


# GUIA PARA ELABORAR PLANES DE MEJORAMIENTO




Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesionales Especializado Apoyo Planeación y calidad SIG	Asesor de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	<b>CODIGO: MC-GI-003</b>
		<b>VERSION: 7</b>
	<b>GUIA PARA ELABORAR PLANES DE MEJORAMIENTO</b>	<b>FECHA: DIC 2024</b>
		<b>Página 2 de 13</b>

## TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVOS .....	3
2. ALCANCE .....	3
3. CAMPO DE APLICACIÓN .....	3
4. ACTUALIZACION.....	3
5. DEFINICIONES .....	3
6. CONTENIDO GENERAL.....	5
7. CONTROL DE CAMBIOS .....	13

<b>Elaboro:</b> Profesionales Especializado Apoyo Planeación y calidad SIG	<b>Reviso:</b> Asesor de Planeación y Calidad	<b>Aprobó:</b> Comité de Gestión y Desempeño
--	--	---

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-GI-003
	GUIA PARA ELABORAR PLANES DE MEJORAMIENTO	VERSION: 7
		FECHA: DIC 2024
		Página 3 de 13

## 1. OBJETIVOS

Establecer la metodología institucional para la identificación, despliegue, registro, apropiación, seguimiento y medición del cumplimiento de los planes de mejoramiento de la ESE Hospital Universitario Erasmo Meoz

## 2. ALCANCE

La metodología inicia con la identificación de fuentes de mejoramiento, cargue en el aplicativo institucional, monitoreo y seguimiento de las acciones de mejora y finaliza con la evaluación de resultado del cumplimiento de acciones de mejora.

## 3. CAMPO DE APLICACIÓN

Esta metodología aplica a todos los procesos de la ESE HUEM

## 4. ACTUALIZACION

La actualización se realizará como mínimo cada dos años o de acuerdo a las necesidades de mejora identificadas a nivel institucional.

## 5. DEFINICIONES

**Plan de mejoramiento:** Conjunto de acciones necesarias (acciones de mejoramiento) para corregir y/o prevenir las causas de las debilidades encontradas en el ejercicio de verificación en los diferentes niveles de auditoría (Auditoría interna, auditoría externa y autocontrol).

**Plan Único de Mejora (PUM):** Integra las acciones de mejoramiento, que la entidad en su conjunto, debe adelantar para fortalecer su desempeño institucional y cumplir con su función, misión, visión y objetivos estratégicos.

**Plan de mejoramiento por proceso:** Integra las acciones de mejoramiento, que a nivel de los procesos, deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento en procura de las metas y resultados que garantizan el cumplimiento de los objetivos de la entidad en su conjunto.

**Plan de acción:** Conjunto de acciones a seguir para el logro de una meta específica en un tiempo determinado.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesionales Especializado Apoyo Planeación y calidad SIG	Asesor de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

**Niveles de auditoría:** Se definen como la clasificación de auditorías realizadas por la institución bajo la integralidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y el Modelo Integrado de Planeación y gestión MIPG. Para la ESE HUEM se establecen 3 niveles de auditoría: el de autocontrol, autogestión y autorregulación.

**Tipos de Auditoria:** La entidad define dos tipos de auditorías Auditoria Interna y auditoria Externa.

**Hallazgos de auditoria:** Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoria.

**Acciones correctivas:** Acciones que atacan la causa de un problema o situación en particular.

**Acciones preventivas:** Acciones que se anticipan a la causa de un problema o situación y buscan eliminar la causa, evitando problemas e identificando riesgos. Cualquier acción que disminuya un riesgo es considerada acción preventiva.

**Fuente de hallazgo:** Fuente de Origen de la necesidad de mejora.

**Observación: Hallazgo** en el cual sí existe un cumplimiento pero que en el futuro puede convertirse en un incumplimiento debido a cómo se está desarrollando una actividad, tarea o proceso concreto. Frente a las observaciones se establecen acciones preventivas.

**Enfoque Sistémico:** Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y que hace una visión de conjunto de la institución; que contempla un ciclo PHVA

**Barreras:** Factores que impiden a la institución avanzar en la implantación de la mejora continua de acuerdo con su planificación

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesionales Especializado Apoyo Planeación y calidad SIG	Asesor de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

## 6. CONTENIDO GENERAL


### 6.1 Planeación del mejoramiento

#### 6.1.1 Identificación de las necesidades de mejoramiento

El proceso organizacional de mejoramiento institucional, está orientado al logro de resultados entorno al modelo de atención institucional, en un enfoque sistémico. Por lo anterior se considera como parte de la primera fase de la gestión de los planes de mejoramiento, la identificación por parte líder del proceso en la fuente de la situación de mejora, para lo cual la ESE HUEM dispone de la siguiente información:

FUENTES DE PLANES DE MEJORAMIENTO			
<b>S</b>	SEGURIDAD	Que el paciente no sufra daño durante la atención	Seguridad del paciente Gestión del riesgo Habilitación Auditoria de Historia Clínica
<b>E</b>	EFICIENCIA	Utilizar la cantidad adecuada de recursos	Auditoria de Control Interno de Gestión  Autodiagnósticos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG  Indicadores Institucionales.  Seguimiento a supervisión de contratos
<b>R</b>	RESPETO	Reconocimiento de la dignidad de todas las personas en cada una de nuestras acciones	Humanización  Evaluación de Adherencia a Guías de Práctica Clínica
<b>M</b>	MANTENER CONFIANZA	Hacer que nuestras acciones permitan a los demás creer en nosotros	Auditorías Externas:  <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Auditoria externa DANE</li> <li>✓ Auditoria Externa SUPERSALUD</li> <li>✓ Auditoria Externa INVIMA</li> <li>✓ Auditoria Externa Procuraduría</li> <li>✓ Auditoria Externa Contraloría</li> </ul>

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesionales Especializado Apoyo Planeación y calidad SIG	Asesor de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	<b>CODIGO: MC-GI-003</b>
		<b>VERSION: 7</b>
	<b>GUIA PARA ELABORAR PLANES DE MEJORAMIENTO</b>	<b>FECHA: DIC 2024</b>
		<b>Página 6 de 13</b>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Auditoria Externa del Instituto Departamental de Salud</li> <li>✓ Auditoria Externa Secretaria de Salud del Municipio</li> <li>✓ Auditoria Externa con las Entidades responsables de pago</li> </ul>
<b>E</b>	ENTORNO	Cuidar el medio ambiente en el actuar institucional	Auditorias de Corporaciones Ambientales
<b>J</b>	JALONAR INNOVACIÓN	Generar nuevas ideas que permitan reflejar el liderazgo y beneficien la atención en salud	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información Gestión de tecnología
<b>O</b>	ORIENTADO AL LOGRO	Conocer y aportar el éxito de los logros organizacionales	Informe de autoevaluación (Acreditación) Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) Comités Institucionales Equipos Primarios de Mejoramiento
<b>R</b>	RECONOCER NECESIDADES	Emprender acciones teniendo en cuenta la realidad de los otros	Resultados de encuestas institucionales Peticiónes, quejas, reclamos, sugerencias

Como segunda fase, el líder del proceso deberá tipificar la situación de mejora en dos condiciones:

- Oportunidad de mejora
- Hallazgo

En la identificación de acciones de mejora se debe realizar análisis previo con el objetivo de concertar con las partes involucradas una solución idónea que permita cerrar la brecha de calidad identificada.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesionales Especializado Apoyo Planeación y calidad SIG	Asesor de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

**6.1.2 Despliegue y registro de planes de mejoramiento:** Es preciso para el buen desarrollo de éste aspecto realizar las siguientes claridades:

- Los hallazgos de la auditoria interna y externa indican no conformidades (Incumplimiento de un requisito o criterio), observaciones (debilidad de una actividad que puede generar un riesgo a futuro) o una conformidad del sistema (cumplimiento de requisitos)
- Los hallazgos de la auditoria pueden conducir a la identificación de oportunidades para la mejora o el registro de buenas prácticas.
- Una oportunidad de mejora se determina bajo criterios de objetividad que permitan optimizar una actividad, reducir costos, evitar re procesos, agilizar una actividad o sistematizar una tarea.


✚ Para el registro de planes de mejoramiento se procede de la siguiente manera:

- Una vez definidas las necesidades de mejoramiento, en las fuentes mencionadas anteriormente, se procede a la notificación despliegue de los hallazgos en la instancia correspondiente (líder, coordinador, comité, reunión de servicio, entre otros).
- Los líderes y/o coordinadores de procesos, como responsables del mejoramiento institucional, identificarán los hallazgos correspondientes a sus procesos, para:
  - Realizar análisis causal de las no conformidades (utilizando la metodología de lluvia de ideas, 5 porque y/o causa-efecto)
  - Identificar en los hallazgos positivos, posibles oportunidades de mejora.
  - Convocar al equipo de trabajo en caso de requerirse para la toma de decisiones idónea que permita fortalecer la acción de mejora
  - Definir los alcances y productos de la acción de mejora con su respectivo indicador si aplica
  - Determinar la fecha máxima de cumplimiento sujeto de evaluación o cierre de la brecha de calidad
  - Organizar la información y registrar en el aplicativo institucional.

✚ Para el registro de planes de mejoramiento se procederá teniendo en cuenta el Instructivo para el diligenciamiento de planes de mejoramiento MC-IN-001, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Identifique el objetivo o meta a lograr
- Desagregue en acciones secuenciales el logro de la meta propuesta

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesionales Especializado Apoyo Planeación y calidad SIG	Asesor de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-GI-003
	GUIA PARA ELABORAR PLANES DE MEJORAMIENTO	VERSION: 7
		FECHA: DIC 2024
		Página 8 de 13

- Identifique el responsable de la acción planteada
- Fije la fecha máxima de cumplimiento de la acción de acuerdo a lo pactado con el responsable de la acción
- Socialice y realice seguimiento permanente al plan definido

Nota: Al Plan Único de Mejora NO se deberán subir acciones que reflejen tareas o actividades simples que no generen impacto en el logro de los objetivos estratégicos


### 6.1.3 Apropriación de planes de mejoramiento

La consolidación de planes de mejora definidos en plataforma, y derivados de las diferentes fuentes, conforman el plan de mejoramiento institucional. Los planes de mejoramiento por procesos serán identificados dentro del plan de mejora institucional denominado PUM

La gestión y apropiación de dichos planes se trabajará en tres frentes:

- Auto controladas por los dueños de los procesos, secretarios de EAES, EPM y Comités quienes tendrán acceso para el registro del avance y/o seguimiento en plataforma institucional y cierre de la oportunidad de mejora definida en tres estados:
  - Cumplida
  - En desarrollo
  - Pendiente
- Reguladas por los responsables de Auditorías internas por parte de la Oficina de Planeación y calidad y Control interno de gestión, según cronograma e intencionalidad de la auditoría.
- Gestionadas de acuerdo al Seguimiento del avance en cada uno de los equipos primarios de mejoramiento y comités institucionales definidos por proceso y/o servicio, para lograr compromiso por parte del equipo.

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesionales Especializado Apoyo Planeación y calidad SIG	Asesor de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-GI-003
	GUIA PARA ELABORAR PLANES DE MEJORAMIENTO	VERSION: 7
		FECHA: DIC 2024
		Página 9 de 13

#### 6.1.4 Medición del cumplimiento de planes de mejoramiento

Los dueños de cada proceso promoverán y evaluarán el registro de acciones de seguimiento en plataforma institucional, buscando obtener un resultado que permita cumplir con la oportunidad de mejora propuesta.

Lo anterior será evaluado en el Equipo Primario de mejoramiento del proceso de Mejoramiento de la Calidad mediante el indicador:

- + Cumplimiento de acciones de mejora, el cual tiene la siguiente definición:

Numerador: Número de acciones de mejora en estado cumplido

Denominador: Número total de acciones de mejora

Los indicadores serán presentados en los niveles de desagregación que sean relevantes (Por fuente, por proceso, por estado de cumplimiento, entre otros)

*Cada oportunidad de mejora se considerará cumplida solamente cuando todas las acciones que de ella se deriven estén cumplidas*

- + Cumplimiento de acciones de mejora en el tiempo establecido:

Numerador: Número de acciones de mejora cumplidas en el tiempo establecido

Denominador: Número total de acciones de mejora cumplidas

*El indicador será acumulable permitiendo reflejan el avance frente a las acciones atrasadas.*

**6.1.5 Comunicación de resultados de mejoramiento:** Si durante el seguimiento y apropiación y en el desarrollo del equipo primario, se identifica que la implementación de la oportunidad y el desarrollo de sus acciones ha generado fortalecimiento notorio de la calidad, se identifica como aprendizaje organizacional y se presenta en el Equipo de Mejoramiento Institucional para dar paso a su estandarización y medición de logros por procesos. Adicional a lo anterior se identificarán los canales apropiados para divulgación de dicho logro como elaboración de piezas gráficas, banner informativos y/o publicación en medios establecidos en el PECOS.

<b>Elaboro:</b>	<b>Revisó:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesionales Especializado Apoyo Planeación y calidad SIG	Asesor de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

## 6.2 Contenido de formato institucional de planes

A continuación se describe la forma como se deben diligenciar las casillas del formato Plan institucional:

**PROCESO:** Identificación del proceso al cual se asigna la acción de mejoramiento. El proceso se elige acorde con el mapa de procesos institucional.

**ESTANDAR DEL PROCESO:** Si la identificación de la fuente de hallazgo es producto de Acreditación se deberá registrar de manera textual conforme al manual de acreditación vigente.

Ejemplo: Fuente de hallazgo Grupo de estándares Asistenciales.

Estándar del Proceso: Estándar 1. Código: (AsDP1)

**FUENTE DE HALLAZGO:** Se elige la fuente a través de la cual se identificó el hallazgo (ver numeral 6.1 de éste documento)

**EJE DE ACREDITACIÓN:** Se elige a cual eje de acreditación impactaría la acción al cerrar la brecha de calidad detectada.

**FECHA DEL HALLAZGO:** Registro de la fecha en la cual se detectó el hallazgo

**DESCRIPCION DEL HALLAZGO:** Describe de manera textual el hallazgo identificado de las diferentes fuentes de hallazgos

### Metodología 5W


#### Qué?

**ACCIONES DE MEJORAMIENTO:** Descripción clara de la oportunidad de mejora con su respectiva acción (es), que elimina la causa que origina el hallazgo. El logro de las acciones de mejora, permiten el cumplimiento total de las oportunidades de mejora

#### Cumplimiento?

**INDICADOR DE LA ACCION DE MEJORA:** Descripción de medición objetivo de la oportunidad de mejora

Elaboro:	Reviso:	Aprobó:
Profesionales Especializado Apoyo Planeación y calidad SIG	Asesor de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-GI-003
		VERSION: 7
	GUIA PARA ELABORAR PLANES DE MEJORAMIENTO	FECHA: DIC 2024
		Página 11 de 13

**META DE LA ACCIÓN:** Identificación del producto o alcance de la meta establecida

Quién?

**AREA O SERVICIO RESPONSABLE:** identificación del servicio o proceso responsable de la acción

**RESPONSABLE:** Identifica el cargo de la persona o nombre que va a desarrollar la acción descrita

**CORREO DE RESPONSABLE:** Correo de la persona responsable de la acción. Tiene especial importancia dado que a través de éste se hace notificación de la acción al responsable.

**FECHA DE FORMULACIÓN DE LA ACCIÓN:** Fecha en que se determinó la acción de mejora.

**FECHA MÁXIMA DE CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN:** Fecha límite en la cual la acción ya debe estar en estado “cumplida”

**REQUIERE ALGUN RECURSO:** Permite identificar desde la fase de planeación de la acción de mejora los posibles riesgos u obstáculos de su correcta implementación.


### 6.3. Identificación de Barreras de mejoramiento

Cuando la acción de mejora estipulada en el PUM no se encuentre cumplida en las fechas establecidas, el líder del proceso, en el registro de seguimiento deberá identificar la barrera que impide el cierre de la brecha de calidad establecida.

Las barreras de mejoramiento institucional son:

- ✓ Falta de Disponibilidad de tiempo
- ✓ Insuficiencia de Talento Humano
- ✓ Falta de compromiso del Talento Humano
- ✓ Requiere mayor valor de recursos al presupuestado
- ✓ Rotación del personal
- ✓ Desconocimiento técnico
- ✓ Deficiencia en comunicación
- ✓ Falta de Equipo de trabajo
- ✓ Cambio de Tecnología

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesionales Especializado Apoyo Planeación y calidad SIG	Asesor de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	CODIGO: MC-GI-003
	GUIA PARA ELABORAR PLANES DE MEJORAMIENTO	VERSION: 7
		FECHA: DIC 2024
		Página 12 de 13

- ✓ Cambio de Normatividad
- ✓ Cambio de Infraestructura
- ✓ Falta de apoyo gerencial o del líder Jerárquico
- ✓ Factores Económicos

#### 6.4. Acciones Fallidas


De acuerdo al seguimiento realizado en los indicadores establecidos en el numeral 6.1.4. Se considerará acciones fallidas aquellas cuyo periodo de fecha máxima de cumplimiento supere los 365 días, es decir 1 año.

Para las acciones producto de auditoria de control interno de Gestión, las acciones mencionadas anteriormente solo se trasladaran en la siguiente vigencia de acuerdo al informe de auditoría del siguiente periodo evaluado con un nuevo registro de identificación (ID).

Para las acciones producto de autoevaluación del proceso de acreditación se determinará como acciones fallidas aquellas que superen la fecha del proceso de evaluación del Gerente de acuerdo a la Resolución 408 de 2018. Sin embargo, en el siguiente periodo de autoevaluación estas acciones se deben considerar para determinar la viabilidad del traslado a la siguiente vigencia, ajuste de alcance o modificación parcial o total de la acción identificada inicialmente.

Para las acciones producto de auditorías Externas como las realizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, INVIMA, Contraloría, Instituto Departamental de Salud, secretaria de salud o cualquier ente de vigilancia y control las acciones deberán cerrarse en su totalidad registrando la gestión realizada por la ESE

<b>Elaboro:</b> Profesionales Especializado Apoyo Planeación y calidad SIG	<b>Reviso:</b> Asesor de Planeación y Calidad	<b>Aprobó:</b> Comité de Gestión y Desempeño
---	--	---

	MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD	<b>CODIGO: MC-GI-003</b>
		<b>VERSION: 7</b>
	<b>GUIA PARA ELABORAR PLANES DE MEJORAMIENTO</b>	<b>FECHA: DIC 2024</b>
		<b>Página 13 de 13</b>

<b>7. CONTROL DE CAMBIOS</b>				
<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA</b>	<b>PAGINA</b>	<b>APROBÓ</b>	<b>DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS</b>
1	Febrero de 2011	1-19	Comité de calidad	Versión Original
2	15 de Agosto de 2017	1-12	Comité Coordinador del Sistema de Control Interno de Gestión - SIG	Se actualizaron las actividades de la guía
3	30 de Octubre del 2020	1-9	Comité de Gestión y Desempeño	Se actualiza y se modifica por lineamientos y asesoría de FDF y por recomendaciones de acreditación
4	10 de Mayo de 2021	1-11	Comité de Gestión y Desempeño	Se actualiza por mejoramiento continuo, se alinean las fuentes de hallazgos del Plan de Mejora con el Modelo de atención SER MEJOR
5	24 de Noviembre de 2022	1-12	Comité de Gestión y Desempeño	Se actualiza por mejoramiento continuo, se incluyen barreras de mejoramiento.
6	Noviembre 2023	1-13	Comité de Gestión y Desempeño	Se actualiza metodología de análisis de acciones de mejora, se ajustan criterios de apropiación de planes de mejoramiento, se define acción fallida y se incluye variable de necesidad de algún recurso para la acción de mejora identificada.
7	26 de Diciembre de 2024	1-13	Comité de Gestión y Desempeño	Se incluye dentro del plan de mejora los ejes de acreditación a los cuales impactaría la acción de mejora

<b>Elaboro:</b>	<b>Reviso:</b>	<b>Aprobó:</b>
Profesionales Especializado Apoyo Planeación y calidad SIG	Asesor de Planeación y Calidad	Comité de Gestión y Desempeño