

|  |   |  |                 |                   |
|--|---|--|-----------------|-------------------|
| <br>CARMEN EMILIA OSPINA<br>Salud, bienestar y dignidad | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | <b>GE-S3-D1</b>   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | <b>2</b>          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | <b>24/01/2022</b> |
|  | <b>PAGINA 1 DE 37</b>                       |  |                 |                   |

## **MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

**E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA**

**NEIVA 2022**

|  |   |  |                 |                   |
|--|---|--|-----------------|-------------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, bienestar y dignidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | <b>GE-S3-D1</b>   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | <b>2</b>          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | <b>24/01/2022</b> |
|  | <b>PAGINA 2 DE 37</b>                       |  |                 |                   |

## Contenido

|     |                              |    |
|-----|------------------------------|----|
| 1.  | INTRODUCCION.....            | 3  |
| 2.  | MARCO NORMATIVO.....         | 4  |
| 3.  | MARCO CONCEPTUAL.....        | 8  |
| 4.  | MODELO DE MEJORAMIENTO ..... | 12 |
| 4.1 | ALCANCE .....                | 12 |
| 4.2 | OBJETIVOS .....              | 12 |
| 4.3 | PRESENTACION.....            | 13 |
| 5.  | REFERENCIAS .....            | 35 |

|  |   |  |                 |            |
|--|---|--|-----------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, bienestar y dignidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | GE-S3-D1   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | 2          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | 24/01/2022 |
|  | <b>PAGINA 3 DE 37</b>                       |  |                 |            |

## 1. INTRODUCCION

La ESE Carmen Emilia Ospina, presenta en su direccionamiento la voluntad de aplicar el mejoramiento continuo, en su Misión de 2020 a 2024 “Somos una institución líder en la prestación de los servicios de salud, comprometidos con la excelencia y el *mejoramiento continuo de los procesos* y la formación del talento humano para el bienestar de nuestros usuarios y sus familias” y en su Visión “En el 2025 seremos la empresa predilecta de la región Surcolombiana por la calidad de nuestros servicios humanizados y seguros, *enmarcados en el mejoramiento continuo*, innovación tecnológica y rentabilidad financiera” (ESE Carmen Emilia Ospina, 2021).

La misión muestra un compromiso con la excelencia y el mejoramiento continuo de los procesos, y la visión tiene una proyección de ofrecer servicios de calidad con servicios humanizados y seguros, enmarcados en el mejoramiento continuo, para lograrlo con el fin principal de prestar una atención centrada en el usuario, es necesario establecer mecanismos de trabajo continuo donde se articulen todos los procesos de manera que logren los resultados esperados.

Por esta razón se establece este modelo de mejoramiento, el cual se implementará para obtener la satisfacción y lealtad de los usuarios, resultados eficaces, efectivos, eficientes y seguros, cumplimiento de la normatividad y las metas planteadas, elevar la complejidad en los servicios prestados, la competencia del talento humano y el cumplimiento de los pilares de responsabilidad social. En razón a lo anterior el presente documento es el modelo con el cual actuara la E.S.E CEO para lograr altos estándares de calidad y cumplimiento de los objetivos gerenciales.

|   |   |  |                 |            |
|---|---|--|-----------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, Bienestar y Equidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | GE-S3-D1   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | 2          |
|   |   |  | <b>VIGENCIA</b> | 24/01/2022 |
|   | <b>PAGINA 4 DE 37</b>                       |  |                 |            |

## 2. MARCO NORMATIVO

La ley 100 de 1993, en su artículo 153 expresa la necesidad de implementar un sistema que facilite mecanismos de control, para garantizar a los usuarios atención oportuna, humanizada, integral y continua (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993).

El Ministerio de salud en 2007 publicó el documento “Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud MCC”. El MCC procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. La evaluación de los procesos no se realiza por dependencias, sino de manera transversal, con los equipos de trabajo que participan en el resultado de los procesos, de tal forma que se reflejen todos los niveles y áreas de la organización involucradas en cada proceso (Ministerio de salud y protección social, 2007).

Según el documento “Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud MCC” el MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes (Ministerio de salud y protección social, 2007).

Las “Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud” presentan cómo realizar la Autoevaluación para identificar los procesos objeto de la auditoría para el

|   |   |  |                 |                   |
|---|---|--|-----------------|-------------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, Bienestar y Equidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | <b>GE-S3-D1</b>   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | <b>2</b>          |
|   |   |  | <b>VIGENCIA</b> | <b>24/01/2022</b> |
|   | <b>PAGINA 5 DE 37</b>                       |  |                 |                   |

Mejoramiento de la Atención en Salud, cómo realizar la definición de prioridades, cómo realizar la definición de la calidad esperada en los procesos seleccionados como prioritarios, cómo hacer la medición inicial del desempeño de los procesos, cómo realizar la formulación, ejecución y evaluación del plan de mejoramiento y cómo generar el aprendizaje organizacional-estandarización de procesos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007).

La resolución 2181 de junio de 2008 expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para las IPS de carácter público y hace obligatoria la implementación del ciclo de preparación para la acreditación o ciclo de mejoramiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

En 2014 el ICONTEC propone que para el cumplimiento de estándares de mejoramiento del manual de acreditación que las IPS estructuren el mejoramiento teniendo en cuenta 3 niveles de trabajo (ICONTEC, 2014).

La resolución 2082 de 2014, en su artículo 6 párrafo indica que las IPS de carácter público deberán implementar la etapa de preparación para la acreditación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El decreto 780 de 2016, en su capítulo 4 presenta la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, indicando que deben ser superiores a la habilitación y concordantes con el sistema de acreditación y explica lo que implica esta auditoría. En su artículo 2.5.1.4.2. Presenta los niveles de auditoría y define el autocontrol, donde cada miembro de la entidad plantea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los que participa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

|   |   |  |                 |                   |
|---|---|--|-----------------|-------------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, Bienestar y Equidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | <b>GE-S3-D1</b>   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | <b>2</b>          |
|   |   |  | <b>VIGENCIA</b> | <b>24/01/2022</b> |
|   | <b>PAGINA 6 DE 37</b>                       |  |                 |                   |

La Resolución 256 de 2016, por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud (Ministerio de salud y protección social, 2016).

La resolución 408 de 2018, por la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la resolución 743 de 2013, las cuales están enfocadas en dar lineamientos sobre la evaluación de la gestión anual de la gerencia, en su anexo 2, ítem área de gestión de dirección y gerencia plantea los siguientes indicadores: Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior y efectividad en la auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad de la atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

La Resolución 5095 de 2018, Por el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

El Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1 de 2018 presenta en los estándares 156 al 160 el grupo de mejoramiento de la calidad, los cuales tiene la intencionalidad que: -la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos. - Que el proceso de calidad de la institución integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes. - Que los procesos de calidad estén íntimamente integrados en los procesos organizacionales y que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización. Que los procesos de mejora de la calidad sean sostenibles en el tiempo. Que los procesos de mejora de la calidad general produzcan aprendizaje que sea útil tanto para la

|  |   |  |                 |                   |
|--|---|--|-----------------|-------------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, bienestar y dignidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | <b>GE-S3-D1</b>   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | <b>2</b>          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | <b>24/01/2022</b> |
|  | <b>PAGINA 7 DE 37</b>                       |  |                 |                   |

organización como para el sistema en general (Ministerio de Salud y Protección social, 2018).

La resolución 1328 de 30 de agosto de 2021, modifica el artículo 1 de la resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

|  |   |  |                 |            |
|--|---|--|-----------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, Bienestar y Dignidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | GE-S3-D1   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | 2          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | 24/01/2022 |
|  | <b>PAGINA 8 DE 37</b>                       |  |                 |            |

### 3. MARCO CONCEPTUAL

#### **Acciones Preventivas.**

Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos, definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de esta. Para realizar acciones preventivas se elaborarán planes de mejora según los resultados de la autoevaluación con estándares de calidad.

#### **Acciones Correctivas.**

Acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad detectada u otra situación indeseable existente o defecto para evitar su repetición. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, dada la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia. También se deben tomar acciones correctivas cuando se está incumpliendo una norma obligatoria.

#### **Atención en Salud.**

Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales.

#### **Atención Centrada en el Cliente.**

A la luz del sistema obligatorio de garantía de la calidad, la atención centrada en el cliente da respuesta a las necesidades y expectativas del cliente externo.

#### **Auditoría Externa.**

Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

#### **Auditoría Interna.**

|   |   |  |                       |            |
|---|---|--|-----------------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, Bienestar y Crecimiento</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>         | GE-S3-D1   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>        | 2          |
|   |   |  | <b>VIGENCIA</b>       | 24/01/2022 |
|   |   |  | <b>PAGINA 9 DE 37</b> |            |

Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, pero una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

### **Autocontrol.**

Cada unidad funcional de la entidad se autoevalúa, planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos que le pertenecen, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de acreditación según la normatividad vigente.

### **Aprendizaje organizacional.**

Capacidad de aprendizaje en las organizaciones sobre la propia experiencia colectiva y su transformación como fuente de ventaja competitiva a partir del reconocimiento de que todas las prácticas organizacionales son susceptibles de mejora y que se puede aprender tanto de los fracasos como de los éxitos.

Calidad de la atención en salud.

### **Calidad de la atención en salud.**

En el sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la atención en salud se define como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios y riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios.

### **Circulo de Calidad.**

Práctica o técnica utilizada en la gestión de organizaciones que un grupo de trabajo voluntario se reúne para buscar soluciones a problemas detectados en sus respectivas áreas de desempeño laboral, o para mejorar algún aspecto que caracteriza su puesto de trabajo.

### **Ciclo de Mejoramiento PHVA**

**Planear:** Determina las directrices para el desempeño corporativo de los procesos según la formulación estratégica.

**Hacer:** o ejecutar. Se refiere a la generación de los productos para el logro de los objetivos estratégicos.

|   |   |  |          |            |
|---|---|--|----------|------------|
|  | DOCUMENTO DE APOYO                          |  | CÓDIGO   | GE-S3-D1   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | VERSIÓN  | 2          |
|   |   |  | VIGENCIA | 24/01/2022 |
|   | PAGINA 10 DE 37                             |  |          |            |

**Verificar:** Se refiere a la revisión a la planificación y al cumplimiento de los objetivos corporativos y realizar la revisión para identificar las acciones de mejora.

**Actuar:** Hace referencia a la aplicación de las acciones de mejora y retroalimentación de la planeación.

**Enfoque:**

Hace referencia a las directrices, métodos y procesos que en forma sistemática y metódica utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada estándar y la forma en que se evalúa y mejora.

**Implementación.**

Hace referencia a las directrices, métodos y procesos que en forma sistémica y metódica utiliza la institución para ejecutar y lograr el propósito en cada estándar y la forma en que se evalúa y mejora.

**Matriz de Riesgos**

Es una herramienta por medio de la cual se identifican, monitorean y actualizan anualmente los principales riesgos de los diferentes procesos, sus controles en diseño e implementación; para determinar el estado final de los riesgos de cada proceso e identificar oportunidades de mejora en los controles con el fin de mitigar el riesgo de los procesos.

**Mejoramiento Continuo de la Calidad**

El mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, el cual debe ser visto como un mecanismo de autocontrol, centrado en el usuario y su familia, de manera que se dé respuesta no sólo a sus necesidades sino también a sus expectativas.

**Resultados**

Hace referencia a los logros y efectos alcanzados con la aplicación de los enfoques.

**Seguridad del Paciente**

Es el 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 de salud o de mitigar sus consecuencias.

|  |   |  |                 |                   |
|--|---|--|-----------------|-------------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, bienestar y dignidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | <b>GE-S3-D1</b>   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | <b>2</b>          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | <b>24/01/2022</b> |
|  | <b>PAGINA 11 DE 37</b>                      |  |                 |                   |

### **Sistema de Garantía de Calidad**

Conjunto de acciones sistemáticas y continuas que realiza la entidad para lograr el mejor beneficio para su usuario, con el mínimo riesgo, dados los recursos con que cuenta, y que le permite atender de manera confiable, accesible, segura y en el tiempo oportuno sus necesidades mediante un proceso de mejoramiento continuo.

|  |   |  |                 |            |
|--|---|--|-----------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, bienestar y dignidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | GE-S3-D1   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | 2          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | 24/01/2022 |
|  | <b>PAGINA 12 DE 37</b>                      |  |                 |            |

## 4. MODELO DE MEJORAMIENTO

### 4.1 ALCANCE

El Modelo de Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud de la ESE Carmen Emilia Ospina aplica a todos los procesos institucionales, tanto asistenciales como administrativos.

### 4.2 OBJETIVOS

#### Objetivo General

Promover la integración sistémica y articulación de los diferentes procesos, para lograr resultados efectivos y eficientes, con transformación a una cultura de mejora continua y sostenible en el tiempo.

#### Objetivos Específicos

- Implementar la operación de equipos de mejoramiento, con definición de sus roles y responsabilidades, a fin de que contribuyan a la eliminación de brechas de mejoramiento, fortalecimiento del desempeño institucional e incremento de la satisfacción de los grupos de interés.
- Identificar permanentemente oportunidades de mejora según las entradas planteadas en el modelo.
- Identificar mediante metodologías estandarizadas y validadas las causas de las oportunidades de mejora.
- Formular e implementar acciones de mejora, según las entradas definidas al proceso de mejoramiento continuo.
- Crear e implementar estrategias que contrarresten las causas de fallas de la calidad.

|   |   |  |                 |            |
|---|---|--|-----------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, Bienestar y Oportunidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | GE-S3-D1   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | 2          |
|   |   |  | <b>VIGENCIA</b> | 24/01/2022 |
|   | <b>PAGINA 13 DE 37</b>                      |  |                 |            |

- Monitorear el cumplimiento de las estrategias planteadas.
- Medir los resultados de la implementación de las estrategias.
- Mejorar las técnicas de auditoría interna y de autocontrol.
- Desarrollar una cultura organizacional que promueva el desarrollo de planes de mejoramiento que conduzcan a la entidad al logro de niveles superiores de calidad en sus procesos de atención, dando respuesta a las necesidades y expectativas del usuario.
- Estimular y propiciar la participación amplia de todos y cada uno de los miembros de la entidad para favorecer la cultura de calidad y el autocontrol.

#### **4.3 PRESENTACION**

Este Modelo se desarrolla a través de la operación de equipos de trabajo en diferentes niveles jerárquicos, uno estratégico (terciario) y dos tácticos (primarios y secundarios) los cuales abarcan todos los procesos.

El modelo tiene como entrada las oportunidades de mejora derivadas del análisis de las necesidades de los clientes, los hallazgos en las auditorías, los riesgos observados, la normatividad vigente, los ejercicios de referenciarían, los proyectos y el relacionamiento con terceros, las cuales ingresan al proceso de mejoramiento en un ciclo PHVA o ciclo de la calidad, donde los equipos de mejoramiento, identifican su causa, establecen e implementan estrategias de mejora, las cuales serán seguidas de manera sistemática, para conocer su efectividad y llevarlas al aprendizaje organizacional.

El mejoramiento continuo se implementa en las unidades funcionales a manera de gerenciamiento en cada uno, mediante el trabajo de los equipos primarios de mejoramiento, apoyados por los grupos de autoevaluación y estos a su vez serán apoyados y monitoreados por el grupo de mejoramiento institucional. Este modelo

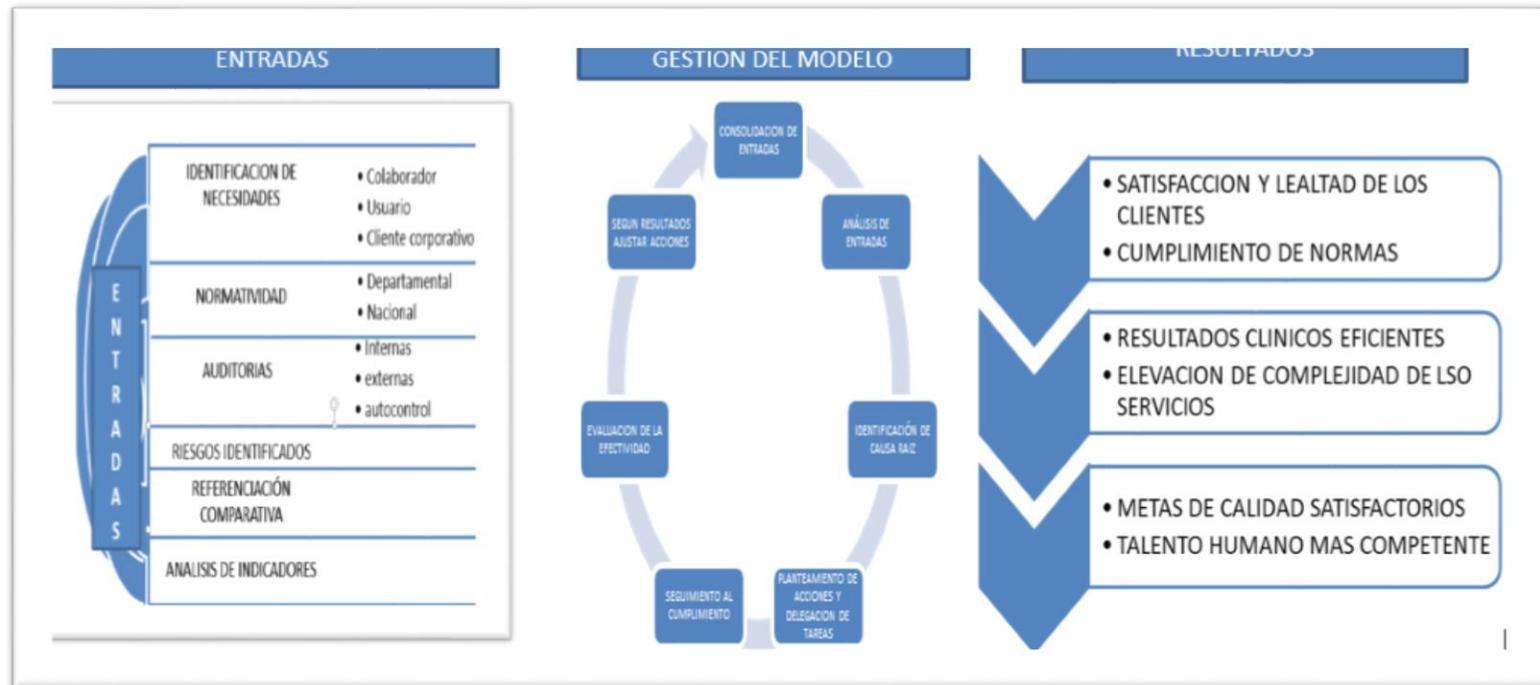
|  |   |  |                        |                   |
|--|---|--|------------------------|-------------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, bienestar y dignidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>          | <b>GE-S3-D1</b>   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>         | <b>2</b>          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b>        | <b>24/01/2022</b> |
|  |   |  | <b>PAGINA 14 DE 37</b> |                   |

es un ciclo de aprendizaje permanente, donde se adquieren nuevos conocimientos y habilidades, que les permiten a los miembros de los diferentes equipos gestionar el mejoramiento continuo de la calidad.

El ciclo de mejoramiento nunca se detiene, lo que permite que la institución este permanentemente renovándose y a la vanguardia con los avances tecnológicos, científicos y respondiendo eficazmente a los cambios del entorno y de los intereses de los usuarios. A continuación, se presenta el esquema grafico del modelo.

|  |   |                        |                   |
|--|---|------------------------|-------------------|
|  <p><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br/>Salud, bienestar y dignidad</p> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   | <b>CÓDIGO</b>          | <b>GE-S3-D1</b>   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> | <b>VERSIÓN</b>         | <b>2</b>          |
|  |   | <b>VIGENCIA</b>        | <b>24/01/2022</b> |
|  |   | <b>PAGINA 15 DE 37</b> |                   |

Figura 1. Modelo de mejoramiento ESE CARMEN EMILIA OSPINA



Fuente: Elaboración propia

|   |   |  |          |            |
|---|---|--|----------|------------|
|  | DOCUMENTO DE APOYO                          |  | CÓDIGO   | GE-S3-D1   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | VERSIÓN  | 2          |
|   |   |  | VIGENCIA | 24/01/2022 |
|   | PAGINA 16 DE 37                             |  |          |            |

## ENTRADAS AL MODELO DE MEJORAMIENTO

Es la información obtenida de diferentes fuentes usadas como observatorio de la calidad, así como los lineamientos establecidos por entes rectores o científicos que guían u orientan el correcto actuar en la prestación de los servicios de salud y que apliquen a la institución. De estas entradas se obtiene las oportunidades de mejora.

Las entradas son:

### *Necesidades de los grupos de interés*

Son las necesidades que la institución identifica en todos sus grupos de interés, a través de diferentes fuentes de información.

Usuarios:

- Encuestas de Satisfacción de Usuario Final, -Información de manifestaciones del usuario como Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones de los Usuarios, -Informes de veedurías ciudadanas, -Detección de las Necesidades y Riesgos del Usuario desde el ingreso en los diferentes puntos de atención. - Información sobre Vulneración de los Derechos de los usuarios identificados en el comité de ética, -Necesidades del usuario identificadas en las rondas de seguridad.
- Estudio de Caracterización de los Usuarios: Con el propósito de conocerlos e inferir sus necesidades al ingreso, durante su estancia y al egreso de la institución, así como poder definir estrategias eficaces para transmitir información, educación, orientación e identificar lo que los usuarios esperan de su proceso de atención, se realiza una consolidación de los datos registrados en admisiones y se realiza un análisis descriptivo de la información.

Colaboradores:

|  |   |  |          |            |
|--|---|--|----------|------------|
|  <p>CARMEN EMILIA OSPINA<br/>Salud, Bienestar y Oportunidad</p> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | CÓDIGO   | GE-S3-D1   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | VERSIÓN  | 2          |
|  |   |  | VIGENCIA | 24/01/2022 |
|  | PAGINA 17 DE 37                             |  |          |            |

-Mediante la encuesta de clima organizacional, con el fin de conocer la percepción, satisfacción y conocimientos del personal acerca de varios temas institucionales, deduciéndose del análisis de los resultados de la encuesta varias necesidades sentidas por los colaboradores.

-Medición del riesgo de la salud en el trabajo. Esta es una medición basada en el instrumento establecido por el Ministerio de la Protección Social, en cabeza de oficina de salud ocupacional, la cual sirve para identificar los factores de riesgos de seguridad y salud en el trabajo de los colaboradores.

-Espacios de escucha al colaborador con la presencia del equipo gerencial.

#### Proveedores

-A través de encuesta que debe realizarse en forma anual a los proveedores institucionales; la cual nos permite evaluar su percepción e identificar oportunidades de mejora para los diferentes procesos que se encuentran relacionados con la compra.

#### Cliente Corporativo

-Aplicación de encuesta para medir el grado de la satisfacción del cliente corporativo, con la opción de agregar comentarios que aporten a nuestro mejoramiento y por ende a su satisfacción.

#### Entidades Educativas

-Aplicando encuesta a estudiantes y docentes, para medir su satisfacción.

#### Cientes de los diferentes procesos

-Como es sabido cada proceso trae salidas para otros procesos, es decir les sirve a estos, los otros procesos son sus clientes, por tanto, se debe identificar las necesidades de esos clientes por diferentes mecanismos, como pueden ser un registro ordenado y sistemático de las solicitudes, con posterior tabulación y

|  |   |  |                 |            |
|--|---|--|-----------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, bienestar y dignidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | GE-S3-D1   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | 2          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | 24/01/2022 |
|  | <b>PAGINA 18 DE 37</b>                      |  |                 |            |

análisis, conociendo así las solicitudes más frecuentes, las inoportunidades de respuesta y las no solucionadas.

Otros mecanismos de identificación de necesidades de los grupos de interés

**Encuesta de Cultura de Seguridad:** Es una encuesta que realiza anualmente el programa de seguridad del paciente, la cual tiene como fin valorar la percepción, satisfacción y conocimientos de los colaboradores sobre diferentes temas relacionados con la seguridad del paciente en la institución, lo que permite identificar oportunidades de mejora y medir el nivel de cultura de seguridad en la institución.

**Rondas de Liderazgo:** Son rondas realizadas por la gerencia a las áreas seleccionadas por ellos, una vez terminada la ronda dejan un informe con oportunidades de mejora, según las necesidades expresadas por los colaboradores.

### *Normas*

Corresponde a las normas técnicas vigentes aplicables a un proceso en particular o transversales a todos los procesos, estas pueden ser obligatorias o voluntarias, como por ejemplo una norma transversal obligatoria es la de la habilitación y una transversal voluntaria es la de acreditación, otras normas que son aplicables solo a algunos procesos tenemos por ejemplo las del INVIMA, la ley de archivística, etc. La identificación de las oportunidades de mejora de las normas se realiza mediante la autoevaluación.

### *Resultados de auditorías y requerimientos de entidades externas*

#### **Auditorías Externas**

Las que son realizadas por instituciones externas. Como por ejemplo las Entidades Administradores de Planes de Beneficios EAPB, como parte de su gestión de

|  |   |  |                 |            |
|--|---|--|-----------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, bienestar y dignidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | GE-S3-D1   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | 2          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | 24/01/2022 |
|  | <b>PAGINA 19 DE 37</b>                      |  |                 |            |

calidad o las necesidades detectadas por los auditores de dichas entidades durante sus auditorías periódicas.

#### Visitas de Inspección Vigilancia y Control

Esta entrada al proceso de mejoramiento será los informes generados producto de las visitas realizadas por los entes de control municipal, departamental o nacional en los cuales se identifican oportunidades de mejora o se aportan recomendaciones para los procesos organizacionales.

También los requerimientos de las Entidades Estatales, como solicitudes específicas del 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, 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.

Solicitudes de clientes corporativos: Hace referencia a los requerimientos formulados por las diferentes aseguradoras en las negociaciones y las solicitudes que puedan surgir durante el desarrollo del contrato.

Sugerencias de otras Instituciones: Estas pueden proceder de aliados de la institución o de cualquier institución que tenga algún convenio con la ESE CARMEN EMILIA OSPINA.

#### *Auditorías Internas*

Son procesos de monitoreo sistemáticos y continuos, en los cuales la institución evalúa la adherencia al soporte documental, a fin de determinar su cumplimiento, lo

|  |   |  |                 |                   |
|--|---|--|-----------------|-------------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br>Salud, Bienestar y Oportunidad | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | <b>GE-S3-D1</b>   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | <b>2</b>          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | <b>24/01/2022</b> |
|  | <b>PAGINA 20 DE 37</b>                      |  |                 |                   |

que se convierte en otra entrada para identificar oportunidades de mejora, e incluye todas aquellas programadas desde la oficina de calidad, control interno o revisoría fiscal. De cada auditoría se presenta un informe con las fortalezas y oportunidades de mejora del proceso auditado.

### *Gestión del riesgo*

El propósito es identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos asistenciales, administrativos, financieros y estratégicos; al igual que evaluar la eficacia de las acciones de mejora continua, orientadas a intervenir o minimizar los riesgos detectados. Siguiendo la metodología establecida por la función pública.

Adicionalmente la institución identifica los riesgos asistenciales mediante la utilización metodológica de Análisis Modal de Efectos y Fallos (AMFE), esta se describe en el documento de programa de seguridad del paciente.

### *Referenciación comparativa*

Con el objetivo de disminuir el tiempo en la curva de aprendizaje, se identifican experiencias exitosas desarrolladas en otras instituciones, las cuales son adoptadas o adaptadas en la institución a fin de mejorar los resultados de un proceso. La referenciación puede ser en visitas a otras instituciones de manera presencial o virtual o mediante la asistencia a congresos donde se exponen dichas experiencias.

### *Resultados de los indicadores*

Usando el formato de ficha técnica de indicador se registran los datos actuales y se realiza el análisis de su comportamiento, comparando con la meta, el comportamiento en periodos anteriores y con los resultados del país y departamento si se tienen. Se identifican los comportamientos no deseados como una entrada al

|   |   |  |                 |            |
|---|---|--|-----------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br>Salud, Bienestar y Dignidad | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | GE-S3-D1   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | 2          |
|   |   |  | <b>VIGENCIA</b> | 24/01/2022 |
|   | <b>PAGINA 21 DE 37</b>                      |  |                 |            |

modelo de mejoramiento y se analiza la causa de esta situación para luego plantear y desarrollar acciones de mejora acordes a esta.

## **GESTION DEL MEJORAMIENTO**

La gestión del mejoramiento continuo de la calidad es una directriz estratégica dada desde la Misión y Visión como se explicó anteriormente. Esta se guía en los estándares del grupo de mejoramiento registrados en el manual de acreditación vigente, el cual tiene la intencionalidad orientada para:

- Que la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos (Ministerio de Salud y Protección social, 2018).
- Que el proceso de calidad de la institución integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes (Ministerio de Salud y Protección social, 2018).
- Que los procesos de calidad estén íntimamente integrados en los procesos organizacionales y que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización (Ministerio de Salud y Protección social, 2018).
- Que los procesos de mejora de la calidad sean sostenibles en el tiempo (Ministerio de Salud y Protección social, 2018).
- Que los procesos de mejora de la calidad general produzcan aprendizaje que sea útil tanto para la organización como para el sistema en general (Ministerio de Salud y Protección social, 2018).

Como respuesta a las situaciones no deseadas identificadas en las entradas al modelo de mejoramiento, se planifica, conduce, monitorea y difunde las acciones

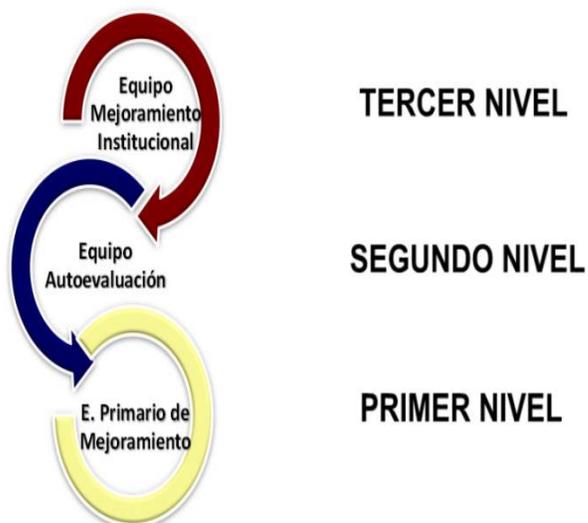
|   |   |  |                        |            |
|---|---|--|------------------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, Bienestar y Oportunidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>          | GE-S3-D1   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>         | 2          |
|   |   |  | <b>VIGENCIA</b>        | 24/01/2022 |
|   |   |  | <b>PAGINA 22 DE 37</b> |            |

de mejora, a través de los equipos de mejoramiento de tres niveles y en los comités institucionales que guardan relación directa con la calidad de los servicios en la institución.

Los equipos de mejoramiento de los tres niveles operan de manera similar a los llamados “círculos de calidad”, están conformados por colaboradores de un mismo proceso que se reúnen con regularidad, para identificar oportunidades de mejora y planificar las acciones correspondientes con el objetivo de mejorar los procesos y servicios de la institución y para hacer seguimiento al cumplimiento de estas y observar el impacto que han logrado.

Los equipos se diseñaron según estructura sugerida por el ICONTEC, es así como son de tres niveles: equipos de mejoramiento primarios, equipos de autoevaluación que ocupan un segundo nivel en orden ascendente y el equipo de mejoramiento institucional que ocupa el tercer nivel, siendo el más alto, ver figura 2.

Figura 2. Estructura de los equipos de mejoramiento



Fuente: Modelo de mejoramiento según propuesta Icontec para ajuste al manual de la Resolución 123 de 2012

|  |   |  |                 |            |
|--|---|--|-----------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, bienestar y dignidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | GE-S3-D1   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | 2          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | 24/01/2022 |
|  | <b>PAGINA 23 DE 37</b>                      |  |                 |            |

La implementación del modelo de mejoramiento inicia con la conformación de los equipos y asignación de funciones. A continuación, se describe la conformación de los equipos, así como sus funciones.

Los equipos primarios de Mejoramiento se reúnen para desencadenar el proceso de mejora necesario según el análisis de las diferentes entradas y hacer seguimiento a las tareas en curso.

### Funciones de los equipos primarios de mejoramiento

1. Recolectar y analizar los datos para cada entrada del modelo correspondientes a sus procesos de influencia, identificando oportunidades de mejora.
2. Priorizar las oportunidades de mejora.
3. Analizar con una metodología validada la causalidad de las oportunidades de mejora.
4. Diseñar e implementar acciones de mejora para las oportunidades de mejora priorizadas.
5. Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones planteadas.
6. Apoyar la gestión de los equipos de autoevaluación de los diferentes grupos de estándares.
7. Reportar resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento al equipo de autoevaluación del grupo de estándares correspondiente, dando a conocer los avances y obstáculos que se deben superar para mantener el mejoramiento continuo.
8. Documentar las reuniones con un acta.
9. Apoyar la gestión de los comités institucionales.

|  |   |  |          |            |
|--|---|--|----------|------------|
|  <p>CARMEN EMILIA OSPINA<br/>Salud, Bienestar y Equidad</p> | DOCUMENTO DE APOYO                          |  | CÓDIGO   | GE-S3-D1   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | VERSIÓN  | 2          |
|  |   |  | VIGENCIA | 24/01/2022 |
|  | PAGINA 24 DE 37                             |  |          |            |

## Conformación de los equipos primarios de mejoramiento

### **Equipo primario de sede urbana**

Conformado por el líder de sede, representante del área de calidad, representante del área de urgencias y representante de consulta externa.

### **Equipo primario de odontología**

Conformado por líder de odontología, líder de higienista oral, un odontólogo asistencial y un representante de calidad.

### **Equipo primario de laboratorio clínico**

Conformado por la líder de laboratorio, una auxiliar, una bacterióloga y un representante de calidad.

### **Equipo primario de gestión del riesgo**

Subgerente o asesor técnico científico como líder del equipo, líder de gestión del riesgo, enfermeros líderes de rutas, enfermeros de implementación de rutas, un auxiliar de ruta y representante de calidad.

### **Equipo primario de atención al cliente**

Líder de la oficina SIAU, líder de humanización, subgerente administrativa y subgerente tecnocientífico.

### **Equipos de autoevaluación o secundarios de mejoramiento**

En estos equipos el objetivo es planear, gestionar, monitorizar y mantener los avances en mejoramiento del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional.

|   |   |  |                 |            |
|---|---|--|-----------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, Bienestar y Equidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | GE-S3-D1   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | 2          |
|   |   |  | <b>VIGENCIA</b> | 24/01/2022 |
|   | <b>PAGINA 25 DE 37</b>                      |  |                 |            |

### Funciones de los equipos de autoevaluación o secundarios de mejoramiento

1. Apoyar el desarrollo de la gestión del equipo de Mejoramiento Institucional
2. Facilitar y apoyar la gestión de los equipos Primarios de Mejoramiento
3. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento del grupo de estándares respectivo, así como por su despliegue y divulgación a la Institución.
4. Reportar resultados de la gestión al equipo de Mejoramiento Institucional.
5. Realizar reuniones de auto evaluación en los estándares de acreditación de su grupo de estándares, de priorización, establecimiento de acciones de mejora, seguimiento al avance en las acciones y definición del aprendizaje institucional.

### Conformación de los equipos secundarios de mejoramiento

#### **Equipo de autoevaluación de procesos asistenciales**

Conformado por subgerente o asesor técnico científico, representante de epidemiología, representante de humanización, representante de seguridad del paciente, representante de auditoría médica, representantes de las rutas integrales de atención en salud, representante de la atención al usuario, representante de referencia y contra referencia, representante de farmacia, representante de odontología, representante de laboratorio clínico y representante de facturación. Acompaña un profesional del área de calidad.

#### **Equipo de autoevaluación de direccionamiento y gerencia**

Conformado por gerente, subgerentes, asesores de gerencia, representante de sistemas de información, representante de planeación, líder de humanización, representante de control interno y representante de comunicaciones. Acompaña un profesional del área de calidad.

|   |   |  |                 |            |
|---|---|--|-----------------|------------|
|  | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | GE-S3-D1   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | 2          |
|   |   |  | <b>VIGENCIA</b> | 24/01/2022 |
|   | <b>PAGINA 26 DE 37</b>                      |  |                 |            |

### **Equipo de autoevaluación de gerencia de la información y tecnología**

Conformado por líder de TIC, representantes de sistemas de información, representante de comunicaciones y representante de gestión de equipos biomédicos. Acompaña un profesional del área de calidad.

### **Equipo de autoevaluación de talento humano**

Conformado por líder de talento humano, de convenios docencia servicio, representantes de bienestar, representante de seguridad y salud en el trabajo. Acompaña un profesional del área de calidad.

### **Equipo de autoevaluación de talento humano**

Conformado por ingeniera ambiental, líder de mantenimiento, líder de seguridad y salud en el trabajo. Acompaña un profesional del área de calidad.

Equipo sistemático de mejoramiento o de tercer nivel

En este equipo el objetivo es planear, gestionar, monitorizar y mantener el mejoramiento sistemático y continuo de la calidad institucional.

### Funciones del equipo sistemático de mejoramiento o de tercer nivel

1. Apoyar la gestión del Mejoramiento Institucional
2. Facilitar y apoyar la gestión de los equipos Primarios de Mejoramiento
3. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento del grupo de estándares de mejoramiento, así como por su despliegue y divulgación a la Institución.
4. Monitorizar los resultados de la gestión de los equipos de mejora de segundo nivel o de autoevaluación.

|  |   |  |                 |                   |
|--|---|--|-----------------|-------------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br>Salud, Bienestar y Equidad | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | <b>GE-S3-D1</b>   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | <b>2</b>          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | <b>24/01/2022</b> |
|  | <b>PAGINA 27 DE 37</b>                      |  |                 |                   |

5. Realizar reuniones de auto evaluación en los estándares de acreditación de grupo de mejoramiento, de priorización, establecimiento de acciones de mejora, seguimiento al avance en las acciones y definición del aprendizaje institucional.
6. Comunicar los resultados alcanzados.

### Conformación del equipo sistemático de mejoramiento o de tercer nivel

Esta conformado por el gerente, los subgerentes, representantes de calidad y los lideres de los equipos de autoevaluación.

### ***Metodología del mejoramiento***

El modelo de mejoramiento operara desde cada equipo, siguiendo los siguientes pasos:

- Recolección de la información de las diferentes fuentes, correspondientes a las entradas del modelo de mejora, que apliquen a cada equipo de mejora.
- Identificación de situaciones no deseadas en la revisión de las entradas del modelo y con posibilidad de mejora (problemas identificados).
- Aplicar un análisis causal de las situaciones no deseadas, aplique metodologías validas en el tema como lluvia de ideas, las 5m, espina de pescado, entre otras.
- Definir acciones de mejora según las causas raíz identificadas.
- Delegar el responsable del cumplimiento de la acción o transferir si corresponde a otro equipo de mejora.
- Realizar seguimiento al cumplimiento de la acción de mejora.
- Identificar el aprendizaje organizacional.
- Comunicar el mejoramiento al equipo correspondiente de nivel superior.

|   |   |  |                 |                   |
|---|---|--|-----------------|-------------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, Bienestar y Equidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | <b>GE-S3-D1</b>   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | <b>2</b>          |
|   |   |  | <b>VIGENCIA</b> | <b>24/01/2022</b> |
|   | <b>PAGINA 28 DE 37</b>                      |  |                 |                   |

Realizar gestión con el equipo correspondiente para superar las dificultades en el proceso de mejora que se planea.

Las acciones de mejora propuestas después de realizar análisis causal, de situaciones no deseadas en las entradas al modelo, deben armonizarse con las dimensiones y políticas de MIPG.

Para acortar las curvas de aprendizaje se debe realizar referenciación comparativa, en los procesos que se identifique necesidad de mejora.

Las acciones de mejora propuestas y el seguimiento a su cumplimiento, debe estar documentado en el formato de plan de mejora institucional.

### Metodologías de análisis causal

#### Lluvia de ideas

Es una forma de pensamiento creativo encaminada a que todos los miembros de un grupo participen libremente y aporten ideas sobre un determinado tema o problema. Es una técnica rápida, poderosa y vigorizante para sacar de un grupo un torrente o listado de ideas, percepciones, problemas, oportunidades, preguntas, causas posibles, dimensiones de un problema, soluciones alternas, etc. Es una herramienta sumamente versátil. De hecho, con frecuencia es utilizada como parte de muchos otros métodos de mejoramiento de proceso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007).

La tormenta de ideas tiene tres fases: generación, aclaración y evaluación.

Fase de generación

|  |   |  |                 |            |
|--|---|--|-----------------|------------|
|  <p>CARMEN EMILIA OSPINA<br/>Salud, Bienestar y Orgullo</p> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | GE-S3-D1   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | 2          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | 24/01/2022 |
|  | <b>PAGINA 29 DE 37</b>                      |  |                 |            |

El líder revisa las reglas de la tormenta de ideas con los miembros del grupo, expresa claramente la pregunta o propósito, la escribe y luego provoca y registra las respuestas.

Esta fase puede ser estructurada o no estructurada.

Estructurada, cada persona debe emitir un pensamiento o idea cuando le llegue el turno, o “pasar” hasta el próximo turno. Esto anima a hablar a las personas calladas o tímidas, puede usarse por escrito para evitar que se sientan incómodas.

No estructurada o libre para todos, los miembros del grupo hablan siempre que tengan un pensamiento, sin atender a ningún orden en particular. Este método tiende a crear un ambiente más relajado, aunque se corre el riesgo de que las personas extrovertidas o especialmente entusiastas puedan dominar la sesión.

Los siguientes son algunos consejos que pueden facilitar los procesos:

Registre cada idea con las propias palabras del orador para que todos las vean.

No permita que las personas quebranten las reglas.

Fase de aclaración

Después de que se haya generado la lista, el grupo la revisa para asegurarse de que todo el mundo tiene claridad sobre lo que significa cada punto. Como la fase de generación pone énfasis en “cantidad, no calidad”, algunos puntos se expresan con términos vagos. En este punto, la gente se anima a preguntar “¿Qué significado tiene esto?”. Esta aclaración es importante antes de que las ideas sean juzgadas, para que en discusiones posteriores no se descarten las ideas confusas con las que no pueden funcionar.

|   |   |  |                 |                   |
|---|---|--|-----------------|-------------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br>Salud, Bienestar y Dignidad | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | <b>GE-S3-D1</b>   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | <b>2</b>          |
|   |   |  | <b>VIGENCIA</b> | <b>24/01/2022</b> |
|   | <b>PAGINA 30 DE 37</b>                      |  |                 |                   |

## Fase de evaluación

El grupo considera la lista y excluye repeticiones, ideas irrelevantes o ideas consideradas superiores a su alcance o poder.

Estas ideas posteriormente se registran en diagramas de afinidades que contiene criterios como impacto potencial sobre el problema, costos, facilidad o rapidez de implantación, etc. En otras palabras: filtre y clasifique para reducir la lista de ideas y así poder seleccionar unas cuantas.

Las ideas ya filtradas son un insumo para apoyar las metodologías de análisis causal.

## Diagramas de Árbol

Es una forma sumamente versátil de mostrar gráficamente el desglose de grandes cuestiones, metas o problemas en sus cada vez más detallados elementos. Estos diagramas ayudan a moverse de lo general a lo específico en forma organizada y le muestran conexiones lógicas que lo han conducido allí (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007). El análisis con el árbol de problemas es una herramienta participativa, que se usa para identificar los problemas principales con sus causas y efectos, permitiendo a los planificadores de proyectos definir objetivos claros y prácticos, así como también plantear estrategias para poder cumplirlos.

Un diagrama de árbol se construye partiendo del suceso último: daño o lesión. A partir del suceso último se delimitan sus antecedentes inmediatos y se prosigue con la conformación del árbol remontando sistemáticamente de hecho en hecho,

|   |   |                        |                   |
|---|---|------------------------|-------------------|
|  | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   | <b>CÓDIGO</b>          | <b>GE-S3-D1</b>   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> | <b>VERSIÓN</b>         | <b>2</b>          |
|   |   | <b>VIGENCIA</b>        | <b>24/01/2022</b> |
|   |   | <b>PAGINA 31 DE 37</b> |                   |

respondiendo a la pregunta '¿qué tuvo que ocurrir para que este hecho se produjera?'

Los siguientes son los pasos básicos involucrados en el desarrollo de un diagrama de árbol:

- Aclare su propósito:
  - Si usted quiere buscar las causas raíz, pregunte por qué.
  - Si usted quiere generar alternativas, pregunte cómo.
  - Si usted quiere aclarar una idea o descomponerla en elementos, pregunte qué queremos decir con esto, cuáles son sus componentes,
- Genere alternativas de causas, tácticas o tareas relacionadas con su formulación, meta o idea central y registre ordenadamente en el árbol.
- Evalúe las ideas y redúzcalas a un número manejable. Después de registrar los resultados, usted debe llegar a un consenso sobre los elementos que quiera colocar en el segundo nivel del árbol (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007).

Figura 3. Estructura básica de un árbol de problemas



|   |   |  |                 |            |
|---|---|--|-----------------|------------|
|  | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | GE-S3-D1   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | 2          |
|   |   |  | <b>VIGENCIA</b> | 24/01/2022 |
|   | <b>PAGINA 32 DE 37</b>                      |  |                 |            |

Fuente: Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007)

### Diagrama de Ishikawa

Es un diagrama que muestra la relación sistemática entre un resultado fijo y sus causas. Fue desarrollado por el Profesor Kaoru Ishikawa para representar la relación entre “el efecto” y todas las posibilidades de “causa” que puedan contribuir para este efecto.

Se utiliza para cuando se necesite encontrar las causas raíz de un problema. Simplifica enormemente el análisis y mejora la solución de cada problema, ayuda a visualizarlos mejor y a hacerlos más entendibles, toda vez que agrupa el problema o situación por analizar y las causas y subcausas que contribuyen a este problema o situación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007).

Para elaborar el diagrama se debe seguir los siguientes pasos:

- Defina el problema o resultado no deseado encontrado.
- Escriba el enunciado del efecto en el recuadro ubicado en la parte central derecha al final de la flecha central.
- Identifique las causas mayores: Conocidas como categorías. Regístrelas en el diagrama en las flechas diagonales que llegan a la flecha central en forma de ramas espina. Se podrían considerar las siguientes cuatro categorías básicas, las cuales pueden variar dependiendo del problema que se esté analizando: Talento Humano (entrenamiento, capacitación, inducción, etc.) Procedimiento o Método de trabajo (existencia de procedimientos, seguimiento, etc.), Recursos (Infraestructura, dotación, equipos, insumos, medio ambiente). Información (expectativa del cliente, datos adicionales).
- Identifique las causas y subcausas que contribuyen al problema: Las subcausas constituyen las causas de las categorías mayores, regístrelas en

|   |   |  |                        |            |
|---|---|--|------------------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, Bienestar y Oportunidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>          | GE-S3-D1   |
|   | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>         | 2          |
|   |   |  | <b>VIGENCIA</b>        | 24/01/2022 |
|   |   |  | <b>PAGINA 33 DE 37</b> |            |

las flechas que llegan a las diagonales, las cuales se escribirán de acuerdo con la categoría a que correspondan.

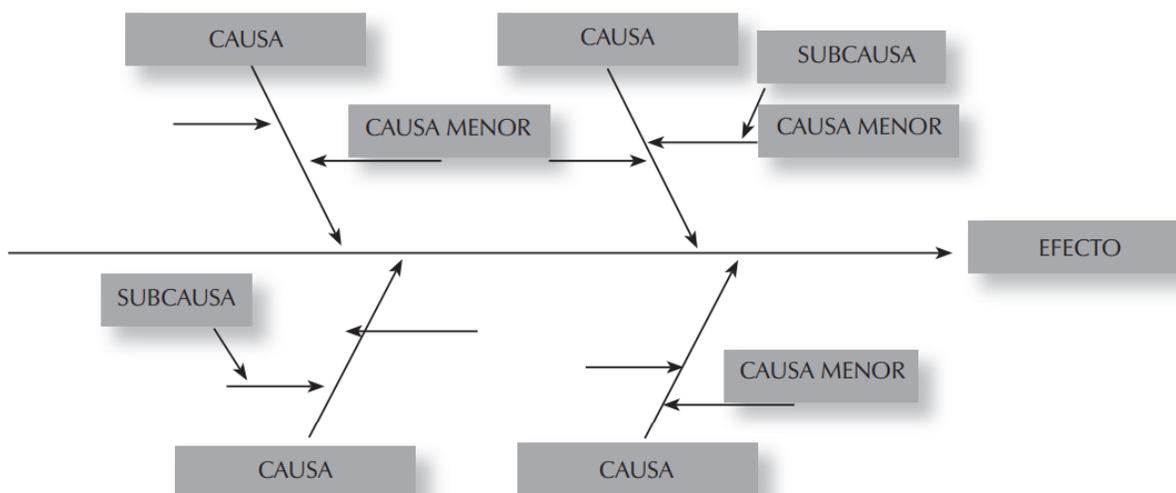
- Señale las causas más probables: Señale con base en la experiencia de las personas que están realizando el análisis, hechos y datos las causas más probables, de manera que se determine si la causa señalada tiene realmente un impacto significativo sobre el problema o efecto que se está estudiando. Priorice las mismas de acuerdo con la importancia para eliminar el problema.

Es importante señalar que en el diagrama causa-efecto solo se registran las causas y no las soluciones del problema/área de análisis. Para cada causa identificada se pueden realizar las preguntas que se consideren que aporten valor tales como:

¿qué?, ¿quién?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿por qué?, ¿cómo?

El equipo de análisis estará conformado por el personal que participa en el procedimiento que está siendo producto de análisis, el responsable del procedimiento y el jefe inmediato de este.

Figura 4. Estructura básica de un Diagrama de Ishikawa



Fuente: Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007)

|  |   |                        |            |
|--|---|------------------------|------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, Bienestar y Dignidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   | <b>CÓDIGO</b>          | GE-S3-D1   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> | <b>VERSIÓN</b>         | 2          |
|  |   | <b>VIGENCIA</b>        | 24/01/2022 |
|  |   | <b>PAGINA 34 DE 37</b> |            |

## RESULTADOS DEL MEJORAMIENTO

Los resultados de la aplicación del modelo de mejoramiento es decir las salidas resultantes de la implementación esperadas son: Mejorar la satisfacción de los clientes, mejorar la eficiencia, eficacia y seguridad de los procesos de atención, cumplir con todas las normas obligatorias y con los estándares voluntarios con los cuales se ha comprometido la institución.

Lo comités institucionales apoyaran la gestión de los equipos de mejora.

Los siguientes son los indicadores de la resolución 408 de 2018 que están incluidos en la evaluación de la gestión anual de la gerencia y se relacionan con este modelo.

|                  |  |
|------------------|--|
| <b>INDICADOR</b> | Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud  |
| <b>FORMULA</b>   | Número de acciones de mejora ejecutados derivadas de las auditorías realizadas/total de acciones de mejoramiento programadas para la vigencia derivadas de los planes de mejora del componente de auditoría - PAMEC. |
| <b>META</b>      | ≥ 0.90   |

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>INDICADOR</b> | Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior                                |
| <b>FORMULA</b>   | Promedio de la calificación de la autoevaluación en la vigencia evaluada /Promedio de la calificación de autoevaluación de la vigencia anterior |
| <b>META</b>      | 1.2   |

Se espera crecer al 20% anual el resultado con base en el resultado de la autoevaluación del año anterior por tanto con base en la fórmula del indicador su resultado cada año será mayor o igual a 1.2.

|  |   |                        |                   |
|--|---|------------------------|-------------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, bienestar y dignidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   | <b>CÓDIGO</b>          | <b>GE-S3-D1</b>   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> | <b>VERSIÓN</b>         | <b>2</b>          |
|  |   | <b>VIGENCIA</b>        | <b>24/01/2022</b> |
|  |   | <b>PAGINA 35 DE 37</b> |                   |

## 5. REFERENCIAS

ESE Carmen Emilia Ospina. (04 de 11 de 2021). *Pagina WEB de la ESE Carmen Emilia Ospina.*

Obtenido de La empresa, Misión y Visión: <https://esecarmenemiliaospina.gov.co/mision-y-vision/>

ICONTEC. (2014). Equipos de mejora. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (23 de diciembre de 1993). Obtenido de Ley 100 de 1993: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2007). *Pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.* Bogotá, Colombia: MINSALUD. Obtenido de Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.* Bogotá, Colombia: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (16 de junio de 2008). *Resolución 2181.* Bogotá, Colombia: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (29 de mayo de 2014). *Reolucion 2082.* Bogota, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (6 de mayo de 2016). *Decreto 780.* Bogotá, Colombia: Minsalud.

Ministerio de salud y proteccion social. (5 de febrero de 2016). *Biblioteca digital del ministerio de salud.* Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016.pdf)

Ministerio de Salud y Protección social. (19 de noviembre de 2018). *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario.* Bogotá, Colombia: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (15 de Febrero de 2018). *Resolución 408.* Bogotá, Colombia: Minsalud.

|  |   |  |                 |                   |
|--|---|--|-----------------|-------------------|
|  <p><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br/>Salud, bienestar y dignidad</p> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   |  | <b>CÓDIGO</b>   | <b>GE-S3-D1</b>   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> |  | <b>VERSIÓN</b>  | <b>2</b>          |
|  |   |  | <b>VIGENCIA</b> | <b>24/01/2022</b> |
|  | <b>PAGINA 36 DE 37</b>                      |  |                 |                   |

Ministerio de Salud y Protección Social. (19 de noviembre de 2018). Resolución 5095. Bogotá, Colombia: Minsalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (30 de agosto de 2021). *Resolución 1328*. Bogotá, Colombia.

|  |   |                        |                   |
|--|---|------------------------|-------------------|
| <br><b>CARMEN EMILIA OSPINA</b><br><small>Salud, bienestar y dignidad</small> | <b>DOCUMENTO DE APOYO</b>                   | <b>CÓDIGO</b>          | <b>GE-S3-D1</b>   |
|  | <b>MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b> | <b>VERSIÓN</b>         | <b>2</b>          |
|  |   | <b>VIGENCIA</b>        | <b>24/01/2022</b> |
|  |   | <b>PAGINA 37 DE 37</b> |                   |

| <b>CONTROL DE CAMBIOS</b>  |  |   |
|--|--|---|
| <b>Versión</b>   | <b>Descripción del cambio</b>  | <b>Fecha de aprobación</b>                      |
| 1  | Elaboración del documento:   | 25/03/2016                                      |
| 2  | Modificación del documento: Se modifica el documento con el fin de obtener una mejora continua en el subproceso de "PAMEC". Los ajustes que se realizaron fueron los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio del subproceso de planeación al subproceso de "PAMEC"</li> <li>• Actualización de todo el documento</li> <li>• Actualización de la vigencia</li> <li>• Ajustes estructurales</li> </ul> | 24/01/2022                                      |
| Nombre: Irma Susana Bermúdez Acosta<br>Contratista del área Garantía de la calidad<br><br>Nombre: Juan Felipe Cabrera Peña.<br>Contratista del área Garantía de la calidad | Nombre: Claudia Marcela Camacho Varon<br>Cargo Subgerente  | Nombre: Jose Antonio Muñoz Paz<br>Cargo Gerente |
| <b>Elaboró</b>   | <b>Revisó</b>  | <b>Aprobó</b>                                   |