



PORSALUD S.A.S

Calle 145 A No. 94 A -17 PBX: 7462603 – 7462753 Bogotá, Colombia

Carrera 36 No. 34 -71 Tel (038) 6627509 Villavicencio, Meta

Página web: www.porsaludips.com

POLITICAS Y LINEAMIENTOS SECTORIALES E INSITUCIONALES

PORSALUD IPS

AUDITORIA MEDICA



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

1. CARACTERIZACION DE LA INSTITUCION
2. OBJETIVO GENERAL
3. OBJETIVOS ESPECIFICOS
4. ALCANCE
5. RESPONSABLES
6. DEFINICIONES
7. MARCO NORMATIVO
8. TIPOS DE ACCIONES
9. DESCRIPCION GENERAL DEL MODELO DE CALIDAD PORSALUD IPS
10. RUTA CRITICA Y CRONOGRAMA
11. METODOLOGIA
 - 11.1. PRIMER PASO- AUTOEVALUACIÓN
 - 11.2. SEGUNDO PASO- SELECCIÓN Y PRIORIZACION
 - 11.3. TERCER PASO- DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA
 - 11.4. CUARTO PASO- MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO
 - 11.5. QUINTO PASO: FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO
 - 11.6. SEXTO PASO: EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO
 - 11.7. SÉPTIMO PASO: EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO
 - 11.8. OCTAVO PASO: APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

INTRODUCCIÓN

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) es la herramienta de mejoramiento continuo, dispuesta en el Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad en Salud dentro del componente de Auditoría para el mejoramiento de la calidad, como mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada.

Para el mejoramiento de Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se requiere efectuar un diagnóstico organizacional donde se identifiquen las fortalezas, carencias y oportunidades de mejoramiento, y a partir de estos hallazgos determinar el conjunto de acciones necesarias para llevar a cabo un Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMCC), que sea coherente con la realidad y que responda a las expectativas y necesidades propias, por tanto en Porsalud realizaremos un ejercicio de planeación desde la identificación de los estándares que deseamos trabajar desde el enfoque de la organización, que nos permita estandarizar procesos, implementar herramientas, hacer seguimiento y medir el desempeño desde el año 2015 hasta el 2018, de manera que sea posible evidenciar el mejoramiento continuo.

Nuestro PAMEC está enfocado en los estándares del Sistema Unico de Acreditación en Salud y la Ruta Crítica se viene trabajando desde 2016, por tanto se cuenta con dos ciclos de mejoramiento.

La sumatoria de la aplicación del conocimiento (idoneidad profesional), el uso de la tecnología disponible a favor del paciente (procedimientos, técnicas y equipos), la seguridad (de acuerdo al riesgo para el paciente), el costo racional de la atención (de acuerdo a un balance riesgo-beneficio definido) y lógicamente la satisfacción de nuestros usuarios (atención con calidad, oportuna y eficiente), determina los atributos de calidad en las que nuestra institución basa sus procesos y su desarrollo organizacional.

Dentro de la autoevaluación y priorización se tendrán en cuenta para el enfoque los elementos de atención al usuario, humanización del servicio y gestión del riesgo con énfasis en la Seguridad del paciente.



1. CARACTERIZACION DE LA INSTITUCION

• MISION

Somos una empresa creada para la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad en el Departamento del Meta, priorizamos la seguridad del paciente, la humanización y la oportunidad en el proceso de atención. Disponemos de equipos de última tecnología, talento humano competente y comprometido para garantizar la prestación del servicio con altos estándares de calidad

• VISION

Ser la mejor elección en el Departamento del Meta para el manejo integral en servicios de mediana y alta complejidad de acuerdo a nuestro portafolio, satisfaciendo las necesidades de los usuarios en oportunidad, seguridad y humanización de la atención contribuyendo al desarrollo de la región con responsabilidad social.

• OBJETIVOS

- SEGURIDAD
- OPORTUNIDAD
- HUMANIZACION
- SOSTENIBILIDAD
- RESPONSABILIDAD SOCIAL

• PRINCIPIOS:

- Trabajo en equipo
- Compromiso
- Humanización
- Seguridad del paciente

• VALORES:

- ✓ Honestidad
- ✓ Respeto
- ✓ Tolerancia



2. OBJETIVO GENERAL DEL PAMEC

Establecer el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud, estableciendo la brecha entre el diagnóstico inicial (observado) y la calidad esperada, y documentando las acciones que se proponen para alcanzarla, basadas en el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar)

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Diseñar e implementar la ruta crítica, como herramienta de mejoramiento continuo para la prestación del servicio en la organización.
- Definir los Procesos Prioritarios, objeto de mejoramiento y establecer el plan de mejoramiento correspondiente (PMCC).
- Avanzar en la ruta de la calidad
- Lograr que los resultados del mejoramiento de la calidad se mantengan y sean asegurados dentro del aprendizaje organizacional.

4. ALCANCE

Este documento aplica a todo personal de la IPS y contempla todos los pasos de la ruta crítica de atención de los usuarios, aplicando los ejes de la Acreditación como son: Seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología, enfoque a la gestión de riesgos, cultura organizacional y responsabilidad social

5. RESPONSABLES

El diseño del PAMEC estará a cargo de la gerencia con el apoyo de calidad.

La ejecución del Plan de mejoramiento es responsabilidad de todo el recurso humano que se desempeñe dentro de la empresa independientemente del modelo contractual a través del cual se ejecuten los procesos



6. DEFINICIONES

ACCESIBILIDAD: Posibilidad que tiene el usuario de usar los servicios de salud

ACCIONES DE MEJORAMIENTO: Define las acciones de mejoramiento con las cuales se pretende cumplir o hacer realidad la oportunidad de mejora. Para cada oportunidad de mejora pueden identificarse varias acciones de mejora teniendo en cuenta que esta es una tarea puntual, muy operativa que indica el paso que debe darse para cumplir con la oportunidad de mejora.

AUDITORÍA: es una actividad formal y documentada, ejecutada por personal idóneo, que no tenga responsabilidad directa en la ejecución del servicio y que mediante la recolección de información basada en evidencias objetivas e imparciales, proporciona medios para la verificación de la eficacia de un sistema de Calidad.

BARRERAS DE MEJORAMIENTO: Son los factores organizacionales que deben tenerse en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento. Son factores que se deben prever y controlar para que el plan sea exitoso. Las barreras se definen por oportunidad de mejora, para un grupo de oportunidades de mejora o para todo el plan.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: es el conjunto de características administrativas, técnicas, científicas, humanas y de servicio, que debe tener la atención en salud para alcanzar los efectos deseados, en términos de la satisfacción de las necesidades y de las expectativas del Usuario interno y externo y de los proveedores.

CONTINUIDAD: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

ESTÁNDAR/ CALIDAD ESPERADA: Corresponde al estándar que será intervenido de acuerdo al resultado de la priorización.

GARANTÍA DE CALIDAD: Conjunto de acciones planeadas y sistemáticas mediante las cuales se proporciona la evidencia necesaria para establecer la confianza entre todos los interesados, con respecto a la calidad del producto o del servicio.

OPORTUNIDAD DE MEJORA: Corresponde la oportunidad de mejora que será intervenido de acuerdo al resultado de la priorización.



PORSALUD S.A.S

Calle 145 A No. 94 A -17 PBX: 7462603 – 7462753 Bogotá, Colombia

Carrera 36 No. 34 -71 Tel (038) 6627509 Villavicencio, Meta

Página web: www.porsaludips.com

OPORTUNIDAD: Obtención de los servicios de una forma oportuna, se busca desarrollar un nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso de los usuarios a los servicios de salud.

PERTINENCIA: Obtención de los servicios que requieren los usuarios, utilizando los recursos de la mejor forma y de acuerdo con la evidencia científica

PRIORIZACIÓN: Resultado del análisis de priorización según la calificación de los criterios de riesgo, costo y volumen.

SEGURIDAD: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de Atención de Salud o de mitigar sus consecuencias.

SERVICIOS DE SALUD: es el conjunto de recursos humanos, físicos, tecnológicos, materiales y financieros, organizados para la realización de actividades y procedimientos relacionados con la promoción de la salud y/o la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Los servicios de salud pueden ser prestados bajo dos modalidades: hospitalario y ambulatorio, esta última en forma intramural o extramural.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: es el conjunto de Instituciones, Normas, Requisitos y Procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible.

7. MARCO NORMATIVO

LEY 100 DE 1993: Sistema General de Seguridad Social en Salud

DECRETO 1011 DEL 3 DE ABRIL DE 2006: Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en salud, en el cual sus componentes (Sistema Único de habilitación, Sistema de Información, PAMEC y Sistema Único de Acreditación)

RESOLUCIÓN 1445 DEL 03 DE ABRIL DE 2006 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL: Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora. Se establecen los estándares de Acreditación para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad de la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios

DECRETO 4295 DEL 2007: Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003. “Artículo 1o. Norma Técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

RESOLUCIÓN 0123 DE 2012 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006 unificando el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario.

DECRETO UNICO DEL SECTOR SALUD 780 DE 2016

Por el cual se recopilan las disposiciones para el adecuado funcionamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en salud que apuntan a mejorar los resultados de la atención centrados en el usuario y su familia.

RESOLUCION 256 DE 2016 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

Por la cual se dictan las disposiciones con respecto al Sistema de Información para la calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, modificando la Resolución 1446 de 2006.

CIRCULAR 012/2016 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Por la cual se hacen modificaciones, adiciones y eliminaciones a la Circular 047 e imparte instrucciones sobre el PAMEC y el sistema de información para la calidad para evaluar la efectividad del PAMEC como estrategia de mejoramiento.

8. TIPOS DE ACCIONES

En cada uno de los niveles de auditoria se aplican acciones sobre los procesos prioritarios de acuerdo con sus características y estado. Estas acciones de Auditoria para el mejoramiento de la asignación y utilización de los recursos y la calidad de la Atención en Salud, pueden ser:

- **ACCIONES PREVENTIVAS:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoria sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que



deben realizar las personas y la entidad, en forma previa a la atención de los usuarios, para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos, la calidad técnica e interpersonal de la misma.

- **ACCIONES DE SEGUIMIENTO:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la entidad, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos, la calidad técnica e interpersonal de la atención en salud.
- **ACCIONES COYUNTURALES:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la entidad, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

9. DESCRIPCION GENERAL DEL MODELO PAMEC PORSALUD IPS

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) es la herramienta de mejoramiento continuo, dispuesta en el Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad en Salud dentro del componente de Auditoria para el mejoramiento de la calidad, como mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada.

Al establecer los estándares del Sistema Único de Acreditación como criterios para el mejoramiento continuo, es importante tener en cuenta los principios y los ejes del modelo de acreditación, los cuales son:

PRINCIPIOS DE LA ACREDITACION

- ☐ Confidencialidad
- ☐ Eficiencia
- ☐ Gradualidad

EJES DE LA ACREDITACION

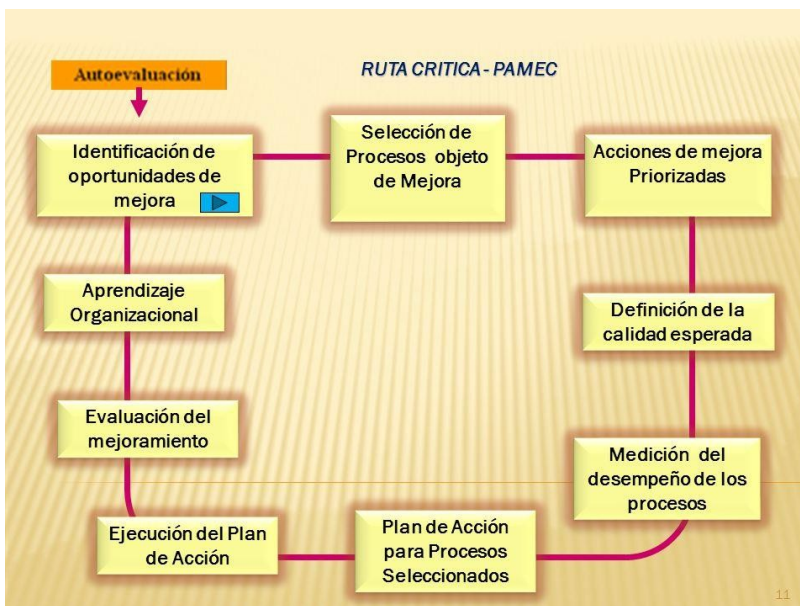
- La seguridad de paciente entendida como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud



- El enfoque y gestión del riesgo mediante la provisión de servicios de salud accesibles y equitativos, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos
- La gestión de tecnología, como la planeación mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones
- Humanización de servicios: La existencia de políticas y programas dirigidos a la humanización de la atención que tenga en cuenta la dignidad del ser humano.
- Transformación y medición de la cultura organizacional, donde se alinean las normas, la cultura y la ética
- La responsabilidad social entendida como la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad y los individuos, que contribuya con acciones concretas a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades en particular y de la sociedad en general.

10. RUTA CRITICA Y CRONOGRAMA

Para la vigencia 2018-2019 Porsalud IPS, sede Villavicencio establece un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la prestación de servicios de salud, de acuerdo con los pasos de ruta crítica:





Gráfica No. 1 RUTA CRITICA

FASES DEL CICLO P-H-V-A DENTRO DE LA RUTA CRITICA

Planear (P): Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué vamos a mejorar). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.

Hacer (H): Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; formalmente como la ejecución de lo planeado, tiene que ver con la recolección de los datos desde las fuentes de información. Además la identificación de los procesos a mejorar, la priorización y la propuesta de Planes de Mejoramiento. Se debe decidir además la implementación de las acciones correctivas y preventivas, su seguimiento e impacto.

Verificar (V): Esta es la fase de verificación de los resultados. Se realiza seguimiento y se valida la ejecución de los Planes de Mejoramiento.

Actuar (A): En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

11. METODOLOGIA

La formulación e implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud - PAMEC, se realiza mediante la aplicación de las “Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud 2007”, cuyos pasos aplican el ciclo PHVA en los procesos organizacionales y la RUTA CRITICA y cada uno de los pasos que la integran.

COMPROMISO DE LA DIRECCION: Existe un compromiso claro de la Gerencia para el desarrollo del PAMEC, en la preparación hacia el cumplimiento de estándares del sistema Único de Acreditación, mediante la implementación de actos administrativos y directrices que aseguran la participación de líderes de procesos, la ejecución del PMCC y el seguimiento



CRONOGRAMA GENERAL

QUE? (Pasos Ruta Crítica)	COMO?	PARA QUE?	CUANDO?
AUTOEVALUACION	Valoración de los aspectos de calidad a trabajar durante la vigencia	Para identificar aspectos a mejorar en calidad de la prestación de servicios	JUNIO 2018
SELECCIÓN DE PROCESOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA - PRIORIZACION	Clasificación de la información identificada en autoevaluación	Para identificar los procesos que se van a priorizar	JULIO 2018
DEFINICION CALIDAD ESPERADA Y PLAN DE ACCION	Se definen actividades, procesos y responsables de la ejecución	Para asegurar el avance en mejora continua	JULIO 2018
EJECUCION DEL PLAN DE ACCION	Desarrollar las acciones de mejora propuestas en el PMCC	Para dar cumplimiento a lo programado	AGOSTO 2018 A JULIO DE 2019
SEGUIMIENTO	Medición del grado de avance del PMCC	Para ir midiendo el avance	DICIEMBRE 2018 A JULIO 2019
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	Socializar el avance en calidad y mejoramiento durante la vigencia	Evidenciar el impacto del mejoramiento continuo en la Organización	NOVIEMBRE 2019

11.1 PRIMER PASO: AUTOEVALUACIÓN

En Porsalud IPS está definido el enfoque general y la implementación está en etapa de estandarización para cada proceso, por tanto la autoevaluación nos permite establecer una línea base e identificar lo que nos falta trabajar o contemplar dentro de cada subgrupo de estándares para priorizar en el primer ciclo de mejoramiento



Se entiende que el proceso de mejoramiento es continuo y dentro de su desarrollo se deberán ajustar los procesos de acuerdo a los hallazgos evidenciados en cada autoevaluación.

DESARROLLO DE LA AUTOEVALUACION

Calificación frente a los estándares de acreditación para IPS ambulatorias (Resolución 0123 de 2012)

- Teniendo en cuenta la organización y el modelo de atención se realiza la autoevaluación de los 158 estándares definidos en el Manual de Estándares Ambulatorios y hospitalarios
- Se entrega el manual de estándares a los líderes de procesos asistenciales y gerencial antes de empezar a registrar la calificación con el fin de entender la globalidad y facilitar el proceso para realizar su interpretación y asignar la calificación
- Se realiza la lectura e interpretación del estándar, explicando las acciones, dichos, palabras o sucesos que pueden ser entendidos de diferentes modos por la organización y darle un solo sentido.
- Calificación cualitativa: Definición de fortalezas como factores potenciales de éxito ante el entorno y los soportes de las mismas (documentos que puedan mostrar la madurez del proceso como: políticas, planes operativos, gráficos de tendencias, tablas, actas, diagramas de flujo de procesos, cronogramas de trabajo, etc. y que soporten ante un evaluador dicha fortaleza
- Calificación cuantitativa de cada estándar por consenso del equipo. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación de la hoja radar con la definición del avance del enfoque, implementación y resultados y sus diferentes variables
(Anexo 1 RUTA CRITICA PAMEC)

11.2 SEGUNDO PASO: SELECCIÓN Y PRIORIZACION

La priorización busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes, tenga como consecuencia un mayor beneficio, generando un espacio de conocimiento, discusión y participación.



Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios

Pertinencia
Accesibilidad
Continuidad
Oportunidad
Seguridad

Coordinación
Eficiencia

Competencia
Aceptabilidad
Efectividad

Los criterios de priorización serán:

1. Que los procesos priorizados incluyan los atributos de calidad
2. Criterios propuestos por las herramientas de la guía de preparación para la acreditación en salud, donde se definen a través de tres preguntas básicas:

¿Existen procesos que, de no implementarlos representen un riesgo para el paciente?

¿Qué impacto (costo) en afectación podrían tener si no son priorizados?

¿Qué procesos se realizan con mayor frecuencia o en un alto volumen?

Conforme a lo anterior se aplica la matriz RIESGO-COSTO-VOLUMEN

RIESGO

Situación a la que se expone el usuario y/o los clientes internos si no se lleva a cabo el mejoramiento

VOLUMEN

Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento

COSTO

Alcance del mejoramiento y cobertura



Para cada grupo de estándares se deben priorizar las oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones. La calificación más alta es 125, pero en general se considerarían de mejoramiento crítico las oportunidades de mejora con calificaciones superiores a 80 puntos.

Criterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
• Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
• Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
• Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

11.3 TERCER PASO: DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA

Para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel directivo, el responsable del mismo y quienes tienen a su cargo la función de auditoria interna definen el nivel de calidad esperado a lograr por el proceso.

En relación al primer aspecto, la forma de como se espera que se realicen los procesos se encuentran en las normas, guías ó estándares establecidos en la organización y el segundo aspecto hace relación entre otros instrumentos a los indicadores utilizados por la organización para evaluar el cumplimiento, de las norma, guías o estándares utilizados en la institución.

11.4 CUARTO PASO: MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOSPRIORIZADOS

La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un instrumento de evaluación que pretende detectar si los procesos presentan los resultados en calidad esperados, lo cual es posible de llevarse a cabo si se determina el nivel de calidad actual.



Para realizar esta medición se define la línea base en cada uno de los procesos priorizados de manera que se evidencie la brecha que se debe cerrar.

11.5 QUINTO PASO: FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

El plan de mejoramiento debe asumirse como un proyecto con actividades a corto y mediano plazo, con el fin de ser implementado para cada vigencia.

La formulación del Plan de Mejoramiento deberá ser enfocado a la solución de las causas fundamentales que nos permiten lograr los resultados esperados. Con los insumos generados en las etapas anteriores se establecen los planes de acción que permitan las brechas detectadas.

Se establecen las actividades o acciones de mejora que se requieren para cada oportunidad de mejora que se priorizó con el fin de superar las brechas de desempeño encontradas, identificando los responsables de su desarrollo, los recursos requeridos y las fechas previstas para el desarrollo de la acción

Las acciones de mejora son entendidas como los mecanismos, procedimientos y/o actividades que deberán ser establecidas en las organizaciones que promuevan el logro del mejoramiento de los procesos establecidos como prioritarios y la búsqueda de la no ocurrencia de las fallas en forma posterior a su detección e intervención.

11.6 SEXTO PASO: EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Una vez elaborado el plan de acción (PMCC), se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en él, es este punto se requiere el apoyo de los niveles directivos de la organización para que en forma explícita y deliberada se generen espacios para hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción y de los resultados obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores definidos con este fin.

El seguimiento interno se realiza de manera semestral para revisar el avance y hacer los ajustes pertinentes

11.7 SÉPTIMO PASO: EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

La evaluación final del ciclo de mejoramiento se hace al finalizar la vigencia, es importante evaluar el cumplimiento y determinar si las acciones que se ejecutaron fueron efectivas, lo cual es posible de observar a través de la medición de indicadores.



Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: La primera, que no se obtenga mejora ó no se disminuya la brecha inicial lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales ó que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema. La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional, e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

11.8 OCTAVO PASO: APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, elaborar estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzcan nuevas brechas entre la calidad esperada y la observada.

Como resultado de la implementación del PAMEC, siguiendo la ruta crítica se presentan inquietudes para promover la cultura del mejoramiento continuo en el proceso asistencial y como mantener los niveles de calidad que se han alcanzado.

Gradualmente el aprendizaje organizacional debe evidenciar:

- Que la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos.
- Que el proceso de calidad de la institución integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes.
- Que la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos.
- Que el proceso de calidad de la institución integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes.
- Que los procesos de calidad estén íntimamente integrados en los procesos organizacionales y que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización.
- Que los procesos de mejora de la calidad sean sostenibles en el tiempo.



PORSALUD S.A.S

Calle 145 A No. 94 A -17 PBX: 7462603 – 7462753 Bogotá, Colombia
Carrera 36 No. 34 -71 Tel (038) 6627509 Villavicencio, Meta
Página web: www.porsaludips.com

- ~~Que los procesos de mejora de la calidad general produzcan aprendizaje que sea útil tanto para la organización como para el sistema en general.~~

En este punto el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo.



BIBLIOGRAFÍA

Decreto 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Guía del Ministerio de la protección Social, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Auditoria para el mejoramiento de la Atención en Salud 2008.

Guía Básica para la Implementación de las Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social 2007.

Guía Básica para la acreditación en salud. ICONTEC. 2008.

Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social 2007.

Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social 2007

Resolución 1445 de 2006, por la cual se establecen el Sistema Único de Acreditación.

Resolución 2181 de 2008, por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para las IPS de carácter Público.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud. Ministerio de la Protección Social.

Programa de apoyo a la reforma de salud. Centro de Gestión Hospitalaria. Editorial nuevas ediciones Ltda