

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	1 de 17

1. OBJETIVO

Definir la metodología institucional para la mejora continua, estableciendo los lineamientos para realizar el análisis de datos y plantear las acciones preventivas, correctivas y de mejora del Hospital Universitario San José de Popayán.

2. ALCANCE

Desde: El análisis de datos

Hasta: El seguimiento y cierre de los planes de acción.

3. RESPONSABLE

- Líderes de calidad de proceso y coordinadores
- Equipos de autoevaluación de estándares
- Equipo de mejoramiento institucional
- Profesional de calidad referente del Plan Único de Mejoramiento

4. NORMATIVIDAD VIGENTE

N°	NORMA	EXPEDIDA POR	DESCRIPCIÓN
1	Ley 100 de 1993	Congreso de la República de Colombia	Por el cual se establece el Sistema general de seguridad Social Integral en Salud.
2	Resolución 3100 de 2019	Ministerio de salud y protección social	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
3	Resolución 5095 de 2018	Ministerio de salud y protección social	Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud
4	Resolución 256 de 2016	Ministerio de salud y protección social	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.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	2 de 17

5. DEFINICIONES

Acción correctiva: Es la acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada o alguna otra situación actual indeseable, para evitar que se repita (Algo que ya sucedió).

Acción de mejora: Acción tomada para agregar valor a una actividad o aspecto que no presenta problemas pero que puede ser modificado logrando con ello beneficios.

Acción preventiva: Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable (Algo que no ha sucedido).

Análisis de datos: La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia de la gestión institucional y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua.

Corrección: Acción inmediata emprendida para eliminar una no conformidad detectada, en el momento en que ocurre, no asegura que se elimine la probabilidad de que se vuelva a presentar el problema.

Fuentes de mejora institucional: Son las fuentes de datos que permiten identificar la necesidad de implementar planes de acción institucionales, es decir las fuentes que nos permiten ver el impacto de las actividades desarrolladas traducidas en resultados que impacten a los usuarios y sus familias.

Mejora continua: El objetivo de la mejora continua de la calidad es incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas.

No conforme: incumplimiento de un requisito. Puede ser una desviación frente a los requisitos legales o a los estándares, prácticas o procedimientos pertinentes a los sistemas de gestión implementados.

6. POBLACIÓN OBJETO

Aplica a todos los procesos del Hospital Universitario San José E.S.E. que presenten alguna oportunidad de mejora que requiera control dentro de la institución. Involucra a todo el personal que identifique, registre y gestione dichas oportunidades, asegurando la trazabilidad, oportunidad, calidad y seguridad en su tratamiento, con el fin de contribuir al fortalecimiento del sistema de gestión institucional.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	3 de 17

7. CONDICIONES GENERALES

7.1. Identificación del hallazgo u oportunidad de mejora

El proceso inicia con la identificación del hallazgo o la oportunidad de mejora, a partir del análisis de la información institucional. Se deben considerar las diferentes fuentes que alimentan la mejora continua, tales como auditorías internas y externas, quejas repetitivas por una misma causa, resultados de indicadores, grado de satisfacción del cliente, eventos o incidentes adversos, seguimientos a procesos, rondas de verificación, inspecciones, autoevaluaciones institucionales (SUH, SUA), comités, ideas de mejoramiento, referenciación y resultados del PAP.

La identificación puede ser realizada por cualquier colaborador o por los responsables de los procesos que detecten incumplimientos o aspectos susceptibles de mejora.

El Hospital Universitario San José de Popayán ESE definió como fuentes de mejora institucional:

FUENTE DE MEJORA INSTITUCIONAL	DETALLE DE LA FUENTE
GESTIÓN CLÍNICA	- Autoevaluaciones Sistema Único de Habilitación (SUH) - Sistema Obligatorio Garantía de la Calidad (SOGC) - Autoevaluación Sistema único de Acreditación (SUA). - Seguridad del paciente. ◆ Hemovigilancia ◆ Tecnovigilancia. ◆ Farmacovigilancia. ◆ Vigilancia epidemiológica ➢ Infecciones. ➢ Mortalidad - RIAS (Rutas Integrales de Atención en Salud)
PAP	Plan de Acción por Procesos.
RIESGOS	Administrativos con lo que se asegura el cumplimiento del modelo integrado de planeación y gestión MIPG.
AUDITORIAS	INTERNAS: Calidad y control interno, Banco de Sangre, Buenas Prácticas de Manufactura (BPM), Buenas Prácticas de Elaboración (BPE). EXTERNAS: Visitas de acreditación, auditorías de Empresas Administradoras de Plan de Beneficio (EAPB), entes territoriales de salud, secretaria departamental de salud, Sistemas de gestión certificados: Buenas prácticas de elaboración, buenas prácticas de manufactura, banco de sangre.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	4 de 17

FUENTE DE MEJORA INSTITUCIONAL	DETALLE DE LA FUENTE
GESTIÓN POR PROCESOS	• Resultado de indicadores de proceso • Resultados de la monitorización de a procesos, rondas o auto inspecciones • Análisis de riesgos y los controles o acciones para abordarlos
GESTIÓN POR PROCESOS	• Los procesos de referenciación • La evaluación de terceros y los proveedores críticos. • Las quejas repetitivas en el trimestre presentadas por una misma causa.(Satisfacción del usuario) • Acuerdo de voluntades
Así se permite el control de los hallazgos y se asegura el cierre de las acciones planteadas para subsanarlos.	

7.2. Notificación del hallazgo y oportunidad de mejora

Una vez identificado el hallazgo, se procede a su clasificación y notificación a los líderes de los procesos o de los equipos de autoevaluación. Los hallazgos que requieren seguimiento institucional se registran en el formato g del Sistema de Mejoramiento Institucional, mientras que los hallazgos que requieren seguimiento interno del proceso se registran en el Formato Plan de Mejoramiento Interno.

7.3. Diligenciamiento del formato de plan de acción

El líder de calidad del proceso, junto con los líderes de los equipos de autoevaluación, debe diligenciar el formato de plan de acción correspondiente, identificando la fuente del hallazgo, el observador, el tipo de acción (mejora o corrección) y las acciones propuestas.

Cuando se trate de hallazgos derivados de auditorías externas o entes de control, se utilizará la herramienta definida por la entidad auditora, incorporando la información al consolidado de seguimiento institucional.

7.4. Registro del hallazgo

El hallazgo identificado se debe registrar formalmente, describiendo el problema y la oportunidad de mejora, así como el requisito legal, normativo o de acreditación incumplido. Este registro se realiza en el formato Plan de Acción Individual, una vez se haya realizado el análisis correspondiente.

7.5. Establecimiento de la corrección

Cuando sea posible aplicar una corrección inmediata al hallazgo identificado, esta debe

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	5 de 17

registrarse en el formato establecido Formato Plan de Mejoramiento Interno. La responsabilidad de esta actividad recae en el líder de calidad del proceso.

7.6. Identificación de la causa raíz

El coordinador, junto con el líder de calidad del proceso y los colaboradores involucrados, debe analizar las causas que originaron el hallazgo, utilizando la metodología de los 5 porqués hasta identificar la causa raíz que se describe a continuación.

Se deben considerar factores contributivos relacionados con talento humano, equipos, controles, métodos, recursos, insumos o condiciones ambientales.

7.6.1. Metodología 5 ¿Por qué?

Es una herramienta utilizada para llegar a la causa raíz de un problema. Se basa en una pregunta muy simple: “**¿Por qué ocurrió esto?**”. La idea es repetir esta pregunta varias veces (idealmente cinco, pero pueden ser tres o más) para ir profundizando hasta encontrar el verdadero origen del problema y no quedarnos solo con los síntomas. Esta técnica es muy útil porque no requiere herramientas complicadas, solo un enfoque lógico y una actitud de análisis.

Por ejemplo, si una máquina se detiene, podríamos preguntar:

1. ¿Por qué se detuvo?
R/ Porque se sobrecalentó.
2. ¿Por qué se sobrecalentó?
R/ Porque no se le hizo mantenimiento.
3. ¿Por qué no se le hizo mantenimiento?
R/ Porque no estaba en el plan.

Al llegar a ese tercer o cuarto “por qué”, ya se puede ver que el problema no es solo la máquina, sino una falla en la planificación. Eso permite tomar medidas más efectivas que simplemente reparar el daño.

Es importante destacar que, aunque se llama “5 Porqués”, no siempre es necesario hacer exactamente cinco preguntas. En muchos casos, con tres o cuatro “porqués” es suficiente para encontrar una causa significativa y tomar decisiones. Lo fundamental es que cada respuesta lleve a una pregunta más profunda, ayudando a entender el problema

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	6 de 17

desde su origen y no solo resolverlo superficialmente. Esta metodología se aplica mucho en calidad, seguridad, mantenimiento, y también en situaciones cotidianas para mejorar procesos o prevenir errores; en el hospital, se busca por medio de esta metodología, identificar la causa raíz de las oportunidades de mejora, no conformidades y demás oportunidades significativas diferentes a eventos e incidentes que se presenten, los cuales, deben tener un mínimo de 5 “por qué” para encontrar la causa raíz de lo analizado.

El presente procedimiento no aplica para:

- La gestión de eventos adversos la cual se realiza según la metodología definida en el *PGRSP-01 Programa de seguridad del paciente*
- *AAD-SFO-PD46 2022 Procedimiento de acciones preventivas, correctivas y de mejora*, para el Sistema de Gestión de la Calidad del servicio farmacéutico, central de mezclas y gases medicinales.

7.7. Formulación del plan de acción

Con base en el análisis realizado, se formula el plan de acción utilizando el ciclo PHVA (Planear – Hacer – Verificar – Actuar), definiendo las actividades, responsables, recursos y plazos de ejecución. El plan debe acordarse con todos los actores involucrados y elaborarse en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles a partir de la identificación del hallazgo.

En caso de requerir recursos adicionales, el plan será presentado a la Gerencia para su aprobación.

7.7.1 Ciclo PHVA

El ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar). Es una metodología de mejora continua, utilizada para optimizar procesos y garantizar la calidad en organizaciones. Se basa en un enfoque cíclico que permite planificar objetivos y procesos (Planear), ejecutarlos (Hacer), evaluar los resultados (Verificar) y tomar acciones correctivas o de mejora (Actuar) según los hallazgos, una vez concluido el primer ciclo, con los resultados del Actuar, se vuelven a iniciar el proceso por el planear.

Este modelo es ampliamente aplicado en sistemas de gestión de calidad, salud y seguridad en el trabajo, y gestión ambiental, entre otros. Su carácter repetitivo permite un aprendizaje constante y la adaptación a cambios, promoviendo la eficiencia y la mejora continua en cualquier tipo de organización, en el hospital, se busca por medio de este ciclo una ruta clara, que contribuya al mejoramiento de la institución, aprendizaje continuo y alineación de procesos con las buenas prácticas desarrolladas constantemente.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	7 de 17

7.8 Solicitud de aprobación del plan de acción

Una vez elaborado, el plan de acción se envía al profesional de mejoramiento mediante correo electrónico para su revisión y aprobación. El envío debe incluir la identificación del responsable que reporta la información.

7.9 Revisión y aprobación del plan de acción

El profesional de mejoramiento revisa el plan de acción y determina su procedencia, verificando que cumpla con los criterios de análisis de causa, pertinencia de acciones, plazos realistas, identificación clara de responsables, resultados esperados y generación de evidencias verificables.

Si el plan cumple con los criterios, se aprueba y se le asigna un número consecutivo para su seguimiento. En caso contrario, se emiten observaciones y recomendaciones de ajuste en un plazo máximo de tres (3) días hábiles, las cuales deberán ser atendidas y corregidas por el proceso responsable en un día hábil.

7.10 Implementación del plan de acción

Una vez aprobado, el coordinador junto con el líder de calidad del proceso debe orientar la ejecución de las acciones planificadas, asegurando la eliminación o control de la causa que generó el hallazgo.

7.11 Seguimiento al plan de acción

El líder de calidad realiza seguimiento al cumplimiento de las actividades en las fechas establecidas, consolidando las evidencias de avance y reportándolas al profesional de mejoramiento institucional, conforme a lo estipulado en el plan aprobado.

7.12 Consolidación y evaluación de la eficacia

El profesional de mejoramiento consolida los planes de acción aprobados por los diferentes procesos en el *formato de seguimiento a planes de acción del sistema de mejoramiento institucional* y evalúa la eficacia de las acciones implementadas.

Para determinar la eficacia, se analiza si la acción desarrollada resolvió el hallazgo identificado y si el problema no volvió a presentarse, concluyendo con el cierre del ciclo de mejora.

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	8 de 17

7.13 Consolidación de resultados

De manera continua, el profesional de mejoramiento realiza el seguimiento global del estado de los planes de acción registrados el formato de seguimiento a planes de acción del sistema de mejoramiento institucional, clasificándolos según su avance: no iniciados, en proceso, no eficaces o cerrados de manera efectiva.

7.14 Socialización de resultados

Finalmente, los resultados consolidados de los planes de mejora se presentan en el Comité de Calidad, destacando las acciones ejecutadas y las buenas prácticas implementadas. Esta socialización busca fortalecer el aprendizaje organizacional y promover la replicabilidad de estrategias exitosas en los distintos procesos institucionales.

7.15 Responsables de la mejora

7.15.1 Grupos primarios

En cada servicio se conforman estos grupos para evaluar la gestión del proceso y plantear acciones correctivas, preventivas y de mejora de acuerdo con el análisis de los datos: reportes de incidentes, indicadores, reportes de eventos adversos, reportes de quejas y reclamos, entre otros. En estos grupos se realiza el análisis solo de los no conformes exclusivos del servicio o proceso, es decir no se analizan las no conformidades transversales o que aplican a todos los procesos del hospital (ejemplo lavado de manos, aislamientos) pues éstas se analizan en el equipo de mejoramiento institucional.

7.15.2 Equipos de autoevaluación

Son los grupos encargados de planear, gestionar, monitorizar y mantener los avances en mejoramiento del plan de mejoramiento de cada grupo de estándares, alineados con el mejoramiento continuo institucional. Los equipos son conformados y definidos por la intuición a su necesidad.

7.15.3 Equipo de mejoramiento institucional

Es el equipo que tiene por objetivo planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional en el marco de los estándares 154, 155, 156, 157 y 158 y cumple las siguientes funciones:

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	9 de 17

- a. Apoyar la gestión de mejoramiento Institucional desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas, comités, etc.)
- b. Evaluar el Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad
- c. Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento Institucional
- d. Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento originadas de las diferentes fuentes de mejoramiento.
- e. Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento Institucional, su despliegue y divulgación a la Institución.
- f. Reportar resultados de la gestión al director o Gerente de la Institución.

El equipo de mejoramiento institucional es conformado y definidos a necesidad por la institución

7.16 Mecanismos de comunicación

Se realiza por medio de las reuniones de los equipos de mejoramiento que se establecen durante el año, las cuales se dividen en 3 grupos:

- Reuniones de los equipos primarios (servicios y procesos)
- Reuniones equipo de mejoramiento de segundo nivel (mando medio)
- Reuniones equipo de mejoramiento de tercer nivel (gerencial y directivos)

En estas, se tocan los temas relacionados al mejoramiento institucional, buscando la comunicación, la retroalimentación y el aprendizaje en cada uno de los grupos formados.

7.17 Estrategias de seguimiento y control a los procesos

Los incumplimientos encontrados en las anteriores estrategias de seguimiento y control a los procesos *NO SIEMPRE* requieren elaborar planes de acción puesto que éstas estrategias *SIRVEN PARA GENERAR ALERTAS TEMPRANAS*; es decir dan la oportunidad de *CORREGIR ANTES DE QUE AFECTEN LOS RESULTADOS INSTITUCIONALES*, razón por la cual las acciones tomadas al momento de identificar incumplimientos en estas estrategias son inmediatas (correcciones) y se registran en

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	10 de 17

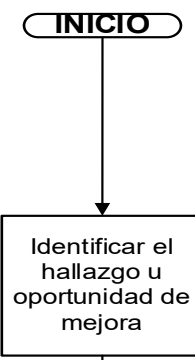
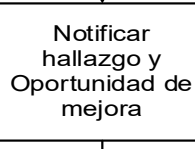
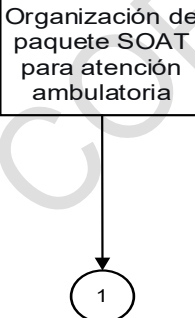
actas de reunión como compromisos al momento en que sean analizadas; sin embargo es en el análisis de la información es donde define si requiere o no la implementación de un plan de acción.

Se realiza:

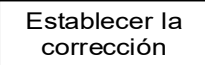
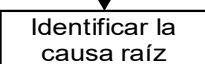
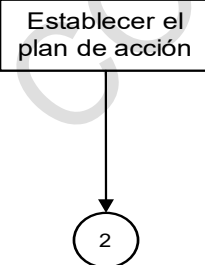
- Rondas de seguridad del paciente
- Rondas de Tecnovigilancia
- Reportes de accidentes laborales
- Listas de chequeo de supervisión (conurrencia, paciente trazador, evaluación adherencia a guías, entre otros)
- Auto inspecciones

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	11 de 17

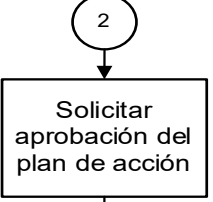
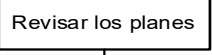
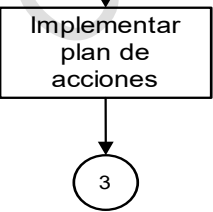
8. DESARROLLO DE ACTIVIDADES

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES					
N°	DIAGRAMA DE FLUJO	COMO SE HACE	QUIEN LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER	DOCUMENTO GENERADO
1		Analizar la información pertinente para la mejora e identificar incumplimientos u oportunidades de mejora Tener en cuenta para el levantamiento de una acción las fuentes de mejora continua institucionales: •Auditorías internas y externas •Quejas repetitivas por una misma causa en un trimestre •Grado de la satisfacción del cliente •Eventos o incidentes adversos •Seguimiento a procesos •Rondas •Inspecciones •Autoevaluaron SUH •Autoevaluación SUA •Resultados de indicadores •Resultado en cuestas de satisfacción •Ideas de mejoramiento •Comités •Referenciación PAP	Coordinador de proceso Auditorías externos Auditorías internos Aseguramiento de la calidad Persona que detecte la oportunidad de mejora	Una vez terminada las auditorías internas y Externas. •Quejas repetitivas por una misma causa en un trimestre •Grado de la satisfacción del cliente •Eventos o incidentes adversos •Seguimiento a procesos •Rondas •Inspecciones •Autoevaluaciones SUH •Autoevaluación SUA •Resultado de indicadores •Resultado encuestas de satisfacción •Ideas de mejoramiento •Comités •Referenciación •Resultados PAP	Informe de auditorías Consolidado PQRSF Consolidado ensutes de satisfacción Master de indicadores Resultados de rondas
2		Clasificar los hallazgos y notificar a los líderes de los procesos y de los equipos de autoevaluación según corresponda los incumplimientos, tendencias y oportunidades de mejora identificados para elaboración de planes. Clasificación de hallazgos: - Hallazgos para reportar al profesional de mejoramiento en el Formato Plan De Acción Individual Del Sistema De Mejoramiento Institucional - Hallazgos que realiza seguimiento dentro del proceso en el <i>formato plan de mejoramiento interno</i>	Profesional de mejoramiento	Una vez identificadas los hallazgos	Formato de Plan de acción Individual Formato Plan de Mejoramiento Interno
3		Diligenciar el formato de plan de acción identificando la fuente del hallazgo, el observador y el tipo de acción a implementar (mejora o corrección), se debe diligenciar según la clasificación, ya se apara reportar a mejoramiento o para realizar el seguimiento interno del proceso NOTA 1: La mejora resultante de las auditorías externas según parte (EAPBS) y de entes de control que definan su propia herramienta para la elaboración del plan de acción, se desarrollara en el formato establecido por ellos y se ingresara la información al consolidado de seguimiento definido por el área de calidad. NOTA 2: Las mejoras llevadas por el FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO, que son aquellas que se clasifiquen como seguimiento interno del proceso, se les realiza la descripción del hallazgo, el análisis de las causas, las acciones de mejora, la descripción de la acción de mejora, el dónde, el cumplimiento, el responsable y el cuándo, liderado por el líder de calidad del proceso.	Coordinador y Líder de calidad del proceso Líderes de equipos de autoevaluación	Una vez se realice el análisis de los hallazgos	Formato de Plan de acción Individual Formato Plan de Mejoramiento interno

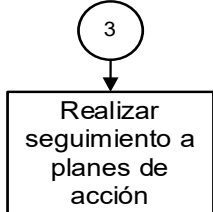
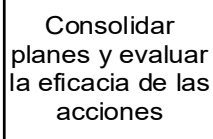
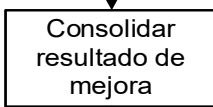
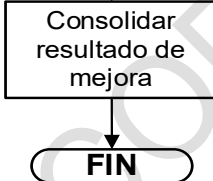
 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	12 de 17

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES					
N°	DIAGRAMA DE FLUJO	COMO SE HACE	QUIEN LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER	DOCUMENTO GENERADO
4		Registrar o transcribir el problema o hallazgo encontrado, describir la oportunidad de mejora a realizar, registrando el requisito legal de la organización (documento o indicador) o del manual de acreditación que se incumple.	Coordinador y Líder de calidad del proceso	Una vez se realice el análisis de los hallazgos	Formato de Plan de acción Individual
5		Registrar la corrección inmediata al hallazgo encontrado si aplica	Coordinador y Líder de calidad del proceso	Una vez se realice el análisis de los hallazgos	Formato de Plan de acción Individual
6		Analizar las causas del incumpliendo hasta encontrar la causa raíz, identificando el factor contributivo que lo ocasiono y utilizando la metodología de los 5 porqués. Factores Contributivos: • Talento humano: (Desconocimiento, inducción, funciones y responsabilidades, compromisos, trabajo en equipo, control) • Equipo: (Mantenimiento, calibración, respuestas, daños, fallas de software) • Controles: (supervisión, mediciones, monitoreo, registros) • Métodos: (Procedimientos obsoletos, mal aplicados, no estandarizados) • Recursos e insumos: (Ausencia, incompletos, insuficientes) • Condiciones ambientales: (Señalización, daños, temperatura, locación, suministro de agua, luz difícil acceso) NOTA 1.: El análisis de causas correspondiente a reportes de incidentes o eventos adversos, se realiza mediante la metodología de protocolo de Londres establecida en el programa de seguridad del paciente. NOTA 2.: El análisis de los 5 porqués debe comenzar con una pregunta relacionada con el hallazgo identificado. A partir de la respuesta obtenida, se formula el siguiente "¿por qué?", y así sucesivamente, utilizando cada respuesta como base para la nueva pregunta, hasta llegar a la causa raíz del problema; para tener un analisis adecuado, se sugiere llegar hasta un tercer ¿por qué?	Coordinador y Líder de calidad del proceso Colaboradores y participantes del proceso	Una vez se realice el análisis de los hallazgos	Formato de Plan de acción Individual
7		Formular el plan de acción basado en el ciclo PHVA definiendo las acciones a desarrollar, el responsable y las fechas límites de implementación, que permitan eliminar la causa raíz o asegurar la mejora, el plan debe ser acordado por todos los actores que se involucren en la mejora. El plan de acción se debe generar en un plano no superior a cinco (5) días hábiles una vez identificada la fuente de mejora. Si el plan requiere de asignación de recursos específicos, se presenta a aprobación de la Gerencia.	Coordinador y Líder de calidad del proceso	El plan de acción se debe generar en un plano no superior a Cinco (5) días hábiles una vez identificada	Formato de Plan de acción Individual

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	13 de 17

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES					
N°	DIAGRAMA DE FLUJO	COMO SE HACE	QUIEN LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER	DOCUMENTO GENERADO
8		Una vez realizado el plan de acción se debe enviar mediante correo electrónico al referente de mejoramiento para su aprobación, diligenciando el nombre de quien reporta al final del formato.	Coordinador y Líder de calidad del proceso	Una vez finalizado el plan de acción y enviado al referente de mejoramiento para revisión.	Formato de Plan de acción Individual
9		Para la aprobación el plan de acción, el referente de mejora analizara la solicitud e identifica si procede o no el plan, teniendo en cuenta los siguientes criterios: •Análisis / Identificación correcta de causa. (aplicación de metodología adecuada) -Protocolo de Londres para eventos e incidentes -5 porque para hallazgos diferentes a los asistenciales. •Que las acciones descritas eliminen la causa del hallazgo detectado •Establecimiento de plazos reales. •Identificación de responsables con cargo (especifico) •Definición de resultado esperado coherente con la meta del plan. •Generación de evidencias reales para verificar la ejecución del plan. Si procede se aprueba el plan y asignara el número consecutivo para identificación y seguimiento del plan de mejora. Si el referente de mejoramiento concluye que el plan de acción no cuenta con los criterios estipulados, no se aprueba y se escribe las recomendaciones para ajustar y mejorar, el referente cuenta con 3 días hábiles para su análisis y respuesta al proceso. Las observaciones derivadas del análisis del plan de acción enviadas por el referente de mejoramiento deberán ser consideradas y corregidas máximo en un (1) día y enviado nuevamente para aprobación.	Profesional de mejoramiento	Si procede se aprueba el plan y asignara el número consecutivo al mismo para su posterior seguimiento y en caso contrario no aprueba y escribe las recomendaciones para ajustar y mejorar el plan de acción en un plazo no mayor a 3 días hábiles	Formato de Plan de acción Individual
10		Una vez aprobado el plan de acción el líder de proceso debe orientar la ejecución del plan de acción establecido, con el personal involucrado, buscando la eliminación de la causa del hallazgo detectado o su control.	Coordinador y Líder de calidad del proceso	Una vez aprobado el plan de acción	Formato de Plan de acción Individual

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	14 de 17

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES					
N°	DIAGRAMA DE FLUJO	COMO SE HACE	QUIEN LO DEBE HACER	CUANDO LO DEBE HACER	DOCUMENTO GENERADO
11		Realizar seguimiento al cumplimiento de actividades planeadas en las fechas establecidas para su ejecución y reportar avances al procesional de mejoramiento por medio de las evidencias que se relaciones con las actividades enmarcadas en el plan.	Coordinador y Líder de calidad del proceso	De acuerdo con fechas establecidas para su ejecución	Formato de Plan de acción Individual
12		Una vez aprobado se consolidan los planes de acción generados por los procesos en el Formato de seguimiento a planes de Acción del sistema de mejoramiento institucional donde se realiza seguimiento y se verifica la eficacia de las acciones de los planes aprobados. Haciendo cierre de ciclos de mejora. Para ello, se debe analizar si la ejecución del plan de acción resolvió el hallazgo identificado y si se evidencia que el problema no vuelve a presentarse. De esta manera, se determina que la acción implementada fue eficaz y logró eliminar el problema desde su causa raíz.	Profesional de mejoramiento	Una vez los planes de acciones sean generados por los diferentes procesos	Formato de seguimiento a planes de acción del sistema de mejoramiento institucional
13		En el Formato de seguimiento a planes de Acción del sistema de mejoramiento institucional se debe realizar seguimiento constante, consolidando el estado de los planes de acción para determinar si: •Se cuenta con planes que NO se han iniciado su ejecución. •Planes con acciones en proceso •Planes NO eficientes. •Planes que se cerraron de manera eficaz.	Profesional de mejoramiento	Una vez los planes de acciones sean generados por los diferentes procesos	Formato de seguimiento a planes de acción del sistema de mejoramiento institucional
14		Una vez consolidados los resultados de los planes de mejora, se socializan en el Comité de Calidad, presentando las acciones implementadas y destacando las mejores prácticas ejecutadas en el marco de dichos planes dentro de la institución. Esto con el fin de fortalecer el aprendizaje organizacional y promoviendo la replicabilidad de estrategias exitosas en otros procesos.	Profesional de mejoramiento	Se socializa en la fecha propuesta para cada comité de calidad, indicando las mejoras practicas ejecutadas en el periodo.	Formato de seguimiento a planes de acción del sistema de mejoramiento institucional

9. ANEXOS

Formato de lista de verificación

Formato plan de mejoramiento interno

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPUYAN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	15 de 17

Formato plan de acción individual del sistema de mejoramiento institucional

Formato de seguimiento a planes de acción del sistema de mejoramiento institucional

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Orientaciones técnicas para la gestión de resultados: monitoreo y calidad*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/orientaciones-tecnicas-gestion-resultados-monitoreo-calidad.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Lineamiento técnico para la implementación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2022–2027 “Salud con Calidad para Todos”*. Recuperado de <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2022/07/PR-PLAN-NACIONAL-DE-MEJORAMIENTO-DE-LA-CALIDAD-EN-SALUD-2022-%E2%80%932027-.pdf>

11. CONTROL DE REGISTROS

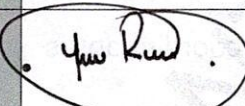
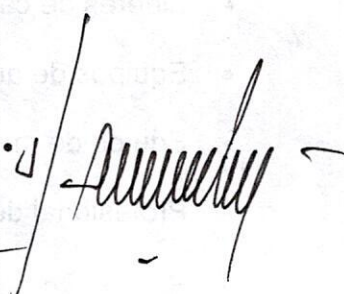
 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPUYAN		Anexo al procedimiento OPL-PD04		OPL-PD04-FO11	
		FORMATO DE CONTROL DE REGISTROS			
			Tiempo de retención		
Nombre registro	Código	Recuperación	Almacenamiento	Conservación	Disposición
Formato de lista de verificación	ACA-PD52-FO01	Aseguramiento de la calidad	Según TRD. Aseguramiento de la calidad	Según TRD. Aseguramiento de la calidad	Según TRD. Aseguramiento de la calidad
Formato plan de mejoramiento interno	ACA-PD52-FO02	Aseguramiento de la calidad	Según TRD. Aseguramiento de la calidad	Según TRD. Aseguramiento de la calidad	Según TRD. Aseguramiento de la calidad
Formato plan de acción individual del sistema de mejoramiento institucional	ACA-PD52-FO03	Aseguramiento de la calidad	Según TRD. Aseguramiento de la calidad	Según TRD. Aseguramiento de la calidad	Según TRD. Aseguramiento de la calidad
Formato de seguimiento a planes de acción del sistema de mejoramiento institucional	ACA-PD52-FO04	Aseguramiento de la calidad	Según TRD. Aseguramiento de la calidad	Según TRD. Aseguramiento de la calidad	Según TRD. Aseguramiento de la calidad

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	16 de 17

12. CONTROL DE CAMBIOS

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO POPAYÁN		Anexo al procedimiento OPL-PD04		OPL-PD04-FO12
FORMATO DE CONTROL DE CAMBIOS				
Código	Versión	Fecha	Descripción del Documento	
ACA-PD52	01	Julio 2023	Creación del documento, deroga al procedimiento DES-CA-PD46	
ACA-PD52	02	Febrero 2023	Actualización tabla de criterios de priorización, y flujograma de desarrollo de actividades	
ACA-PD52	03	Agosto 2023	Nombre del documento, objetivo, alcance, responsables, definiciones, condiciones generales, formato de plan único de mejora, formato de cronograma de seguimiento	
ACA-PD52	04	Noviembre 2023	Se reestructuración el procedimiento, se fortalece la definición de responsabilidades, se incluyen equipos de autoevaluación de estándares, fuentes institucionales de mejora, se implementa el formato de plan de acción por procesos, y se actualiza el formato de seguimiento a planes	
ACA-PD52	05	Noviembre 2025	Actualización de formato institucional vigente Se actualizan anexos: Formato plan de acción individual del sistema de mejoramiento institucional Se anexa: Formato plan de mejoramiento interno	
ACA-PD52	06	Abril 2026	Actualización de fuente de mejora, se incluye ssatisfacción del usuario y acuerdo de voluntades	

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO P.O. BOX 10000 SAN JOSÉ, C.R.	Proceso:	Aseguramiento De La Calidad	Código:	ACA-PD52
	Subproceso:	Aseguramiento de la Calidad	Versión:	06
	Nombre del documento:	Procedimiento Sistema de Mejoramiento Institucional	Página:	17 de 17

Elaboró y/o actualizó	Sammy Dayan Jiménez Martínez	Revisó	Edilsa Yasmin Rosera Yela Karla Karina Onofre de la Cruz	Aprobó	Juan Carlos Arteaga Cifuentes
Cargo	Referente de Mejoramiento Afiliado partcipe Assesalud.OC	Cargo	Coordinadora Aseguramiento de la Calidad Afiliada partcipe Assesalud.OC Profesional especializado procesos prioritarios Afiliada partcipe Assesalud. OC	Cargo	Gerente HUSJ
Firma		Firma	 Karla Karina Onofre	Firma	
Fecha	30 ABR 2026	Fecha	30 ABR 2026	Fecha	30 ABR 2026
CONTROL DOCUMENTAL					
Nombre	Marvin Alexis Malpud Guerrero	Cargo	Profesional Contratista Afiliado partcipe Assesalud. OC	Firma	