos de seguridad - PGC001
- Proceso de evaluación bioética- PGC003
- Programa de Auditorías Para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC “QMC011”
- Instructivo para análisis de indicadores “IET006”

El proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados, incluye:

- Tiene un enfoque sistémico.
- Está documentado y se evidencia en un plan de mejora institucional.
- Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.
- Incluye las oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.
- Acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.
- Incluye los resultados de los procesos de referenciación internos y externos.
- Incluye las oportunidades de mejora identificadas en la relación con terceros subcontratados.
- Incluye la asignación de los recursos humanos, los equipos primarios de mejora, los equipos de mejoramiento sistémico, los recursos físicos y financieros y los elementos necesarios para su implementación.
- Cuenta con responsables del mejoramiento continuo de los procesos organizacionales, quienes tienen las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora.
- Deja explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.
- Define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.
- Determina los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros.

La toma de decisiones en todos los procesos de la organización se fundamenta en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información, teniendo en cuenta:

- Se cuenta con mecanismos para validar la información.
- Se articula información clínica y administrativa y se analiza en el Comité institucional de Gestión y Desempeño
- Todos los procesos presentan resultados con base en indicadores y tendencias.
- Los procesos de mejoramiento institucional están soportados en información validada que articula mejoramiento asistencial y mejoramiento administrativo.
- Se compara la información institucional con referentes internacionales y se hacen los ajustes necesarios (riesgo, gravedad, complejidad, etc.).

Para la implementación de las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación del mejoramiento:

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- Son priorizadas empleando una metodología estandarizada que considere, por lo menos, las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo.
- En el momento de su planeación se identifican recursos requeridos para su implementación y se proveen los soportes, recursos y elementos necesarios para su ejecución.
- Desde la planeación de la mejora se identifican potenciales barreros para su implementación y se definen acciones de intervención frente a las mismas, para asegurar el resultado esperado
- Para la implementación de las mejoras, se asignan responsables, considerando las competencias necesarias para su desarrollo.

Para el seguimiento y la evaluación del mejoramiento institucional, se tiene en cuenta que las mejoras se hayan ejecutado de manera completa y de acuerdo a lo planeado, además que se haya ejecutado en el tiempo asignado. Para el monitoreo del mejoramiento institucional, la E.S.E cuenta con varios niveles de control:

- Nivel de autocontrol o 1ra. Línea de Defensa: Es llevado a cabo por cada uno de los jefes de servicio
- Nivel de Autogestión o 2da. Línea de Defensa: Es llevada a cabo de manera periódica por el jefe de calidad y planeación y el Líder de Planeación
- Nivel de Autorregulación o 3ra. Línea de Defensa: Es llevada a cabo por el Jefe de Control Interno
- Evaluación Independiente: Es llevada a cabo por la Junta Directiva
Adicionalmente la E.S.E tiene implementado el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el cual está conformado por la Gerencia y todo su equipo directivo; y a través de reuniones mensuales se realiza el seguimiento a la gestión y la productividad del 100% de los procesos. Adicionalmente desde este comité se realiza seguimiento a la planeación estratégica, los planes operativos del proceso, el plan de mejora institucional y los resultados de eficiencia y eficacia del sistema integral de garantía de la calidad. Desde el Comité de Control Interno y Calidad, se realiza seguimiento sistemático a la gestión de riesgos y los resultados de las auditorías internas y externas y los resultados independientes de control interno.

El Modelo de Mejoramiento Continuo, sigue un ciclo de aprendizaje permanente donde los miembros de los diferentes grupos de trabajo y comités organizacionales adquieren nuevos conocimientos y habilidades que les permiten mejorar los procesos

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

organizacionales, pero también permiten gestionar de manera permanente el mejoramiento continuo organizacional

8.3 Grupos de Mejoramiento Institucional

Los equipos de mejoramiento se encuentran divididos de la siguiente manera; de acuerdo a los lineamientos de la Resolución 2003 de 2018



La conformación detallada de cada uno de los grupos de mejoramiento, se describe en el Documento "Programa de Auditorías Para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC "QMC011"

Los grupos de mejoramiento operan de manera similar a los llamados "círculos de calidad", en la medida en que están conformados por colaboradores de un mismo proceso, o con un mismo objetivo para realizar tareas similares y que se reúnen, en horas de trabajo, para identificar oportunidades de mejora y planificar las acciones correspondientes, con el objetivo de mejorar los procesos y servicios de la institución.

El objetivo de los Grupos de Mejoramiento, es aplicar sistemáticamente el presente modelo con el fin de promover, desencadenar y monitorizar las acciones necesarias para mantener el mejoramiento continuo en los procesos y servicios, de acuerdo a objetivos y actividades asignadas bajo su responsabilidad y difundir sus resultados a todos los interesados.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



Compromisos y Responsabilidades de los Grupos de Mejoramiento

- Propiciar un ambiente de colaboración y apoyo recíproco en favor del Mejoramiento de los procesos.
- Fortalecer el liderazgo de los miembros de los equipos.
- Concientizar a todo el personal sobre la necesidad de desarrollar acciones para mejorar la calidad y promover el orgullo por el trabajo bien hecho.
- Propiciar una mejor comunicación organizacional.
- Contribuir a la mejora en el clima laboral.
- Dar a conocer los avances y obstáculos que se deben superar para mantener el mejoramiento continuo y alcanzar los resultados esperados

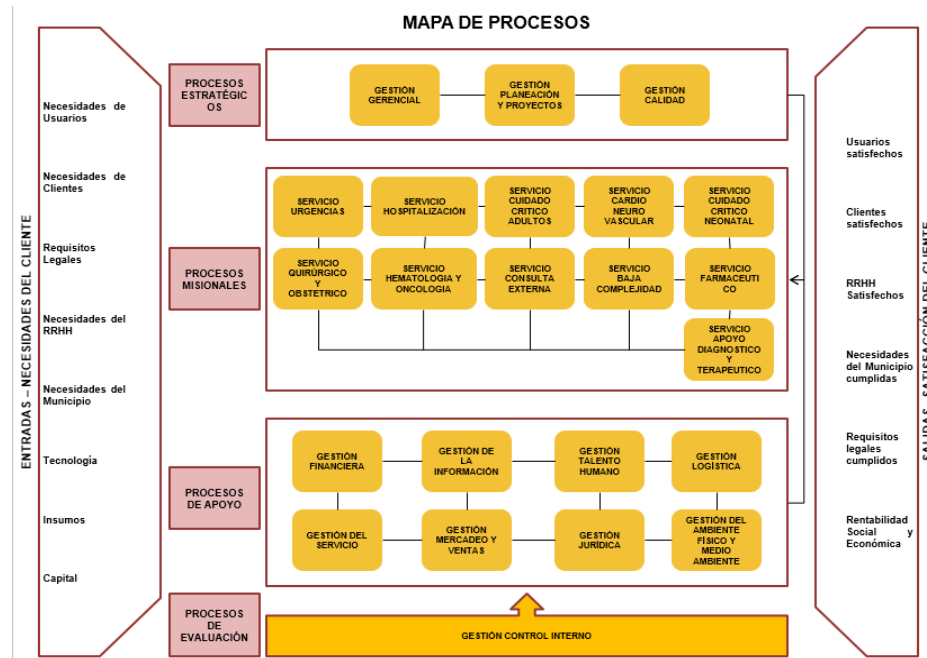
8.4 Compromiso Del Líder Del Proceso Frente Al Ciclo De Mejoramiento

En la gerencia del día a día el líder del proceso debe tener un norte claro, alineado con los propósitos institucionales y que debe ser compartido y entendido por su equipo de trabajo. Es importante que, en la gestión de la mejora del proceso, tenga la capacidad de leer el entorno e identificar las necesidades de los deferentes clientes, de tal forma que pueda orientar a su equipo de trabajo, al cumplimiento de los objetivos institucionales. Debe enseñar, orientar, delegar, gerenciar y gestionar la mejora continua del proceso. La gestión del GIS-Plan de Mejoramiento será liderada y gestionando por el Jefe del servicio.

8.5 Mapa de Procesos – Cadena de Valor

Es la representación gráfica de los procesos institucionales y su interacción, donde todos los procesos tienen dependencia de los otros para la generación de valor y productos a conformidad con los requisitos aplicables

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



8.6 Ciclo De Mejoramiento

8.6.1 Entradas del Modelo de Mejoramiento – Identificación de No Conformidades y Productos No conformes

Con el fin de mejorar continuamente el desempeño de los procesos, la prestación de los servicios de salud con calidad y seguridad y la satisfacción de los clientes y las partes interesadas, los líderes de los procesos y funcionarios en general son formados para la identificación y reporte de oportunidades de mejoramiento. La identificación de las oportunidades de mejora se realiza a partir de:

- Identificación de riesgos y oportunidades de mejora, producto de la evaluación de los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.
- Identificación de incidentes y eventos adversos
- Análisis de indicadores que dan cuenta del cumplimiento de los objetivos estratégicos institucionales
- Resultados de auditorías internas
- Resultado de auditorías externas
- Evaluaciones de control interno

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- Autodiagnósticos / Autoevaluaciones frente a requisitos legales y normativos, acoplando los diferentes sistemas de gestión de la organización, con el sistema único de acreditación
- Seguimiento a planes, programas y proyectos institucionales
- Revisión anual del desempeño de los procesos
- Seguimiento al desempeño de los procesos
- Seguimiento y medición del producto
- Autocontrol
- Incluye resultados de referenciación interna y externa
- Cambio de normativa que aplica a los procesos
- Resultado de evaluaciones de desempeño
- Resultado de evaluación de proveedores
- Seguimiento a percepción y manifestaciones del cliente interno
- Seguimiento a percepción y manifestaciones del cliente externo
- Hallazgos de rondas de seguridad y administrativas
- Articula las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.
- Incluye oportunidades de mejora identificadas a terceros contratados

Cuando la oportunidad de mejora obedece a un incidente o evento adverso el reporte es diligenciado en el aplicativo de Hospital Seguro.

Las entradas que se incorporan al proceso de mejoramiento institucional se clasifican en 2 tipos:

- Fuentes internas
- Fuentes externas

Cada una de estas entradas es una fuente potencial para identificar oportunidades de mejora en los diferentes procesos. Se explica a continuación, el alcance, contenido y modalidades de cada grupo de entradas.

Fuentes Internas. Originadas a partir de los procesos institucionales

Autoevaluación: Se refiere a las oportunidades de mejora identificadas cuando realizamos nuestro proceso de autoevaluación y/o calificación bajo metodologías, instrumento o herramientas previamente definidas, las cuales pueden provenir de

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



entes externo, como los establecidos por el Ministerio de Protección Social, estándares de habilitación, acreditación, MECI, IAMI, AIEPI, Buenas Practicas de Seguridad del Paciente, Buenas Practicas Para Elaboración de Mezclas Parenterales, Buenas Practicas Para Producción de Aire Medicinal, Gobierno en línea, Participación Social, Modelo Integral de Planeación y Gestión, Sistema General de Seguridad Social y Salud en el trabajo, Responsabilidad Social Empresarial, entre otros.

Resultados de los indicadores: Cada una de los procesos cuenta con un conjunto de indicadores con sus fichas técnicas y metas definidas; los cuales componen el cuadro de mando integral por cuanto evalúan el resultado de nuestros procesos. En este orden de ideas, los indicadores se comportan como los signos vitales del proceso. Cuando se logran las metas establecidas o en forma anual el grupo de mejoramiento debe considerar su replanteamiento a fin de incrementar el nivel de exigencia y mantener el dinamismo de nuestro proceso de mejora continua.

Estudio de percepción y satisfacción del cliente interno: Es una encuesta aplicada anualmente por el área de Talento Humano con el fin de valorarla percepción y conocimiento del personal acerca de varios temas institucionales, lo que permite que diferentes áreas puedan identificar, mediante esta herramienta, oportunidades para mejorar los procesos medidos en esta encuesta.

Encuestas de Satisfacción del Usuario: Las cuales son realizadas por la oficina de atención al usuario de acuerdo al cronograma establecido para la vigencia; los resultados de estas nos dan el informe de satisfacción con pregunta trazadora. Esta encuesta nos arroja resultado del indicador y un conjunto de datos sobre la percepción del usuario acerca de temas esenciales del proceso de atención; lo que le permite a cada una de las áreas identificar dónde debe fortalecer su mejoramiento. Con estos datos se asignan las estrellas a los servicios asistenciales (siendo la calificación de 1 a 5, donde 5 es la mejor calificación).

Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias: (PQRS), Hace referencia a las manifestaciones de los usuarios y determina la necesidad de implementar todo un plan de mejora, para darle solución a las mismas, con el fin de evitar se repitan los hechos. Si presenta una gran variedad de PQRS, agrupe por motivos y/o causales y determine la causa para darle solución transversal. Considere evaluar con otros servicios la forma como se ha abordado, para implementar acciones que ya han dado resultados positivos en otros servicios de la ESE, o a partir de una referenciación en otra Institución.

Información sobre Vulneración de los Derechos y Deberes del usuario: De las sugerencias e inquietudes presentadas por nuestros usuarios se identifican si

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



apuntan a la vulneración de un derecho del usuario, y en tal caso se informa las diferentes áreas para realizar acciones o planes de mejora.

Encuestas de Saberes, Conocimiento del Usuario sobre Derechos y Deberes:

Esta encuesta se realiza dos veces al año por la oficina de atención al usuario para evaluar el grado de conocimiento de los mismos acerca de sus Deberes y Derechos, con la correspondiente entrega de los resultados a las diferentes áreas, de encontrarse falencia, se debe definir la necesidad de iniciar varias actividades (lleve al GIS-Plan de Mejora), o una en concreto para dar solución,

Encuesta de Proveedores: Es una encuesta que se realiza en forma anual a los proveedores institucionales; por el área de Gestión Logística, la cual nos permite evaluar su percepción e identificar oportunidades de mejora para los diferentes procesos que se encuentran relacionados con este proceso.

Encuesta a los aseguradores: es una encuesta que se realiza en forma anual a los Clientes corporativos o aseguradoras; la cual nos permite evaluar su percepción e identificar oportunidades de mejora para diferentes procesos.

Encuesta de Valor Percibido de Uso (VPU): por medio de la cual el área de mercadeo realiza un trabajo con los diferentes clientes para identificar características de calidad que prefieren y, frente a cada una de ellas, como califican al Hospital, y al Hospital frente a la competencia.

Rondas de Liderazgo: Son rondas realizadas a un servicio de la Institución por la gerencia, el jefe de control interno, el jefe de calidad, el jefe de talento humano, un jefe de área administrativo, un jefe de área asistencial y un miembro de la Junta Directiva donde se busca generar un espacio para que el personal se acerque más a la alta gerencia, conociendo así de fuente directa cómo va y hacia dónde va el Hospital, es un espacio donde se resuelven dudas del personal, se toman decisiones de la Gerencia y donde por medio de una encuesta se evalúa el liderazgo del jefe del área, la opinión del colaborador en la forma cómo se resuelven los conflictos al interior, el trabajo en equipo y la participación del empleado en la toma de decisiones. Las rondas generalmente dejan oportunidades de mejora, que serán entregadas luego de consolidar la información desde gestión de la calidad.

Rondas del Programa Integral de Limpieza, Orden, Seguridad y Aseo (PILOSA):

Son rondas realizadas por el área de salud ocupacional y ambiente físico, con el fin de identificar el manejo de los residuos hospitalarios, el orden, seguridad y aseo de los servicios, así como el uso de los elementos de protección personal, entre otros temas.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



Rondas de seguridad del paciente: Son rondas realizadas por el área de seguridad del paciente, con el fin de identificar el cumplimiento de las barreras de seguridad de cada uno de los procesos

Rondas de aseo: realizadas por el área de ambiente físico con el fin de constatar el cumplimiento de las programaciones de limpieza e identificar las condiciones del aseo de las instalaciones físicas en las diferentes áreas de la institución.

Auditorías internas de Calidad: Son coordinadas desde el área de calidad conforme a la programación de esta área. De cada auditoría se presenta un informe con las fortalezas y oportunidades de mejora del proceso auditado, al jefe del área y a los jefes de los servicios que intervienen en el proceso, con copia a la Gerencia para el posterior seguimiento y evaluar las acciones de mejora implementadas.

Auditorias de la Oficina de Control Interno: Son coordinadas por la oficina de Control Interno concebida como “una actividad independiente y objetiva, que busca agregar valor y mejorar las operaciones de la Entidad; que ayuda a cumplir los objetivos Organizacionales aportando un enfoque sistemático y disciplinario para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.” De estos igualmente se genera un informe con oportunidades de mejora que luego de revisar su sustentación, deberán ser implementadas por el jefe del servicio.

Auditorias de Revisoría Fiscal: Son auditorias con visión independiente, que van orientadas a verificar el cumplimiento de requisitos legales aplicables a la ESE y la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos.

Auditoria de autocontrol o auto inspección: Son auditorías realizadas por el personal del propio servicio, con el fin de determinar el grado de conformidad con los requisitos aplicables a los procesos y procedimientos del mismo, generando acciones de mejora tanto para el propio proceso o para otros, que requerirán ser incorporadas al Plan de Mejoramiento (GIS-Plan de Mejora), para su adecuado cumplimiento y gestión. Entre otras:

- La aplicación por medio de **Listas de verificación realizada en los procesos asistenciales** realizadas por las enfermeras líderes de áreas, tomando como fuente 4 historias clínicas al mes de un servicio, donde se evalúan: 17 criterios de historia clínica, 16 criterios de entrega y recibo de turno y 10 criterios generales.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- La verificación al proceso contractual, realizado por personal de la oficina jurídica al 100% de los contratos, para validar los soportes que deben reposar en cada contrato.
- Lista de chequeo para auto inspección de los procesos y productos de la Central de Mezclas y Central de Gases

Matriz Para Identificación Y Gestión De Riesgos: Registra los riesgos a los que está sometida la Entidad, y por ende cada uno de sus procesos y que pueden afectar la operación de la organización y la gestión asistencial o administrativa. Es una herramienta por medio de la cual se identifican, monitorean y actualizan anualmente los principales riesgos de los diferentes procesos, se identifican los controles existentes y se generan nuevos que lleven a prevenir, mitigar o evitar la materialización de los riesgos. Los controles son aquellas acciones que propenden por evitar las causas que conllevan al riesgo, o que puedan prevenir la ocurrencia del riesgo (hecho o evento) disminuyendo o evitando el efecto negativo, o con acciones que lleven a potencializar aquellos que puedan ser positivos. Estas acciones se gestionarán a través del GIS-Plan de Mejora.

Referenciaciones comparativas: Los Jefes de área revisarán los informes de visitas o de evaluación de indicadores, datos o prácticas exitosas de otras instituciones que puedan considerarse como referentes para el mejoramiento institucional, con el fin de identificar las posibles prácticas que se puedan adoptar y adaptar en la institución con miras al mejoramiento de la calidad de sus procesos. La institución cuenta con un modelo de referenciación comparativa formalmente adoptado, que determina la metodología para la realización de este tipo de ejercicios, estas referenciaciones se realizan de forma bidireccional de la ESE hacia otras Instituciones y de otras Instituciones hacia la ESE.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



Fuentes Externas. Originadas a partir de procesos o verificaciones de entes externos a la ESE

Normas Legales y Técnicas. Cuando surgen nuevas disposiciones legales aplicables a cualquiera de los procesos del hospital, las cuales son de obligatorio cumplimiento para la ESE, de encontrarse incumplimiento se deberán establecer las respectivas acciones de mejora. Cuando son normas técnicas de carácter voluntario que, al ser evaluadas y analizadas por el área de Calidad o Control Interno, puedan contribuir al mejoramiento de los procesos Institucionales, se llevarán al Comité para definir las acciones de mejora para implementar la misma, incorporándose en el Plan de Mejoramiento Institucional.

Requerimientos de las Entidades Estatales. Se refiere a las solicitudes específicas expresadas por :el Ministerio de Salud y Protección Social, la Procuraduría General de la Nación, el Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, el INVIMA, la Contraloría General de la República, las Entidades Territoriales de Salud del orden Departamental o Municipal, o el Archivo General de la Nación, departamento administrativo de la función pública, secretaria seccional de salud de Antioquia , Secretaria seccional de salud de Antioquia entre otras. Mediante actos administrativos diferentes a normas legales, y que constituyan directrices relacionadas con el objetivo y el campo de acción de uno o más de los grupos de mejoramiento o comités organizacionales.

Informes de clientes corporativos: Hace referencia a los requerimientos formulados por las diferentes aseguradoras en las negociaciones y reuniones de calidad entre las EPS y la ESE donde detectan las necesidades y oportunidades de mejora para la ESE.

Auditorías Externas: Corresponden a los informes generados por los entes de control municipales, departamentales o nacionales en los cuales se identifican oportunidades de mejora o se aportan recomendaciones para los procesos organizacionales.

Sugerencias de otras IPS: Estas pueden proceder de los aliados de la comunidad Hospitalaria o de instituciones que visitan el hospital.

Auditorias de estudiantes: Como parte del convenio de docencia servicio la ESE recibe la visita de estudiantes y practicantes entre ellos los del diplomado de verificadores de las condiciones de Habilitación estos son apoyados por el área por el área de Calidad y le queda un informe final que se envía a los jefes de las áreas auditadas, como insumo de mejoramiento.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

8.6.2 Validación De No Conformidades y Productos No conformes

El incumplimiento de requisitos o las oportunidades de mejoramiento reportadas por desde las diferentes fuentes, son revisadas y validadas por el líder de seguridad del paciente, el jefe de calidad o el jefe de proceso, según corresponda. El reporte de incidentes administrativos y eventos de seguridad, es verificado y validado por el líder de seguridad del paciente, quien posteriormente, define el tipo de evento y delega el análisis y gestión, de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Modelo de Eventos de seguridad.

En esta etapa el jefe de servicio, tendrá en cuenta lo siguiente:

- Las oportunidades de mejora que requieran de tiempo y que no se puedan solucionar con una acción o tarea puntual, serán las que se registraran en el plan de mejoramiento para su seguimiento y verificación de cumplimiento.
- No se llevan al GIS-Plan de Mejora, tareas puntuales, que puede quedar solucionadas con una sola acción.
- No se escalan a otros procesos, inconveniente encontrado en su servicio, a no ser que éste se haga repetitivo, que no se generan soluciones inmediatas y que requieren de más que una acción puntual para mejorar.

8.6.3 Agrupación De No Conformidades o Productos No conformes

Esta etapa es opcional para el Jefe de Servicio y aplica para la agrupación de oportunidades de mejora comunes, identificadas desde diferentes fuentes internas y externas, que además coinciden en el tiempo. Regularmente esta etapa es tenida en cuenta al principio de cada año, cuando se va a elaborar el Plan de Mejora del Proceso de la vigencia. Dentro de los criterios que se tienen en cuenta para la identificación de los procesos en la evaluación gerencial se encuentran:

- Desempeño de los indicadores
- Seguimiento a riesgos
- Identificación de No conformidades y productos no conformes
- Seguimiento a la eficacia de la gestión de oportunidades de mejoramiento
- Seguimiento a la eficacia de la gestión de eventos adversos
- Seguimiento planes estratégicos de proceso
- Resultado de auditorías internas y externas
- Resultado de evaluaciones de autocontrol

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- Resultados de Rondas
- Seguimiento a la percepción del cliente interno y externo
- Autodiagnóstico frente al SIGC
- Cambios normativos o legales
- Resultado de referenciaciones

Una vez identificadas las oportunidades de mejora de las diferentes fuentes, el jefe de servicio las agrupa teniendo en cuenta causas de origen común. Ejemplo del registro de agrupación de incumplimientos y oportunidades de mejora

Fuente de identificación	Oportunidades de mejoramiento	Oportunidad de mejora consolidada
Seguimiento a indicadores	Inoportunidad en consulta médica especializada	Inoportunidad para asignación de cita de consulta médica especializada
Seguimiento a la satisfacción del cliente externo	Insatisfacción del usuario por el tiempo de espera para la asignación de citas para ortopedia	

Para asegurar la solución sistemática de la oportunidad de mejora se recomienda realizar un análisis de causa raíz, que permita identificar acciones correctivas efectivas.

8.6.4 Clasificación de las Oportunidades de Mejora

Se gestionan 4 tipos de oportunidades de mejoras, como se referencia a continuación:

- **No Conformidad Potencial O Riesgo:** Parte de la identificación de riesgos potenciales para el cumplimiento de requisitos aplicables a los procesos o los productos y se trabajan desde el enfoque de Mapa de riesgos
- **No Conformidad Real:** Hace referencia al incumplimiento de un requisito aplicable al proceso, pero que no llega a afectar al cliente. En la organización estas oportunidades de mejora con conocidas como incidente administrativo. Las no conformidades se pueden originar además de: auditorias, auto-inspecciones del proceso, autoevaluaciones, indicadores, rondas, entre otras fuentes.
- **Producto No Conforme:** Es una No Conformidad y hace referencia al incumplimiento de un requisito que afecto la calidad del producto y/o a su

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

cliente. Teniendo en cuenta esto, la ESE tiene identificados los siguientes productos no conformes:

- **Evento adverso trazador:** Daño Leve no intencionado al paciente, como consecuencia de fallas del proceso
 - **Evento adverso centinela:** Daño Grave no intencionado al paciente, como consecuencia de fallas del proceso
 - **Incidente asistencial:** Es un evento o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que no le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en el proceso de atención.
 - **Queja del cliente:** Hace referencia a la manifestación del cliente, donde se expresa el incumplimiento de requisitos de calidad del proceso o el producto
 - **Producto No conforme De Central de Mezclas y la Central de Gases:** Este tipo de Producto No conforme, hace referencia a productos tangibles que se originan de la producción de mezclas parenterales y la producción de aire medicinal, y que perdieron las características de calidad iniciales o que incumplen requisitos de calidad. Este tipo de Producto No Conforme, requiere tratamiento (Correctivo) de acuerdo a lo establecido en el “Procedimiento para el Tratamiento de Producto No Conforme QMC006”
- **Mejoras:** Parten de cambios normativos, referenciaciones, observaciones de auditoría o de la voluntad de la organización, para la mejora del proceso o el producto.

8.6.5 Tratamiento de No Conformidades y Productos No conformes

La No conformidad o El Producto No conforme Potencial: se gestionan con **Acciones Preventivas (de mejora)**, que se registran en la hoja de MAPA DE RIESGOS del GIS del proceso y se tratan con controles y acciones preventivas.

La No conformidad y el Producto No Conforme Real: Confluyen en uno de los siguientes tratamientos:

- **Correctivo:** Acción tomada para eliminar una No Conformidad o un Producto No Conforme. El correctivo se puede gestionar como una tarea del proceso y no necesariamente confluye en el plan de mejora del GIS del proceso. A continuación, se relacionan dos consideraciones especiales de la aplicabilidad del Correctivo:

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- Cuando se trata de un Producto No Conforme Tangible, de la central de mezclas y central de gases, el Correctivo hace referencia al tratamiento que se le da, lo cual se encuentra relacionado en el “Procedimiento De Tratamiento del Producto No conforme QMC006”
- Cuando se trata de una Desviación, del proceso o el producto de la central de mezclas y central de gases, el Correctivo hace referencia al tratamiento que se le da, lo cual se encuentra relacionado en el “Procedimiento De Manejo de Desviaciones QSF010”
- **Acción Correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de la No Conformidad o Un Producto No Conforme. Cuando la oportunidad de mejora requiere de una Acción Correctiva, se tienen varias opciones para su gestión y todas confluyen en el GIS del proceso, en la hoja de plan de mejora.
- **Acción Preventiva:** Orientada a prevenir la recurrencia de la No Conformidad o Producto No Conforme que se materializo
- **Acción de Seguimiento:** Orientada a validar la implementación de las Acciones Correctivas y Preventivas y su efectividad

Los Productos No conformes Reales y las No Conformidades Recurrentes o clasificadas como críticas, de los procesos de Central de Mezclas Parenterales y Central de Producción de Aire Medicinal, requieren análisis de causa y se tratan con Acciones correctivas, Preventivas y de Seguimiento

A continuación, se referencia la gestión recomendada para las oportunidades de mejora, identificadas desde las diferentes fuentes:

Fuente interna	Mecanismo de gestión	Observación
Autoevaluación frente a requisitos normativos	Se lleva directamente al plan de mejora de GIS del proceso	El jefe de servicio, puede definir que la oportunidad de mejora identificada, requiere de análisis causa raíz, para asegurar la afectividad de la acción Cuando hay resultados calificados como críticos en la autoevaluación, se debe realizar análisis causa raíz antes de pasar al plan de mejora del GIS del proceso
Resultado de indicadores	Cuando el indicador pertenece al app del proceso, la gestión es realizada en ahí y posteriormente alimentada en el plan de mejor del GIS del proceso Cuando el indicador se maneja en	Cuando por varios meses persiste la desviación del indicador frente a la meta, se debe realizar análisis causal El análisis de los indicadores, se realiza teniendo en cuenta lo descrito en el “Instructivo para análisis de indicadores IET006

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

	un aplicativo de Excel, la oportunidad de mejora se gestiona directamente en el plan de mejor del GIS del proceso	
Resultado de encuestas de satisfacción del cliente interno y externo y otras partes interesadas	Se gestionan directamente en el plan de mejora del GIS del proceso	Cuando por varios meses persiste la desviación, se debe realizar análisis causal
PQRSD	Se realiza siempre análisis causal y posteriormente el jefe de servicio define si se lleva plan de mejora del GIS del proceso	NA
Sugerencias del cliente interno	Cuando ha sido validada como pertinente, se lleva directamente al plan de mejora del GIS del proceso	NA
Encuesta de saberes de derechos y deberes	Se gestionan directamente en el plan de mejora del GIS del proceso	Cuando por varios meses persiste la desviación, se debe realizar análisis causal
Resultados de Rondas	Se gestionan directamente en el plan de mejora del GIS del proceso	Cuando por varios meses persiste la desviación, se debe realizar análisis causal
Resultados de Auditorías internas y de control interno	Se gestionan directamente en el plan de mejora del GIS del proceso	Cuando hay resultados calificados como críticos por el jefe de servicio, se debe realizar análisis causal antes de pasar al plan de mejora del GIS del proceso
Resultados de Autocontroles o auto inspecciones	Se gestionan directamente en el plan de mejora del GIS del proceso	Cuando el jefe de servicio lo considere pertinente, podrá realizar análisis causal
Incidentes	Se realiza análisis de causal por tipo de incidente agrupado y posteriormente se gestiona en el plan de mejora del GIS de proceso	Se asume como producto no conforme
Eventos adversos trazadores	Se realiza análisis causal por tipo de evento agrupado y posteriormente se gestiona en el plan de mejora del GIS de proceso	Se asume como producto no conforme
Eventos adversos centinela /o importantes	Se realiza análisis por protocolo de Londres y posteriormente se gestiona en el plan de mejora del GIS de proceso	Se asume como producto no conforme Las Mortalidades de interés de salud Pública, se gestionan en el formato "Análisis de Muertes de interés en salud pública "FMC032"
Infecciones	Se realiza análisis por protocolo de Londres y posteriormente se gestiona en el plan de mejora del GIS de proceso	Se asume como producto no conforme
Producto no Conforme relacionado directamente con la calidad del producto	Se realiza análisis causal, teniendo en cuenta que si involucro al paciente se hace con metodología de protocolo de Londres. Posteriormente se lleva al GIS Adicionalmente se realiza tratamiento de producto no conforme de acuerdo a lo establecido en el "Procedimiento Tratamiento de Producto No Conforme QMC006"	NA
Desviaciones	Su tratamiento, se realiza de acuerdo a lo establecido en el "Procedimiento Manejo de Desviaciones QSF010"	Se consideran como No conformidades Potencial o Incidencia
Página 34 de 68		Edición:4
		UMC003

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

Fuente externa	Mecanismo de gestión	Observación
Normas Legales y Técnicas	Se lleva directamente al plan de mejora de GIS del proceso	El jefe de servicio, puede definir que la oportunidad de mejora identificada, requiere de análisis causa raíz, para asegurar la afectividad de la acción
Requerimientos de las Entidades Estatales.	Se realiza análisis de causa raíz y posteriormente se gestiona en el plan de mejora del GIS de proceso	NA
Referenciación comparativa	Se lleva directamente al plan de mejora de GIS del proceso	NA
PQRS	Se analiza siempre frente a causa raíz y posteriormente se lleva plan de mejora del GIS del proceso	NA
Sugerencias del cliente externo	Cuando ha sido validada como pertinente, se lleva directamente al plan de mejora del GIS del proceso	NA
Auditorías externas	Se gestionan directamente en el plan de mejora del GIS del proceso Cuando los entes externos solicitan plan de mejora con metodología de análisis de causas	Cuando hay resultados calificados como críticos por el jefe de servicio, se debe realizar análisis causa raíz antes de pasar al plan de mejora del GIS del proceso En el caso de auditorías externas, que requieren envío de plan de mejora, los hallazgos adicionalmente son gestionados en formato de plan de mejora anexo a este documento
Incidentes	Se realiza análisis de causal por tipo de incidente agrupado y posteriormente se gestiona en el plan de mejora del GIS de proceso	Se asume como producto no conforme
Eventos adversos trazadores	Se realiza análisis causal por tipo de evento agrupado y posteriormente se gestiona en el plan de mejora del GIS de proceso	Se asume como producto no conforme
Eventos adversos centinela /o importantes	Se realiza análisis por protocolo de Londres y posteriormente se gestiona en el plan de mejora del GIS de proceso	Se asume como producto no conforme Las Mortalidades de interés de salud Pública, se gestionan en el formato "Análisis de Muertes de interés en salud pública "FMC032"
Infecciones	Se realiza análisis por protocolo de Londres y posteriormente se gestiona en el plan de mejora del GIS de proceso	Se asume como producto no conforme
Producto no Conforme relacionado directamente con la calidad del producto	Se realiza análisis causal, teniendo en cuenta que si involucro al paciente se hace con metodología de protocolo de Londres. Posteriormente se lleva al GIS Adicionalmente se realiza tratamiento de producto no conforme de acuerdo a lo establecido en el "Procedimiento Tratamiento de Producto No Conforme"	NA

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

8.6.6 Análisis Causal

El análisis causal es responsabilidad del líder del proceso quien lo puede realizar de manera participativa con su equipo de trabajo. Cuando el producto no conforme es grave, el análisis se realizará con el acompañamiento del área de calidad y/o seguridad del paciente. Para el análisis de causas, la ESE tiene adoptadas las siguientes metodologías:

- **Análisis Causa Raíz - 5 Por qué**

Es una metodología simple, que consiste en el análisis de los por qué se pudo haber materializado la no conformidad o el producto no conforme

	Formato	Código	FEA004
	ANALISIS DE CAUSA RAIZ - 5 POR QUE	Versión	1
		Vigencia	Octubre de 2015

Origen de la acción	Fecha	Tipo de Evento
Servicio	Nombre y firma del responsable del Servicio	
Descripción del Hallazgo:		
Otras áreas donde pueda presentarse el mismo hallazgo		
Acción inmediata o acción coyuntural:		
Responsable:	Fecha de realización:	Nombre y firma de quien verifica su cumplimiento:

ANÁLISIS DE CAUSA RAIZ	
Primer ¿por qué?	
Segundo ¿por qué?	
Tercer ¿por qué?	
Cuarto ¿por qué?	
Quinto Porque	

- **Análisis Causa Raíz Que Combina El Análisis De Las “M” Y Los Por Qué**

El análisis de las oportunidades de mejoramiento en esta metodología, se fundamenta en un análisis combinado de 3 POR QUE vs las 6M (mano de obra, método, maquinas, materiales, medio, medición), permitiendo detectar la causa raíz, desde un enfoque más sistémico. A continuación, se explica cómo se interpreta cada una de la M del método:

- **Mano de Obra:** Hace referencia a fallas en la competencia del personal operativo y omisión de la ejecución de actividades delegadas desde los procesos

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- **Método:** Hace referencia a fallas derivadas de la planeación, las políticas, los procesos, procedimientos, instructivos, comunicación
- **Maquina:** Hace referencia a fallas derivadas o relacionadas con la tecnología
- **Materiales:** Hace referencia a fallas derivadas o relacionadas con los insumos necesarios para la operación adecuada de los procesos
- **Medio:** Hace referencia a fallas derivadas de factores externos al proceso: Usuarios, otras partes que participan en el proceso, reglamentación externa, condiciones locativas, condiciones de ambiente de trabajo, etc.
- **Medición:** Hace referencia a fallas derivadas de errores u omisión de actividades de control, seguimiento y verificación.

En esta metodología, para el análisis de una no conformidad o un producto no conforme de un solo TIPO, se utiliza el formato: Análisis de Causa Raíz Para Las Acciones de Mejoramiento “FMC007”

	Formato	Código	FMC007
	ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ PARA LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO	Versión	3
		Vigencia	Julio de 2015

Oportunidad de Mejora:

Servicio: Fecha:

ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ

1. Relacionadas con el paciente y la familia

POSIBLE CAUSA	SI	NO	OBSERVACIONES
Condiciones anatómicas y psicológicas del paciente			
No acatamiento de normas del Hospital			
Poca colaboración del paciente			
Información insuficiente del paciente sobre antecedentes			
Nivel de escolaridad			
Desconocimiento de que es un servicio de Urgencias			
Otros			

2. Relacionadas con Métodos y procesos

POSIBLE CAUSA	SI	NO	OBSERVACIONES
No existe el proceso para el desarrollo de las tareas			
Etapas el proceso poco claras en su definición			
No se dispone de protocolos o estándares			
Protocolos no disponible para la consulta			
Otros			

3. Relacionadas con Medio ambiente y entorno Hospitalario

POSIBLE CAUSA	SI	NO	OBSERVACIONES
Contaminación, desorden, falta de espacio			
Temperatura, humedad, ruido			
Falta suministro de energía, agua, aire			
Estructura y diseño de las áreas			
Otros			

4. Relacionadas con el Material e insumos

POSIBLE CAUSA	SI	NO	OBSERVACIONES
Insumos o productos defectuosos			
Cantidad en las etiquetas de los insumos			
Falla de funcionamiento de equipos			
No disponibilidad de equipos			
No disponibilidad de insumos			
Otros			

5. Relacionadas con la Mano de obra Factor Humano

POSIBLE CAUSA	SI	NO	OBSERVACIONES
Decisiones erradas			
Personal insuficiente			
Desconocimiento de proceso o guía			
Focos de distracción			
Incumplimiento de normas y procedimientos de trabajo			
Errores en el sistema de información			
Exceso de confianza			
Limitaciones ocupacionales para el desarrollo de la labor			
Otros			

ACCIONES DE MEJORA SELECCIONADAS Y PRIORIZADAS

ACTIVIDAD	DIMENSION DE LA ACTIVIDAD*	RESPONSABLE	FECHA

Aprendizaje Organizacional

Firma responsable

Jefe de Área

*Dimensiones a evaluar:

Enfoque: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito establecido en cada tema o variable que se va a evaluar.
Implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.
Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación del enfoque.

Para el proceso de Central de Mezclas Parenterales y Central de Producción de Gases Medicinales, se tiene adoptado el Formato “Análisis De Causa Raíz Para Las Acciones De Mejoramiento De La Central De Gases Y Central De Mezclas - FMC062”

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

	Formato	Código	FMC062
ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ PARA LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE LA CENTRAL DE GASES Y CENTRAL DE MEZCLAS	Versión	1	
	Vigencia	Febrero de 2019	

Fecha:		No. de la Oportunidad de Mejora (GIS):	
Origen de la Oportunidad de Mejora			
Descripción de la Oportunidad de Mejora:			
Clasificación de la oportunidad de mejora			
Producto No Conforme	No Conformidad	Incidente o desviación	
Nivel de Criticidad	Critico	No Crítico	
Observación de Criticidad			
Proceso:			

ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ

1. Relacionadas con el paciente y la familia

POSIBLE CAUSA	SI	NO	OBSERVACIONES
Condiciones anatómicas y psicológicas del paciente			
No acatamiento de normas del Hospital			
Poca colaboración del paciente			
Información insuficiente del paciente sobre antecedentes			
Nivel de escolaridad			
Desconocimiento de que es un servicio de Urgencias			
Otros			

2. Relacionadas con Métodos y procesos

POSIBLE CAUSA	SI	NO	OBSERVACIONES
No existe el proceso para el desarrollo de las tareas			
Etapas el proceso poco claro en su definición			
No se dispone de protocolos o estándares			

	Formato	Código	FMC062
ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ PARA LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE LA CENTRAL DE GASES Y CENTRAL DE MEZCLAS	Versión	1	
	Vigencia	Febrero de 2019	

POSIBLE CAUSA	SI	NO	OBSERVACIONES
Protocolos no disponibles para la consulta			
Otros			

3. Relacionadas con Medio ambiente y entorno Hospitalario

POSIBLE CAUSA	SI	NO	OBSERVACIONES
Congestión, desorden, falta de espacio			
Temperatura, humedad, ruido			
Falta suministro de energía, agua, aire			
Estructura y diseño de las áreas			
Otros			

4. Relacionadas con los Materiales e insumos

POSIBLE CAUSA	SI	NO	OBSERVACIONES
Insumos o productos defectuosos			
Claridad en las etiquetas de los insumos			
Falta de funcionamiento de equipos			
No disponibilidad de equipos			
No disponibilidad de insumos			
Otros			

5. Relacionadas con la Mano de obra Factor Humano

POSIBLE CAUSA	SI	NO	OBSERVACIONES
Decisiones erradas			
Personal insuficiente			
Desconocimiento del proceso o guía			
Focos de distracción			
Incumplimiento de normas y procedimientos de trabajo			
Errores en el sistema de información			
Exceso de confianza			
Limitaciones ocupacionales para el desarrollo de la labor			
Otros			

ACCIONES DE MEJORA SELECCIONADAS Y PRIORIZADAS

	Formato	Código	FMC062
ANÁLISIS DE CAUSA RAÍZ PARA LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO DE LA CENTRAL DE GASES Y CENTRAL DE MEZCLAS	Versión	1	
	Vigencia	Febrero de 2019	

ACTIVIDAD	DIMENSIÓN DE LA ACTIVIDAD*	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA

Aprendizaje Organizacional

Firma responsables _____

Jefe de Área _____

*Dimensiones a evaluar:

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

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

Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación del enfoque.

Este formato, incluye la clasificación de oportunidad de mejora y de su nivel de criticidad y adicionalmente en la descripción de las acciones de mejora incluye una columna para definir el tipo de acción: Correctiva, Preventiva o de Seguimiento.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

Cuando se requiere hacer análisis causal por esta metodología, para varias no conformidades o productos no conformes, de manera simultánea, se utiliza el siguiente formato: Matriz de Análisis de Causas de las “M” y los “Por qué FMC056”

Manuel Uribe Angel Vinculados con la Vida!		MATRIZ ANÁLISIS DE CAUSAS DE LAS “M” Y LOS “POR QUÉ”								
Fecha:										
Proceso:										
No	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ORIGEN	Análisis de causas				ACCIÓN DE MEJORA SUGERIDA	RESPONSABLE	FECHA PROGRAMADA	SOPORTE
			Tipo de causa	por qué	por qué	por qué				
			Mano de obra							
			Método							
			Máquina							
			Materiales							
			Medio							
			Medición							
			Mano de obra							
			Método							
			Máquina							
			Materiales							
			Medio							
			Medición							
			Mano de obra							
			Método							
			Máquina							
			Materiales							
			Medio							
			Medición							
			Mano de obra							
			Método							
			Máquina							
			Materiales							
			Medio							
			Medición							

La causa raíz identificada en el último “por qué”

Esta metodología es la utilizada para la documentación de planes de mejor solicitados por entes externos, con análisis de causas

• Diagrama causa – efecto

El diagrama causa-efecto es una forma de organizar y representar las diferentes teorías propuestas sobre las causas de un problema. Se conoce también como diagrama de Ishikawa o diagrama de espina de pescado y se utiliza en las fases de Diagnóstico y Solución de la causa. La técnica de análisis de causa y efectos para la solución de problemas, relaciona un efecto con las posibles causas que lo provocan.

Se utiliza para cuando se necesite encontrar las causas raíces de un problema, simplificando el análisis a través de una gráfica, que permite visualizar la solución de cada problema, haciéndolo más entendible, toda vez que en una imagen se logra agrupar el problema, o situación a analizar y las causas y subcausas que contribuyen a este problema o situación. Los pasos a seguir para esta metodología son:

- Ponerse de acuerdo en la definición del efecto o problema
- Trazar una flecha y escribir el “efecto” del lado derecho

EFECTO

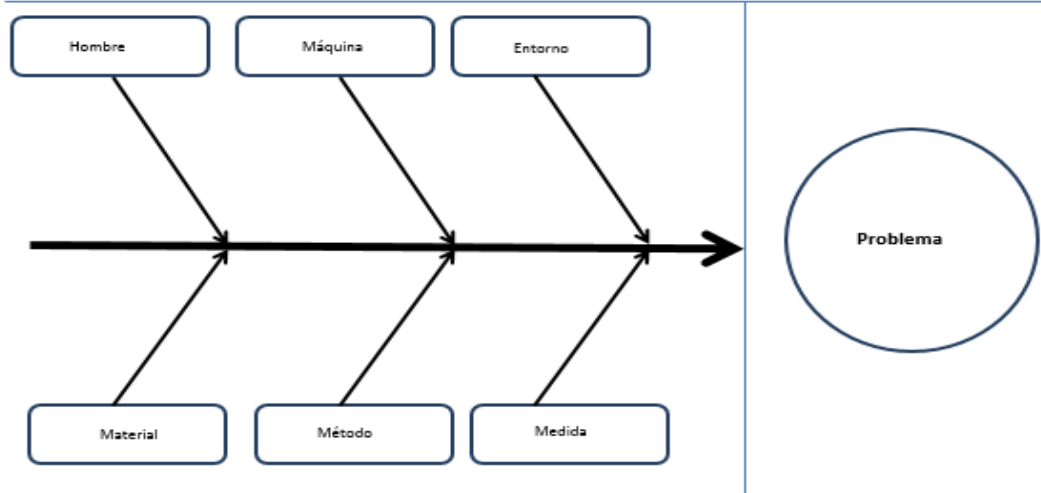
MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- Identificar las causas principales a través de flechas secundarias que terminan en la flecha principal
- Identificar las causas secundarias a través de flechas que terminan en las flechas secundarias, así como las causas terciarias que afectan a las secundarias
- Asignar la importancia de cada factor
- Definir los principales conjuntos de probables causas: materiales, maquinaria (equipos), métodos de trabajo, mano de obra, medio ambiente (5 M)
- Marcar los factores importantes que tienen incidencia significativa sobre el problema
Registrar cualquier información que pueda ser de utilidad

El formato utilizado par esté tipo de análisis es: Diagrama Espina Pescado “FEZ001”

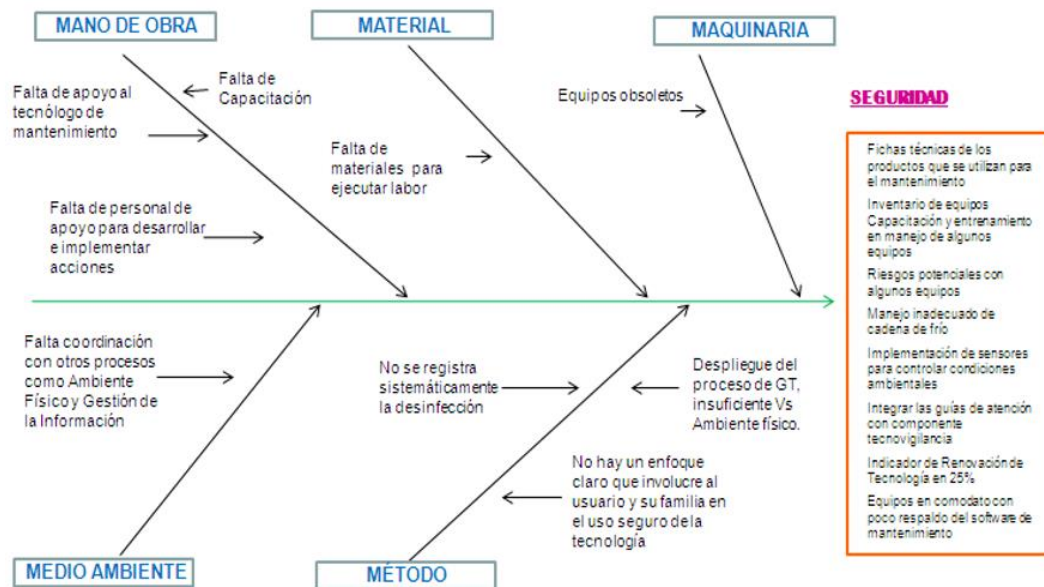
	Formato	Código	FEA001
	DIAGRAMA ESPINA DE PESCADO	Versión	1
		Vigencia	Marzo de 2014

CAUSA EFECTO



A continuación, se relaciona un ejemplo de esta metodología:

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



• Diagrama De PARETO

Pareto es una herramienta de análisis de datos ampliamente utilizada y es por lo tanto útil en la determinación de la causa principal durante un esfuerzo de resolución de problemas. Este permite ver cuáles son los problemas más grandes, permitiéndoles a los grupos establecer prioridades. En casos típicos, los pocos (pasos, servicios, ítems, problemas, causas) son responsables por la mayor parte el impacto negativo sobre la calidad. Si enfocamos nuestra atención en estos pocos vitales, podemos obtener la mayor ganancia potencial de nuestros esfuerzos por mejorar la calidad. Pareto es una herramienta de análisis de datos ampliamente utilizada y es por lo tanto útil en la determinación de la causa principal durante un esfuerzo de resolución de problemas. Este permite ver cuáles son los problemas más grandes, permitiéndoles a los grupos establecer prioridades. En casos típicos, los pocos (pasos, servicios, ítems, problemas, causas) son responsables por la mayor parte el impacto negativo sobre la calidad. Si enfocamos nuestra atención en estos pocos vitales, podemos obtener la mayor ganancia potencial de nuestros esfuerzos por mejorar la calidad. Pareto es una herramienta de análisis de datos ampliamente utilizada y es por lo tanto útil en la determinación de la causa principal durante un esfuerzo de resolución de problemas. Este permite ver cuáles son los problemas más grandes, permitiéndoles a los grupos establecer prioridades. En casos típicos, los pocos (pasos, servicios, ítems, problemas, causas) son responsables por la mayor parte el impacto negativo sobre la calidad. Si enfocamos nuestra atención en estos pocos vitales, podemos obtener la mayor ganancia potencial de nuestros esfuerzos por mejorar la calidad.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

pocos vitales, podemos obtener la mayor ganancia potencial de nuestros esfuerzos por mejorar la calidad

Un equipo puede utilizar la Gráfica de PARETO para varios propósitos durante un proyecto para lograr mejoras:

- Para analizar las causas
- Para estudiar los resultados
- Para planear una mejora continua.

Las Gráficas de PARETO son especialmente valiosas como fotos de “antes y después” para demostrar qué progreso se ha logrado. Como tal, la Gráfica de PARETO es una herramienta sencilla pero poderosa.

Mediante el Diagrama de PARETO se pueden detectar los problemas que tienen más relevancia mediante la aplicación del principio de PARETO (pocos vitales, muchos triviales) que dice que hay muchos problemas sin importancia frente a sólo unos graves. Ya que, por lo general, el 80% de los resultados totales se originan en el 20% de los elementos.

¿Cuándo se utiliza?

- Al identificar un producto o servicio para el análisis para mejorar la calidad.
- Cuando existe la necesidad de llamar la atención a los problema o causas de una forma sistemática.
- Al identificar oportunidades para mejorar.
- Al buscar las causas principales de los problemas y establecer la prioridad de las soluciones.
- Al evaluar los resultados de los cambios efectuados a un proceso (antes y después)
- Cuando los datos puedan clasificarse en categorías.
- Cuando el rango de cada categoría es importante.

¿Qué pasos se deben seguir?

- Seleccionar categorías lógicas para el tópico de análisis identificado (incluir el periodo de tiempo).
- Reunir datos. La utilización de una hoja de registro o lista de control puede ser de mucha ayuda en este paso.
- Ordenar los datos de la mayor categoría a la menor

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- Totalizar los datos para todas las categorías
 - Calcular el porcentaje del total que cada categoría representa
 - Trazar los ejes horizontales (x) y verticales (y primario - y secundario)
 - Trazar la escala del eje vertical izquierdo para frecuencia (de 0 al total, según se calculó anteriormente)
 - De izquierda a derecha trazar las barras para cada categoría en orden descendente. Si existe una categoría "otros", debe ser colocada al final, sin importar su valor. Es decir, que no debe tenerse en cuenta al momento de ordenar de mayor a menor la frecuencia de las categorías.
 - Trazar la escala del eje vertical derecho para el porcentaje acumulativo, comenzando por el 0 y hasta el 100%
 - Trazar el gráfico lineal para el porcentaje acumulado, comenzando en la parte superior de la barra de la primera categoría (la más alta)
Dar un título al gráfico, agregar las fechas de cuando los datos fueron reunidos y citar la fuente de los datos.
 - Analizar la gráfica para determinar los "pocos vitales"
- ¿Qué tener en cuenta para su construcción / interpretación?

Como hemos visto, un Diagrama de PARETO es un gráfico de barras que enumera las categorías en orden descendente de izquierda a derecha, el cual puede ser utilizado por un equipo para analizar causas, estudiar resultados y planear una mejora continua.

Dentro de las dificultades que se pueden presentar al tratar de interpretar el Diagrama de PARETO es que algunas veces los datos no indican una clara distinción entre las categorías. Esto puede verse en el gráfico cuando todas las barras son más o menos de la misma altura.

Otra dificultad es que se necesita más de la mitad de las categorías para sumar más del 60% del efecto de calidad, por lo que un buen análisis e interpretación depende en su gran mayoría de un buen análisis previo de las causas y posterior recogida de datos.

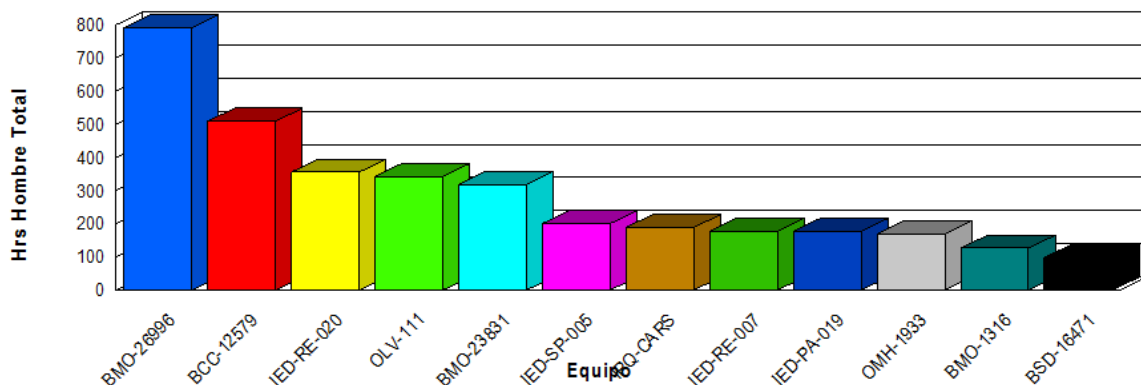
La interpretación de un Diagrama de PARETO se puede definir completando las siguientes oraciones de ejemplo: Existen (número de categorías) contribuyentes relacionados con (efecto). Pero estos (número de pocos vitales) corresponden al (número) % del total (efecto). Debemos procurar estas (número) categorías pocos vitales, ya que representan la mayor ganancia potencial para nuestros esfuerzos."

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

Un ejemplo de análisis de Pareto, se relaciona a continuación:

HIPG2	PARETO POR MAYOR NÚMERO DE HORAS HOMBRE									
2011/04/18	ENERO 1 A DICIEMBRE 31 DE 2010									
									am - Administrador de Mantenimiento	
		Número Actividades	Horas Hombre			HH		Tiempo		
Equipo	Descripción	OT	SS	P/A	OT	SS	P/A		Gasto Total	PARETO
BMO-26996	MONITOR DE SIGNOS VITALES	0	2	0	0.00	791.45	0.00	791.45	0.00	4,825.0000
BCC-12579	ELECTROBISTURI	0	2	0	0.00	509.17	0.00	509.17	0.00	1,965,383.0000
IED-RE-020	PUESTO DE ENFERMERIA P8 T ALIANZAS	0	12	0	0.00	356.15	0.00	356.15	0.00	1,358,426.0000
OLV-111	LAVADORA ELECTRICA	8	19	0	62.67	279.83	0.00	342.50	12.53	7,861,201.0000
BMO-23831	MONITOR FETAL	1	11	0	1.00	318.20	0.00	319.20	1.00	1,405,386.0000
IED-SP-005	SALA DE RECUPERACIÓN CX	0	9	0	0.00	200.83	0.00	200.83	0.00	398,923.0000
IPQ-CARS	PARQUEADERO CARROS	4	16	0	80.00	109.17	0.00	189.17	7.00	6,789,292.0000
IED-RE-007	PUESTO DE ENFERMERIA T3P3	1	33	0	8.25	169.38	0.00	177.63	8.00	373,202.0000
IED-PA-019	PASILLO QUIROFANOS CX GRAL	2	20	0	3.00	174.42	0.00	177.42	4.00	768,478.0000
OMH-1933	CAMA ELECTRICA	0	2	0	0.00	169.50	0.00	169.50	0.00	654,270.0000
BMO-1316	MONITOR DE SIGNOS VITALES	2	4	0	4.92	121.50	0.00	126.42	0.00	1,160,768.3315
BSD-16471	AUTOCLAVE A VAPOR N°1	4	6	0	10.00	88.42	0.00	98.42	22.00	10,153,612.0000

Mayor Número de Horas Hombre



- Protocolo de Londres:**

Esta metodología aplica para el análisis de eventos adversos y se encuentra descrita en el Manual d Eventos de Seguridad

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- Indicadores:**

La ESE cuenta con un App de Indicadores, el cual incluye un campo para análisis y la definición de mejoras, de las desviaciones identificadas a partir de los indicadores de gestión de los procesos. El análisis de causas de los indicadores se fundamenta en la metodología de las M combinadas con los por qué y en el aplicativo se registra la causa raíz y la acción de correctiva definida para su intervención.

Análisis

Fecha del Registro: lunes, 11 de febrero de 2019
Hora Registro: 05:11:42 p. m.
Usuario aplicación: Calidad
Usuario Equipo: lalzate

Código	Periodicidad de medición	Periodo a Evaluar	Año
DMC007	Mensual	FEBRERO	2018

Análisis

Acciones de Mejora

Guardar **Cancelar**

- Manifestaciones de los Clientes:** Las manifestaciones del cliente se gestionan directamente en el “Aplicativo de PRRSD”, como se muestra a continuación:

- Clasificación:

SI Gestión de PQRD - HMUA

Manuel Uribe Angel

Bienvenido Margaesme

Fecha inicial: 01/02/2018 Fecha final: 28/02/2018 Código: Identificación / NET: Tipo de PQRD: Estado:

Acciones:

Observaciones:

Observación: USUARIO QUE REPORTA INCORPORACIÓN POR EL TRATO DE PARTE DE UNA EMPLEADA, DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA

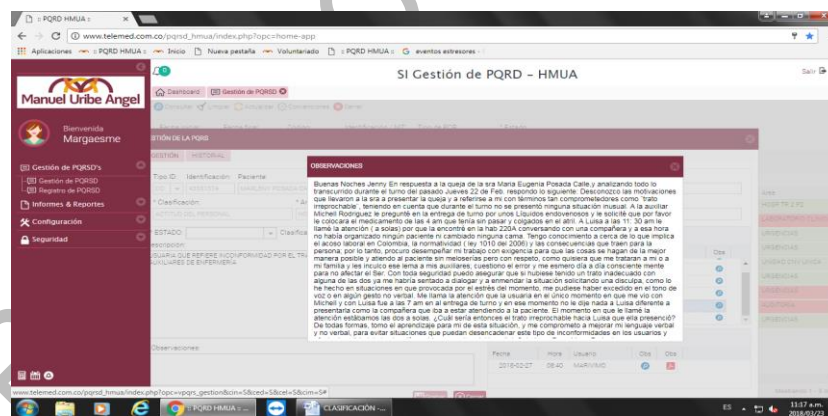
Id	Nombre	Apellido	Correo	Estado	Fecha	Asignado a
1	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE
2	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE
3	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE
4	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE
5	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE
6	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE
7	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE
8	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE
9	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE
10	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE	PERSONAL DE

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- Respuesta de Atención al Usuario:



- Respuesta de Atención al Usuario



La formulación de acciones de mejora debe permitir intervenir de manera efectiva la causa raíz previamente identificada. Para ello es necesario considerar, desde qué parte del ciclo PHVA (Planear – Hacer – Verificar - Actuar) se debe intervenir la oportunidad de mejora.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

A manera de ejemplo, si de acuerdo con las auditorías internas, el personal de la institución está mostrando una baja adherencia a los 5 momentos de la higiene de manos y a la técnica adoptada por la institución (Una falla en el “Hacer”), será necesario devolverse en el ciclo y preguntar: ¿Están estos lineamientos claramente adoptados por la institución? (“Planear”, equivalente a la formulación y adopción del enfoque en acreditación); y luego, asumiendo que el enfoque presenta contradicciones entre diferentes documentos, cabría preguntarse: ¿Cómo han sido difundidas estas directrices? (Implementación), lo cual lleva a preguntas sobre la cobertura alcanzada, las técnicas de entrenamiento empleadas, etc. Así las cosas, se dispondrá de los elementos necesarios para que la acción de mejora pueda ser integral; esto es, con una **orientación de Enfoque – Implementación – Resultados**.

Desde el enfoque de Acreditación, una acción de mejora integral será aquella que contemple las siguientes actividades

- **Enfoque:** Revisión, ajuste o fortalecimiento del soporte documental, cuando aplique.
- **Implementación:** Despliegue a todo el personal responsable de su aplicación y a los clientes externos, cuando aplique. Adopción de medidas estructurales que faciliten y favorezcan la aplicación de las directrices establecidas en la documentación y difundidas a los clientes internos y/o externos.
- **Resultados:** Evaluación de la adherencia a las directrices adoptadas y difundidas, y de la eficacia de las mismas. Intervención sobre los resultados obtenidos a partir de dichas evaluaciones.

En ese orden de ideas, la gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares de acreditación, se desarrolla teniendo en cuenta:

- El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
- La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento por parte de los equipos de autoevaluación, equipos de mejora y demás colaboradores de la organización.
- La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.
- El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y aseguramiento de la calidad.
- La comunicación de los resultados.

La adopción de este esquema mental para el diseño de una acción de mejora contribuirá a que se evite el manejo “sintomático” de los problemas identificados.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

Teniendo en cuenta lo anterior:

- Las oportunidades de mejora que requieran de tiempo y que no se puedan solucionar con una acción o tarea puntual, serán las que se registraran en el plan de mejoramiento para su seguimiento y verificación de cumplimiento.
- No lleve al GIS-Plan de Mejora, tareas puntuales, que puede quedar solucionadas con una sola acción.

Si no tiene esto en cuenta, solo logrará llenarse de tareas escritas, que pudieron solucionarse mientras escribía, congestionando tanto el GIS- Planes de Mejora, que no sabrá a que se le apunta primero y por ende no gestionará adecuadamente las oportunidades de mejora que realmente requieren intervenir y finalmente invertirá gran cantidad de tiempo evaluando tareas ya cumplidas, y sin mucha efectividad en aquellas que sí lo requirieron.

El jefe de servicio, líder del proceso, es el responsable de dirigir las actividades del Grupo de Mejoramiento y dispondrá, cuando lo estime conveniente, del apoyo del área de calidad. En todos los casos, las acciones de mejora del proceso, deben divulgarse con el equipo de trabajo

Funciones de los Grupos de mejoramiento

- Fomentar la aplicación del modelo institucional de mejoramiento.
- Dar seguimiento a las propuestas y resoluciones tomadas
- Monitorización del Mejoramiento en Marcha
- Priorización de las Oportunidades de Mejora
- Evaluar la causa raíz
- Identificar si es una OM o tarea
- Documentar la acción de mejora en el formato de Plan de Mejora, definido en el Aplicativo GIS-Plan de Mejora.
- Implementar
- Evaluar el impacto de la acción de mejora
- Realizar seguimiento en forma periódica, de acuerdo a las acciones de mejora definidas, para identificar avance de estas. Se recomienda que cada líder de proceso, realice una evaluación mensual del estado de los planes de mejora formulados, para el control y cumplimiento en las fechas establecidas, tomando los correctivos de forma oportuna.
- Realizar el cierre de los ciclos de las acciones de mejora
- Identificar el Aprendizaje Organizacional.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

Funciones del jefe de servicio – Líder de mejoramiento:

- Recolectar ordenadamente las fuentes internas, fuentes externas, normas técnicas o legales recientemente expedidas y las fuentes internas que serán usadas como base para la identificación de oportunidades de mejora.
- Planificar las reuniones a necesidad a partir de la revisión y análisis previo de las diferentes fuentes de información.
- Velar por el cumplimiento de la agenda de las reuniones del grupo de mejoramiento y convocar a sus integrantes.
- Coordinar y moderar las reuniones del grupo y propiciar en ellas un ambiente que aliente la participación y el análisis técnico de los problemas Institucionales.
- Fomentar la aplicación del modelo institucional de mejoramiento.
- Dar seguimiento a las propuestas y resoluciones tomadas.

Recolección de Fuentes de Información y Preparación de la Reunión

Esta es una responsabilidad que debe ejecutar el líder del grupo de mejoramiento y/o el representante del área de Gestión de la Calidad. Supone un ejercicio sistemático de clasificación y almacenamiento, en medio físico o magnético, de todas las posibles Oportunidades de mejora, que provengan de las diferentes fuentes. Determine si la oportunidad de mejora le apunta a uno de los estándares de Acreditación, que puedan ser consideradas como “entradas” para el proceso de gestión del mejoramiento.

La preparación de la reunión del grupo de mejoramiento incluye también la elaboración y convocatoria de los integrantes mediante el envío de una agenda u orden del día, de manera que se garantice la ejecución sistemática de todos los pasos requeridos para obtener los resultados esperados. Una agenda clara para las reuniones proporciona a los integrantes del grupo un esquema de trabajo en el cual operar.

8.6.7 Priorización De Oportunidades De Mejora

Después de tener claramente identificadas las oportunidades de mejora del proceso, se realiza la priorización de ellos para definir a cuál o cuáles se les atenderá primero.

Las oportunidades de mejoramiento del PAMEC institucional se priorizan, teniendo en cuenta variables de riesgo, volumen y costo, así:

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- **Riesgo:** Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- **Costo:** Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- **Volumen:** Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor. Se sugiere utilizar la siguiente tabla de calificación:

Criterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
• Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
• Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
• Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

TABLA DE VALORACIÓN PARA LA PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

ENTRE 100 Y 125	PRIORIZADO URGENTE E IMPORTANTE
ENTRE 80 y 99	PRIORIZADO IMPORTANTE
ENTRE 48 Y 79	PRIORIZADOS QUE ESPERA
ENTRE 1 Y 47	SE PUEDE APLAZAR

Las otras oportunidades de mejora identificadas a partir de fuentes internas y externas, se priorizan directamente en el formato de plan de mejora del GIS del proceso, a través de la siguiente escala:

- Alto Riesgo
- Alto Riesgo y Costo
- Mediano costo y volumen
- Mediano riesgo
- Mediano riesgo y costo
- Mediano riesgo, costo y volumen

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

En este caso la tabla de priorización es la siguiente:

INMEDIATA	MEDIATA	DIFERIDA
Antes de 90 días	Antes de 180 días	Antes del 31 de diciembre

8.6.8 Instrucciones Para Diligenciamiento del Aplicativo GIS – Plan de Mejora

Por cada Oportunidad de Mejora (OM), identificada que requiera una adecuada gestión, movilizando un grupo de trabajo, concretando cronogramas para la realización de varias actividades, o cuando se requiere de apoyo para complementar la gestión, se deben diligenciar los siguientes campos: ver imagen-1

E.S.E. HOSPITAL MANUEL URIBE ANGEL																
PLAN DE MEJORAMIENTO																
PROCESO: CONTROL INTERNO																
PERIODO: 2015																
REPORTE					PLAN DE MEJORAMIENTO							SEGUIMIENTO COORDINADOR				
Cons ecuti o #	FECHA DE LA OM			Nro y OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE LA INFORMACION	PRINCIPAL ATRIBUTO DE CALIDAD AFECTADO	OBJETIVO	ACCIONES DE MEJORA	FECHA LIMITE	RESPONSABLES	MEDIOS DE VERIFICACION	ESTADO DE LA ACCION	INDICADOR O FORMA DE MEDICION	% CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	DESCRIPCION DE LOS AVANCES	
DD	MM	AAAA														
1	15	12	2014	OM9, Criterio (1.2; 7.2) documento que requiere actualizarse, en formato, contenido.	Visita ICONTEC	Legalidad	4-M1.1	Actualizar el normograma (1.2) registrando los cambios sufridos en cada vigencia, así como la Guía de Reporte a Entes de Control por la ESE (7.2).	MEDIATA (Entre 90 y 180 días)	Jefe OCI	Guías Actualizadas	Cerrada	Guía y normograma actualizado y publicado en la intranet	100%	Se actualiza la norma, se modifican y actualizan igualmente cada semestre	
2	15	12	2014	OM(2) Criterio(3.2; 3.4; 3.6) Socializar temas de gestión de riesgos e informes de control interno	Visita ICONTEC	Autocontrol	4-M1.1	Socializar la política de Gestión de Riesgos (Nro 3.2), y el Modelo de gestión de Riesgos (Nro 3.4), en grupos de inducción; el Proceso de Auditoría y el Programa de Auditoría (1.6), el cual se hará en conjunto con Calidad, para el 2do semestre 2015. Se informará en las reuniones del comité técnico y en el de Control Interno y calidad, los informes de auditoría de la OCI (3.6), socializando las oportunidades de mejora dejadas en los mismos.	INMEDIATA (Antes de 90 días)	Jefe OCI	Lista de asistencia, Actas de comités	En Proceso	Política de Gestión de riesgos, proceso de auditoría socializada en grupos primarios, Modelo de gestión de riesgos y programa de auditoría en web e intranet Informes de OCI, en comités	100%	Se socializa en comités informe dejado por el ICONTEC, el del DAEP, informes del plan anticorrupción y del estado del sistema de control interno.	

Imagen-1

- **Nro. de Consecutivo:** secuencia del registro.
- **Fecha de la OM:** día, mes y año en el cual conoció la oportunidad de mejora.
- **Número (Nro.) y Oportunidad de Mejora:** identifique el número que le asignó la persona o entidad fuente de la oportunidad de mejora, sobre la cual implementara las acciones siguientes. Y describa brevemente en qué consiste la falencia, hallazgo, faltante, o requerimiento.
- **Fuente de la Información:** en esta ira el origen de la oportunidad de mejora, la cual se seleccionará de la lista desprendible, dependiendo del origen podrá identificar el número de la misma, ya que, si es una queja o el resultado de una autoevaluación, no contará con esta información.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- **Atributo de Calidad Afectado:** relacione a cuál de los aspectos de la lista de desprendible apunta la acción a implementarse, de acuerdo a: las características de calidad (Accesibilidad, Oportunidad, Continuidad, Pertinencia, Seguridad). Adecuación al Uso, Anticorrupción/Publicidad/Transparencia, Autocontrol, Competencias (relacionadas al perfil y requisitos del personal), Efectividad (en cuanto a los resultados a obtener), Eficacia (en el cumplimiento de los procesos), Eficiencia (en cumplir pero al menor costo y rentabilidad), Humanización, Legalidad, Responsabilidad Social (lo relacionado a la responsabilidad que tiene la ESE con la comunidad, la sociedad y el medio ambiente), Satisfacción Cliente (con respecto a PQRS), Suficiencia o Disponibilidad (en recursos financieros, logísticos e infraestructura).
- **Críticidad:** Esta columna aplica para la clasificación de no conformidades y productos no conformes de los procesos de la central de mezclas parenterales y central de producción de gases medicinales; se clasifica como crítica o no crítica, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de manejo de desviaciones QSF010 y el Procedimiento de Tratamiento de Producto No conforme QMC006
- **Recurrencia de la Oportunidad de Mejora:** En esta casilla se registra SI ó NO, teniendo en cuenta si al momento de ingresar la oportunidad de mejora al GIS, esta se había materializado en varias ocasiones.
- **Objetivo:** Hace referencia al objetivo que se busca alcanzar con acción mejora de mejora.
- **Acciones de Mejora:** relacione que medidas, actividades, planes, proyectos u otro tipo de acción considera pertinente y necesario de implementarse para solucionar la oportunidad de mejora.

A tener en cuenta: las acciones a desarrollarse se deben limitar a la vigencia (año en el que ésta), por lo tanto, trate de delimitar con precisión el alcance de la acción de mejora, por ejemplo, si requiere difundir una política a todo el personal, delimite si para el año actual, se cubrirá un porcentaje alcanzable (20%), de lo contrario, cada año estará arrastrando varias oportunidades de mejora que se han ido subsanando en la medida en que vaya cumpliendo la acción propuesta.
- **Tipo de acción:** En esta casilla se registra si la clasificación de la Acción de Mejora: Preventiva, Correctiva o de Seguimiento.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- **Justificación de la Prioridad:** En esta casilla se realiza la priorización de la acción de mejora teniendo en cuenta, la siguiente escala de evaluación:
 - Alto Riesgo
 - Alto Riesgo y Costo
 - Mediano costo y volumen
 - Mediano riesgo
 - Mediano riesgo y costo
 - Mediano riesgo, costo y volumen
- **Fecha Limite,** defina en cuanto tiempo deberá estar realizada y cumplida la acción formulada, esto le permitirá establecer prioridades para iniciar las tareas a cumplir, así:
Inmediata (en menos de 90 días)- ROJO
Mediata (entre 90 y 180 días)- AMARILLA, esto le da 6 meses para actuar
Diferida (a tener cumplida en diciembre), lo que significa que deberá ir implementando varias actividades a lo largo del año, para cumplir finamente con la solución propuesta. Estas acciones así definidas, estarán cumplidas a diciembre con soluciones efectivas a la oportunidad de mejora; por lo tanto, deben ir revisándose en forma periódica, para que no acumule tareas para el momento de la verificación en la auditoria de Calidad y/o por parte de la Oficina de Control Interno. Buscando estar en su mayoría cerradas.
- **Barreras para su implementación:** Para asegurar la implementación de las acciones de mejora, se procede a la identificación de potenciales barreras que puedan afectar su ejecución, incluyendo tiempo programado e impacto esperado.
- **Acciones de intervención frente a las barreras:** Cuando se tienen identificadas las potenciales barreras que pueden afectar la implementación de las mejoras programadas, se procede con la definición de acciones de intervención que permitan asegurar su ejecución. Si las acciones de intervención identificadas por el grupo de mejoramiento, requieren de inversión de recursos financieros que no están contemplados en la operación regular de los procesos, el jefe de servicio responsable de su implementación debe presentar la propuesta de acción de intervención al comité institucional de gestión y desempeño, para su respectiva aprobación presupuestal; contextualizando al comité en relación a la oportunidad de mejora identificada, la acción de mejora definida, las barreras de

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

implementación y el impacto esperado con la implementación de la acción de mejoramiento.

- **Impacto Esperado:** Se debe relacionar de manera explícita el impacto esperado con la implementación de la acción de mejora, haciendo referencia cuando aplique al impacto que se logrará en relación al paciente y su familia
- **Responsable de guiar la implementación de la acción de mejora:** En la asignación del responsable de la implementación, se tiene en cuenta las competencias necesarias para guiar el desarrollo de las acciones de mejora. En caso de que la acción deba ser escalada a otros proceso o grupo de mejoramiento, se registra en el responsable del servicio al cual se le comunicó la necesidad de implementar medidas para dar solución a un hallazgo de su servicio o proceso, procure garantizar-verificar la recepción del comunicado, con el fin de que el responsable (receptor), registre en el GIS-Plan de Mejoramiento, la oportunidad de mejora y determine las acciones a ser implementadas, por lo tanto debe haber una muy buena comunicación entre los líderes de los procesos para informar la necesidad de ejecución de determinada actividad. No olvide informar el Número y la fuente de la oportunidad de mejora, garantizando la trazabilidad de la misma, en especial cuando son fuente de auditorías internas o externas.
- **Grupo responsable del cierre del mejoramiento:** Para asegurar la evaluación objetiva del mejoramiento logrado a partir de la implementación de las acciones, se identifica el grupo de mejoramiento que estará a cargo de su verificación y cierre.
- **Medios de Verificación:** registre en esta celda, en que se soporta el cumplimiento de la acción, en actas, listas de asistencia, proyecto elaborado y entregado, equipo instalado y en operación, con personal entrenado, acuerdo o resolución adaptada, etc.

Tenga en cuenta, que los medios de verificación serán las evidencias de las actividades que se van ejecutando, así mismo se podrán convertir en su “indicador” o forma en que le medirán su cumplimiento.

- **Estado de la Acción:** En esta se definirá si las actividades se están ejecutando (en proceso), si aún no se implementa la acción formulada o no ha obtenido

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

resultados en lo realizado (sin avances); si luego de analizada la oportunidad de mejora determina que ninguna acción para darle solución depende de la gestión de su proceso, se deberá (escalar) al jefe del proceso responsable, para lo cual se deberá comunicar la fuente y Nro. de oportunidad de mejora relacionada en el informe inicial, garantizándose la trazabilidad de la OM, luego de escalar y verificar que el otro proceso ha recibido el comunicado, puede cerrar.

Solo tiene dos (2) opciones al identificar y registra una oportunidad de mejoramiento en el GIS-Plan de Mejoramiento por primera vez, "En proceso" o "escalada".

Además de lo referido en el paso siguiente, Verificar, se dará por cerrada la acción, sin que necesariamente se cierre la OM, o se pueden cerrar ambas, en esté solo se registra si se cierra la acción y en la descripción del avance, se podrá registrar si también cierra la oportunidad de mejora, el cierre de la acción, dependerá del tiempo con el cual se debe haber cumplido ésta, y el % de cumplimiento de acuerdo a la meta establecida.

Tenga en cuenta: para el cierre de cada vigencia, se evaluará por cada gestor del plan de mejora (jefe o coordinador del proceso), el total de acciones cumplidas con respecto a la meta trazada. Por lo cual se espera que la mayoría de las acciones se pueda cerrar. Si la oportunidad de mejora, a pesar de las acciones no se pueden cerrar, porque aún no se ha dado solución a la oportunidad de mejora (impacto), evalúe y determiné la necesidad de trasladar al Plan Operativo Anual (GIS- POA), las acciones que considera necesario gestionar y verificar en forma más periódica, con reporte semestral en comité técnico.

- **Indicador o Forma de medición, dato** para evaluar el impacto de la mejora: Registre el indicador o forma como podrá ir evidenciando el logro o resultados de las actividades implementadas, así sabrá con mayor precisión cuando puede cerrar o cuando debe reforzar para dar cumplimiento a la acción de mejora propuesta. Este será la base para determinar el nivel de eficacia y/o el impacto de la actividad.

En este campo se debe determinar los indicadores organizacionales que van a ser mejorados a partir de la implementación de oportunidades de mejora en los procesos organizacionales, considerando aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros.

- **% Cumplimiento del Indicador:** asigne la meta que conducirá al cierre de la acción, defina si es posible el número y % hasta donde desea alcanzar al

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

evaluarse en diciembre. Recuerde que una meta debe ser retadora, pero al mismo tiempo posible de alcanzar.

- **Efectividad:** En esta casilla se registra el seguimiento a la materialización de la oportunidad de mejora, después de la implementación de las acciones de mejora; Se califica efectiva si la incidencia de la oportunidad de mejora se redujo o no se volvió a materializar y como no efectiva si la oportunidad de mejora se volvió a materializar.
- **Descripción de los avances:** en el proceso de autogestión y autorregulación revise el estado de ejecución de las acciones propuestas, y registre cuanto ha avanzado y los medios para hacerlo, indique las razones y barreras encontradas para la no ejecución o retrasos en la implementación de las actividades designadas.
- **Seguimiento de CI:** Esta casilla es diligenciada por la Jefe de Control Interno y corresponde a la evaluación independiente de la eficacia y efectividad de las acciones de mejora, para validar su cierre
- **Comunicación de las mejoras y los resultados:** La comunicación de las acciones de mejora y los resultados obtenidos a partir de su implementación, es responsabilidad del jefe de servicio, quien a través de los grupos primarios desplegará la información con sus equipos de trabajo y en comité institucional de gestión y desempeño, incluirá en el informe gerencial de su proceso, los resultados de implementación de los planes de mejora.

Manuel Uribe Angel
E.S.E. HOSPITAL
Vinculados con la Vida!

[illegible]

Un componente fundamental de este modelo es la ejecución de las acciones planeadas por los diferentes grupos de trabajo en aras del mejoramiento, la cual está representada en el diagrama mediante el ciclo PHVA. Sin ejecución de acciones no habrá mejoramiento.

El área responsable de la acción de mejora procede a ejecutar las diferentes actividades para llevar a cabo la acción de mejora involucrando a las personas de su área y su grupo o de otras áreas si se requiere el apoyo.

Este componente se refiere al conjunto de evidencias que se deben generar cuando se ejecutan las distintas actividades que conforman una acción de mejora. Estas evidencias se pueden tener en medio físico y/o magnético e incluyen, más no se limitan a las siguientes: listados de asistencia a capacitaciones, evaluaciones realizadas y sus consolidados, registros fotográficos o en video, copias de facturas de compras o trabajos realizados, informes, etc. Se recomienda tenerlas en una carpeta de forma consolidada para su fácil acceso.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

Dado que el concepto de Garantía de la Calidad exige la generación de las evidencias suficientes y necesarias para crear confianza entre todos los interesados sobre la calidad de los productos y servicios que se generan en una organización, el modelo de mejoramiento adoptado por la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado incluye la generación de tres grandes tipos de evidencias:

- Actas de los Grupos (primarios, de mejoramiento, rondas Staff y/o de comités entre otros)
- Formatos con los Planes de Mejoramiento Diligenciados
- Soportes de la realización de las acciones de mejora planeadas

Actas o informes consolidados de los Grupos de Mejoramiento: Estas se utilizan para consolidar y comunicar las decisiones con base en estas, se lleva a cabo el seguimiento de las acciones correspondientes. Durante la reunión, alguien deberá ser responsable de registrar lo que sucede. Después de la reunión debe distribuirse a los miembros de equipo y a cualquier otra persona que necesite saber lo que se decidió en la reunión. Estas son también referentes para la auditoría interna y externa, razón por la cual se deben mantener completas y al día.

Formatos con los Planes de Mejoramiento Diligenciados: Como ya se ha mencionado, el formato de plan de mejoramiento es una aplicación en MS-Excel® GIS- Plan de Mejoramiento; que está diseñado para que se puedan seguir rigurosamente las diferentes etapas explicadas en este documento. Los planes de mejoramiento son también referentes para la auditoría interna y externa de los grupos de mejoramiento, razón por la cual se deben mantener debidamente diligenciados y organizados. Es importante que estos planes se ubiquen en la Carpeta Planear del “Gerenciamos nuestro proceso”, la cual está ubicada en el servidor de la institución, lo cual permite la generación automática de copias de respaldo y evita la duplicidad de planes. Descritas en el paso anterior, identificado con el numeral “INSTRUCCIÓN PARA LA DILIGENCIA EL APLICATIVO GIS-PLAN DE MEJORAMIENTO” que hace parte del Modelo de Mejoramiento Institucional.

8.6.10 Monitorización Del Mejoramiento

La evaluación de las acciones de mejora se fundamenta en criterios de:

- Eficacia: Cumplimiento de lo planeado
- Efectividad: Logro del cierre de brechas de mejora, en la mayoría de los casos monitorizado a través de indicadores

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- Eficiencia: Cumplimiento de lo planeado y logro de la brecha de mejora, con el adecuado uso de recursos

Para monitorizar las acciones de mejora hay varios niveles:

- Autocontrol: Hace referencia a la capacidad de cada persona para evaluar su trabajo, detectar desviaciones, efectuar correctivos, mejorar y solicitar ayuda cuando lo considere necesario de tal manera que la ejecución de sus procesos, actividades y tareas bajo su responsabilidad garanticen el ejercicio de una función administrativa eficaz
- Autorregulación: Hace referencia a la evaluación del mejoramiento realizada por la organización, a través del área de calidad y planeación, la cual asegura la gestión organizacional hacia el cierre de ciclos de mejora. Para este nivel de seguimiento, es importante:
- Evaluación independiente: Hace referencia a la evaluación del mejoramiento realizada por el jefe de control interno y revisoría fiscal.

8.6.10.1 Autocontrol o Primera Línea de Defensa

- **Evaluación del Jefe de Servicio:** En este caso el jefe de servicio realiza seguimiento sistemático al cumplimiento de las acciones de mejora y su efectividad, para controlar el éxito en su implementación y tomar correctivos frente a desviaciones observadas

Si en el análisis del Plan de Mejoramiento, contiene alguna acción relacionada a los estándares de Acreditación, su seguimiento debe realizarse a partir de la lectura del estándar y sus criterios y considerando las dimensiones de enfoque, implementación y resultado.

Cuando las acciones no se están cumpliendo, o estas no están alcanzando los objetivos esperados, el jefe del servicio (gestor del Plan de mejoramiento), en forma independiente o con el grupo de mejoramiento, analizará las razones para estos comportamientos y decidirá si es necesario reformular la acción, replantear sus metas, o revisar el análisis causal de la oportunidad de mejora que le dio origen. Si una acción de mejora no ha generado cambios en los resultados del proceso, pero se vislumbra que a futuro puede generar impacto, se deje "En proceso". De lo contrario, se procederá a cambiar la estrategia de mejora.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

Para el cierre de cada vigencia, se evaluará por cada gestor del plan de mejora (jefe o coordinador del proceso), el total de acciones cumplidas con respecto a la meta trazada. Por lo cual se espera que la mayoría de las acciones se pueda cerrar. Si la oportunidad de mejora, a pesar de las acciones no se pueden cerrar, porque aún no se ha dado solución a la oportunidad de mejora (impacto), evalúe y determine la necesidad de trasladar al Plan Operativo Anual (GIS- POA), las acciones que considera necesario gestionar y verificar en forma más periódica, con reporte semestral en comité técnico.

- **Evaluación de grupo de mejoramiento de los diferentes procesos:** En reuniones de grupos primarios, el jefe de servicio y el equipo de trabajo, realizan seguimiento a la implementación de acciones de mejora definidas al proceso y los resultados observados, frente al cierre del ciclo de mejora.

Si durante la reunión se encuentra que una **acción** ya ha sido completamente ejecutada y que ha conducido a los resultados esperados, se podrá proceder con su **cierre** o con una disminución en la intensidad de sus actividades, si el grupo considera que la acción debe mantenerse vigente a fin de asegurar el mejoramiento alcanzado, en este caso **cierre la acción** propuesta y plantee otra que permita continuar mejorando, hasta alcanzar la meta propuesta.

8.6.10.2 Autogestión o Segunda Línea de Defensa

- **Evaluación por parte del área de calidad y planeación:** Mínimo con una periodicidad semestral, el área de calidad y planeación, realiza seguimiento a los GIS de los procesos y evalúa la implementación de las acciones de mejora definidas. Desde el proceso de Gestión de la Calidad se programará y ejecutará reuniones a necesidad con cada uno de los grupos de mejoramiento, con el fin de apoyar las acciones que permitan el cierre de brechas identificadas para los estándares de acreditación.
- **Evaluación del Mejoramiento a través de la Auditoría Interna al Proceso:** Las listas de chequeo de las auditorías internas de calidad, aplicadas a los procesos, se elaboran considerando el ciclo P-H-VA del proceso y en las etapas de V-A, se evalúa los mecanismos de autocontrol de los procesos y el cierre de las brechas de mejoramiento, de acuerdo a lo establecido en el GIS.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

8.6.10.3 Evaluación Independiente o Tercera Línea de Defensa

Auditoria y Evaluación por la Oficina de Control Interno: Desde la oficina de Control Interno se realizará la verificación del cumplimiento de las acciones formuladas, y registrara en la Plantilla, GIS-Plan de Mejoramiento, en las celdas destinadas para tal fin, las observaciones que considere pertinente y que permitan soportar la definición de cumplimiento, cumplimiento parcial o no cumplimiento de la acción, así mismo podrá formular recomendaciones para la formulación de otras acciones que considere pertinentes, para solucionar la oportunidad de mejora.

Desde la evaluación independiente de la Oficina de Control Interno, determinará, si la acción se puede considerar cerrada, en proceso, sin avances, o si es necesario pasar al POA, para incrementar la gestión y el seguimiento periódico.

Para el seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno, se contará con el apoyo del Jefe de Planeación y Proyectos, o el área de Calidad; éste seguimiento se hará en 2 periodos, el primero entre marzo y abril, en el cual verificará la gestión del jefe o coordinador de cada proceso, así como del líder de los grupos de mejoramiento en el proceso del PAMEC, para determinar la pertinencia del cierre de las acciones y valorar el cumplimiento e impacto de las acciones formuladas. El segundo seguimiento se hará dentro de los 6 meses siguientes a la última revisión, con el fin de determinar los ajustes del plan, avances, cumplimiento en las acciones y formular las recomendaciones que considere pertinentes. De cada evaluación se dejará registro en la plantilla, GIS-Planes de mejoramiento. (ver imagen-2)

SEGUIMIENTO CONTROL INTERNO									
COORDINADOR									
% CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DE LOS AVANCES	SEGUIMIENTO 1 (Corte al 30 de Junio)			SEGUIMIENTO 2 (Corte al 31 de diciembre)				ESTADO DE LA ACCIÓN A JUNIO 2015
		FECHA SEGUIMIENTO	RESULTADOS	MODIFICACIONES O AJUSTES EN LAS METAS	FECHA SEGUIMIENTO	RESULTADOS	MODIFICACIONES O AJUSTES EN LAS METAS	JUSTIFICACIÓN DE LA MODIFICACIÓN	
100%	Se actualiza la norma, se modifican y actualizan igualmente cada semestre	15-ago	Normograma y guía actualizada en el semestre correspondiente y publicada en la Web	N/A					Cerrada Cumple
100%	Se socializa en comites informe dejado por el ICONTEC, el del DAFP, informes del plan anticorrupción y del estado del sistema de control interno.	15-ago	Se acuerda socializar con Calidad la política, el proceso de auditoria y el modelo de mejoramiento para agosto-2015 Se informa en comites, según consta en actas	N/A					En Proceso cumple

Imagen-2

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

El proceso de monitoreo permanente de la calidad y el mejoramiento continuo organizacional, considera:

- Cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados, que incluye el enfoque de riesgo.
- Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.
- Realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.
- Hace seguimiento periódico a la implementación de las oportunidades de mejora, incluyendo las relacionadas con terceros.
- Retroalimenta a la organización, a los involucrados en los procesos de mejora y a los órganos de dirección para el análisis y la toma de decisiones.
- Genera resultados que son insumo para el ajuste del proceso organizacional de mejoramiento continuo y planeación.

8.6.11 Salidas Del Modelo De Mejoramiento

Las salidas del presente modelo se lograrán a partir de la mejora de los procesos y se encaminan a 4 objetivos fundamentales, congruentes con el direccionamiento estratégico del hospital:

1. Mejorar la satisfacción de los clientes internos y externos
2. Mejorar la eficiencia, eficacia y seguridad de los procesos de atención
3. Cumplir con todas las normas obligatorias y con los estándares voluntarios con los cuales se ha comprometido la institución
4. Comunicar los resultados de calidad alcanzados

Las tres primeras salidas se constatarán mediante los resultados de los indicadores institucionales objeto de monitoreo y la comunicación, se valida a través de los soportes de divulgación.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

8.6.12 Comunicación de Resultados Del Mejoramiento Institucional

La comunicación de los resultados del mejoramiento continuo, considera:

- Comunicación al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, según aplique.
- Información sobre las estrategias adoptadas para el logro de los resultados y sobre los resultados como tal.
- Los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento.
- Estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento

En relación a los **clientes internos**, se cuenta con las siguientes estrategias:

- Reuniones de grupos primarios, las cuales incluyen la divulgación y seguimiento de las acciones de mejora de los procesos. De cada reunión se genera un acta
- Cartelera “Gerenciamos Nuestro Proceso” es la herramienta definida por la Institución para gestionar el servicio en el ciclo PHVA; con el fin de hacer seguimiento participativo
- Otras estrategias para difundir resultados son; los informes de auditoría que se envían desde las áreas de control interno y Calidad vía correo electrónico a los jefes de áreas con copia a la Gerencia y copia en la carpeta de verificar del Gerenciamos de cada área, rendición de cuentas, boletines Institucionales, las rondas de liderazgo, publicaciones en canal interno de TV, intranet, entregas de turnos, reuniones de staff comités, en el cuadro de mando integral entre otros.

En la relación a los **clientes externos**, se cuenta con las siguientes estrategias:

Se cuenta con diversas alternativas como: boletín institucional, reuniones de calidad con las aseguradoras, Internet, pagina web, carteleras Institucionales, audiencia pública para la rendición de cuentas social, la oficina de atención al usuario en su proceso de gestión de las PQRS, entre otros.

8.6.13 Aprendizaje Organizacional

Después de verificar la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones de mejora, el jefe de servicio identifica los aprendizajes, con base en dos preguntas que pueden ayudar a determinar el curso de la acción:

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

- ¿La intervención produjo un mejoramiento? Si lo hizo
- ¿Fue suficiente el mejoramiento?

Se considera que los mejoramientos son suficientes si alcanzan el nivel de desempeño satisfactorio esperado de acuerdo a los objetivos del proceso y del objetivo corporativo. Si el mejoramiento es suficiente se debe implementar permanentemente como parte del proceso al que afecta, y continuar con el siguiente problema priorizado. Si el mejoramiento no fue suficiente se debe retomar el ANÁLISIS DE CAUSAS con el fin de encontrar identificar acciones de mejora diferentes, que puedan ayudar a cerrar el ciclo de mejoramiento

Como parte del aprendizaje organizacional se definen estrategias como:

- Re estandarización de procesos
- Definición de planes de formación y entrenamiento
- Ajustes a la plataforma estratégica de la organización
- Revisión y ajuste de planes, programas y proyectos de la organización
- Estrategias para socializar con todo el personal, las modificaciones realizadas con respecto a la plataforma estratégica de la ESE
- Concertación de compromisos con todos los funcionarios orientados al logro de los objetivos y metas organizacionales

8.6.14 Mecanismos Para la Generación de Ideas Innovadoras

En una economía globalizada, en la que el entorno empresarial cambia constantemente, la innovación, en sus diferentes niveles, se ha convertido en una necesidad ineludible para poder competir y estar presente en el mercado; es por ello que uno de los componentes más importantes para la mejora organizacional, esta la “Generación de ideas Innovadoras” que impulsan el desarrollo empresarial y mejorar la competitividad empresarial.

Para el desarrollo de un sistema de gestión de innovación, el medio cuenta con varios modelos o metodologías tales como, el programa Berrikuntza Agendak y el modelo DOMINNO como metodología y herramientas operativas no normalizadas, dirigido especialmente organizaciones que deseen abordar la innovación y/o identificar y organizar sus actuales actividades de innovación como estrategia para la competitividad. Con base en estas metodologías, la ES.E. Hospital Manuel Uribe Ángel, establece el Instructivo de Innovación Organizacional, el cual hace parte integral del Modelo de mejoramiento Continúo Organizacional, trabajando la innovación desde las siguientes tipologías:

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

Tabla 1.1. Tipologías de la Innovación

TIPOLOGIAS DE INNOVACION	
Manual de Oslo - 2005	
- De producto	La introducción de un bien o servicio nuevo o con un alto grado de mejora, respecto a sus características o su uso deseado. Esta incluye mejoras importantes en especificaciones técnicas, componentes y materiales, software incorporado, ergonomía u otras características funcionales.
- De proceso	La implantación de un método de producción o distribución nuevo o con alto grado de mejora. Esta incluye mejoras importantes en técnicas, equipo y/o software.
- De marketing	La implementación de un nuevo método de comercialización que entraña importantes mejoras en el diseño del producto o en su presentación, o en su política de posicionamiento (en determinado segmento o mercado), promoción o precio.
- Organizacional	La implementación de un nuevo método de organización aplicado a las prácticas de negocio, al lugar de trabajo o a las relaciones externas de la empresa.

Tomado de Guía práctica para abordar la innovación y su gestión en las empresas del sector de la edificación residencial

9. MECANISMOS DE EVALUACIÓN

El Modelo Institucional de Mejoramiento Continúo es evaluado de manera integral por el área de calidad y planeación, en la revisión gerencial anual de la ESE, de acuerdo a lo establecido en el Procedimiento de Revisión Gerencial QMC010". Adicionalmente como evaluación independiente el área de control interno realiza seguimiento al cierre de oportunidades de mejora de los procesos. Cada jefe de servicio, como parte del informe de revisión gerencial, presenta en informe de desempeño del proceso de la vigencia anterior, en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el cual incluye el cierre de los seguimientos de la herramienta GIS del proceso, que incluye Plan Operativo de la Vigencia, Plan de Mejora y Mapas de Riesgo. En relación al cierre de las oportunidades de mejora, este se evalúa considerando la eficacia en el cumplimiento de la acción de mejora definidas (correctivas, preventivas y de seguimiento) y la efectividad en términos de cumplimiento del indicador y el seguimiento a la recurrencia de la oportunidad de mejora, posterior a la implementación de las acciones de mejora.

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

Para asegurar el correcto diligenciamiento del formato GIS, se adoptan las siguientes políticas operacionales:

- El formato se protege de tal forma que no permita que se oculten celdas, para evitar el riesgo de omisión en el diligenciamiento
- La agenda de entrenamiento de los jefes de servicio, incluirá el entrenamiento en el diligenciamiento de la herramienta GIS del proceso
- Desde el área de calidad se validará el correcto diligenciamiento de las oportunidades de mejora identificadas a los procesos
- Las auditorías internas incluirán criterios para evaluar la gestión de las mejoras del proceso y sus registros

10. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Manual de Gestión Integral Por Servicio-GIS - MGE008
- Proceso Administración del Riesgo "PGE001"
- Procedimiento Identificación y Gestión de Riesgos "QGE006"
- Manual para la administración del riesgo "IGE002"
- Manual de Eventos de Seguridad "MMC004"
- Proceso Gestión de Auditoria de Calidad "PMC002"
- Procedimiento Auditorías Internas "QMC005"
- Procedimiento Auditorías Externas "QMC004"
- Proceso Referencia Comparativa "PMC003"
- Procedimiento Referencia Comparativa para el Mejoramiento Institucional "QMC002"
- Procedimiento Referencia Comparativa Dirigida a otras Institucionales "QMC001"
- Procedimiento Consolidación y Seguimiento de Referencias Comparativas "QMC003"
- Modelo de Referenciación "IME001"
- Procedimiento para Identificación y Gestión de Infecciones "QSP001"
- Proceso Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias (PQRSD) y Felicidades "PME009"
- Procedimiento Para La Gestión de Acciones Correctivas QMC008
- Procedimiento Para La Gestión de Acciones Preventivas QMC007
- Procedimiento Para La Gestión de Mejoras QMC009
- Procedimiento Para El Tratamiento de Producto No Conforme QMC006
- Procedimiento Para El Manejo de Desviaciones QSF010

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO



- Procedimiento de Revisión Gerencial QMC010
- Programa de Auditorías Para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC “QMC011”
- Instructivo de Innovación Empresarial

11. ANEXOS

- Instructivo para análisis de indicadores “IET006”
- Formato. Reporte de eventos de seguridad “FEA006”
- Formato: Matriz análisis de causas de las “M y los “Por qué” FMC056
- Formato: Análisis de Causa Raíz - 5 por qué “FEA004”
- Formato. Análisis de Causa Raíz Para las Acciones de Mejoramiento “FMC007”
- Formato: Metodología para el análisis y priorización de problemas protocolo de Londres “FEA002”
- Formato: Metodología para el análisis y priorización de problemas protocolo de Londres Asociada al Uso de Dispositivos: CVC, Sonda Vesical “FEA010”
- Formato: Metodología para el análisis y priorización de problemas protocolo de Londres Infección de Sitio Operatorio “FEA008”
- Formato: Metodología para el análisis y priorización de problemas protocolo de Londres Infección General “FEA011”
- Formato: Metodología para el análisis y priorización de problemas protocolo de Londres Neumonía Asociada al Ventilador “FEA008”
- Formato: Análisis de Muertes de interés en salud pública “FMC032”
- Formato: Diagrama Espina Pescado “FEA001”
- Formato: Plan de Mejoramiento Institucional GIS - FMC016
- Formato. Plan de Mejora Par Entes Externos FMC057
- Matriz de riesgo “FCI001”
- Matriz de riesgos de seguridad FEA012

MODELO DE MEJORAMIENTO CONTINUO

12. BIBLIOGRAFIA

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>
- https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Forms/documentosypublicaciones.aspx#InplviewHash2fe20e85-330a-4848-b579-e42aa5ff7cd5=SortField%3DA_x00f1_o-SortDir%3DDesc-WebPartID%3D%7B2FE20E85--330A--4848--B579--E42AA5FF7CD5%7D-FilterField1%3DT%255Fx00e9%255Fmatica-FilterValue1%3DMinisterio-FilterField2%3DSubtema-FilterValue2%3DPlan%2520de%2520Mejoramiento
- https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/guia_innova/es_innova/adjuntos/omo1cast.pdf