

Bienvenidos al Seminario Taller
Cómo implementar de manera práctica la
ruta crítica del PAMEC
Enfoque en Seguridad del Paciente



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Objetivo

Capacitar al personal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Municipio de Medellín con herramientas prácticas que faciliten el diseño, desarrollo, implementación y seguimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad-PAMEC- alineado con la Política Nacional de Seguridad del Paciente.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Programación

1. Generalidades del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
2. Generalidades de la Política Nacional de Seguridad del Paciente
3. Cómo implementar la Ruta Crítica del PAMEC
 - Autoevaluación
 - Selección de procesos
 - Priorización
 - Definición de la calidad esperada
 - Medición inicial
 - Plan de mejoramiento inicial
 - Ejecución de plan de mejoramiento
 - Evaluación del seguimiento
 - Aprendizaje organizacional
4. Implementación de acciones y niveles de auditoría
5. Pautas para el reporte de información relacionada con el PAMEC



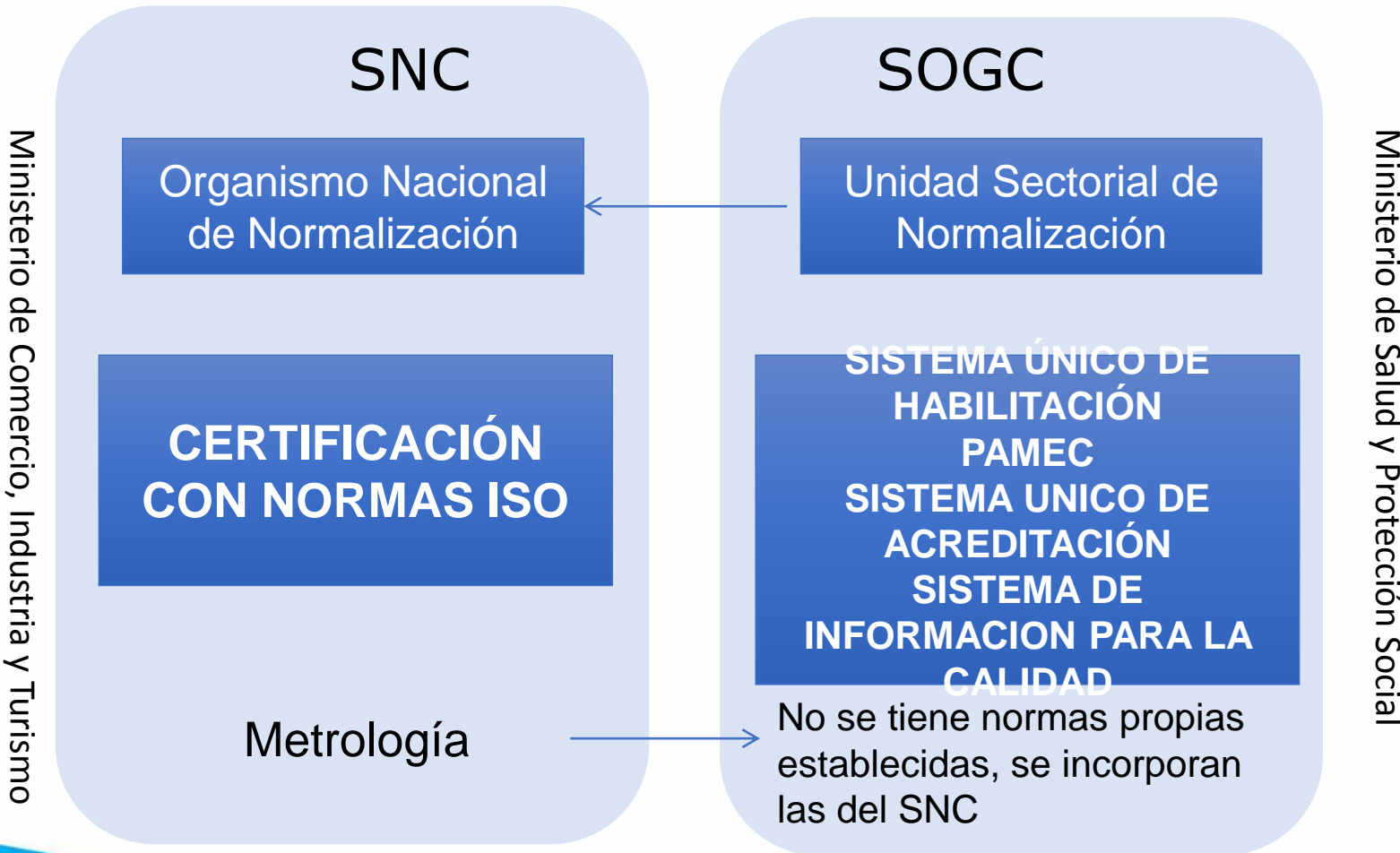
ASPECTOS GENERALES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cómo esta estructurada la organización de los sistemas de gestión en Colombia?



¿Qué es el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad?

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

REPUBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

DECRETO NUMERO 1011 DE 2006

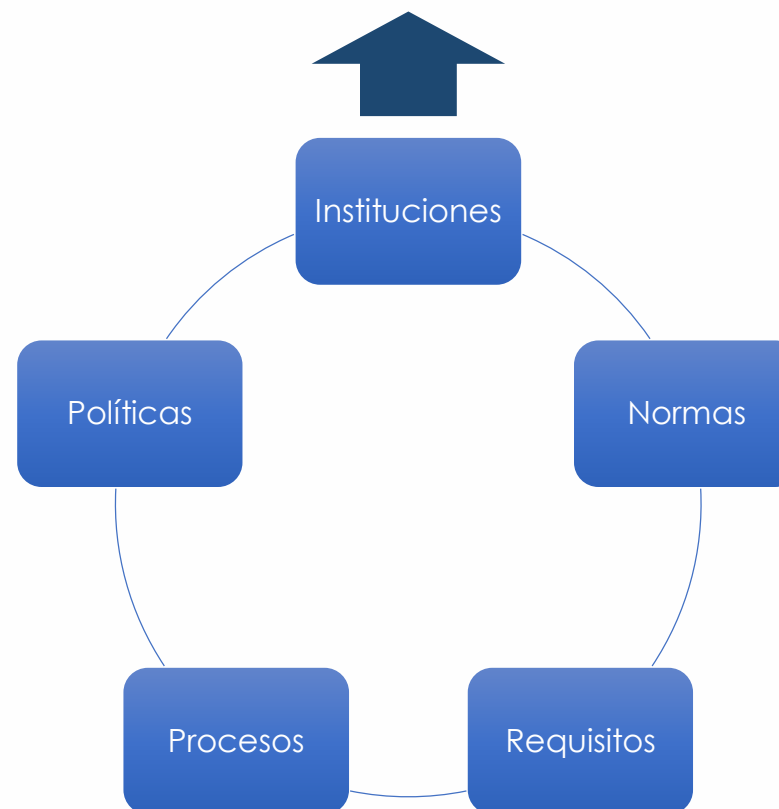
3 ABR 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial de las contenidas en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política; artículos 173, 180, 185, 186, 227 y 232 de la Ley 100 de 1993 y 42 y 56 de la Ley 715 de 2001.

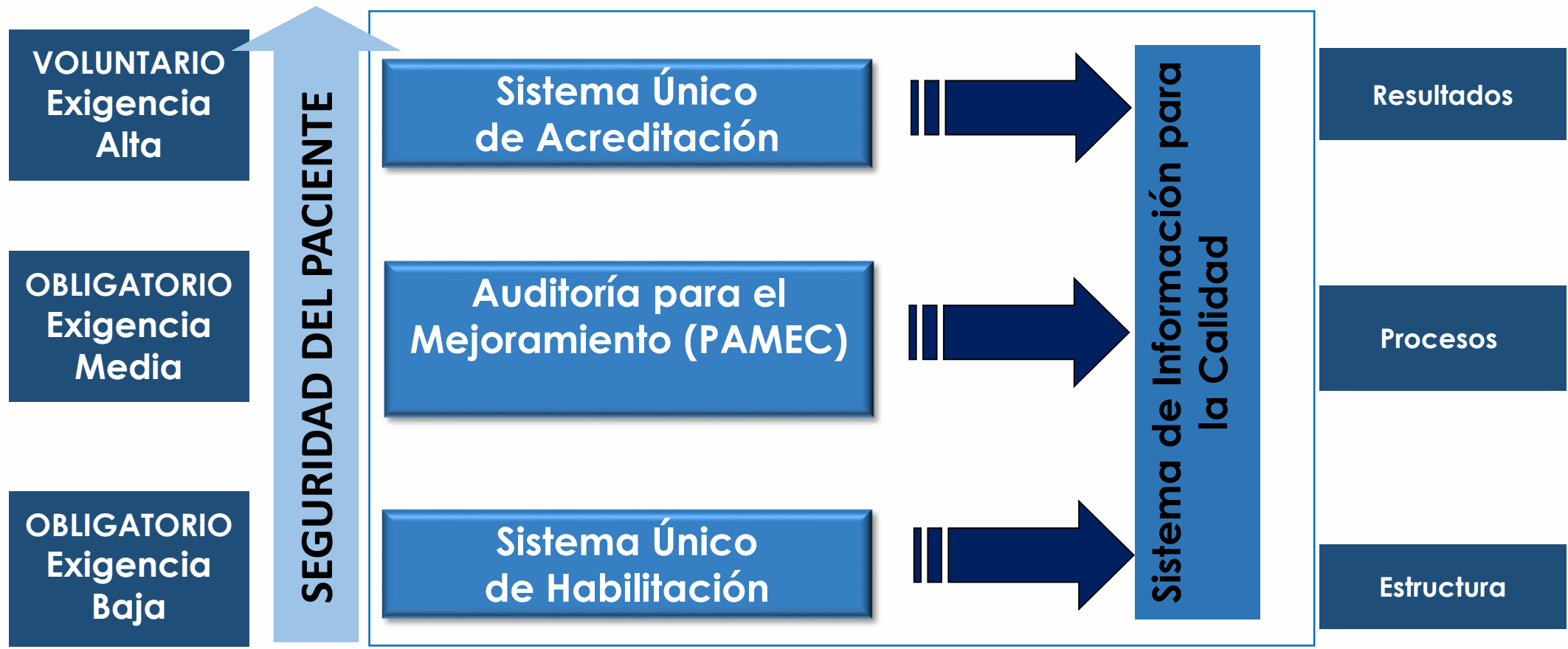
Mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Dónde esta ubicada la Seguridad del Paciente dentro de los componentes del SOGC?

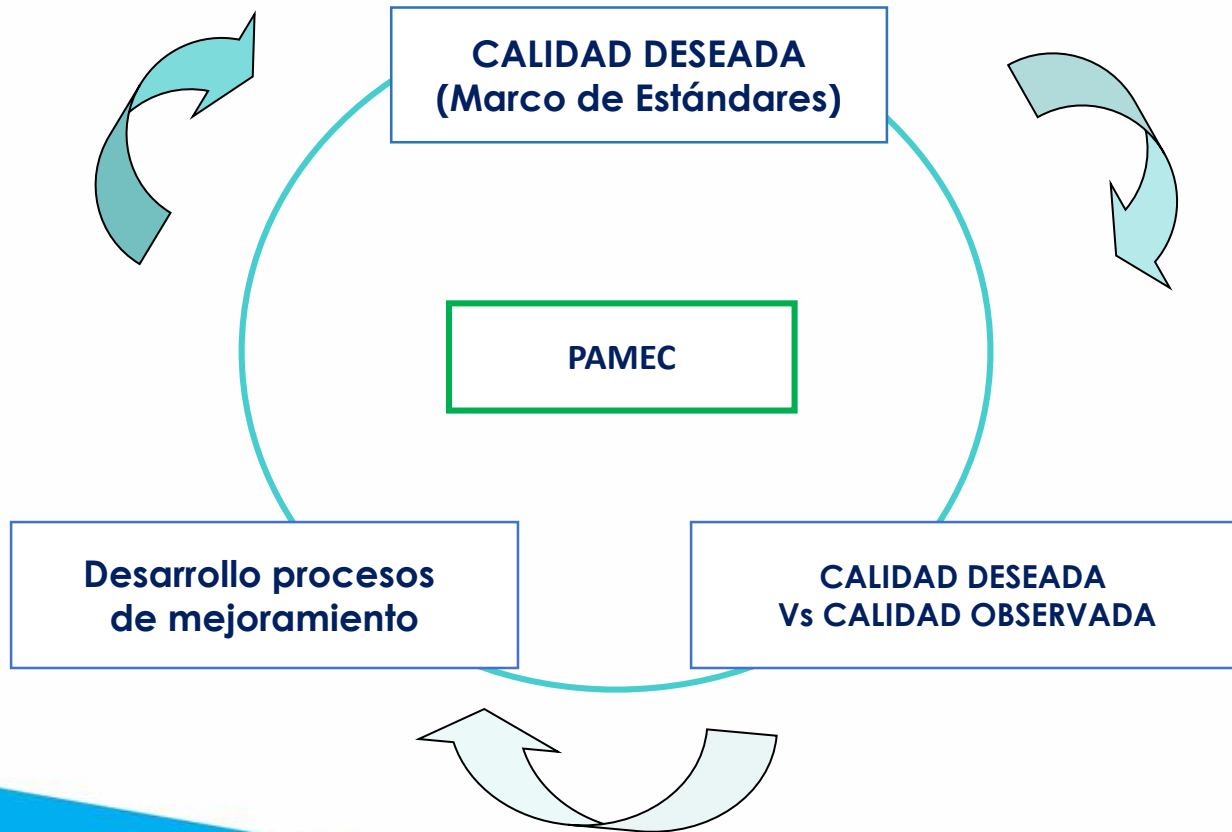


¿Cómo se desarrolla el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad?

El Ministerio de Salud y Protección Social ajustará periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del SOGC, de conformidad con el **desarrollo del país**, con los **avances del sector** y con los resultados de las **evaluaciones** adelantadas por las entidades Departamentales, Distritales y la Superintendencia Nacional de Salud.



¿Qué es la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud?



Mecanismo **sistemático** y **continuo** de evaluación y mejoramiento de la **calidad observada** respecto de la **calidad esperada** de la atención de salud que reciben los usuarios.

Decreto 780 del 2016
Artículo 2.5.1.1 Definiciones



≡ CALIDAD DESEADA ≡



- Estándares del Sistema Único de Acreditación.
- Las metas propuestas en los indicadores del Sistema de Información de Calidad.
- Las metas propuestas en los Indicadores de seguimiento a riesgos.
- Prácticas de seguridad del paciente, incluidas en la Política de Seguridad del Paciente.

≡ CALIDAD OBSERVADA ≡



- Autoevaluación de los estándares de acreditación.
- Resultado de auditorías.
- Resultado de indicadores.

A qué entidades les aplica el PAMEC

1 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

2 Empresas Administradoras de Planes de Beneficio

3 Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud

A qué entidades **NO** les aplica el PAMEC

4 Entidades Objeto Social Diferente

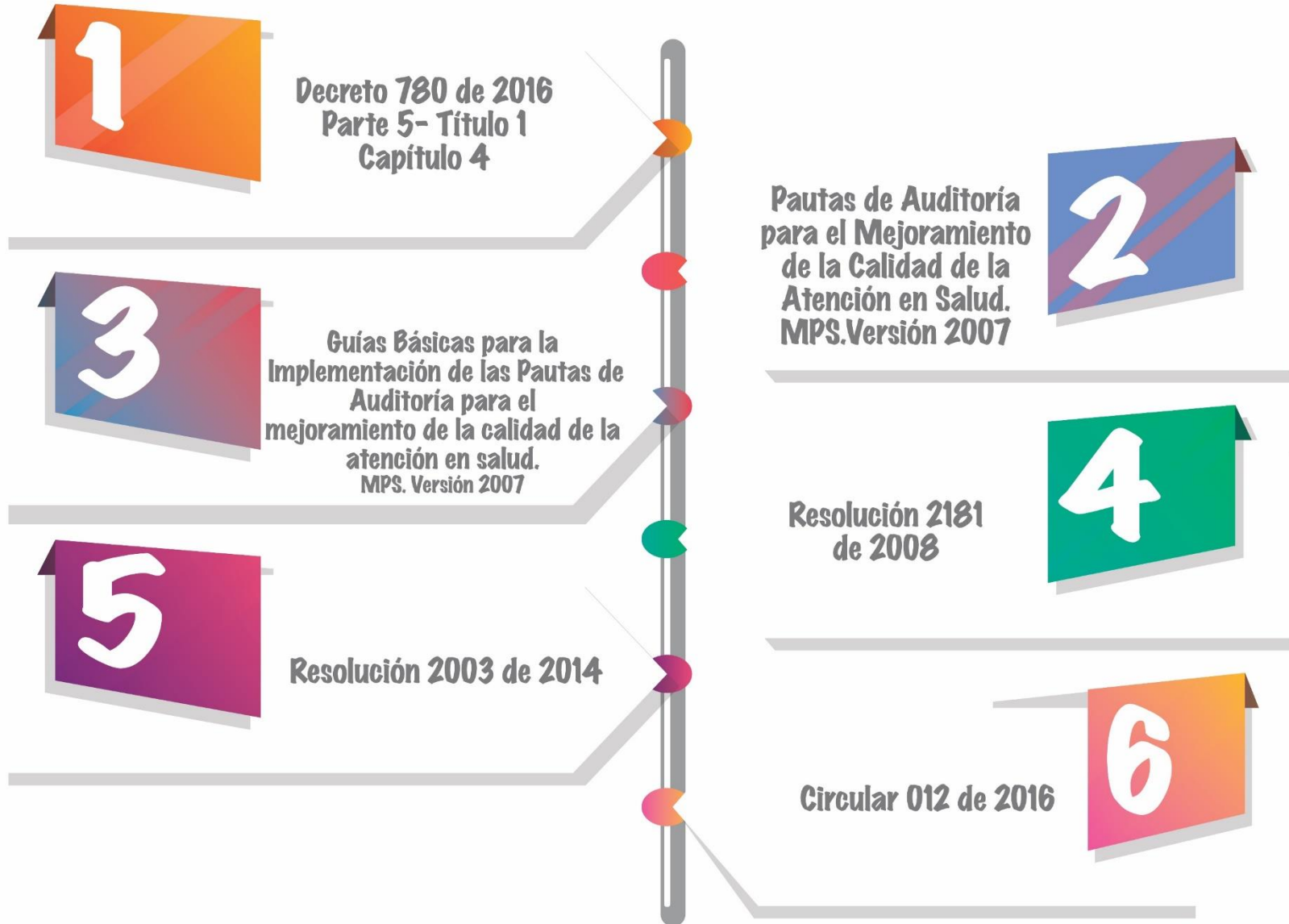
Empresas cuya actividad principal no es la salud, pero cuentan con servicios de salud.

5 Profesionales Independientes





Qué normas y documentos técnicos se deben tener en cuenta en el desarrollo del PAMEC



¿Qué finalidad tiene el PAMEC?

Mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud que reciben los usuarios, por esto debe estar alineado con la filosofía de atención centrada en el usuario y familia.

Incorporar a la gestión diaria una herramienta para mejoramiento.

Proporcionar información para comparar, analizar los resultados y tomar decisiones.

En lo posible tener acciones concordantes con los estándares de SUA y siempre superiores a SUH



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cuáles son los errores frecuentemente observados?

Documento PAMEC y cronograma nunca implementado.

Retrasos en el cronograma o no ser una herramienta que se aplica de manera sistemática.

Incluir "lo que me falta de Habilitación".

Saltarse pasos de la ruta crítica.

No cerrar el ciclo de mejoramiento.

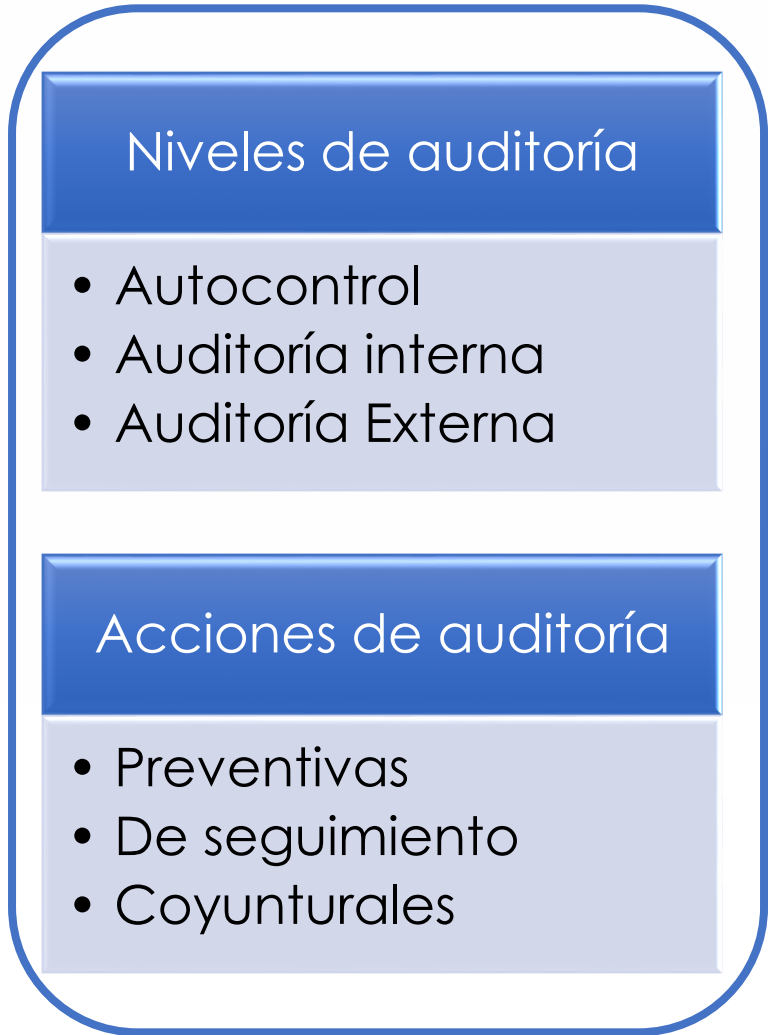
Presentar interventoría de contratos, auditoría de cuentas médicas, auditoría ISO actividades de control interno.

Herramienta que sólo la desarrolla y conoce la persona de calidad en la institución.

Hacer el PAMEC con otras metodologías no permitidas



¿Cómo está estructurado el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad?



Modelo de auditoría para el mejoramiento

¿Cuándo se considera que una institución ha implementado el componente de auditoría para el mejoramiento?



Niveles de Auditoría

Acciones de Auditoría

Tenga en cuenta

Si la institución prestadora es nueva, la exigencia de contar con el componente de auditoría implementado empieza 6 meses después de su constitución.

La autoevaluación incluida en los pasos de la Ruta Crítica del PAMEC, corresponde a un proceso diferente al de Autoevaluación para Habilitación.

Autoevaluación
incluida en los Pasos
de la Ruta Crítica del
PAMEC



Autoevaluación de
habilitación



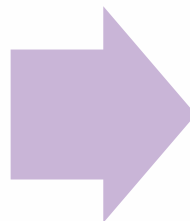
Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Qué hacer si mi institución es parte de una red de prestadores?

Si la IPS pertenece a una Red de Prestadores que tiene una misma personería jurídica, se debe tener un PAMEC que contenga objetivos, metas y metodología comunes.

La metodología y un proceso de planeación común.



La implementación de acciones del plan de mejora y los resultados de la implementación serán evaluados de manera independiente en cada sede.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

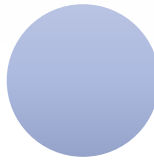
¿Qué hacer si mi institución es parte de una red de prestadores?

Enfoque común

Implementación
Plan de mejora y resultados



Implementación
Plan de mejora y resultados



Implementación
Plan de mejora y resultados



Implementación
Plan de mejora y resultados



Red de Prestadores



	Conjunta	Sede 1	Sede 2
Definición del modelo metodológico	X		
Actividades previas	X		
Autoevaluación	X		
Selección de estándares con oportunidades de mejoramiento	X		
Priorización	X		
Definición de la calidad esperada	X		
Medición inicial del desempeño	X	X	X
Definición del plan de acción	X	X	X
Ejecución del plan de acción		X	X
Evaluación del mejoramiento	X	X	X
Aprendizaje organizacional	X	X	X
Definición de las acciones de auditoría	X		
Implementación de las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales	X	X	X
Definición de la operación de los diferentes niveles de auditoría	X		
Implementación de los diferentes niveles de auditoría		X	X

¿Cuáles son las metodologías aceptadas para realizar el PAMEC?

Existen cuatro metodologías para realizar el PAMEC:

Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Indicadores para el monitoreo del Sistema de Información de Calidad.

Gestión del riesgo.

Política de Seguridad del Paciente.



Metodologías que han demostrado tener mayor impacto



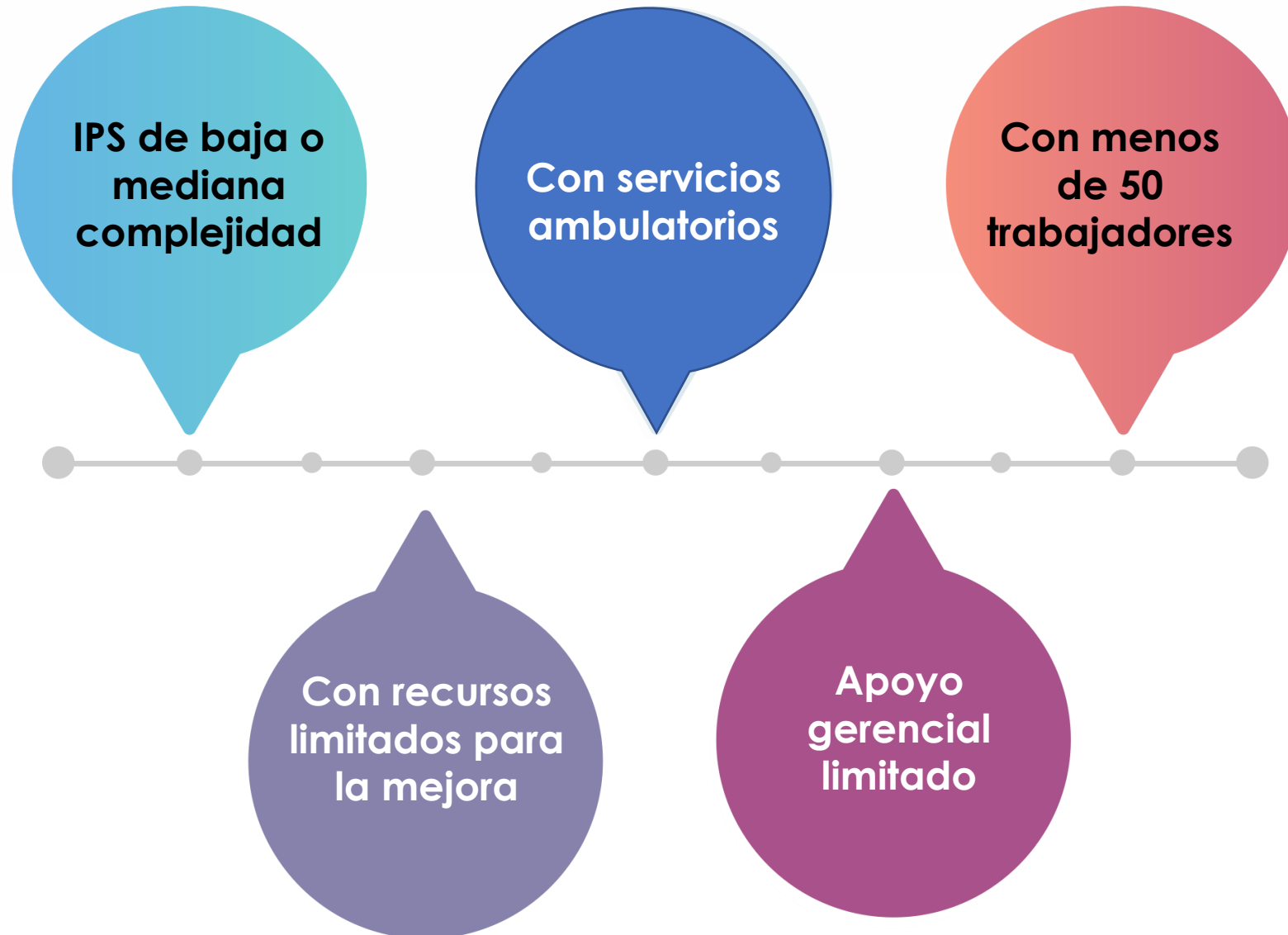
Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Qué elementos debo tener en cuenta para seleccionar el enfoque a aplicar para el desarrollo del PAMEC?



¿Qué enfoque seleccionar?



ENFOQUE SUGERIDO: SEGURIDAD DEL PACIENTE

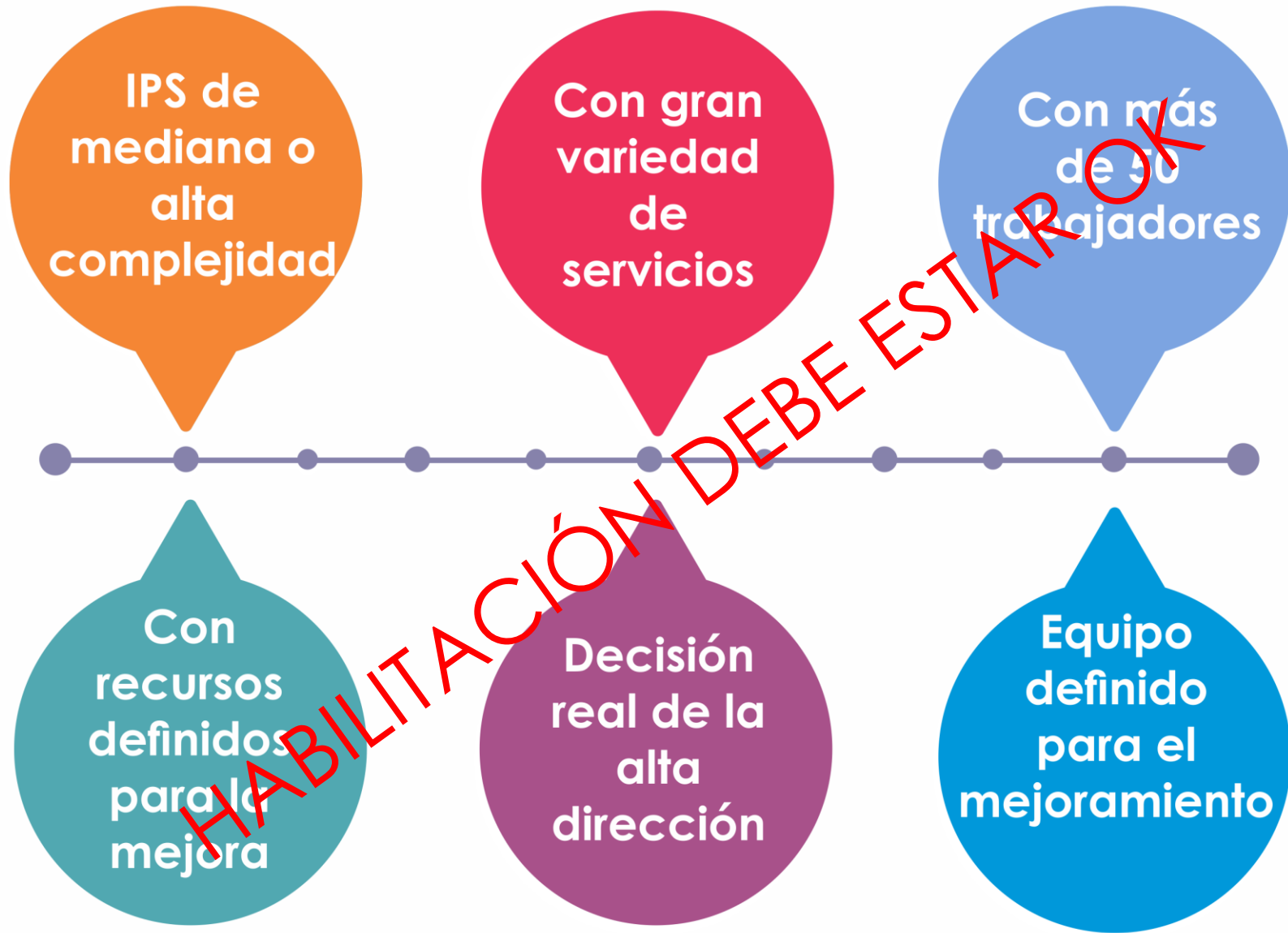
¿Qué prerrequisito se debe tener para realizar el PAMEC con enfoque en Seguridad del Paciente?

Debe contar con un Programa de Seguridad del Paciente

Debe haber implementado las prácticas de seguridad incluidas en habilitación



¿Qué enfoque seleccionar?



ENFOQUE SUGERIDO ES ACREDITACIÓN

Y, ¿para el enfoque de sistema de información y gestión de riesgos?



SIN EMBARGO ESTAS METODOLOGÍAS GENERAN MENOR IMPACTO



La idea es que la organización identifique el enfoque más apropiado.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co



Se debe escoger el enfoque o metodología correcta para la organización y a la medida de sus posibilidades.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

En conclusión, ¿cuáles son las metodologías más recomendadas?

Estándares incluidos en el Sistema Único de Acreditación

- IPS de mediana o alta complejidad.
- Con gran variedad de servicios.
- Con más de 50 trabajadores.
- Con recursos definidos para la mejora.
- Decisión real de la alta dirección.
- Equipo definido para el mejoramiento.

Permite el **desarrollo integral y armónico** de la organización.

Evalúa la organización desde el **enfoque, la implementación y el resultado** de los procesos, convirtiéndolo en una herramienta fundamental para **trabajar de una manera ordenada** y avanzando siempre a los **estándares más altos** de calidad.



En conclusión, ¿cuáles son las metodologías más recomendadas?

Política de seguridad del paciente

- IPS de baja o mediana complejidad.
- Con servicios ambulatorios.
- Con menos de 50 trabajadores.
- Con recursos limitados para la mejora.
- Apoyo gerencial limitado.

Permite **enfocar el mejoramiento** en una de las prioridades definidas a nivel mundial.

Impacta rápidamente la calidad de la prestación del servicio.



¿Las entidades públicas con que metodología deberán realizar su PAMEC?

Estas deben tener en cuenta la Resolución 2181/2008 Artículo 2: (Lineamientos).



Las entidades públicas deben tener en cuenta la Resolución 2181/2008 Artículo 2: (Lineamientos)

Implementar el componente de acreditación en salud y el mejoramiento continuo de sus procesos **son de carácter obligatorio para las entidades públicas** (Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1445/2006.), su implementación exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados, **de ahí la importancia de realizar la autoevaluación con base en los criterios de acreditación**, porque ésta se convertirá en una herramienta para alcanzar la acreditación.



¿Quién puede revisar el PAMEC de la IPS?

Entidad Territorial Departamental

En su función de inspección, vigilancia y control.

Entidad Territorial Municipal

En su función de inspección y vigilancia.

Superintendencia Nacional de Salud

En su función de inspección, vigilancia y control del SOCG.

Aseguradores en Salud

En la evaluación de los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores.



Vamos a jugar.....

Ingresa con tu teléfono móvil a
www.menti.com

Ingresa el código
317335



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

GENERALIDADES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Despues de casi 20 años del informe “Error es Humano” ¿Qué se ha hecho?

1995
MODELO
EXPLICATIVO
JAMES REASON



SE CELEBRÓ EN GINEBRA
LA 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD,
APROBÓ LA RESOLUCIÓN WHA55.18
EN LA QUE SE INSTA A LOS ESTADOS
MIEMBROS A “PRESTAR LA MAYOR
ATENCIÓN POSIBLE AL PROBLEMA
DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

OBJETIVOS NACIONALES DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE
(JOINT COMMISSION)

PATIENT SAFETY INDICATORS
PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE BASADAS EN LA
EVIDENCIA (AHRQ)

2001

2002

2004

2005

2007

2013

SE ESTABLECIERON LAS
METAS INTERNACIONALES DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE

ALIANZA MUNDIAL POR LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE

PROTOCOLO DE
LONDRES

9 SOLUCIONES PARA LA
SEGURIDAD DE LOS
PACIENTES
(OMS/JOINT COMMISSION)



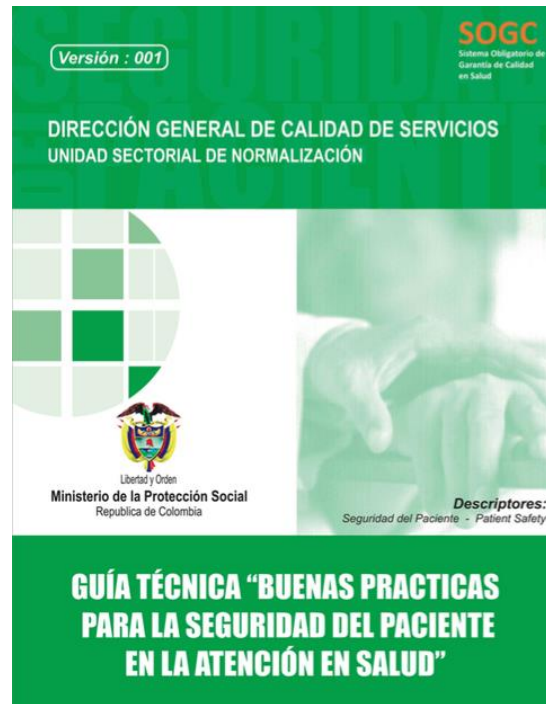
Y en Colombia ¿Qué se ha hecho?

Hoy sabemos que...



¿Cuáles son los documentos referentes para realizar el PAMEC con seguridad del paciente?

Versión 1



La Guía Técnica se expide en marzo de 2010.

Versión 2



Los paquetes instruccionales se expiden en el 2015 y recogen la nueva evidencia científica de cada una de las prácticas.

¿Cuáles son los documentos referentes para realizar el PAMEC con seguridad del paciente?

POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

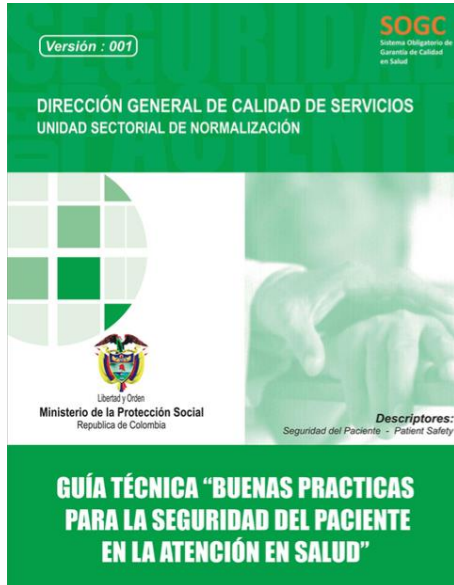
Programa de seguridad del paciente

Operativa

Prácticas incluidas dentro de la Guía Técnica de Buenas Prácticas

Paquetes Instruccionales

Van dirigidas a los profesionales y los gestores de seguridad.



La **GUÍA TÉCNICA** establece los requisitos que deben cumplir las Instituciones para **incentivar, promover y gestionar** la implementación de prácticas seguras de la atención en salud, incluye un **conjunto de recomendaciones** que se trabajaban en el mundo y que estaban divididas en **cuatro grupos** que buscan:



PROCESOS INSTITUCIONALES
SEGUROS



PROCESOS ASISTENCIALES
SEGUROS



PRÁCTICAS QUE
MEJORAN LA
ACTUACIÓN DE LOS
PROFESIONALES



INVOLUCRAR A PACIENTES Y
SUS ALLEGADOS
EN LA SEGURIDAD

Consenso

PRÁCTICAS
SEGUROS



Procesos Institucionales Seguros (8)

Son prácticas generales de carácter institucional necesarias para garantizar la seguridad del paciente



Procesos Asistenciales Seguros (16)

Son prácticas asistenciales basadas en la evidencia científica que reducen la probabilidad de sufrir un riesgo



Prácticas que mejoran la actuación de los profesionales (4)

Son prácticas generales de actuación de los profesionales que deben ser incorporadas



Involucrar a pacientes y sus allegados en la seguridad (2)

Son prácticas que brindan competencias a los pacientes y familias



¿Cómo se clasifican las prácticas incluidas en la Guía técnica de Buenas Prácticas?



PRÁCTICA ESENCIAL

Es la práctica que se considera **indispensable** para obtener un entorno seguro de atención en salud, y su cumplimiento es posible en las actuales condiciones de desarrollo de los sistemas de atención en salud de nuestro país.



PRÁCTICA COMPLEMENTARIA

Es la práctica que se considera **deseable** para ofrecer una atención en salud segura y para su cumplimiento en la totalidad de instituciones de salud, en las actuales condiciones del país, se podrían requerir procesos de mejoramiento.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

10 Buenas prácticas de seguridad de pacientes que quedaron dentro del Sistema Único de Habilitación:

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales

5 Buenas Prácticas aplican a todas las IPS



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

10 Buenas prácticas de seguridad de pacientes quedaron dentro del Sistema Único de Habilitación:

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Atención segura del binomio madre – hijo

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Prevención de escaras o úlceras por presión (decúbito)

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas

5 Buenas Prácticas aplican a las instituciones que prestan servicios específicos



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Qué prácticas se pueden incluir en el PAMEC con seguridad del paciente?



Práctica Esencial

10 prácticas que se considera **indispensable** para obtener un entorno seguro



Solo quedo obligatorio de estas prácticas lo que se encuentra en la lista de chequeo de seguridad del paciente dispuesta por el Ministerio

Por lo tanto se puede incluir en el PAMEC, los aspectos no contemplados en la lista de chequeo de habilitación frente a las 10 prácticas esenciales.

Se deben incluir también todas las buenas prácticas incluidas en el dentro del Sistema único de Acreditación

Práctica Complementaria

20 prácticas que se considera **deseable** para ofrecer una atención en salud segura.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Por ejm en la práctica de Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos

Que aspectos quedaron incluidos en habilitación y hacen parte de la lista de chequeo del Ministerio de Salud y Protección Social



Evidencia documental del análisis de causa del evento adverso: lesión por error en la realización en la cirugía cuando se presente, identificando las acciones inseguras, los factores contributivos y definiendo las acciones de mejoramiento que conduzcan a la disminución de dicho evento adverso. El análisis se debe desarrollar en un comité de seguridad



Aplicar la lista de chequeo para cirugía segura, como mínimo la recomendada por la OMS o la desarrollada o adoptada por la institución. En todo caso debe incorporar los momentos preoperatorio, en quirófano antes de incidir al paciente, intraoperatorio y post operatorio e incluir la verificación del adecuado funcionamiento de los equipos de anestesia y cirugía. No debe faltar el chequeo de la marcación del órgano par que se va a operar y el conteo de los insumos que pueden convertirse en cuerpo extraño en el usuario (oblitos)

Sin embargo existen otros aspectos que trae la guía técnica de seguridad del paciente y los paquetes instruccionales que pueden ser incluidos en el PAMEC



Ejm de aspectos no están contemplados y que pueden incluirse en el PAMEC

La institución cuenta con mecanismos para la prevención del fuego en cirugía mediante la revisión y verificación de los equipos e instalaciones eléctricas antes de la cirugía y durante la realización de ésta.

La institución cuenta con mecanismos para evitar quemaduras en cirugía por la utilización de placas electroquirúrgicas, así mismo acciones para prevenir el fuego en cirugía.

La institución ha implementado acciones para la Prevención de la infección en la herida quirúrgica como:

- Bañar al paciente con jabón como mínimo la noche anterior al procedimiento.
- No hacer uso de cuchillas de rasurado, dado que aumentan el riesgo de infección.
- Aplicar de manera estricta el protocolo de higiene de manos.
- No utilizar campos quirúrgicos auto adheribles en forma rutinaria.
- Preparar la piel antes del procedimiento con clorhexidina; en caso de no disponibilidad, usar povidona iodada.

Por lo tanto el PAMEC con enfoque en seguridad del paciente debe incluir las 30 buenas prácticas para la seguridad del paciente

En conclusión

Las instituciones que están trabajando el PAMEC con seguridad del paciente, deben:

Autoevaluarse frente a las
20 buenas prácticas
complementarias

Autoevaluarse frente a las
10 prácticas esenciales en
los aspectos no
contemplados en la lista
de chequeo de
habilitación



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

20 prácticas adicionales que deben cumplir las entidades encaminadas a la excelencia

Coordinación de acciones recíprocas entre asegurador y prestador

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Evaluación de la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos

Procurar la seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares

Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas

Estandarización de procedimientos de atención

Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio

Implementar equipos de respuesta rápida

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Prevención de la malnutrición o desnutrición



20 prácticas adicionales que deben cumplir las entidades encaminadas a la excelencia

Ilustrar al paciente acerca del autocuidado de su seguridad

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes

Prevenir complicaciones anestésicas

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Prevenir el cansancio del personal

Facilitar las acciones colaborativas de pacientes para promover la seguridad de la atención

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado

PAQUETES INSTRUCCIONALES

Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio

Capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la Seguridad en los procesos a su cargo

Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales

La institución debe identificar cuales de estas prácticas son aplicables e incorporarlas a su programa de seguridad



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Dónde están la guía técnica de buenas prácticas y los paquetes instruccionales?

<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/calidad-atencion-en-salud-home.aspx>



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Calidad de Atención en Salud

[Ministerio de Salud y Protección Social](#) > [Salud](#) > [Calidad de Atención en Salud](#)

→ [Salud pública](#)

→ [Plan de Beneficios en Salud](#)

→ [Prestación de servicios](#)

→ [Calidad de atención en salud](#)

Observatorio

Derechos y deberes

→ [Medicamentos y tecnologías](#)

→ [Profesiones y ocupaciones](#)



Mejorando los resultados en salud y la experiencia del usuario



Observatorio



Usuarios



Seguridad del paciente

Ruta Crítica del PAMEC

Con enfoque en seguridad del paciente



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co



Para implementar el componente de auditoría, el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido una ruta crítica compuesta por nueve pasos, que permiten de una manera ordenada avanzar hacia estándares superiores de calidad.

¿Qué actividades previas debo desarrollar antes de iniciar la ruta crítica?

- 1 **Sensibilización** de los miembros de la organización en el proceso que se va a iniciar.
- 2 Realizar **conceptualización teórica** a todos los miembros de la institución en donde se profundice sobre los elementos estructurales de la metodología PAMEC.
- 3 **Identificar y seleccionar las personas** que harán parte de los equipos de autoevaluación y mejoramiento.



¿Cuáles son las funciones de los equipos de mejoramiento?

- Fomentar el desarrollo de una cultura de calidad y mejoramiento continuo al interior de la organización.
- Identificar las fortalezas y oportunidades de mejoramiento para cada uno de las prácticas evaluadas.
- Desarrollar conjuntamente con los facilitadores del proceso la priorización de prácticas u oportunidades de mejoramiento.
- Plantear soluciones viables para la implementación de planes de mejoramiento que permitan cerrar las brechas en el desempeño.



¿Cuáles son las funciones de los equipos de mejoramiento?

- Apoyar en la definición de indicadores que permitan medir la calidad deseada.
- Desarrollar las acciones de mejoramiento que estén a su cargo.
- Desplegar las acciones mejoramiento implementadas entre su equipo de trabajo y demás compañeros.



¿Qué actividades previas debo desarrollar antes de iniciar la ruta crítica?

- 4 Diseñar los instrumentos** necesarios que se utilizarán para la implementación de la ruta crítica, como son: formato de autoevaluación, formato de priorización, formato de desarrollo de planes de mejoramiento entre otros.
- 5 Preparar la logística** de las reuniones que incluya, ayudas audiovisuales, ayudas didácticas, formatos, memorias.
- 6 Realizar un cronograma de implementación de la ruta crítica** que permita determinar tiempos, actividades.



¿Qué aspectos debo considerar para realizar el cronograma?

- ✓ El cronograma me ayuda a definir la **duración** y alcance del proceso de mejoramiento a emprender.
- ✓ Debe estar diseñado de tal manera que permita mostrar la forma como va a implementar **cada uno de los pasos** de la ruta crítica del PAMEC.
- ✓ Debe tener claramente definidos los **reponsables** de cada uno de los pasos de la ruta crítica.





¿Cuál es el tiempo para
realizar una ruta crítica?



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cuál es el tiempo para realizar una ruta crítica?

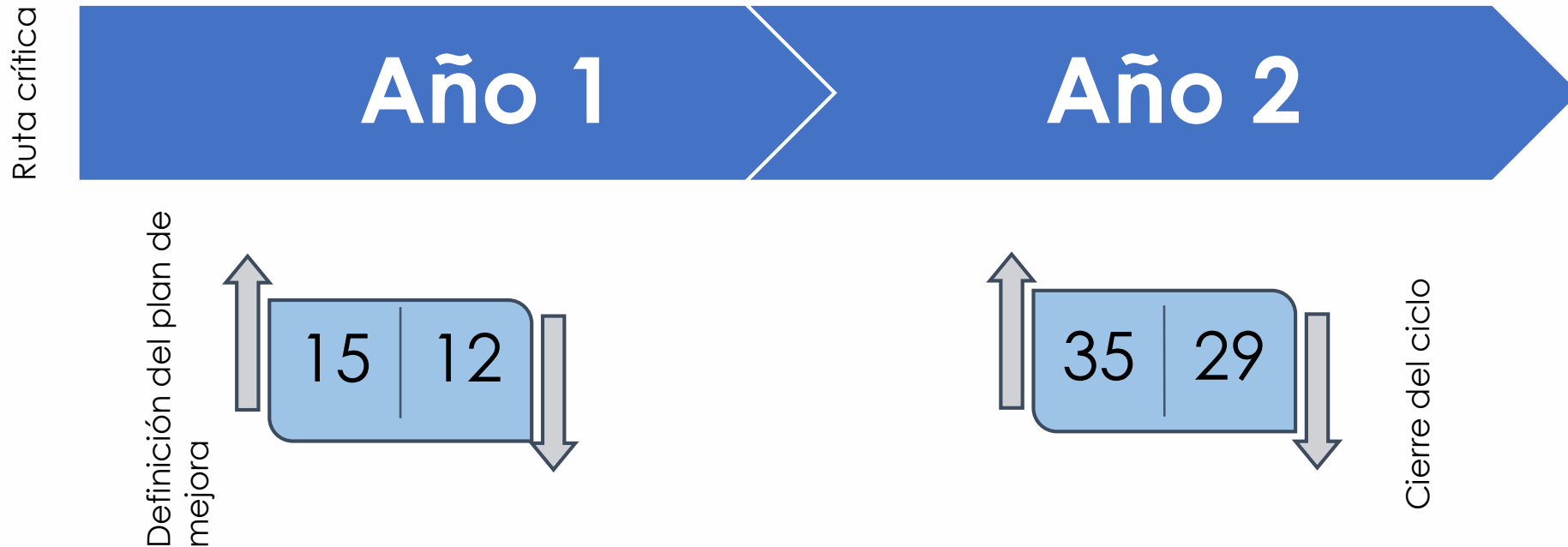
El tiempo debe ser el **suficiente para realizar un proceso juicioso y serio de mejoramiento** que impacten la prestación del servicio.



Se vuelven tareas muy sencillas que no impactan la prestación.



¿Se puede hacer una ruta crítica que dure más de un año?



La Supersalud determinó que se debe entregar un reporte anual, en donde debemos reportar las acciones de mejora planeadas/ejecutadas.

Sin embargo, eso no significa que debe ser el tiempo definido para la Ruta Crítica.

¿Cuáles son los formatos utilizados para realizar el cronograma?

5W1H

QUÉ	DÓNDE	CÓMO	POR QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO



¿Qué actividades previas debo desarrollar antes de iniciar la ruta crítica?

7

Documentar la **metodología** para la realización de la ruta crítica (Documento PAMEC).



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Introducción

Marco
Normativo

Metodología

Anexos

¿Qué debe contener
el diseño y
formulación del
documento PAMEC?



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Qué debe contener el diseño y formulación del documento PAMEC?

1. INTRODUCCIÓN:

- Su propósito principal es contextualizar.
- Describe el alcance del documento, una breve explicación o resumen del mismo.
- También puede incluir la evolución o algunos antecedentes del Sistema de Gestión de Calidad, etc.



2. MARCO TEÓRICO:

MARCO LEGAL O NORMATIVO: Describe las normas que regulan la elaboración e implementación del PAMEC, así como las directrices de carácter interno aplicables.

MARCO CONCEPTUAL: Busca brindar conocimientos relacionados con el PAMEC para ubicarse en el tema y tener una conceptualización de los términos que utilizaremos.



¿Qué debe contener el diseño y formulación del Documento PAMEC?

3. METODOLOGÍA:

Descripción de cómo se desarrollará en la institución la implementación de la ruta crítica del PAMEC.

Cuáles van a ser las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales que se van implementar.

Cómo van a operar los niveles de operación.



Pautas de auditoría



Metodología Genérica



Documento PAMEC



Cómo se va aplicar de manera específica en la institución

¿Qué debe contener el diseño y formulación del documento PAMEC?

3. METODOLOGÍA:

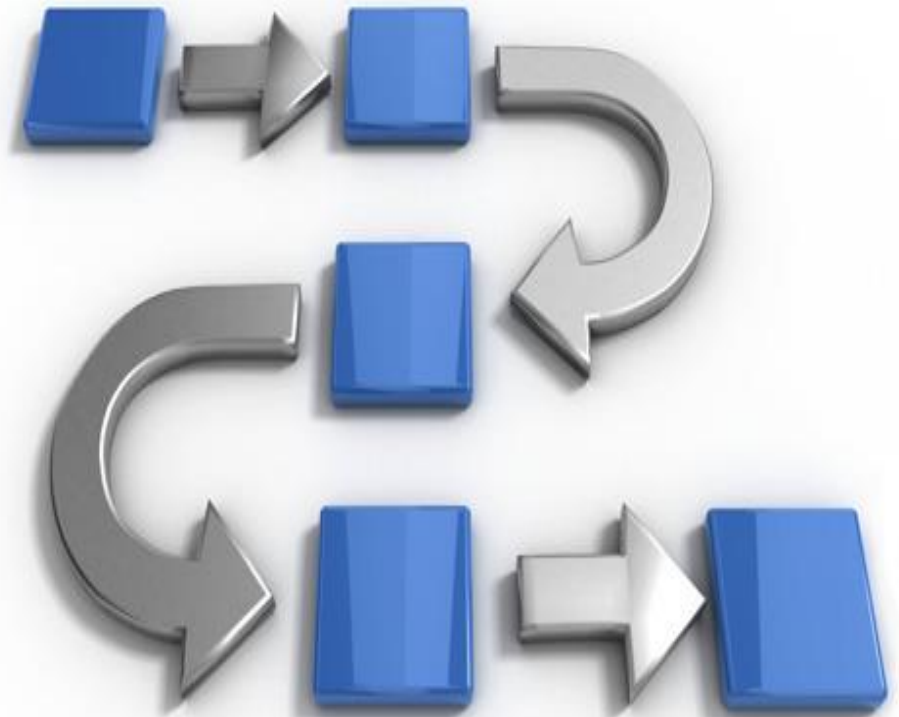
El enfoque con el que se va a desarrollar la ruta crítica.

El tiempo para desarrollar el ciclo de mejoramiento.

Formatos que se utilizarán para el desarrollo de la ruta crítica.



Se describen aspectos como:



¿Qué debe contener el diseño y formulación del Documento PAMEC?

3. METODOLOGÍA:

Descripción de cómo se aplicarán cada uno de los pasos de la ruta crítica.

Se describen aspectos como:

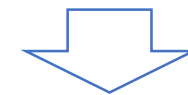


PRIORITY

Lluvia de ideas

Pareto

Matriz de Priorización



Crterios de priorización

¿Qué debe contener el diseño y formulación del Documento PAMEC?



4. ANEXO DE APLICACIÓN DE LA RUTA CRÍTICA :

Describe de manera específica cómo su Institución efectuó el desarrollo de cada uno de los pasos de la Ruta Crítica.

Evidencia del desarrollo de cada uno de los pasos: Actas, listas de asistencia, presentaciones, registros, planes, indicadores, etc.



01

El enfoque con el cual se va a realizar la ruta crítica.

El tiempo en que se va desarrollar el ciclo de mejoramiento.

02

03

Los formatos que se van a utilizar durante toda la ruta crítica del PAMEC.

Conformación y operación del equipo de autoevaluación y Mejoramiento.

04

¿Qué aspectos serán evaluados en el documento PAMEC?

05

Metodología específica para desarrollar cada uno de los pasos de la ruta crítica.

Cómo se va a desarrollar la metodología en caso de que se tengan varias sedes.

06

Cómo se va a realizar el seguimiento y evaluación a la mejora y quién es el responsable.

07

Acciones preventivas, de Seguimiento y coyunturales que implementa la organización.

08

¿Qué aspectos serán evaluados en el documento PAMEC?

TALLER 1. CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA CRÍTICA



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Ruta Crítica para la implementación del PAMEC



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co



¿Qué es la Autoevaluación?

Consiste en establecer qué es lo que se puede mejorar, mediante un diagnóstico interno, que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización.



¿Qué es la Autoevaluación?

Está encaminada a identificar los problemas de calidad que están afectando directamente el servicio a los usuarios, generando así oportunidades de mejora.

De igual forma ayuda a implementar la cultura de autocontrol, debido a que permite a los funcionarios la evaluación de los procesos en los que participan.

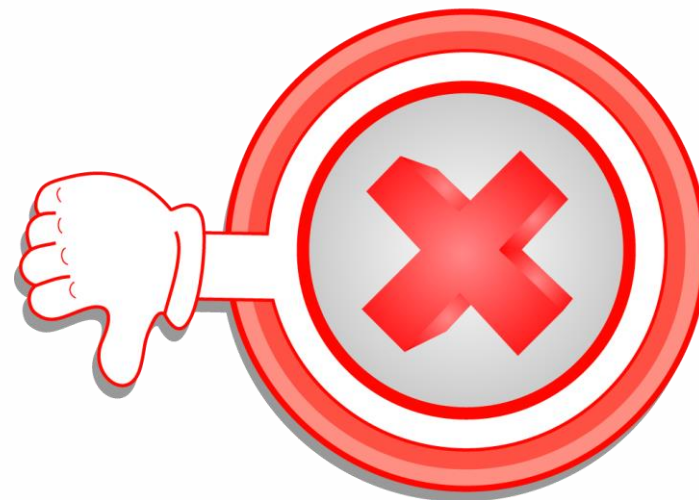


Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Qué es la Autoevaluación?

Para lograr una **evaluación integral y armónica** de la organización, la autoevaluación debe hacerse desde el **enfoque, la implementación y el resultado** de los procesos.



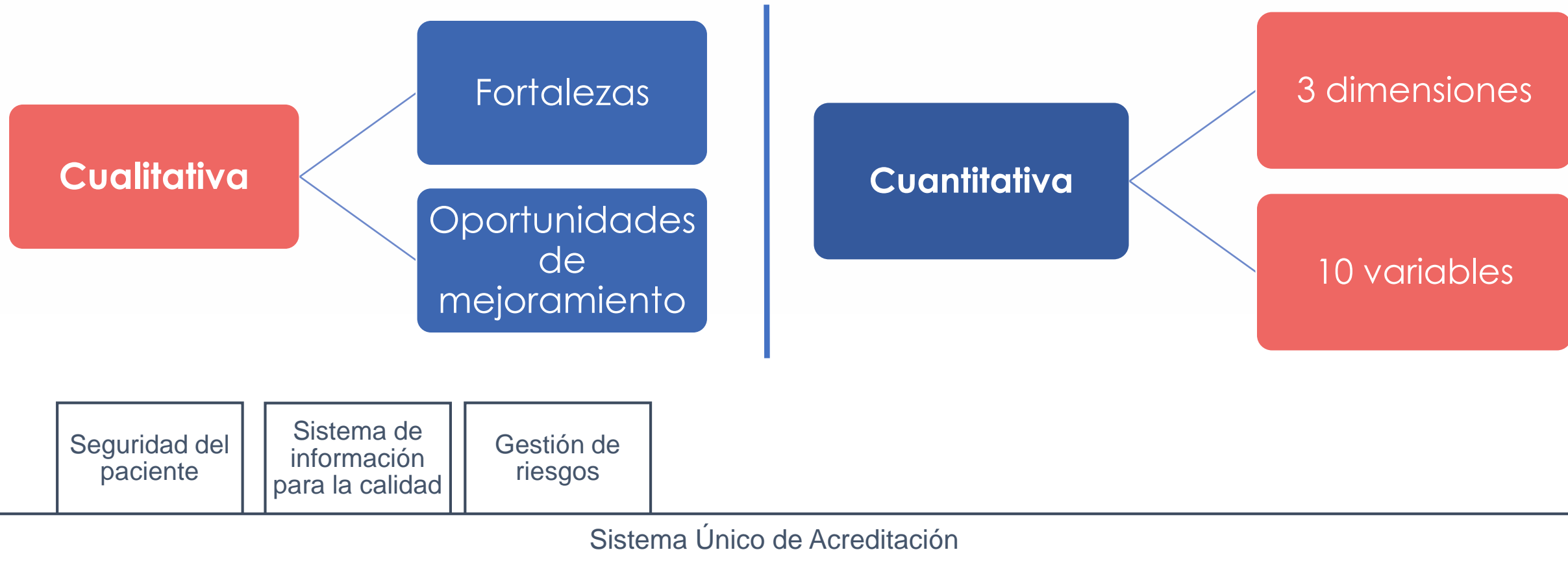
¿Cómo se desarrolla el proceso de Autoevaluación?

La autoevaluación en seguridad del paciente se realiza desde el ámbito cualitativo:



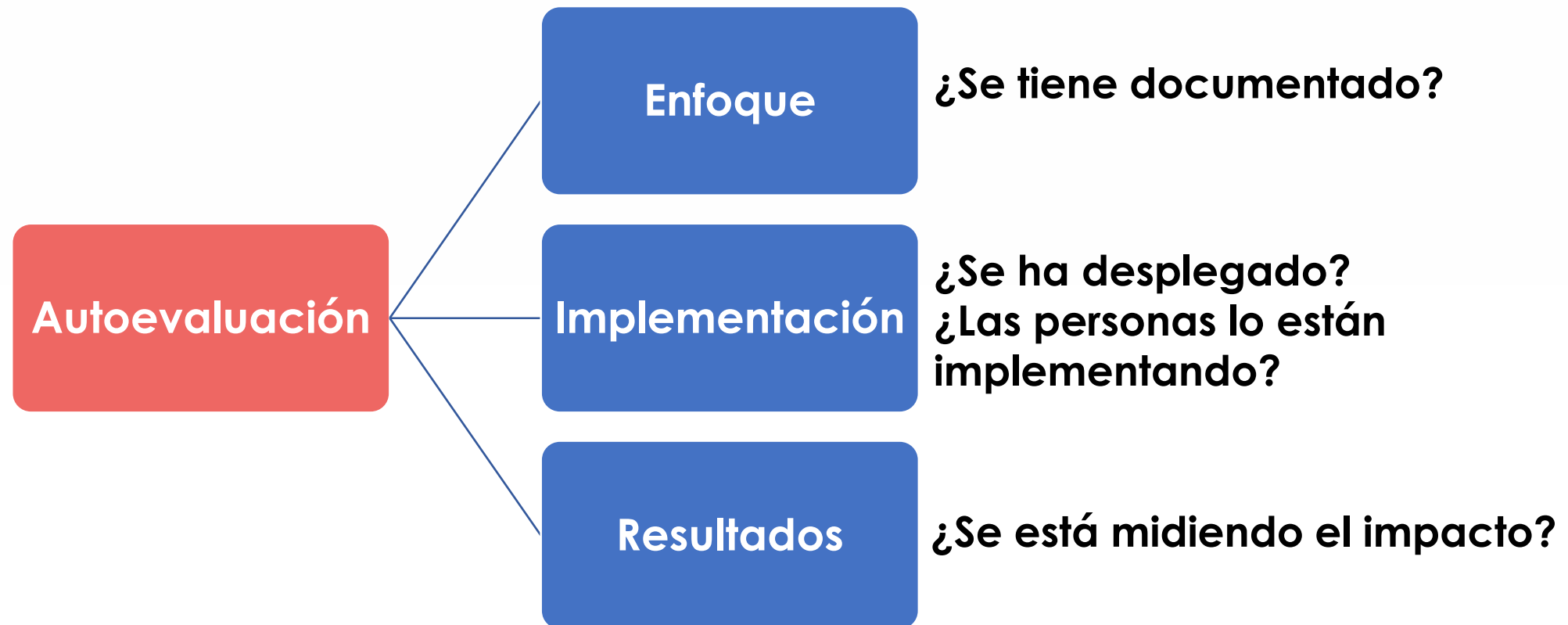
¿Cómo se desarrolla el proceso de Autoevaluación?

La autoevaluación con las diferentes metodologías:



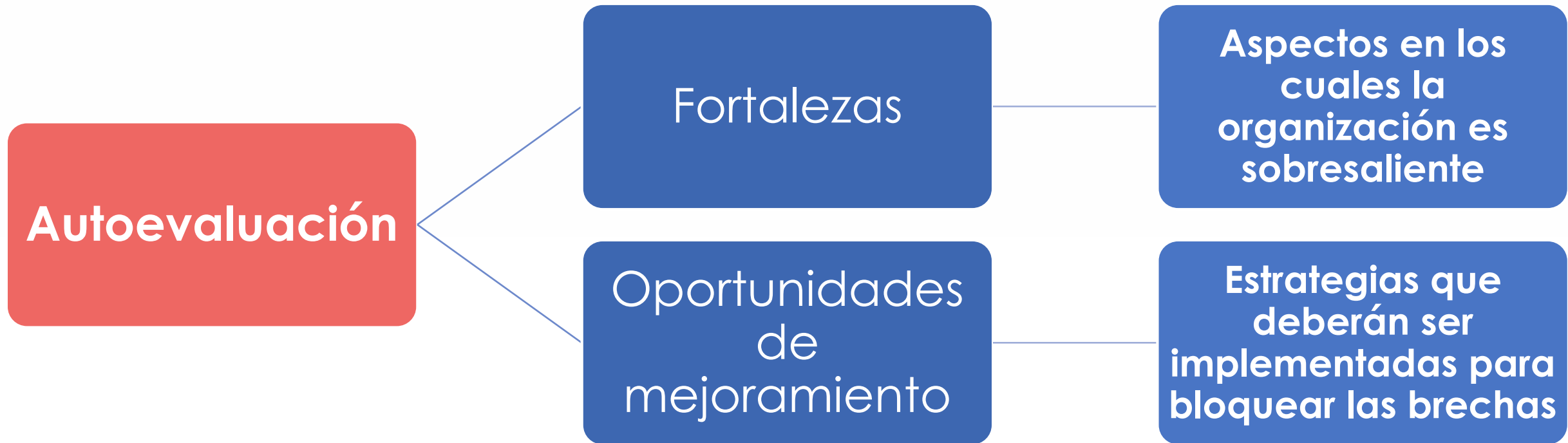
¿Cómo se desarrolla el proceso de Autoevaluación?

Para realizar la autoevaluación es importante realizarnos estas preguntas que facilitarán la identificación de las brechas en el desempeño.



¿Cómo se desarrolla el proceso de autoevaluación cualitativa?

En la autoevaluación cualitativa se definen:



¿Qué es una fortaleza?

Son aquellos aspectos en los cuales la organización es sobresaliente.

Se define como fortalezas, los mecanismos, políticas, procedimientos, procesos, acciones o servicios donde la organización ha conseguido resultados de su implementación y que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno.



¿Qué es una fortaleza?

Para que una organización cuente con una fortaleza implica:

Tener un enfoque,
una
implementación y
unos resultados.

Ser un factor
consolidado en la
organización.

Tener desarrolladas
mejoras ante los
resultados obtenidos.
Cierres periódicos y
sistemáticos de
evaluación y
mejoramiento.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Qué hago cuando no se encuentran fortalezas?

En una fase inicial de desarrollo no encontrarán fortalezas que cumplan con estas características, por lo que se sugiere que se trabaje sobre logros frente al enfoque, implementación y resultados.

Así, no se desconoce los avances que ha tenido la institución y servirán de punto de partida para continuar avanzando en la consolidación de la práctica.



¿Cómo redactar una fortaleza?

La redacción debe ser:

Clara

Concisa

No se deben emplear calificativos como bueno, malo, insuficiente

No utilizar siglas o abreviaturas

Describe las razones por lo que se considera una fortaleza desde ENFOQUE, IMPLEMENTACIÓN y RESULTADOS

¿Ejemplos de descripción incorrecta de una fortaleza?

- ✓ Se cuenta con un proceso de inducción que incluye dentro de los temas la seguridad del paciente.
- ✓ Se tiene definido un comité de seguridad.
- ✓ Se cuenta con un formato de consentimiento informado.
 - Vagas
 - No se tiene claro el enfoque, la implementación y los resultados obtenidos.
 - No es un factor consolidado
 - No se evidencia el cierre de ciclo de mejoramiento



¿Ejemplos de descripción incorrecta de una fortaleza?

- ✓ Se cuenta con el documento de consentimiento informado, el cual ha sido socializado y se evalúa semestralmente por el comité de calidad
 - No se tiene claro la proactividad del enfoque, como ha sido la implementación y no muestra los resultados obtenidos.
 - No es claro por que es un factor consolidado
 - No se evidencia el cierre de ciclo de mejoramiento



¿Ejemplo descripción correcta de una fortaleza?

Alineado con la política de seguridad en la atención, la IPS ha definido un programa de seguridad del paciente que se encuentra en una segunda versión, el cual incluye 17 buenas prácticas para la seguridad de la atención entre las cuales se encuentra, Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos, que incluye además el manual de uso seguro de medicamentos, el procedimiento de farmacovigilancia, procedimiento de seguimiento farmacoterapéutico, procedimiento reconciliación de medicamentos y el procedimiento de educación al egreso de los paciente a los medicamentos.

Para la implementación se ha designado un líder para la socialización de todos los lineamientos quien a través de las reinducciones, del colegio de gestión del riesgo, la cartilla de buenas practicas de seguridad, las rondas de seguridad y la semana de seguridad ha logrado desplegar la información a la totalidad de los funcionarios.

Como resultado de esto se encuentra la disminución de los eventos adversos relacionados con el uso de medicamentos.

¿Ejemplos de descripción correcta de una fortaleza?

Se cuenta con una política de seguridad del paciente la cual ha sido emanada por la gerencia y validada por el equipo asistencial, se ha implementado de manera sistemática en todas las áreas con logros importantes, muestra de ello es la reducción de las infecciones asociadas al cuidado en los últimos 6 meses.



¿Qué es una oportunidad de mejora?

Son las estrategias y mecanismos que deberán ser implementados para bloquear los vacíos encontrados relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados.

CRITERIO



ANÁLISIS



RENDIMIENTO



ENFOQUE



AUTOEVALUACIÓN



MEJORA



RESULTADOS



RETROALIMENTACIÓN



EVALUACIÓN

¿Qué es una oportunidad de mejora?

Existen oportunidades de mejora cuando:

Se evidencia una debilidad en las directrices o procesos de la organización.

Cuando no se ha desplegado e implementado el enfoque a sus clientes tanto internos como externos.

Cuando no se evidencia seguimiento o monitoreo del enfoque y de implementación.



¿Cómo redactar las oportunidades de mejora?

Inician con verbo en **infinitivo**.

Se redactan con un **lenguaje propositivo**, por lo tanto hay que definir las en positivo.

Deben describir las **estrategias que debe implementar** la institución para cerrar las brechas frente al enfoque, la implementación y/o los resultados.

No deben emplearse expresiones que representen carencias (falta, no existen, no cuenta con, etc.).

¿Ejemplos de descripción incorrecta de una oportunidad de mejora?

- ✓ No tienen indicadores ni tendencias.
- ✓ No existen procesos relacionados con el punto a tratar.

- **Emplean expresiones de carencia.**
- **Vagas.**
- **No definen las estrategias que deberá implementar para el cierre de la brechas.**



¿Ejemplos de descripción incorrecta de una oportunidad de mejora?

- ✓ No tienen estrategias que midan el grado de implementación de la práctica.
- ✓ No existen procesos relacionados con la práctica evaluada.
- ✓ No cuentan con lineamientos definidos para la elaboración del consentimiento informado.

- **Emplean expresiones de carencia.**
- **Vagas.**
- **No definen las estrategias que deberá implementar para el cierre de la brechas.**



¿Ejemplos de descripción correcta de una oportunidad de mejora?

Establecer indicadores que permitan monitorear las directrices impartidas por la organización frente a la privacidad y la confidencialidad de la información.

OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO
RELACIONADA CON LOS RESULTADOS

Desarrollar mecanismos sistemáticos de divulgación y medición de la adherencia a las guías de práctica clínica.

OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO
RELACIONADA CON LA
IMPLEMENTACIÓN

¿Esta descrita la oportunidad de mejora adecuadamente?

Demostrar la voluntad para ejecutar las recomendaciones para la prevención y control de las infecciones, incluidas las medidas de precaución por transmisión en salas de espera, en la sede ambulatoria.



- **No quedan claras las estrategias que deberá implementar para el cierre de la brechas.**



¿Esta descrita la oportunidad de mejora adecuadamente?

Actualizar el manual del usuario para el paciente hospitalizado que incluya la información sobre horarios y restricciones de visitas, ubicación en la habitación y en el entorno, así como los lineamientos para la seguridad de sus pertenencias.

- **Clara, concisa.**
- Inician con verbo en **infinitivo**.
- Se redactan con un **lenguaje propositivo, no emplea expresiones de carencia.**
- Describe la **estrategia que debe implementar** para cerrar las brechas frente al enfoque.



¿Esta descrita la oportunidad de mejora adecuadamente?

Fortalecer el procedimiento de admisiones incluyendo la información de tipo administrativo que se le debe brindar al usuario durante el ingreso, los mecanismos para la identificación redundante, los criterios para la priorización de pacientes y los mecanismos para la resolución de inconvenientes frecuentes de los usuarios.

- **Clara, concisa.**
- Inician con verbo en **infinitivo**.
- Se redactan con un **lenguaje propositivo, no emplea expresiones de carencia.**
- Describe la **estrategia que debe implementar** para cerrar las brechas frente al enfoque.



¿Esta descrita la oportunidad de mejora adecuadamente?

Los miembros del equipo gerencial deben reconocer la importancia de trabajar por la seguridad del paciente y la forma como realizar su seguimiento. Dichas actividades se deben ejecutar en el ámbito del direccionamiento estratégico obsoleto y el que adopte el ordenamiento estratégico vigente con el fin de evidenciar las mejoras incorporadas en sus respectivos procesos.



- **Poco clara**
- **No quedan claras las estrategias que deberá implementar para el cierre de la brechas.**

¿Esta descrita la oportunidad de mejora adecuadamente?

Divulgar los resultados de la encuesta de cultura de seguridad a todos los funcionarios de la institución.

- **Clara, concisa.**
- Inician con verbo en **infinitivo**.
- Se redactan con un **lenguaje propositivo, no emplea expresiones de carencia.**
- Describe la **estrategia que debe implementar** para cerrar las brechas frente al enfoque.



¿Esta descrita la oportunidad de mejora adecuadamente?

Trabajar para que la seguridad sea un rasgo de la cultura en la IPS.



- Vagas.
- No definen las estrategias que deberá implementar para el cierre de la brechas.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Esta descrita la oportunidad de mejora adecuadamente?

Elaborar el procedimiento para dar malas noticias o comunicar la ocurrencia de un evento adverso donde se defina claramente los responsables de informar a los pacientes.

- **Clara, concisa.**
- Inician con verbo en **infinitivo**.
- Se redactan con un **lenguaje propositivo, no emplea expresiones de carencia.**
- Describe la **estrategia que debe implementar** para cerrar las brechas frente al enfoque.



La adecuada identificación y redacción de las oportunidades de mejoramiento , se convierten en un factor crítico de éxito para el proceso de mejoramiento.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cuál es el formato para la evaluación cuantitativa?

Procesos Instituci	Código	Practica	Fuente	Autoevaluación cualitativa	
				Fortalezas	Oportunidades de mejora
4.2.4 Mejorar la seguridad de los procedimientos quirurgicos					
	4.2.4	La institución ha diseñado un sistema de marcación del sitio quirúrgico en todos los procedimientos quirúrgicos; esto incluye el nivel, lateralidad, posición, sitios múltiples (incluye dedos) en la misma localización anatómica y procedimientos bilaterales. establecido el símbolo con el cual se marca el sitio operatorio y la utilización de marcadores indelebles.	Guia técnica de buenas practicas de seguridad del paciente y Paquete instruccional mejorar la seguridad en los procedimientos quirurgicos	Enfoque: Implementación: Resultado:	Enfoque: Implementación: Resultado:
	4.2.4	La institución cuenta con mecanismos para la prevención del fuego en cirugía mediante la revisión y verificación de los equipos e instalaciones eléctricas antes de la cirugía y durante la realización de ésta.	Guia técnica de buenas practicas de seguridad del paciente	Enfoque: Implementación: Resultado:	Enfoque: Implementación: Resultado:
	4.2.4	La institución cuenta con mecanismos para evitar quemaduras en cirugía por la utilización de placas electroquirurgicas, así mismo acciones para prevenir el fuego en cirugía.	Guia técnica de buenas practicas de seguridad del paciente	Enfoque: Implementación: Resultado:	Enfoque: Implementación: Resultado:
	4.2.4	La institución cuenta con un programa de orientación y formación a las personas que usan los equipos para garantizar un funcionamiento seguro, consistente y preciso.	Paquete instruccional mejorar la seguridad en los procedimientos quirurgicos	Enfoque: Implementación: Resultado:	Enfoque: Implementación: Resultado:
	4.2.4	La institución cuenta con el Manual del operador del fabricante para cada equipo el cual está disponible para el operador del equipo.	Paquete instruccional mejorar la seguridad en los procedimientos quirurgicos	Enfoque: Implementación: Resultado:	Enfoque: Implementación: Resultado:

¿Qué aspectos serán evaluados en la autoevaluación de la Ruta Crítica?

Debe tener claramente definido las prácticas aplicables a su institución para realizar su proceso de autoevaluación.

Debe haber desarrollado un proceso de autoevaluación donde se definan fortalezas y oportunidades de mejora.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Qué aspectos serán evaluados en la autoevaluación de la Ruta Crítica?

Las fortalezas y oportunidades de mejora deben ser consistentes y claras.

Las fortalezas y oportunidades de mejora deben estar definidas desde el enfoque, implementación y resultados.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

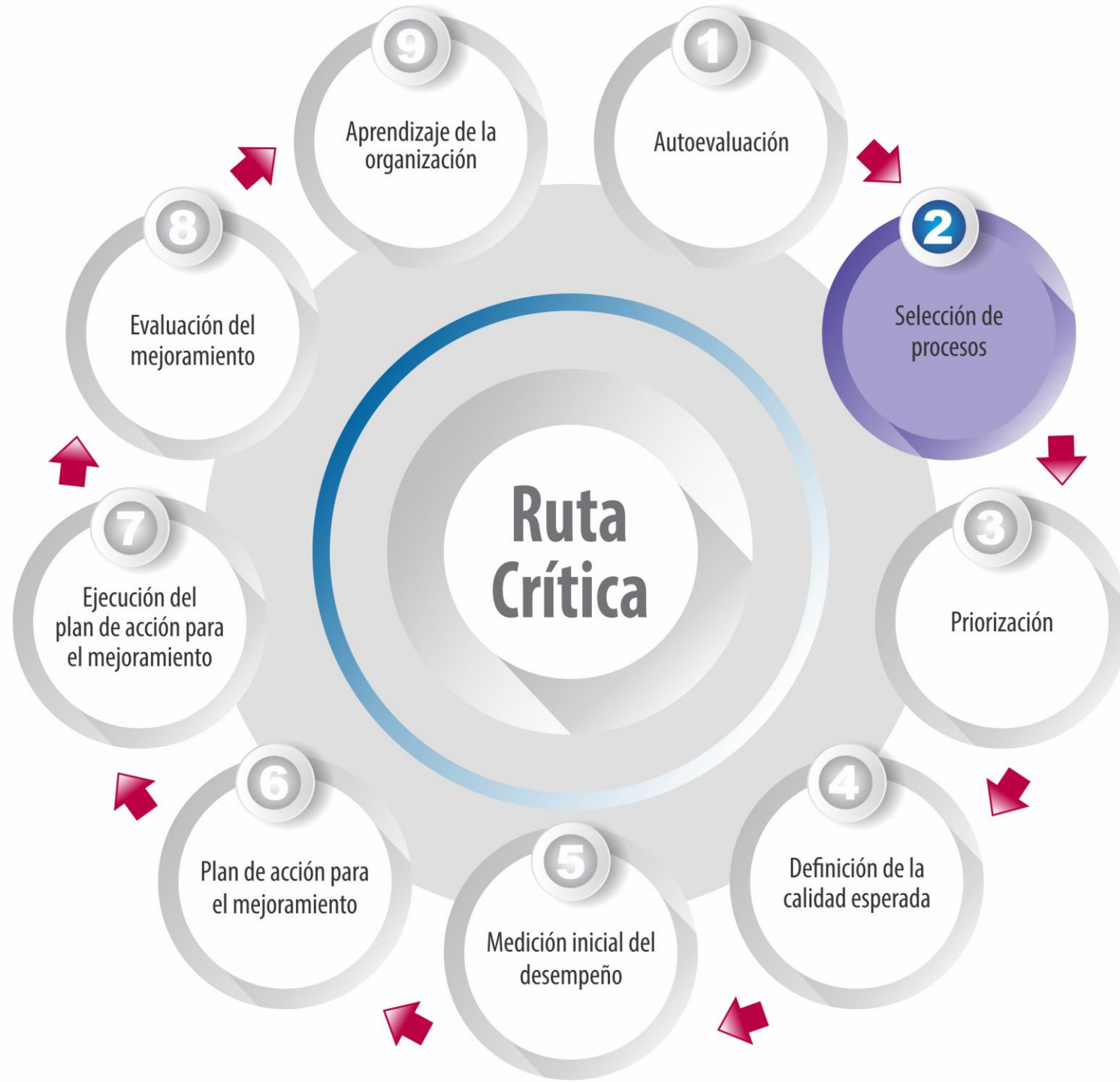
TALLER 2

AUTOEVALUACIÓN



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co



¿Qué es la selección de procesos con oportunidades de mejora?

Es la identificación de las prácticas que tienen oportunidades de mejora e identificar con que procesos institucionales se relacionan.

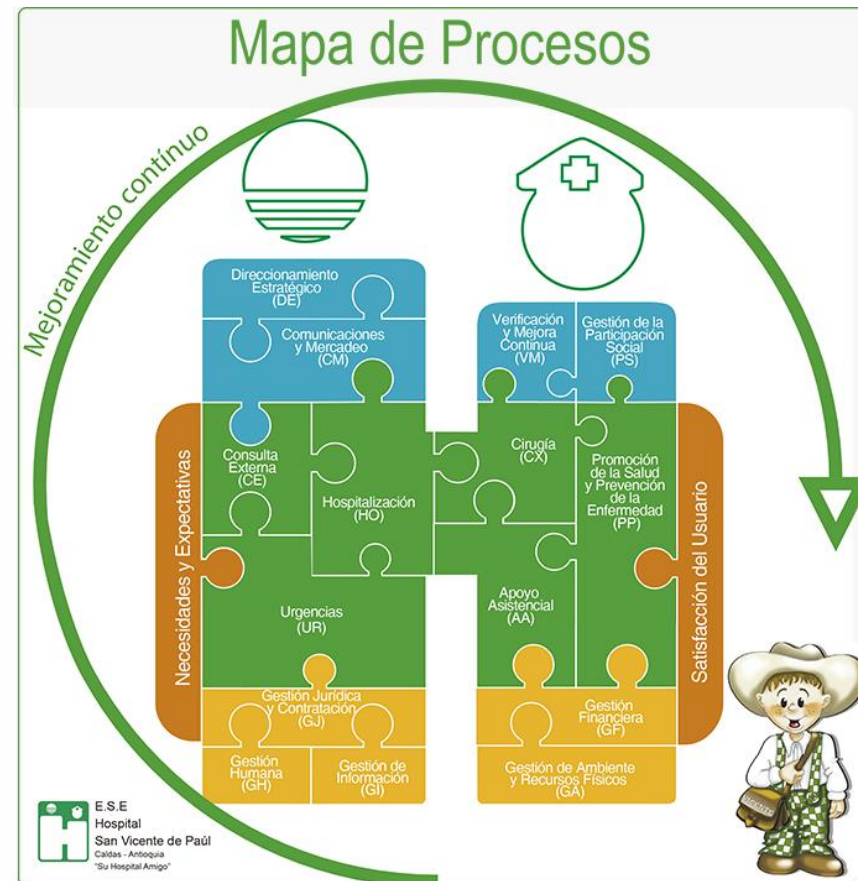
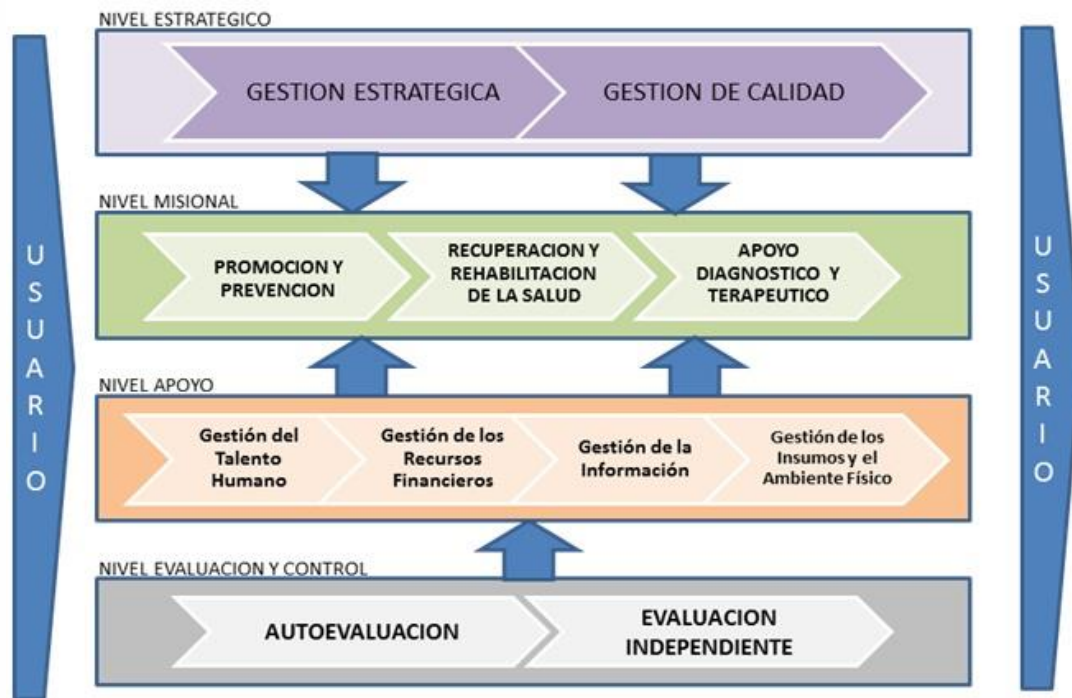
Procesos institucionales

Prácticas

PROCEDIMIENTOS	P-PLANEACION	I-GESTIÓN FINANCIERA	I-SERVICIO A LA CIUDADANIA	I-RECURSOS HUMANOS Y AMBIENTE FISICO	P-PROMOCIÓN DE LA AFILIACIÓN	P-GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	P-ASESORIA, ASISTENCIA TÉCNICA Y CAPACITACIÓN	P-VERIFICACIÓN DEL PAMEC EN LAS IPS
FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA								
27. La institución cuenta con un proceso de evaluación del desempeño de prestadores de servicios de salud y en el caso de los departamentos, de los municipios de su jurisdicción y otras instituciones que aporten en la responsabilidad de la atención en salud de la población de su jurisdicción.								x
28. La institución cuenta con un proceso de asistencia técnica y procesos que faciliten el mejoramiento de EPS, prestadores y en el caso de los departamentos a los municipios de su jurisdicción y otras instituciones que aporten en la responsabilidad de la atención en salud de la población de su jurisdicción.							x	
29. La institución cuenta con un proceso para planear, organizar, desarrollar y evaluar la oferta de instituciones públicas de prestación de servicios de salud en su jurisdicción. Este proceso incluye entre otros: <ul style="list-style-type: none"> . La organización de los hospitales públicos en una red de servicios coordinada y complementaria . Las acciones para brindar asistencia técnica y desarrollar mecanismos para el mejoramiento de las instituciones . Las acciones para vigilar y controlar el funcionamiento de las instituciones públicas en su jurisdicción . La evaluación individual y como red de las instituciones 						x		
RENDICIÓN DE CUENTAS								
La entidad tiene definidos procesos para dar a conocer a la sociedad los resultados de la gestión del sistema de salud, especialmente en lo relacionado con cumplimiento de metas, ejecución de planes estratégicos y operativos, estados financieros y ejecución presupuestal, proyectos de inversión, desarrollo de planes, programas y proyectos y contratación. <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con actividades para sensibilizar a los funcionarios frente a la rendición de cuentas • Cuenta con actividades para favorecer el acceso a la información por parte de la población. • Cuenta con actividades para propiciar espacios de interlocución entre la institución y la comunidad. 	x							

¿Qué aspectos deberá tener su organización para llevar a cabo este paso?

Mapa de procesos



¿Cuál es el formato utilizado para la selección de procesos a mejorar?

	PROCESOS INSTITUCIONALES														
PRÁCTICA	Planeación estratégica	Gestión de calidad	Atención en Consulta externa	Atención en odontología	Atención en Urgencias	Atención en Hospitalización	Atención en Ayudas Dx	Atención en Farmacia	Remisión de usuarios	Gestión de bienes e insumos	Gestión del talento Humano	Gestión financiera	Gestión de la información	Gestión de contratación	Gestión del Ambiente físico
PRÁCTICA 1			X	X	X	X	X	X	X						
PRÁCTICA 2							X								
PRÁCTICA 3			X	X	X	X	X	X	X						
PRÁCTICA 4								X							

¿Qué aspectos serán evaluados en la etapa de selección de procesos?

La IPS deben contar con un mapa de procesos y unos procesos y procedimientos documentados.

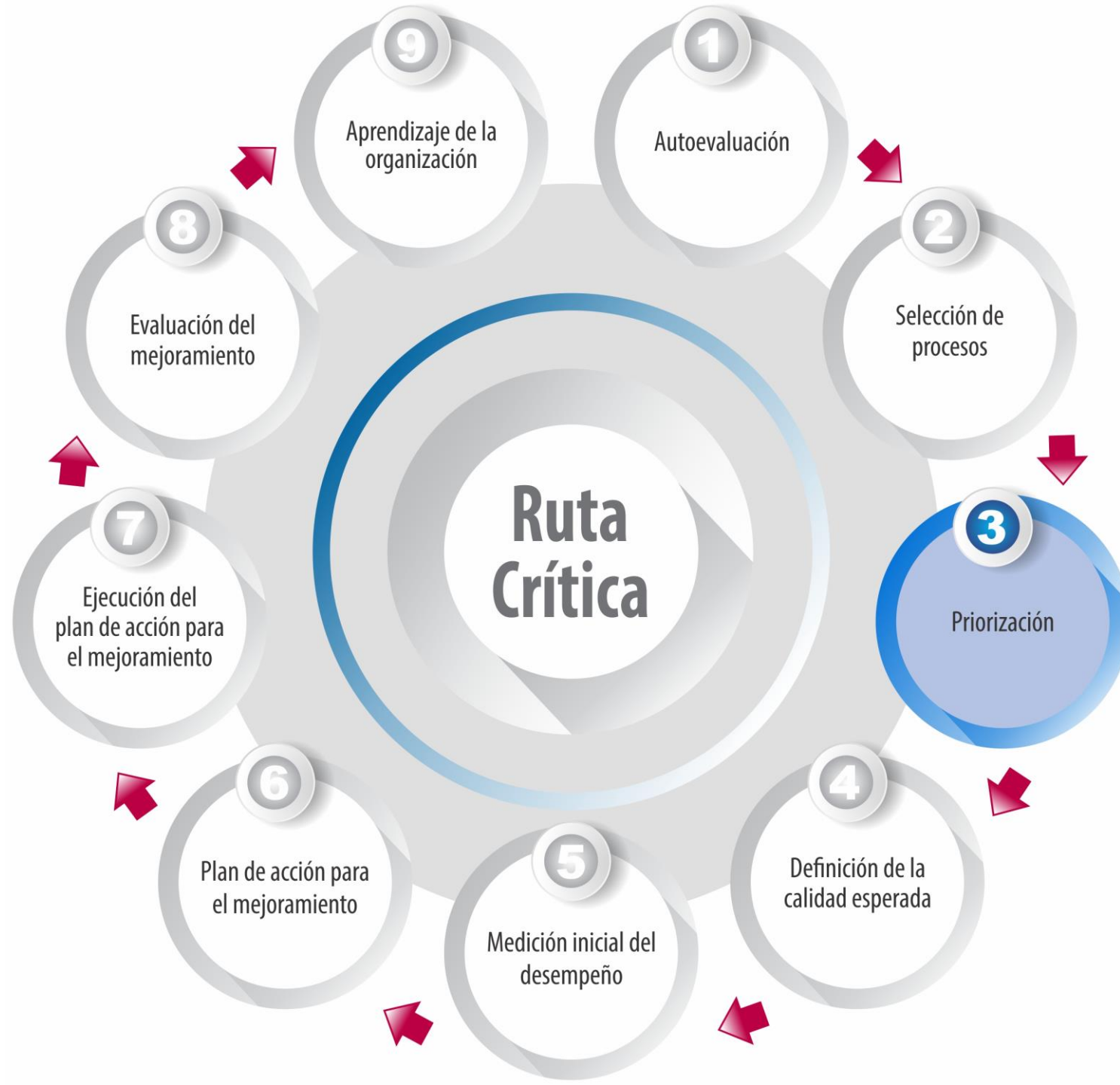


Debe confrontar las prácticas con oportunidades de mejora, frente a los procesos institucionales.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co



¿Qué es la priorización de las prácticas a mejorar?

Es la **identificación de los puntos críticos a intervenir**, en los cuales la organización va **concentrar sus esfuerzos para el mejoramiento**.

Priorización de oportunidades de mejora.

Priorización de prácticas con todas sus oportunidades de mejora.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Por qué se recomienda priorizar toda la práctica?

Para que la práctica se desarrolle integralmente (enfoque, implementación y resultados) y poder así generar impacto.

Para que no se trabaje en oportunidades de mejoramiento de implementación y resultado sin trabajar el enfoque.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Por qué se recomienda priorizar toda la práctica?

Práctica	Oportunidad de Mejora	Priorización OM	Acción de Mejora
Práctica 1	OM de enfoque OM de implementación OM de resultado	✘	AM de enfoque
Práctica 2	OM de enfoque OM de implementación OM de resultado	✘	AM de implementación
Práctica 3	OM de enfoque OM de implementación OM de resultado	✘ ✘	AM de enfoque AM de implementación

Acción de seguimiento



¿Por qué se recomienda priorizar toda la práctica?

Riesgos de priorizar oportunidades de mejora

Muchas prácticas en proceso de mejoramiento pero con mejoramientos incompletos

Desarrollo de acciones aisladas que no impactarán la prestación del servicio

Desarrollar acciones no lógicas, por ejm desarrollar una acción de implementación, sin tener un enfoque claro

Las acciones de seguimiento del PAMEC (auditorías e indicadores) estarán enfocadas a cosas puntuales de mejora, por ejm hacer un documento

El equipo directivo no va a tener claro en que se va a concentrar e impide su liderazgo y acompañamiento de una manera eficaz

¿Por qué se recomienda priorizar toda la práctica?

Práctica	Oportunidad de Mejora	Priorización Práctica con sus OM	Acción de Mejora
Práctica 1	OM de enfoque OM de implementación OM de resultado	×	AM de enfoque AM de implementación AM de Resultado
Práctica 2	OM de enfoque OM de implementación OM de resultado		
Práctica 3	OM de enfoque OM de implementación OM de resultado		

Acción de seguimiento



¿Por qué se recomienda priorizar toda la práctica?

Ventajas de priorizar toda la práctica

Las prácticas priorizadas se van a gestionar de manera integral desde su enfoque – implementación y resultados

Desarrollo de acciones integrales permiten impactar la práctica

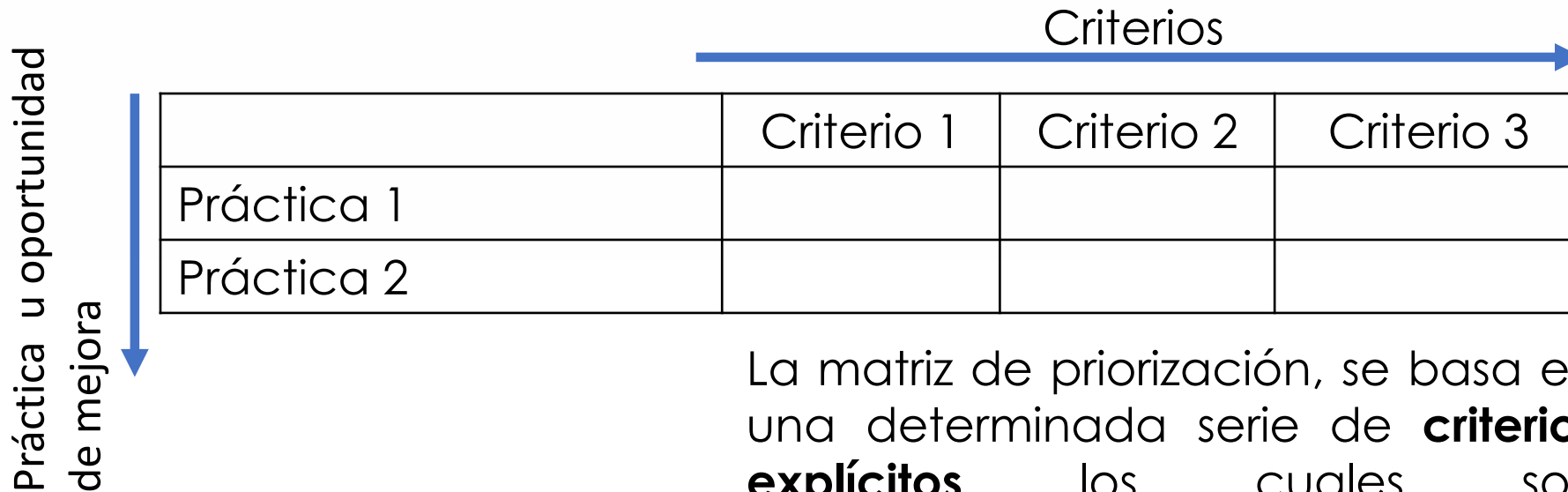
Las acciones de seguimiento del PAMEC van estar orientados al seguimiento de prácticas concretas

El equipo directivo va tener claro en que se va a concentrar, favoreciendo liderazgo y acompañamiento de una manera eficaz

El personal también va tener claro los grandes temas en que se debe concentrar

¿Cómo realizo la priorización de prácticas a mejorar?

Para realizar la priorización existen diferentes metodologías sin embargo la más aceptada es la **matriz de priorización**.



La matriz de priorización, se basa en una determinada serie de **criterios explícitos** los cuales son determinados por cada institución.

¿Cuáles criterios de priorización puedo utilizar?

Los criterios matriz de priorización más utilizados son:

Volumen. Se refiere a que tantas veces se ejecuta el procedimiento descrito en la práctica.

Riesgo. Se refiere a que si falla la práctica, que riesgo tiene el usuario y la institución.

Costo. Se refiere a si se falla en la ejecución de la práctica que tan costoso es para la organización por demandas, costos de no calidad, imagen.

¿Cuáles criterios de priorización puedo utilizar?

Criterios de la matriz de priorización

RIESGO	CRITERIO	VOLUMEN	CRITERIO	COSTO	CRITERIO
No representa ningún riesgo para los usuarios, trabajadores o la institución.	1	La práctica desarrolla procedimientos que se ejecutan solo algunas veces al año.	1	Si falla la práctica es poco costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	1
Representa un riesgo mínimo para los usuarios, trabajadores o la institución.	3	La práctica desarrolla procedimientos que se ejecutan varias veces al mes.	3	Si falla la práctica trae costos importantes para la institución (imagen, no calidad, demandas).	3
Representa un alto para los usuarios, trabajadores o la institución.	5	La práctica desarrolla procedimientos que se ejecutan muchas veces al día.	5	Si falla la práctica es muy costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	5

Procesos Institucionales	Código	Practica	Fuente	Priorización			
				Riesgo	Costo	Volumen	Resultado
4.2.4 Mejorar la seguridad de los procedimientos quirurgicos							
	4.2.4	La institución ha diseñado un sistema de marcación del sitio quirúrgico en todos los procedimientos quirúrgicos; esto incluye el nivel, lateralidad, posición, sitios múltiples (incluye dedos) en la misma localización anatómica y procedimientos bilaterales. establecido el símbolo con el cual se marca el sitio operatorio y la utilización de marcadores indelebles.	Guia técnica de buenas practicas de seguridad del paciente y Paquete instruccional mejorar la seguridad en los procedimientos quirurgicos	5	3	5	75
	4.2.4	La institución cuenta con mecanismos para la prevención del fuego en cirugía mediante la revisión y verificación de los equipos e instalaciones eléctricas antes de la cirugía y durante la realización de ésta.	Guia técnica de buenas practicas de seguridad del paciente	5	3	1	15
	4.2.4	La institución cuenta con mecanismos para evitar quemaduras en cirugía por la utilización de placas electroquirurgicas, así mismo acciones para prevenir el fuego en cirugía.	Guia técnica de buenas practicas de seguridad del paciente	5	5	5	125
	4.2.4	La institución cuenta con un programa de orientación y formación a las personas que usan los equipos para garantizar un funcionamiento seguro, consistente y preciso.	Paquete instruccional mejorar la seguridad en los procedimientos quirurgicos	4	3	3	111
	4.2.4	La institución cuenta con el Manual del operador del fabricante para cada equipo el cual está disponible para el operador del equipo.	Paquete instruccional mejorar la seguridad en los procedimientos quirurgicos	3	3	3	27
	4.2.4	La institución almacena de acuerdo con las recomendaciones del fabricante, el equipo de protección personal (delantales de plomo, gafas láser	Paquete instruccional mejorar la seguridad en los procedimientos				

¿Cuántas prácticas priorizar?

La **máxima calificación** que se puede obtener es de **125**.

Se considera que las prácticas que obtengan una calificación **mayor de 80 son las que pueden entrar a intervenirse**, sin embargo, este número no debe considerarse como un número mágico.

Otra guía que se puede utilizar es que la **organización escoja el 30% de las prácticas**, el cual estará determinado entre aquellas prácticas que obtuvieron mayor criticidad en su priorización.



¿Qué aspectos serán evaluados en la priorización de la Ruta Crítica?



Debe tener claramente definido la metodología para la priorización



Debe haber definido los criterios para la priorización



Debe haber aplicado la priorización a las oportunidades de mejora o prácticas



Debe haber priorizado un grupo considerable de prácticas



TALLER 3. PRIORIZACIÓN



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co



¿Cómo establecer la calidad deseada de las prácticas priorizadas?

Significa establecer como se desea que se realicen los procesos y cuales son los resultados que se quieren lograr.

Implica definir criterios y estándares de calidad a través de los que se medirá el desempeño de las prácticas, para garantizar la prestación de los servicios en condiciones óptimas de calidad.



¿Cómo establecer la calidad deseada de las prácticas priorizadas?

Se deberá establecer.

Metas de los indicadores que evalúan el comportamiento de la práctica

- Se deben establecer metas e indicadores que evaluarán el desempeño de la práctica priorizada de una manera pertinente.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cómo establecer la calidad deseada de las prácticas priorizadas?

Es importante aclarar que se **preferirá utilizar indicadores ya definidos por la organización**, que el desarrollo de nuevos indicadores de gestión.

Se debe garantizar que los indicadores seleccionados si **evalúen el objetivo de la práctica** teniendo en cuenta las oportunidades de mejora que se tienen.

Se recomienda utilizar los indicadores dispuestos en los **paquetes instruccionales**, así como los indicadores de la **Resolución 256 de 2016**.

Indicadores paquetes instruccionales

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PROPORCIÓN DE PACIENTES IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE.

DOMINIO

Seguridad del Paciente

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de pacientes identificados con mínimo dos datos personales en el brazalete.

DENOMINADOR

Total de pacientes identificados con brazalete.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor.

ASPECTOS GENERALES

NOMBRE

PORCENTAJE DE INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS A FALLAS EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.

DOMINIO

Seguridad del paciente.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

NUMERADOR

Número de Incidentes o eventos adversos asociados a fallas en la identificación del paciente.

DENOMINADOR

Total de eventos adversos presentados en el periodo.

UNIDAD DE MEDICIÓN

Relación porcentual.

FACTOR

100

FÓRMULA DE CÁLCULO

Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se multiplica por el factor.

¿Cuáles son las características de un buen indicador?

FIABLE

- Medido de diferentes formas debe ofrecer el mismo valor.
- No puede ser influido por quien recoge el dato o por el método de recogida.

VÁLIDO

- Sea capaz de identificar todos aquellos casos en que existe un problema real.
- (Indicador consistentemente mide lo que suponemos que mide, en otras palabras, si cumple su propósito).

RELEVANTE

- Se relaciona con **RESULTADOS CLAVES** de la dependencia u organización sujeto de evaluación.

¿Cuáles son las características de un buen indicador?

SENSIBLE

- Es capaz de percibir los cambios en la calidad, no genera falsos negativos.

ESPECÍFICO:

- Mide solamente los fenómenos que se quieren medir y no otros.
- No se afecta por otros fenómenos, no genera falsos positivos.

BUEN INDUCTOR DE LA ACTUACIÓN.

- Permita tomar decisiones.

SENCILLOS

- Deben ser siempre fáciles de capturar y no deben implicar un elevado grado de dificultad en su interpretación.



¿Qué tipo de Indicador puedo utilizar?

Razón: Es el cociente o comparación de dos variables, los valores del numerador y del denominador son de diferente o similar naturaleza.

Ejm: Razón de camas por enfermera.

Por ejemplo si hay un hospital con 380 camas y tiene 95 enfermeras.

$$\text{Razón de camas por enfermera} = \frac{380}{95} \rightarrow 4 \quad \text{Cada enfermera atiende 4 camas}$$



¿Qué tipo de Indicador puedo utilizar?

Proporción: Es el cociente de dos variables, el numerador está contenido en el denominador.

Ejm: Proporción de ayudas diagnósticas pertinentes.

El resultado se multiplica por una K = 100, 1.000, 10.000, 1.000.000

Por ejemplo, si en una evaluación de pertinencia de las ayudas diagnosticas se encuentra que hay 2310 ordenes pertinentes de los 3420 ordenes procesadas en el periodo, la proporción de ayudas diagnósticas pertinentes es:

$$\text{Proporción de ayudas diagnósticas pertinentes.} = \frac{2310}{3420} \times K(100) \rightarrow 67\%$$

¿Qué es entonces un porcentaje?

Una práctica incorrecta, pero bastante frecuente, consiste en denominar porcentajes a las proporciones, cuando se utiliza como constante $(K)=100$.

La práctica ortodoxa recomienda usar el término proporción.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Qué tipo de Indicador puedo utilizar?

Promedio: Es un indicador en el cual se establece una relación entre una sumatoria de cantidades y el número total de mediciones realizadas para llegar a dicha sumatoria.

En la gestión de la calidad en salud los promedios se utilizan con frecuencia para medir la **oportunidad y puntualidad** de los servicios.

Ejemplo: Promedio de tiempo de espera para la atención.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Ejemplo: Promedio de tiempo de espera para la atención.

Por ejemplo, calculando el tiempo que espera un paciente para la atención por el medico en consulta externa se tomo una muestra de 156 mediciones y la sumatoria de tiempo de espera fue de 1404 minutos, el Promedio de tiempo de espera para la atención es:

	T de llegada	T de atención	Tiempo de espera
Paciente 1	7:00	7:05	5 min
Paciente 2	7:14	7:23	9 Min
Paciente 3	7:24	7:36	12 Min
Paciente.... (156)			

Sumatoria de Tiempos de espera 1404

Promedio de tiempo de espera para la atención

$$= \frac{1404}{156} \rightarrow 9$$



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Qué tipo de Indicador puedo utilizar?

Índice: Es un indicador en el cual se establece una relación entre un número total de eventos y el número de sujetos en riesgo de presentar dichos eventos o de situaciones o eventos condicionantes de dicho riesgo.

De manera similar a la proporción, el índice incluye un factor multiplicador de tipo constante, pero a diferencia de la proporción, las cantidades en el numerador y el denominador son de naturaleza diferente.

Ejemplo: Índice de Infecciones Intrahospitalarias.

Los índices se utilizan para medir riesgo en aquellas situaciones en las cuales un mismo sujeto puede presentar varios de los eventos.

En efecto, un usuario hospitalizado puede presentar más de una infección nosocomial, un usuario atendido en una institución puede presentar más de un evento adverso evitable, una fórmula médica o una historia clínica pueden presentar más de una inconsistencia.

Cuando se trata de eventos únicos se debe preferir la proporción.

Por su naturaleza misma, los índices son indicadores más sensibles que las proporciones.

Ejemplo: Índice de Infecciones asociadas al cuidado.

Por ejemplo, en el servicio de hospitalización se presentaron 16 infecciones asociadas al cuidado y se presentaron 256 egresos hospitalarios en el periodo, el índice de infecciones asociadas al cuidado es:

El Índice de Infecciones Intrahospitalarias contabiliza en el numerador el total de infecciones asociadas al cuidado detectadas en una institución o un servicio durante un período determinado, y en el denominador el total de egresos de dicha institución o servicio durante el mismo período.

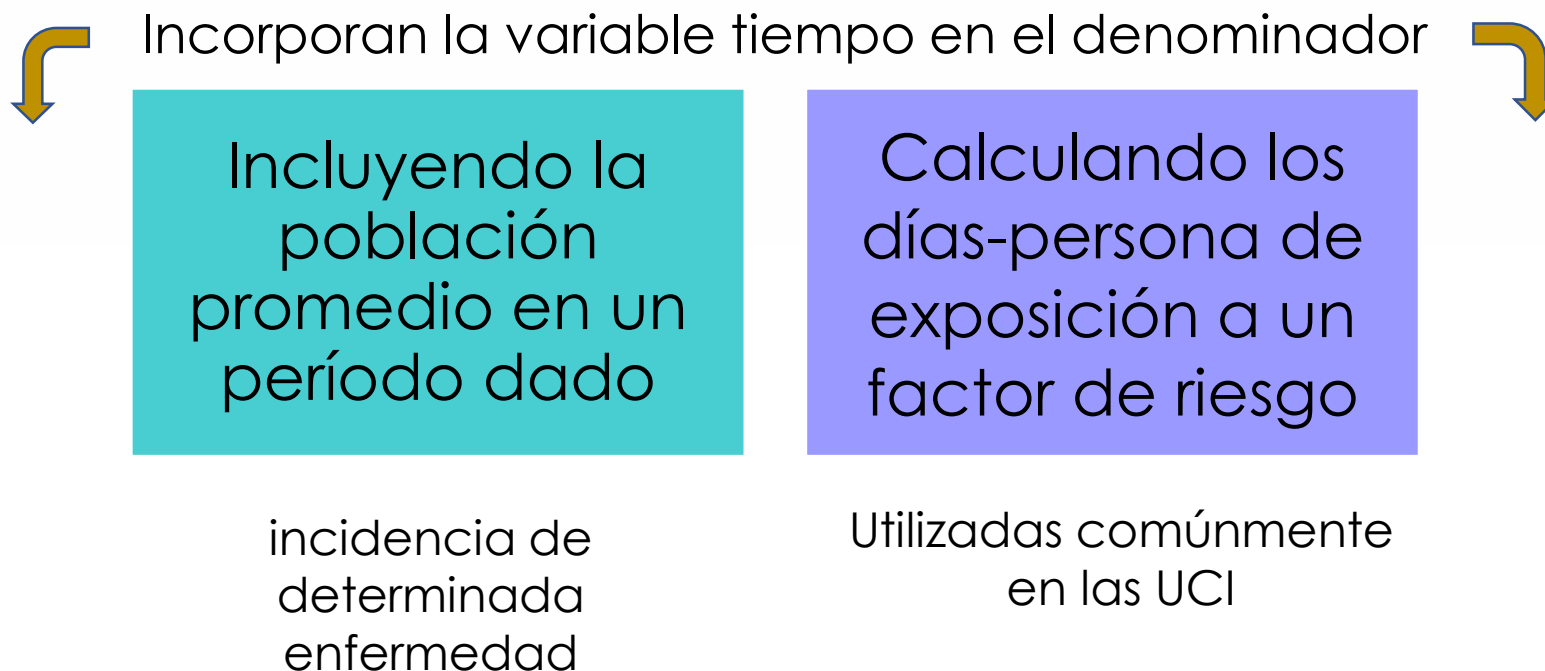
Índice de Infecciones asociadas al cuidado

$$\begin{array}{l} \text{Infecciones} \\ \text{detectadas} \\ 16 \\ = \frac{\quad}{256} \times 100 \end{array} \rightarrow 6,2$$

Egresos Hospitalarios

¿Qué tipo de Indicador puedo utilizar?

Tasa: Son formas especiales de índices por cuanto miden el riesgo, y lo hacen mediante la medición de eventos adversos. La característica básica de las tasas es que incorporan la variable tiempo en el denominador.



¿Qué tipo de Indicador puedo utilizar?

Ejm: Tasa de Infecciones Urinarias Asociadas al Uso de Catéter Vesical = $\frac{\text{Número de Infecciones Urinarias Asociadas al Uso de Catéter Vesical} \times 1000}{\text{Total de Días-paciente con catéter vesical}}$.

Tasa de natalidad: $\frac{\text{Numero de nacidos vivos en un año} \times 1000}{\text{poblacion promedio en ese año}}$.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cuál es el formato de ficha técnica del indicador?

Nombre del Indicador	
Objetivo	
Atributo de calidad	
Formula del indicador	
Fuente de los datos	Numerador:
	Denominador:
Periodicidad del indicador	
Responsable de generar el indicador	
Responsable del calculo del indicador	
Responsable de la toma de decisiones	
Categoría de desagregación	

Estándar		
Aceptable		
Deficiente		

¿Cuáles son los aspectos mínimos que trae la ficha técnica del indicador?

Nombre del indicador: **Expresa el ¿qué?** Nombre que identifica el indicador e indica el hecho o característica que se quiere controlar.

Ej Proporción de Adherencia a las guías de práctica clínica, Proporción de ocupación de camas, Proporción de solicitudes despachadas.

Objetivo: **Expresa el ¿para qué?** Se mide el hecho o característica: Ej Proporción de Adherencia a las guías de práctica clínica: Verificar el grado de aplicación de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia por parte del equipo de salud.

¿Cuáles son los aspectos mínimos que trae la ficha técnica del indicador?

Atributo de Calidad: Expresa la característica de calidad que va a ser evaluada con la medición del indicador. Ej. oportunidad, pertinencia, etc.

Formula del indicador: Define los datos requeridos y la fórmula si se requiere. Ej. Proporción de Adherencia a las guías de práctica clínica: $\frac{\text{Número de historias clínicas evaluadas que presentan adherencia a las guías}}{\text{total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$.



¿Cuáles son los aspectos mínimos que trae la ficha técnica del indicador?

Fuente de datos: Indica de donde se obtienen específicamente los datos, entre más claro y preciso sea mas fiable será el indicador. Ejm: Celda, casilla, informe consolidado.

Criterios de Exclusión:

En esta celda se describirán las posibles situaciones que se deben considerar para garantizar la especificidad del indicador. Ejm: Situaciones que no van a ser tenidas en cuenta para el calculo del indicador.

¿Cuáles son los aspectos mínimos que trae la ficha técnica del indicador?

Periodicidad: Indica cada cuánto se debe medir el indicador: diario, semanal, mensual, semestral o anual Ej. Proporción de adherencia a las guías de práctica clínica se recomienda medir trimestral o semestralmente.

Responsable de generar el indicador: Indica la dependencia y/o cargo del responsable de la captura inicial de los datos, generar del indicador y realizar el flujo de la información hacia el responsable de analizar el indicador. Ej. Proporción de adherencia a las guías de práctica clínica: La captura es el auditor médico.

¿Cuáles son los aspectos mínimos que trae la ficha técnica del indicador?

Responsable del análisis: Registra la dependencia y/o cargo del responsable de la toma de decisiones Ej. Proporción de adherencia a las guías de práctica clínica es analizado trimestralmente por el líder del proceso de hospitalización y la subgerencia asistencial.

Categoría de desagregación: Registra a qué nivel se debe generar el indicador y permite identificar y de manera más precisa donde esta la brecha en el desempeño. EJ: Proporción de adherencia a las guías de práctica clínica, se puede generar por guía, por medico, por servicio o para el total del Hospital.

¿Cuáles son los aspectos mínimos que trae la ficha técnica del indicador?

Patrón de comparación o estándar: Registra el nivel con que se comparará el indicador. Proporción de adherencia a las guías de práctica clínica se debe comparar con el 90% que se considera que es el estándar.



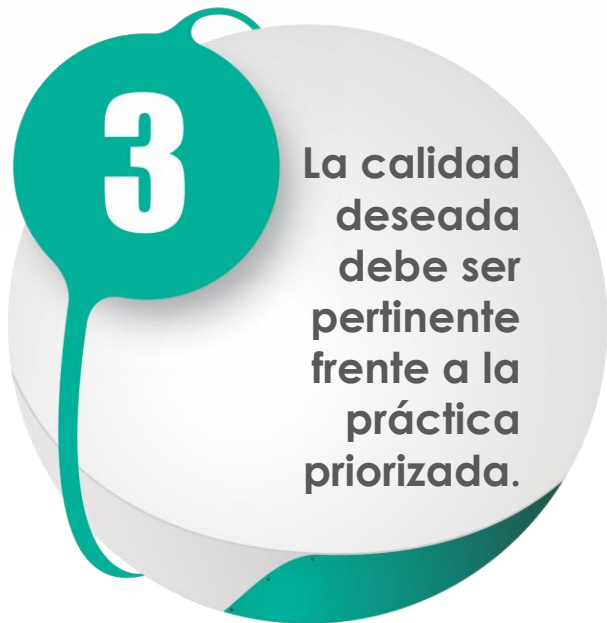
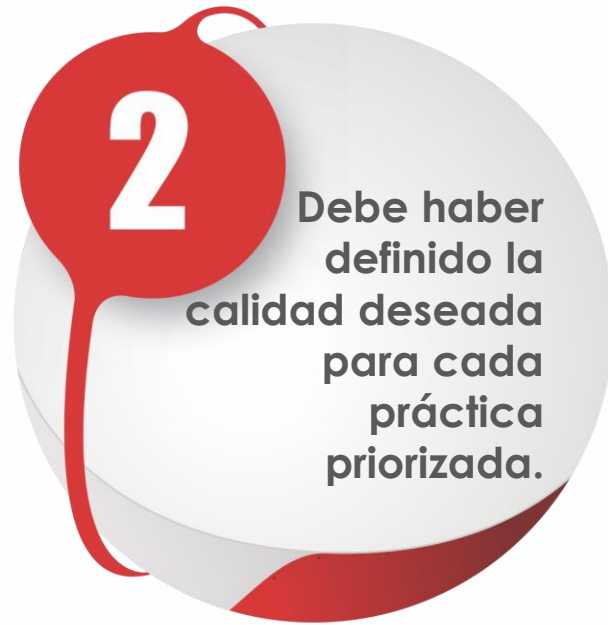
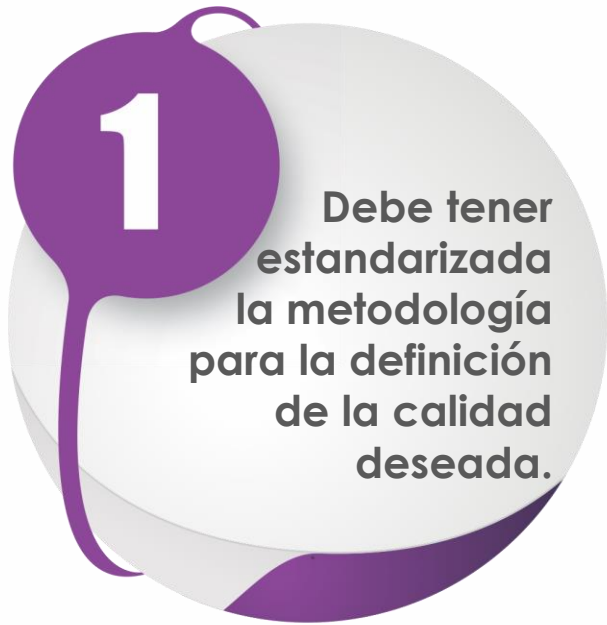
las metas extremas (0% ó 100%) no son las más adecuadas porque suelen ser muy difíciles de lograr y por ello pueden afectar negativamente la motivación del personal.

¿Cuáles son los aspectos mínimos que trae la ficha técnica del indicador?

Patrón de comparación o estándar: Al momento de plantear las metas puede ser de utilidad estimar la magnitud de la mala calidad que estamos dispuestos a aceptar. Para determinarla se puede tener en cuenta:



INDICADOR	Proporción	Razón	Índice	Tasa	Promedio	CARACTERÍSTICA Ó ATRIBUTO DE CALIDAD	NOMBRE PROPUESTO PARA ESTE INDICADOR
Total de días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el usuario pide la cita y la fecha para la cual es asignada/ Nro. Total de citas asignadas en la institución					x	Oportunidad	Oportunidad en la atención O promedio de tiempo de espera para la asignación de la cita
Número de eventos relacionados con dispositivos y equipos biomédicos / Total de eventos reportados x 100	x					Seguridad	Proporción de eventos adverso relacionados con los equipos biomédicos
Número total de usuarios que se consideran satisfechos con los servicios recibidos en la IPS Celestial/ número de usuarios encuestados en el período x 100	x					Satisfacción	Proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos
Número de eventos adversos asociados a fallas en la identificación del paciente/Total de eventos adversos presentados en el período	x					Seguridad	Proporción de eventos adversos por fallas en la identificación
Sumatoria de los casos nuevos de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter en un mes de seguimiento/ Número días catéter urinario en UCI (adulto, y pediátrica) en un mes de seguimiento x 1000				x		Seguridad	Tasa de Infecciones Urinarias Asociadas al Uso de Catéter Vesical
Número de hematomas presentados pos procedimiento intervencionista/Total de pacientes que se les realizó procedimientos invasivos x 100			x			Seguridad	Índice de hematomas presentados pos procedimiento intervencionista



¿Qué aspectos serán evaluados en la definición de la calidad deseada de la Ruta Crítica?

¿Qué aspectos serán evaluados en la definición de la calidad deseada de la Ruta Crítica?

5

Se cuentan con las fichas técnicas de los indicadores

6

Se tienen los instrumentos que operativizan la medición de los indicadores.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co



¿Qué es la medición inicial del desempeño de las prácticas priorizadas?

Es **establecer la línea de base** del desempeño institucional, que **permitirá medir el impacto** de las acciones de mejoramiento.

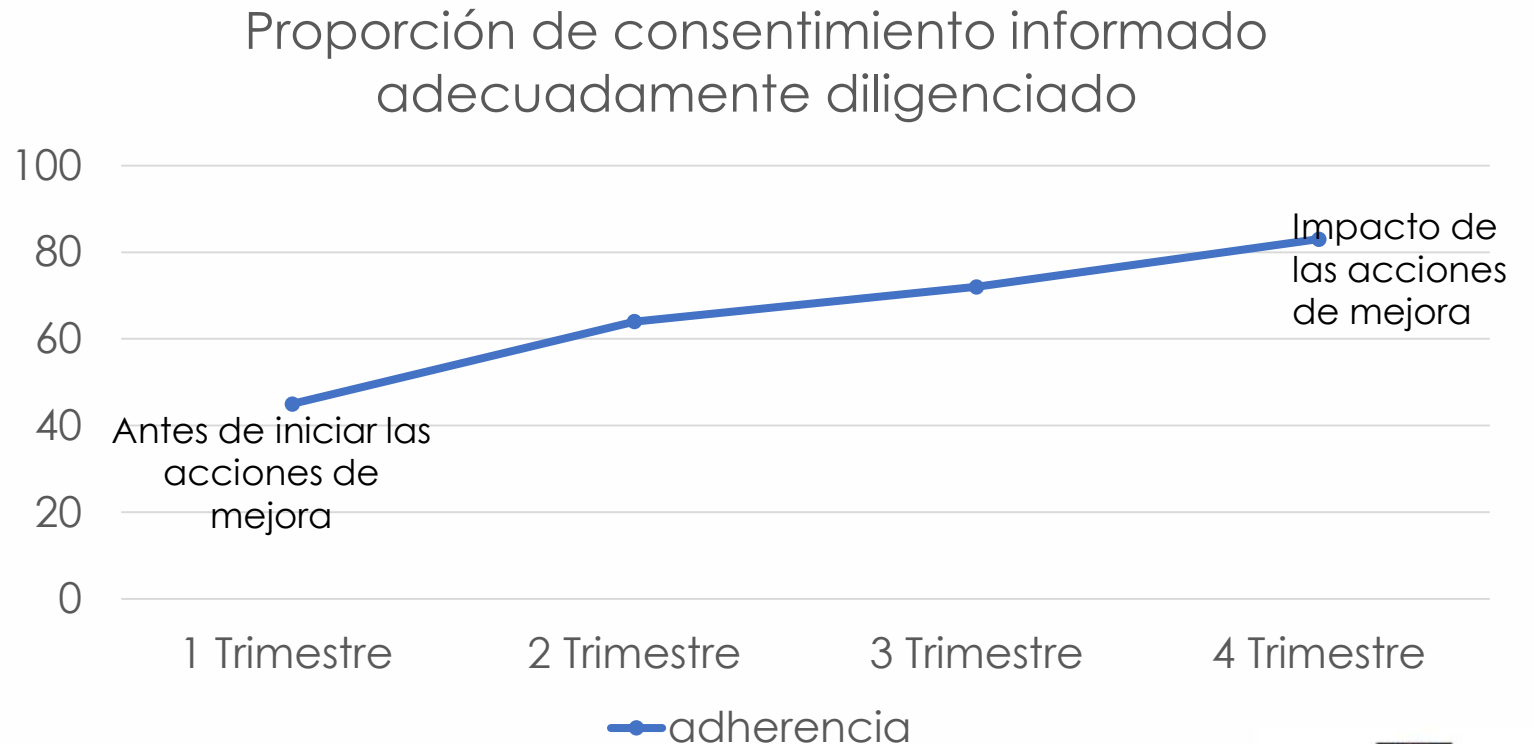
Para realizar la medición se deberán **construir los instrumentos** de medición que permitan generar los indicadores establecidos.

Realizar la validación de los instrumentos y ajuste de ser necesario, previo a la aplicación.

Se recomienda también en esta fase construir el cronograma de medición de los indicadores seleccionados.

¿Por qué se realiza la medición inicial del desempeño, sin haber definido, ni implementado el plan de mejora?

Para poder evaluar el impacto de las acciones de mejoramiento que implementemos.

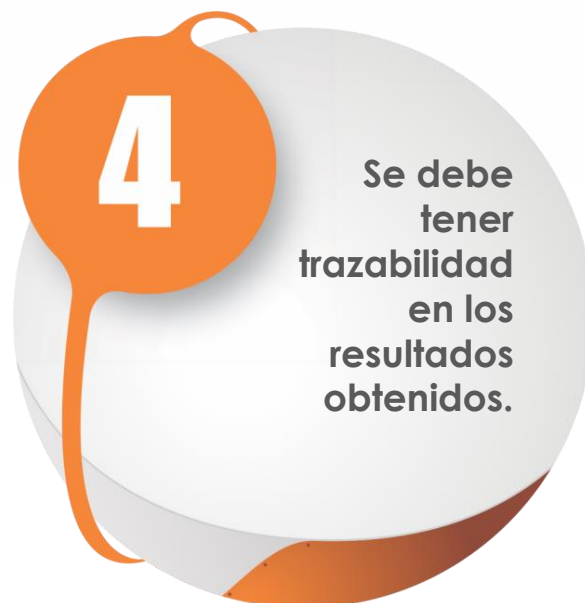
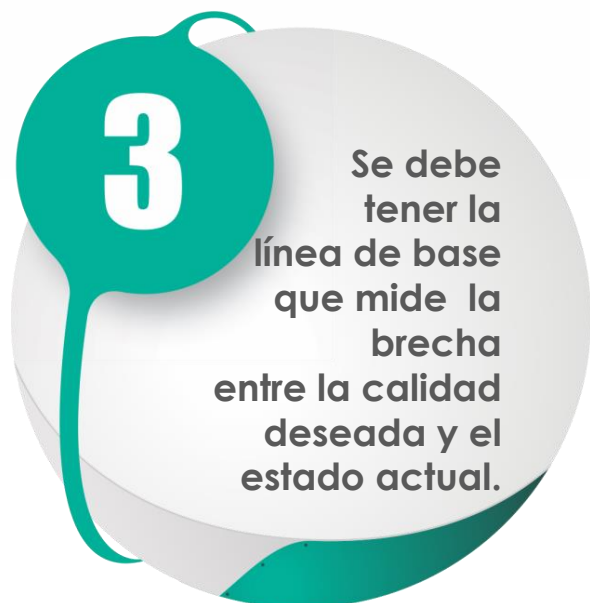
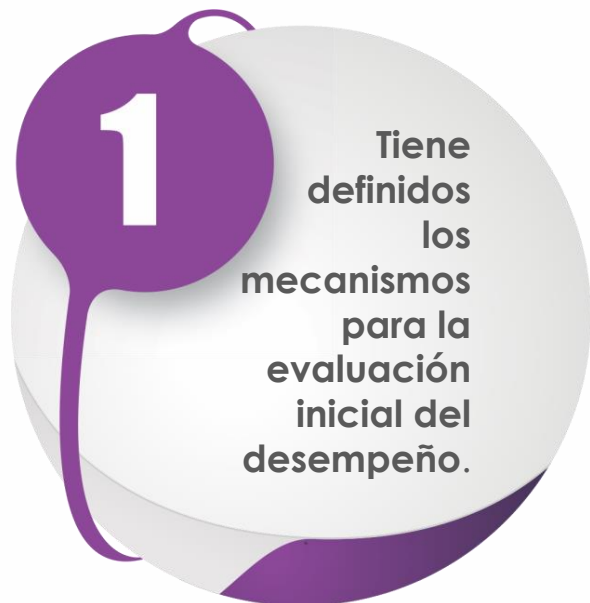


Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

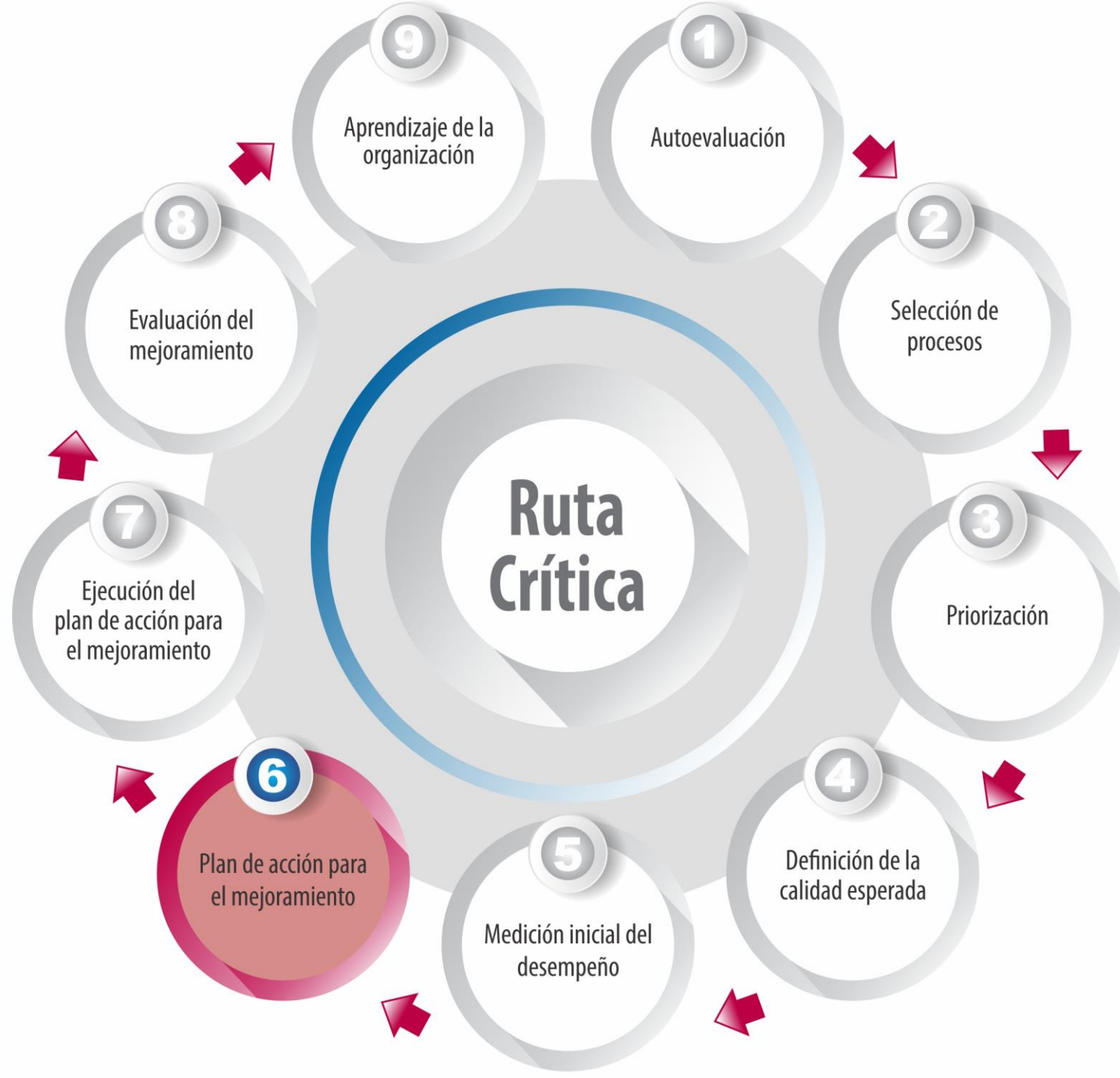
www.medellin.gov.co

¿Cuáles son los formatos utilizados para realizar la medición inicial del desempeño?

Autoevaluación cualitativa	Selección de procesos Procesos a mejorar	Calidad esperada		Medición inicial	Evaluación del mejoramiento		
		Nombre del indicador	Meta		Seguimiento fecha 1	Seguimiento fecha 2	Seguimiento fecha 3
atienden y cuidan a los pacientes							
<p>Enfoque: Documentar el listado de abreviaturas autorizadas por la institución para su utilización</p> <p>Implementación: Incluir este listado de abreviaturas en el proceso de inducción</p> <p>Resultado: Definir el indicador para esta practica</p>	<p>Atención medica</p> <p>Producción</p> <p>SAC - Atención en salud</p>	Satisfacción del usuario frente a la información recibida	90%	75%			
<p>Enfoque: Documentar estrategias para incentivar al paciente a resolver sus dudas o preguntas durante la atención. (Dentro del protocolo de atención crear check list de las actividades para la recepción del paciente en cada una de las citas y una de las actividades que sea la recordación al paciente de escribir sus dudas o preguntas para realizarselas al tecnico en su visita)</p> <p>Implementación: Realizar lista de chequeo e iniciar implementación</p> <p>Resultado: Realizar verificación en la implementación de la estaretgia (Encuesta de satisfacción) con la pregunta a usted le informaron sobre la posibilidad de traer sus preguntas o dudas escritas para realizarle al tecnico en su visita?</p>	<p>Atención medica</p> <p>Producción</p> <p>SAC - Atención en salud</p>						
<p>Enfoque: Documentar en el procedimiento de atención medica el mecanismo para identificar la comprensión del paciente de los riesgos y complicaciones antes de firmar el consentimiento informado. (poner un ítem de que estoy de acuerdo con los riesgos en la orden de producción)</p> <p>Implementación: Verificar que se este informando los riesgos y complicaciones al paciente</p> <p>Resultado: Definir el indicador para esta practica</p>	<p>Atención medica</p>						



¿Qué aspectos serán evaluados en la medición inicial del desempeño?



¿En qué consiste el plan de acción para el mejoramiento de las prácticas priorizadas?

En esta fase se desarrollan **estrategias específicas para el cierre de las brechas**, encontradas en la autoevaluación, por lo tanto cada práctica priorizada tendrá una calidad esperada y unas acciones de mejoramiento para el cierre de brechas.

La calidad del plan de mejoramiento depende de qué tan claras y bien definidas se encuentren las oportunidades de mejora generadas en el PASO 1. Autoevaluación.



¿Cuál es el formato para elaborar el plan de mejoramiento?

Código	Practica	Fuente	Autoevaluación cualitativa	Plan de mejoramiento		
			Oportunidades de mejora	Acción de mejora	Responsable	Fecha de realización
4.2.4 Mejorar la seguridad de los procedimientos quirurgicos						
4.2.4	La institución ha diseñado un sistema de marcación del sitio quirúrgico en todos los procedimientos quirúrgicos; esto incluye el nivel, lateralidad, posición, sitios múltiples (incluye dedos) en la misma localización anatómica y procedimientos bilaterales. establecido el símbolo con el cual se marca el sitio operatorio y la utilización de marcadores indelebles.	Guia técnica de buenas practicas de seguridad del paciente y Paquete instruccional mejorar la seguridad en los procedimientos quirurgicos	Enfoque: Implementación: Resultado:			
4.2.4	La institución cuenta con mecanismos para la prevención del fuego en cirugía mediante la revisión y verificación de los equipos e instalaciones eléctricas antes de la cirugía y durante la realización de ésta.	Guia técnica de buenas practicas de seguridad del paciente	Enfoque: Implementación: Resultado:			
4.2.4	La institución cuenta con mecanismos para evitar quemaduras en cirugía por la utilización de placas electroquirurgicas, así mismo acciones para prevenir el fuego en cirugía.	Guia técnica de buenas practicas de seguridad del paciente	Enfoque: Implementación: Resultado:			
4.2.4	La institución cuenta con un programa de orientación y formación a las personas que usan los equipos para garantizar un funcionamiento seguro, consistente y preciso.	Paquete instruccional mejorar la seguridad en los procedimientos quirurgicos	Enfoque: Implementación: Resultado:			
4.2.4	La institución cuenta con el Manual del operador del fabricante para cada equipo el cual está disponible para el operador del equipo.	Paquete instruccional mejorar la seguridad en los procedimientos quirurgicos	Enfoque: Implementación: Resultado:			

Este plan de mejoramiento debe estar diseñado para cerrar las brechas del **ENFOQUE, IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS.**

¿Qué aspectos serán evaluados en el plan de mejoramiento inicial de la Ruta Crítica?

Debe tener claramente definido un plan de mejoramiento para el cierre de las brechas.

Debe tener definidos los responsables y las fechas para el cierre de las brechas.

Se debe incluir acciones de mejora la totalidad de prácticas u OM priorizadas.

¿Qué aspectos serán evaluados en el plan de mejoramiento inicial de la Ruta Crítica?

El personal de la institución debe conocer el plan de mejoramiento.

En caso de varias sedes cada una de ellas deberá contar con plan de mejoramiento.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

TALLER 4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA Y PLAN DE MEJORAMIENTO



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co



¿En qué consiste la ejecución al plan de acción para el mejoramiento de las prácticas priorizadas?

Las acciones de mejoramiento son ejecutadas por los responsables, según el cronograma preestablecidos.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Qué aspectos serán evaluados en la ejecución del plan de acción de la Ruta Crítica?

Se debe verificar que las acciones de mejora se estén ejecutando por los responsables.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co



¿Qué es la evaluación del mejoramiento?

Consiste en el seguimiento al impacto de las acciones establecidas por la organización.

Debe existir una instancia (Líder responsable de PAMEC, Comité de Calidad o la Alta Dirección), que realice el **seguimiento al plan de mejora**, lo cual implica:

Identificar y garantizar los recursos necesarios para la correcta implantación de las acciones planteadas.

Realizar seguimiento a la implementación.

Evaluar si las estrategias planteadas están siendo efectivas o requieren alguna ajuste. (Por medio de indicadores y auditorías).



¿Qué aspectos serán evaluados en la evaluación del mejoramiento de la Ruta Crítica?

Debe realizar acciones de seguimiento a la implementación y eficacia de los planes de mejoramiento.

Debe tener definidas las personas responsables del seguimiento a los planes de mejora.

Debe quedar constancia de los seguimientos realizados.



¿Qué aspectos serán evaluados en la evaluación del mejoramiento de la Ruta Crítica?

Deben definirse planes de choque cuando se presentan desviaciones en la implementación de los planes de mejora.

Se deben implementar las acciones de seguimiento del PAMEC (auditorías, indicadores, etc, orientadas a evaluar el cumplimiento de las metas establecidas).





¿Qué es el aprendizaje de la organización para mantener o continuar mejorando la calidad alcanzada?

Una vez las oportunidades de mejoramiento han sido solucionadas se realiza:

<p>Un resumen del mejoramiento logrado para evidenciar cuál era el problema, cómo se analizó, cuáles eran las causas del problema, cómo se trató y cuáles fueron los resultados.</p>	<p>Comunicación de los resultados a todos los clientes internos involucrados en el proceso.</p>	<p>Ajuste de los procesos mejorados con las actividades que demostraron cambio con el fin de estandarizarlos.</p>	<p>Capacitación y reentrenamiento al personal responsable del proceso mejorado para que se continúe la implementación del proceso con los cambios que ya se probaron.</p>	<p>Medición continua de los indicadores del proceso mejorado, con el fin de evaluar si la calidad alcanzada se mantiene o aún sigue mejorando.</p>
---	--	--	--	---

¿Cuál es el formato para consolidar el aprendizaje organizacional?

Fecha de inicio de ciclo:		Fecha de finalización del ciclo:	
Estándar priorizado			
Descripción de la oportunidad de mejoramiento			
NOMBRE DEL INDICADOR	META	MEDICION INICIAL	MEDICION FINAL
Grafico			
Descripción de las acciones de mejoramiento implementadas			
Descripción de los documentos estandarizados	ACTUALIZACIONES	DOCUMENTACIÓN	
Aprendizaje organizacional			
Continuidad de la mejora (acciones de mejora que quedan pendientes por finalizar)			
Cierre de ciclo del estándar priorizado	SI		NO
Posibilidad de mejora	SI		NO

¿Que hacer si un plan de mejoramiento no tiene impacto?

Cuando un plan de mejoramiento no tiene impacto y los indicadores continúan mostrando brechas, **aplique el modelo de mejoramiento** y que incluye la **aplicación de las herramientas de análisis de solución de problemas**.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

1

Constancia de la capacitación y reentrenamiento al personal con los cambios que fueron efectivos.

2

Debe tener evidencia de las reuniones donde se realizó esta capacitación y reentrenamiento.

3

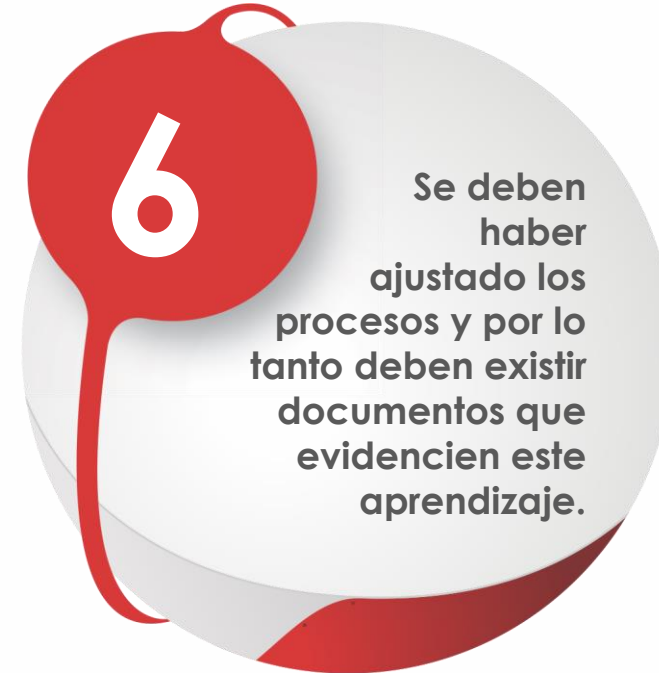
Debe continuar midiendo los indicadores y realizar seguimiento las tendencias.

4

Debe tener documentos resumen donde se compile todo el proceso de mejora.

¿Qué aspectos serán evaluados en el aprendizaje organizacional de la Ruta Crítica?

¿Qué aspectos serán evaluados en el aprendizaje organizacional de la Ruta Crítica?



¿Cuándo se cierra un ciclo de mejoramiento?

Cuando las acciones de mejoramiento fueron efectivas y se demuestra que hay cierre en la brecha del desempeño.

Cuando los indicadores y auditorías demuestran que se ha alcanzado la calidad deseada.

Esto permite concluir que la organización aprendió y se cierra este ciclo de mejoramiento para dar inicio a otros y seguir el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cuáles son los niveles de operación de la auditoría?

Autocontrol

- Es el nivel óptimo en que actúa la auditoría.
- Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos.

Se aplica cuando la organización

1. Diseña y estandariza sus procesos de manera participativa,
2. Realiza capacitación y entrenamiento a cada uno de sus miembros en las tareas del día a día y en los resultados que de ellos se esperan.
3. Cuando los miembros se apoderan de la mejora de los procesos en los cuales participan.

Este nivel le aplica a EPS y entes que se les asimilan, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

¿Cuáles son los niveles de operación de la auditoría?

Auditoría interna

- Es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita.
- Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.
- Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol.

Se aplica cuando la organización

1. El análisis de aquellas causas que no permiten el logro de los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios.
2. La implementación de las acciones necesarias para alcanzar el nivel de calidad esperado.
3. El acompañamiento a los responsables de los procesos en el seguimiento y mejoramiento de los mismos.

Este nivel se aplica a EPS y entes que se les asimilan, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

¿Cuáles son los niveles de operación de la auditoría?

Auditoría externa

- Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada.
- Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.
- Para los efectos de este modelo, el nivel de auditoría externa se realiza con base en acuerdos previamente pactado.

Estos acuerdos podrán realizarse preferiblemente con base en los indicadores definidos por el sistema de información para la calidad.

Este nivel le aplica a EPS y entes que se les asimilan y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud cuando obren como compradores de servicios de salud.

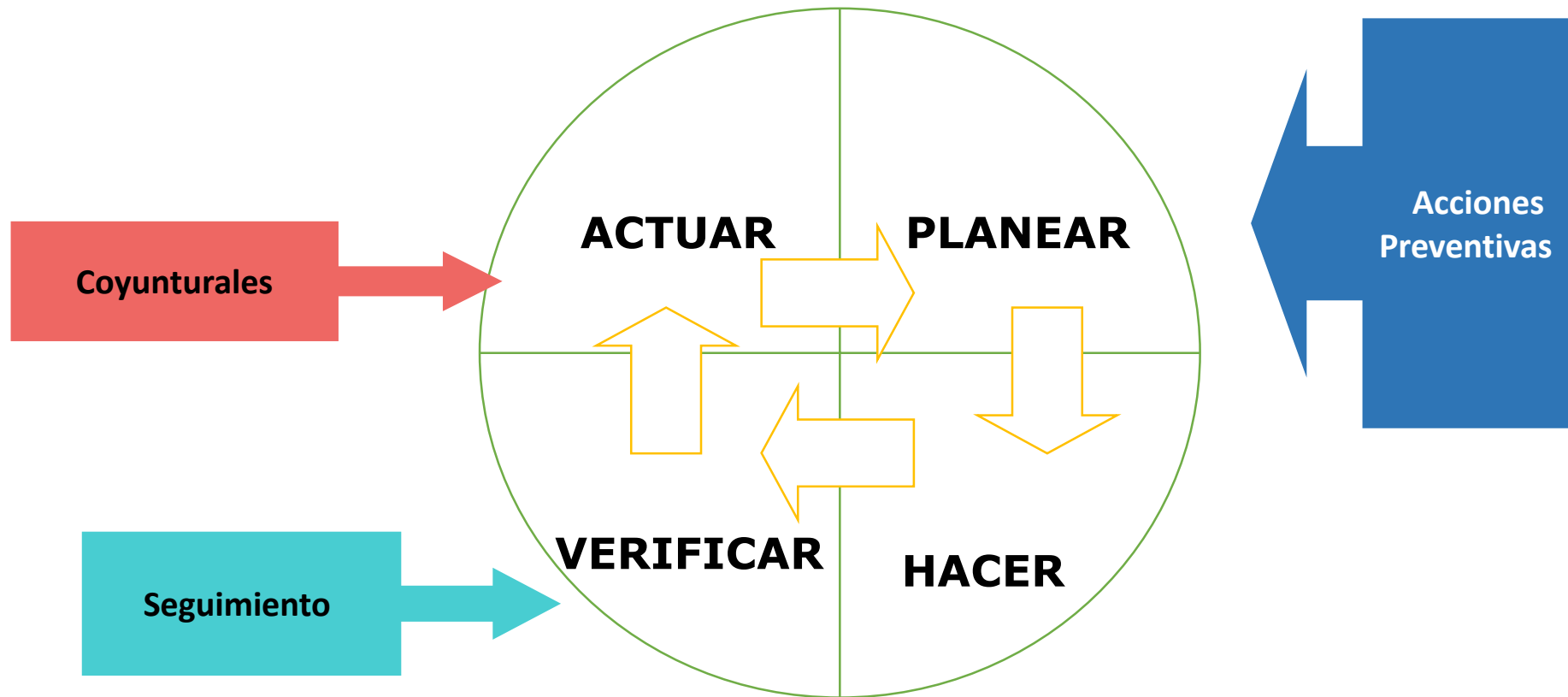
¿Cuáles son los tipos de acciones que incluye el PAMEC?

Para que el **modelo de auditoría opere en los niveles esperados y con el enfoque deseado**, se deben promover en la organización las **acciones de auditoría**.

Las acciones son entendidas como los mecanismos, procedimientos y/o actividades que deberán ser establecidos en las organizaciones para promover el mejoramiento de los procesos definidos como prioritarios.

Reconoce tres tipos de acciones de auditoría de acuerdo con la parte del ciclo en que actúan.

¿Cuáles son los tipos de acciones que incluye el PAMEC?



Acciones preventivas

Definición

Conjunto de procedimientos, actividades, o mecanismos de auditoría sobre los procesos definidos como prioritarios, que debe realizar la organización en forma **PREVIA** a la atención **para garantizar la calidad** de la misma.

Ejemplos

- ✓ Ajuste y estandarización de procesos y procedimientos antes de que ocurra un evento no deseado en la atención en salud.
- ✓ Adopción de estándares de calidad.
- ✓ Concertación entre EPS - IPS sobre los parámetros de la auditoría externa.



Acciones de seguimiento

Definición

Conjunto de procedimientos, actividades, mecanismos de auditoría, que debe realizar la organización **DURANTE** la prestación de sus servicios, sobre los procesos para garantizar la calidad. Permite **conocer el desempeño** de los mismos.

Ejemplos

- ✓ Indicadores de Calidad.
- ✓ Encuestas de satisfacción.
- ✓ Auditoría a procesos.
- ✓ Adherencia a las guías de práctica clínica.
- ✓ Evaluaciones de utilización de los servicios.
- ✓ Evaluación a la calidad de la historia clínica.



Acciones coyunturales

Definición

Conjunto de procedimientos, actividades, mecanismos de auditoría que debe realizar la organización

RETROSPECTIVAMENTE, para **detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados.**

Ejemplos

- ✓ Análisis de eventos adversos graves.
- ✓ Análisis de reclamaciones, sugerencias y felicitaciones.



¿En que fase se aplican las acciones de auditoría?



Vamos a Jugar.....

Ingresa con tu teléfono móvil a
www.menti.com

Ingresa el código
925123



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cómo relacionar las auditorías de procesos con el PAMEC?

	PROCESOS INSTITUCIONALES														
Práctica	Planeación estratégica	Gestión de calidad	Atención en Consulta externa	Atención en odontología	Atención en Urgencias	Atención en Hospitalización	Atención en Ayudas Dx	Atención en Farmacia	Remisión de usuarios	Gestión de bienes e insumos	Gestión del talento Humano	Gestión financiera	Gestión de la información	Gestión de contratación	Gestión del Ambiente físico
Práctica 3			X	X	X	X	X	X	X						
Práctica 6					X	X									
Práctica 8						X									



¿Cómo relacionar las auditorías de procesos con el PAMEC?

- Se establece el programa de auditoría que contiene objetivo, alcance, periodicidad y fechas de auditoría (cronograma).
- Listas de chequeo para evaluar la práctica y el impacto de las acciones emprendidas en el plan de mejora.
- Desarrollar las auditorías de acuerdo al cronograma.

Cómo se determina el nivel de desarrollo frente al PAMEC?

1 ciclo

2 ciclo

3 ciclo



Categoría	Definición
Categoría A	IPS que no han iniciado proceso de autoevaluación.
Categoría B	IPS que culminaron el proceso de autoevaluación, priorización, definición de la calidad deseada y medición inicial.
Categoría C	IPS que están trabajando planes de mejora de acuerdo a la metodología.
Categoría D	IPS que han obtenido mejora en los procesos prioritarios a partir de la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.
Categoría E	IPS que ya han realizan cierres de ciclo de manera sistemática y que han desarrollado aprendizaje organizacional.

A1



D3



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Categoría	Definición	Clasificación acorde a la Supersalud
Categoría A1	IPS que no han iniciado proceso de autoevaluación de su primer ciclo de mejoramiento.	BAJA EJECUCIÓN
Categoría B1	IPS que iniciaron el primer ciclo de mejoramiento y culminaron el proceso de autoevaluación, priorización, definición de la calidad deseada y medición inicial.	
Categoría C1	IPS que iniciaron el primer ciclo de mejoramiento y que están trabajando planes de mejora de acuerdo a la metodología.	
Categoría D1	IPS que iniciaron el primer ciclo de mejoramiento y que han obtenido mejora en los procesos prioritarios a partir de la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	ALTA EJECUCIÓN
Categoría E1	IPS que iniciaron el primer ciclo de mejoramiento y que ya han realizan cierres de ciclo de manera sistemática y que han desarrollado aprendizaje organizacional.	
Categoría A2	IPS que no han iniciado proceso de autoevaluación de su segundo ciclo de mejoramiento.	
Categoría B2	IPS que iniciaron el segundo ciclo de mejoramiento y culminaron el proceso de autoevaluación, priorización, definición de la calidad deseada y medición inicial.	
O categorías superiores		

Cuando realices una visita de seguimiento al PAMEC ten presente que siempre debes evaluar un ciclo completo de mejoramiento, como se ejemplifica a continuación:

1 CICLO DE MEJORA



2 CICLO DE MEJORA



Cuando realices una visita de seguimiento al PAMEC ten presente:
Si una institución no cierra el ciclo mediante aprendizaje organizacional, no avanza al siguiente ciclo.

INICIO DE CICLO DE MEJORA



NUEVO INICIO CICLO DE MEJORA



NUEVO INICIO CICLO DE MEJORA



Clasificación asignada 1B



Circular 012 de 2016 Supersalud

Aplica a:

IPS
(Privadas,
publicas y
mixtas)

**Servicios de
ambulancia
prepagada**

**Empresas de
medicina
prepagada**

**Direcciones
Territoriales de
Salud**

EPS



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Circular 012 de 2016 Supersalud

Instruye a las Instituciones Prestadoras de Servicios para que suministren información con el objeto de evaluar la efectividad en la utilización del PAMEC.

Para lograr este objetivo, la Superintendencia Nacional de Salud define tres (3) puntos claves de la ruta crítica del PAMEC así:

1. La evaluación de la **ejecución de las acciones de mejoramiento.**

2. Evaluación de la **ejecución de las auditorias internas** frente a la ejecución de los planes de mejoramiento.

3. La evaluación del **aprendizaje organizacional.**



Circular 012 de 2016 Supersalud

Quién reporta	A quién se reporta
IPS	Supersalud
DTS Municipales	DTS Departamentales
DTS Departamentales	Supersalud
Empresas de medicina prepagada	Supersalud
Servicio de ambulancias prepagada	Supersalud



Circular 012 de 2016 Supersalud

Código Municipio	Fecha inicial	Fecha Fin	Acciones programadas	Acciones ejecutadas
Auditorías Internas Programadas	Auditorías Internas ejecutadas	Documentos soporte que evidencien la realización del aprendizaje	Procesos Estandarizados	Nombre, correo y teléfono del líder de calidad

Periodicidad del reporte para las IPS: Anual
FECHA DE CORTE: Diciembre 31
FECHA DEL REPORTE: Febrero 28
Archivo de reporte: ST002



Tipo de entidad evaluada	NIT y digito de verificación	La entidad evaluada realizo autoevaluación?	La entidad evaluada selecciono procesos a mejorar?	La entidad evaluada priorizo los procesos a mejorar?
La entidad evaluada definió la calidad esperada para todos los procesos priorizados	La entidad evaluada definió la calidad observada para los procesos priorizados	La entidad evaluada formulo planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada para todos los procesos priorizados	La entidad evaluada implemento planes de mejora para alcanzar la calidad esperada para todos los procesos priorizados	La entidad evaluada implemento indicadores de resultado para medir la gestión
La entidad evaluada realizó evaluación de la ejecución de los planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada	La entidad evaluada realizó aprendizaje organizacional a partir de los resultados obtenidos	Relacione el resultado del cumplimiento del PAMEC en la entidad evaluada: 1 Baja ejecución (-5 criterios) 2 Media ejecución (6 y 8 criterios) 3 Alta ejecución (>9 criterios)	Responsable y cargo de persona que hace seguimiento	Datos de contacto del responsable

Periodicidad del reporte para las Departamentales y Distritales: Anual
FECHA DE CORTE: Diciembre 31
FECHA DEL REPORTE: Febrero 28
Archivo de reporte: ST003



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Ejemplo del archivo ST002

Código Municipio	Fecha inicial	Fecha fin	Acciones programadas	Acciones ejecutadas	Auditorías Internas Programadas	Auditorías Internas Ejecutadas	Documentos Soporte	Procesos Estandarizados
5001	01/06/2016	11/12/2016	50	45	2	1	1	Urgencias; Hospitalización; sistemas de información

Nombre Líder de Calidad	Dirección Electrónica Líder de Calidad	Teléfono Líder de Calidad	Nombre Responsable	Cargo responsable	Dirección Electrónica Responsable	Teléfono responsable
Fulanita Pérez	fperez@ips.com	6123123	Fernando Fernández	Coordinador de Calidad	ffernandez@ips.com	6456456



Hay muchas formas de lograr calidad



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co