

RUTA CRÍTICA DEL PAMEC:

Es una secuencia lógica que busca mantener y mejorar los resultados de los procesos intervenidos potenciando el mejoramiento continuo, esta ruta consta de nueve pasos que involucran diferentes actividades en cada uno de ellos.

Si la IPS, cuenta con varias sedes, pueden tener objetivos, metas, y metodologías comunes para las sedes, pero el plan de mejora y los resultados de la implementación serán evaluados de manera independiente en cada sede.

A continuación, se explican los aspectos más importantes:

1. AUTOEVALUACIÓN:

Su objetivo es tener un diagnóstico en el que se identifiquen los problemas o fallas de calidad que afectan la organización, comprende aquellos aspectos relacionados a la calidad que impacten al usuario y la atención.

Los aspectos por evaluar desde el punto de vista del usuario en cada uno de los procesos son:

- Autoevaluación del Proceso de Atención en Salud
- Atención al usuario

Cuando se trabaja con alcance en acreditación se deben incluir todos los grupos de estándares, la conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares, la metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA, los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación y los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA si hay una previa.

Cuando se trabaja con alcance en seguridad del paciente, se deben tomar las prácticas seguras adicionales a las documentadas en el estándar de procesos prioritarios según aplique a su servicio de salud y siempre con estándares superiores de calidad.

NOTA: La autoevaluación incluida en los pasos de la Ruta Crítica del PAMEC corresponde a un proceso diferente a aquel de la autoevaluación para la Habilitación (Resolución 3100 de 2019 o norma que la modifique).

2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR:

Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar la correlación de los grupos de estándares de acreditación con los procesos del mapa de procesos de la entidad, a fin de evidenciar el compromiso

de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen.

Si el alcance del PAMEC no es acreditación, la entidad debe contar con una evidencia del mapa o listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del PAMEC.

Nota: Tenga en cuenta que, para mayor facilidad, los procesos institucionales deben estar en un mapa de procesos que, la interrelación de los procesos de una organización en forma de diagrama.

3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

Debe ser acorde a los procesos seleccionados en la etapa anterior y sus oportunidades de mejora que impactan con mayor fuerza al usuario.

Es importante realizar registro en una matriz de priorización que lo soporte que puede ser de volumen, riesgo, costo o nivel de prioridad de riesgo, entre otras.

Las oportunidades de mejora que no quedaron priorizadas pueden esperar a ser intervenidas en un ciclo posterior, ya que no son las de mayor criticidad.

Cuando la IPS toma el alcance en acreditación, se recomienda priorizar oportunidades de mejora que fortalezcan los ejes de acreditación, especialmente el eje de humanización.

4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

Se debe establecer una meta cuantitativa, de cuáles son los resultados que se quieren lograr y cómo se desea que se realicen los procesos, implica definir criterios y estándares de calidad a través de los que se medirá el desempeño, se deben establecer metas por medio de la creación de Indicadores de Gestión que evaluarán el desempeño de los riesgos asociados a los procesos priorizados de una manera pertinente.

Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar, a qué nivel de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que le apliquen se espera llegar en el período de implementación del PAMEC.

Si el alcance es el Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad, indicar la meta a cumplir.

Si el alcance es el fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales, indicar el nivel deseado de riesgo al que se espera llegar.

Si el alcance es el fortalecimiento del Programa de Seguridad de paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas

complementarias de seguridad del paciente, recomendadas en la Guía Técnica correspondiente, encaminadas a estándares superiores de calidad, indicar el logro esperado.

5. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD OBSERVADA:

Establecer la línea base del desempeño institucional por medio de la medición inicial de los indicadores desarrollados en la etapa anterior, esta auditoría inicial contiene los hallazgos de la calidad observada frente a la esperada y permitirá medir el impacto de las acciones de mejoramiento que implementemos.

En esta etapa es donde se revela qué tan grande es la brecha existente entre la calidad observada y la calidad esperada.

6. FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Esta etapa se centra en el planteamiento de soluciones que sean prácticas y posibles de implementar, como respuesta a las oportunidades de mejora o fallas de calidad identificadas, cerrando la brecha existente entre la calidad observada y la esperada, al describir acciones de mejora estableciendo responsables, fecha de inicio y finalización.

Dentro de esta etapa, se destacan los siguientes aspectos:

- Definición de la ficha técnica de los indicadores con su periodicidad de medición.
- Medición de los indicadores a través del seguimiento regular a las acciones de mejora implementadas.
- Soluciones correctivas oportunas en tiempo real, en caso de identificar desviaciones.

Si el alcance del PAMEC es la acreditación, idealmente, se debe contar con planes de mejoramiento para cada grupo de estándares de acreditación, a saber, direccionamiento y gerencia, gerencia de la información, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de la tecnología y mejoramiento de la calidad, de manera obligatoria se deben incluir proceso de atención al cliente asistencial y estándares relacionados con satisfacción

7. IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:

Evidencia documental de las acciones de mejora definidas en la etapa anterior, es la ejecución de las acciones planeadas para cerrar la brecha detectada, con el fin de alcanzar la meta definida por la institución en cada uno de los procesos priorizados.

8. EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

Su objetivo es valorar el cumplimiento y la efectividad de las acciones ejecutadas que se definieron previamente en el plan de mejoramiento, incluyendo el

seguimiento desde el autocontrol y de la auditoría interna, el cual se debe evidenciar explícitamente.

Esta actividad tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

Dentro de la planeación del procedimiento de auditoría se resaltan los siguientes pasos:

- Definición de los objetivos de la auditoría.
- Definición del alcance que se refiere al universo del campo de acción.
- Definición de las técnicas de apoyo a utilizar como son, observación, inspección, confirmación, análisis, cálculo, muestreo estadístico o flujogramas.
- Identificación del formato de registro.
- Definición del equipo ejecutor de la auditoría y cronograma de la auditoría.

Nota: Como resultado del ejercicio, se debe contar con un reporte del seguimiento.

9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El propósito es mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos, manteniendo así la mejora continua.

Debe generarse un documento que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC, luego de finalizado el periodo de implementación definido, con el fin de identificar las acciones que deben estandarizarse en la entidad, es la toma de decisiones definitivas, encaminadas a la estandarización de mejora de los procesos priorizados.

En esta etapa se fortalecen competencias a los colaboradores, para dar continuidad en la implementación de los cambios alcanzados y se implementa el seguimiento para evitar que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada.

Nota: Recuerde relacionar el número de documentos estandarizados.