

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 1 de 38

MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA

NEIVA 2025

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 2 de 38

Contenido

1	INTRODUCCION	3
2	MARCO NORMATIVO.....	4
3	MARCO CONCEPTUAL.....	8
4	MODELO DE MEJORAMIENTO	11
4.1	ALCANCE	11
4.2	OBJETIVOS	11
4.2.1	Objetivo General.....	11
4.2.2	Objetivos Específicos	11
4.3	PRESENTACION	12
4.4	ENTRADAS AL MODELO DE MEJORAMIENTO	15
4.4.1	Necesidades de los grupos de interés	15
4.4.2	Normas	17
4.4.3	Resultados de auditorías y requerimientos de entidades externas.....	18
4.5	GESTION DEL MEJORAMIENTO	20
4.5.1	Funciones de los equipos primarios de mejoramiento	22
4.5.2	Conformación de los equipos primarios de mejoramiento.....	22
4.5.3	Funciones de los equipos de autoevaluación o secundarios de mejoramiento	23
4.5.4	Conformación de los equipos secundarios de mejoramiento.....	24
4.5.5	Equipo sistemático de mejoramiento o de tercer nivel	25
4.5.6	Funciones del equipo sistemático de mejoramiento o de tercer nivel	25
4.5.7	Conformación del equipo sistemático de mejoramiento o de tercer nivel	25
4.6	Metodología del mejoramiento	26
4.6.1	Metodologías de análisis causal	27
4.7	RESULTADOS DEL MEJORAMIENTO.....	36
5	REFERENCIAS	37

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 3 de 38

1 INTRODUCCION

La ESE Carmen Emilia Ospina, presenta en su direccionamiento la voluntad de aplicar el mejoramiento continuo, en su Misión de “ Institución de atención primaria en salud accesible y de alta calidad, dedicada a mejorar la calidad de vida de los usuarios y sus familias ” y en su Visión “En el 2028 seremos reconocidos como la institución de atención primaria referente en prevención y mantenimiento de la salud, desatacada por su efectividad y compromiso social; así como, por la integralidad en la prestación de servicios de baja y mediana complejidad. A través de una red de centros de atención enfocados en la gestión del conocimiento y la generación de valor social mientras avanzamos hacia nuestra acreditación de alta calidad.

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.

En busca de cumplir la Misión y la Visión y por tanto prestar una atención centrada en el usuario, es necesario establecer mecanismos de trabajo continuo donde se articulen todos los procesos, logrando así los resultados esperados.

Por esta razón se establece este modelo de mejoramiento, el cual se implementará para obtener la satisfacción y fidelidad de los usuarios, resultados eficaces, efectivos, eficientes y seguros, cumplimiento de la normatividad y las metas planteadas; entre las cuales se destaca: incrementar la complejidad de los servicios prestados, la excelencia y competencia del talento humano además del cumplimiento de los pilares de responsabilidad social.

En razón a lo anterior el presente documento es el modelo con el cual actuará la E.S.E CEO para lograr altos estándares de calidad y cumplimiento de los objetivos gerenciales.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 4 de 38

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).

De acuerdo a la resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de prestadores, la ESE CEO realiza la revisión permanente del

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 5 de 38

cumplimiento de las mencionada resolución, garantizando así las óptimas condiciones para la prestación de servicios de salud con calidad y seguridad.

Las “Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoria 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 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 parágrafo 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 auditoria 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.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 6 de 38

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).

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 proteccion 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

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 7 de 38

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 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).

LINEAMIENTO TÉCNICO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD 2022 – 2027 Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad, ministerio de salud y protección social.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 8 de 38

3 MARCO CONCEPTUAL

Acciones Preventivas.

Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos, definidos por la entidad y que se deben realizar en todos los momentos de la atención y por parte de todos los colaboradores.

Acciones Correctivas.

Acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad detectada u otra situación indeseable existente o defecto para evitar su repetición.

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.

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 adquiriera la cultura del autocontrol.

Autocontrol.

Es la capacidad que ostenta cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos,

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 9 de 38

actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

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.

Es la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos en cumplimiento a los atributos de calidad (Accesibilidad, oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad) a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la satisfacción y fidelización de los usuarios.

Circulo de Calidad.

Práctica o técnica utilizada en la gestión de organizaciones en la cual 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.

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

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

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 10 de 38

Enfoque

Son 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.

Es la aplicación o el desarrollo de procesos según el enfoque.

Matriz de Riesgos

Es una herramienta por medio de la cual se identifican, monitorean y actualizan periódicamente los principales riesgos de los diferentes procesos.

Mejoramiento Continuo de la Calidad

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.

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 o falla de calidad, en el proceso de atención.

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.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 11 de 38

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

4.2.1 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.

4.2.2 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.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 12 de 38

- Crear e implementar estrategias que contrarresten las causas de fallas de la calidad.
- 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 auditorias, los riesgos observados, la normatividad vigente, los ejercicios de referenciarían, , el análisis de la voz del cliente, el análisis de los comportamientos de los indicadores, 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

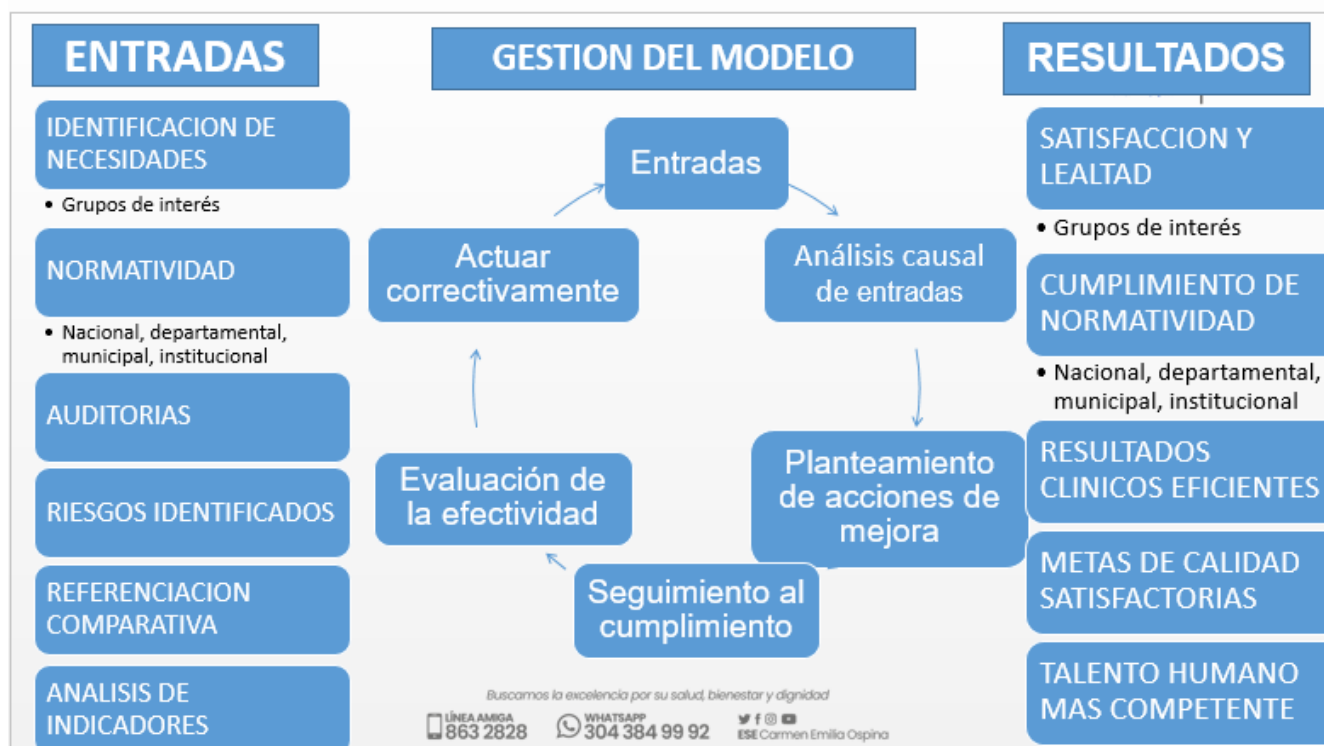
 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 13 de 38

por el grupo de mejoramiento institucional. Este modelo 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.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 18/12/2023	V3	PÁGINA 14 de 38

Figura 1. Modelo de mejoramiento ESE CARMEN EMILIA OSPINA



 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 15 de 38

4.4 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:

4.4.1 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.

4.4.1.1 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.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 16 de 38

4.4.1.2 Colaboradores:

- 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 de 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 seguridad y salud en el trabajo.
- Espacios de escucha al colaborador con la presencia del equipo gerencial.

4.4.1.3 Proveedores

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

4.4.1.4 Cliente Corporativo

- Aplicación de encuesta para medir el grado de la satisfacción del cliente corporativo, con la opción de agregar comentarios que aporten al mejoramiento.

4.4.1.5 Entidades Educativas

- Aplicando encuesta a estudiantes y docentes, para medir su satisfacción.
- Clientes de los diferentes procesos
- 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

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 17 de 38

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

4.4.1.6 Gobierno

- Normas: A través de las normas generadas a nivel nacional, departamental o municipal, también las solicitadas a través de circulares, actas de reuniones, resultados de auditorías.

4.4.1.7 Otros mecanismos de identificación de necesidades de los grupos de interés

- Encuesta de Cultura de Seguridad: Es una encuesta que realiza 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 seguridad: 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.

4.4.2 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 trasversal obligatoria es la de la habilitación y una trasversal 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.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 18 de 38

4.4.3 Resultados de auditorías y requerimientos de entidades externas

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

4.4.3.2 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.

4.4.3.3 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 a través auditorias.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 19 de 38

4.4.3.4 *Sugerencias de otras Instituciones*

Estas pueden proceder de aliados de la institución o de cualquier entidad que tenga convenio con la ESE CARMEN EMILIA OSPINA.

4.4.3.5 *Auditorías Internas*

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

4.4.3.6 *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.

4.4.3.7 *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.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 20 de 38

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

4.5 GESTION DEL MEJORAMIENTO

La gestión del mejoramiento continuo de la calidad es una directriz estratégica dada desde la Misión y Visión. 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).

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 21 de 38

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

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 22 de 38

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.

4.5.1 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.

4.5.2 Conformación de los equipos primarios de mejoramiento

Equipo primario de urgencias

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 23 de 38

Se establece uno por cada sede de urgencias, Conformado por el coordinador de urgencias, coordinación de enfermería, coordinador del área de calidad, líder de seguridad del paciente, líder de humanización, medico auditor, medico, enfermera y auxiliar representantes del servicio.

Equipo primario de consulta externa

Conformado por coordinadora de consulta externa, coordinador de enfermería, líder de odontología, un odontólogo auditor, un médico auditor, líder de humanización, coordinador de calidad y líder de seguridad del paciente.

Equipo primario de apoyo diagnóstico, farmacia y referencia y contra referencia

Conformado por el coordinador de apoyo diagnóstico y farmacia, el líder de laboratorio, líder de farmacia, líder de referencia y contra referencia, coordinador de garantía de la calidad, coordinador de enfermería.

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.

4.5.3 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.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 24 de 38

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.

4.5.4 Conformación de los equipos secundarios de mejoramiento

Equipo de autoevaluación de procesos asistenciales

Conformado por subgerente técnico científico, representante de epidemiología, representante de humanización, representante de seguridad del paciente, representante de auditoria 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.

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.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 25 de 38

Equipo de autoevaluación de ambiente físico

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

4.5.5 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.

4.5.6 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.
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.

4.5.7 Conformación del equipo sistemático de mejoramiento o de tercer nivel

Está conformado por el gerente, los subgerentes, representantes de calidad y los líderes de los equipos de autoevaluación.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 26 de 38

4.6 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 raíces 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.

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

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.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 27 de 38

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

4.6.1 Metodologías de análisis causal

Entendiendo el modelo multicausal para el mejoramiento continuo, la ESE CEO partimos de los diferentes análisis causales utilizados en el mejoramiento en salud así:

4.6.1.1 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, 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

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.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 28 de 38

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 incomodas.

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?”.

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.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 29 de 38

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

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

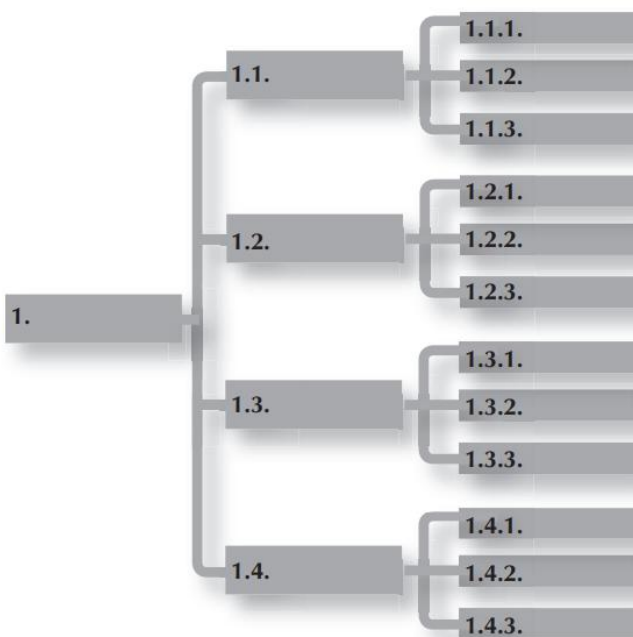
Los siguientes son los pasos básicos involucrados en el desarrollo de un diagrama de árbol:

- 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.

 ESE CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 30 de 38

- 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



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

4.6.1.3 Protocolo de Londres

Es una herramienta que facilita la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa, en cada una de las sedes urbanas y rurales de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

(1). TIPO DE EVENTO	
(2). DATOS BÁSICOS	(2.1)DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (2.2)SEXO: (2.3)EDAD: (2.4)SEDE:

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 31 de 38

(2.5)ADMINISTRADORA: (2.6)FECHA DE INGRESO:			
(3). CRONOLOGÍA DE LOS HECHOS			
ABORDAJE CON PROTOCOLO DE LONDRES			
ORGANIZACIÓN Y CULTURA, FALLAS LATENTES	FACTORES CONTRIBUTIVOS	FALLAS ACTIVAS, ACCIONES INSEGURAS	BARRERAS Y DEFENSAS
(4). DECISIONES GERENCIALES:	(6). PACIENTE:	(11). ACCIÓN:	(13). FÍSICAS:
	(7). TAREA Y TECNOLOGÍA:		(14). HUMANAS:
(5). CONTEXTO DE PROCESOS INSTITUCIONALES:	(8). INDIVIDUO:	(12). OMISIÓN:	(15). ADMINISTRATIVAS:
	(9). EQUIPO:		(16). NATURALES:
	(10). AMBIENTE:		
(17). ANÁLISIS			
REGISTROS: ACCESO: OPORTUNIDAD: CONSIDERACIONES CLÍNICAS: CONCLUSIÓN FINAL:			

(1). TIPO DE EVENTO: Registrar el suceso o circunstancia presentado en la investigación de incidentes clínicos en las sedes urbanas y rurales de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

(2). DATOS BÁSICOS: Registrar los datos del paciente en que esta incurrido en la investigación del incidente.

2.1DOCUMENTO DE IDENTIDAD: Registrar el número consecutivo del documento del paciente al cual se le presento el evento adverso.

2.2 SEXO: Registrar el generó del paciente al que se presentó el evento adverso.

2.3 EDAD: Registrar el número de años del paciente.

2.4 SEDE: Registrar el nombre de la sede en qué sucedió el evento adverso

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 32 de 38

2.5 ADMINISTRADORA: Registrar el nombre de la aseguradora del paciente. Ejemplo: Medimas, Confamiliar.

2.6 FECHA DE INGRESO: Registrar el día, mes y año en que se presenta el evento adverso

(3). CRONOLOGÍA DE LOS HECHOS: Describa brevemente las situaciones relevantes (Historia Clínica) de los hechos presentados en las sedes urbanas y rurales de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

Abordaje con protocolo de Londres

Organización y cultura, fallas latentes

(4). DECISIONES GERENCIALES: Registrar que tipo de barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas, de acuerdo a la identificación de acciones inseguras en que hallan incurridos las personas. (Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barras; y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión).

(5). CONTEXTO DE PROCESOS INSTITUCIONALES: Registrar que tipo de condiciones predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con: carga de trabajo y fatiga conocimiento, pericia o experiencia inadecuados; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones.

Factores contributivos

(6). PACIENTE: Registrar de acuerdo a estos factores que pueden influir en la práctica: complejidad y gravedad, lenguaje y comunicación, personalidad y factores sociales.

(7). TAREA Y TECNOLOGÍA: Registrar de acuerdo a estos factores que pueden influir en la práctica: diseño de la tarea y claridad de la estructura; disponibilidad y uso de protocolos; disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas; ayudas para toma de decisiones.

(8). INDIVIDUO: Registrar de acuerdo a estos factores que pueden influir en la práctica: conocimiento, habilidades y competencia, salud física y mental.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 33 de 38

(9). EQUIPO: Registrar de acuerdo a estos factores que pueden influir en la práctica: comunicación verbal y escrita, supervisión y disponibilidad de soporte, estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc.)

(10). AMBIENTE: Registrar de acuerdo a estos factores que pueden influir en la práctica: personal suficiente; mezcla de habilidades; carga de trabajo; patrón de turnos; diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos; soporte administrativo y gerencial; clima laboral; ambiente físico (luz, espacio, ruido).

Fallas activas, acciones inseguras

(11). ACCIÓN: Registrar la acción o falta de acción que pueda ocasionar un accidente.

(12). OMISIÓN: Registrar las consecuencias que no se notan de las acciones presentadas.

BARRERAS Y DEFENSAS

(13). FÍSICAS: Registrar las condiciones físicas en que se encuentra los pacientes en las áreas de las sedes urbanas y rurales de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

(14). HUMANAS: Registrar las novedades de atención humana que presentan en el servicio según las sedes urbanas y rurales de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

(15). ADMINISTRATIVAS: Registrar que tipo de acciones administrativas presenta los pacientes en las sedes urbanas y rurales de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

(16). NATURALES: Registrar que tipo de acciones de riesgos naturales presenta los pacientes en las sedes urbanas y rurales de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

(17). ANÁLISIS: Describa una interpretación de acuerdo a los siguientes parámetros (Registros, acceso, oportunidad, consideraciones clínicas y conclusión final) con el objetivo de obtener un plan de mejora a las acciones inseguras de la investigación de incidentes clínicos.

(18). PLAN DE MEJORA: Registrar de acuerdo en cada casilla la acción, el responsable, el método, los requerimientos y el seguimiento que se pueden determinar como una mejora de las investigaciones de incidentes clínicos que se presentan en cada una de las sedes urbanas y rurales de la E.S.E Carmen Emilia Ospina.

(19). AUDITOR: Registrar el nombre del profesional que está realizando la investigación y análisis de los incidentes clínicos.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 34 de 38

(20). FECHA DE REALIZACIÓN: Registrar la fecha exacta en que realizan la investigación y análisis de los incidentes clínicos.

4.6.1.4 *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 sub-causas que contribuyen a este problema o situación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007).

Para elaborar el diagrama se debe seguir los siguientes pasos:

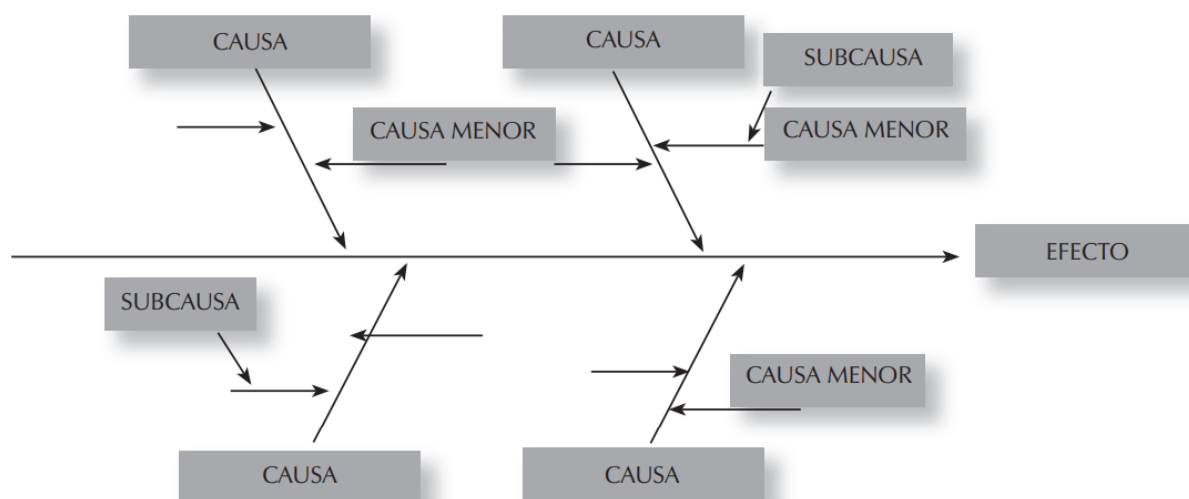
- Defina el problema o resultado no deseado encontrado.
- Escriba el enunciado del efecto en el recuadro ubicado en la parte central derecha al final de la flecha central.
- Identifique las causas mayores: Conocidas como categorías. Regístrelas en el diagrama en las flechas diagonales que llegan a la 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).

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 35 de 38

- Identifique las causas y sub-causas que contribuyen al problema: Las sub-causas constituyen las causas de las categorías mayores, regístrelas en 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 auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007)

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 36 de 38

4.7 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.

Los 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.

INDICADOR	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud
FORMULA	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.
META	≥ 0.90

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

Se espera crecer el 20% anual, con base en el resultado de la autoevaluación del año anterior, el cual deberá ser mayor o igual a 1,2.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 37 de 38

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). *Reosolucion 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

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.

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.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO MODELO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
PROCESO: GARANTIA DE LA CALIDAD	CÓDIGO: GC-S3-D1	VIGENCIA: 12/06/2025	V5	PÁGINA 38 de 38

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del cambio	Fecha de aprobación
1	Elaboración del documento:	25/03/2016
2	Modificación del documento:	24/01/2022
3	Modificación del documento:	20/12/2023
4	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 • Se actualizan los equipos de mejora según cambios administrativos de la organización. • Actualización de la vigencia	29/04/2025
5	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 • Modificación en visión misión de la ESE enfoque de causalidad. Fuente de entrada de la mejora • Actualización de la vigencia	12/06/2025
Nombre: Esain Calderón Ibata Cargo Contratista Área Garantía de la Calidad Elaboró	Nombre: Esain Calderón Ibata Cargo Contratista Área Garantía de la Calidad Revisó	Nombre: Lina María Vásquez Díaz Cargo Gerente (E) Aprobó