

Bienvenidos al Seminario Taller
Cómo implementar de manera práctica la
ruta crítica del PAMEC
Enfoque en Sistema de Información para la
Calidad



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 el Sistema de Información para la Calidad.



Programación

1. Generalidades del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
2. Generalidades del Sistema de Información para la Calidad
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



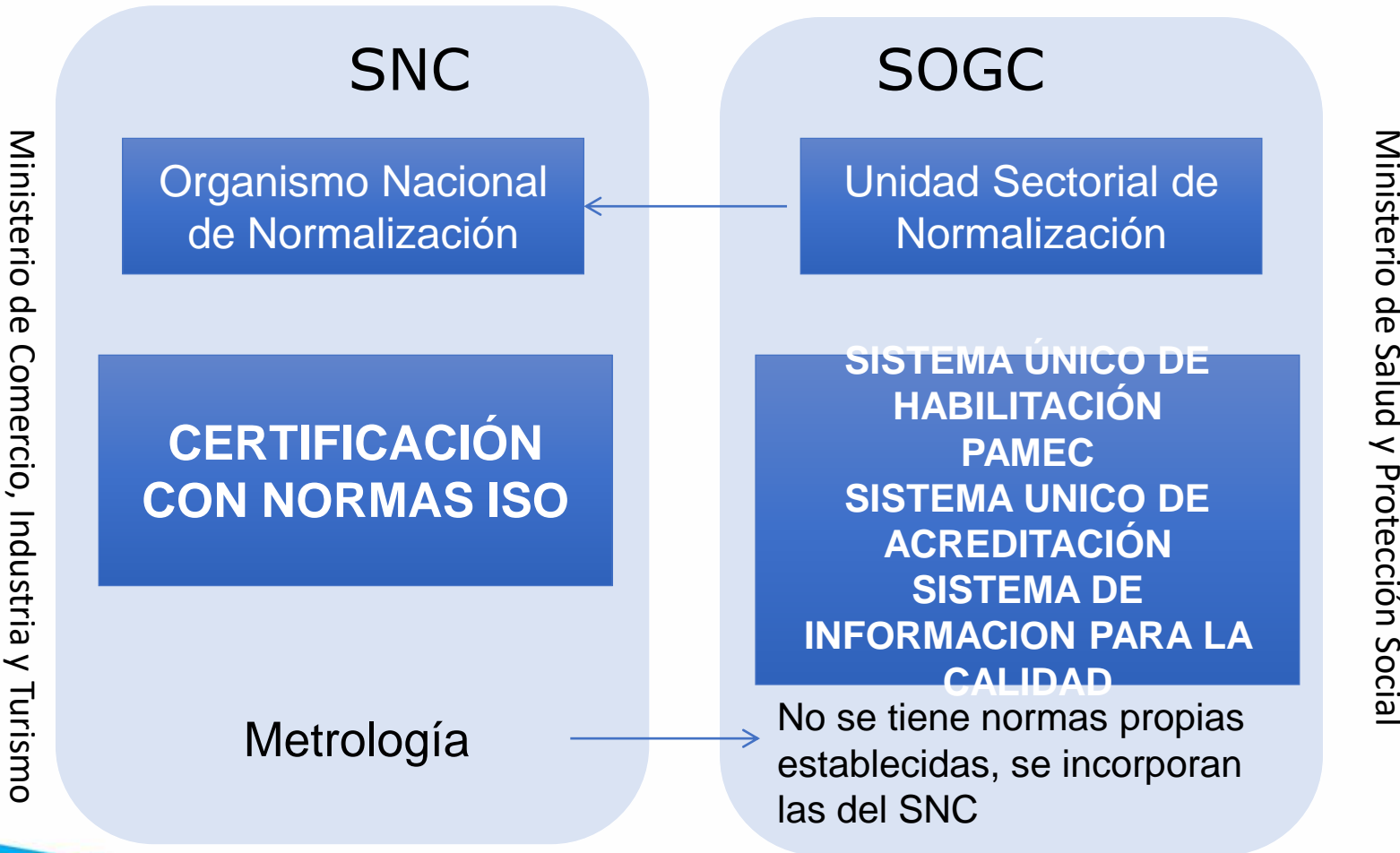
ASPECTOS GENERALES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD



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

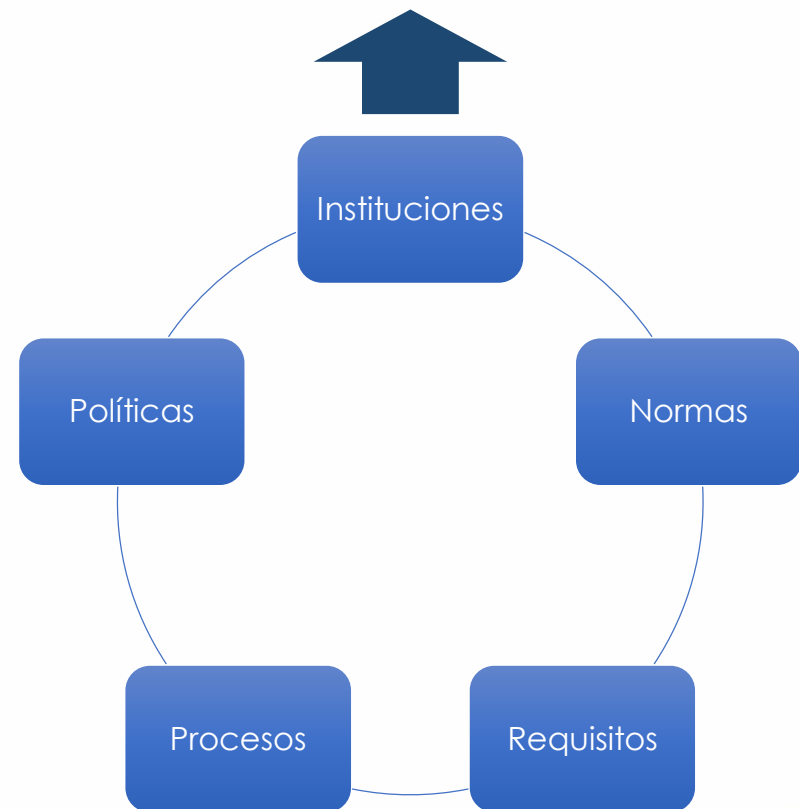
3 ABR 2006

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.

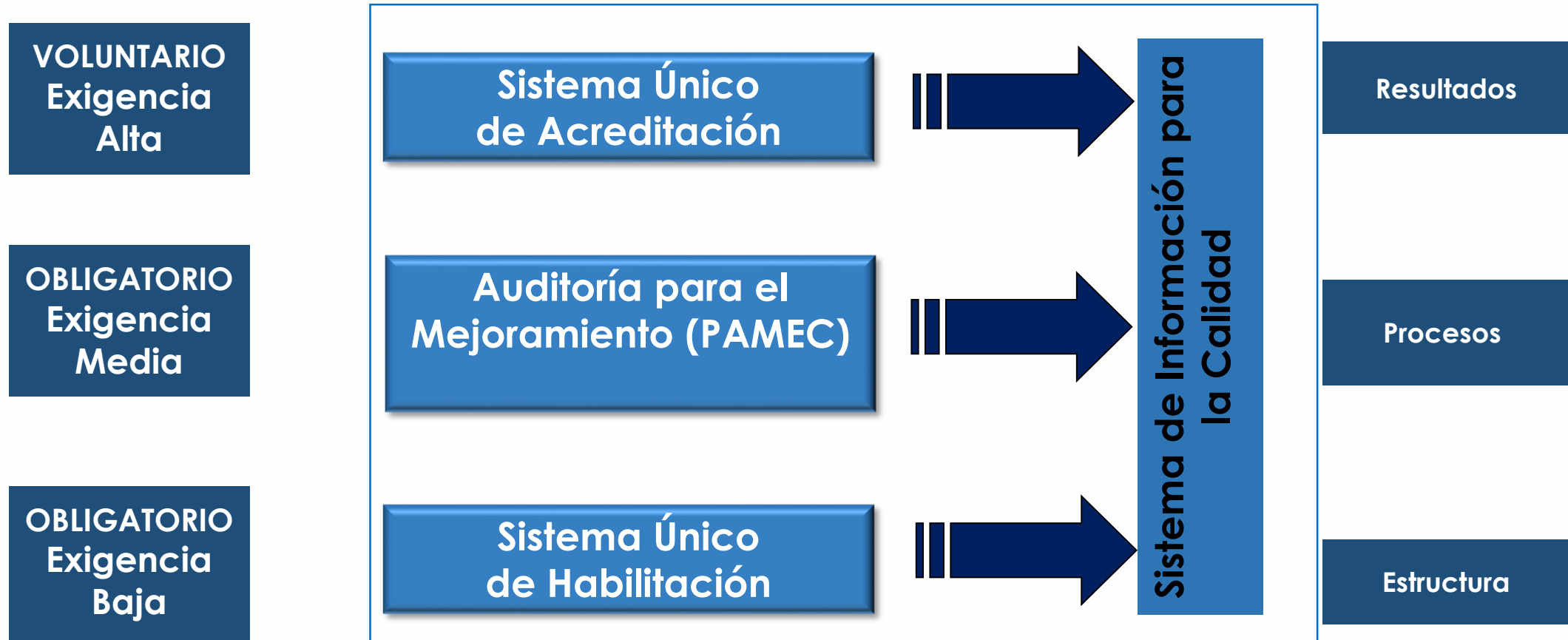
Mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Dónde está ubicado el PAMEC dentro de los componentes del SOGC?

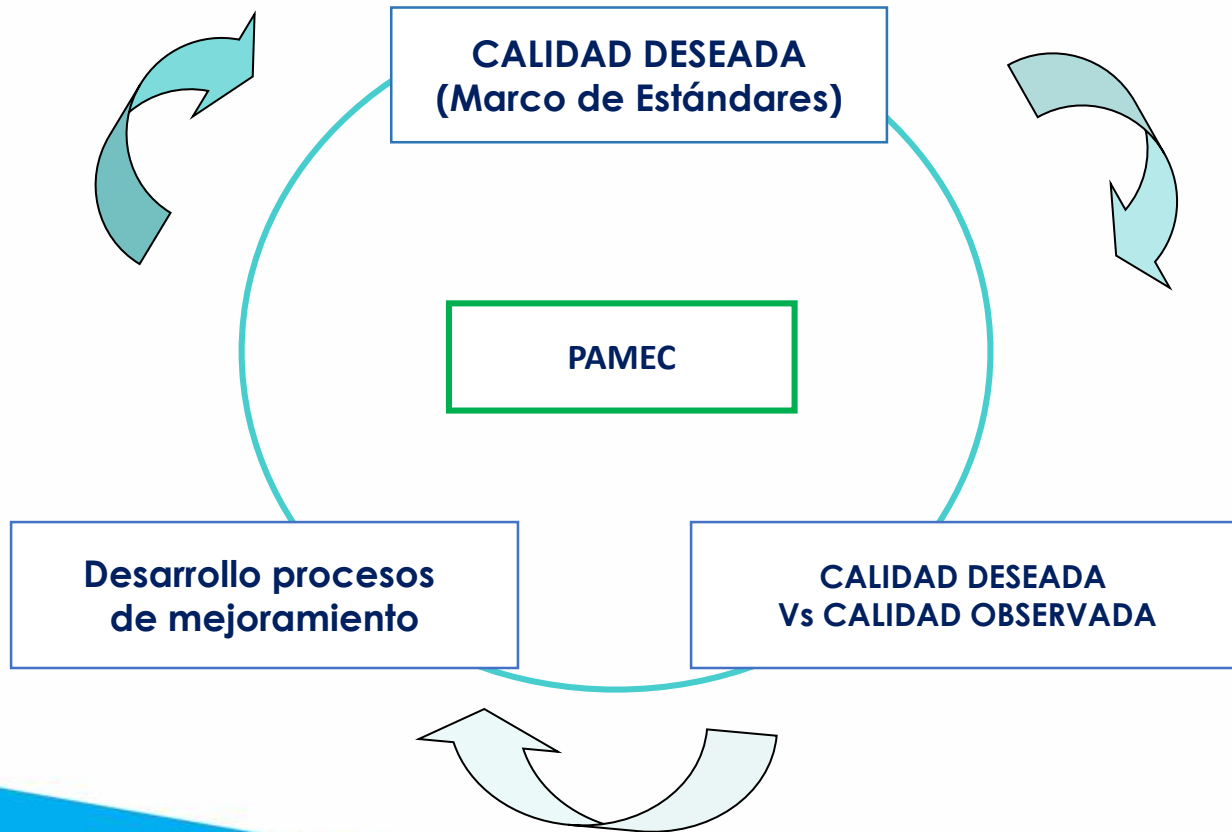


¿Cómo se desarrolla el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad?

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

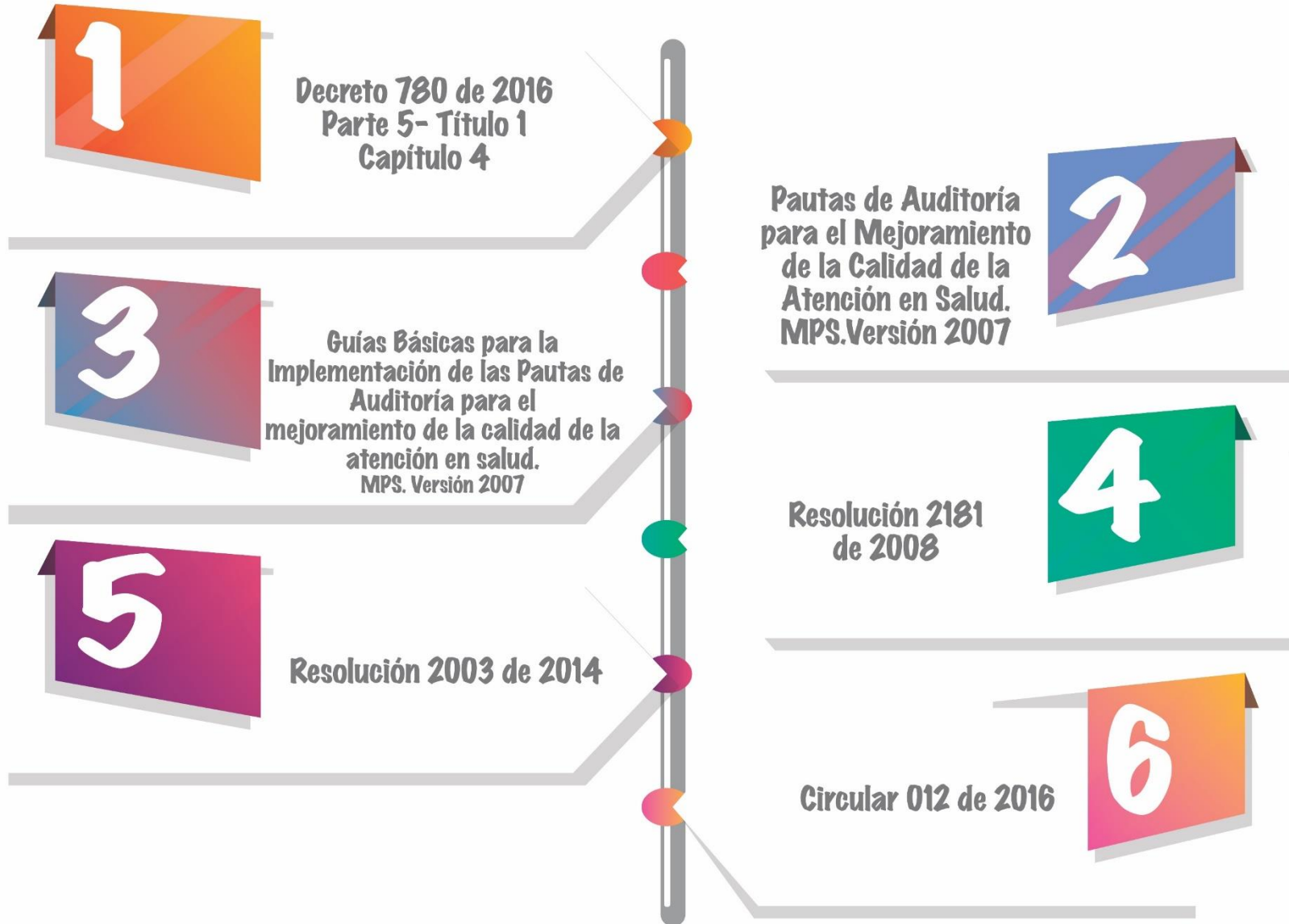
Empresas cuya actividad principal no es la salud, pero cuentan con servicios de salud.

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.

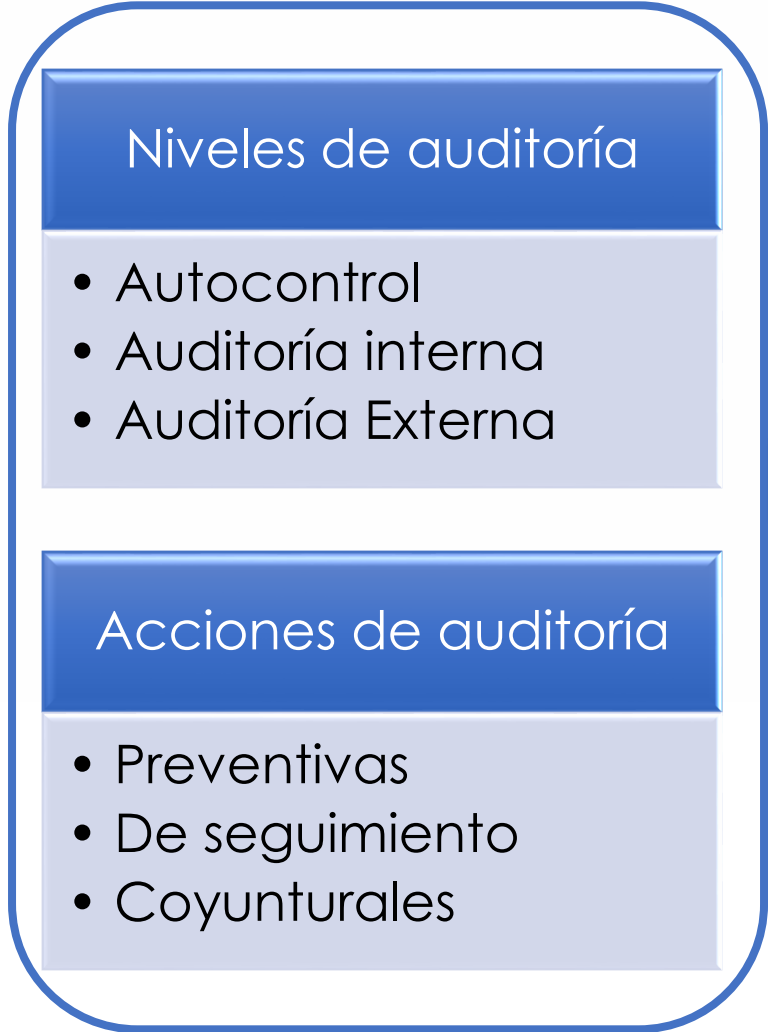
Presentar interventoría de contratos, auditoría de cuentas médicas, auditoría ISO actividades de control interno.

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



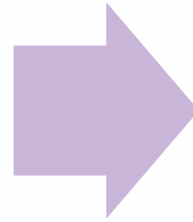
Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

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

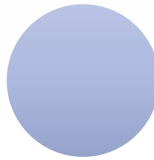
¿Qué hacer si mi institución es parte de una red de prestadores?

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 indicadores 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



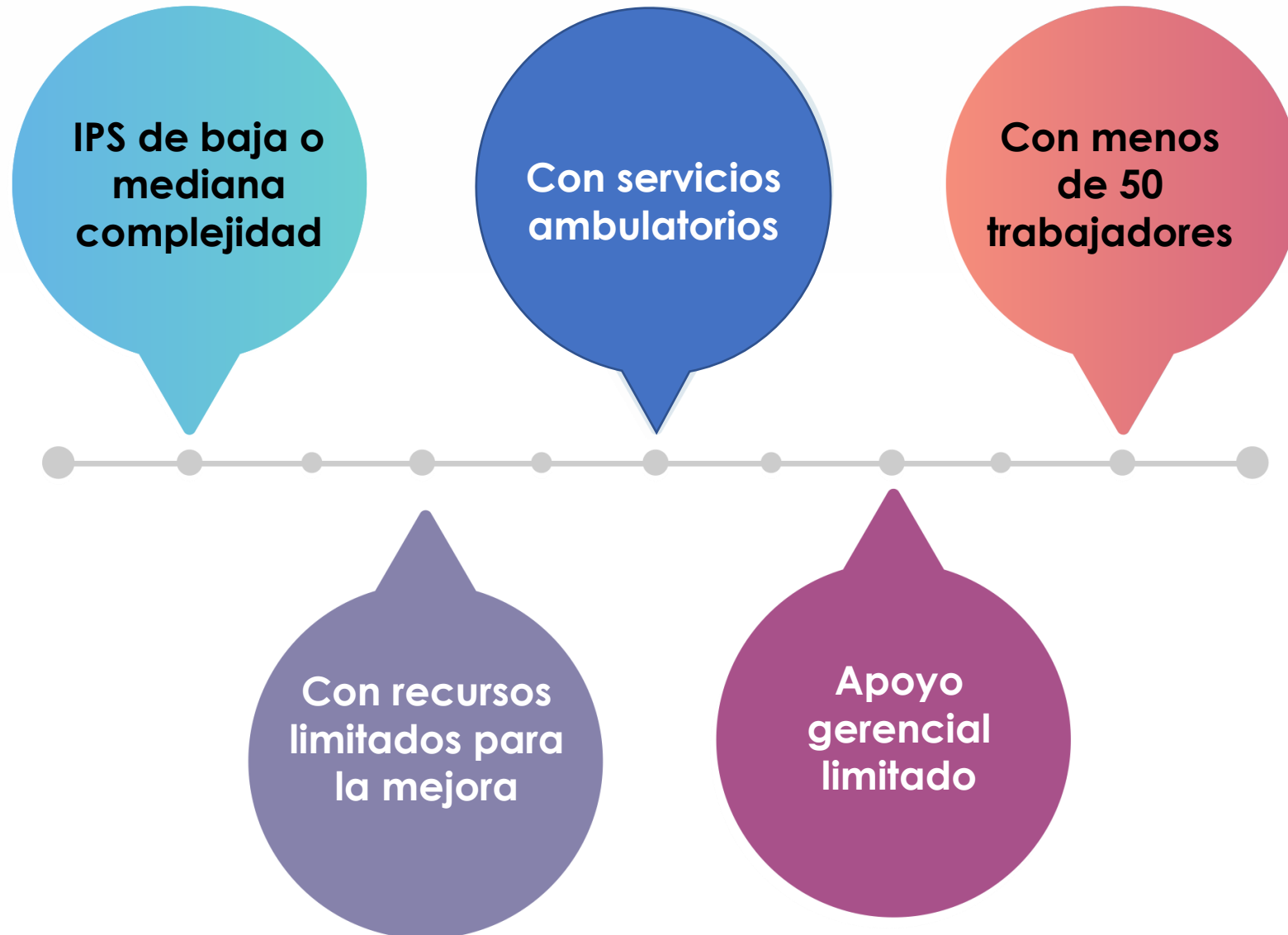
Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

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

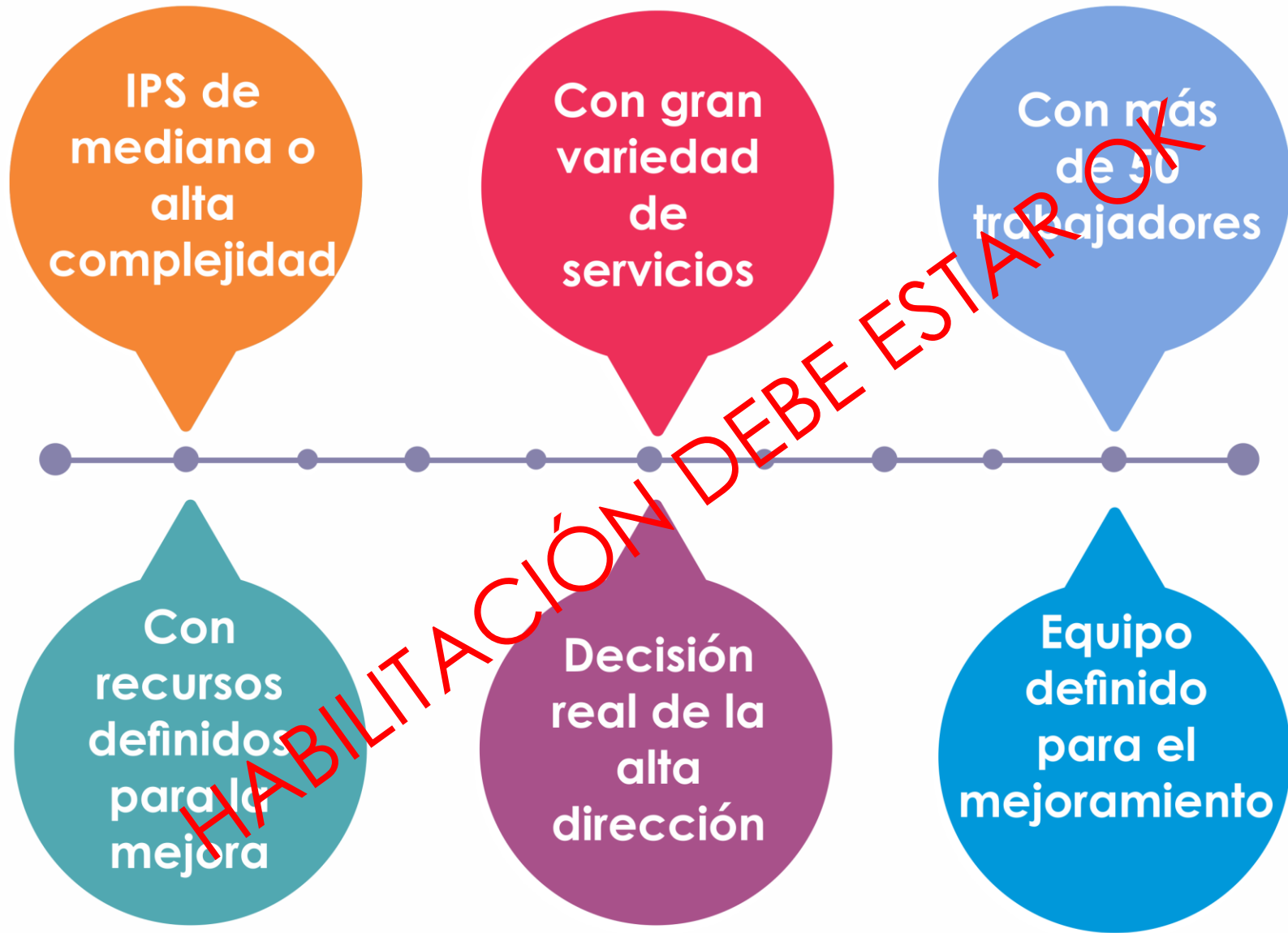
¿Qué prerrequisito se debe tener para realizar el PAMEC con enfoque en Seguridad del Paciente?

Debe contar con un Programa de Seguridad del Paciente

Debe haber implementado las prácticas de seguridad incluidas en habilitación

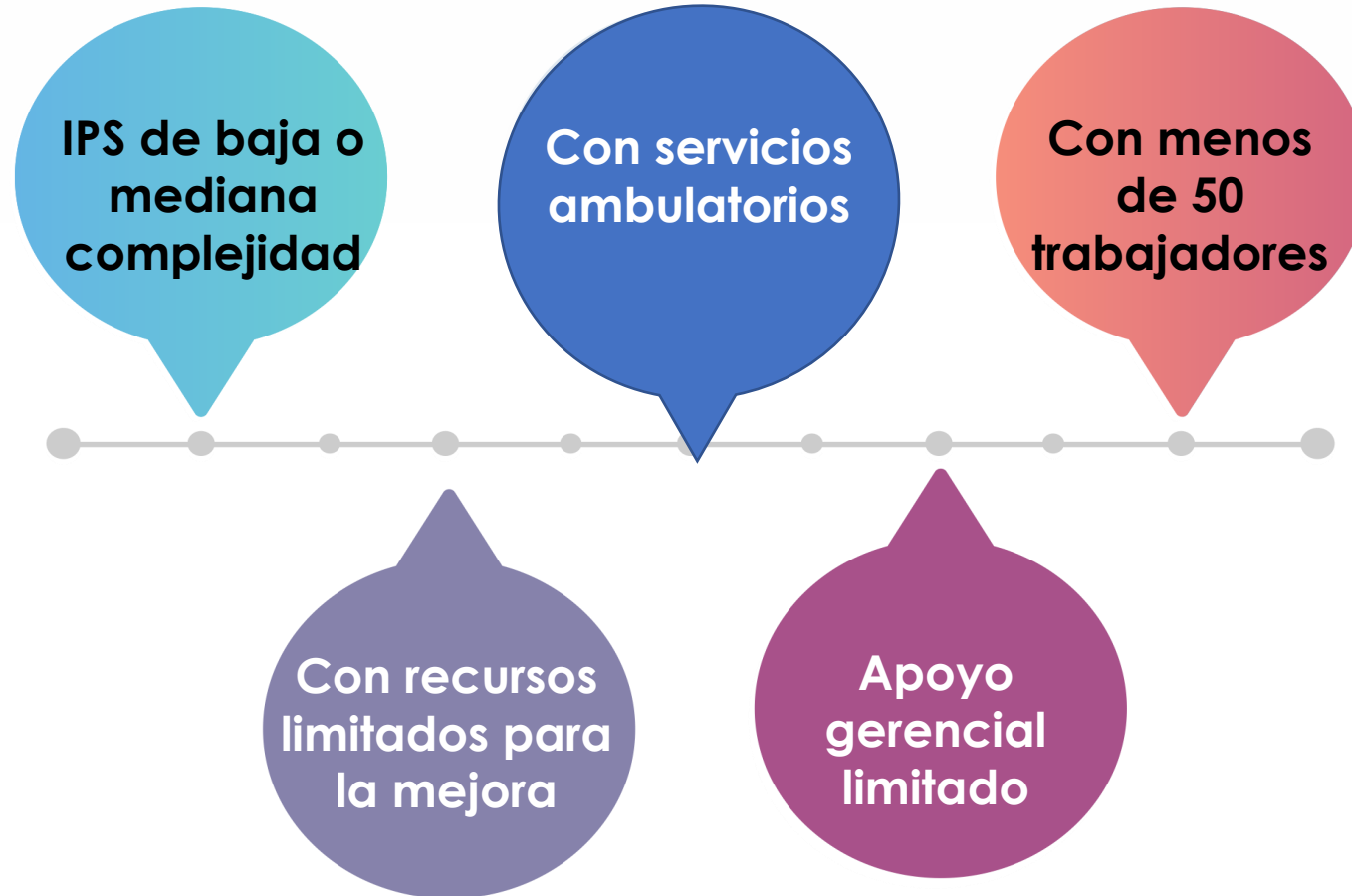


¿Qué enfoque seleccionar?



ENFOQUE SUGERIDO ES ACREDITACIÓN

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



ESTAS METODOLOGÍAS GENERAN MENOR IMPACTO, SIN EMBARGO PUEDE SER UTIL PARA AQUELLAS INSTITUCIONES QUE INICIAN SUS PROCESOS DE MEJORAMIENTO



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

¿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 DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Qué es un indicador?

Es una expresión matemática que permite **evaluar el comportamiento de una variable** o característica objeto de estudio.



¿Qué es un indicador de gestión?

Es una expresión matemática que permite **evaluar** una variable de desempeño que sirven para determinar el cumplimiento de los objetivos.

Que al ser comparados con algún nivel de referencia, puede señalar una desviación sobre la cual se pueden tomar acciones de mejoramiento.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

VISIÓN

¿Hacia dónde vamos?

OBJETIVOS

¿Hacia dónde vamos?

RES

ESTRATEGIA

¿Cómo vamos
hacia allá?

RES

PROCESOS

¿Cómo vamos
hacia allá?

MISIÓN

¿En dónde estamos?

SERVICIO

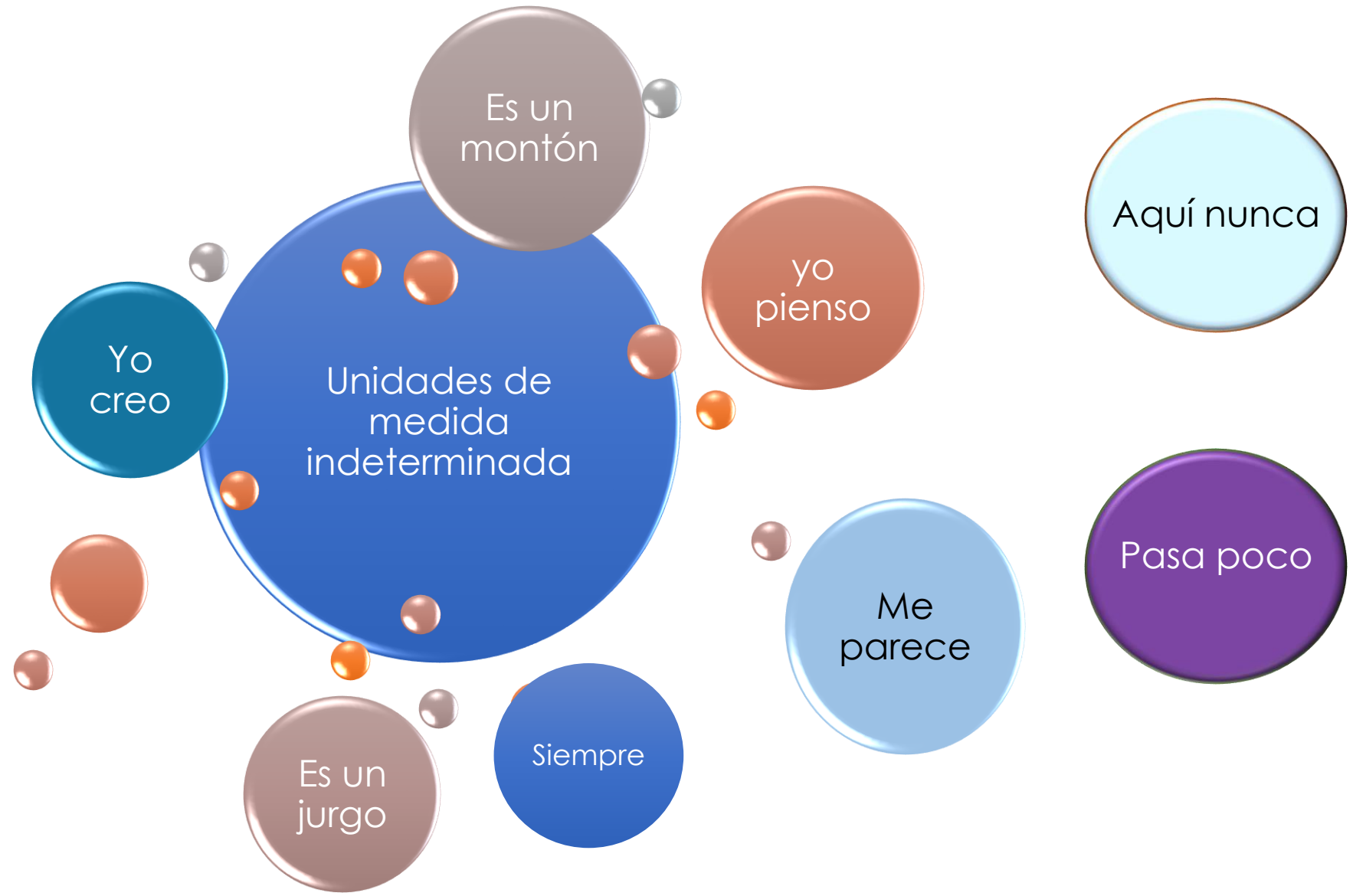
¿En dónde estamos?



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Para lograr las metas y objetivos de la organización o de nuestros procesos
debemos eliminar las UMI
(Unidades de Medida Indeterminada)



El sistema de medición permite **conocer las desviaciones** de manera **precisa y tangible** frente a las metas propuestas y facilita **conocer sus causas**.

Los resultados del sistema de medición deben ser una entrada para la **toma de decisiones** y los **proceso de mejoramiento institucional**.

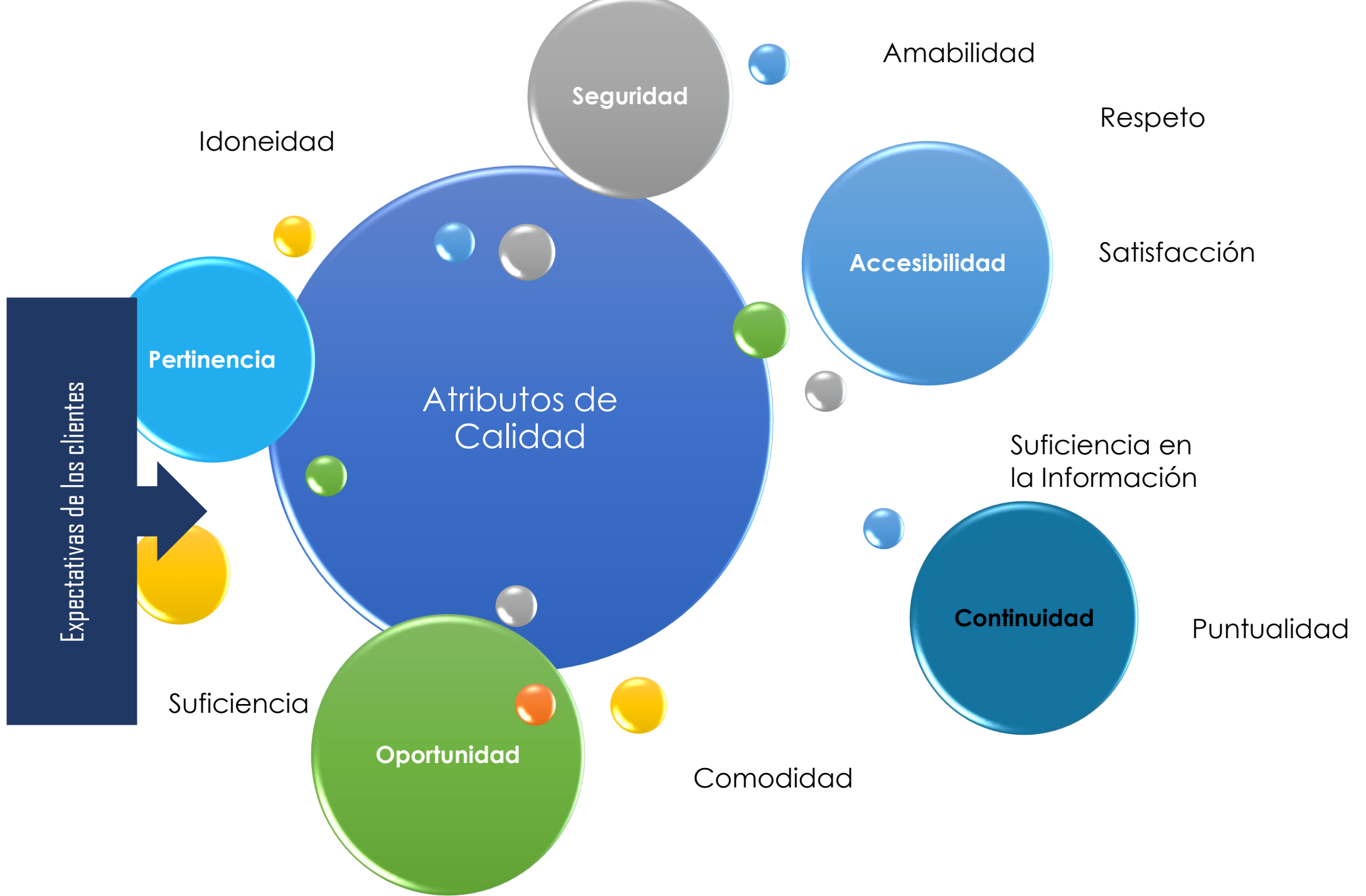


Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

- El primer reto cuando se va a definir un indicador es tener claramente **identificada la variable o característica que se pretende medir.**
- Este es el referente indispensable para evaluar la **VALIDEZ** del Indicador. (Que mida lo que queremos medir).





¿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.

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.



- Es mejor contar con un **número limitado de indicadores eficaces**, que con un número grande de indicadores ineficaces.
- **La eficacia** de los indicadores está en función de su capacidad de **apoyo a la toma de decisiones** y no solamente de la información que aportan.



¿Cuáles son los tipos de Indicadores?

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.

$$\text{Razón de camas por enfermera} = \frac{380}{95} \longrightarrow 4$$

Cada enfermera atiende 4 camas



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cuáles son los tipos de Indicadores?

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 diagnósticas 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

¿Cuáles son los tipos de Indicadores?

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

$$\text{Promedio de tiempo de espera para la atención} = \frac{1404}{156}$$



9



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cuáles son los tipos de Indicadores?

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.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

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 período, 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

Infecciones detectadas

$$= \frac{16}{256} \times 100 \rightarrow 6,2$$

Egresos Hospitalarios

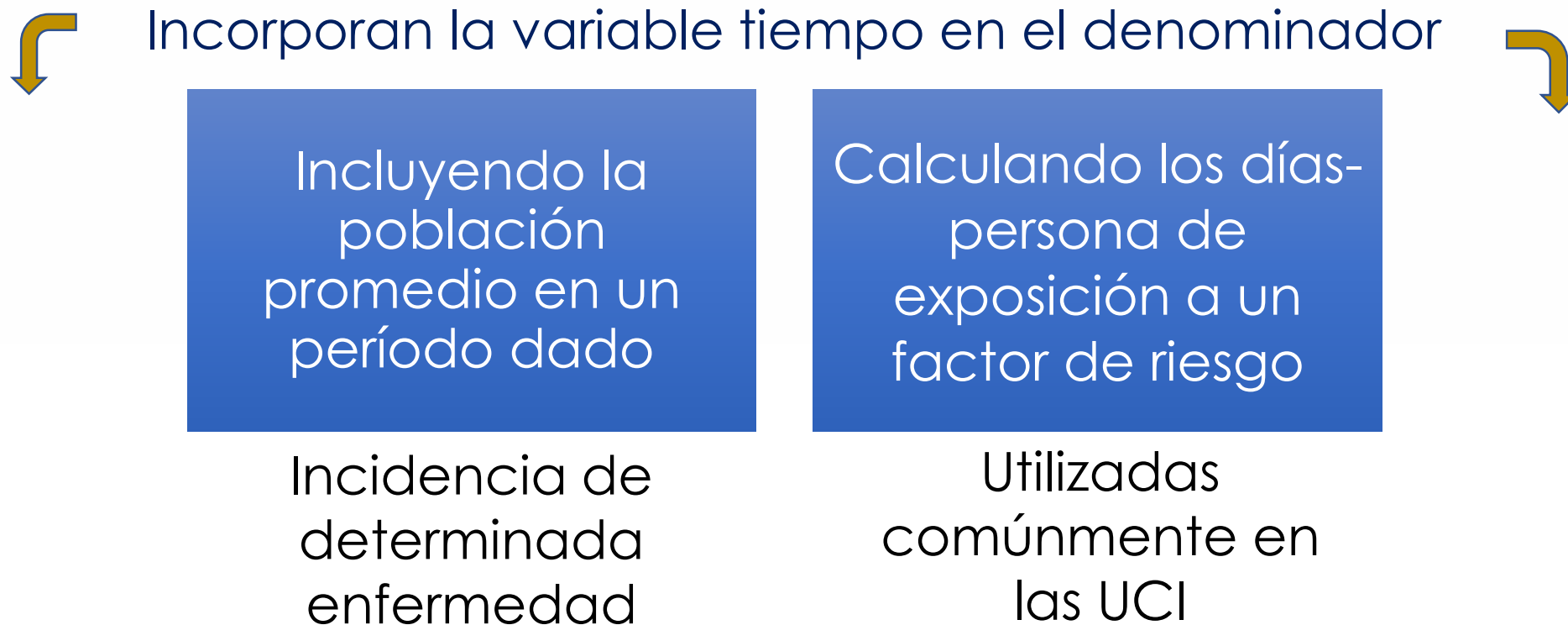


Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cuáles son los tipos de Indicadores?

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.



¿Cuáles son los tipos de Indicadores?

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: $\frac{\text{Número de nacidos vivos en un año} \times 1000}{\text{población promedio en ese año}}$.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

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
Numero 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 pacientes atendidos en el periodo			x			Seguridad	Índice de eventos adversos por fallas en la identificación

¿Cómo se estandarizan los indicadores?

Una vez seleccionados los indicadores que se utilizarán para hacer seguimiento a los procesos, la etapa siguiente consiste en **estandarizar** dichos indicadores mediante:



Fichas técnicas

Desarrollar los instrumentos de medición



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Modelo 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		

¿Cómo se estandarizan los indicadores?

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.

¿Cómo se estandarizan los indicadores?

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: $\frac{\text{Número de historias clínicas evaluadas que presentan adherencia a las guías}}{\text{total de historias clínicas evaluadas}} \times 100$



¿Cómo se estandarizan los indicadores?

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.



¿Cómo se estandarizan los indicadores?

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.



¿Cómo se estandarizan los indicadores?

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.



¿Cómo se estandarizan los indicadores?

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.



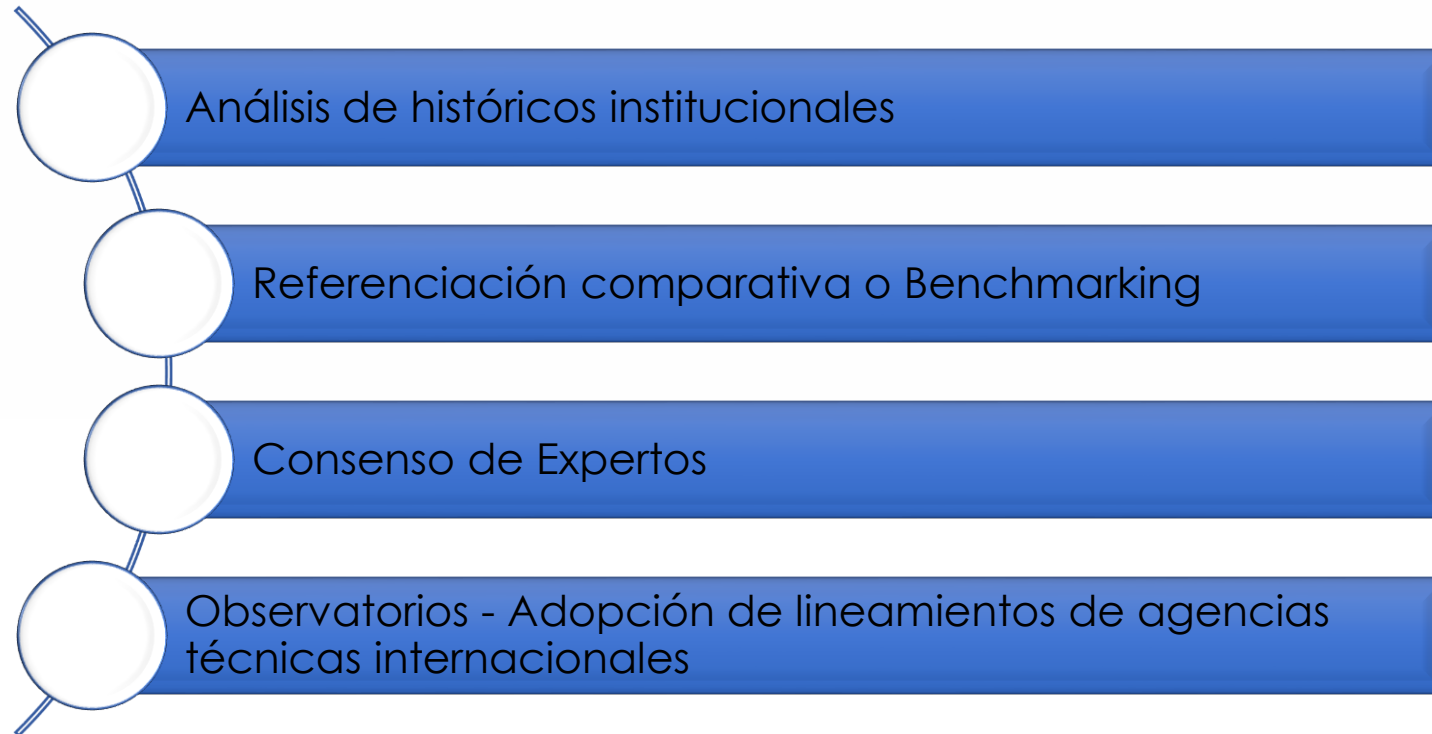
Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cómo se estandarizan los indicadores?

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:



¿Qué dificultades se encuentran en la medición?

No se sabe que medir

Se recogen datos pero no se analizan

El volumen de mediciones es muy alto y no se gerencian los indicadores

No hay homologación en los conceptos a medir ni en las fuentes



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Resolución 256 de 2016

Sistema de Información para la Calidad



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Finalidad del monitoreo de la calidad en salud

Fomentar un adecuado uso de la información para el mejoramiento de la calidad en salud.

Gestionar el conocimiento y asegurar la implementación efectiva de intervenciones.

Contribuir con la medición del desempeño de los agentes del SGSSS, para facilitar la toma de decisiones.

Promover acciones de mejoramiento.

Suministrar a los ciudadanos información con la cual puedan ejercer el derecho a la libre elección.

Ofrecer insumos para la referenciación por calidad entre los diferentes actores del sistema.

Monitorizar,
(calidad de los servicios)

Orientar,
(comportamiento)

Referenciar,
(competitividad)



Resolución 1446

Niveles de monitoreo: Nivel interno, externo, del sistema.

Dominios:
Satisfacción/lealtad,
Accesibilidad/oportunidad,
Calidad técnica, gerencia
del riesgo

Resolución 256

No hay niveles específicos

Dominios: Efectividad,
seguridad, gestión de riesgo
y experiencia en la atención



Objetivo de la resolución

Definir el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Aplica a:

Entidades
Administradoras de
Planes de Beneficios
—EAPB.

Instituciones
Prestadoras de
Servicios de Salud.

Servicios de
Transporte Especial
de Pacientes.

Entidades
Departamentales,
Distritales y
Municipales de Salud.

Instituto Nacional de
Salud.

Organismo Técnico
de Administración de
la Cuenta de Alto
Costo.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Qué contiene?

Norma

- Contiene el objetivo, intencionalidad y directrices de la norma

Anexo Técnico 1:

- Indicadores del sistema

Anexo Técnico 2:

- Reporte para Prestadores

Anexo Técnico 3:

- Reporte para EAPB



Dominios

Efectividad

seguridad,
gestión de riesgo

experiencia en la
atención

IPS

EAPB

ETS

25

9

17

15

5

5

15

9

0



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Fichas técnicas de los indicadores

Listado de Indicadores de Calidad Resolución 00256 / 2016

Prestadores de servicios de salud Administradoras de planes de beneficio Entidades territoriales de salud

Efectividad

- Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación
- Proporción de gestantes con valoración por odontología
- Proporción de partos por cesárea
- Tasa de mortalidad perinatal
- Relación morbilidad materna extrema(MME) / muerte materna temprana (MM)
- Proporción de recién nacidos con tamizaje para hipotiroidismo
- Proporción de reingreso hospitalario por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años
- Letalidad por infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años
- Letalidad en menores de 5 años por enfermedad diarreica aguda (EDA)
- Proporción de gestantes con asesoría pre-test para prueba de Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH)
- Proporción de niños y niñas menores de 18 meses, hijos de madre viviendo con VIH, con diagnóstico de VIH
- Proporción de mujeres a las que se les realizó toma de serología en el momento del parto o aborto
- Proporción de pacientes hospitalizados por dengue grave
- Proporción de personas con hipertensión arterial a quienes se les realiza medición de LDL en un período determinado
- Proporción de personas con diabetes a quienes se les realizó toma de hemoglobina glicosilada en el último semestre
- Proporción de personas con diabetes mellitus a quienes se les realiza medición de LDL
- Proporción de personas con hipertensión arterial (HTA), estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC)
- Proporción de personas con diabetes mellitus, estudiadas para enfermedad renal crónica (ERC).
- Proporción de personas en diálisis con hemoglobina mayor o igual a 10 g/dl
- Proporción de pacientes prevalentes en hemodiálisis con catéter como acceso vascular
- Proporción de mujeres entre los 50 -69 años que cuentan con mamografía en los últimos 2 años
- Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama

P.2.1 - Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)

FICHAS DE INDICADORES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	
-Resolución 0256 de 2015-	
Nombre del Indicador: Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)	Código: P.2.1
Definición:	Es un estimador del riesgo de NAV en la población de pacientes con ventilador mecánico en la Unidad de Cuidado Intensivo-UCI
Forma de Cálculo:	<p>Cociente entre el número de Neumonías Asociadas a Ventilador nuevas en la UCI adulto o pediátrica o neonatal y el número de días con ventilador mecánico en UCI (adulto o pediátrica o neonatal) en un mes de seguimiento por 1.000 días ventilador.</p> <p>Componentes de la Fórmula de Cálculo:</p> <p>Numerador: Número de Neumonías Asociadas a Ventilador nuevas en la UCI (adulto o pediátrica o neonatal)</p> <p>Fuente del Numerador: Reporte IAAS* - Instituto Nacional de Salud (INS)</p> <p>Denominador: Número de días ventilador mecánico en UCI (adulto o pediátrica o neonatal)</p> <p>Fuente del denominador: Reporte IAAS* - Instituto Nacional de Salud (INS)</p> <p>Unidad de medida: Por 1000 días de ventilador</p>
Niveles de desagregación:	Nacional-Departamental-IPS- Municipal
	Periodicidad: Semestral

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx>



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

Cambios en el reporte



Dominios

	IPS	
Efectividad	25	0
seguridad, gestión de riesgo	15	8
experiencia en la atención	15	15

Indicadores del Sistema

Indicadores a reportar por el prestador

No hay reporte de todos los indicadores



Ruta Crítica del PAMEC con enfoque en Sistema de Información para la Calidad



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



¿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 frente a los resultados del Sistema de Información para la Calidad.
- Desarrollar conjuntamente con los facilitadores del proceso, la priorización de 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?

- Desarrollar las acciones de mejoramiento que estén a su cargo.
- Desplegar las acciones mejoramiento implementadas entre su equipo de trabajo y demás compañeros.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿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?

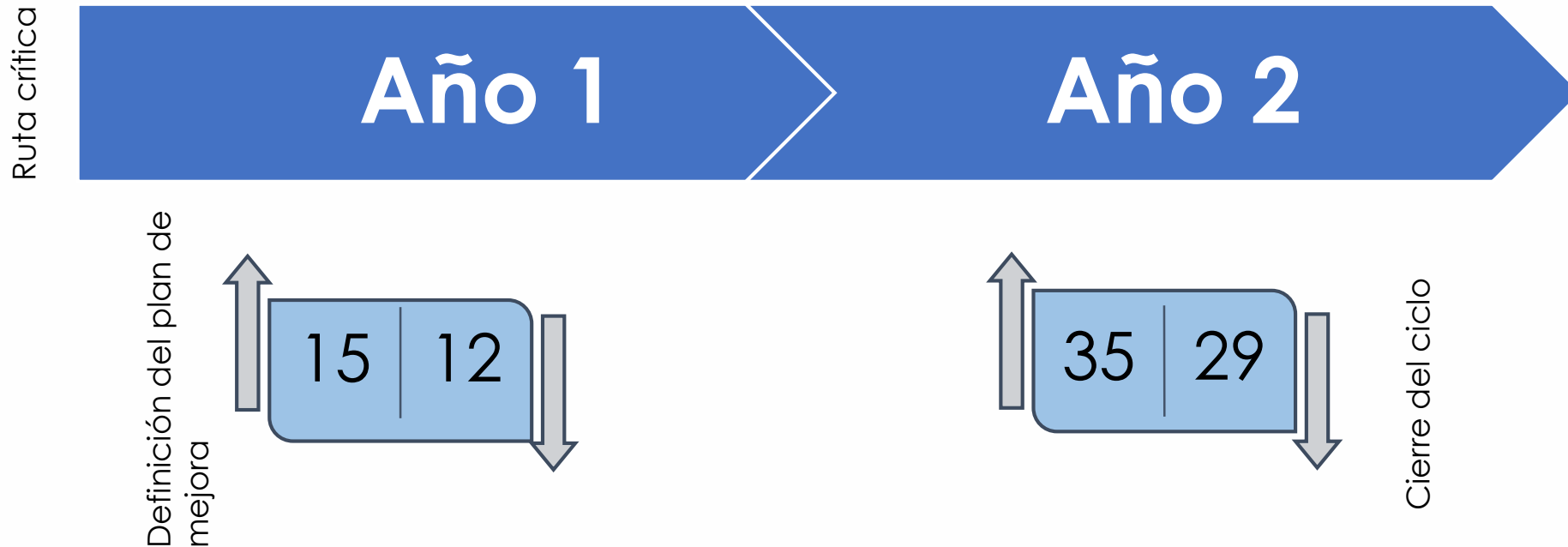
El tiempo debe ser el **suficiente para realizar un proceso juicioso y serio de mejoramiento** que impacten la prestación del servicio.



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



¿Cuáles son los formatos utilizados para realizar el cronograma?

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fecha de elaboración		PERIODO																																																					
		ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE									
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4						
ACTIVIDADES PREVIAS A LA REALIZACION DE LA RUTA CRITICA																																																							
Identificar y seleccionar las personas que harán parte de los equipos de autoevaluación y los líderes de cada uno de los equipos																																																							
Definir funciones de los equipos de autoevaluación y mejoramiento																																																							
Realizar conceptualización teórica en donde se profundice sobre los elementos estructurales de la metodología PAMEC																																																							
Diseñar los instrumentos necesarios que se utilizaran para el proceso de la ruta crítica del PAMEC																																																							
Definir el programa que contiene la metodología para el desarrollo de la ruta crítica del PAMEC																																																							
AUTOEVALUACION																																																							
Autoevaluacion estandares Procesos institucionales seguros																																																							
Autoevaluacion estandares Procesos asistenciales seguros																																																							
Autoevaluacion estandares Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad																																																							
Autoevaluacion estandares Incentivar practicas que mejoren la actuacion de los profesionales																																																							
SELECCIÓN DE LOS PROCESOS A MEJORAR Y PRIORIZACION																																																							

¿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:

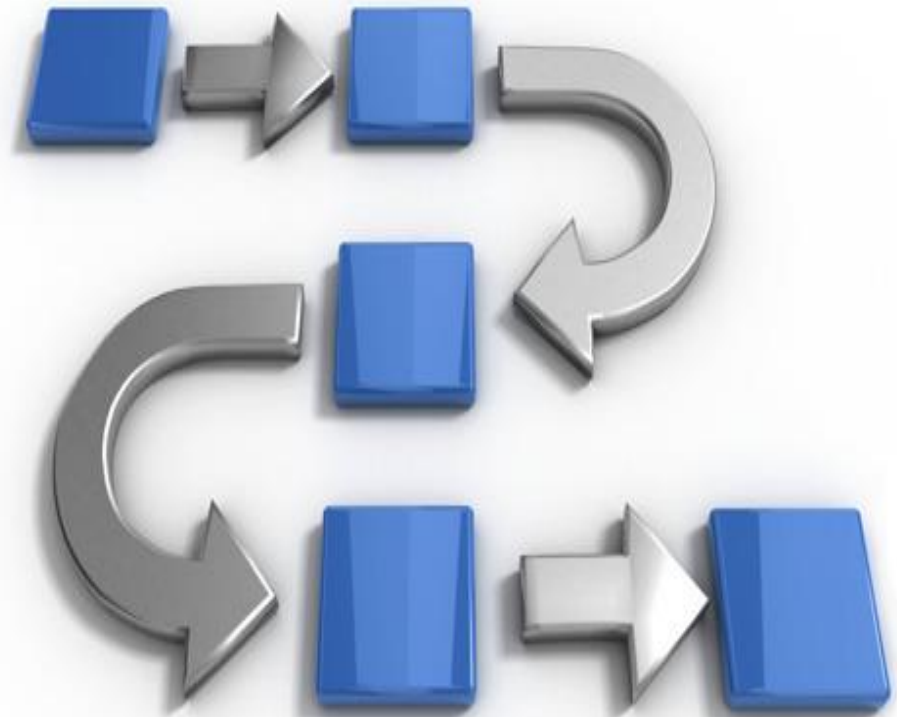
El enfoque con el que se va a desarrollar la ruta crítica.

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:

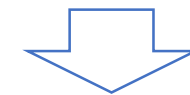


PRIORITY

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 CRONOGRAMA



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.



¿Cómo se desarrolla el proceso de autoevaluación?

La autoevaluación frente a los indicadores del Sistema de Información para la calidad 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 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.



¿Cómo redactar una fortaleza?

La redacción debe ser:

Clara

Concisa

No se deben emplear calificativos como bueno, excelente, insuficiente

No utilizar siglas o abreviaturas

Describe las razones por lo que se considera una fortaleza

¿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 tienen los buzones de sugerencias como mecanismo de recolección de las expresiones de los usuarios.
- ✓ Se cuenta con protocolo de caídas.
 - 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



¿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, la prevención de caídas. Los lineamientos establecidos para este fin se encuentran definidos en el protocolo de la buena practica y la escala de valoración del riesgo.

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. Se ha realizado además una articulación con el equipo de ambiente físico para hacer inspecciones de iluminación, revisión de las superficies antideslizantes y remoción de obstáculos que pudieran generar caídas.

Adicionalmente, se ha fortalecido el programa de fomento del autocuidado con los lineamientos que deben tener en cuenta pacientes y familiares para la prevención de caídas

Como resultado de esto se encuentra la disminución de los eventos adversos por caídas en el ultimo año llegando hasta niveles satisfactorios.

¿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.

CRITERIO



ANÁLISIS



RENDIMIENTO



ENFOQUE



AUTOEVALUACIÓN



MEJORA



RESULTADOS



RETROALIMENTACIÓN



EVALUACIÓN

¿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.

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

¿Ejemplos de descripción incorrecta de una oportunidad de mejora?

- ✓ No tiene tendencias el indicador.
- ✓ No existen procesos relacionados con el indicador evaluado.

- **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 se garantiza la oportunidad de la atención.
- ✓ No cuentan con lineamientos definidos para la administración de medicamentos en urgencias.

- **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?

Divulgar las directrices impartidas por la organización frente a la priorización de pacientes en los ambito ambulatorio y hospitalario.

Desarrollar mecanismos sistemáticos de divulgación y medición de la adherencia a la guía de práctica clínica de diabetes mellitus.

¿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?

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

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 cuanlitativa?

INDICADORES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD EN SALUD			AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA	
INDICADOR	META	RESULTADO	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA

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

Debe tener claramente definidos los indicadores 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.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

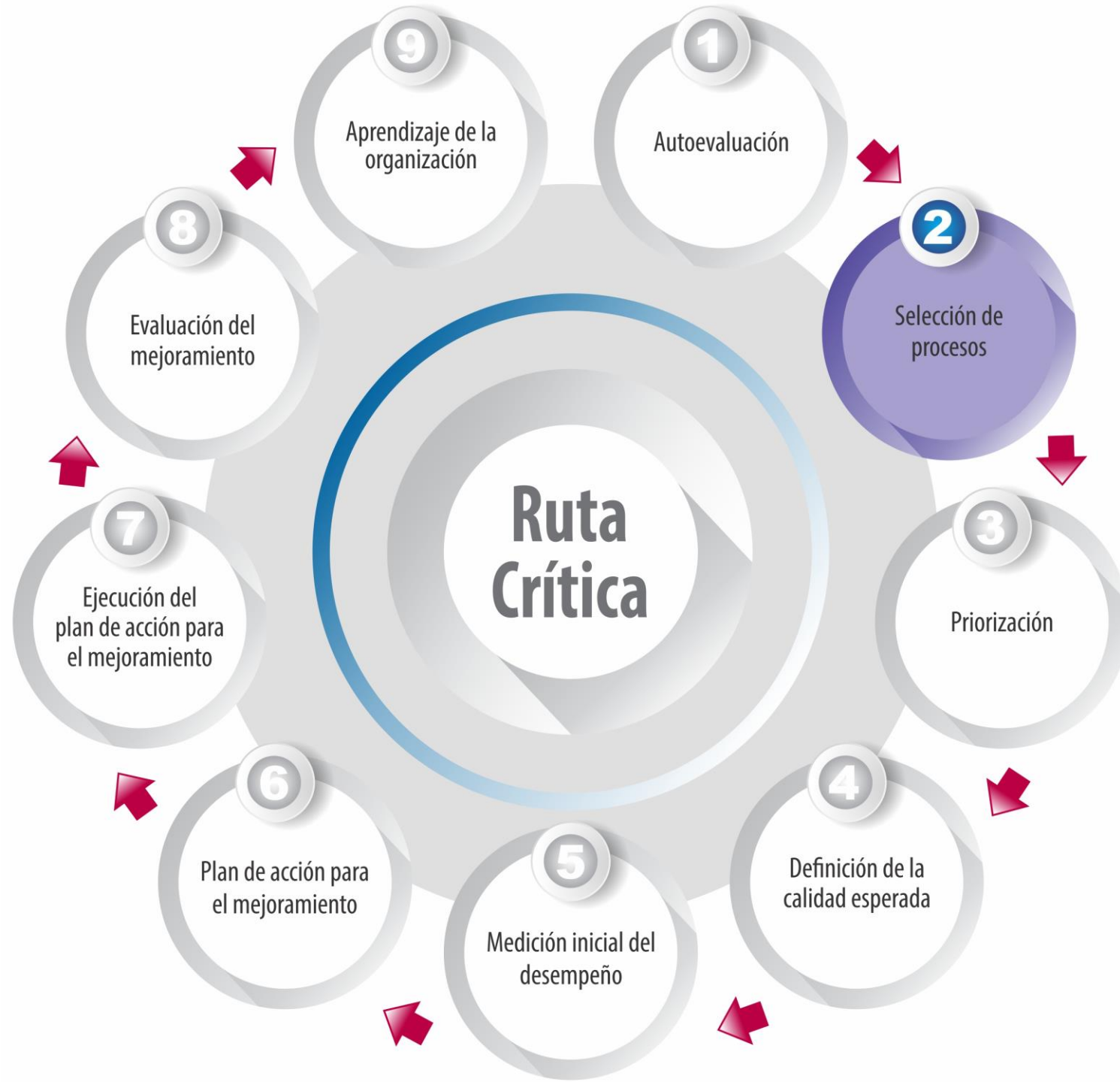
www.medellin.gov.co

TALLER AUTOEVALUACIÓN



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co



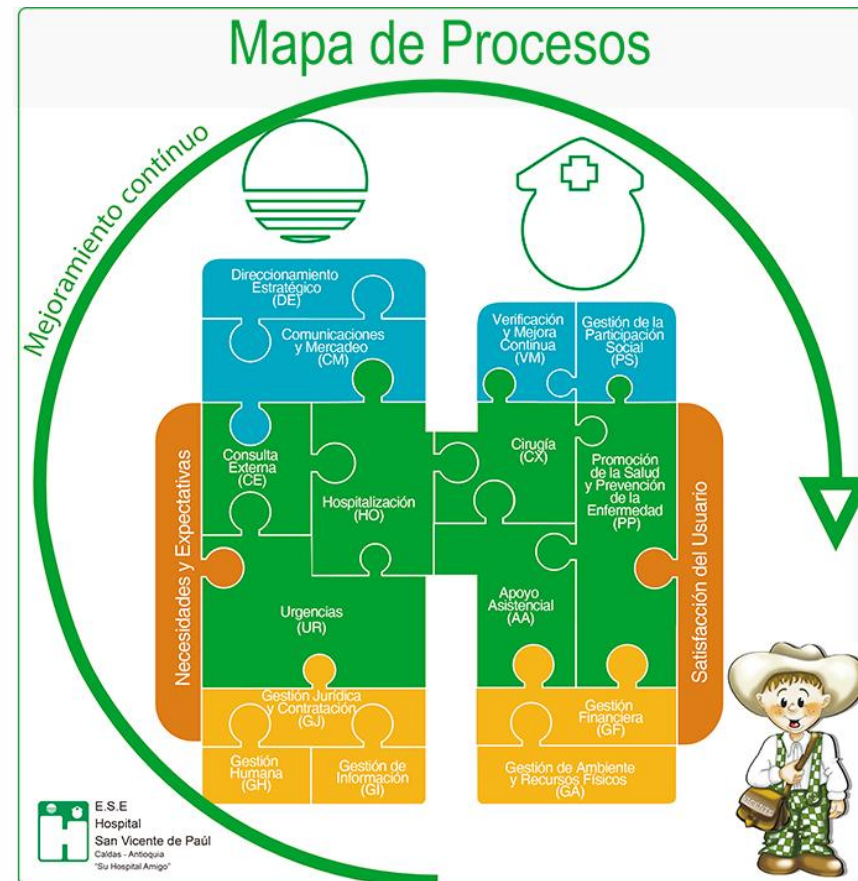
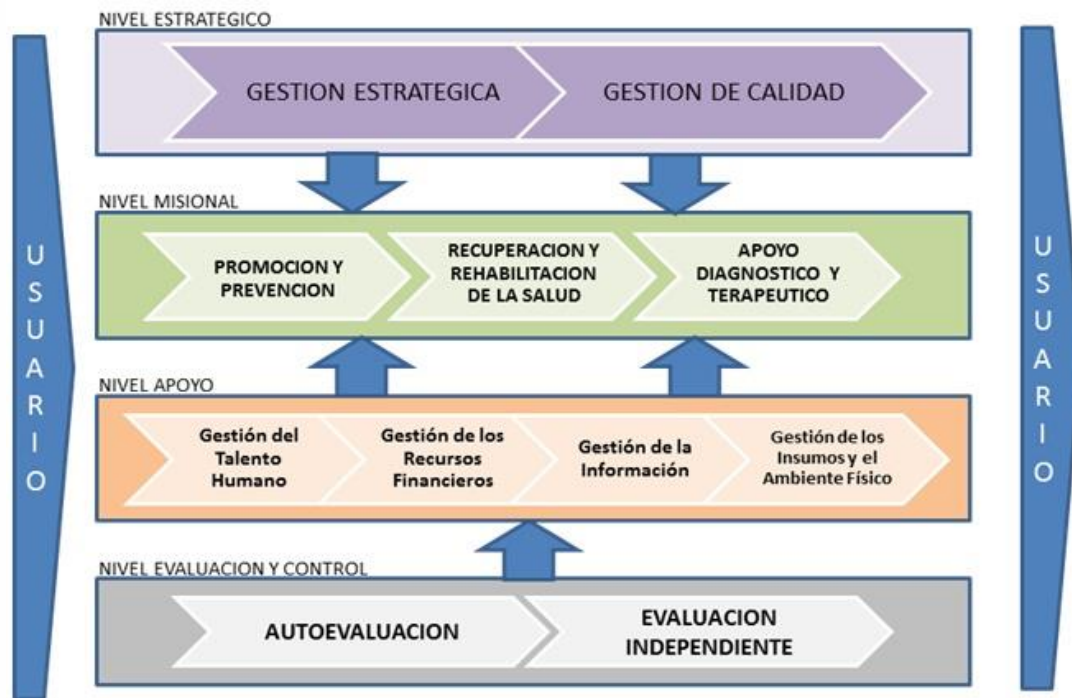
¿Qué es la selección de procesos con oportunidades de mejora?

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



¿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?

OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESOS INSTITUCIONALES														
	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
OM 1			X	X	X	X	X	X	X						
OM 2							X								
OM 3			X	X	X	X	X	X	X						
OM 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.

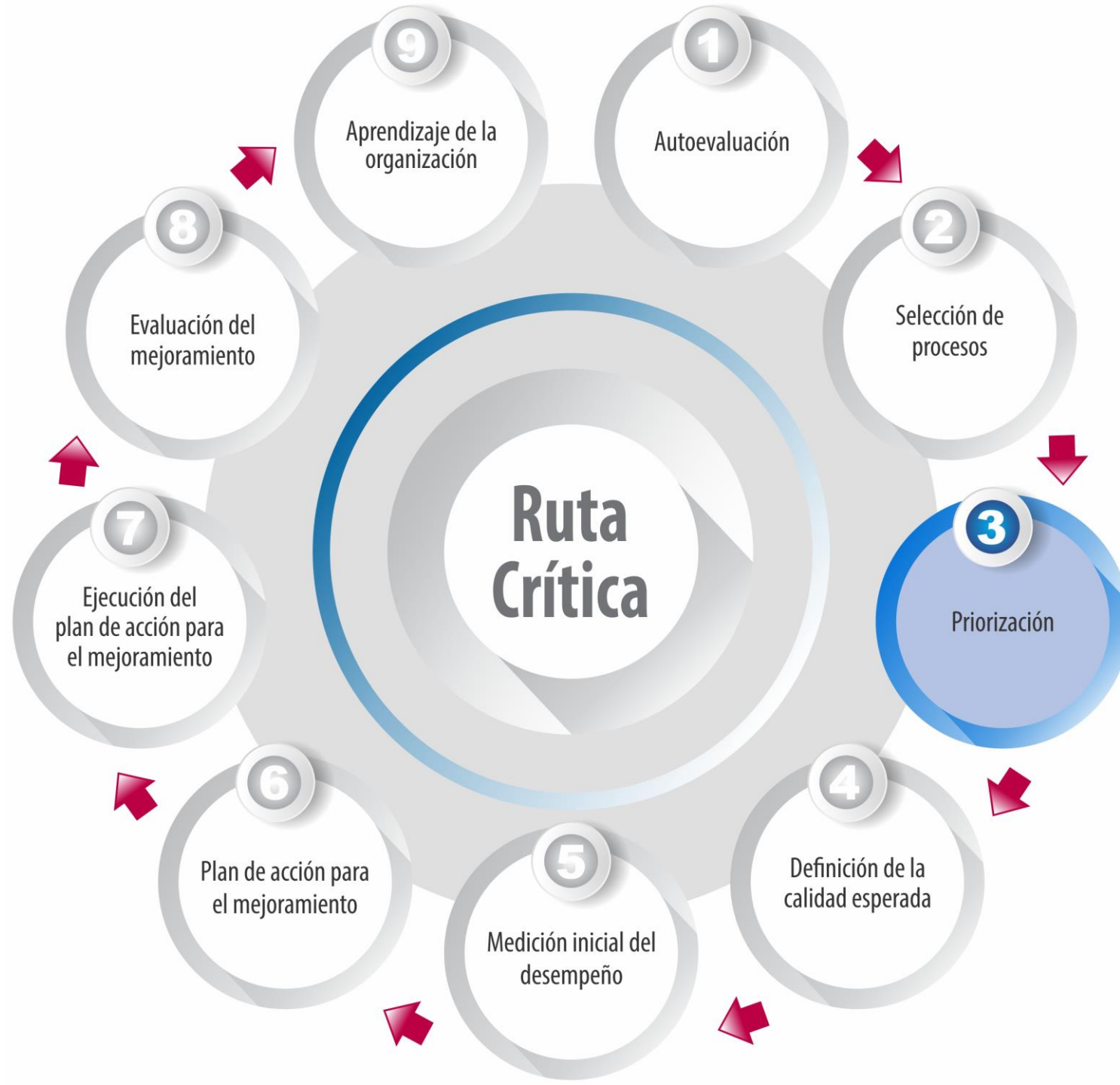


Debe confrontar las oportunidades de mejora, frente a los procesos institucionales.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co



¿Qué es la priorización de las oportunidades de mejora?

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.

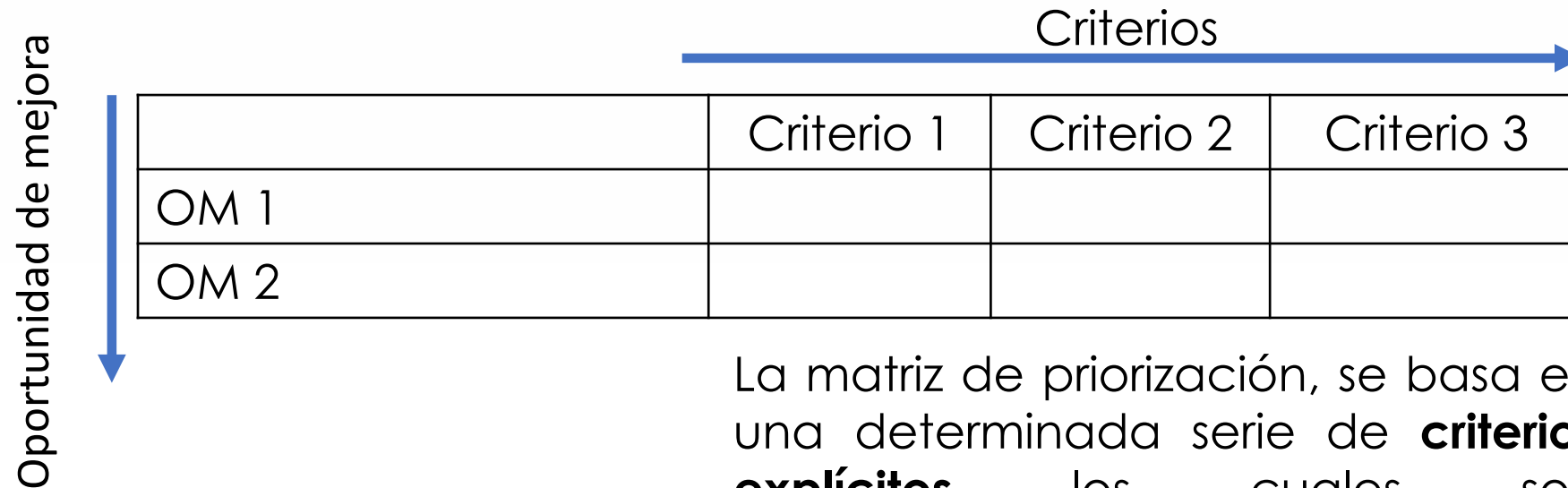


Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cómo realizo la priorización de las oportunidades de mejora?

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 que interviene.

La cobertura y alcance que tendría las acciones de mejoramiento.

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

Al riesgo que tiene el usuario y la institución si no se implementa la oportunidad de mejora.

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.

Al costo que para la organización (demandas, de no calidad o imagen) si no se implementa la oportunidad de mejora.

¿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 OM y los procedimientos que intervienen, se ejecutan solo algunas veces al año.	1	Si continúa la OM es poco costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	1
Representa un riesgo mínimo para los usuarios, trabajadores o la institución.	3	La OM y los procedimientos que intervienen, se ejecutan varias veces al mes.	3	Si continúa la OM trae costos importantes para la institución (imagen, no calidad, demandas).	3
Representa un alto para los usuarios, trabajadores o la institución.	5	La OM y los procedimientos que intervienen, se ejecutan muchas veces al día.	5	Si continúa la OM es muy costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	5

¿Cuál es el formato utilizado para la priorización de las oportunidades de mejora?

#

INDICADOR A EVALUAR	AUTOEVALUACIÓN CUALITATIVA	PRIORIZACIÓN			
INDICADOR	OPORTUNIDADES DE MEJORA	Riesgo	Costo	Frecuencia	Total



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cuántas oportunidades de mejoramiento priorizar?

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

Se considera que las oportunidades de mejoramiento que obtengan una calificación **mayor de 80** **son las que pueden entrar a intervenir**, 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 oportunidades de mejoramiento**, el cual estará determinado entre aquellas 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



Debe haber priorizado un grupo considerable de oportunidades de mejora

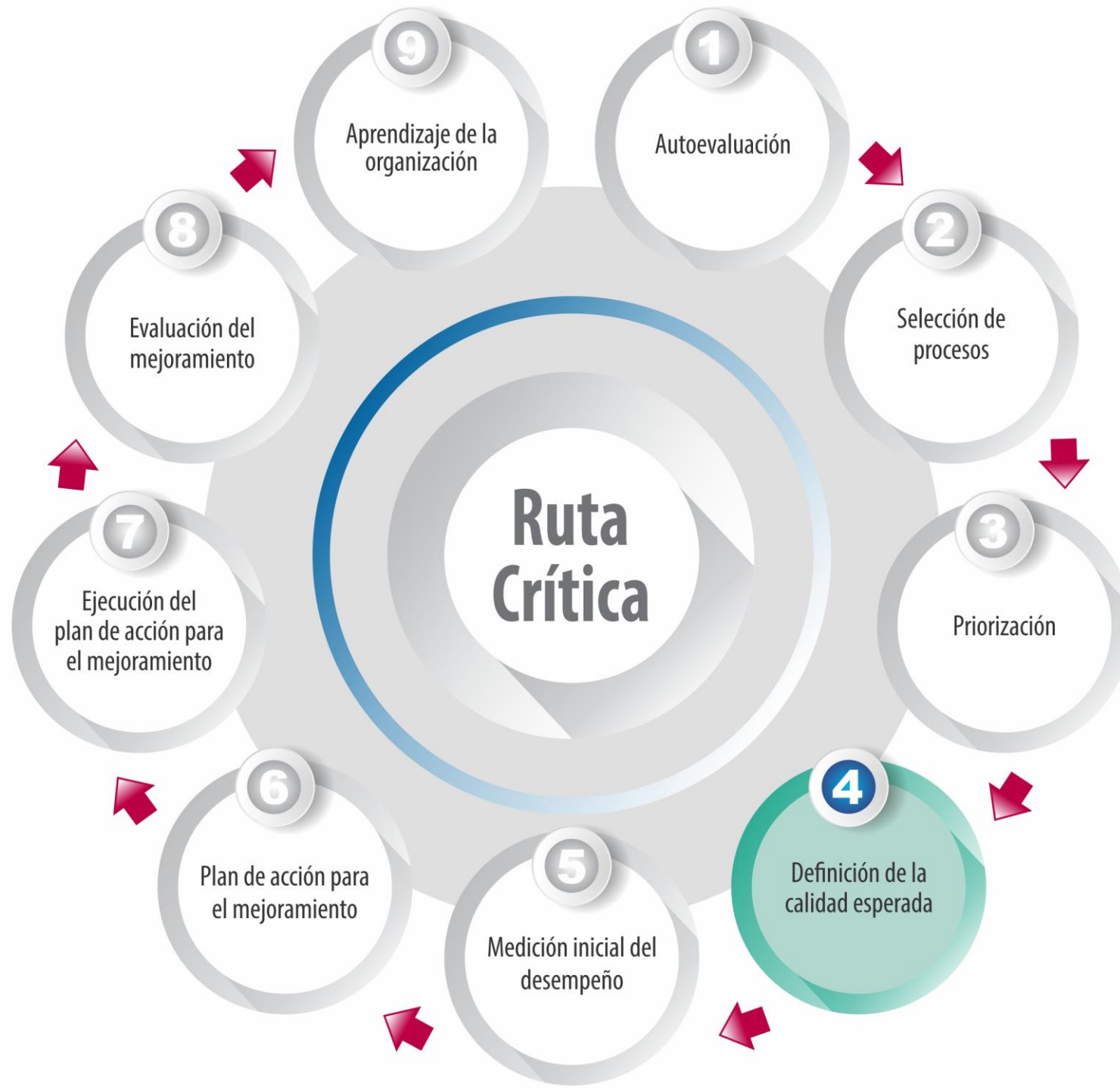


TALLER PRIORIZACIÓN



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co



¿Cómo establecer la calidad deseada de las oportunidades de mejoramiento priorizadas?

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

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



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

¿Cómo establecer la calidad deseada de las prácticas prioritizadas?

Se deberá establecer.

Metas de los indicadores que evalúan las oportunidades de mejoramiento definidas como críticas

- Es importante aclarar que se deberán utilizar indicadores que sirvieron de partida para la identificación de las oportunidades de mejoramiento, que el desarrollo de nuevos indicadores de gestión.






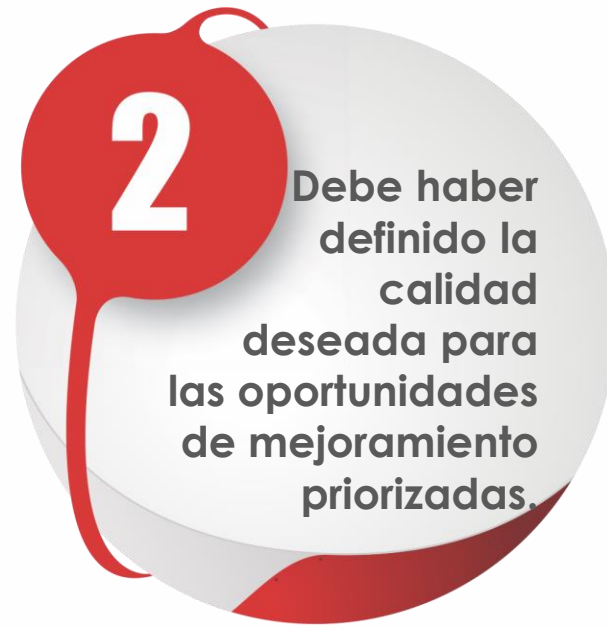
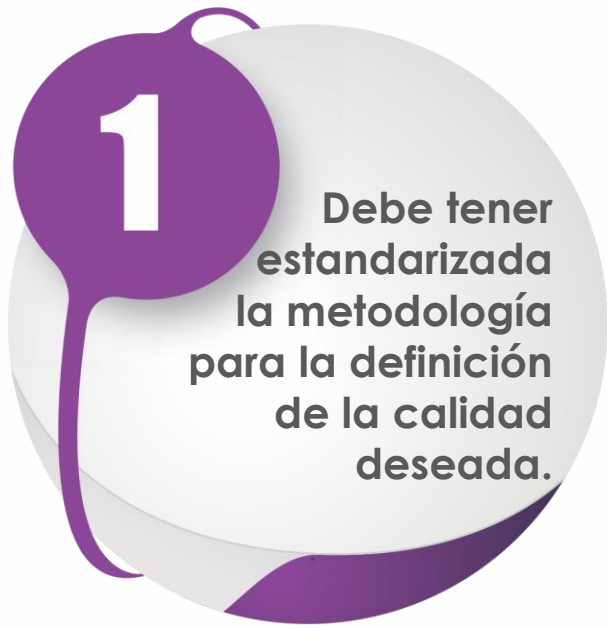
Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

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		



¿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?

4

Se cuentan con las fichas técnicas de los indicadores.

5

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?

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

Para esta metodología la medición inicial **debe entenderse como la medición que origino el problema** y la cual fue analizada en la autoevaluación.



¿Qué es la medición inicial del desempeño?

Si dentro de las oportunidades de mejoramiento se identificó que el problema es la falta de medición, entonces se procede a construir los instrumentos que permitan generar los indicadores establecidos.

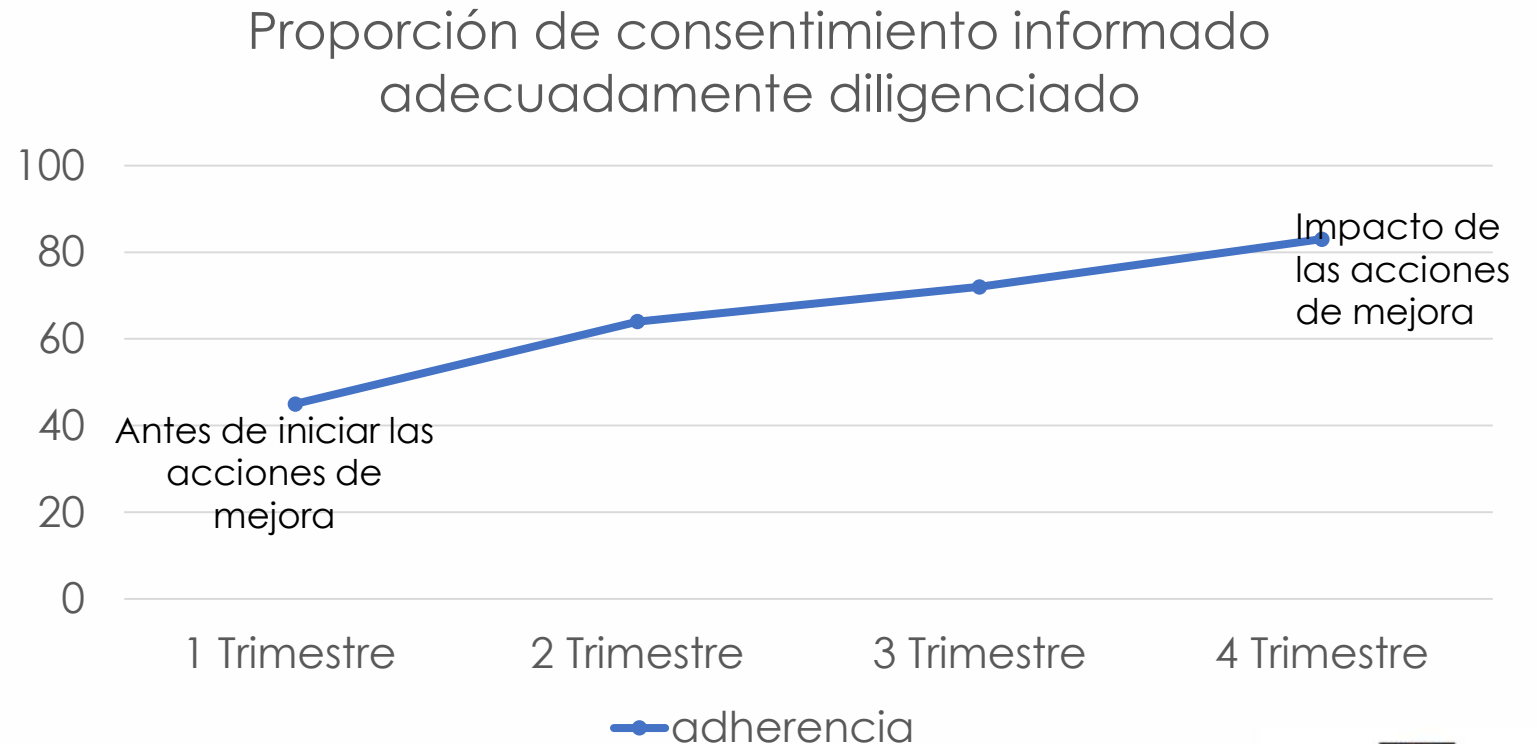
Una vez contruidos los instrumentos se debe realizar la validación y ajuste de ser necesario, previo a la aplicación.

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

¿Cuál es el formato utilizado para registrar la medición inicial del desempeño?

INDICADOR	FORMULA	META	ULTIMO PERIODO DE MEDICIÓN	MEDICIÓN INICIAL

1

Tiene
definidos
los
mecanismos
para la
evaluación
inicial del
desempeño.

2

Cuenta con
un
cronograma
de medición
de
indicadores.

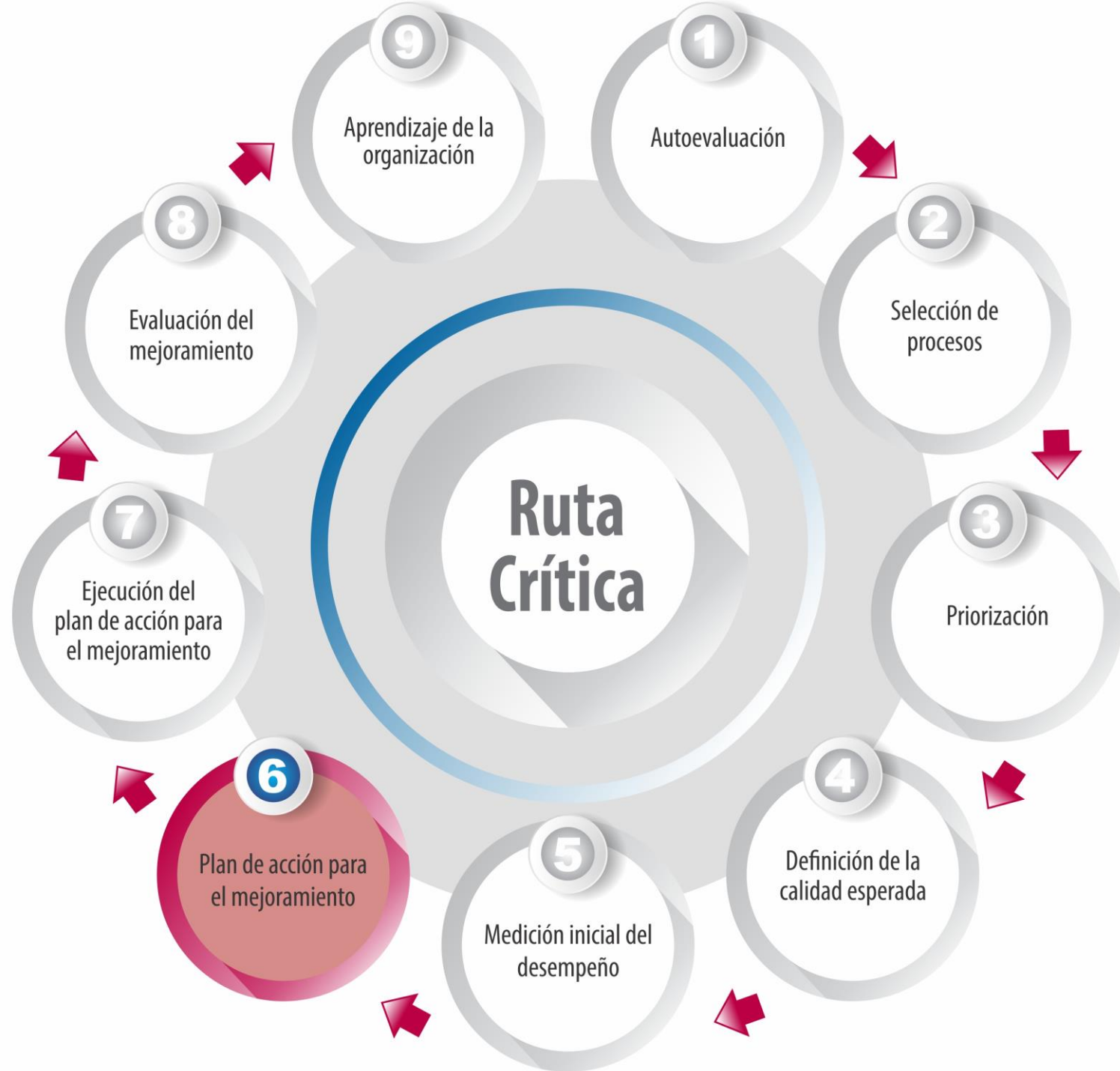
3

Se debe
tener la
línea de base
que mide la brecha
entre la calidad
deseada y el estado
actual.

4

Se debe
tener
trazabilidad
en los
resultados
obtenidos.

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



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

En esta fase se desarrollan **estrategias específicas para el cierre de las brechas**, encontradas en la autoevaluación, por lo tanto cada oportunidad de mejoramiento 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.



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

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

Formato para elaborar el plan de mejoramiento

OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO	ACCIÓN DE MEJORA PARA CERRAR LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA Como	RESPONSABLE Quien	FECHA DE REALIZACIÓN Cuando



¿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 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 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?

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).



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co



¿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:	
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

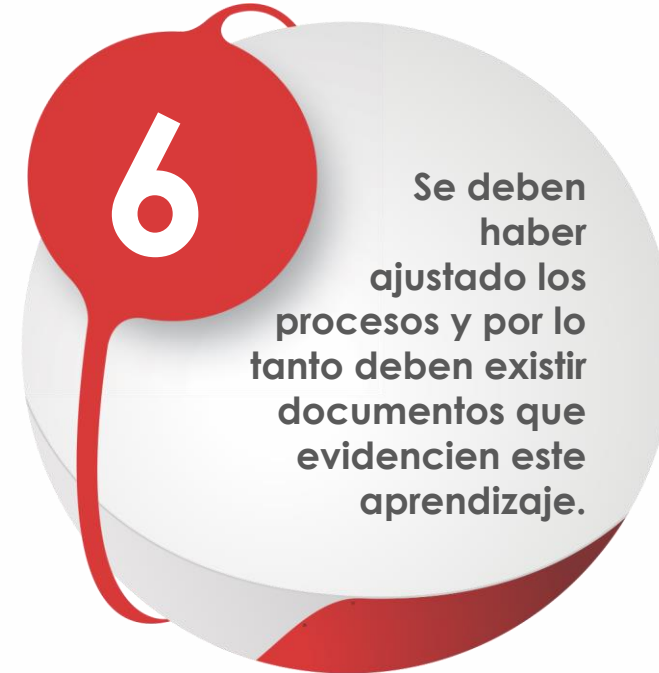
Debe continuar midiendo los indicadores y realizar seguimiento las tendencias.

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.

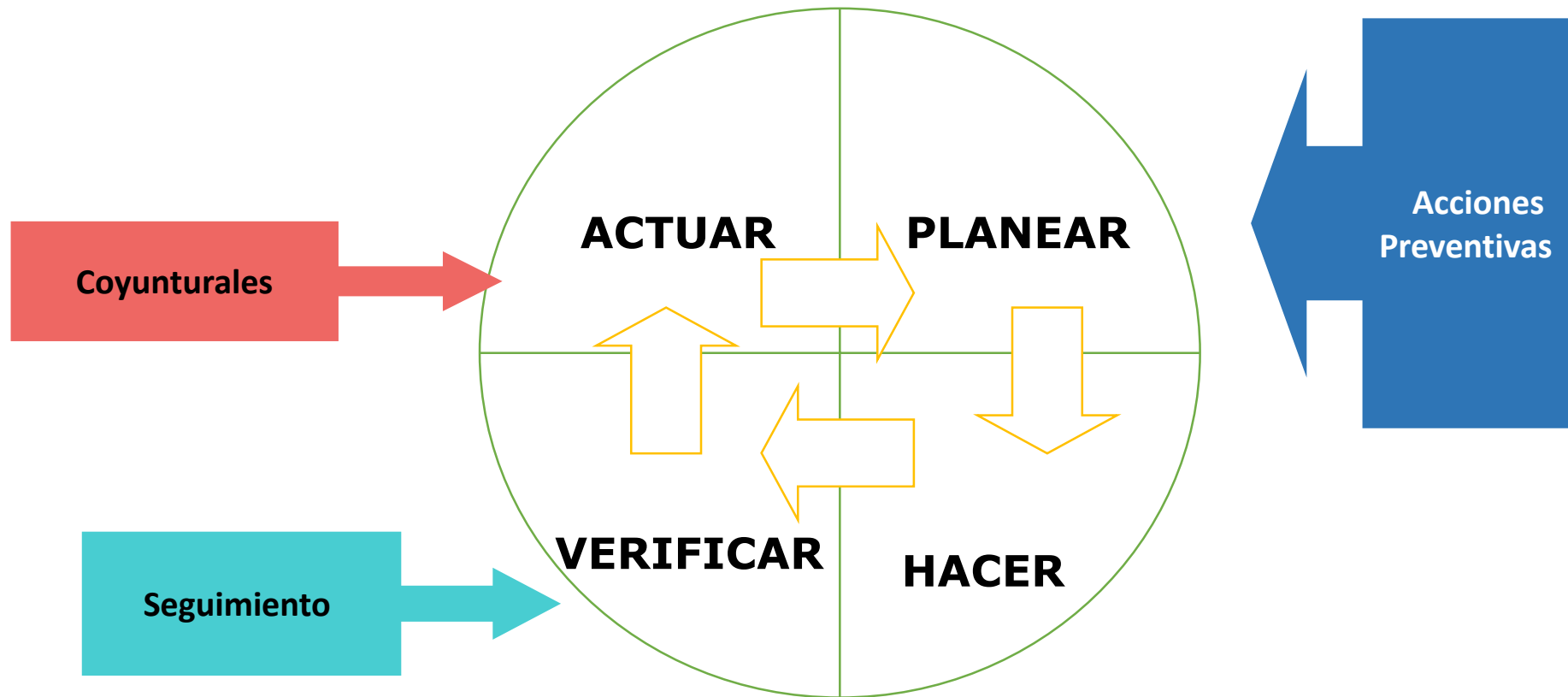
¿Cuáles son los tipos de acciones que incluye el PAMEC?

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 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



Alcaldía de Medellín
Cuenta con vos

www.medellin.gov.co

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