

**Bienvenidos al Seminario Taller**  
**Cómo implementar de manera práctica la**  
**ruta crítica del PAMEC**  
**enfoque en gestión del riesgo**



**Alcaldía de Medellín**  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://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- con enfoque en gestión del riesgo.



# Programación

1. Generalidades del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
2. Generalidades de la Gestión de Riesgos
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



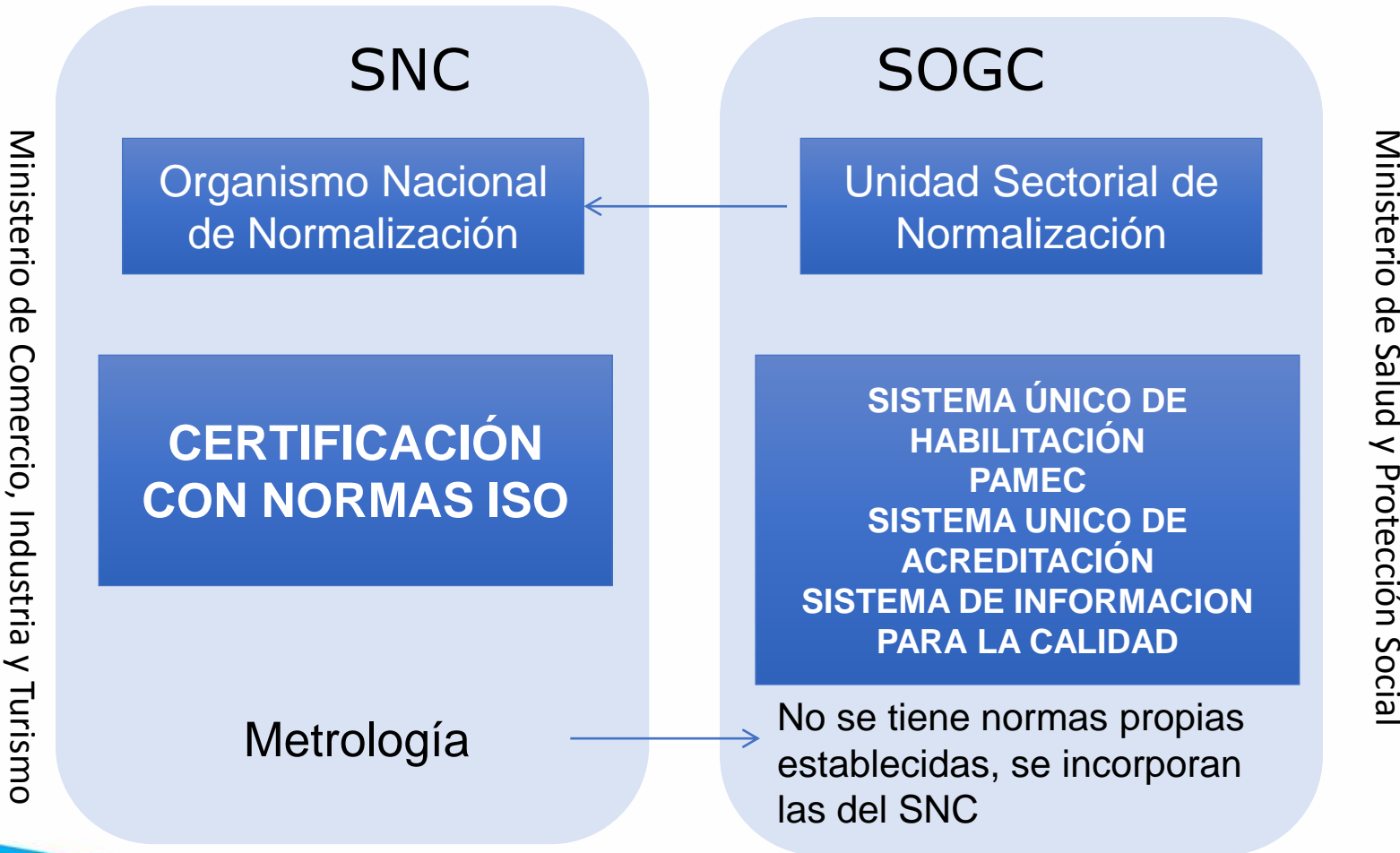
# ASPECTOS GENERALES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://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

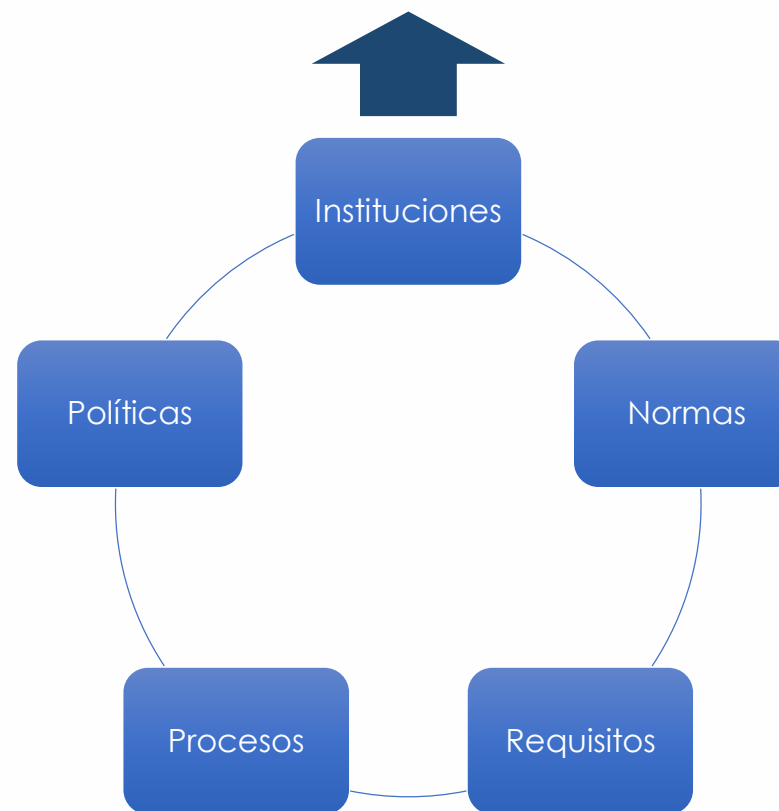
3 ABR 2006

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.

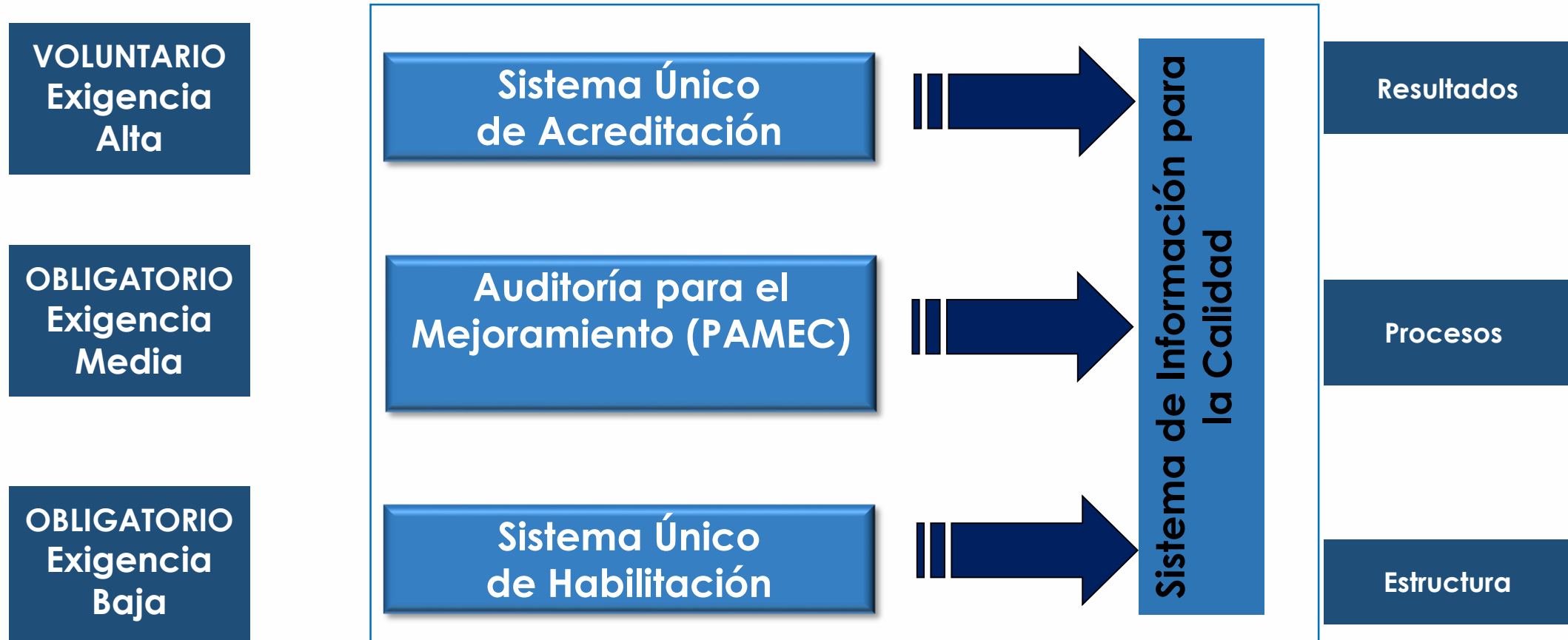
Mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud



Alcaldía de Medellín  
Cuenta con vos

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

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



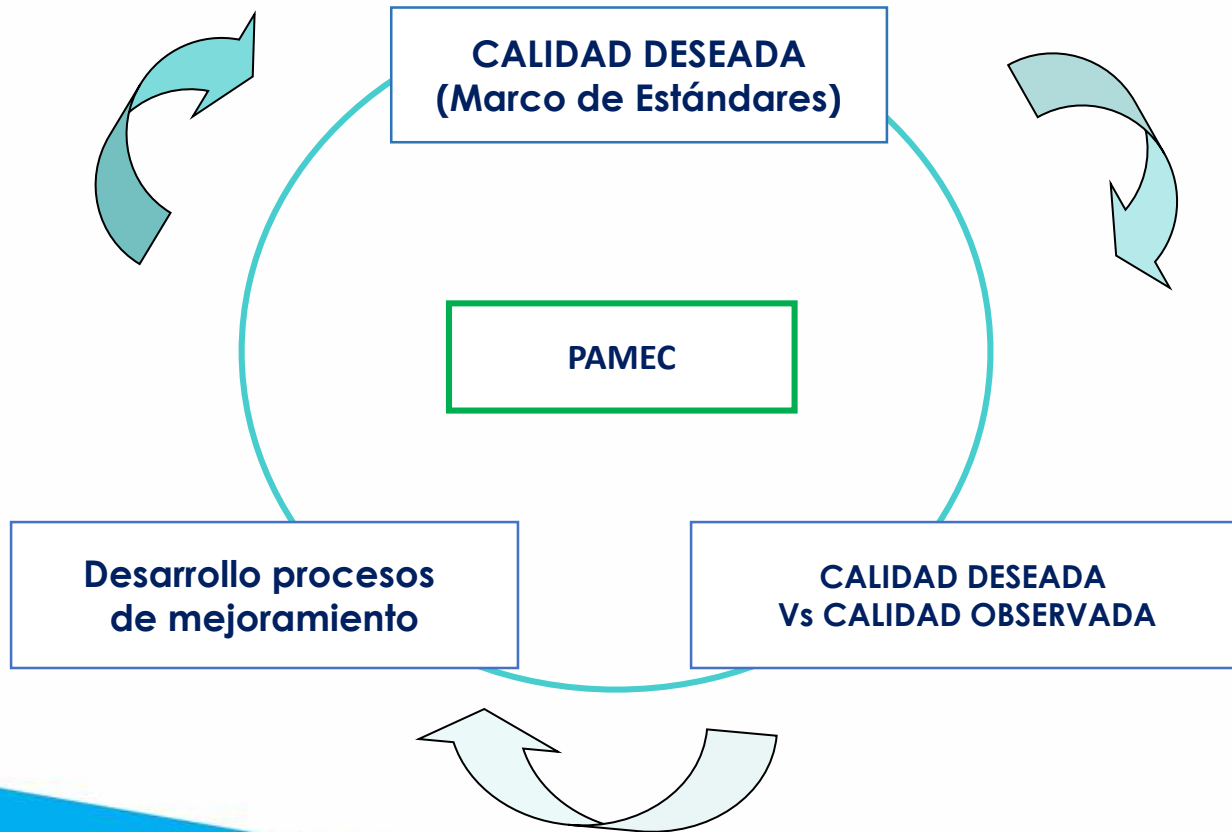
# ¿Cómo se desarrolla el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad?

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.
- Evaluación y análisis de 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

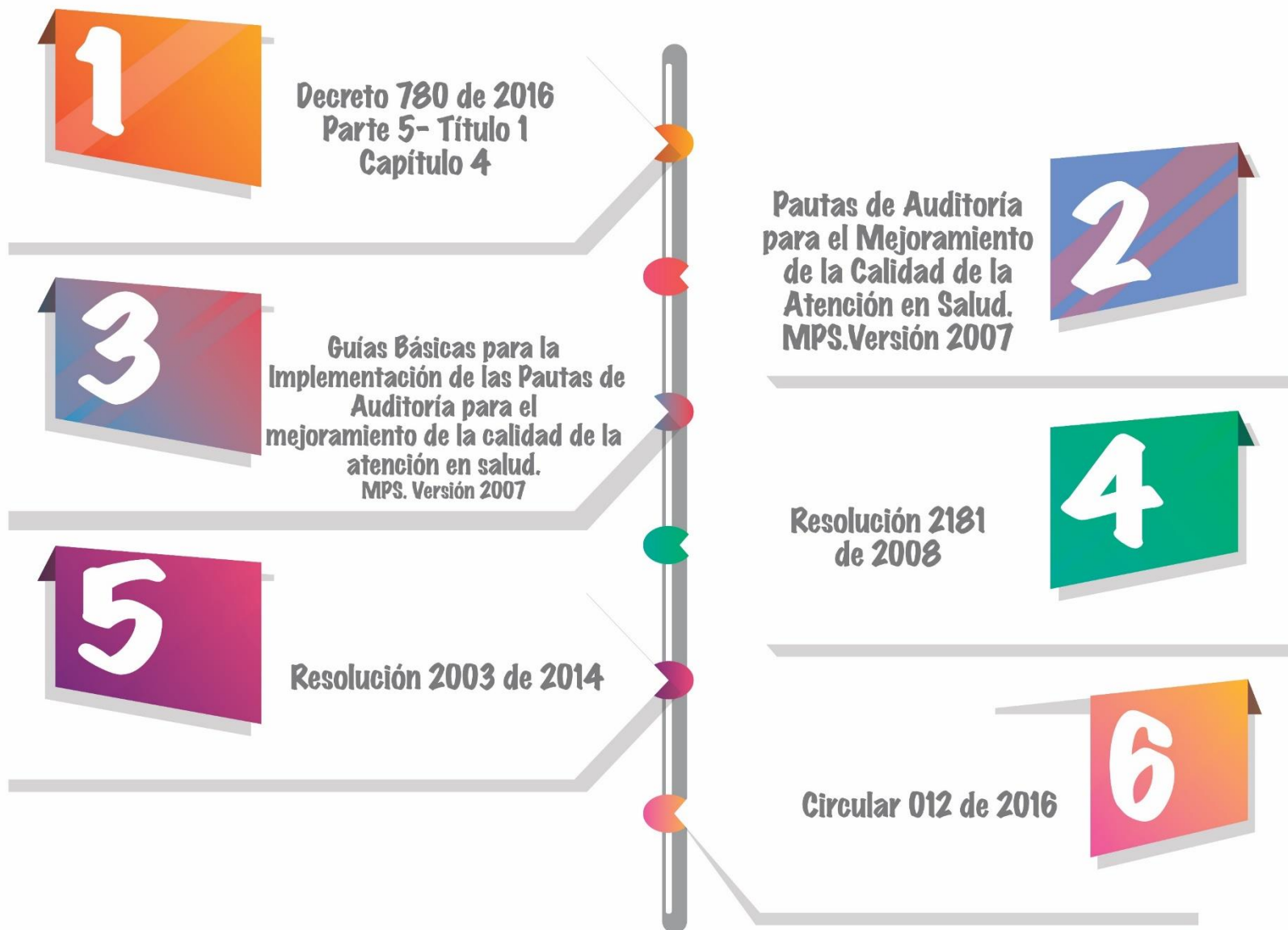
Empresas cuya actividad principal no es la salud, pero cuentan con servicios de salud.

**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](http://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.

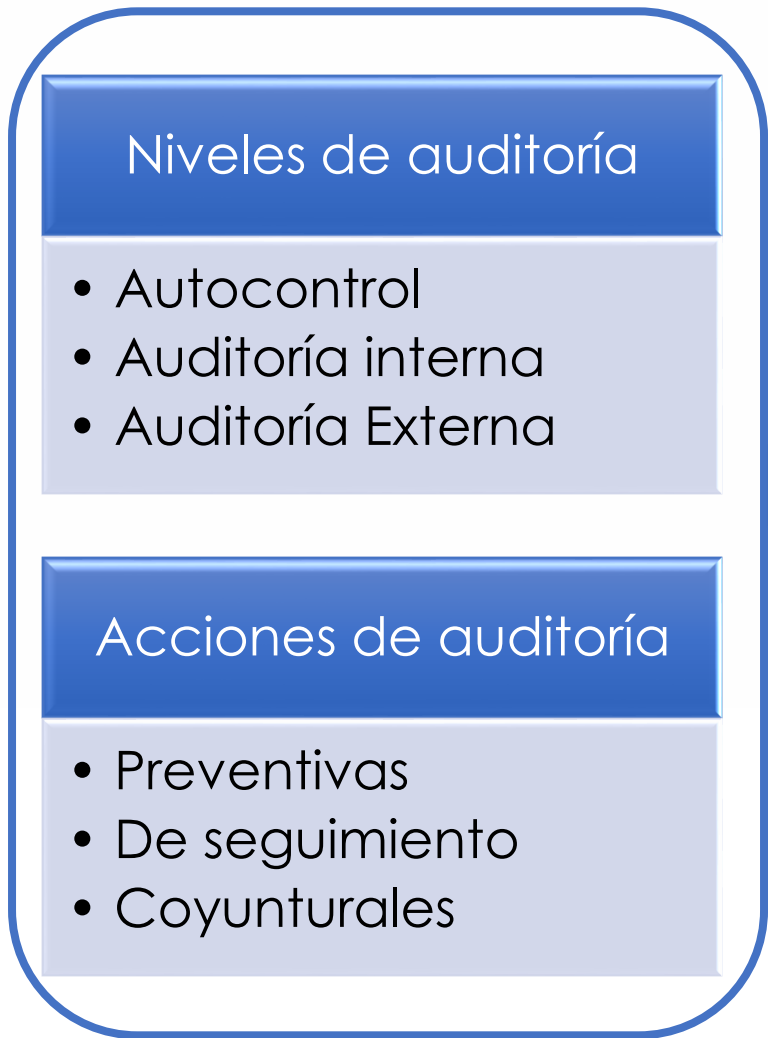
Presentar interventoría de contratos, auditoría de cuentas médicas, auditoría ISO actividades de control interno.

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



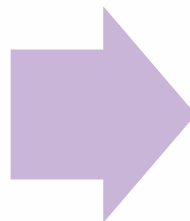
Autoevaluación de  
habilitación



# ¿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](http://www.medellin.gov.co)

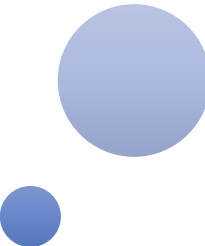
# ¿Qué hacer si mi institución es parte de una red de prestadores?

## 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 procesos 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**



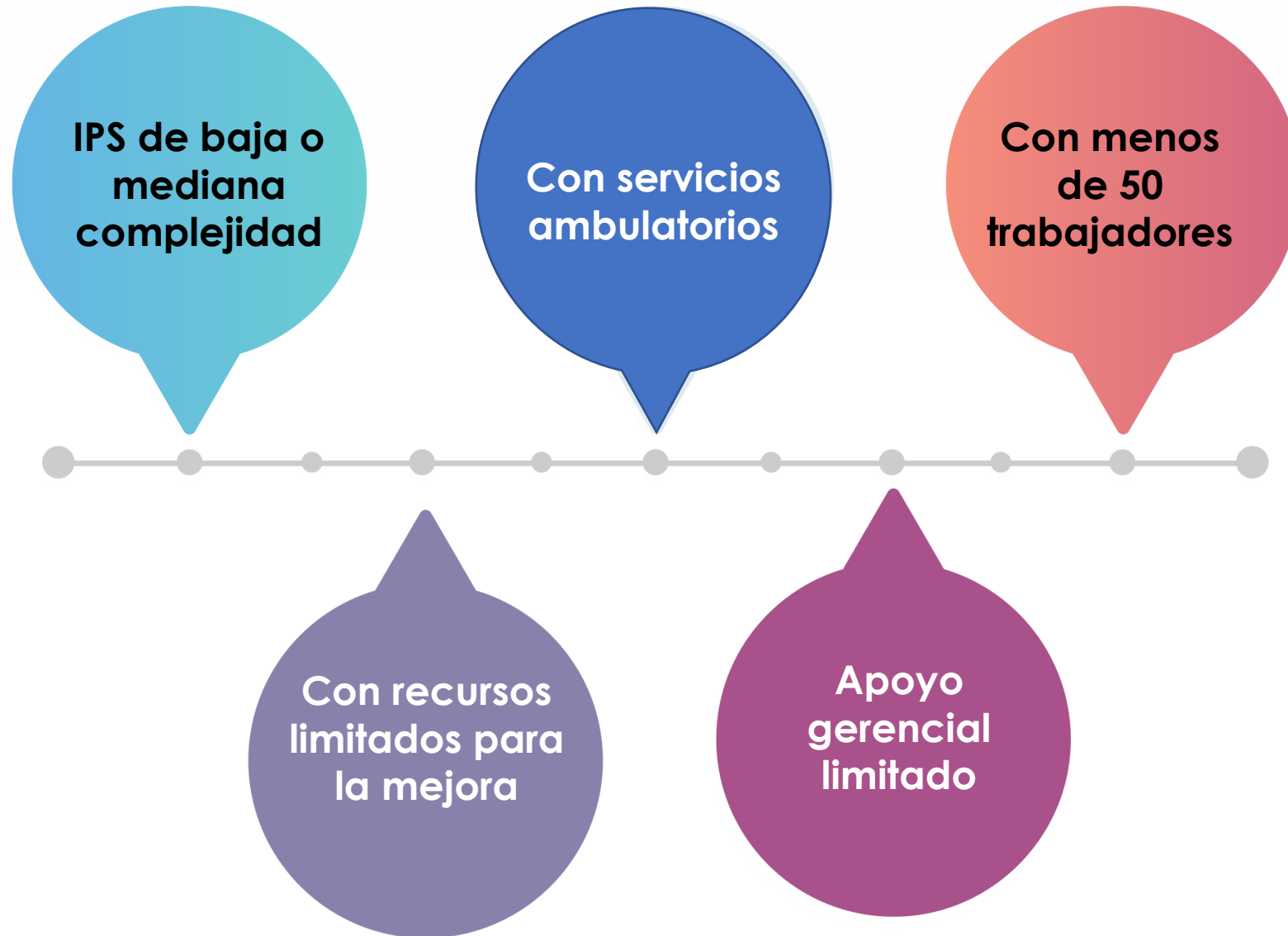
Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://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?

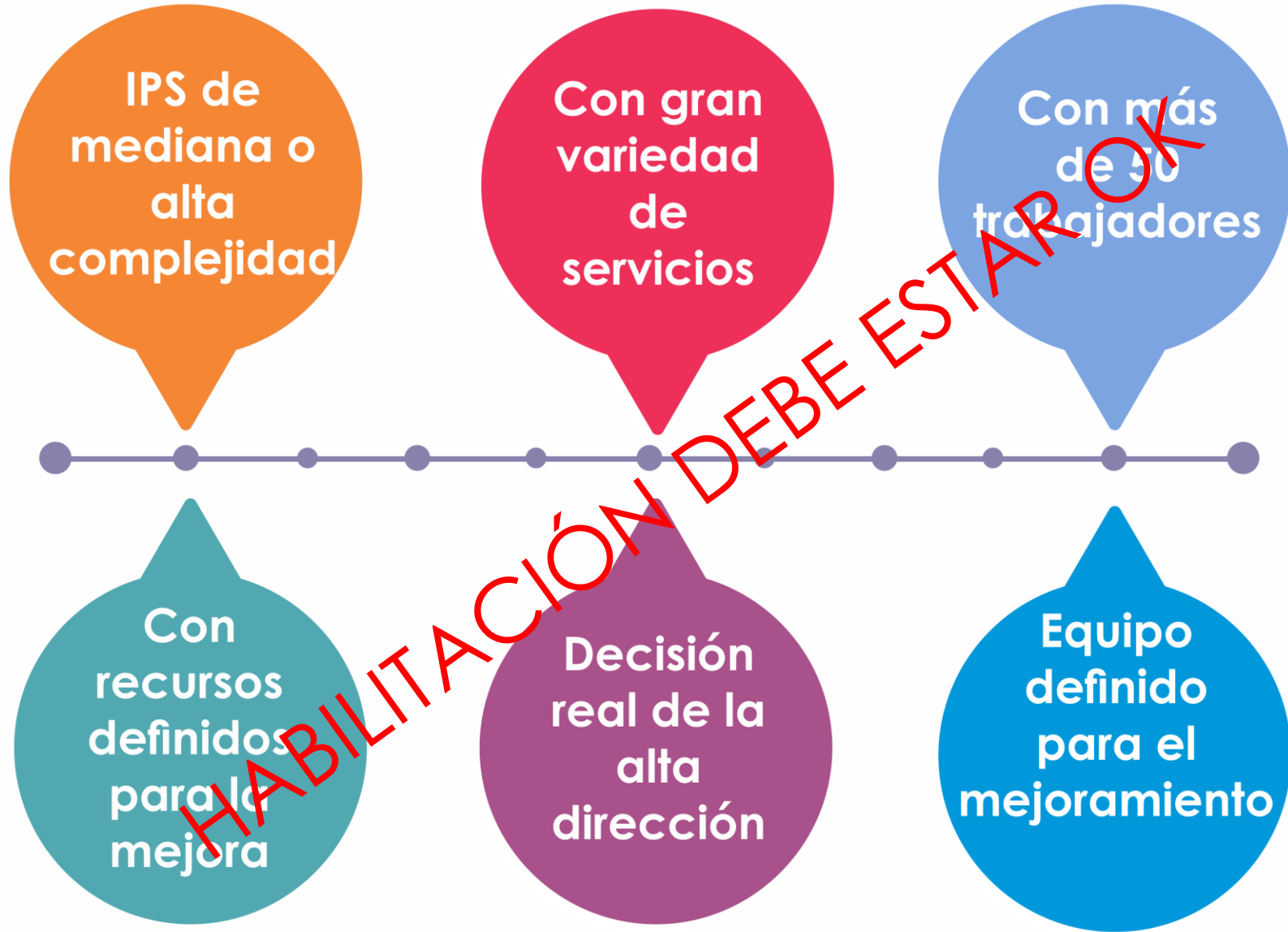
Debe contar con un Programa de Seguridad del Paciente

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](http://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](http://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.



# GENERALIDADES DE LA GESTIÓN DE RIESGOS

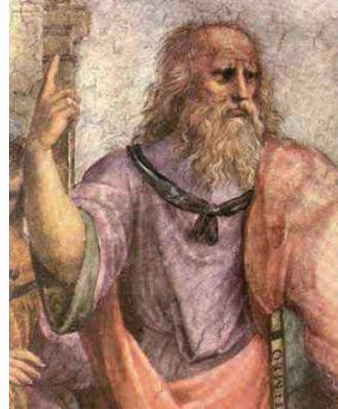


**Alcaldía de Medellín**  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)



**Todas las actividades que desarrolla el hombre son susceptibles de sufrir eventos que los afecten en forma positiva o negativamente.**



Durante toda la historia, se ha pretendido desarrollar metodologías que permitan enfrentar dichas amenazas, oportunidades, partiendo de medidas instintivas, hasta usar racionalmente los conocimientos y la tecnología al alcance.



Alcaldía de Medellín  
Cuenta con vos

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

En las organizaciones existe la **necesidad de controlar las amenazas** que pueden **afectar su normal funcionamiento y generar pérdidas**, que van desde lo económico hasta la afectación a las personas, pasando por el deterioro del medio ambiente o de la imagen corporativa.



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

Las organizaciones que logren **equilibrio en el manejo de sus riesgos** podrán, con mayor éxito **permanecer, ser mas competitivas.**



La gerencia de riesgos se está perfilando como una práctica empresarial que proporciona una importante ventaja competitiva a las empresas.



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# Madurez de la cultura de Gestión de Riesgos

## Reactiva a los Riesgos

- Ni Junta Directiva ni gerencia enfatizan en la gestión del riesgo.
- Empírica y casuística: Basada en la experiencia y riesgos sucedidos.
- Cubrimiento incompleto y aislado de los riesgos, con énfasis en riesgos financieros.
- Responsabilidad diluida y casuística.
- Falta de enfoque y lenguaje común. Valoración muy subjetiva.
- Auditorías tradicionales. (Cumplimiento).

## Preparada para los Riesgos

- La Junta Directiva y la alta gerencia facilitan pero no se involucran en la gestión del riesgo.
- Se establece el Comité de Riesgos y Políticas.
- Se reconoce la necesidad de gestionar el riesgo en toda la empresa.
- Identificación aislada de riesgos según su naturaleza.
- Valoración cualitativa y semi-cuantitativa.
- Monitoreo incipiente Auditoría más proactiva.

## Anticipa los Riesgos

- Comités de Riesgo a nivel de la Junta Directiva y Alta Gerencia.
- Gestión del Riesgo desde el contexto estratégico.
- Optimización del riesgo Enfoque a riesgos críticos.
- Predictiva: enfocada a prever riesgos potenciales.
- Identificación integral de riesgos en procesos.
- Propietarios responsables.
- Valoración cuantitativa riesgos críticos.
- Indicadores que monitorean los riesgos.
- Auditoría basada en Gestión de Riesgos.

# DEFINICIONES GENERALES RELACIONADAS CON LA GESTIÓN DEL RIESGO



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

Planear

Organizar

Coordinar

Dirigir

Evaluar

Controlar

## ¿Qué es gestión?

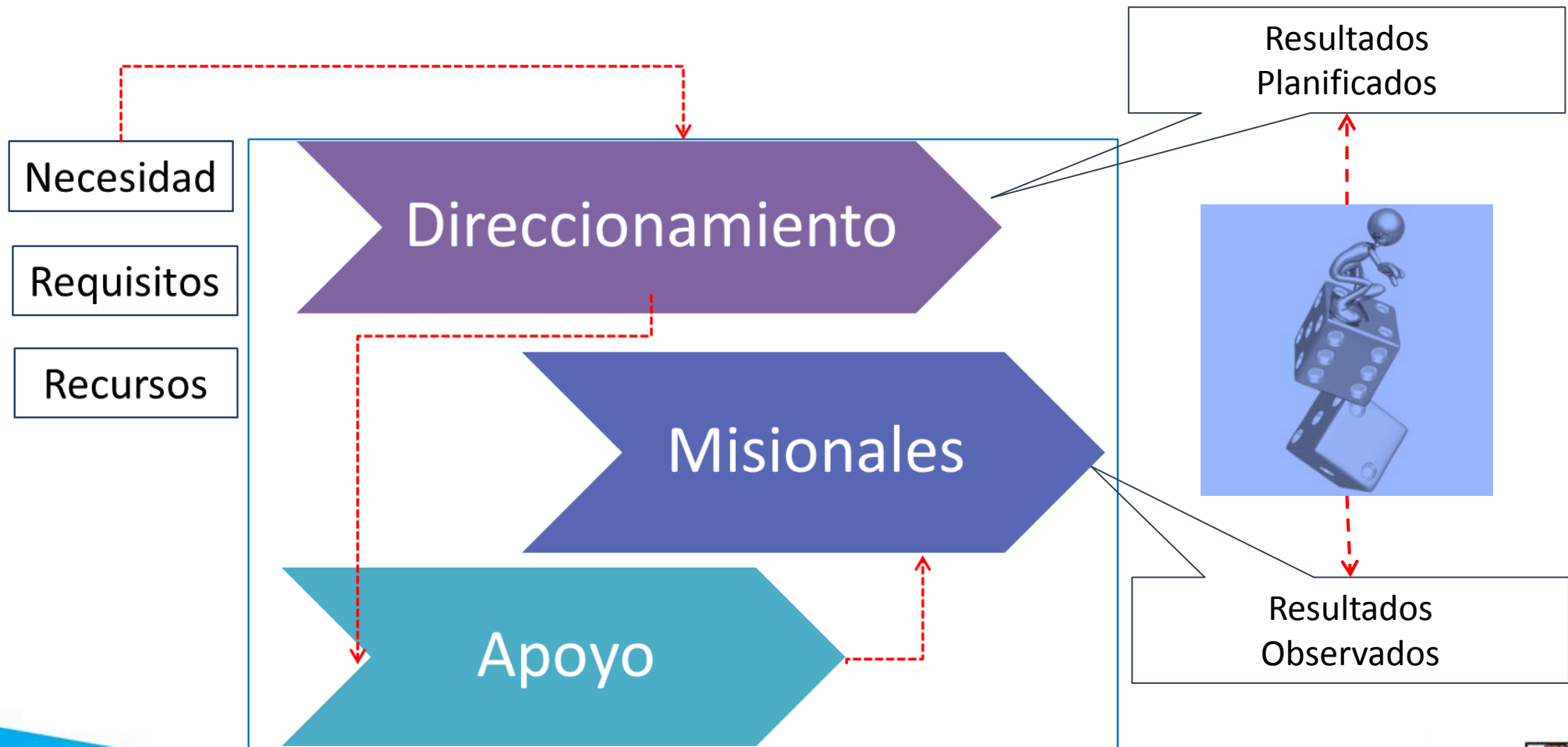
**Conjunto de acciones** que se realizan para **dirigir y administrar** un negocio, una empresa, un proceso **para que cumpla con sus objetivos.**



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿Qué es gestión?



# ¿Qué es riesgo?

R = Probabilidad x Severidad

**Incertidumbre**  
e  
fallo

**PELIGRO**

**Amenaza**

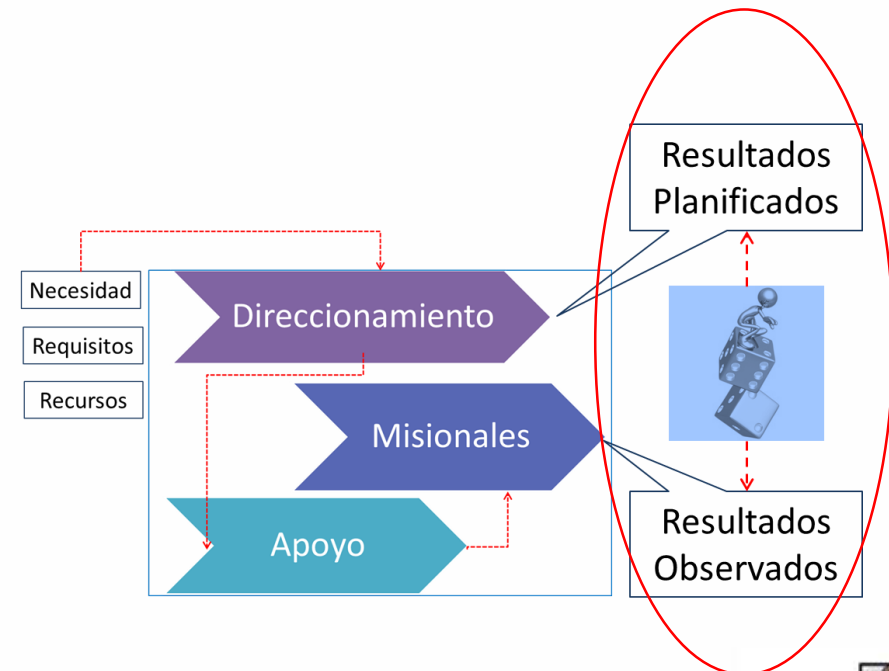




# ¿Qué es riesgo?

Riesgo viene del Italiano Risicare, que Significa desafiar, retar, enfrentar; también se define como poner en peligro a una persona, en algunos escritos se refiere a la proximidad de un daño.

- Cualquier situación en la que hay incertidumbre acerca del resultado que se obtendrá...
- Efecto de la incertidumbre sobre los objetivos <sup>1</sup>...



(1) International Organization for Standardization, ISO 31000. Risk Management – Principles and Guidelines



# ¿Qué es riesgo?

El riesgo se puede definir como la posibilidad de que ocurra algo que tendrá impacto sobre los objetivos. Se mide en términos de consecuencia y posibilidad.

NTC 5254:2006

Oportunidades  
para conseguir  
beneficios

Lado Positivo

Amenazas

Lado Negativo



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿Qué es la gestión del riesgo?

“Es el conjunto de **acciones** llevadas a cabo en forma **estructurada e integral**, que permite a las organizaciones **identificar, evaluar y tomar decisiones** sobre **aquellos posibles riesgos que puedan afectar el cumplimiento de sus objetivos**”.

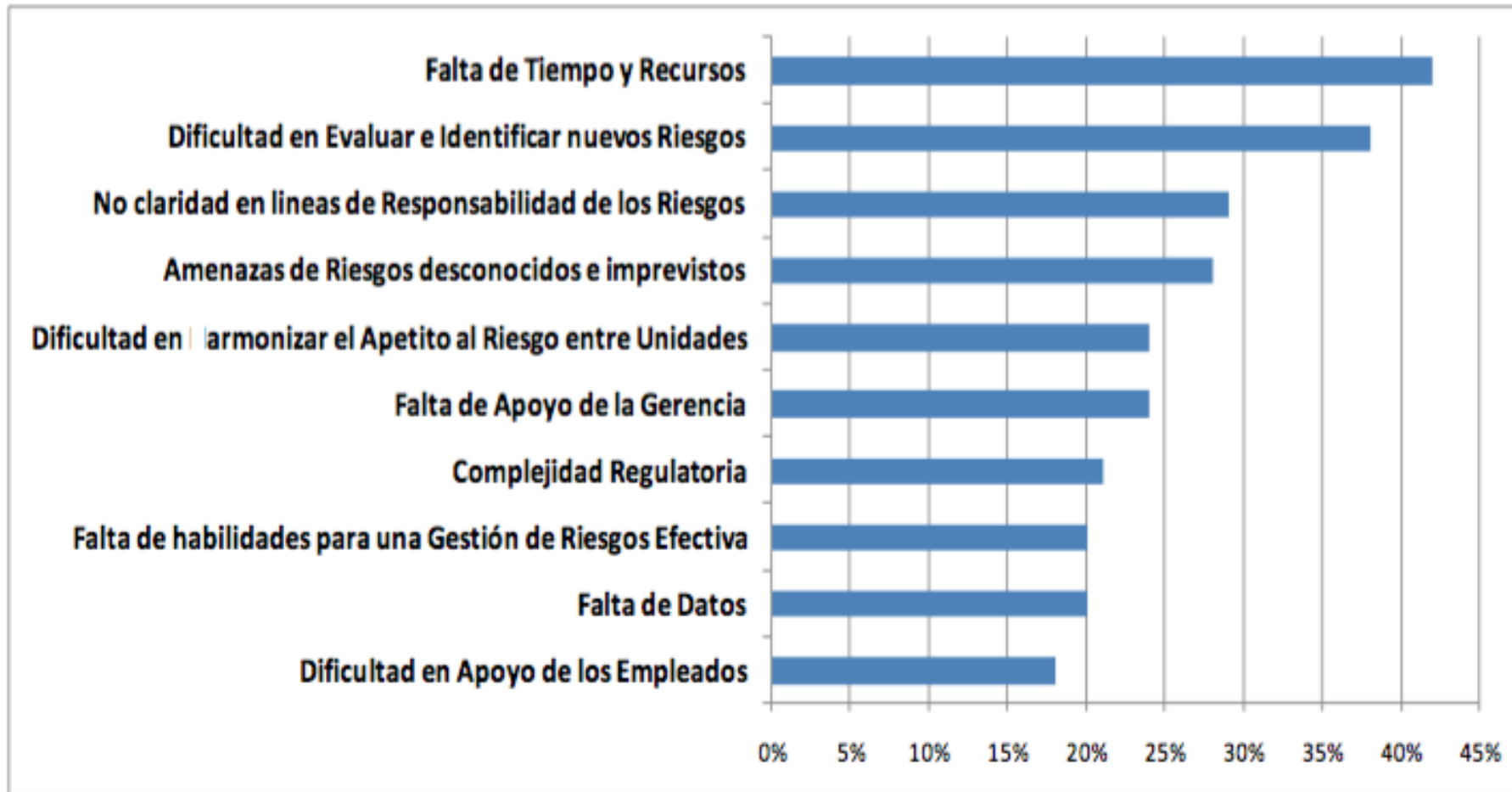
Mejía Quijano, Rubi Consuelo. Identificación de riesgos. 2013



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿Cuáles son las principales dificultades para una gestión del riesgo efectiva?



**The Economist Intelligence Unit Survey – 2009**  
Patrocinado por ACE, IBM y KPMG

# ¿Cuáles son los paradigmas con respecto a la gestión del riesgo?

La Empresa es exitosa, los riesgos están controlados...

Los riesgos son responsabilidad de un equipo que pertenece a otra área....

Los riesgos se encuentran cubiertos por los seguros de la Empresa....  
La responsabilidad está en manos de los directivos....

Yo no tomo decisiones en la Empresa....cómo la podría afectar?...

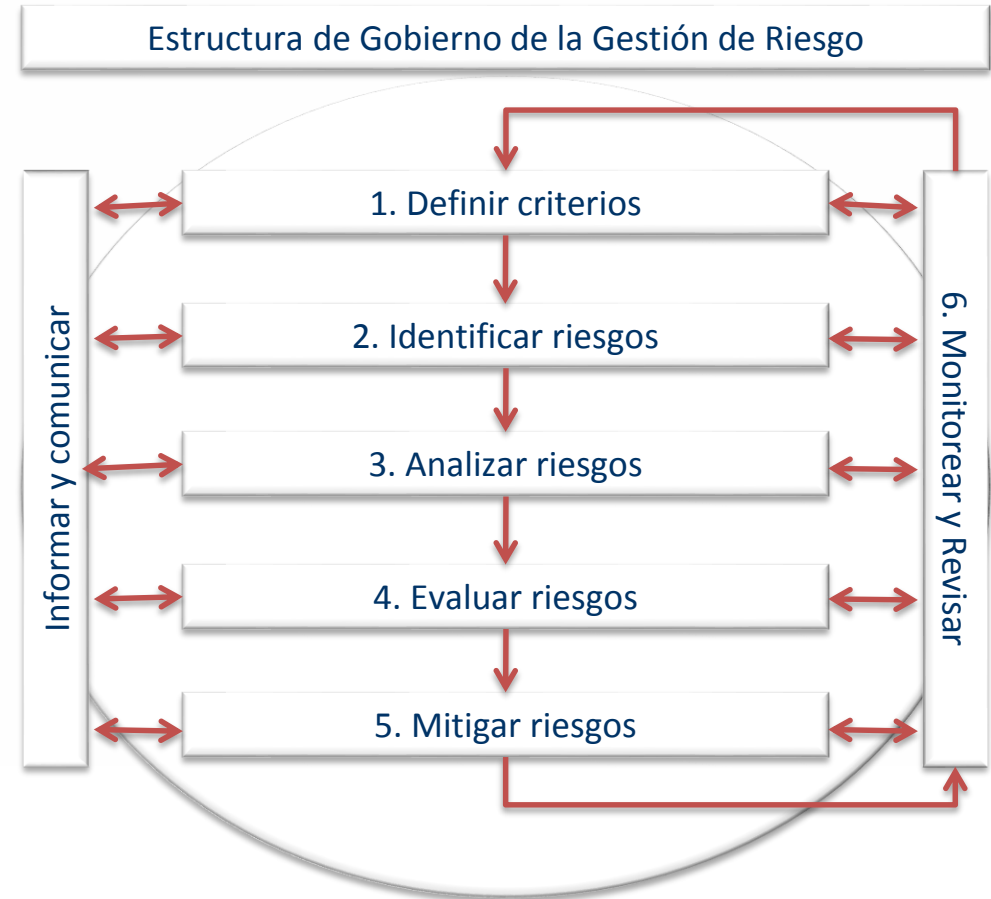
Yo no debería hacer cosas para las que no me contrataron, me puedo meter en problemas....

Este contrato no vale mayor cosa....La pérdida para la empresa no le haría ni cosquillas....



# ¿Cuáles son los referentes técnicos para la Gestión de Riesgos?

## Normatividad



AS/NZS: 4360 Risk Management Standard © Alianza de las oficinas de estándares de Australia y Nueva Zelanda.

MECI Decreto 943 de 2014

Analisis de Modo y efecto de fallo - AMEF

La gestión del riesgo tiene un enfoque **preventivo**, mientras que los enfoques desarrollados hasta el momento, se orientan a evaluar la ocurrencia de un evento adverso ya ocurrido.

Por lo tanto, son métodos **preventivos** y que deben ser aplicados de manera **sistemático** para la identificación y prevención de problemas antes de que ocurran.



# Gestión del riesgo

## METODOLOGÍAS DE GESTIÓN DEL RIESGO

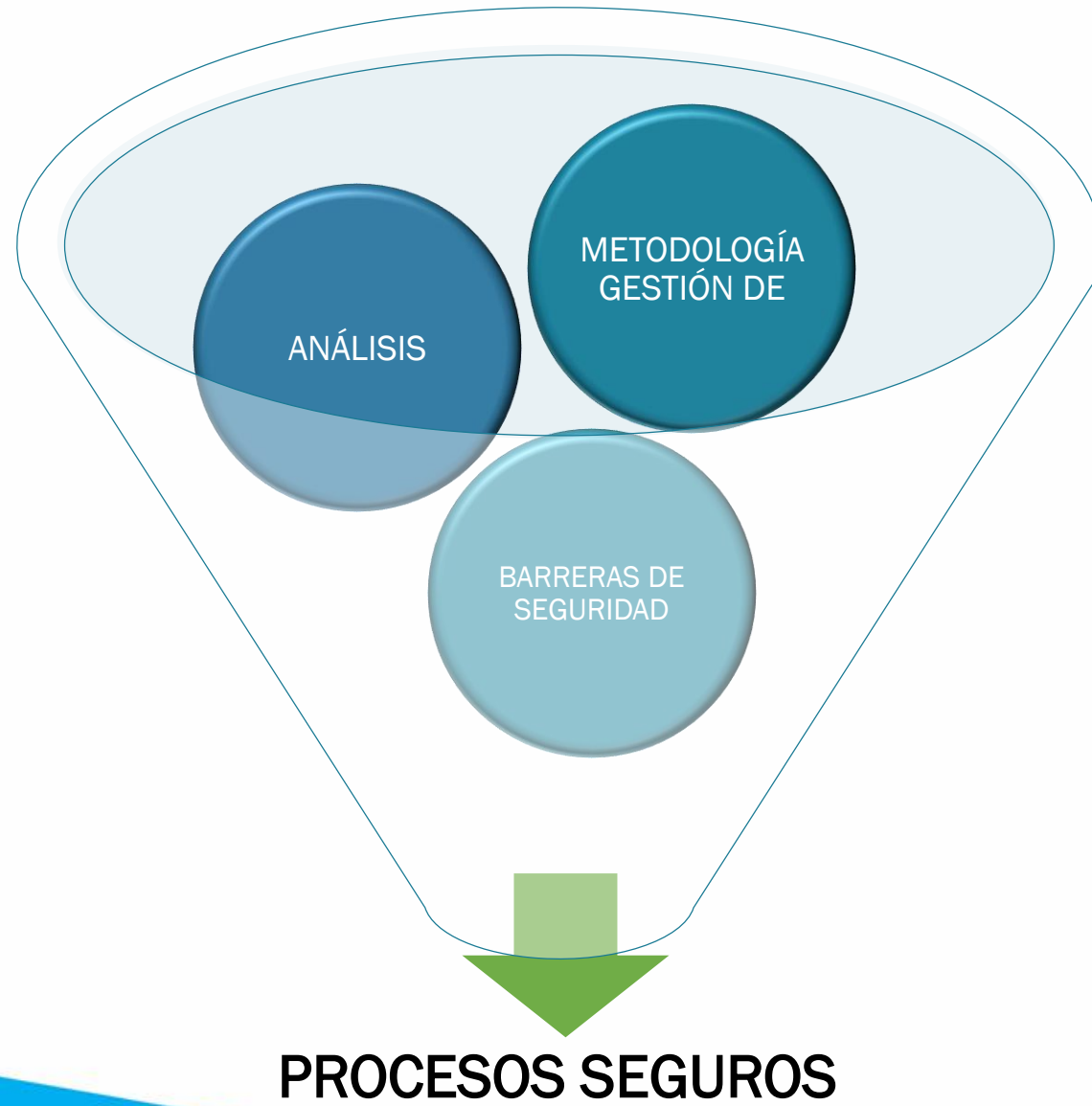
- Preventivo
- Tiene la ventaja de detectar un mayor número de eventos potencialmente inseguros
- Tiene la desventaja de que son datos especulativos

## ANÁLISIS CAUSAL O PROTOCOLO DE LONDRES

- Reactivo
- El análisis retrospectivo tiene la ventaja identificar con certeza los errores (ya ocurrieron)
- Tiene la desventaja de ser correctivo y de dejar por fuera fallas que no se presentaron en el caso

**La combinación de ambas estrategias corrige las desventajas de cada una y potencia sus ventajas**





**PROCESOS SEGUROS**



**Alcaldía de Medellín**  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿Cuáles son los aspectos de la gestión del riesgo incluidos en habilitación?

## d. Procesos Seguros



Evidencia de la valoración de los riesgos para procesos asistenciales priorizados



Evidencia de la formulación de acciones de mejoramiento o preventivas para evitar o disminuir los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados



Evidencia del seguimiento a la implementación de las acciones de mejoramiento o preventivas formuladas para mitigar los riesgos más críticos de los procesos asistenciales priorizados

La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.

Evidencia de la adopción o desarrollo institucional de las guías de manejo Clínico asociadas a las buenas prácticas de seguridad del paciente obligatorias que le apliquen y evidencia de su socialización. Debe incluir también: protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio; protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases; protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico; protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos; protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.

## SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA ATENCIÓN SEGURA

### PAQUETES INSTRUCCIONALES

GUÍA TÉCNICA “BUENAS PRÁCTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCIÓN EN SALUD”



#### a. Análisis de modo y efecto de falla- AMEF

La gestión del riesgo identifica y aprovecha oportunidades para mejorar el desempeño y emprender acciones para evitar o reducir las oportunidades de que algo salga mal. La alta dirección de una institución expresa su compromiso permanente de trabajo con la seguridad de sus prácticas clínicas a través de unas actividades de gestión de riesgos. Tendientes a analizar los riesgos inherentes a la eficiencia de las operaciones en las actividades de sus procesos y de sus puestos de trabajo para prevenir eventos adversos.

Una potencial falla de un proceso se define como la manera en que el proceso pudiera fallar en cubrir sus requerimientos. Se describe en términos de lo que los clientes internos y externos pueden notar o experimentar.

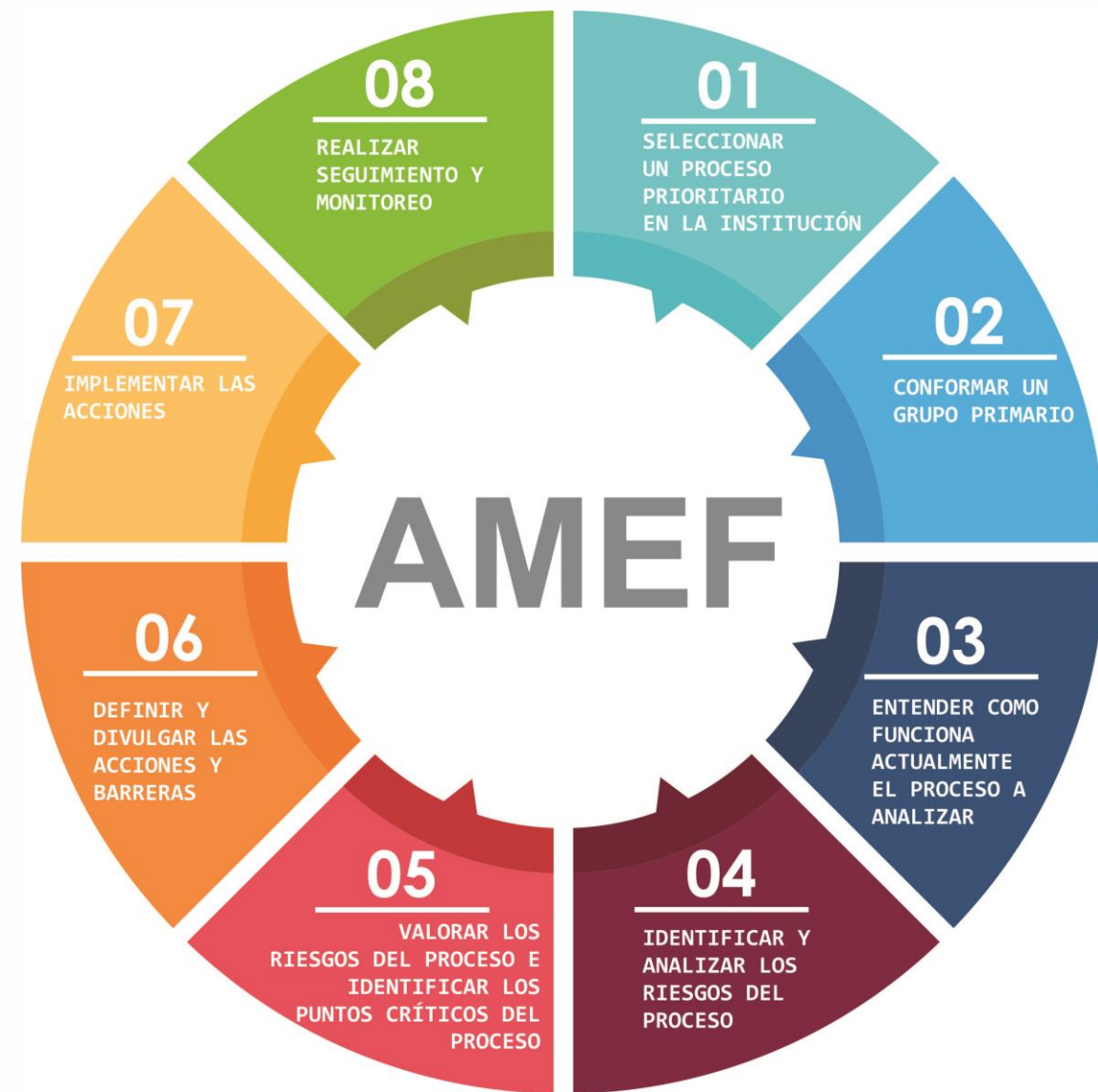
El AMEF es una metodología que se utiliza para gestionar el riesgo de una potencial falla. Describe un grupo sistematizado de actividades que pretende reconocer y evaluar la falla potencial del proceso y sus efectos, e identificar las acciones que puedan eliminar o reducir la posibilidad de su ocurrencia. Por lo tanto, el AMEF completo y bien hecho, debe ser una acción antes del evento y no un ejercicio posterior a los hechos.

[IR A  
OBJETIVO  
GENERAL](#)
[IR A  
OBJETIVOS  
ESPECÍFICOS](#)
[IR A  
GLOSARIO DE  
TÉRMINOS](#)
[IR A  
ESCENARIO  
PROBLÉMICO](#)
[IR A  
METAS DE  
APRENDIZAJE](#)
[IR A  
MARCO  
TEÓRICO](#)
[IR A  
APROPiación](#)
[IR A  
EVIDENCIAR  
RESULTADOS](#)
[IR A  
EXPERIENCIAS  
EXITOSAS](#)
[IR A  
CONCLUSIONES](#)
[IR A  
ANEXOS](#)
[IR AL ÍNDICE](#)


Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

www.medellin.gov.co

Por esta razón, la Secretaría de Salud de Medellín recomienda realizar el PAMEC con enfoque en gestión de riesgo teniendo como referente la metodología de análisis de modo y efecto de fallo – AMEF.



# Ruta Crítica del PAMEC con enfoque en gestión del riesgo



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://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.

•Multidisciplinario

•Interdepartamental

•De máximo 6 a 8 personas

•Con un facilitador y un secretario

•Con fecha límite

•Una persona que tenga la capacidad de toma de decisiones



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

- 3 Realizar **conceptualización teórica** a todos los miembros de la institución en donde se profundice sobre los elementos estructurales de la metodología PAMEC.
- 4 Defina las funciones de los equipos de 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 los posibles riesgos, sus causas y sus efectos.
- Desarrollar conjuntamente con los facilitadores del proceso la priorización de los riesgos.
- 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?

- 5 **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.
- 6 **Preparar la logística** de las reuniones que incluya, ayudas audiovisuales, ayudas didácticas, formatos, memorias.
- 7 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](http://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.



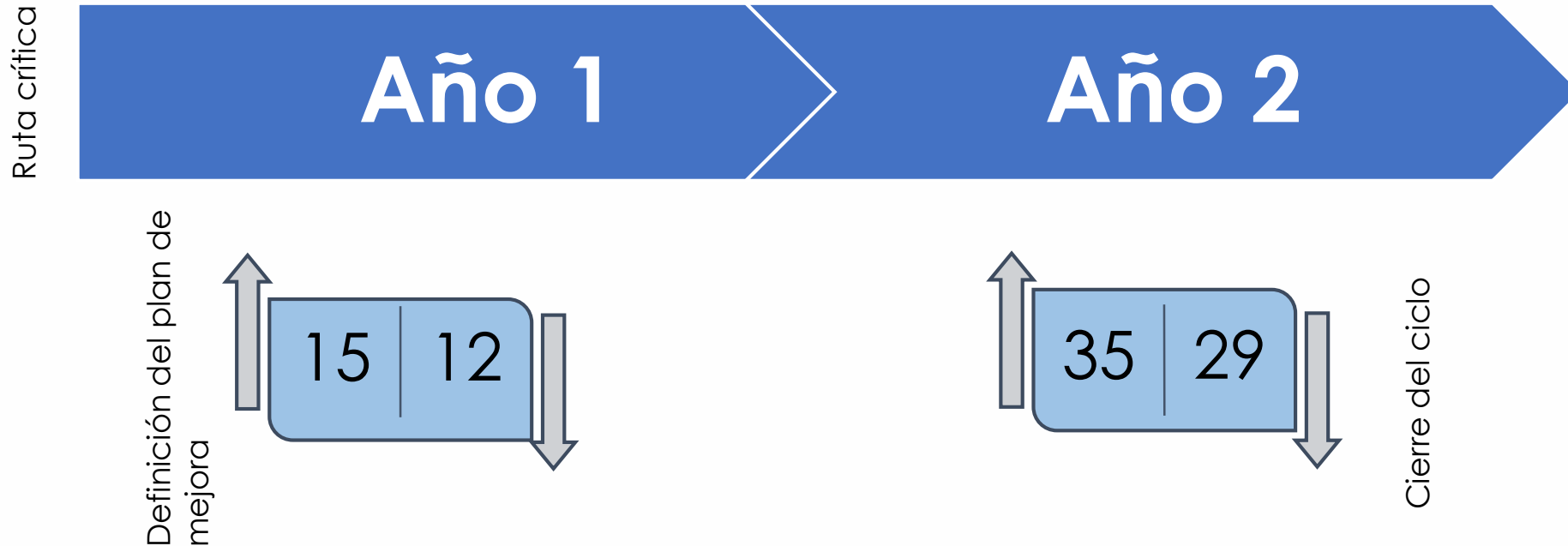
Se vuelven tareas muy sencillas que no impactan la prestación.



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿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

		PERIODO																																																								
Fecha de elaboración	MES	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE												
	SEMANA	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									
<b>ACTIVIDADES PREVIAS A LA REALIZACION DE LA RUTA CRITICA</b>																																																										
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																																																										
<b>AUTOEVALUACION</b>																																																										
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																																																										
<b>SELECCIÓN DE LOS PROCESOS A MEJORAR Y PRIORIZACION</b>																																																										

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

8

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



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://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](http://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:

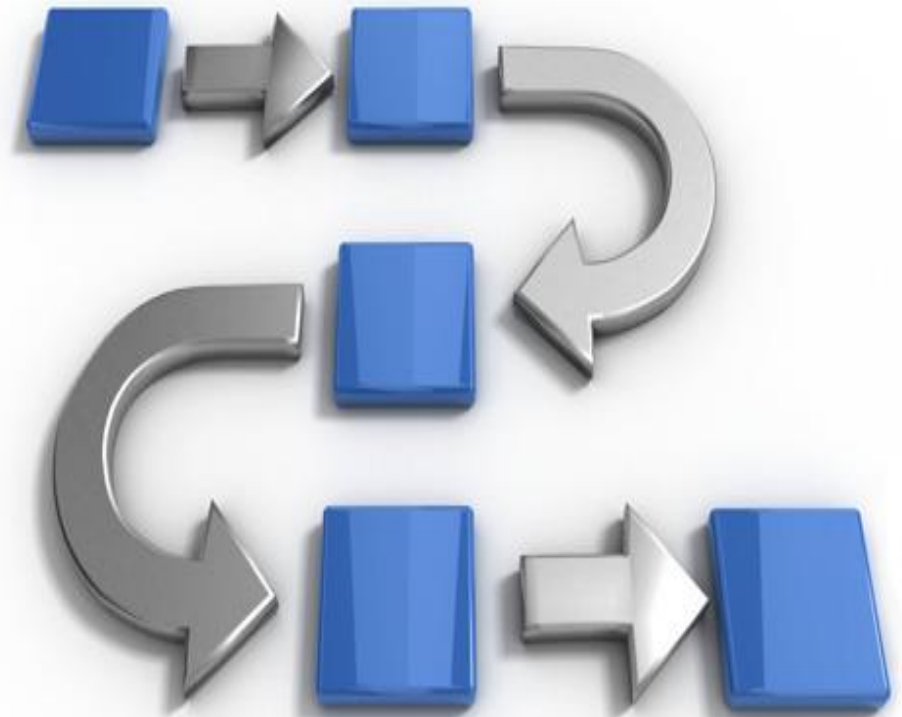
**El enfoque con el que se va a desarrollar la ruta crítica.**

**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:

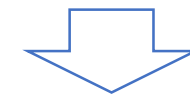


**PRIORITY**

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](http://www.medellin.gov.co)

# Ruta Crítica para la implementación del PAMEC



**Alcaldía de Medellín**  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://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 con base en la gestión del riesgo?



Está encaminada a identificar y analizar los riesgos que puedan afectar el objetivo de los diferentes procesos institucionales.



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿Qué procesos debo seleccionar?

## Definición de la prioridad



Procesos prioritarios asistenciales definidos por la institución (Habilitación)



Demás procesos institucionales (PAMEC con enfoque en gestión de riesgos)



Alcaldía de Medellín  
Cuenta con vos

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)



# ¿Qué procesos debo seleccionar?

Para la selección del proceso a analizar tenga en cuenta, los siguientes aspectos:

## Listado de procedimientos de alto riesgo

- Procesos donde exista alta interacción.
- Procesos complejos o donde hayan existido problemas de seguridad.
- No estandarizados o que difícilmente se puedan estandarizar.
- Procesos que se realizan bajo presión o con limitaciones de tiempo.

## Seleccione uno o más subprocesos

- ¿Qué procesos tienen mayor impacto en la seguridad del paciente?

**Empiece con un proceso sencillo**



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿Cómo se desarrolla el proceso de Autoevaluación?

La autoevaluación con enfoque en gestión del riesgo se realiza desde el ámbito cualitativo:



# ¿Cómo se desarrolla el proceso de Autoevaluación?

La autoevaluación con enfoque en gestión del riesgo se realiza teniendo en cuenta tres pasos críticos:

Analice el objetivo del proceso e identifique sus grandes actividades



Identifique los riesgos o fallos



Analice los riesgos

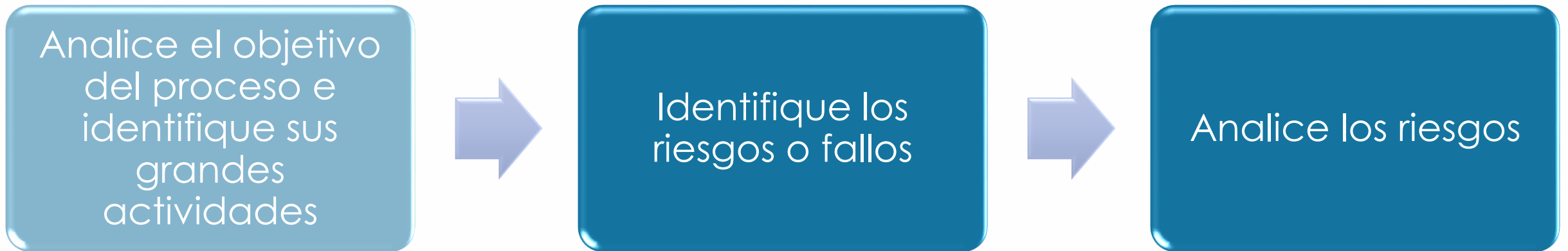


Alcaldía de Medellín  
Cuenta con vos

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

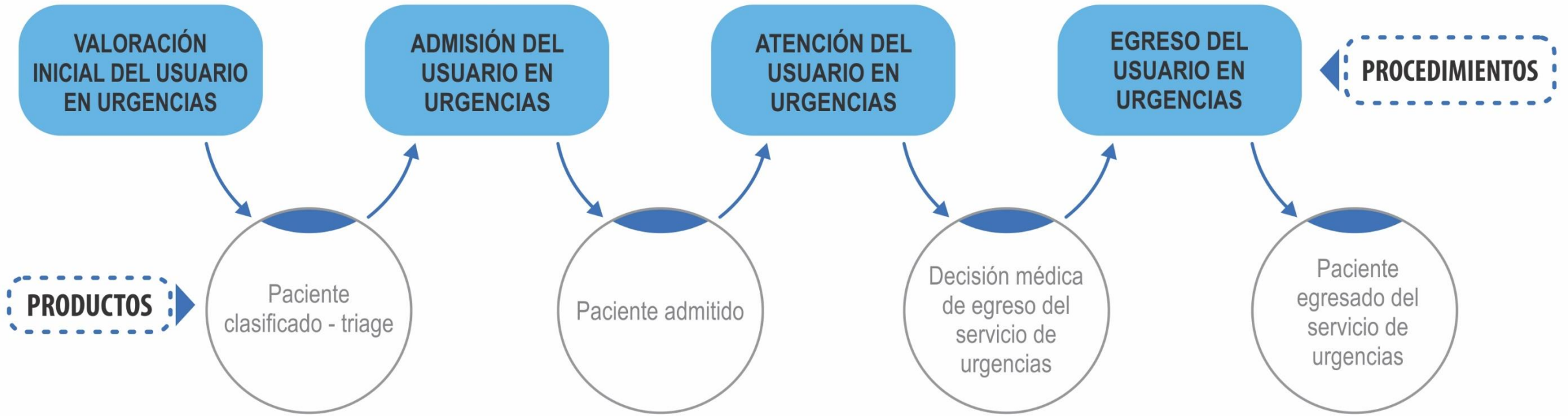
# ¿Cómo se desarrolla el proceso de Autoevaluación?

**La autoevaluación con enfoque en gestión del riesgo se realiza teniendo en cuenta tres pasos críticos:**



# MACROPROCESO - ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

## PROCESO - ATENCIÓN EN URGENCIAS (ADULTOS Y PEDIATRÍA)



Objetivo: Brindar servicios de salud a los usuarios y sus familias en el servicios de urgencias con estándares de calidad técnicos científicos y administrativos que garanticen una atención integral humanizada, oportuna, pertinente, segura, cómoda, continua y costo efectiva, desde la identificación de sus necesidades hasta el seguimiento y control de sus condiciones de salud, aportando al mejoramiento de su calidad de vida.

# ¿Cómo se desarrolla el proceso de Autoevaluación?

La autoevaluación con enfoque en gestión del riesgo se realiza teniendo en cuenta tres pasos críticos:

Analice el objetivo del proceso e identifique sus grandes actividades



Identifique los riesgos o fallos



Analice los riesgos



Alcaldía de Medellín  
Cuenta con vos

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# Identificar los riesgos del proceso

Para cada actividad o procedimiento del proceso liste las posibles situaciones que puedan suceder que afecten el objetivo del mismo, las llamaremos fallos o incumplimiento potencial.

## Fallo

- Forma en la que una tarea/actividad pudiera potencialmente **no cumplir el objetivo** del proceso, los requisitos y/o las expectativas del cliente.



# Identificar los riesgos del proceso

## Proceso de atención en urgencias

No	Actividad del Proceso	Posibles fallos o incumplimiento potencial
1	Valoración inicial del usuario en urgencias	Clasificar inadecuadamente el paciente
		Atender inoportunamente al paciente
2	Admisión del paciente en urgencias	Demora en el registro
		Datos incompletos o de mala calidad
3	Planeación y ejecución del cuidado y tratamiento del paciente	
4	Egreso y seguimiento del paciente	



# ¿Cómo se desarrolla el proceso de Autoevaluación?

La autoevaluación con enfoque en gestión del riesgo se realiza teniendo en cuenta tres pasos críticos:

Analice el objetivo del proceso e identifique sus grandes actividades



Identifique los riesgos o fallos



Analice los riesgos



Alcaldía de Medellín  
Cuenta con vos

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# Analizar los riesgos del proceso

Para cada fallo analice las posibles causas y efectos.

## Causas de la falla

- Los factores que facilitan que se presente el fallo

## Efectos de la falla

- Es la materialización o daño por la presentación del fallo.



# Identificar y analizar los riesgos del proceso

Identificación

Análisis

No	Actividad del Proceso	Posibles fallos o incumplimiento potencial	Posibles causas de la falla	Posibles efectos de la falla
1				
2	Valoración inicial del usuario en urgencias	Clasificar inadecuadamente el paciente	Falta de capacitación (actualización de temas) Error en la interpretación de los signos y síntomas del paciente Información inexacta del paciente Servicio congestionado Cansancio del personal Protocolo desactualizado Insuficiencia del personal	Empeoramiento de las condiciones del paciente Retrazo en el inicio de tratamiento del paciente Insatisfacción del paciente y familia Aumento de la morbimortalidad

# Identificar y analizar los riesgos del proceso

Identificación

Análisis

No	Actividad del Proceso o procedimiento	Posibles fallos o incumplimiento potencial	Posibles causas de la falla	Posibles efectos de la falla
1				
2	Valoración inicial del usuario en urgencias	Atender inoportunamente al paciente	Servicio congestionado Insuficiencia del personal Insuficiencia de camillas para la atención Emergencias externas Déficit de formación Inexperiencia del personal	Empeoramiento de las condiciones del paciente Retrazo en el inicio de tratamiento del paciente Insatisfacción del paciente y familia Aumento de la morbimortalidad

**La adecuada identificación y análisis de los riesgos del proceso, se convierten en un factor crítico de éxito para el proceso de mejoramiento.**



**Alcaldía de Medellín**  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

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

Debe haber desarrollado un proceso de autoevaluación donde se definan los riesgos, sus causas y sus efectos.

Los riesgos, sus causas y sus efectos deben ser consistentes y claras.



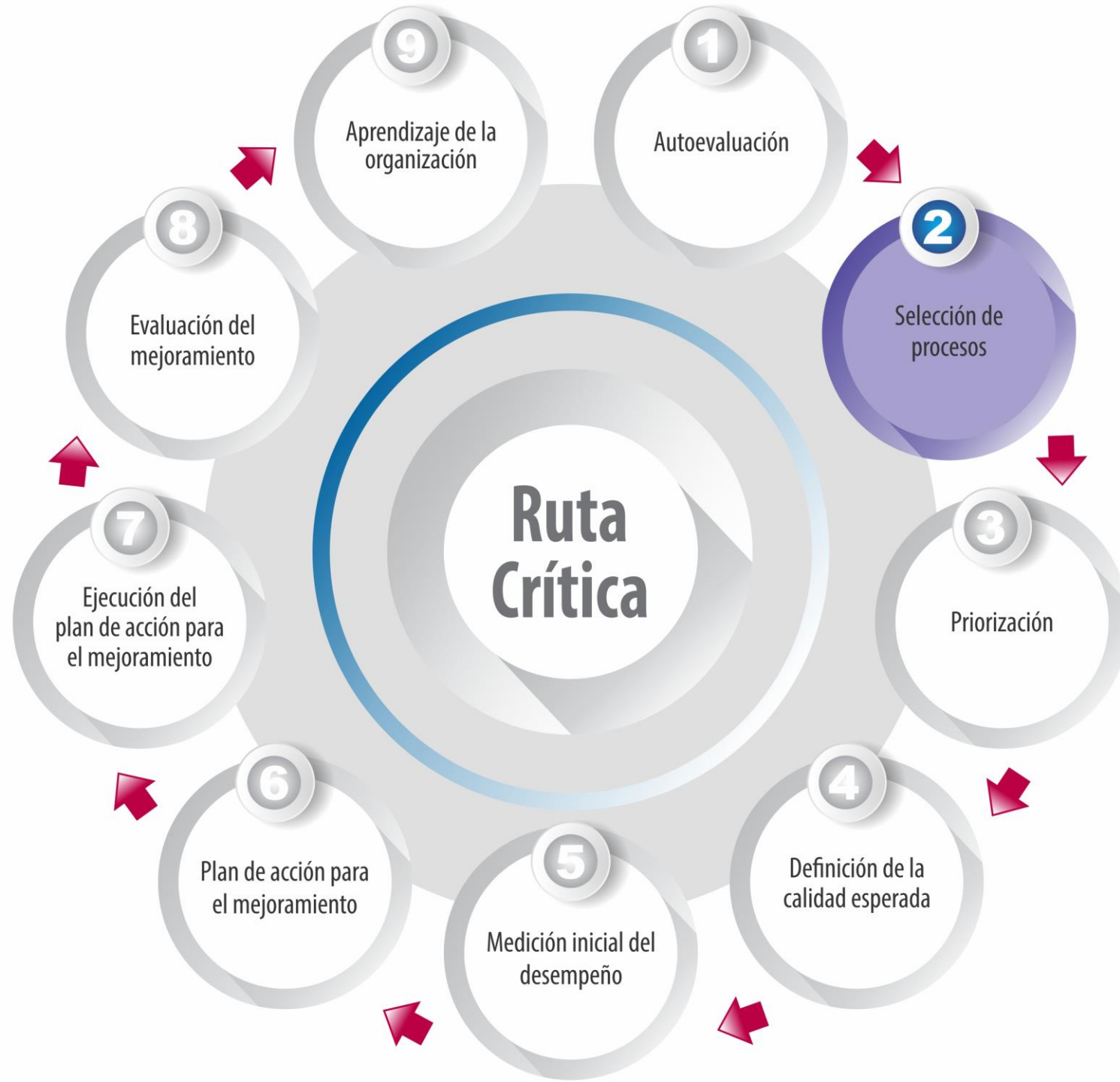
# TALLER. 2

# AUTOEVALUACIÓN



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)





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

Consiste en correlacionar cada uno de los riesgos identificados, con los procesos institucionales, para identificar riesgos que se pueden presentar en varios procesos.

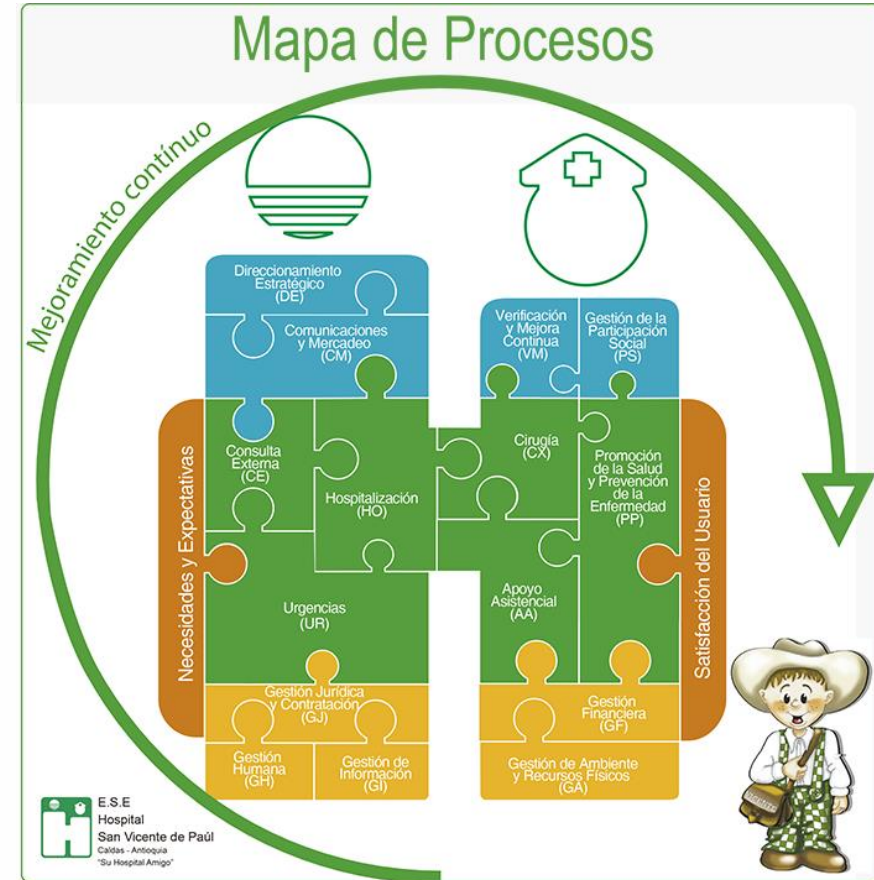
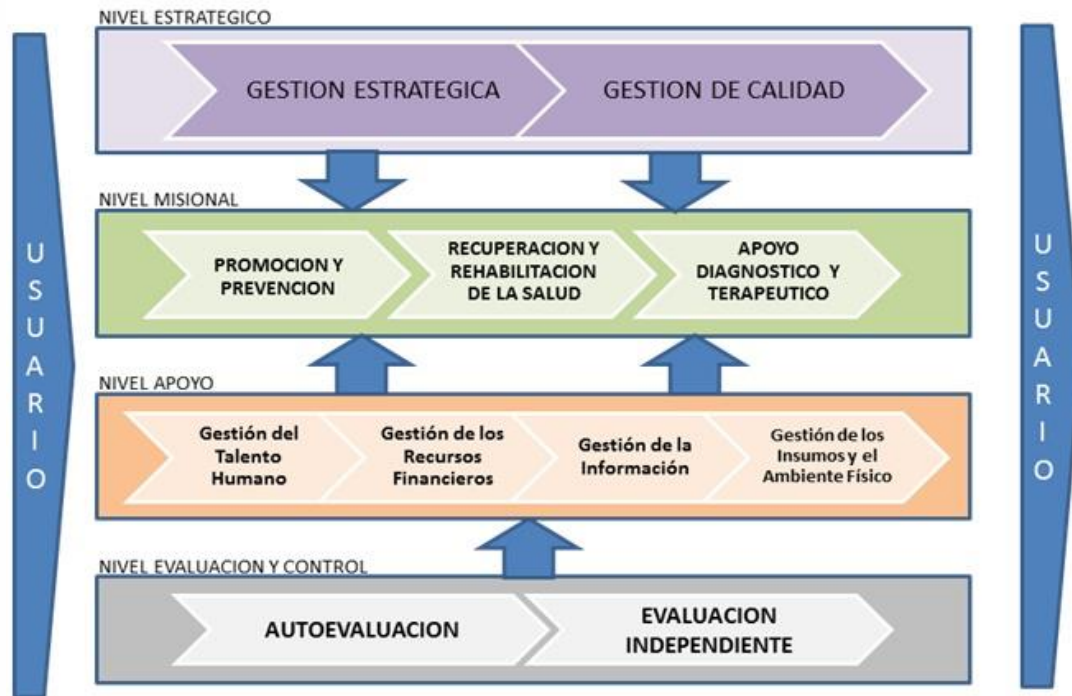


Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿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?

	<b>PROCESOS INSTITUCIONALES</b>														
<b>PRÁCTICA</b>	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
RIESGO 1			X	X	X	X	X	X	X						
RIESGO 2							X								
RIESGO 3			X	X	X	X	X	X	X						
RIESGO 4								X			X				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.

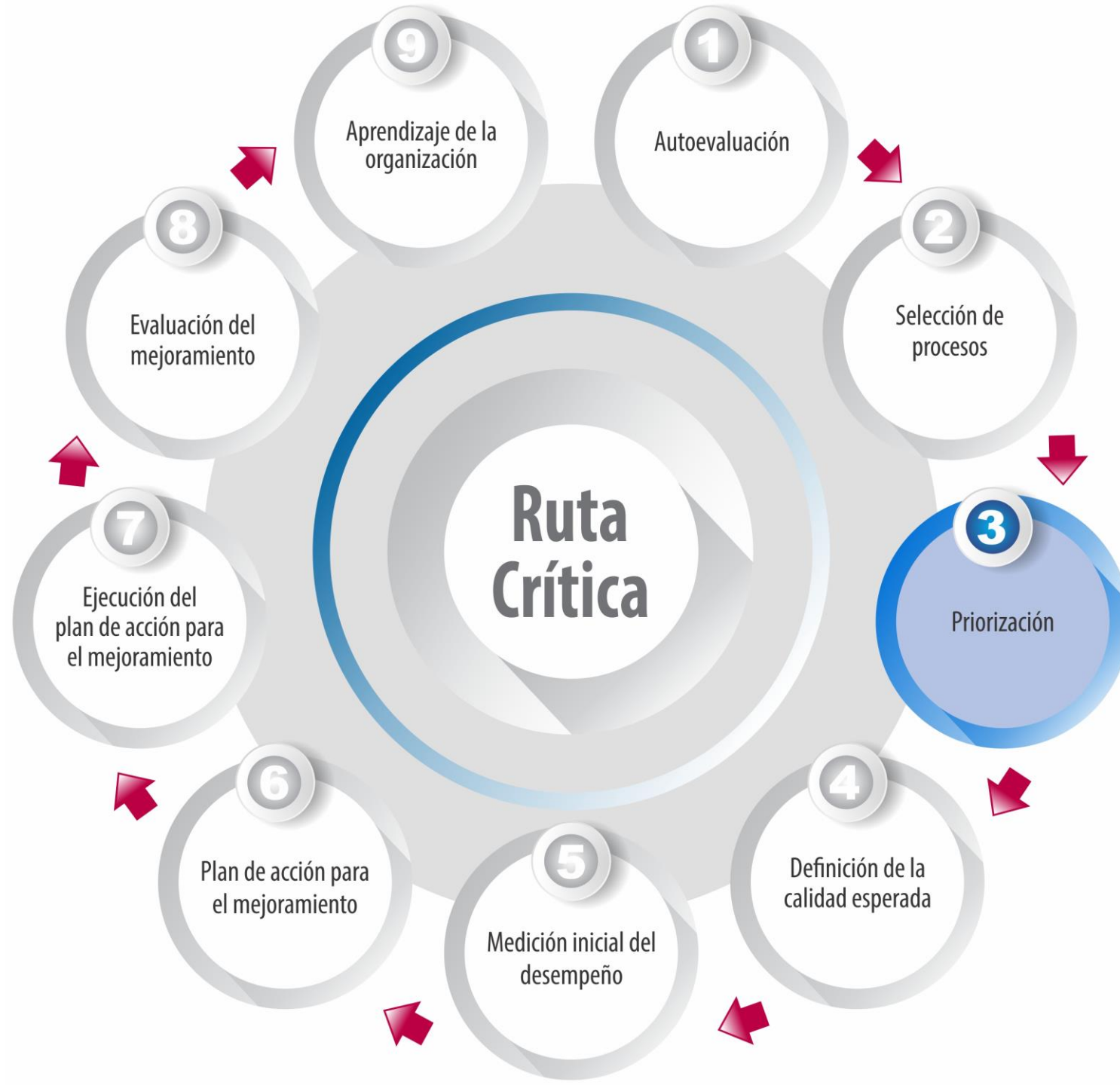


Debe confrontar los riesgos, frente a los procesos institucionales.



Alcaldía de Medellín  
Cuenta con vos

[www.medellin.gov.co](http://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 los riesgos identificados del proceso



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿Cómo se realiza la priorización de los riesgos de los procesos?

## Valoración

- Vamos a medir la **probabilidad de aparición** del fallo, el **impacto** para el paciente y la empresa y la **posibilidad que se tiene para detectar** este fallo antes de que se materialice el riesgo.

## Identificación de puntos críticos

- La **combinación de estos tres factores** nos da el nivel de prioridad de riesgo que permite **identificar los puntos críticos** del proceso y el orden de priorizar de la intervención.

# ¿En qué consiste la valoración de los riesgos del proceso?

## Autoevaluación para Identificación y análisis del riesgo

No	Actividad del Proceso o procedimiento	Posibles fallos o incumplimiento potencial	Posibles causas de la falla	Posibles efectos de la falla	S	F	PD
1							
2							
3							

Valoración del riesgo



Alcaldía de Medellín  
Cuenta con vos

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)



# ¿En qué consiste la valoración de los riesgos del proceso?

## Valoración de la severidad

### Severidad

- Mide el daño normalmente esperado que provoca el fallo en cuestión, según la percepción del cliente – usuario.

CRITERIOS DE SEVERIDAD: IS			
<b>EVENTO CATASTRÓFICO</b>	Puede causar la muerte o incapacidad permanente mayor	Afecta la seguridad de operación al servicio. No es posible prestar el servicio.	10
<b>EVENTO MAYOR</b>	Incapacidad temporal o permanente menor con alto grado de inconformidad por parte del paciente	Efectos mayores sobre el servicio. No hay aptitud de uso del producto o servicio.	7
<b>EVENTO MODERADO</b>	Puede corregirse y su impacto sobre el paciente es mínimo	El cliente lo notará inmediatamente en cuanto recibe el servicio. Deterioro del desempeño del servicio.	4
<b>EVENTO MENOR</b>	Sin impacto sobre el paciente, quien no puede notarlo	No se nota No hay efecto al servicio ni al usuario final.	1



# ¿En qué consiste la valoración de los riesgos del proceso?

## Valoración de la severidad

No	Actividad del Proceso	Posibles fallos o incumplimiento potencial	Posibles causas de la falla	Posibles efectos de la falla	S	F	PD
1							
2	Valoración inicial de triage	Clasificar inadecuadamente el paciente	Falta de capacitación (actualización de temas) Error en la interpretación de los signos y síntomas del paciente Información inexacta del paciente Emergencias externas Déficit de formación Inexperiencia del personal	Empeoramiento de las condiciones del paciente Retrazo en el inicio de tratamiento del paciente Insatisfacción del paciente y familia Aumento de la morbimortalidad	8		



# ¿En qué consiste la valoración de los riesgos del proceso?

## Frecuencia

- Mide la repetitividad potencial u ocurrencia de un determinado fallo.
- Probabilidad de aparición del fallo.

## Valoración de la Frecuencia

CRITERIOS DE FRECUENCIA: IF			
<b>FRECUENTE</b>	Puede ocurrir dentro de un breve periodo, varias veces en un año	Casi inevitable	10
<b>OCASIONAL</b>	Es probable que ocurra de 1 a 2 veces por año	Ocasional	7
<b>RARO</b>	Es posible que ocurra alguna vez en 2 a 4 años	Relativamente pocas	4
<b>REMOTO</b>	Puede ocurrir alguna vez en 5 a 30 años	Falla esporádica	2



# ¿En qué consiste la valoración de los riesgos del proceso?

## Valoración de la Frecuencia

No	Actividad del Proceso	Posibles fallos o incumplimiento potencial	Posibles causas de la falla	Posibles efectos de la falla	S	F	PD
1	Valoración inicial de	Clasificar inadecuadamente el	Falta de capacitación temas) Error en la interpretación de los síntomas del paciente Información inexacta del Emergencias externas Déficit de formación Inexperiencia del personal	Empeoramiento de las condiciones del paciente Retrazo en el inicio de del paciente Insatisfacción del familia Aumento de la	8	7	



# ¿En qué consiste la valoración de los riesgos del proceso?

## Detectabilidad

- Cuan probable es que no se detecte el fallo, pasando a etapas posteriores, y llegando en último término a afectar al cliente – usuario final.

## Valoración de la Detectabilidad

CRITERIOS DE PROBABILIDAD DE DETECCIÓN: IPD	
MUY ALTA	1
ALTA	4
BAJA	7
MUY BAJA	10



# ¿En qué consiste la valoración de los riesgos del proceso?

## Valoración de la Detectabilidad

No	Actividad del proceso o procedimiento	Posibles fallos o incumplimiento potencial	Posibles causas de la falla	Posibles efectos de la falla	S	F	PD
1							
2	Valoración inicial de triage	Clasificar inadecuadamente el paciente	Falta de capacitación (actualización de temas) Error en la interpretación de los signos y síntomas del paciente Información inexacta del paciente Emergencias externas Déficit de formación Inexperiencia del personal	Empeoramiento de las condiciones del paciente Retrazo en el inicio de tratamiento del paciente Insatisfacción del paciente y familia Aumento de la morbimortalidad	8	7	5



# ¿En qué consiste la identificación de los puntos críticos?

La identificación de los puntos críticos del proceso se realiza cuando se le asigna el nivel de prioridad de riesgo.

## NPR

- Producto de la frecuencia por la gravedad y por la detectabilidad, siendo tales factores traducibles a un código numérico que permite priorizar la urgencia de la intervención, así como el orden de las acciones correctoras.

Valor N.P.R	Interpretación
<b>Mayor a 245</b>	Implementar acciones preventivas de prioritaria y urgente.
<b>Entre 125 y 244</b>	Evaluación más detallada, acciones preventivas necesarias.
<b>Entre 80 y 124</b>	Iniciar acciones preventivas o reducir el N.P.R
<b>Menor a 80</b>	Tomar acciones para mejorar el se solucionen fallas con un N.P.R

# ¿En qué consiste la identificación de los puntos críticos?

No	Actividad del Proceso o procedimiento	Posibles fallos o incumplimiento potencial	Posibles causas de la falla	Posibles efectos de la falla	S	F	PD	NPR
1								
2	Valoración inicial de	Clasificar inadecuadamente el	Falta de capacitación temas) Error en la interpretación de los síntomas del paciente Información inexacta del Emergencias externas Déficit de formación Inexperiencia del personal	Empeoramiento de las condiciones del paciente Retrazo en el inicio de del paciente Insatisfacción del familia Aumento de la	8	7	5	280





# ¿En qué consiste la identificación de los puntos críticos?

## Proceso de atención en el paciente en urgencias

No	Actividad del proceso	Modo de falla ó Incumplimiento potencial	Causas de la falla	Efectos de la falla	S	F	PD	NPR
2	Valoración inicial de triage	→	→	→	→			
		→	→	→	→			
		→	→	→	→			

**Cada paso del proceso puede tener varios modos de falla** o incumplimientos potenciales y a cada uno de ellos hay que identificarle causas, efectos y cálculo del nivel de riesgo.



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



Debe tener claramente definido la metodología para la priorización



Debe haber aplicado la priorización a los riesgos identificados



Debe haber priorizado un grupo considerable de riesgos



# TALLER 3. PRIORIZACIÓN



**Alcaldía de Medellín**  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://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 los riesgos priorizados?

Se deberá establecer.

Metas de los indicadores que evalúan el comportamiento de los riesgos priorizados.

- Se deben establecer metas e indicadores que evaluarán el desempeño de los riesgos priorizados de una manera pertinente.



Alcaldía de Medellín  
Cuenta con vos

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿Cómo establecer la calidad deseada de los riesgos priorizados?

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 sean **pertinentes**.



# ¿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](http://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](http://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

$$\text{Promedio de tiempo de espera para la atención} = \frac{1404}{156} \rightarrow 9$$



# ¿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.

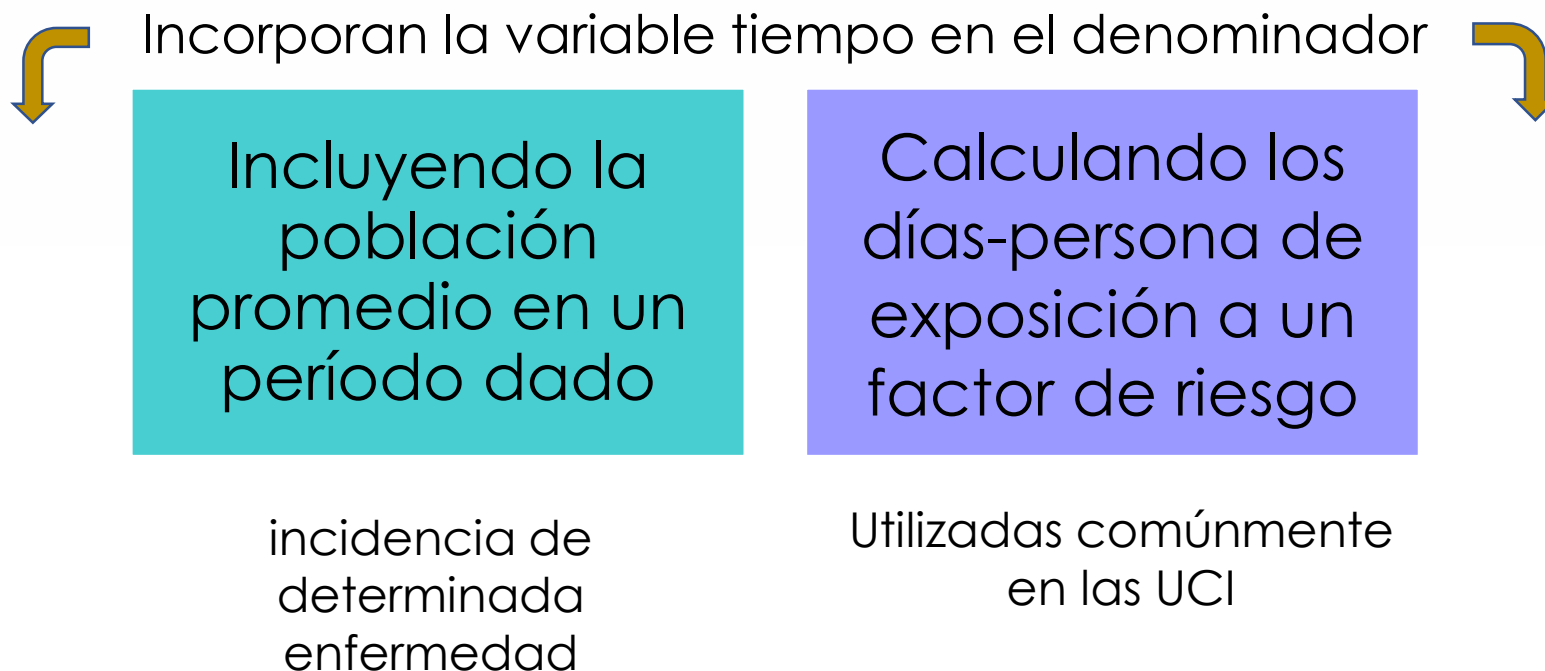
Índice de Infecciones asociadas al cuidado

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

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](http://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.



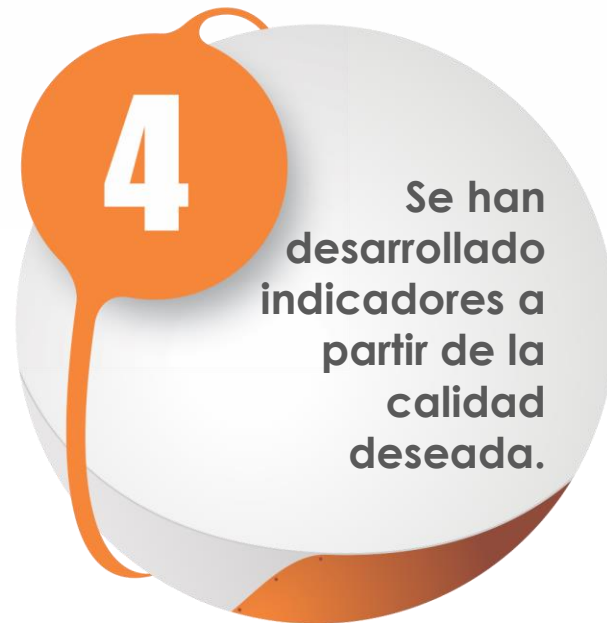
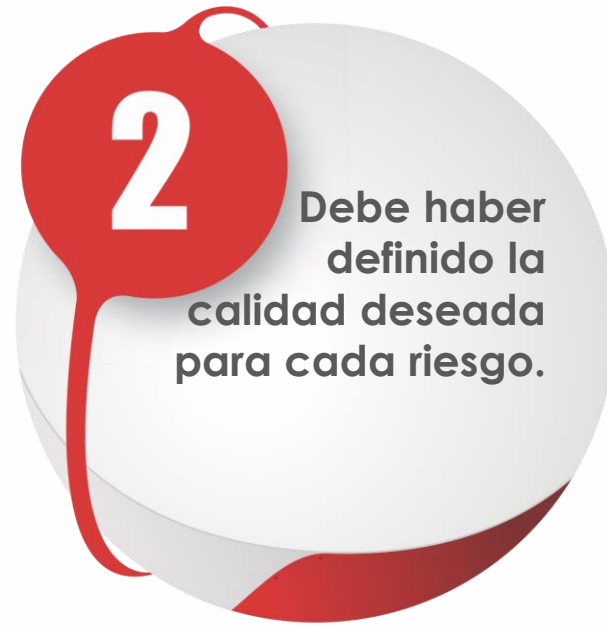
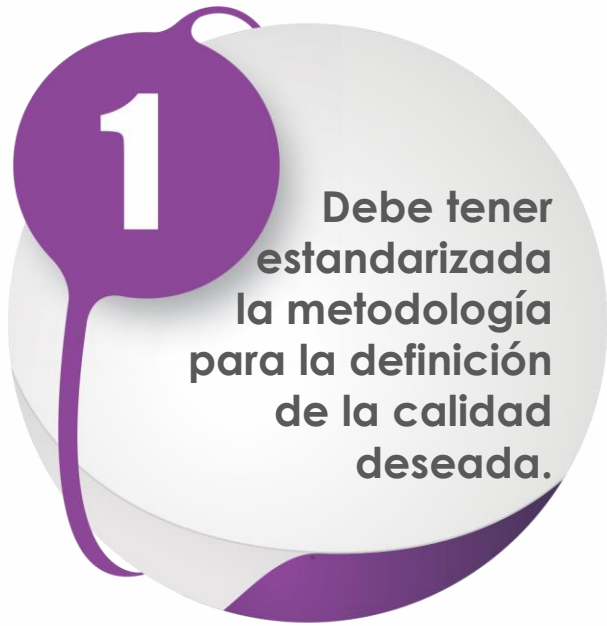
Las metas extremas (0% ó 100%) no son las más adecuadas porque suelen ser muy difíciles de lograr y por ello pueden afectar negativamente la motivación del personal.

# ¿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](http://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](http://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><b>Enfoque:</b> Documentar el listado de abreviaturas autorizadas por la institución para su utilización</p> <p><b>Implementación:</b> Incluir este listado de abreviaturas en el proceso de inducción</p> <p><b>Resultado:</b> 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><b>Enfoque:</b> 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><b>Implementación:</b> Realizar lista de chequeo e iniciar implementación</p> <p><b>Resultado:</b> 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><b>Enfoque:</b> 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><b>Implementación:</b> Verificar que se este informando los riesgos y complicaciones al paciente</p> <p><b>Resultado:</b> Definir el indicador para esta practica</p>	<p>Atención medica</p>						

**1**

Tiene  
definidos  
los  
mecanismos  
para la  
evaluación  
inicial del  
desempeño.

**2**

Cuenta con  
un  
cronograma  
de medición  
de  
indicadores.

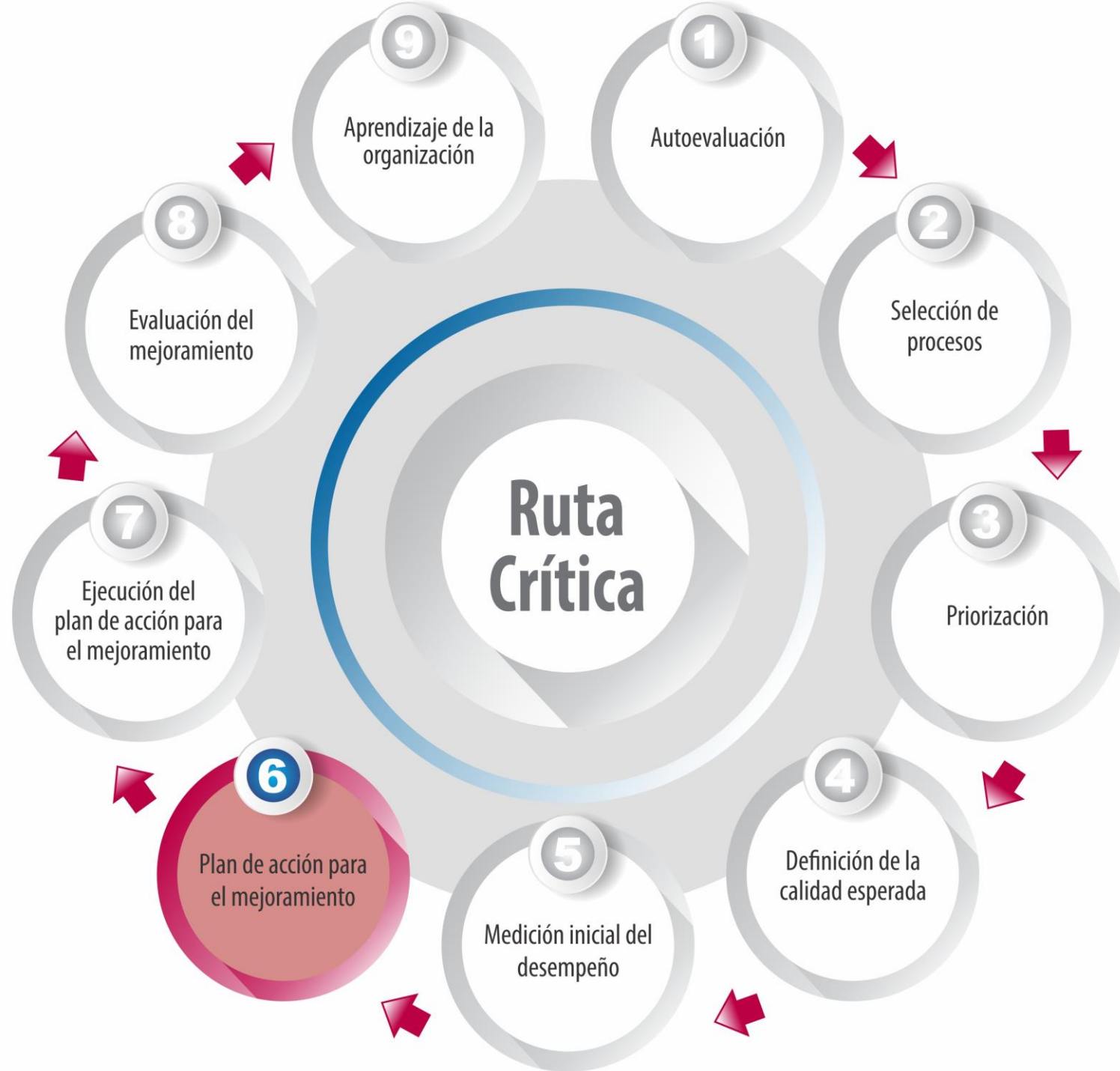
**3**

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?**



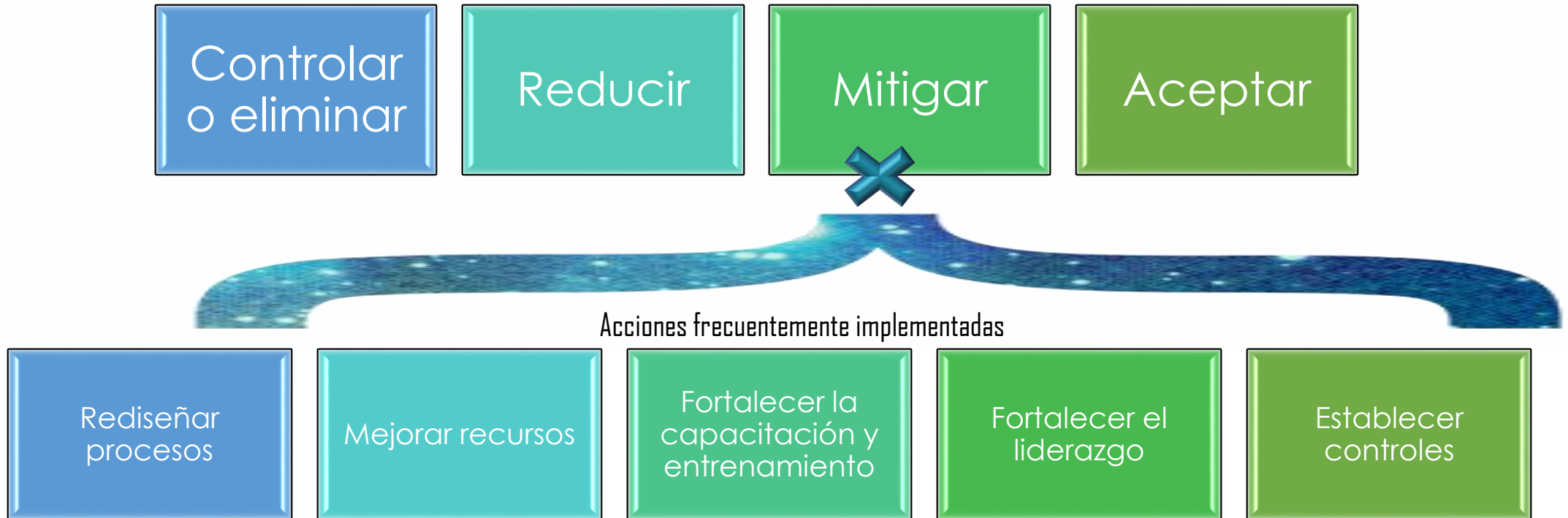
# ¿En qué consiste el plan de acción para el mejoramiento de los riesgos priorizados?

En esta fase se desarrollan **estrategias específicas para el cierre de las brechas**, encontradas en la autoevaluación, **la calidad del plan de mejoramiento depende de qué tan claros y bien definidos se encuentren los riesgos, sus causas y efectos generadas en el PASO 1. Autoevaluación.**



# ¿En qué consiste el plan de acción para el mejoramiento de los riesgos priorizados?

Frente a los riesgos identificados uno puede establecer diferentes tratamientos, entre los cuales se encuentran:



# ¿En qué consiste el plan de acción para el mejoramiento de los riesgos priorizados?

La definición de barreras incluye la construcción del **plan de mejoramiento para mitigar los fallos**, el cual debe contener los siguientes criterios:

Descripción de la acción a ejecutar

Responsable de la implementación

Fecha del monitoreo

Criterios de evaluación



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿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
<b>4.2.4 Mejorar la seguridad de los procedimientos quirurgicos</b>						
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:			





# ¿Quiénes deben conocer el plan de mejoramiento para los riesgos priorizados?

La **comunicación interna** en **todos los niveles** es importante para que todos los involucrados entiendan las decisiones y acciones tomadas.

Adicionalmente, deben **incorporarse** las acciones emprendidas dentro del **plan de capacitación** de la empresa, y debe ser incluido dentro del **proceso de inducción** para nuevos colaboradores.



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿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 deben incluir acciones de mejora en la totalidad de riesgos priorizados.

# ¿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](http://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](http://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.

Antes de iniciar los cambios en el proceso, realice pruebas para mirar el funcionamiento, para ello puede utilizar:

- Prueba Piloto
- Simulación de escenarios



# ¿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](http://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 es la evaluación del mejoramiento?

El seguimiento y monitoreo, debe favorecer:

La rápida detección y corrección de deficiencias.

Garantizar que todos los controles estén funcionando de manera oportuna y efectiva.

Evaluar el impacto de las acciones emprendidas.



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿Qué es la evaluación del mejoramiento?

## Para evaluar el impacto

Recalcular del Nivel de Prioridad de Riesgo (NPR).

Indicadores específicos que evalúen el resultado.



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)

# ¿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:

Un **resumen del mejoramiento** logrado para evidenciar cuál era el riesgo identificado, cómo se analizó, cuáles eran las causas, cómo se trató y cuáles fueron los resultados.

**Comunicación de los resultados** a todos los clientes internos involucrados en el proceso.

**Ajuste de los procesos mejorados** con las actividades que demostraron cambio con el fin de estandarizarlos.

**Capacitación y reentrenamiento** al personal responsable del proceso mejorado para que se continúe la implementación del proceso con los cambios que ya se probaron.

**Medición continua de los indicadores** del proceso mejorado, con el fin de evaluar si la calidad alcanzada se mantiene o aún sigue mejorando.

# ¿Cuál es el formato para consolidar el aprendizaje organizacional?

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

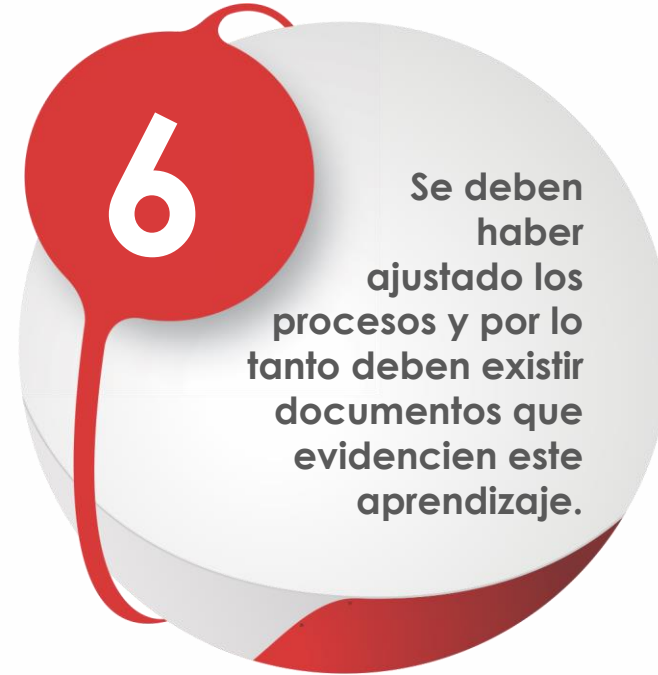
Debe continuar midiendo los indicadores y realizar seguimiento las tendencias.

**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?



# REFLEXIÓN

El principal interés del PAMEC con enfoque en riesgos es el de **identificar las posibles fallas y los puntos críticos** de los procesos con el fin de **establecer una serie de medidas** que minimicen su aparición o minimizar sus consecuencias, con lo que se puede **convertir en un herramienta potente para la detección de defectos potenciales**, si se aplica de manera sistemática.



# ¿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?

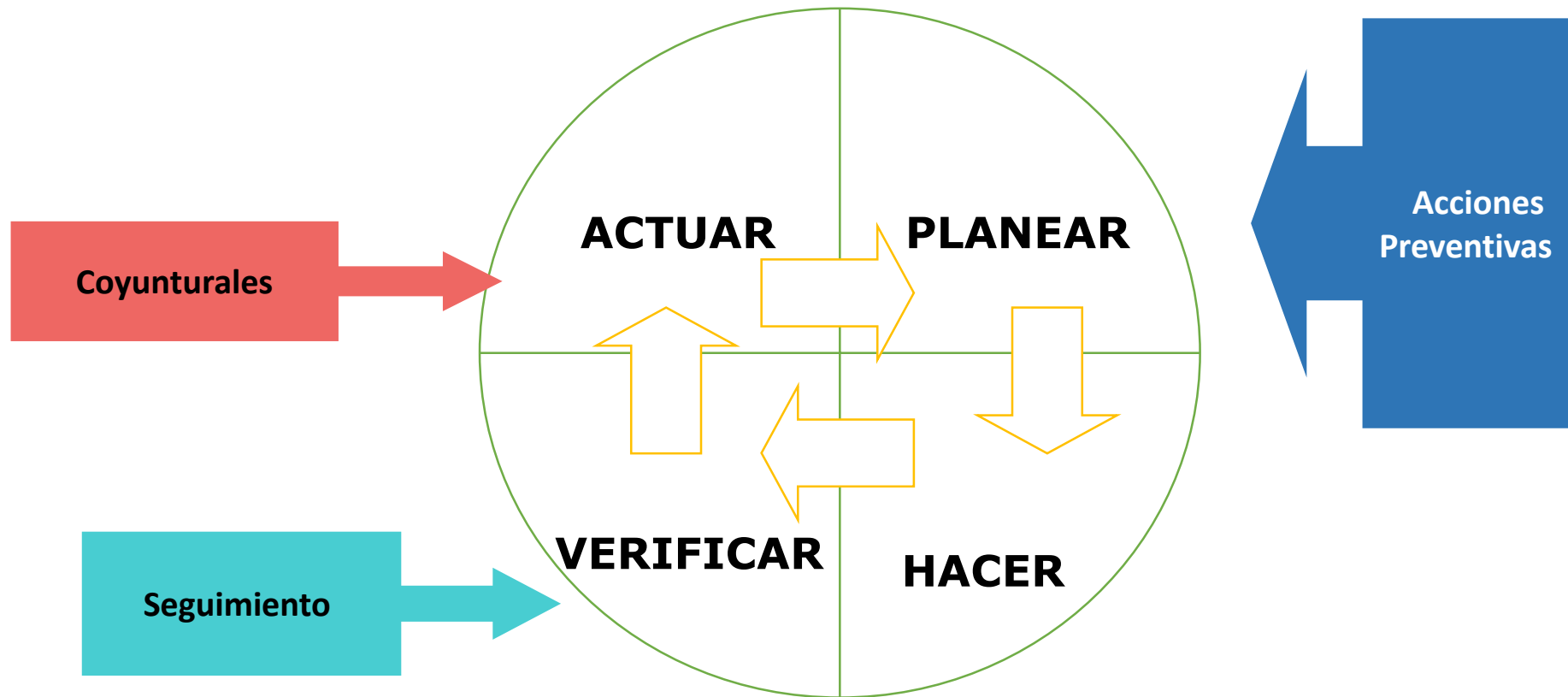
Para que el **modelo de auditoría opere en los niveles esperados y con el enfoque deseado**, se deben promover en la organización las **acciones de auditoría**.

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?







# ¿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
Riesgo 3			X	X	X	X	X	X	X						
Riesgo 6					X	X									
Riesgo 8						X									

Las auditorías como acción de seguimiento deben estar encaminadas a verificar que las barreras y controles para mitigar los riesgos estén funcionando



# ¿Cómo se determina el nivel de desarrollo frente al PAMEC?

1 ciclo

2 ciclo

3 ciclo



Categoría	Definición
<b>Categoría A</b>	IPS que no han iniciado proceso de autoevaluación.
<b>Categoría B</b>	IPS que culminaron el proceso de autoevaluación, priorización, definición de la calidad deseada y medición inicial.
<b>Categoría C</b>	IPS que están trabajando planes de mejora de acuerdo a la metodología.
<b>Categoría D</b>	IPS que han obtenido mejora en los procesos prioritarios a partir de la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad.
<b>Categoría E</b>	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](http://www.medellin.gov.co)

Categoría	Definición	Clasificación acorde a la Supersalud
<b>Categoría A1</b>	IPS que no han iniciado proceso de autoevaluación de su primer ciclo de mejoramiento.	<b>BAJA EJECUCIÓN</b>
<b>Categoría B1</b>	IPS que iniciaron el primer ciclo de mejoramiento y culminaron el proceso de autoevaluación, priorización, definición de la calidad deseada y medición inicial.	
<b>Categoría C1</b>	IPS que iniciaron el primer ciclo de mejoramiento y que están trabajando planes de mejora de acuerdo a la metodología.	
<b>Categoría D1</b>	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.	<b>ALTA EJECUCIÓN</b>
<b>Categoría E1</b>	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.	
<b>Categoría A2</b>	IPS que no han iniciado proceso de autoevaluación de su segundo ciclo de mejoramiento.	
<b>Categoría B2</b>	IPS que iniciaron el segundo ciclo de mejoramiento y culminaron el proceso de autoevaluación, priorización, definición de la calidad deseada y medición inicial.	
<b>O categorías superiores</b>		

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



# Hay muchas formas de lograr calidad



Alcaldía de Medellín  
**Cuenta con vos**

[www.medellin.gov.co](http://www.medellin.gov.co)