# PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD

# PAMEC

VIGILADO Supersalud

Contenido


1. INTRODUCCIÓN 3
2. OBJETIVO 3
2.1 Objetivo General 3
2.2 Objetivo Específico

3. MARCO TEÓRICO 5
3.1 Marco Normativo
3.2 Marco Conceptual
4. PLATAFORMA ESTRATÉGICA
4.1 Misión
4.2 Visión
5. DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA DEL PAMEC 6
5.1


VIGILADO Supersalud

## 1. INTRODUCCIÓN.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad implica el conjunto de acciones sistemáticas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente, situaciones que puedan afectar de manera negativa la salud de los pacientes o la sostenibilidad de la institución, mediante la implementación de barreras que permitan la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes y todas las partes interesadas.

El Programa de Auditoría del Mejoramiento de la Calidad en Salud de la Red de Salud de Ladera E.S.E está encaminado a solucionar los problemas de calidad que afectan directamente la prestación de los servicios, enfocando sus esfuerzos sobre procesos críticos asistenciales y de apoyo (Administrativos) que influyen en la atención a los usuarios y se convierte en una herramienta de Gestión que fortalezca los procesos e impacte directamente en la atención a los pacientes, brindando servicios de salud seguros y humanizados, permitiendo superar las expectativas de los pacientes y sus partes interesadas.

Su estructura, se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, propuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en donde basados en una autoevaluación institucional de estándares superiores a los del Sistema Único de Habilitación y concordantes con el propósito de Acreditación se establecen planes de mejoramiento, con el fin de mejorar en la prestación de los servicios ofertados, acercando a la institución a satisfacer razonablemente las necesidades y expectativas, de las partes interesadas, con el propósito de cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

El presente documento contiene la guía para la formulación e implementación del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad (PAMEC) para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de la Red De Salud de Ladera E.S.E., donde se describen los elementos que constituyen el modelo del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y los formatos relacionados.

## 2. OBJETIVO

### 2.1 OBJETIVO GENERAL:

Implementar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud en la Red de Salud Ladera E.S.E como metodología sistemática de evaluación y mejoramiento continuo, a través de auditoría a los procesos priorizados, medición de indicadores e implementación de acciones de mejora, con el fin de alcanzar los mayores

VIGILADO Supersalud

estándares de calidad, disminuir los riesgos en la atención e impactar en el logro de la cultura de mejoramiento, seguridad en la atención y aprendizaje organizacional en los colaboradores de la Red de Salud de Ladera.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estimular la cultura de la calidad y el autocontrol en los servidores de la ESE permitiendo mitigar o minimizar los riesgos durante el proceso de atención.
- Comparar entre la calidad observada y la calidad esperada, teniendo en cuenta los protocolos, guías, procedimientos científicos y administrativos aplicados que aporten en la toma de decisiones.
- Promover la implementación y cumplimiento de planes de mejoramiento que conduzcan al logro de niveles superiores de calidad.
- Maximizar la satisfacción del usuario.
- Identificar las barreras de oportunidad, continuidad y seguridad de los procesos priorizados como críticos de la E.S.E para ser intervenidos integralmente.
- Desarrollar acciones coherentes de capacitación, seguimiento y evaluación que promuevan la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud.

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1 MARCO NORMATIVO

- **LEY 100 de 1993, Artículo 153:** determina que "El Sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua, y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional..." 4.1
- **LEY 23 de 1981:** "Código de Ética Médica" que regula el ejercicio médico y la calidad de los registros que se desprenden de él.
- **LEY 035 de 1989:** Por medio de la cual se reglamenta la ley de Ética Odontológica.
- **LEY 911 de 2004:** Reglamenta el ejercicio de la enfermería y su régimen disciplinario.
- **RESOLUCIÓN 5261 de 1994:** Establece una serie de definiciones que determinan la calidad en la prestación de los servicios, incluyendo la Evaluación de Calidad como "La medición del nivel de calidad de una actividad, procedimiento o guía de

atención..."

- **RESOLUCIÓN 1995 de 1999**: "Por la cual se establecen las normas para el manejo de la Historia Clínica".
- **RESOLUCIÓN 412 de 2000 y 3384 de 2002 que la complementa:** "Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública".
- **RESOLUCIÓN 1328 de 2021:** Por medio del cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los "Estándares de acreditación para instituciones prestadores de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad".
- **RESOLUCIÓN 5095 de 2018:** Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1.
- **RESOLUCIÓN 1043 de 2006:** La cual reemplaza la resolución 1439 de 2002, la cual establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.
- **CIRCULAR EXTERNA No. 030 de 2006:** En la cual se dan instrucciones en materia de calidad para evaluar oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud.
- **DECRETO 1011 de Abril de 2006**: Por la cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la cual reemplaza el Decreto 2309 del 2002.
- **DECRETO 1599 de 2005 (MECI 1000/2005):** Por el cual se define el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.
- **LEY 1122 del 2007:** Por medio de la cual se le realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **RESOLUCIÓN 2181 DE 2008:** Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público.
- **LEY 1438 del 2011:** Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
- **RESOLUCIÓN 123 del 2012:** Manual de Estándares de Acreditación ambulatorios y hospitalarios.
- **DECRETO 903 de 2014:** por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud.
- **RESOLUCIÓN 2082 de 2014:** Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.

VIGILADO Supersalud

- **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.

### 3.2 MARCO CONCEPTUAL

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad SOGC cuenta con cuatro componentes:




- SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

- AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto a de la calidad esperada de la atención de salud centrada en el cliente externo e interno.

- SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos, de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB), y las direcciones departamentales, distritales y municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

VIGILADO Supersalud

- SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD: Realiza acciones de inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de la información que conforma el Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud en lo de sus competencias.

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, PAMEC, en la Red de Salud de Ladera E.S.E opera bajo 3 mecanismos: Autocontrol, Auditoría Interna y Auditoría Externa, y aplica acciones de tipo preventivo, de seguimiento y coyunturales.

- **Autocontrol:** Mecanismo mediante el cual cada servidor, verifica y ajusta su quehacer, alineándose a los procedimientos, lineamientos y estándares de calidad definidos por la organización. La Red de Salud de Ladera E.S.E fomenta el autocontrol a través de la Campaña del Autocontrol, liderada por la Oficina de Control Interno y la definición de controles de verificación y operativos en los procesos.
- **Auditoría Interna:** Mecanismo de evaluación sistemática a procesos u otros elementos organizacionales, ejecutada al interior de la institución por los auditores internos. Fomenta la mejora continua y la cultura del autocontrol.
- **Auditoría Externa:** Evaluación sistemática a procesos u otros elementos organizacionales, ejecutada por entes externos (EAPB y SSPM entre otras). Verifica el cumplimiento de procesos, normas y estándares de calidad además de si la organización cumple con la auditoría interna y fomento del autocontrol.
- **Acciones Preventivas:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos, realizados por las personas y/o la organización, en forma previa a la atención de los usuarios, para los máximos estándares de calidad. Entre las acciones preventivas del PAMEC, se incluyen:
  - ❖ Definición y estandarización de procesos, procedimientos, instructivos y listas de chequeo.
  - ❖ Divulgación e implementación de deberes y derechos de los usuarios.
  - ❖ Adopción, divulgación e implementación del Plan Institucional de Capacitación.
  - ❖ Divulgación e implementación del Sistema de Administración de Riesgos.
  - ❖ Fortalecimiento del Programa de Seguridad del Paciente.
  - ❖ Implementación del Programa de Uso Racional de Antibióticos, fármacos y tecno-vigilancia.
  - ❖ Implementación de las Guías de Práctica Clínica adoptadas por la institución.

VIGILADO Supersalud

- **Acciones de Seguimiento:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos, realizados por las personas y/o la organización, durante la prestación de servicios de salud, con el fin de identificar oportunidades de mejora continua.

Como acciones de seguimiento en el PAMEC están:

- Evaluación de diligenciamiento y pertinencia de la historia clínica.
- Evaluación de adherencia a las Guías de Práctica Clínica adoptadas.
- Seguimiento a Planes de Mejoramiento e Intervención.
- Seguimiento al Plan de Intervención de Riesgos.
- Implementación del Programa Integral de Evaluación a Procesos con enfoque en riesgo.
- Evaluación de la gestión de Comités.
- Definición o ajuste de fichas técnicas de indicadores de calidad e implementación de su medición.
- Análisis sistemático de indicadores por Proceso y en Comités.
- Autoevaluación de habilitación.
- Autoevaluación bajo estándares de acreditación.
- Auditoría de Paciente Trazador.
- Rondas de seguridad.
- Rondas de infecciones

- **Acciones Coyunturales:** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos, realizados por las personas y/o la organización, para analizar la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención, dar solución inmediata a los problemas presentados y evitar su recurrencia

## 4. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

El direccionamiento estratégico avalado por la Gerencia y su equipo directivo es el siguiente.

VIGILADO Supersalud

- **MISIÓN**

Somos una empresa de salud modelo en atención integral, eficiente y confiable; promocionando la docencia y la investigación, prestando atención domiciliaria y rural con calidad.

- **VISIÓN**

Innovar para llegar al 2023 con un modelo de salud inteligente que garantice liderazgo, humanización y sostenibilidad convirtiéndonos en un referente nacional en la telemedicina.

- **POLÍTICA DE LA CALIDAD**

La Red de Salud de Ladera E.S.E brinda servicios de salud con estándares de alta calidad, orientada a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, familias, comunidad y partes interesadas, cumpliendo con la normatividad vigente, con un talento humano competente y comprometido con la excelencia en la atención, con la disponibilidad de los recursos necesarios, aportando al desarrollo sostenible en materia tecnológica, ambiental y social.

- **OBJETIVOS DE LA CALIDAD**

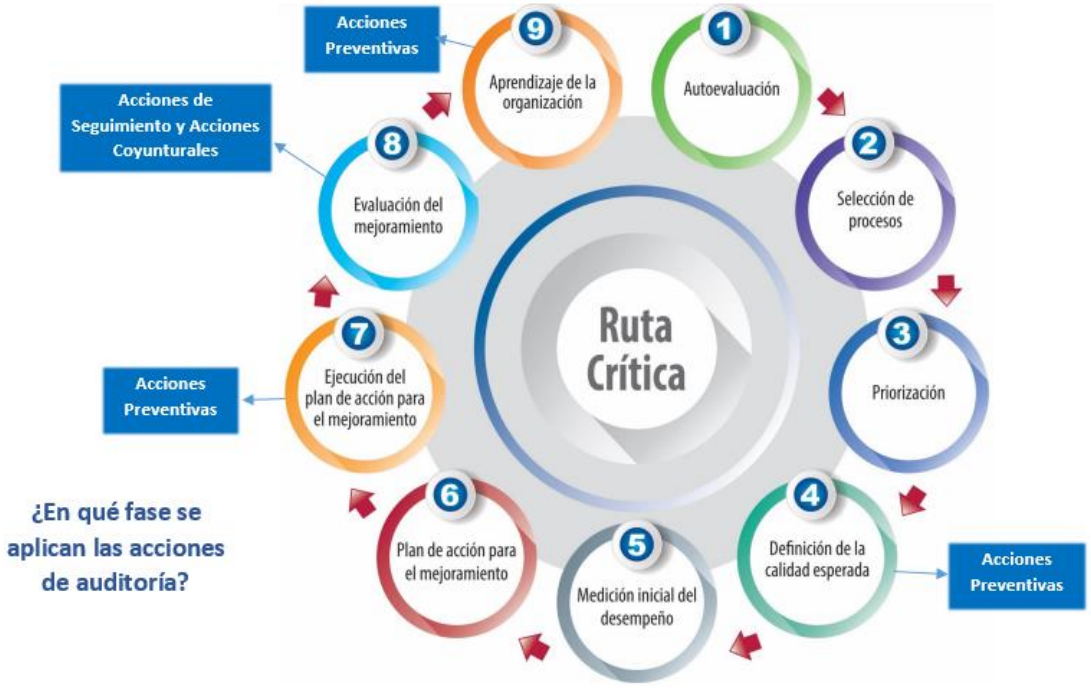
❖ Asegurar el nivel de satisfacción del usuario.
❖ Garantizar el desempeño de seguridad del paciente.
❖ Avanzar en la acreditación nacional en salud.
❖ Avanzar en certificación Ambiental ISO14001

## 5. DESARROLLO DE LA RUTA CRÍTICA DEL PAMEC.

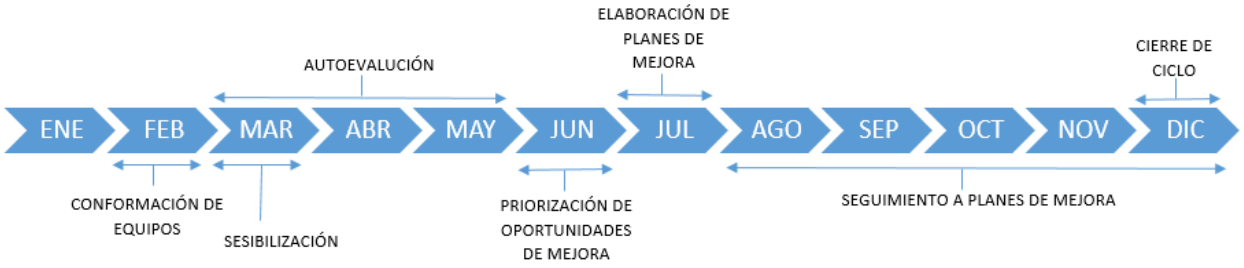
La metodología implementada por la Red de Salud de Ladera E.S.E es la establecida por el Ministerio de Protección Social en las “Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud 2007”.

La ruta crítica definida para el presente plan, es la recomendada por el ministerio de la Protección Social, ya que su observancia posibilita y facilita el accionar de la ESE, en desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, y en el interés de generar valor agregado para los usuarios de los servicios y de todos en la organización, tal como se muestra a continuación:

VIGILADO Supersalud


Acciones Preventivas
Aprendizaje de la organización
Autoevaluación
Acciones de Seguimiento y Acciones Coyunturales
Evaluación del mejoramiento
Selección de procesos
Ruta Crítica
Acciones Preventivas
Ejecución del plan de acción para el mejoramiento
Priorización
¿En qué fase se aplican las acciones de auditoría?
Plan de acción para el mejoramiento
Medición inicial del desempeño
Definición de la calidad esperada
Acciones Preventivas

### 5.1. Cronograma de Desarrollo De La Ruta Crítica.




### 5.2. Metodología de la Autoevaluación.

Se da inicio con la decisión de la Gerencia de la institución de implementar un proceso de mejoramiento, transmitiendo el compromiso con la conformación de los equipos de acreditación para la realización del diagnóstico situacional frente a estándares de calidad, resultado que permite identificar el estado y valoración para el cumplimiento de los estándares definidos en el Sistema Único de Acreditación - SUA.

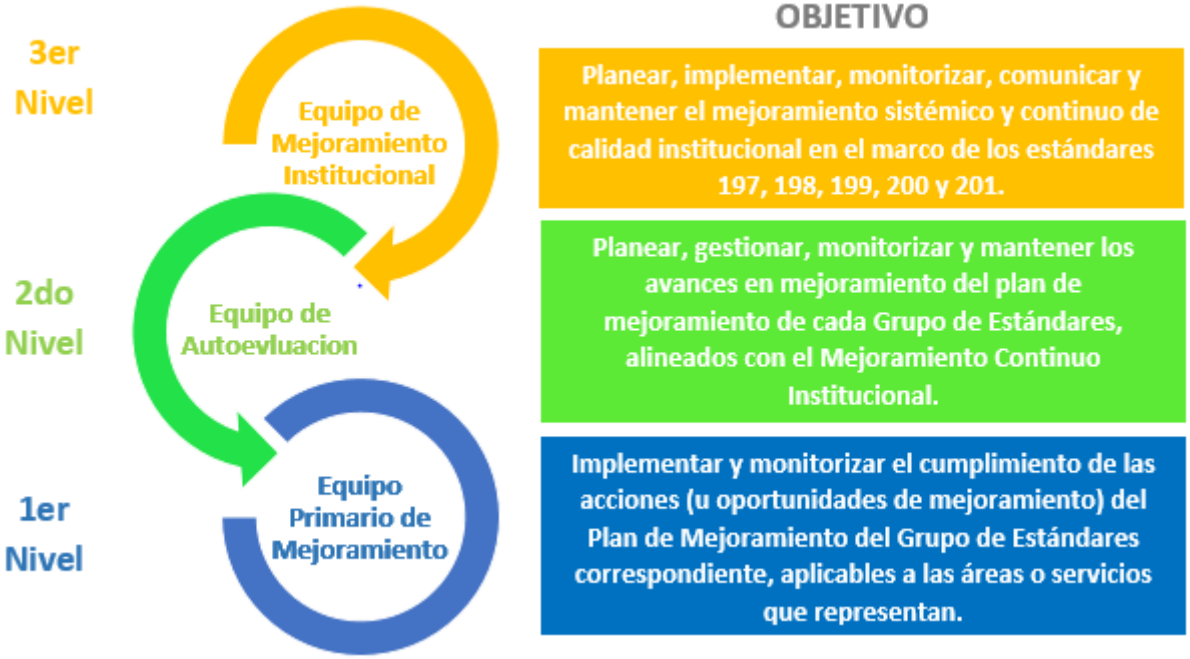
Durante el periodo establecido en el cronograma, los equipos de autoevaluación, con el acompañamiento metodológico de profesionales de las Oficinas de Planeación realizará la autoevaluación cuantitativa y cuantitativa de los resultados institucionales bajo estándares de acreditación, identificando fortalezas y oportunidades de mejora por estándar.

#### 5.2.1. Conformación de los equipos de Acreditación

La Autoevaluación es el primer paso para desarrollar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, con el fin de elaborar un diagnóstico para establecer cuáles son los principales problemas de calidad presenta la ESE Red de Salud de Ladera, los procesos involucrados en su generación y los que serán objeto del programa. Para esta actividad se transmite el compromiso adquirido mediante la conformación de los equipos de Acreditación para la realización del diagnóstico inicial, teniendo en cuenta que uno de los aspectos más importantes para llevar a cabo este

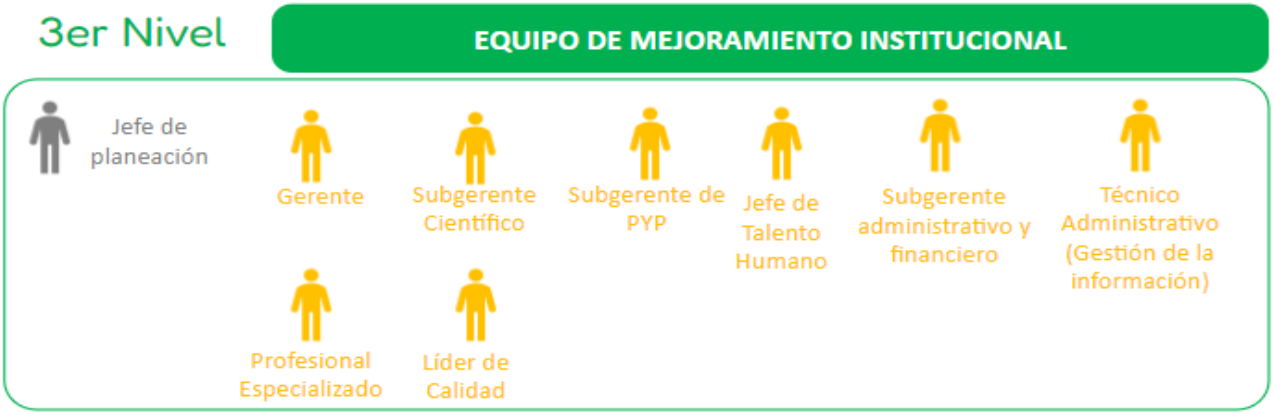
VIGILADO Supersalud

proceso es el trabajo en equipo. En primera instancia se definió una estructura de mejoramiento conformada por los equipos de los 3 niveles del Sistema Único de Acreditación, los cuales cumplen un objetivo específico como se detalla en los siguientes gráficos:



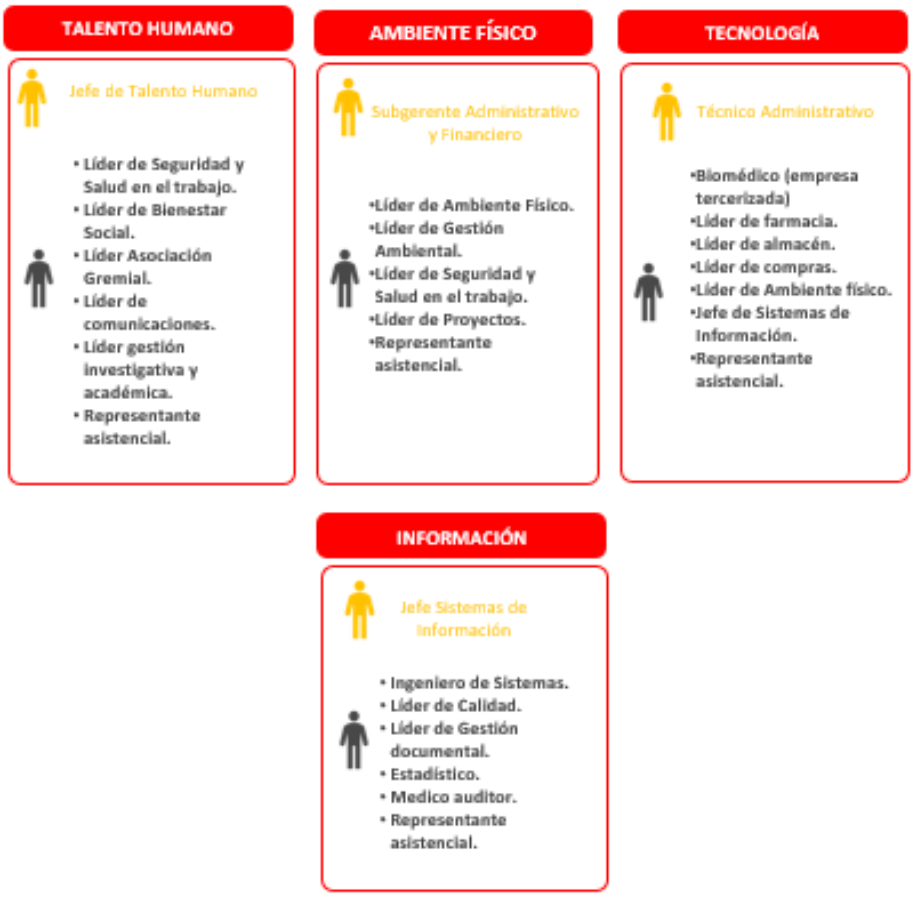

El **Equipo de mejoramiento institucional**, el cual se encuentra en el tercer nivel, está constituido por cada uno de los líderes de los equipos del segundo nivel incluyendo a la gerencia de la Red de Salud Ladera y está liderado por el Jefe de Planeación.

VIGILADO Supersalud



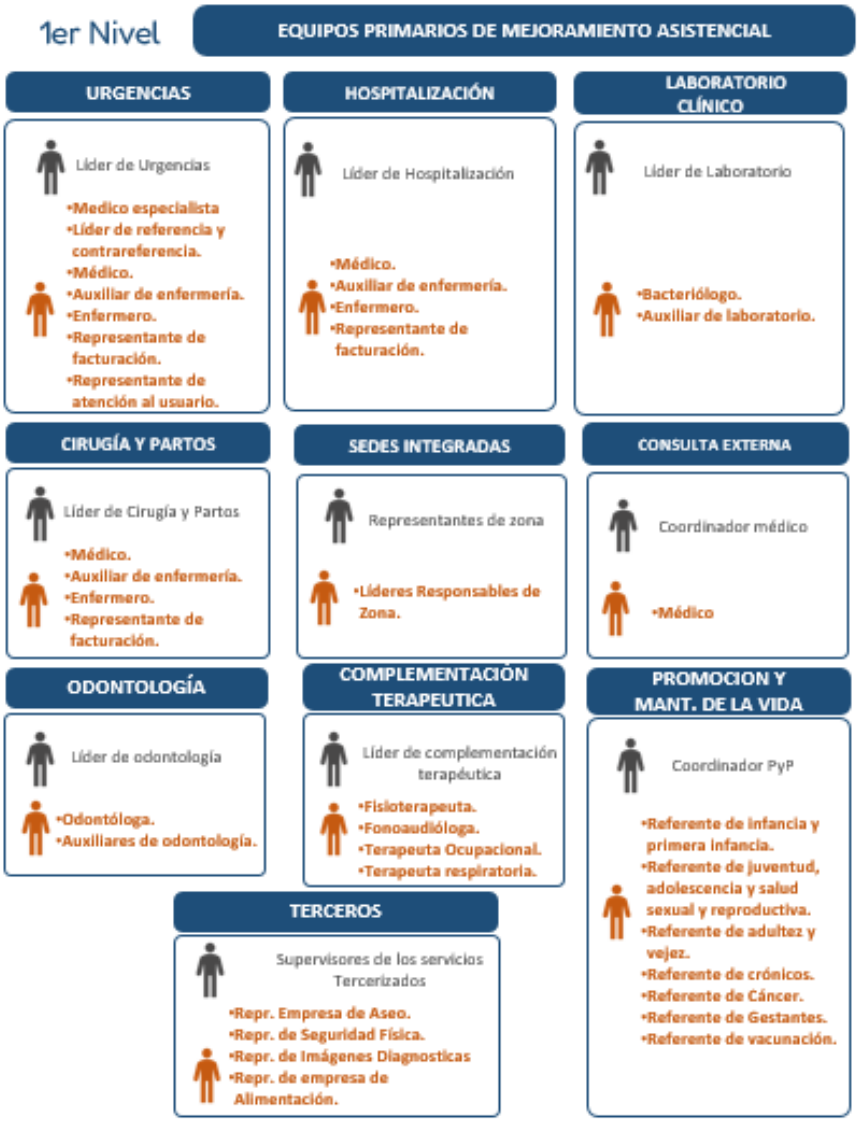

Los **Equipos de Autoevaluación** que se encuentran en el segundo nivel, está conformado por siete (7) equipos teniendo en cuenta los grupos de estándares del Manual de Acreditación, quedando de la siguiente manera:






Los **Equipo Primario de Mejoramiento Asistencial** que se encuentra en el primer nivel, está liderado por cada uno de los integrantes del equipo asistencial del segundo nivel y es acompañado por un equipo interdisciplinario de profesionales que integran el servicio, teniendo en cuenta el manual para la conformación de los equipos de autoevaluación del Sistema Único de Acreditación nacional en Salud; además se incluye los equipos conformados por representantes de las empresas tercerizadas que prestan un servicio en la Red de Salud Ladera.

VIGILADO Supersalud




La conformación de estos equipos se formalizó mediante el formato Ficha técnica de Equipos de Acreditación, en la que se establece la información de conformación, objetivo del equipo, funciones del equipo, periodicidad de las reuniones, líder y secretario del equipo, integrantes del equipo, indicadores de resultado e indicadores de gestión del equipo.

A todos los equipos se les socializa y capacita en la metodología de mejoramiento, funciones y objetivos del equipo al que pertenecen. Los integrantes de los equipos

VIGILADO Supersalud

realizan lectura previa a cada jornada para tener conocimiento en la estructura del estándar del manual de acreditación.

### 5.2.2. Autoevaluación cualitativa y cuantitativa.

El proceso de autoevaluación consiste en establecer un diagnóstico para identificar cuales son las fortalezas y oportunidades de mejora que se tienen en la institución en referencia a los de Acreditación con el fin de intervenir posteriormente, así como su línea base (con que cuenta hoy); permitiendo una evaluación integral de la institución, asegurando el mejoramiento continuo, donde se tiene en cuenta lo siguiente:

- Línea Base: Esta es una descripción o recuento de lo que ha hecho, lo que tiene y lo que ha logrado la institución para dar cumplimiento a lo solicitado en el estándar, documentado en relación a las fases del ciclo PHVA para ubicar las acciones adelantadas.

- Fortaleza: Característica consistente fácilmente reconocida. Superior a la norma y que genera Valor de cara al usuario. Su redacción debe realizarse teniendo en cuenta la siguiente estructura: ¿El servicio o proceso que tienen la fortaleza, Cuál ha sido el enfoque? y cómo se ha implementado? Y por último la cuantificación de los resultados.

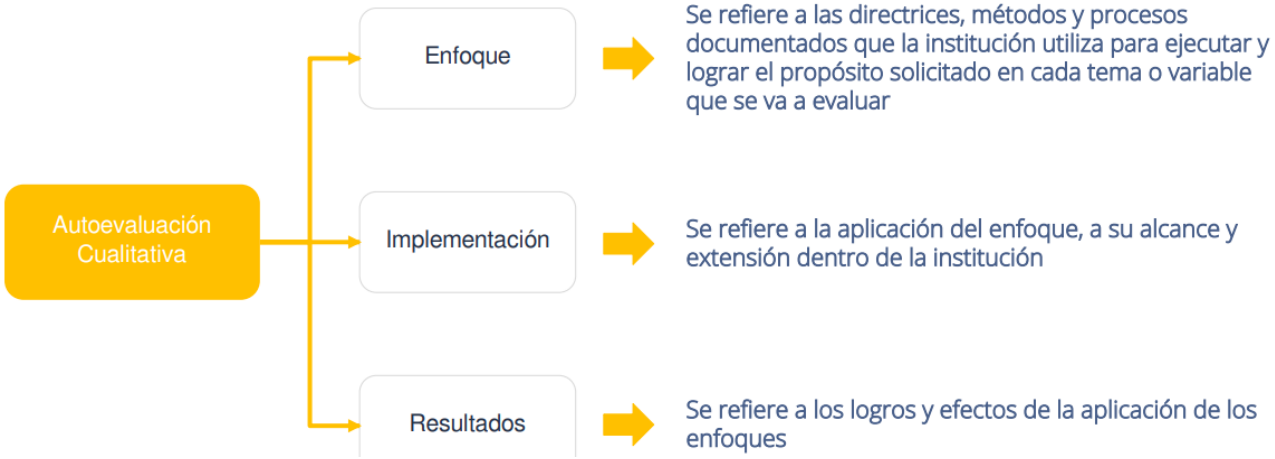
- Soporte de la Fortaleza: Evidencia objetiva de la fortaleza: Documento, Acta, Informe, Indicador, formatos, etc que soporten el enfoque, implementación y resultados.
- Oportunidad de Mejora: Acción a desarrollar, redactada en forma de OBJETIVO (inicia con un verbo en infinitivo, redactada en positivo, orientada a cumplir el enfoque, la implementación y el resultado).

- Proceso: Proceso(s) responsable(s) de implementar la oportunidad según el Mapa de Procesos.

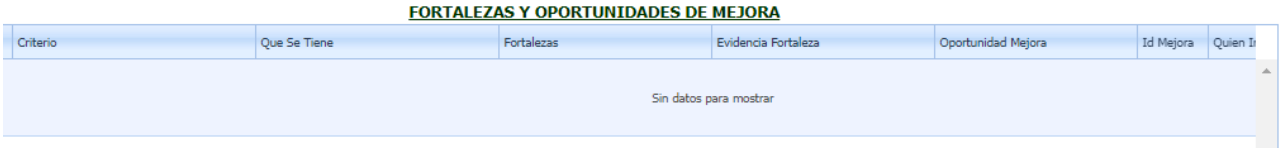
Dicha evaluación se llevará a cabo mediante dos ámbitos.

VIGILADO Supersalud

- **Autoevaluación cualitativa:** En esta se incluye la definición de fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.




El resultado de este proceso se registra en el Sistema de Integrado de Gestión en Salud SIGES, herramienta que permite ingresar: que se tiene hoy, fortalezas, evidencias de la fortaleza, y oportunidades de mejora obtenidas.

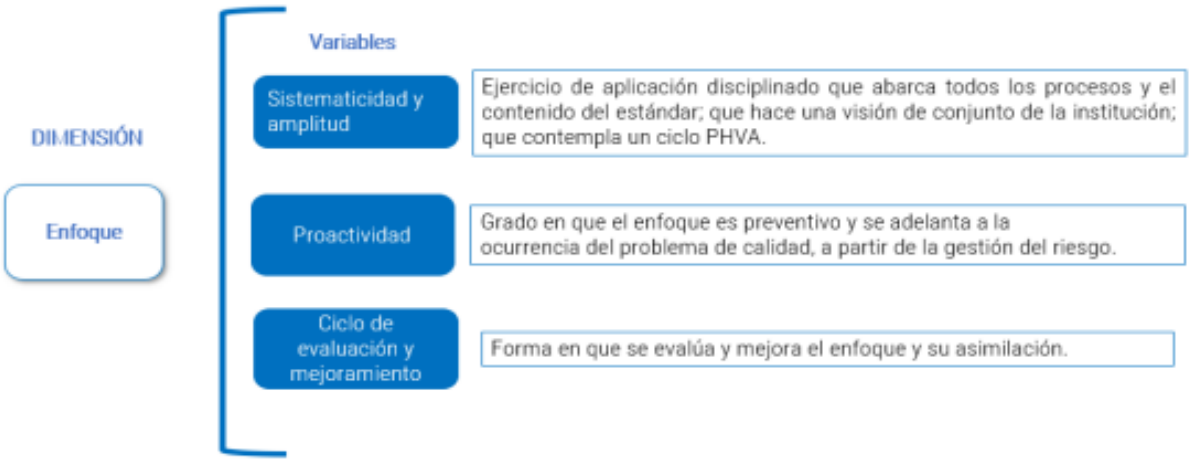



- **Autoevaluación cuantitativa:** La autoevaluación cuantitativa implica evaluar numéricamente los estándares frente a 3 dimensiones (enfoque, implementación y resultado) y 10 variables teniendo como guía la HOJA RADAR.

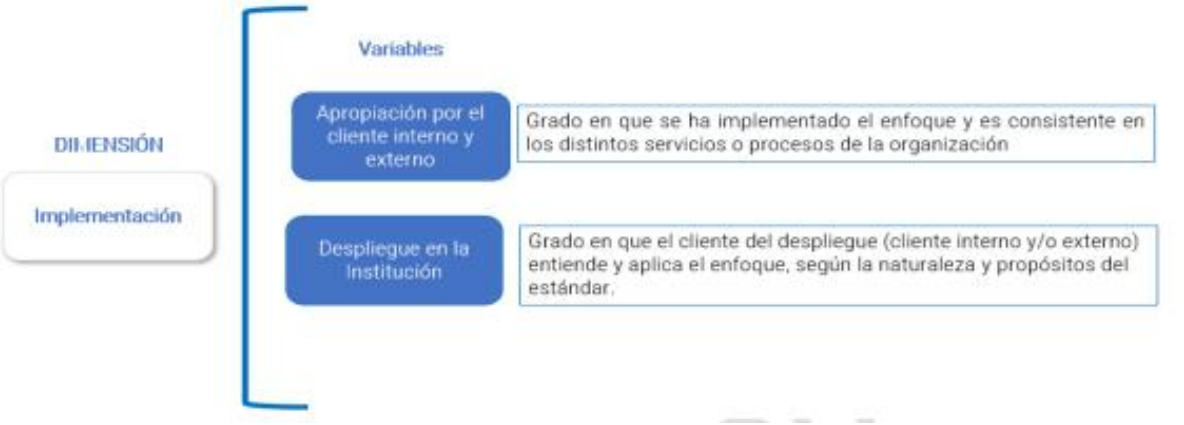
  La Hoja Radar es una matriz donde encontramos las 3 dimensiones, las 10 variables con sus definiciones y el rango de calificación, la cual es una guía para identificar cómo está la institución de manera cuantitativa frente al estándar.

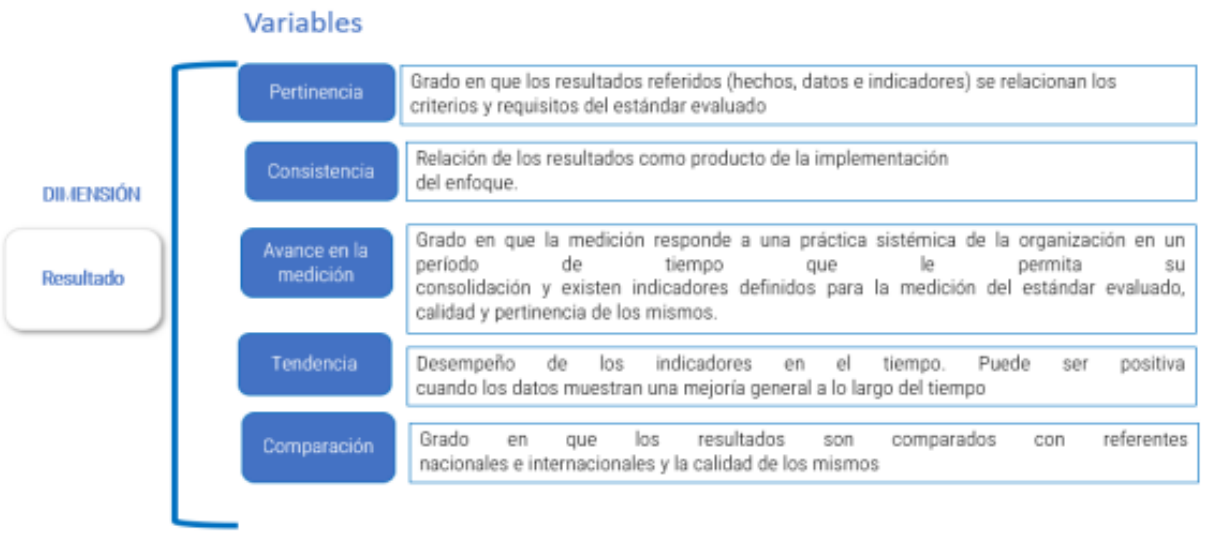
VIGILADO Supersalud




VIGILADO Supersalud



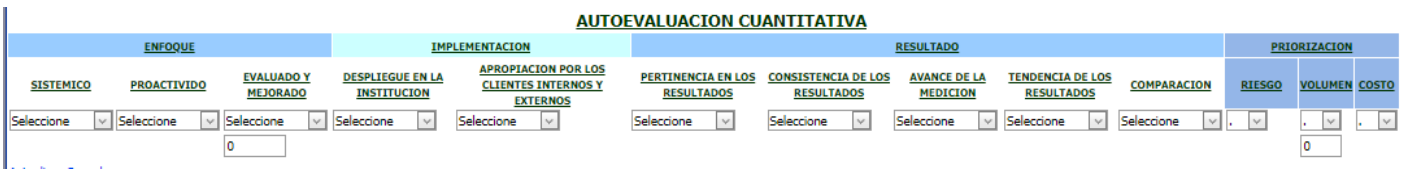

VIGILADO Supersalud

| VARIABLES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | ENFOQUE | | |
| SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD | El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico. | Comienzo de un enfoque sistémico para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunos servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado. | El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos claves. | El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico. | El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico. |
| PROACTIVIDAD | Los enfoques son principalmente reactivos. La información presentada es anecdótica y desarticulada. | Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo. | Enfoque principalmente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente. | El enfoque es principalmente proactivo y preventivos en todos los procesos y se evidencian resultados parciales de la gestión del riesgo. | El enfoque es proactivo y preventivo en todas los procesos. Hay evidencia de la gestión del riesgo. |
| CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO | La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos). | La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados. | El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre procesos claves que abarcan la mayoría de productos y servicios. | Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección. | Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento. |

VIGILADO Supersalud

| VARIABLES | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| **IMPLEMENTACION** | | | | | |
| **DESPLIEGUE EN LA INSTITUCIÓN** | El enfoque se ha implementado en algunos servicios o procesos pero se refleja su debilidad. | La implementación del enfoque se da en algunos procesos o servicios operativo principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes. | La implementación está más avanzada en servicios o procesos claves y no existen grandes brechas con respecto a otros Servicios o procesos. | Existe un enfoque bien desplegado en todos los procesos o servicios, con brechas no significativas en aquellos de soporte. | La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevos servicios o procesos de forma integral y responde al enfoque definido en todas los servicios o procesos claves. |
| **APROPIACIÓN POR EL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO** | El enfoque no lo apropian los clientes. | Hay evidencias de apropiación a unos pocos clientes internos y externos pero éste no es consistente | Hay evidencias de apropiación parcial del enfoque en los principales clientes con un grado mínimo de consistencia | El enfoque lo apropian la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente. | El enfoque está apropiado en la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente. |
| **RESULTADOS** | | | | | |
| **PERTINENCIA** | Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar. | Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar. | Los datos presentados se refieren al desempeño de algunos servicios o procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados. | La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el servicio o proceso, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas. | Todos los resultados se relacionan con el servicio o proceso o el punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas. |
| **CONSISTENCIA** | Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque. | Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque. | Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento. | La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento. | Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento. |
| **AVANCE DE LA MEDICIÓN** | No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición. | Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición. | Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunos procesos claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. | Existen procesos sistemicos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de éxito solicitados en el estándar. | Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos. |
| **TENDENCIA** | El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables. | Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información. | Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado. | La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de los procesos claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente. | Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo. |
| **COMPARACIÓN** | No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores. | Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas. | Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar. | Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de servicios o procesos, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar. | Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación. |

El resultado del proceso de autoevaluación se registra en la plataforma SIGES, en el módulo de autoevaluación cuantitativa; herramienta que permite ingresar la valoración obtenida en las tres dimensiones (Enfoque, Implementación y Resultado).



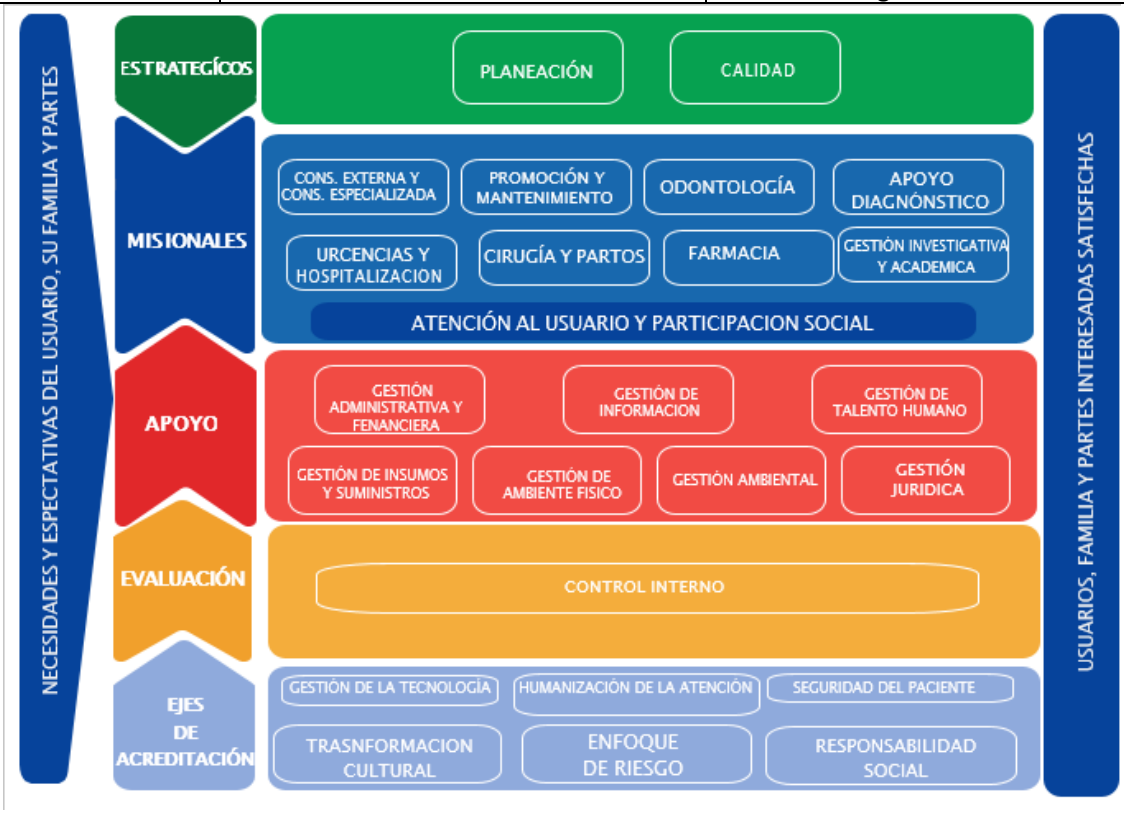

### 5.3 Selección de Procesos a Mejorar

En esta fase se realiza la identificación de las oportunidades de mejora de la autoevaluación confrontadas con los diferentes procesos y en la selección de procesos a mejorar, se correlaciona entre los grupos de estándares de acreditación con el Mapa de Procesos Institucional de la Red de Salud Ladera ESE como se detalla continuación:

| | |
|---|---|
| 1. PACAS | Misionales |
| 2. DIRECCIONAMIENTO | Estratégico |
| 3. GERENCIA | Estratégico |
| 4. GERENCIA DEL TALENTO HUMANO | gestión de Talento Humano |
| 5. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN | Gestión de Información |
| 6. GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO | Gestión de Ambiente Físico |
| 7. GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA | Gestión de insumos y Suministros |
| 8. MEJORAMIENTO | Calidad |

Con el ejercicio realizado de correlación de grupo de estándares con el mapa de procesos institucional y las oportunidades de mejora definidas en la fase de autoevaluación, se realiza la selección de los procesos a mejorar en los estándares asistenciales que son aquellos que generan mayor impacto, además por estar en proceso de acreditación es necesario fortalecer el desarrollo de los ejes transversales de seguridad en la atención y la humanización en el servicio.

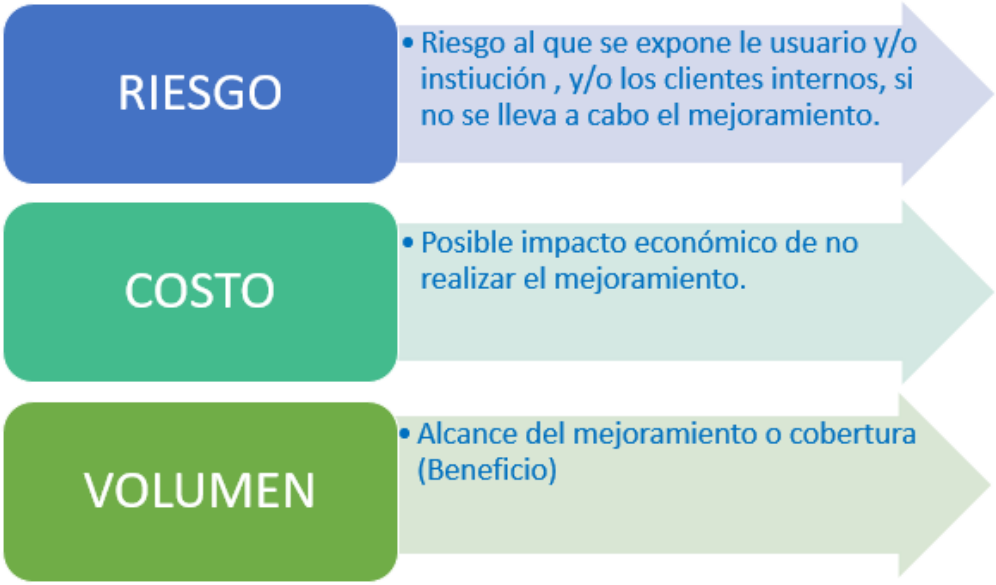
VIGILADO Supersalud




## 5.4 Priorización de oportunidades de mejora

Para este paso de la ruta crítica se califica cada oportunidad de mejora utilizando la herramienta de priorización: Riesgo, Costo, Volumen, las cuales se aplican así:

VIGILADO Supersalud




Cada variable se califica en una escala del 1 al 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor. Se pueden obtener varias oportunidades de mejora para un estándar evaluado, es por eso que existe la posibilidad de no priorizar el estándar por completo y se prioriza con un valor para cada una de las oportunidades de mejora.

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

Para asignarle el valor a cada una de las oportunidades de mejora se califica cada

VIGILADO Supersalud

variable (Riesgo, Costo y volumen) con uno de los números de la escala y son multiplicados entre sí, obteniendo de esta manera la calificación global para la priorización y se interpretan de acuerdo con el siguiente mapa de calor:




Esto indica que las oportunidades de mejora en las que se da una priorización alta son las que obtienen una calificación mayor o igual a 45, priorización media se asigna a las oportunidades de mejora que obtiene calificaciones entre 25 a 44 y las oportunidades de mejora con priorización baja serán las calificaciones menores a 24.

### 5.5 OTRAS FUENTES DE MEJORAMIENTO

Los planes de mejoramiento derivados de las otras fuentes serán registrados en la plataforma SIGES junto a los planes de mejoramiento resultantes de la autoevaluación del ciclo en curso.

### 5.5.1 AUDITORÍA INTERNA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La auditoría interna del Sistema de Gestión de la Calidad pretende identificar oportunamente las desviaciones de los estándares, procesos y requisitos aplicables. Para llevar a cabo esta actividad se cuenta con el procedimiento e instructivo general de auditoría que involucra paso a paso el desarrollo de auditoría enmarcado dentro del ciclo PHVA.

En la medida que se adelante un correcto proceso de auditoría, la organización contará con una información veraz que le permitirá formarse un juicio y de la misma manera emitir un diagnóstico, que a su vez posibilitará la detección de las fallas en los distintos servicios, manteniéndose en una dinámica de mejoramiento continuo.

VIGILADO Supersalud

### 5.5.2 AUDITORÍA CLÍNICA

La auditoría clínica como herramienta para el mejoramiento continuo de la atención en salud, permite evaluar y hacer seguimiento al adecuado diligenciamiento de la Historia Clínica y la adherencia a las guías y protocolos de atención clínica.

Se elabora informe de auditoría clínica para socializar oportunidades de mejora identificadas a los líderes y/o coordinadores de servicio, Subgerencia Científica y Jefe de la Oficina de Planeación y Calidad, siendo este un insumo para la ejecución de planes de mejoramiento.

Los resultados de la auditoría clínica y retroalimentación a los líderes y/o coordinadores se socializan en el comité de historias clínicas para la toma de acciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad.

### 5.5.3 PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Programa de Seguridad del Paciente es otra de las fuentes de mejoramiento que contiene los procesos y procedimientos planteados para garantizar la seguridad del paciente en la institución, donde se implementan estrategias de reporte de incidentes o eventos adversos, así como rondas de seguridad del paciente para la identificación de atenciones inseguras y se plantean acciones que permitan mejorar las condiciones de seguridad en la atención de los usuarios; dando como resultado planes de mejoramiento.

### 5.5.4 AUDITORÍAS EXTERNAS

Las aseguradoras, entes de control y ente certificador (ICONTEC) programan anualmente ciclos de auditorías a la Red de Salud de Ladera E.S.E, donde se evalúa el cumplimiento de los requisitos administrativos, financieros, contractuales, normativos y demás aplicables a la institución.

Estas otras fuentes importantes de mejoramiento no tienen un proceso previo de priorización y los hallazgos resultantes de estas son de gestión obligatoria, por lo tanto, todas las acciones derivadas de estas fuentes se deben implementar y cerrar según el tiempo de ejecución definido por el líder del proceso, se registra en el formato dispuesto por el ente auditor externo y se debe realizar el plan de mejoramiento con la metodología PHVA.

De las fuentes de mejoramiento mencionadas anteriormente, pueden resultar tanto

VIGILADO Supersalud

oportunidades de mejora como incumplimientos a requisitos, es decir, no conformidades de diferentes tipos. A continuación, se explica cómo se gestionan las no conformidades y las oportunidades de mejora derivadas de otras fuentes.

**5.5.5 NO CONFORMIDADES:**

El manejo de las no conformidades o incumplimientos de requisitos se realiza a través del formato de la plataforma institucional para el reporte. El registro lo debe diligenciar el Líder, responsable o coordinador del Proceso al cual fue asignada la No Conformidad y enviado al Profesional de Calidad para su revisión, asignación de código y seguimiento.

1. Identificacion del No conforme.

2. Implementación de control inmediato.

3. Registro de la no conformidad en la plataforma.

4. Estudio del caso recopilacion de informacion.

5. Verificación de la efectividad de la acción tomada. Si la acción no fue efectiva, se devuelve al responsable del proceso para que proponga una nueva acción.

6. Identifica y registra oportunidad de mejora en los procesos.

7. Revisa el adecuado diligenciamiento y pertinencia del plan de mejora e incluir en el PAMEC.

**5.5.6 RUTA CRÍTICA**

Se realizan rondas en las ips de manera mensual, abordando a los pacientes con una encuesta, donde se preguntan por diferentes temas que deben ser socializados que por parte del personal de dichas instituciones, cada pregunta cuenta con un porcentaje que arroja una calificación que se tabula al encontrarse una desviación se debe realizar el respectivo plan de mejora al proceso que se encuentre incumpliendo o asociarse a un plan que se venga desarrollando para así fortalecer las actividades ya descritas.

**5.5.7. REFERENCIACIONES COMPARATIVAS**

Las referenciaciones comparativas son actividades que buscan aportar información relevante y útil para la institución en cuanto a la identificación de mejoras en resultados y experiencias para así adoptarlas en los diferentes procesos. Estas actividades

VIGILADO Supersalud

pueden ser visitas bibliográficas a procesos internos y a instituciones acreditadas.

Los resultados de las diferentes visitas , dejan como efecto la identificación de buenas prácticas para adaptar o adoptar en los procesos de la institución.

### 5.5.8. INDICADORES

Se realizan seguimiento a los indicadores de manera trimestral, los indicadores que presenten desviaciones en estos meses, deberán realizar el análisis de causa raíz y como acciones derivadas de este análisis se deben implementar y cerrar según el tiempo de ejecución definido por el líder del proceso, se registra en el formato dispuesto por el ente auditor externo y se debe realizar el plan de mejoramiento con la metodología PHVA

### 5.5.9. RIESGOS

Los resultados de las diferentes visitas , dejan como efecto la identificación de riesgos materializados, los cuales se trabaja el análisis de causa Raíz y como acciones derivadas de este análisis se deben implementar y cerrar según el tiempo de ejecución definido por el líder del proceso, se registra en el formato dispuesto por el ente auditor externo y se debe realizar el plan de mejoramiento con la metodología PHVA

### 5.5.10. AUDITORÍAS A TERCEROS

Cronograma anual de visitas, el cual se desarrolla de parte de los supervisores de los proveedores quienes a través de una visita a campo articulado con calidad, realizan evaluación de las condiciones para la prestación del servicio requerido por la institución, además se realiza evaluación periódica de proveedor, donde se obtiene un resultado para decidir crear o no un plan de mejora el cual se llevará al plan de mejoramiento institucional pamec.

### 5.5.11. MEJORA A LOS PROCESOS

La mejora de procesos se puede identificar en diferentes momentos los cuales permiten a través de equipos de trabajo definir qué condiciones son necesarias para la mejora de proceso o servicio de la institución estos momentos pueden ser rondas de calidad que se aplican a traves de la ruta critica de paciente, visita a ips, mesas de trabajo en comités institucionales o junta directiva y estas acciones de mejora que se identifican se asociaran a un plan institucional o un plan de mejora.

VIGILADO Supersalud

### 5.5.12. MIPG

Es el marco de referencia que permite dirigir, evaluar y controlar la gestión institucional de las organizaciones públicas en términos de calidad e integridad del servicio, con el fin de que entreguen resultados que atiendan y resuelvan las necesidades y problemas, es por eso que a través de la implementación de sus dimensiones se elaboran planes de acción los cuales se realizan seguimiento y sus desviaciones son fuente de mejora para el plan institucional.

### 5.5.13. SG-SST

En la búsqueda de prevenir las lesiones y las enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua, lo cual incluye la política y un plan de trabajo al cual se hace seguimiento desde talento humano, se genera una matriz la cual se controla los riesgos relacionados con los puestos de trabajo y en caso de generar desviaciones se construirán planes de mejora las cuales se llevarán al plan de mejoramiento institucional pamec.

## 5.6 Definición de La Calidad Esperada

Para cada una de las oportunidades de mejora encontradas se define el nivel de calidad esperado a lograr por el proceso, teniendo en cuenta los estándares de acreditación en salud, como referente de calidad.

La metodología empleada parte de la definición del aumento en la calificación de cada uno de las variables propuestas en el enfoque, implementación y resultado, con base a la autoevaluación para cada grupo de estándares; todo ello en cumplimiento a los estándares de acreditación que asegure toda su mejora y se oriente al logro de la acreditación, definiendo criterios los cuales medirán el desempeño de los procesos crítico para garantizar la prestación de los servicios y los indicadores de calidad de la Resolución 0256; que permiten evaluar cómo la institución avanza de manera firme hacia el logro del objetivo del estándar estableciendo las metas que se convertirán en las referencias para alcanzar la calidad esperada.

## 5.7 Medición Inicial del Desempeño de los Procesos

Teniendo en cuenta la planeación, el equipo de autoevaluación realiza la medición inicial del desempeño, para determinar el nivel de conformidad actual del proceso con

VIGILADO Supersalud

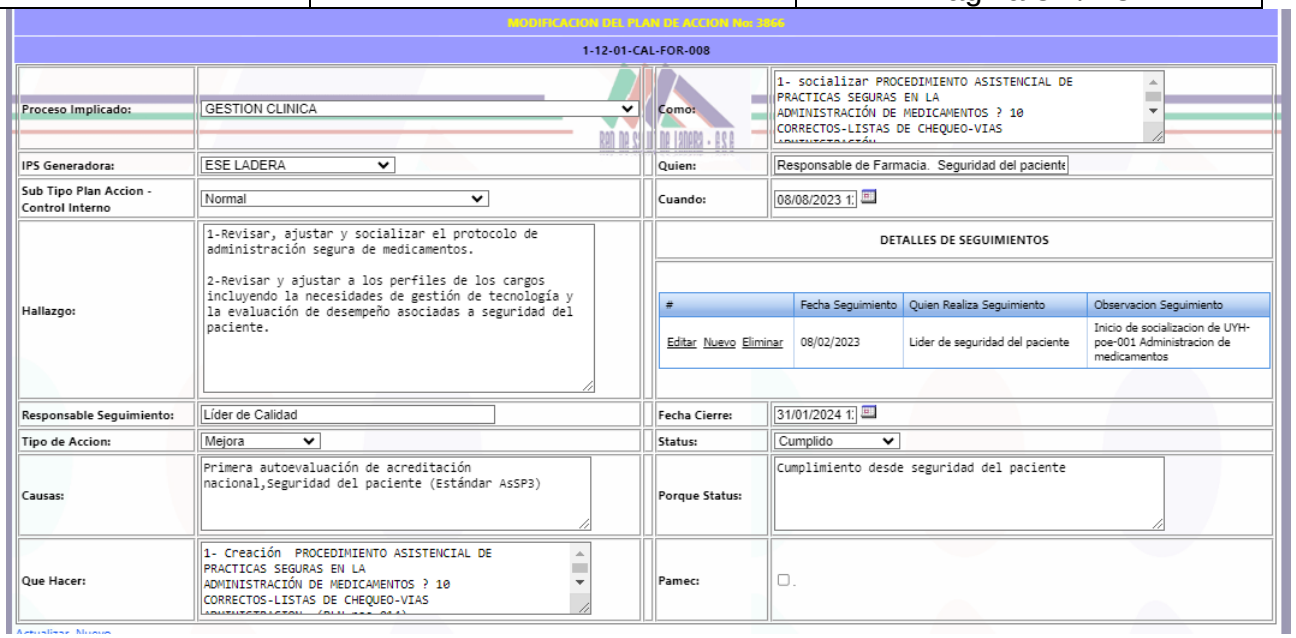
los estándares y determinar posibles brechas para el desempeño u oportunidades de mejora a través de los instrumentos y papeles de trabajo que se usan para la medición del desempeño y consecución de los planes de mejoramiento para adoptar medidas para corregir desviaciones.

Para realizar esta medición se utilizarán los resultados de los indicadores de calidad del año inmediatamente anterior de la Resolución 256, la cual se evaluará el desempeño al inicio y al final de los planes para evidenciar las variaciones, así como los resultados de las autoevaluaciones anteriores de los estándares de acreditación, resultados de auditorías internas de calidad, auditorías externas, resultados de análisis de manifestaciones (PQRSF), riesgos, seguimiento a comités, referenciación, entre otras fuentes.

**5.8 Plan de Acción y/o Plan de Mejoramiento para Procesos Seleccionados.**

La metodología para la formulación de planes de acción y/o planes de mejoramiento con la finalidad de cerrar las brechas evidenciadas, con la definición de las acciones preventivas, coyunturales y de seguimiento. Estas son construidas en el Sistema Integrado de Gestión – SIGES, herramienta implementada por la red, en la cual se registran adicionalmente los seguimientos frente a las actividades propuestas. Los planes son formulados según el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad, Planear, Hacer,Verificar y Actuar, completando los siguientes campos:

VIGILADO Supersalud



MODIFICACION DEL PLAN DE ACCION No: 3846

1-12-01-CAL-FOR-008

| | | | |
|---|---|---|---|
| Proceso Implicado: | GESTION CLINICA | Como: | 1- socializar PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE PRACTICAS SEGURAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ? 10 CORRECTOS-LISTAS DE CHEQUEO-VIAS |
| IPS Generadora: | ESE LADERA | Quien: | Responsable de Farmacia. Seguridad del paciente |
| Sub Tipo Plan Accion - Control Interno | Normal | Cuando: | 08/08/2023 1: |
| Hallazgo: | 1-Revisar, ajustar y socializar el protocolo de administración segura de medicamentos.<br><br>2-Revisar y ajustar a los perfiles de los cargos incluyendo la necesidades de gestión de tecnología y la evaluación de desempeño asociadas a seguridad del paciente. | DETALLES DE SEGUIMIENTOS | |
| Responsable Seguimiento: | Líder de Calidad | Fecha Cierre: | 31/01/2024 1: |
| Tipo de Accion: | Mejora | Status: | Cumplido |
| Causas: | Primera autoevaluación de acreditación nacional,Seguridad del paciente (Estándar AsSP3) | Porque Status: | Cumplimiento desde seguridad del paciente |
| Que Hacer: | 1- Creación PROCEDIMIENTO ASISTENCIAL DE PRACTICAS SEGURAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ? 10 CORRECTOS-LISTAS DE CHEQUEO-VIAS | Pamec: | |

| # | Fecha Seguimiento | Quien Realiza Seguimiento | Observacion Seguimiento |
|---|---|---|---|
| Editar Nuevo Eliminar | 08/02/2023 | Lider de seguridad del paciente | Inicio de socializacion de UYH-poe-001 Administracion de medicamentos |

- **Plan de acción:** Se define un código para el plan.
- **Proceso implicado:** Se identifica en el modelo de operación por procesos de la institución, y se asigna cuál de ellos es responsable de que la acción se cumpla.
- **Fuente:** Se registra de donde se está generando la oportunidad de mejora.
- **Sede:** Se selecciona la Ips en la cual se implementaran las acciones de mejora, donde se pueden seleccionar todas o varias.
- **Estándar:** Escribir el código de estándar al que corresponde la oportunidad de mejora según el manual de acreditación.
- **Hallazgo:** Se escribe la oportunidad de mejora que se ha calificado con una prioridad alta.
- **Responsable de seguimiento:** Se registra el cargo de quien estará realizando el seguimiento a lo planeado.
- **Tipo de Acción:** Se definen las acciones de mejoramiento que den cumplimiento a la oportunidad de mejora, estas son enmarcadas bajo el ciclo PHVA obteniendo así un plan para cada una de las oportunidades de mejora priorizadas. (Mejora, Correctiva, Preventiva o no conformidad)
- **Causas:** Análisis para identificar las causas
- **Qué hacer (PHVA):** Hace referencia a la redacción de las actividades a desarrollar de acuerdo al ciclo PHVA para dar respuesta a la oportunidad de mejora.

VIGILADO Supersalud

- **Como:** Aquí se redacta la forma en la cual se llevará a cabo la acción. De qué forma se va hacer, cuáles procedimientos se van a aplicar, cómo se pretende conseguir el objetivo. Un «cómo» puede ser por ejemplo el desglose de actividades del «qué».
- **Quien:** Para cada acción de mejora se identifica el cargo de la persona responsable de ejecutar la acción.
- **Cuándo:** Es la fecha en el que se va a ejecutar el plan de acción de la institución se verán impactados con la implementación del plan de mejoramiento.
- **Indicador Para Impactar:** Se identifica que indicador del sistema de información se va a impactar con la oportunidad de mejora.
- **Recursos:** Corresponde a los recursos humanos, tecnológicos, financieros, tiempo,entre otros; los cuales son necesarios para lograr cumplir con las acciones descritas en el plan de mejoramiento.
- **Barreras de mejoramiento:** Son factores que se deben prever y controlar para no entorpecer el cumplimiento del plan de mejora y no son excusas que expliquen el no cumplimiento de los planes. Las barreras se definen por oportunidad de mejora, para un grupo de oportunidades de mejora o para todo el plan.
- **Fecha de seguimiento:** Se registra la fecha en que se registra la evidencia.
- **Quien realiza seguimiento**: Donde se menciona que el equipo de calidad realizará el seguimiento al cumplimiento de acciones.
- **Observaciones seguimiento:** Se registran los avances alcanzados frente a la propuesta del PHVA.
- **Status:** Se describe si las acciones se encuentran en proceso, Cumplido, Gestión no válida o atrasado.
- **Fecha de cierre:** Fecha en la que se realiza el cierre del plan de acción.
- **Porque Status:** Se describe la justificación de porque se deja dicha clasificación del status.
- **Impacto de acciones de mejora sobre el usuario y familia:** Se describe que se ha logrado impactar para la atención al usuario y familia con el cierre del plan de mejora.
- **Aprendizaje Organizacional:** Se registra que se hizo creando documentos o estandarizando procesos para conocer el aprendizaje organizacional.

### 5.9 Ejecución y Seguimiento de los planes de mejoramiento.

Los planes de acción de mejoramiento son ejecutadas por los responsables asignados,

VIGILADO Supersalud

de acuerdo con las fechas establecidas en el plan de mejoramiento. Cada responsable debe cargar las evidencias de la ejecución de las acciones y reportarlas al profesional de calidad para su registro y seguimiento en la plataforma SIGES, donde se van a manejar los siguientes status: “En proceso”, “cumplido” , “Atrasado”.

El equipo de Mejoramiento institucional se encargará de identificar y garantizar la gestión de los recursos necesarios para la correcta implementación de las acciones planteadas, así como de trimestralmente revisar en comité el avance en los planes de mejora institucionales por todas sus fuentes, identificar barreras y plantear estrategias para el cierre.

El profesional de calidad adicionalmente será el encargado de dar cierre a los planes de mejora, indicando: fecha, status y porque status, donde se registrará la eficacia de las acciones.

***Nota:*** los seguimientos siempre dejarán constancia de la fecha de la revisión y los comentarios que soportan el estado de las actividades, donde sea claramente identificable los pendientes para lograr el cierre de la actividad.

**5.8 Evaluación del mejoramiento:**

Para la evaluación del mejoramiento frente a estándares de Acreditación se puede realizar de las siguientes formas:

- Cada tres meses, se realiza la reunión del comité de Mejoramiento Institucional, conformado por los líderes de todos los equipos de autoevaluación. Durante las reuniones se realizará seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, que integra todos los planes de acción de los grupos de estándares. Además, se evalúan las barreras para la ejecución de los planes y se definen compromisos para las siguientes reuniones.

  Para las demás fuentes de mejoramiento se debe enviar por parte del responsable de la ejecución de la acción de mejora, las evidencias que den cierre a lo planteado y desde la oficina de planeación y calidad se realiza el seguimiento al cumplimiento de esta información de forma programada, enviando correos recordatorios para envío de evidencias, los avances trimestrales. En caso de tener actividades pendientes se construyen planes de choque para el cierre de acciones de mejora por fuera de tiempo y/o alcance y al final del año se reportará en el indicador con el consolidado del PAMEC.

VIGILADO Supersalud

- Análisis de los resultados de los indicadores impactados con los planes de mejoramiento, haciendo un comparativo de sus resultados antes y después de la mejora.

**5.9 Aprendizaje Institucional.**

Dando cumplimiento de los pasos de la ruta crítica, se realiza el aprendizaje organizacional en donde las acciones más concluyentes contribuyan a disminuir la brecha entre la calidad esperada frente a la calidad observada.

El personal es comunicado de los resultados del mejoramiento derivado de los planes, esta divulgación se realiza a través de los equipos de segundo nivel. Al cierre de cada ciclo de mejoramiento los equipos de autoevaluación consolida los logros obtenidos durante el desarrollo de ciclo y se comunican en las reuniones con los equipos primarios de mejoramiento para desplegar la información a cada una de las áreas y procesos.

Se socializa a la junta directiva el resultado del PAMEC y del aprendizaje organizacional al cierre de la vigencia, se publica en página web y en píldoras de calidad para todo el personal, con la finalidad de que sea conocida por todas las partes interesadas.

Al final de cada ciclo se deberá realizar por parte del responsable de PAMEC un informe con el aprendizaje organizacional, el cual deberá ser socializado con los equipos de acreditación, incluyendo: lecciones aprendidas, gestión de las barreras de mejoramiento, el monitoreo de indicadores trazadores por cada eje de acreditación las cuales deben estar en satisfactorio desde la implementación de los planes de acción y ejecución de las acciones de mejora. Esta información será consolidada y reportada en el mes de febrero a la Superintendencia Nacional de Salud en cumplimiento de la Circular Externa 012 de 2016.

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Profesional de Calidad | Jefe de Planeación | Gerente |

VIGILADO Supersalud

| REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **REVISIÓN No.** | **FECHA** | **PÁGINAS** | **SOLICITANTE** | **OBSERVACIONES** |
| 0 | 10/03/2020 | Todas | Profesional de Calidad | Creación de documento |
| 1 | 11/03/2021 | Todas | Profesional de Calidad | Actualización de documento |
| 2 | 16/03/2022 | Todas | Profesional de Calidad | Actualización de documento |
| 3 | 14/07/2023 | Todas | Profesional de Calidad | Actualización de documento |
| 4 | 14/03/2024 | Todas | Profesional de Calidad | Actualización de documento |

VIGILADO Supersalud