

**DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PAMEC
(PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE ESTÁNDARES
DE CALIDAD)
CLÍNICA ODONTOSONRISAS**

DANIELA AGUDELO BEDOYA

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
SEDE CAICEDONIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS
FEBRERO 2015**

**DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PAMEC
(PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE ESTÁNDARES
DE CALIDAD)
CLÍNICA ODONTOSONRISAS**

DANIELA AGUDELO BEDOYA

Anteproyecto para obtener el título de Administrador de empresas

Asesor

CARLOS ANDRÉS CRUZ

Director de trabajo de grado

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
SEDE CAICEDONIA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS**

FEBRERO 2015

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	7
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	12
2. JUSTIFICACIÓN	13
3. OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GENERAL	15
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	15
4. MARCO REFERENCIAL	16
4.1 ORGANIZACIONAL	16
4.2 ANTECEDENTES	17
4.3 TEÓRICO	18
4.4 CONCEPTUAL	22
4.5 LEGAL	26
5. METODOLOGÍA	27
5.1 TIPO DE ESTUDIO	27
5.1.1 Investigación Exploratoria	27
5.1.2 Investigación Descriptiva	28
5.2 FUENTES DE INFORMACIÓN	29
5.2.1 Fuentes Primarias	29
5.2.2 Fuentes Secundarias	29
5.3 ALCANCE	29
5.4 ETAPAS DEL DESARROLLO METODOLÓGICO	29
6. DESARROLLO DE LA METODOLOGIA	30
6.1 DIAGNOSTICO O AUTOEVALUACION	30

SEGUNDA ETAPA	50
7. DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD	55
7.1 RESEÑA HISTÓRICA	55
7.2 ESTRUCTURA ORGÁNICA	56
8. PLATAFORMA ESTRATÉGICA	57
8.1 VISIÓN	57
8.2 MISIÓN	57
8.3 OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	58
8.4 POLÍTICA DE CALIDAD	58
8.5 PRINCIPIOS CORPORATIVOS	59
8.6 VALORES CORPORATIVOS	59
9. MANUAL DE FUNCIONES	60
10. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	60
11. ESTRUCTURA DE APOYO A LA GARANTÍA DE LA CALIDAD	60
11.1 COMITÉ DE CALIDAD	60
11.1.1 SUS FUNCIONES SON	60
11.1.1.1 FUNCIONES DEL DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD	61
11.1.1.2 FUNCIONES DEL COORDINADOR DE CALIDAD	61
11.1.1.3 FUNCIONES DEL AUDITOR INTERNO DE CALIDAD	62
11.1.1.4 FUNCIONES DE LOS COORDINADORES DE PROCESOS	62
12. ESTRUCTURA DE APOYO A LA GARANTÍA DE CALIDAD DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD.	63
12.1. MARCO NORMATIVO	63
13. DEFINICIONES	70
13.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	70
13.2 CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	70
14. CARACTERÍSTICAS DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	71
15. OBJETIVOS GENERAL	73
15.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
15.2 METAS	74

16. FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO	75
17. MARCO CONCEPTUAL	75
17.1 MEJORAMIENTO CONTINUÓ DE LA CALIDAD	75
17.2 GARANTÍA DE CALIDAD	78
17.3 NIVELES DE LA AUDITORÍA	79
17.4 TIPO DE ACCIONES	80
18. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL CENTRO ODONTOLÓGICO DEL QUINDÍO	81
18.1 ETAPAS DE AUDITORIA	81
18.1.1 Actividades de Planificación	81
18.2 ACTIVIDADES DE LA AUDITORÍA	82
19. ALCANCE	85
20. ESTRUCTURA DE APOYO AL PROGRAMA	85
20.1 IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE PROCESOS	86
21. METODOLOGÍA DE DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC	86
21.1. DEFINICIÓN DE PRIORIZACIÓN	86
21.1.1 Definición de la calidad esperada	91
22. OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO	94
23. METODOLOGÍA DE DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC	95
23.1 AUTOEVALUACIÓN	95
24. DEFINICIONES DE INDICADORES DEL PAMEC	96
24.1 AUTOCONTROL	96
24.2 AUDITORÍA INTERNA SOBRE PROCESOS (MAPA DE PROCESOS)	97
25. LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN	111
25.1 CRONOGRAMA ÚNICO DE AUDITORÍA	111
25.2 INSTRUCCIONES PARA LA GENERACIÓN Y FLUJO DE INFORMACIÓN	112
25.3 LINEAMIENTOS DE FLUJO DE INFORMACIÓN	114
25.4 ESTRATEGIA DE DESPLIEGUE	114
26. CONCLUSIONES	122
27. BIBLIOGRAFIA	123

INTRODUCCIÓN

El diseño y la elaboración del PAMEC permite la implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud que se presenta en este documento, convirtiéndose en un abordaje básico de especial utilidad para la clínica ODONTOSONRISAS; su constitución es un esfuerzo más para establecer parámetros y unificar criterios en la materia, de manera que sea coherente con el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definido por el Ministerio de la Protección Social.

La importancia de este documento, es posibilitar y facilitar de manera integral el accionar de la clínica, impulsando el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de tal forma que se genere valor agregado para los clientes y desde luego dentro de toda la organización.

Por ende, el objetivo final, se basará en permear una Cultura de la Calidad y la identificación de la causa raíz de las oportunidades de mejora identificadas, que conduzcan a un mejoramiento continuo de la calidad y a la búsqueda permanente de niveles superiores de calidad.

No obstante, su diseño y elaboración estará sujeto a unas etapas de desarrollo:

Etapas 1: Autoevaluación: Comprende el primer paso, basado en establecer cuál es la situación real de la Clínica ODONTOSONRISAS con relación a los diversos estándares de calidad, para ello debe realizar una autoevaluación interna, es decir, un diagnóstico básico general de la Clínica, que pretenda identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización (debilidades), de igual manera, reconoce a través de este proceso aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan vigorosamente al usuario de manera eficaz y eficiente (fortalezas).

Etapas 2: Estandarización de procesos: Consiste en conocer la plataforma estratégica de la clínica ODONTOSONRISAS articulada al diseño del organigrama y el mapa de procesos; que permita identificar los procesos gerenciales, de la

cadena de valor o de transformación y los de apoyo, para la debida planificación del programa de auditoria del mejoramiento de la calidad.

La estandarización de los procesos, permite realizar seguimiento permanente para prevenir que se produzcan brechas entre la calidad esperada y la observada. Lo que se pretende, entonces, es mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo.

Etapas 3: Planteamiento de lineamientos del Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud: Permite definir los conceptos básicos y necesarios para el desarrollo del PAMEC, dando a conocer parámetros necesarios que esboza la práctica de esta (PAMEC) a través del ciclo P.H.V.A.

No obstante, lo que busca es un peldaño adicional de avance en la búsqueda de la excelencia, permitiendo alinear la gestión en las diversas áreas hacia la consecución de los objetivos, controlar el desempeño de los procesos, permitir identificar puntos de mejoramiento de gran atracción en los resultados y consolidar la cultura del mejoramiento continuo basado en la medición.

A continuación me permito dar a conocer al lector contenidos básicos para el diseño y elaboración del programa de Auditoría para el Mejoramiento Estándar de la Calidad, soportados a través de teorías y conceptos que han sido desarrollados en pro de convertirse como referente para esta elaboración. En la primera parte del trabajo se establecerá la guía anteriormente mencionada para una segunda etapa que quedará como tipo anexo, la cual consiste en el diseño propio del PAMEC.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La idea del proyecto surge a raíz de la necesidad evidenciada de trabajar en el diseño y elaboración del PAMEC como carencia de contar con un instrumento que permita identificar dificultades sin resolver en tres grandes estándares como es: La organización, la calidad y el Talento Humano, planteando la problemática a intervenir y estableciendo la dirección del estudio para logra ciertas acciones de mejora, de manera que la recolección de datos y el análisis de los mismos permita alcanzar los resultados esperados.

Para tal fin, surge la necesidad de identificar las debilidades de la clínica como conocimiento integrar de la misma, en donde se hizo pertinente la aplicación de una ficha diagnóstico que consintió en identificar las debilidades existentes en la clínica, de acuerdo a la información obtenida de los directivos y empleados de la misma, es que esta no se ajusta a los tres estándares de calidad exigidos por el PAMEC. Tales como:

Organización: Fue analizada con 18 variables de las cuales tan solo el 16.6% de ellas son fortalezas, mientras que el 66% son fortalezas con debilidades y el 16.6% restante son debilidades, es decir que en promedio 82.6% presentan debilidad ya que las variables de fortalezas con debilidades, son consideradas variables débiles que en cualquier momento pueden presentar dificultad para garantizar la calidad de la atención y disminuir el porcentaje de satisfacción del usuario, sus principales puntos a tratar es:

- ✓ El frágil involucramiento de los órganos directivos, en su desarrollo.
- ✓ La carencia de un análisis estratégico donde incluye por lo menos: Lectura del entorno como el marco legal y normativo, el análisis de riesgos en salud de la población, perfil epidemiológico, las políticas y los planes de acción nacionales, las políticas y planes de desarrollo departamentales en el caso de distritos y municipios. La voz del cliente interno y externo.
- ✓ El frágil proceso para la educación continuada de los miembros de los órganos directivos basada en la orientación acerca de la organización, sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, soportada con educación continua.

- ✓ La carencia de un proceso formal para definir la misión, la visión, los valores y las políticas de la organización de acuerdo con el análisis estratégico.
- ✓ La carencia de un proceso para desarrollar la participación de los individuos y la sociedad en la formulación y seguimiento de las políticas en salud oral, la promoción de actitudes solidarias y la cultura de la participación.
- ✓ El frágil proceso para que la organización esté presente en los mecanismos de participación en los cuales está definida su presencia con el fin de generar: Compromiso por parte de la organización.
- ✓ La carencia de un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud implicando seguir factores como:
 - Cobertura, accesibilidad, integralidad y oportunidad de la atención por tipos de servicios.
 - Satisfacción global del usuario con la atención recibida.
 - Calidad técnica de la atención.
 - Resultados de atención en salud a las personas, la población y el ambiente.
- ✓ La carencia de un proceso que identifique las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades.
- ✓ El débil diseño de un sistema de control para realizar el seguimiento al cumplimiento de sus objetivos y la contribución de estos a los fines esenciales como organismo de dirección en el sistema. Este sistema incluye como mínimo:

Calidad: Analizada con 12 variables de las cuales el 25% de ellas son fortalezas, mientras que el 16.6% son fortalezas con debilidades y el 58.3% restante son debilidades, es decir que en promedio 74.9% presentan debilidad ya que las variables de fortalezas con debilidades, son consideradas variables débiles que en cualquier momento pueden presentar dificultad para garantizar la eficiencia y eficacia de los procesos, básicamente relacionados con oportunidad, accesibilidad y continuidad de los tratamientos, los puntos a tratar son:

- ✓ Carencia de aplicación un método evaluativo de calidad que prioricen los aspectos de mejoramiento.

- ✓ Débil el proceso de comunicación de resultados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores de servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades
- ✓ Carencia de un proceso para consolidar la información de los procesos misionales y administrativos. Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad.
- ✓ Carencia de un plan para mejorar la calidad de los procesos gestión de la información, que incluya objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización con asignación de un responsable.
- ✓ No se cuenta con un sistema de medición como un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.

Talento Humano: Se analizó con 6 variables de las cuales el 33.3% de ellas son fortalezas, mientras que el 33.3% son fortalezas con debilidades y el 33.3% restante son debilidades, es decir que en promedio 66.6% presentan debilidad ya que las variables de fortalezas con debilidades, son consideradas variables débiles que en cualquier momento pueden presentar dificultad para garantizar motivación y equilibrio entre el plano satisfactorio de los personal con lo laboral, no obstante, el proceso de toma de decisiones, implementación de la misma y la retroalimentación dependerán el grado de cambio de la clínica; los puros a trabajar son:

- ✓ Frágil proceso para identificar y responder a las necesidades de los clientes internos de la organización. Relacionados con: la calidad de vida en el trabajo, análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial, reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal, evaluación de desempeño, políticas de compensación, estímulos e incentivos, bienestar laboral y necesidades de comunicación organizacional.
- ✓ Carencia de un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización¹.

¹ Resultado de diagnóstico aplicado a la clínica ODONTOSONRISAS año 2014.

Todas estas debilidades son consideradas oportunidades de mejora que se pueden planificar desde un instrumento que contenga auditoria del mejoramiento continuo propuesto principalmente en el PAMEC.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué manera se podrá superar las deficiencias detectadas a través del diagnóstico aplicado en la clínica ODONTOSONRISAS y que a su vez permita garantizar el mejoramiento continuo?

1.2 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

¿Para qué planear y aplicar una ficha técnica?

¿Por qué definir una estructura organizacional articulada a un mapa de procesos?

¿Cuáles serán los lineamientos que se requieren para garantizar el mejoramiento continuo?

2. JUSTIFICACIÓN

El diseño y la elaboración del PAMEC, no se trata simplemente de llenar documentos, sino de un nivel de análisis diferente, porque el foco del PAMEC es intentar articular las fallas encontradas con un conocimiento integral de la clínica para hacer un aporte a su efectividad.

Puede decirse entonces, que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud con este enfoque, tiene como foco el aprendizaje organizacional e individual, elemento principal del mejoramiento continuo. Este proceso se centra en las entrevistas, el diálogo y un conocimiento más amplio acerca de la clínica, esto como un intento de responder y dar solución a las debilidades existentes.

La clínica ODONTOSONRISAS dentro de su misión se plantea como reto para el año 2019, convertirse en una institución prestadora de servicios odontológicos, acreditada en ISO 9001, en donde se pretende ser coherentes con el direccionamiento estratégico y la gestión integral por la calidad; caracterizados por una atención humanizada, oportuna, pertinente, centrada en la gerencia del riesgo; todo ello en busca de disminuir al máximo los desenlaces no esperados.

No obstante, la atención humanizada es el eje central de la atención, su objetivo es prestar todos los servicios pensando en mejorar la calidad de la salud oral de los clientes y el bienestar de sus familiares, facilitando desenlaces óptimos de satisfacción.

Por medio del diseño y la elaboración del PAMEC, se le permite al estudiante de Administración de Empresas realizar su asesoría y consultoría profesional, desarrollando funciones, características y conocimientos, como intervención a los diferentes problemas y/o necesidades de la empresa, en este caso en la clínica ODONTOSONRISAS, con el propósito de accionar sobre las debilidades y minimizar los riesgos a los cuales se encuentra vulnerable; como fuente de fortalecimiento de uno de los pilares fundamentales de la carrera esta “la relación interpersonal” establecida entre la empresa y el estudiante, desplegando cualidades de creatividad, relacionalidad, espontaneidad, flexibilidad, rigor metodológico y paciencia; a su vez desarrollo de procesos implícitos, de información, asesoramiento, orientación, apoyo, evaluación, coordinación y un

proceso educativo para iniciar el cambio, principalmente en los tres estándares a trabajar; la organización, la calidad y el Talento Humano.

Adicionalmente, se busca construir un instrumento aplicativo y dinámico, que permita involucrar las diferentes partes interesadas del PAMEC (Directivos, funcionarios, proveedores y clientes), es decir, que no se debe trabajar desde un enfoque individual sino grupal, en donde las necesidades y expectativas encontradas en el diagnóstico, se han agrupadas con relación a la organización, la calidad y el talento Humano. Sin duda alguna su aplicación aportará al desarrollo del rol del Administrador de Empresas, a través de las funciones básicas, tales como: intervención, educación, orientación, acompañamiento, gestión y aporte de beneficios a la empresa en la apertura de conciencia frente a al mejoramiento continuo en búsqueda de la excelencia.

Por tanto y en aras de contribuir a contrarrestar los efectos que genera las problemática identificada, se hace necesario el desarrollo de la propuesta de actuación, apoyados en la Norma ISO 9001 sobre los requisitos de calidad.

Por lo expresado anteriormente se deduce que el PAMEC es una herramienta que permitirá a ODONTOSORRISAS mejorar las situaciones definidas en el planteamiento del problema. A mediano plazo, con la aplicación del PAMEC, se podrá hacer una comparación de los beneficios traídos por su aplicación.

3. OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar el PAMEC en la Clínica ODONTOSONRISAS en aras de determinar la calidad de la atención general e integral que se brinda a los usuarios e introducir las correcciones que fueren necesarias para superar las deficiencias que se detecten y contribuir a su mejoramiento.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- ✓ Planear y aplicar una ficha técnica que permita la recolección de datos para la conformación del diagnóstico real de la situación de la clínica.
- ✓ Definir a través de la estructura organizacional el diseño del mapa de procesos para su respectiva caracterización.
- ✓ Establecer los lineamientos del Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

4. MARCO REFERENCIAL

Comprende información relacionada con: La organización, lo teórico, conceptual y legal que le permiten al lector adquirir conocimientos de base con respeto al tema.

4.1 ORGANIZACIONAL

Historia de la organización.

La salud dental no es un hecho actual sino que forma parte de una larga trayectoria en el campo de la salud oral y la estética, lo cual siempre ha existido en la humanidad, debido a que la salud de la boca y el cuidado de los dientes son necesarios para el buen funcionamiento de todo el organismo. Al analizar ciertos datos estadísticos de la OMS (Organización Mundial de la Salud), refleja que los Colombianos no tienen buenos hábitos de higiene y no acuden al odontólogo y/o especialista oral a tiempo, es por esto, que a comienzos del año 2009 surge la idea por parte de dos odontólogos de crear una clínica Odontológica en el municipio de Caicedonia Valle, como fuente adicional de ingresos, pero que a la vez se pueda generar un valor agregado como es el concientizar a la gente, que es más económico realizar una cita de prevención que realizar una cita de curación, rehabilitación o demás descendencias.

Tomando esta iniciativa es cómo surge la Clínica odontológica “ODONTOSONRISAS H y C S.A.S.” en el año 2009, creada según acto constitutivo inscrito 14 de abril de 2009 en la notaria única de Caicedonia Valle y en el libro IX e inscrita en la Cámara y Comercio bajo el número 1385, en la cual se constituyó la sociedad denominada ODONTOSONRISAS, con NIT 900.285.715-5; el objeto social principal de esta sociedad anónima simplificada será “prestar servicios profesionales de odontología general y especializada”.

Esta clínica en este corto tiempo ha venido fomentando y promocionando la salud oral y sus especialidades, como lo son ortodoncia, endodoncia, periodoncia, higiene, cirugía oral y rehabilitación, desarrollando así; programas de promoción,

prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación oral y diseño de sonrisas en los pacientes de Caicedonia Valle y sus alrededores².

4.2 ANTECEDENTES

Qué es ISO 9001:2008?

La ISO 9001:2008 es la base del sistema de gestión de la calidad ya que es una norma internacional y que se centra en todos los elementos de administración de calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios.

Los clientes se inclinan por los proveedores que cuentan con esta acreditación porque de este modo se aseguran de que la empresa seleccionada disponga de un buen sistema de gestión de calidad (SGC). Existen más de 640.000 empresas en el mundo que cuentan con la certificación ISO 9001. ¿Qué saben ellas que usted no sepa?

Muchos oyen hablar de la ISO 9001 por primera vez sólo cuando un posible cliente se acerca a preguntar si la empresa cuenta con esta certificación.

La Organización Internacional de Estandarización (ISO, según la abreviación aceptada internacionalmente) tiene su oficina central en Ginebra, Suiza, y está formada por una red de institutos nacionales de estandarización en 156 países, con un miembro en cada país.

El objetivo de la ISO es llegar a un consenso con respecto a las soluciones que cumplan con las exigencias comerciales y sociales (tanto para los clientes como para los usuarios). Estas normas se cumplen de forma voluntaria ya que la ISO, siendo una entidad no gubernamental, no cuenta con la autoridad para exigir su cumplimiento.

Sin embargo, tal como ha ocurrido con los sistemas de administración de calidad adaptados a la norma ISO 9000, estas normas pueden convertirse en un requisito

² Portafolio de servicios, clínica ODONTOSONRISAS año 2014

para que una empresa se mantenga en una posición competitiva dentro del mercado³.

4.3 TEÓRICO

Comprende diferentes autores que a través de sus planteamientos teóricos permiten generar una base de seguimiento, garantizando efectividad en su modelo de aplicación de acuerdo al grado de éxito de la misma.

Por ende, se citan varios autores quienes plantean teorías con diversos puntos de vista sobre el tema de la calidad, sin embargo para el diseño y la elaboración del PAMEC, se tomará como teoría a seguir la de PHILIP B. CROSBY puesto que su teoría se encuentra muy relacionada con el objeto central del trabajo, en cuanto al aporte que realiza con relación a la “vacuna” de calidad a fin de prevenir la no conformidad, relacionada a los tres ingredientes de esta vacuna como son: la determinación, la capacitación y la implementación para el mejoramiento de la calidad, el cual debe ser un proceso, estable y permanente. Sin embargo no se comparte la idea de no realizar inspección y supervisión del sistema, pues el sector salud aun no alcanza esos altos niveles de liderazgo propio.

EDWARD DEMING: Estadístico Estadunidense que sentó una de las principales bases en los referentes al control estadístico de la calidad basado en tres grandes pilares:

1. Planteamiento de los 14 puntos Deming:

- ✓ Constancia en el propósito de mejorar productos y servicios.
- ✓ Adoptar la nueva filosofía.
- ✓ No depender más de la inspección masiva.
- ✓ Acabar con la práctica de adjudicar contratos de compra basándose exclusivamente en el precio.
- ✓ Mejorar continuamente y por siempre los sistemas de producción y servicio.
- ✓ Instituir la capacitación en el trabajo.
- ✓ Instituir el liderazgo.
- ✓ Desterrar el temor.
- ✓ Derribar las barreras que hay entre áreas de staf.

³ Consultado en Dic -2014- <http://www.icontec.org/index.php/pe/sectores/.../332-certificacion-iso-9001>

- ✓ Eliminar los lemas, las exhortaciones y las metas de producción para la fuerza laboral.
- ✓ Eliminas las cuotas numéricas.
- ✓ Derribar las barreras que impiden el sentimiento de orgullo que produce un trabajo bien hecho.
- ✓ Establecer un vigoroso programa de educación y entrenamiento.
- ✓ Tomar medidas para lograr la transformación.

2. Las 7 Enfermedades mortales de la gerencia

- ✓ Falta de constancia en el propósito.
- ✓ Énfasis en las utilidades a corto plazo.
- ✓ Evaluación del desempeño, clasificación según el mérito.
- ✓ Movilidad de la Gerencia.
- ✓ Manejar una compañía basándose únicamente en las cifras visibles.
- ✓ Costos médicos excesivos.
- ✓ Costos excesivos de garantía.

3. Algunos obstáculos:

- ✓ Los procesos de planificación estratégica, son un ritual que realmente no cambia ninguna empresa.
- ✓ Descuido de la planificación y la transformación a largo plazo.
- ✓ La suposición de que la solución de los problemas, la automatización, las novedades mecánicas o electrónicas y la maquinaria nueva transformarán la industria.
- ✓ En busca de empleos (movilidad laboral).
- ✓ Nuestros problemas son diferentes.
- ✓ La instrucción obsoleta en las universidades.
- ✓ Dependencia de los departamentos de control de calidad.
- ✓ Achacar a los trabajadores la culpa de los problemas.
- ✓ Calidad por inspección.
- ✓ Salidas en falso.
- ✓ El computador desguarnecido (no hay un verdadero uso).
- ✓ Cumplir las especificaciones (sin verificar si el proceso tiene capacidad).
- ✓ Pruebas inadecuadas a los prototipos.
- ✓ Cualquier persona que llegue a tratar de ayudar debe saber todo sobre nuestro negocio⁴

Se cita a EDWARD DEMING, puesto que es un autor que reúne puntos claros, precisos, dinámicos y de fácil aplicación al manual, definidos en sus tres grandes

⁴ Como salir de la crisis" por William E Deming, 1986, Ediciones Díaz Santos S.A.

pilares como son: Los 14 principios, las 7 enfermedades mortales de la gerencia y algunos obstáculos empresariales, además de ser considerado el padre de la calidad.

PHILIP B. CROSBY: Nació en Wheeling, Virginia Occidental el 18 de junio de 1926. Graduado en pediatría (la profesión de su padre), resolvió que esa carrera no era de su agrado. La carrera de Philip Crosby comenzó en una planta de fabricación en línea, donde decidió que su meta sería enseñar administración en la cual previniendo problemas sería más provechoso que ser bueno en solucionarlos y su teoría fue basada a través de "cero defectos" que él creó en 1961. Para Crosby, la calidad es conformidad con los requerimientos, lo cual se mide por el coste de la no conformidad. Esto quiere decir que al utilizar este enfoque se llega a una meta de performance de "cero defectos".

Crosby equipara la gestión de calidad con la prevención. En consecuencia, la inspección, la experimentación, la supervisión y otras técnicas no preventivas no tienen cabida en éste proceso. Los niveles estadísticos de conformidad con estándares específicos inducen al personal al fracaso. Crosby sostiene que no hay absolutamente ningún motivo para cometer errores o defectos en ningún producto o servicio.

Las compañías deberían adoptar una "vacuna" de calidad a fin de prevenir la no conformidad. Los tres ingredientes de esta vacuna son: la determinación, la capacitación y la implementación. El mejoramiento de la calidad es un proceso, no un programa; debería ser estable y permanente.

Las auditorías de calidad al proveedor son casi innecesarias, a no ser que el vendedor sea totalmente incompetente. Es imposible saber si el sistema de calidad del proveedor proporcionará la calidad requerida simplemente con auditar su plan.

"Cero defectos" no es un eslogan. Constituye un estándar de performance. Además, desalentar al personal mediante una exhortación constante no es la respuesta adecuada. Crosby estima que en los años sesenta varias compañías japonesas aplicaron adecuadamente el principio de "cero defectos", utilizándolo como una herramienta técnica, mientras la responsabilidad de su debida implementación se asignó a la dirección. Por el contrario, en Estados Unidos este

principio se utilizó como un instrumento motivador, y la responsabilidad en caso de registrarse defectos recaía en el trabajador. Esta estrategia requiere una orientación técnica además del compromiso de la dirección⁵.

TEORIA DE KAIZEN: La palabra Kaizen proviene de la unión de dos vocablos japoneses: kai que significa cambio y zen que quiere decir para mejorar Kaizen: cambio para mejorar.

Todos los gerentes buscan que sus empresas mejoren continuamente sus productos, la prestación de sus servicios o sus procesos, este es un común denominador que atañe a todas las personas que dirigen empresas, el mejoramiento continuo trae como consecuencias menores costos, mayor capacidad de cumplir en los tiempos de entrega, mayor calidad del servicio, mayores ventas... Pero, por qué es una realidad que se ve materializada en muy pocas empresas y por qué la gran mayoría de ellas no puede lograr la mejora continua real. La respuesta está en el kaizen.

Se cita la teoría de KAIZEN porque permite generar un enfoque muy claro sobre lo que es la mejora continua, soportada a través de resultados satisfactorios en otras empresas aplicadas.

DANIEL MORRIS Y JOEL BRANDON: Socios de la firma Morris, Tokarski, Brandon and Company, una firma de consultoría en administración situada en Chicago y especializada en posicionamiento empresarial y reingeniería, y autores del libro: "Reingeniería: Como aplicarla con éxito en los negocios", ubicados en la vanguardia del movimiento de reingeniería desde que se enunció ese concepto, llevan más de 20 años de experiencia ejecutiva y administrativa en un amplio rango de industrias. Según ellos: "Hoy es el momento de la reingeniería. En la actualidad es uno de los temas más debatidos en el ambiente de oficinas y fábricas en muchos países" (Daniel Morris y Joe Brandon, 1994). Sus actividades de consultoría han incluido reingeniería operacional, planeación estratégica y táctica, evaluación operacional, administración de proyectos y elaboración de políticas gubernamentales⁶.

⁵ Consultado en dic 2014 en <http://www.iso9001calidadparatodos.com/phillip-b-crosby-y-sus-principios.html>

⁶ <http://enfouquereingenieria.blogspot.com.co/>

Se cita esta teoría porque su aporte es de gran valor para definir conceptos en cuanto al rediseño de proceso que se pretende trabajar para la mejora continua, en este caso propiamente del sector salud⁷.

4.4 CONCEPTUAL

- ✓ **Norma ISO 9000:** “Describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología para los sistemas de gestión de la calidad”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.1)
- ✓ **Norma ISO 9001:** “Especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le sean de aplicación, y su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.1)
- ✓ **Liderazgo:** “Persona que establece la unidad de propósito y la orientación de la organización. Creando y manteniendo un ambiente interno, en el cual el personal puede llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.2)
- ✓ **Participación del personal:** “Es el compromiso del personal en todos los niveles, posibilitando que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.2)
- ✓ **Enfoque de sistema para la gestión:** “Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.2)
- ✓ **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** “Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.2)
- ✓ **Auditorías del sistema de gestión de la calidad:** “Se utilizan para determinar el grado en que se han alcanzado los requisitos del sistema de gestión de la calidad. Los hallazgos de las auditorías se utilizan para evaluar la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para identificar

⁷ Trabajo de grado de “Gerencia de servicios al cliente” Universidad del Valle- 2013

oportunidades de mejora". (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.2)

- ✓ **Las auditorías de primera parte:** "Son realizadas con fines internos por la organización, o en su nombre, y pueden constituir la base para la auto-declaración de conformidad de una organización". (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.2)
- ✓ **Las auditorías de segunda parte:** "Son realizadas por los clientes de una organización o por otras personas en nombre del cliente". (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.2)
- ✓ **Las auditorías de tercera parte son:** "Realizadas por organizaciones externas independientes. Dichas organizaciones, usualmente acreditadas, proporcionan la certificación o registro de conformidad con los requisitos contenidos en normas tales como la Norma ISO 9001". (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.2)
- ✓ **Revisión del sistema de gestión de la calidad:** "Es la evaluación sistemática que debe realizar la alta dirección de forma regular". (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.2)
- ✓ **Autoevaluación:** "Es una revisión completa y sistemática de las actividades y resultados de la organización, con referencia al sistema de gestión de la calidad o a un modelo de excelencia". (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.2)
- ✓ **Mejora continua:** "Es incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas". (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.2)
- ✓ **Producto:** "Resultado de un proceso". (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.4.2)
- ✓ **Proceso:** "Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados". (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.4.1)
- ✓ **Satisfacción del cliente:** "Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos". (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.14)
- ✓ **Capacidad:** "Aptitud de una organización, sistema o proceso para realizar un producto que cumple los requisitos para ese producto". (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.1.5)

- ✓ **Competencia:** “Aptitud demostrada para aplicar los conocimientos y habilidades” (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.1.6)
- ✓ **Sistema:** “Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan entre sí”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.2.1)
- ✓ **Política de la calidad:** “Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la calidad tal como se expresan formalmente por la alta dirección”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.2.4)
- ✓ **Objetivo de la calidad:** “Algo ambicionado o pretendido, relacionado con la calidad”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.2.5)
- ✓ **Gestión:** “Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.2.6)
- ✓ **Alta dirección:** “Persona o grupo de personas que dirigen y controlan al más alto nivel de una organización”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.2.7)
- ✓ **Mejora continua:** “Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.2.13)
- ✓ **Eficacia:** “Grado en que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.2.14)
- ✓ **Organización:** “Conjunto de personas e instalaciones con una disposición” (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.3.1)
- ✓ **Estructura de la organización:** “Disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.3.2)
- ✓ **Ambiente de trabajo:** “Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.3.4)
- ✓ **Cliente:** “Organización o persona que recibe un producto”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.3.5)

- ✓ **Proceso:** “Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.4.1)
- ✓ **Producto:** “Resultado de un proceso”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.4.2)
- ✓ **Proyecto:** “Proceso que consistente en un conjunto de actividades coordinadas y controladas con fechas de inicio y de finalización, llevadas a cabo para lograr un objetivo conforme con requisitos específicos, incluyendo las limitaciones de tiempo, costo y recursos”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.4.3)
- ✓ **Procedimiento:** “Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.4.5)
- ✓ **Trazabilidad:** “Capacidad para seguir la historia, la aplicación o la localización de todo aquello que está bajo consideración”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.5.4)
- ✓ **Conformidad:** “Cumplimiento de un requisito”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.6.1)
- ✓ **No conformidad:** “Incumplimiento de un requisito”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.6.2)
- ✓ **Acción preventiva:** “Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.6.4)
- ✓ **Acción correctiva:** “Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.6.5)
- ✓ **Manual de la calidad:** “Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.7.4)
- ✓ **Plan de la calidad:** “Documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quién debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto producto proceso o contrato”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.7.5)

- ✓ **Registro:** “Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas”. (Consultado en Dic 2014- ISO 9000 Sistemas de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 3.7.6)

4.5 LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991	ARTÍCULO 23: Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales. ARTÍCULO 38: Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en sociedad. ARTÍCULO 48: La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.
LEY 100 DE 1993	ARTÍCULO 153: Fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentran Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre Escogencia, Autonomía de las Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y CALIDAD. La CALIDAD Caracterizada como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. ARTÍCULO 178: Dentro de las funciones de las Entidades Promotoras de Salud se incluyen: “Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”. ARTÍCULO 227: Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud: Establece la responsabilidad del Gobierno de definir el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.
DECRETO 1011 DE 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.
RESOLUCIÓN 1043 DE 2006	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
RESOLUCIÓN 1446 DE MAYO 08 DE 2006	Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

RESOLUCIÓN 3960 DE 2008	Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y sus anexos técnicos que establecen el Sistema Único de Acreditación en Salud.
ISO 9001	Requisitos para la calidad en la atención
Documentos del Ministerio de la Protección.2007	Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad

5. METODOLOGÍA

Para la elaboración del PAMEC se pretende utilizar una metodología **CUALITATIVA DEDUCTIVA**; cualitativa porque permite narrar los hechos de los resultados obtenidos basados por medio de lo deductivo que se caracteriza por ir de lo general a lo particular en el proceso de investigación.

Infiriendo y analizando todos los aspectos que integran la clínica, para la formulación de un buen diagnóstico. El método deductivo es aquél que parte los datos generales aceptados como valederos, para deducir por medio del razonamiento lógico, varias suposiciones, es decir; parte de verdades previamente establecidas como principios generales, para luego aplicarlo a casos individuales y comprobar así su validez.

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Para el desarrollo de la metodología propuesta se requiere de dos tipos de investigación:

5.1.1 Investigación Exploratoria: Sirve para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos y poder determinar la posibilidad de hacer una investigación más completa sobre algo, establecer prioridades, identificar conceptos o variables para posteriores investigaciones⁸.

Se practica cuando se necesita estudiar comportamientos, sobre todo en situaciones donde hay poca información, este caso en la clínica ODONTOSONRISAS caracterizando por determinar con claridad el problema a investigar, analizando las variables generadoras de los hechos, las causas y los efectos que estas variables están ocasionando.

⁸ Consultado en Dic – 2014 <https://conocimientopractico.wordpress.com/.../caracteristicas-de-la-metodologia>

A través de este modelo se puede definir con mayor precisión los tipos de problemas que están obstaculizando un mayor crecimiento de la clínica. Se piensa que el paso fundamental es detectar las variables que inciden, sin dejar que las causas o los síntomas confundan el resultado real.

5.1.2 Investigación Descriptiva: La investigación descriptiva busca conocer las situaciones, costumbres, actitudes predeterminadas a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos, personas. No se limita simplemente a la recolección de los datos sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables, sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa, luego se analizan los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

El primer tipo de investigación acerca al conocimiento de todos esos aspectos que se debe investigar dentro y fuera de la empresa, familiariza y permite tener una visión global; la segunda permite profundizar en el conocimiento de los hechos, tener un referente preciso de lo que está sucediendo dentro de la empresa. Se piensa que la combinación de las dos metodologías de investigación permite conocer los fenómenos que se propone⁹.

5.2 FUENTES DE INFORMACIÓN

5.2.1 Fuentes Primarias: La fuente primaria básica se encuentra dentro de la empresa y su entorno. La manera como se pretende obtener la información es a través de encuestas de tipo observatorio al sitio de los hechos y directas aplicadas al administrador, empleados y terceros.

⁹ Deobol B. Van dalen y William T. Mayer. Estrategia de la investigación descriptiva. Ed. Limusa 2002

5.2.2 Fuentes Secundarias: Se utilizara la literatura referente a la planeación estratégica que está al alcance, la revisión de los cursos vistos en la universidad, que versan sobre: administración de empresas (personal, liderazgo, proceso administrativo, manual de funciones), finanzas, evaluación financiera de proyectos, presupuestos, legislación comercial, productividad, competitividad, economía regional y nacional y la utilización de páginas web.

5.3 ALCANCE: La presente asesoría y consultoría permite establecer los lineamientos necesarios para el diseño y la elaboración del PAMEC de manera que quede documentado los procesos a desarrollar a través de esta herramienta y plasmado por el ciclo P.H.V.A

5.4 ETAPAS DEL DESARROLLO METODOLÓGICO

ETAPA 1: Diagnóstico

- 1.1 Elaboración de ficha técnica para diagnóstico.
- 1.2 Aplicación de ficha técnica.
- 1.3 Tabulación de ficha técnica.
- 1.4 Análisis diagnóstico.

ETAPA 2: Definición de procesos.

- 2.1 Análisis de la descripción de cargos, áreas y puestos
- 2.2 Reingeniería de la estructura organizacional
- 2.3 Diseño de mapa de procesos.

ETAPA 3: Lineamientos del Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

- 3.1 Creación del manual del PAMEC.

6 DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

6.1 DIAGNÓSTICO O AUTOEVALUACIÓN

Es un primer paso, basado en establecer cuál es la situación real de la Clínica ODONTOSONRISAS con relación a los diversos estándares de calidad, para ello debe realizar una autoevaluación interna, es decir, un diagnóstico básico general de la Clínica, que pretenda identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización (debilidades), de igual manera, reconoce a través de este proceso aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan vigorosamente al usuario de manera eficaz y eficiente (fortalezas).

El diagnóstico, tiene como propósito final, establecer una base con evidencia en sus debilidades y fortalezas que le permitan partir desde un conocimiento integral de la clínica, con aras de diseñar y elaborar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de los Estándares de Calidad (PAMEC), el cual debe estar encaminado a solucionar las oportunidades de mejora, que están afectando el óptimo funcionamiento de la organización; debe aclararse que calidad es un concepto y trabajo opcional de aplicación en las instituciones, sin embargo quienes tienen una visión amplia de crecimiento y fortalecimiento de marca, se enrutan a forjar este logro, situación planteada por la clínica en su visión quien habla de “En el año 2017 ODONTOSONRISAS será una Clínica Odontológica certificada en procesos de calidad”

Para la autoevaluación se tomará como referente la Resolución 3960 de 2008 manual 7, por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y sus anexos técnicos que establecen el Sistema Único de Acreditación en Salud. Para tal fin se diseñó una ficha técnica conformado por tres estándares (organización, calidad y talento humano) a su vez se dividen en variables y estas a su vez en subdivisiones, las cuales serán calificadas de 1 a 3 siendo 1 en desacuerdo, 2 medianamente de acuerdo y 3 de acuerdo.

CUADRO 1. DIAGNÓSTICO PARA ELABORACIÓN DE PAMEC CLÍNICA ODONTOSONRISAS

Resolución 3960 de 2008 manual 7, por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y sus anexos técnicos que establecen el Sistema Único de Acreditación en Salud.

ESTÁNDARES A EVALUAR	1	2	3	NA	PR
La siguiente encuesta está dirigida a personal administrativo, en donde se pretende identificar fortalezas y debilidades de la clínica ODONTOSONRISAS, con el propósito de trabajar en el mejoramiento continuo de las debilidades, a través del aprovechamiento de las fortalezas, por medio del diseño y la elaboración del Programa de auditoria para el mejoramiento de estándares de calidad (PAMEC).					
1. ORGANIZACIÓN					
1.1 Los órganos directivos, facilitan y se involucran en su desarrollo.		X			2
1.2 La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos: Lectura del entorno como el marco legal y normativo, el análisis de riesgos en salud de la población, perfil epidemiológico, las políticas y los planes de acción nacionales, las políticas y planes de desarrollo departamentales en el caso de distritos y municipios. La voz del cliente interno y externo		X			2
1.3 Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de los órganos directivos: Reciben orientación acerca de la organización, sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud , esta orientación está soportada con educación continuada			x		3
1.4 Existe un proceso para definir la misión, la visión, los valores y las políticas de la organización de acuerdo con el análisis estratégico. Esta definición contempla al menos los siguientes criterios.					2.6
La visión enfoca a la organización en el desarrollo de la atención que presta.			X		
Se establece una responsabilidad frente a los actores del sistema, sus trabajadores, las personas, la población y la atención al medio ambiente.		X			
Aspectos que guían la gestión y la ética de la organización.			X		
1.5. La entidad tiene definidos procesos para desarrollar la participación de los individuos y la sociedad en la formulación y seguimiento de las políticas en salud oral, la promoción de actitudes solidarias y la cultura de la participación.		x			2
1.6 Tiene definidos procesos para que la organización esté presente en los mecanismos de participación en los cuales está definida su presencia con el fin de generar: Compromiso por parte de la organización		X			2
1.7 Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan que lo haga operativo.					2
Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior programación, implementación y evaluación.		X			
La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio		X			
Plan en coherencia con el de la organización y de los procesos de atención a la comunidad, y al medio ambiente.		x			
1.8 Los órganos directivos están involucrados en la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico y del plan que lo hace operativo		X			2
1.9 Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización		X			2
1.10 Existe un proceso para evaluar integralmente en la gestión en salud implicando seguir factores como:					2.6
Cobertura, accesibilidad, integralidad y oportunidad de la atención por tipos de servicios.	X				

Satisfacción global del usuario con la atención recibida.			X		
Calidad técnica de la atención.			X		
Resultados de atención en salud a las personas, la población y el ambiente			X		
Identificación y Control del riesgo en salud de su población	X				
1.11 Existe un proceso para la difusión al personal del direccionamiento estratégico de la organización y los planes que lo hacen operativo.		X			2
1.12. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.		X			2
1.13. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso incluye					2
Una metodología organizacional para la identificación de las necesidades.		X			
Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades.		X			
1.14 Existe un proceso por parte del equipo directivo ó alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de:					1.7
Promover la interacción del equipo directo ó alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.		X			
Un sistema de tutoría o acompañamiento y retroalimentación.		x			
Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.		X			
Asignación de recursos entre otros: humanos, financieros, logísticos y tecnológicos		X			
Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.		X			
Desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario.	X				
Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento.	X				
1.15 Existe un proceso para la protección y control de los recursos. Lo anterior se logra a través de:					2
Seguimiento y monitoreo a los contratos		X			
Monitorización de los presupuestos.			X		
Manejo de inventarios.			X		
Manejo de seguros.				X	
Cultura del buen uso de los recursos.			X		
Auditoría de procesos.	X				
Medición de la productividad y optimización de los recursos		X			
1.16. La organización tiene diseñado un sistema de control para realizar el seguimiento al cumplimiento de sus objetivos y la contribución de estos a los fines esenciales como organismo de dirección en el sistema. Este sistema incluye como mínimo:					1
La definición clara del enfoque de operación del sistema de control	X				
La definición clara de los principios de operación del sistema de control	X				
La definición clara del propósito del sistema de control	X				
La definición del objetivo del sistema y de cada uno de sus subsistemas, componentes y elementos.	X				
La identificación clara de sus componentes y la forma de relacionarse entre ellos.	X				

La identificación clara de la complementariedad con otros sistemas de control y gestión en	X				
1.17 La organización cuenta con un mecanismo formal para articular los objetivos del sistema de control con el direccionamiento estratégico de la institución.	X				1
1.18 El sistema de control diseñado por la institución permite identificar los riesgos y los puntos de control que tienen mayor impacto en el logro del propósito organizacional.					1
El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable	x				
El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, y de la comunidad	X				
2. CALIDAD					
2.1 Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades específicas para tal fin.					1.3
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.	X				
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alta pérdida de imagen institucional.	x				
Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios: - Seguridad Continuidad - Coordinación - Competencia - Aceptabilidad - Efectividad - Pertinencia - Eficiencia - Accesibilidad - Oportunidad		x			
2.2 Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.			x		3
2.3 Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.					1
Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores de servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica.	X				
Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.	X				
2.4 Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información dentro de la organización en cada uno de los procesos mencionados en cada sección de estándares del presente manual y responder a dichas necesidades: La información cuenta con protocolos explícitos para su procesamiento, validación y análisis, identificando la periodicidad, el personal responsable y la comparación frente a mejores prácticas.			X		3

2.5 Existe un proceso para transmitir o distribuir la información recolectada y analizada. La transmisión debe garantizar la: Oportunidad. Facilidad de acceso. Confiabilidad y validez de la información. Confidencialidad y seguridad.		X			2
2.6 Existe un proceso para garantizar el adecuado almacenamiento y mantenimiento de la información. Este almacenamiento y mantenimiento debe contemplar: Acceso no autorizado. Pérdida de información. Manipulación. Mal uso de los equipos y de la información. Deterioro físico de los archivos.		X			2
2.7 Existe un proceso periódico para recoger las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los usuarios del sistema de información.			X		3
2.8 Existe un proceso para consolidar la información de los procesos misionales y administrativos. Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad.	X				1
2.9 Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos gestión de la información					1
El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable	X				
El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del trabajador, y de la comunidad.	X				
La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.	X				
El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados	X				
2.10 Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades específicas Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.					1
Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios: - Seguridad - Continuidad - Coordinación Competencia - Aceptabilidad - Efectividad - Pertinencia - Eficiencia - Accesibilidad - Oportunidad	X				
2.11 Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.	X				1

2.12 Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados. Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores de servicios de salud, a las eps, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica.	X				1
Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.	X				
3. TALENTO HUMANO					
3.1 Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización. Estos procesos incluyen:					2.1
Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo.		X			
Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial.		X			
Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal.			X		
Evaluación de desempeño			X		
Evaluación periódica de expectativas y necesidades que ayuden a dirigir el clima organizacional.		X			
Políticas de compensación.		X			
Estímulos e incentivos		X			
Bienestar laboral.		X			
Necesidades de comunicación organizacional.		X			
Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.		X			
Los procesos mencionados en el estándar deben incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención.		X			
3.2 Existe un proceso para la planeación del recurso humano					1.2
Cambios en la misión de la organización.	X				
Cambios en el plan estratégico.	X				
Cambios en la estructura organizacional.	X				
Cambios en la planta física.	X				
Cambios en la complejidad de los servicios.	X				
Disponibilidad de recursos	X				
Requisitos y perfil del cargo.		X			
Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.	X				
Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera.	X				
La planeación del recurso humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y del diseño del proceso de atención.		X			

3.2 Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.					3
Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo.			X		
Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con: Experiencia.			X		
Licenciamiento o certificación, si aplica.			X		
Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:					
Conocimiento y habilidades.			X		
Relaciones interpersonales.			X		
Habilidades de liderazgo y administrativas.			X		
Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad			X		
3.3 La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:					2.6
El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa.			X		
Entrenamiento de estudiantes, si aplica.			X		
Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional.		X			
Evaluación periódica de las condiciones de trabajo.			X		
Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados.		X			
La atención a la comunidad			X		
3.4 Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.		X			2
3.5 Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:					
Acceso a los registros.		X			2
Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización.		X			
3.6 Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización. Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados.		X			1.5
Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud	X				
3.7 La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados		X			2

CLAUDIA MARCELA GONZÁLEZ HURTADO
Gerente

JOHANA ARENAS QUINTERO
Administradora

DANIELA AGUDELO BEDOYA
Estudiante de Administración de Empresas

1.2 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

La ficha de diagnóstico, está diseñada para valorar tres grandes estándares:

- ✓ **Organización:** Se puede definir al diagnóstico como un proceso analítico que permite conocer la situación real de la organización en un momento dado para descubrir problemas y áreas de oportunidad, con el fin de corregir los primeros y aprovechar las segundas.
- ✓ **Estándares de calidad:** Valora los requisitos de obligatorio cumplimiento, necesarios para garantizar la seguridad del paciente y la satisfacción del servicio.
- ✓ **Talento humano:** Permite cuantificar el estado de madurez actual de la organización con relación a procesos relacionados con:
 - Manuales y documentos
 - Producción
 - Buenas prácticas de manufactura
 - Seguridad Industrial
 - Logística
 - Recursos Humanos
 - Sistemas
 - Finanzas
 - Comercialización

Cada uno de estos aspectos contienen un sin número de variables a calificar, quienes a su vez tiene una subdivisiones, las cuales serán sumadas y promediadas para otorgar una calificación integral a la variable.

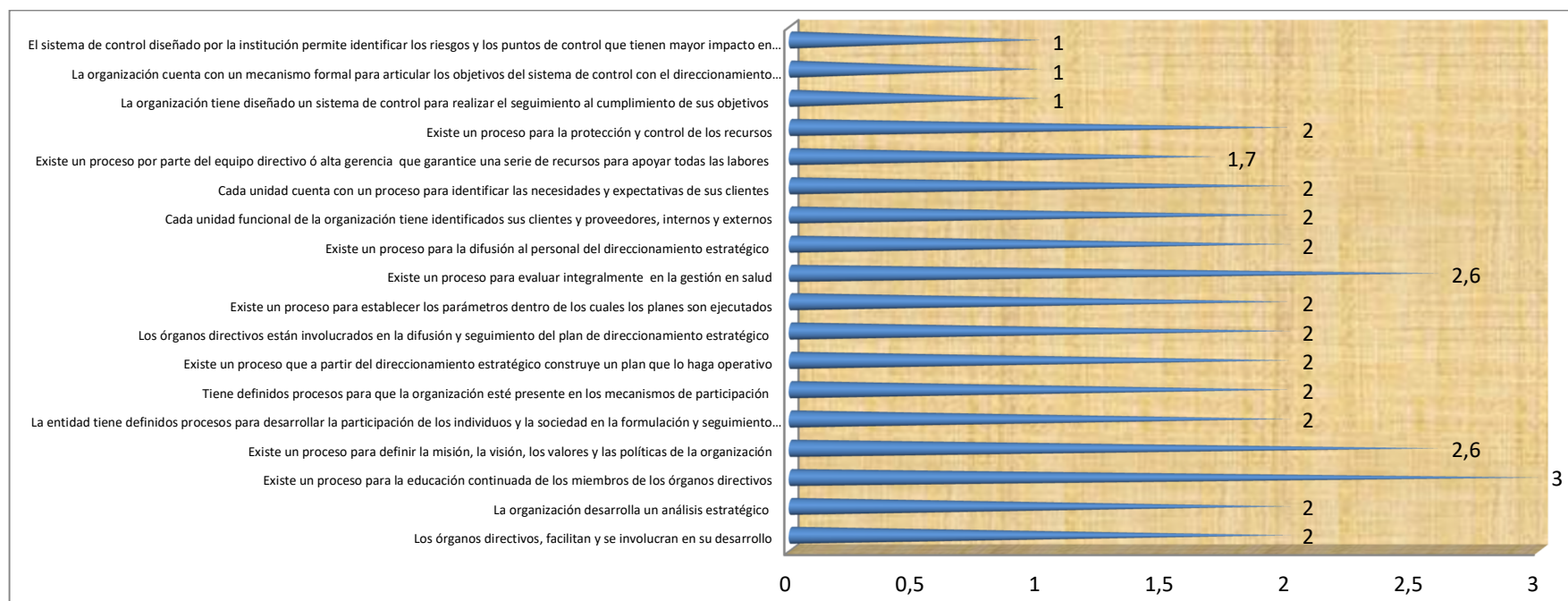
ESTÁNDAR	4. ORGANIZACIÓN
VARIABLE	1.1 Los órganos directivos, facilitan y se involucran en su desarrollo.
VARIABLE	1.2 La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos: Lectura del entorno como el marco legal y normativo, el análisis de riesgos en salud de la población, perfil epidemiológico, las políticas y los planes de acción nacionales, las políticas y planes de desarrollo departamentales en el caso de distritos y municipios. La voz del cliente interno y externo
SUBDIVISIONES	1.3 Existe un proceso para definir la misión, la visión, los valores y las políticas de la organización de acuerdo con el análisis estratégico. Esta definición contempla al menos los siguientes criterios.
	La visión enfoca a la organización en el desarrollo de la atención que presta.
	Se establece una responsabilidad frente a los actores del sistema, sus trabajadores, las personas, la población y la atención al medio ambiente.
	Aspectos que guían la gestión y la ética de la organización.

1.3 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

ESTÁNDAR	N DE VARIABLES	FORTALEZA (3)	FORTALEZAS CON DEBILIDADES (2)	DEBILIDADES (1)
ORGANIZACIONAL	18	3	12	3
CALIDAD	12	3	2	7
TALENTO HUMANO	6	2	2	2
TOTAL	36	8	16	12

Fuente: Diagnóstico para elaboración de PAMEC Clínica ODONTOSONRISAS.

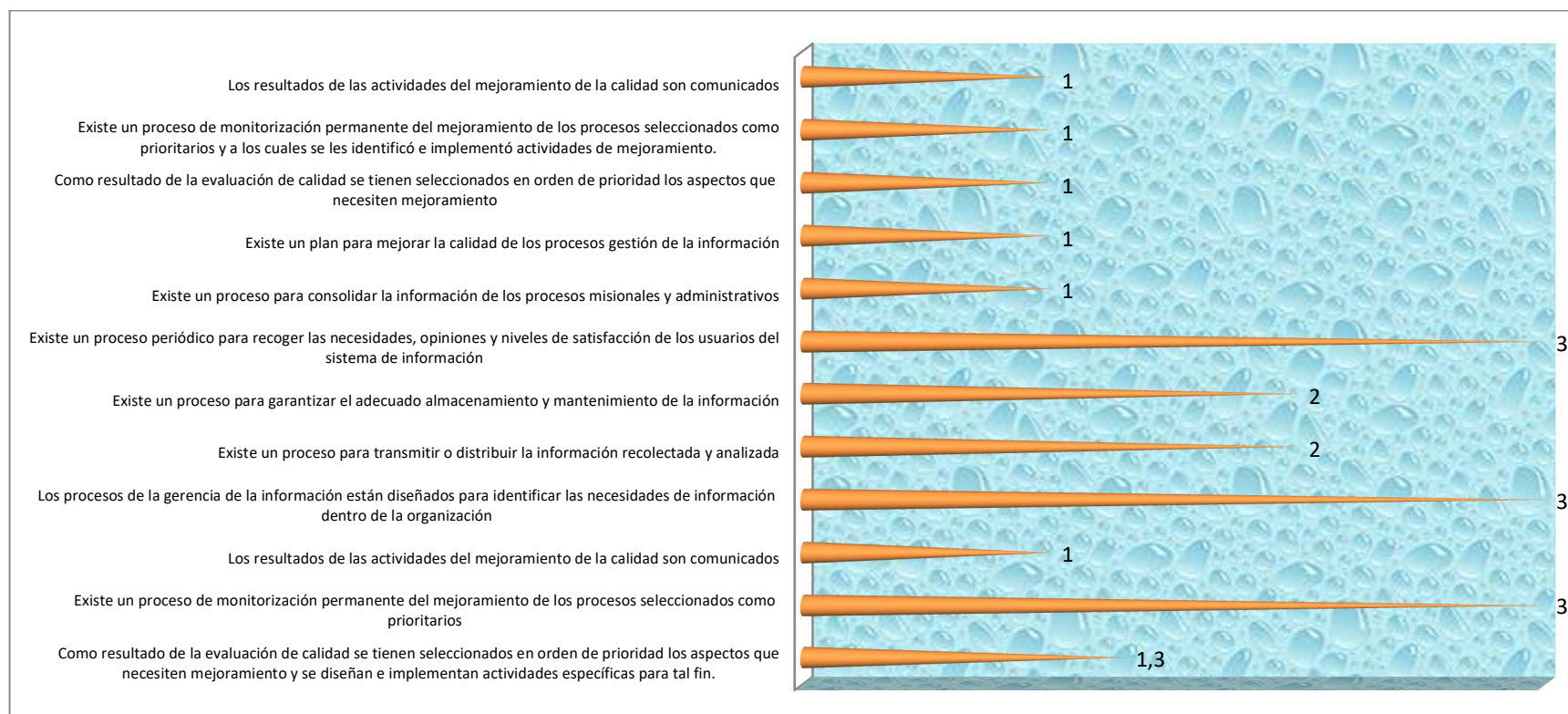
GRÁFICA 1: Resultados de estándar organizacional



Fuente: Diagnóstico para elaboración de PAMEC Clínica ODONTOSONRISAS.

OBSERVACIÓN: Se ilustra en la gráfica organizacional un 100% de las variables calificadas; el 16.6% de ellas se encuentran en calificación positiva, relacionada con la existencia de un diseño de la plataforma estratégica que permite guiar hacia los objetivos que se esperan alcanzar, los cuales están direccionados a la evaluación integral de la gestión en salud, fortalecido a través de la educación continua de los miembro que conforman la planta de personal; mientras que un 16.6% se encuentra en calificación negativa, relacionada con la carencia de un sistema de control diseñado para la identificación de riesgos, puntos de mayor impacto y control propiamente en la plataforma estratégica; no obstante, el 66.8% corresponde a calificación intermedia, relacionada con aspectos que se tienen de manera eficiente pero que no alcanzan la eficacia propiamente en la protección y control de recursos, identificación de necesidades y expectativas de los clientes, comunicación al personal sobre el direccionamiento estratégico y dinamismo de los mecanismos de participación.

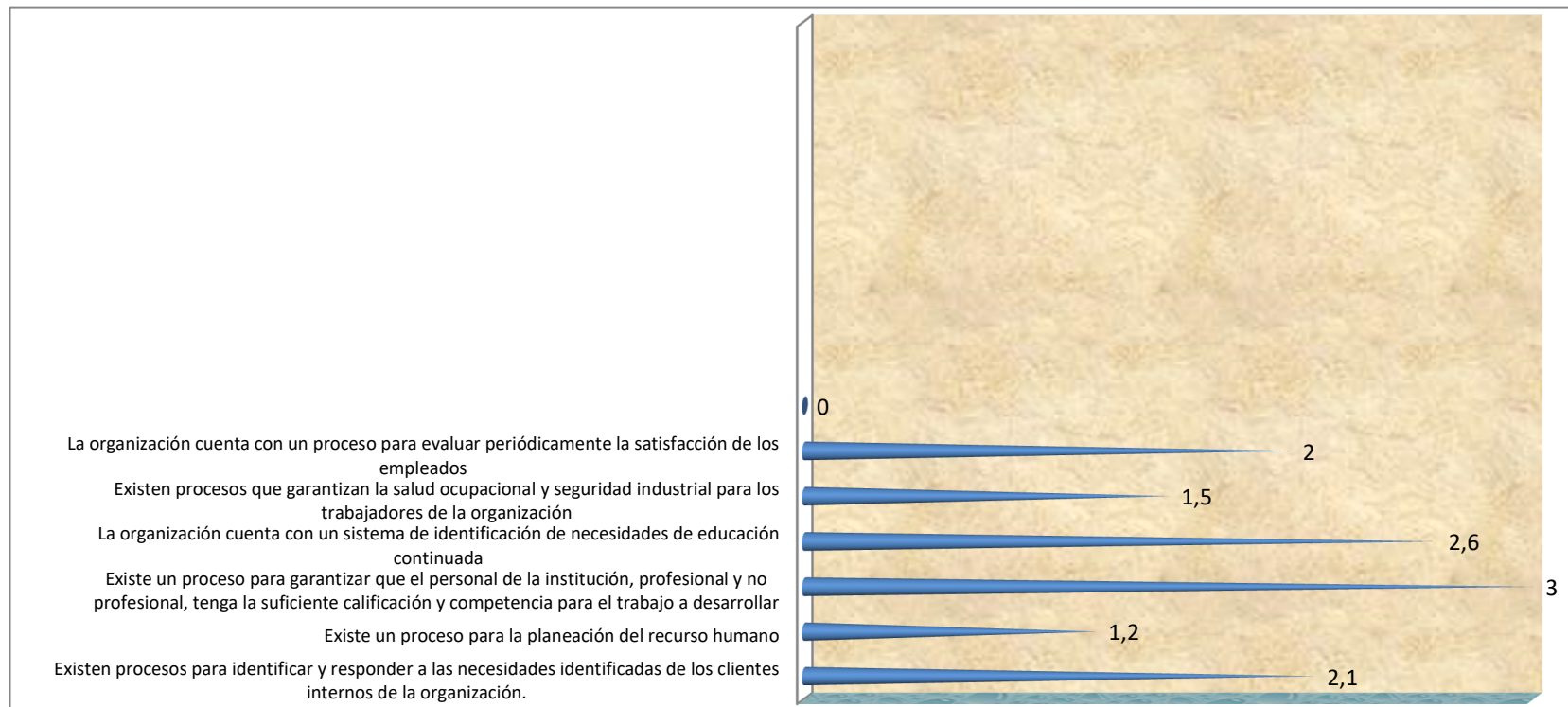
GRÁFICA 2: Resultados estándares de calidad



Fuente: Diagnóstico para elaboración de PAMEC Clínica ODONTOSONRISAS.

OBSERVACIÓN: Se ilustra en la gráfica de calidad que es evaluado el 100% de las variables establecidas en donde se aprecia que el 25% de las variables arrojan una calificación positiva basada en la recolección de información sobre los niveles de satisfacción de los clientes, propiamente de los procesos prioritarios; el 58% de las variables se encuentran con calificación no favorecida relacionada con la falta de comunicación de los resultados de las auditorías y planes de mejoramiento, sin embargo aporta una calificación media con el 17% por el hecho de tener documentados estos procesos que se encuentran listos para su correcta implementación.

GRÁFICA 3: Resultados de estándares de Talento Humano



Fuente: Diagnóstico para elaboración de PAMEC Clínica ODONTOSONRISAS.

OBSERVACIÓN: La gráfica de talento Humano permite observar que el 100% de las variables establecidas fueron calificadas de las cuales el 16% obtuvo calificación positiva relacionada con la formación al personal, sin embargo se encuentra deficiencia en los procesos de motivación de personal y la dinamización de los demás procesos que forman el área de talento humano.

2. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL: El planteamiento de nuevas estrategias en las empresas, principalmente las de salud, exigen que sus líderes gerenciales logren la competitividad a través de procesos administrativos sólidos en donde su exigencia principal está en el diseño, elaboración y dinamismo de su estructura organizacional, la cual debe estar esbozada para llevar a cabo nuevos retos y crear valor para la empresa.

Por lo tanto el diseño organizacional es fundamental para implementar la estrategia. Se puede decir que la estructura es función de la estrategia.

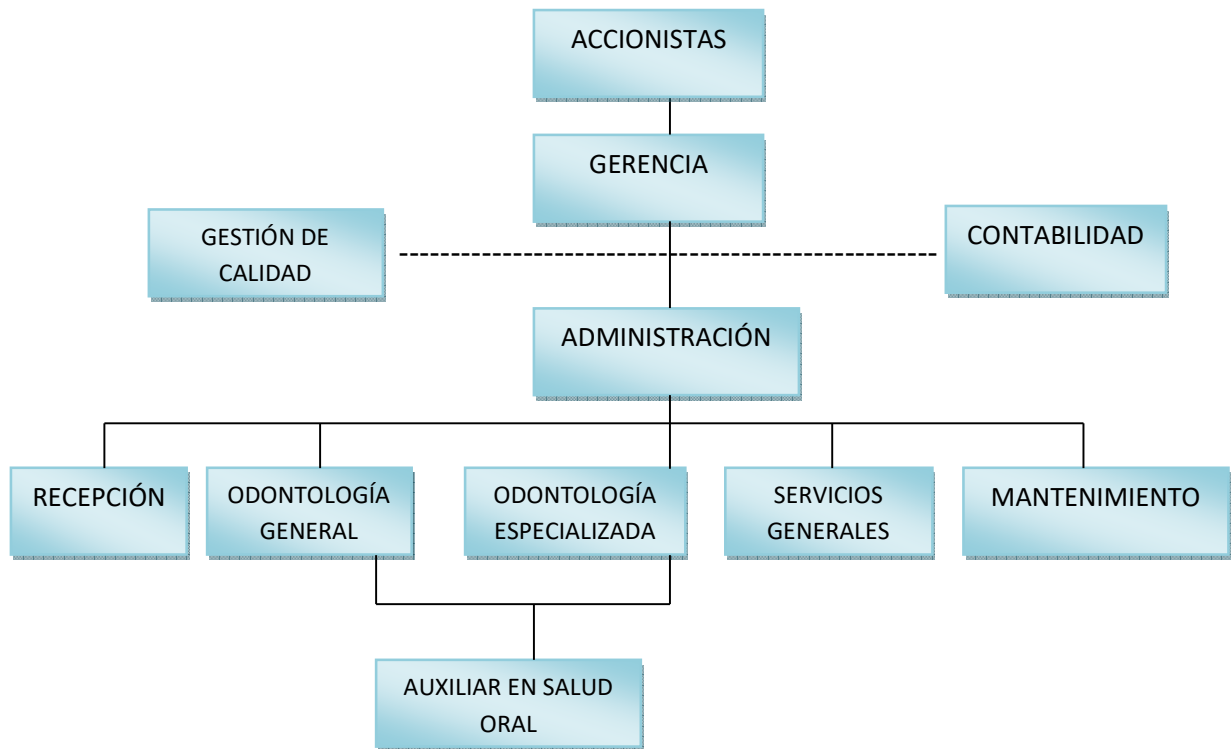
Estructura=Función (estrategia).

El diseño organizacional requiere buscar la estructura y los indicadores de gestión más adecuados que permitan que la empresa siga la estrategia formulada de la forma más efectiva permitiendo generar y sostener una ventaja competitiva.

Para este caso la clínica ODONTOSONRISAS cuenta con una estructura organizacional horizontal diseñada con ventajas relacionadas con una comunicación a todas las áreas de la clínica, toma de decisiones más rápidamente, conocimiento de los más mínimos detalles de lo que ocurre en la misma. De igual manera se distribuyen responsabilidades, se organiza la planta física por áreas y permite organizar un grupo gerencial o dirección que facilita el proceso de planeación orientando los esfuerzos hacia áreas productivas y rentables.

Sin embargo, esta estructura de igual manera presenta unas desventajas relacionadas con dificultad para el control, principalmente en la toma de decisiones sin mucho tiempo, se consume un largo periodo resolviendo puntos triviales y a nivel gerencial se pueden descuidar relaciones con los clientes y proveedores considerados puntos vitales.

2.1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ACTUAL DE LA CLÍNICA ODONTOSONRISAS.

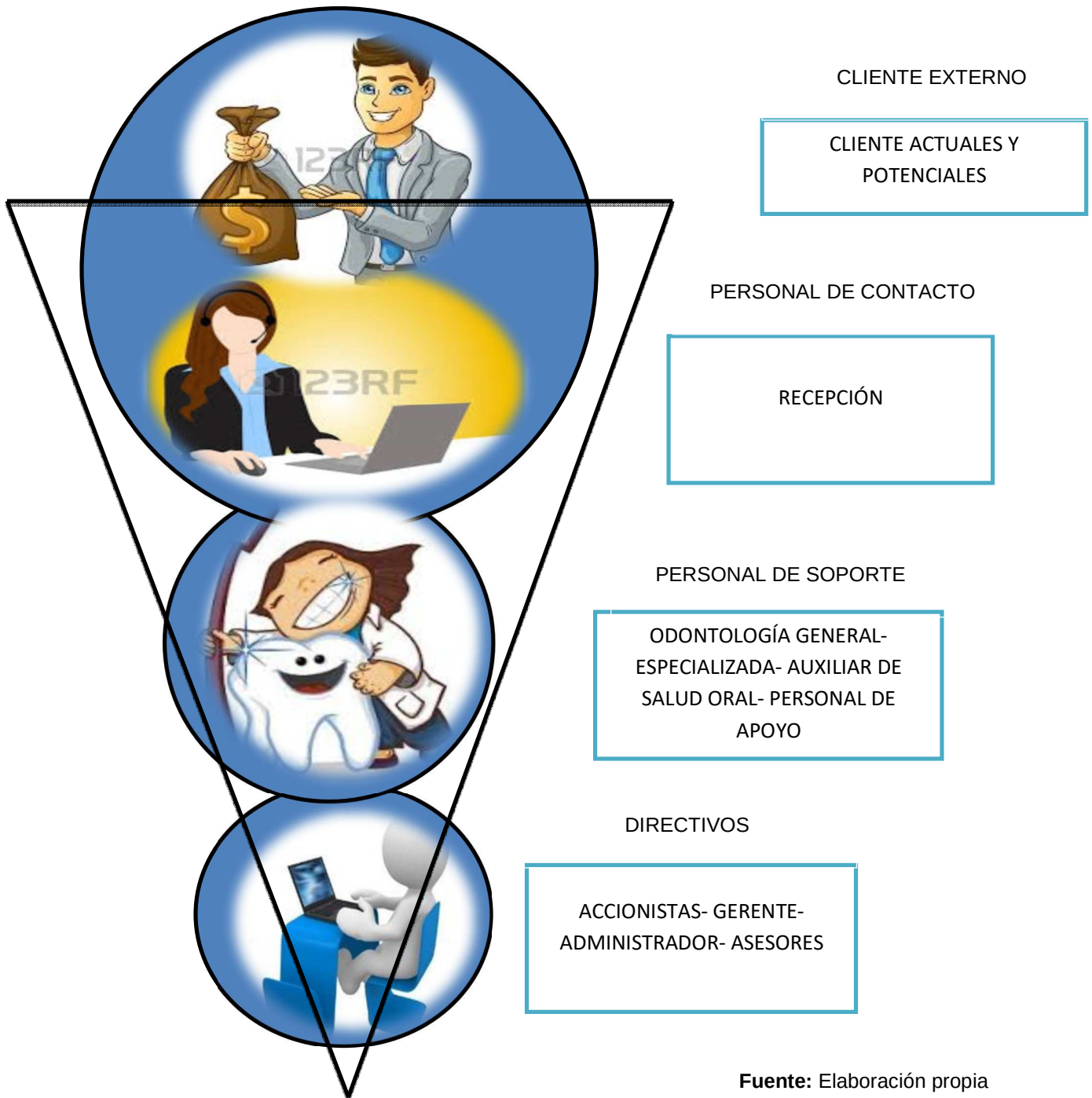


Fuente: Documentos internos de la clínica ODONTOSONRISAS.

Como se puede apreciar es una estructura muy centralizada y poco flexible, para el objeto de la empresa, el cual está basado en la prestación del servicio, por tanto debería involucrar unos de sus activos más importantes como son los clientes. Para tal fin, se propone rediseñar su estructura organizacional basada en la nueva estructura del servicio, que incluye en la base el soporte de personal relacionado con directivos; en el siguiente nivel está el personal de contacto conformado por el personal asistencial y servicio al cliente y el último nivel está orientado para los clientes.

Esta estructura, incluye todo lo relacionado con la clínica, permite mostrar de igual manera los ciclos del servicio, permitiendo combinar en forma flexible los diferentes recursos de la clínica de manera tanto ascendente como descendente.

2.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SERVICIO PROPUESTA PARA LA IMPLEMENTACIÓN EN LA CLÍNICA ODONTOSONRISAS.



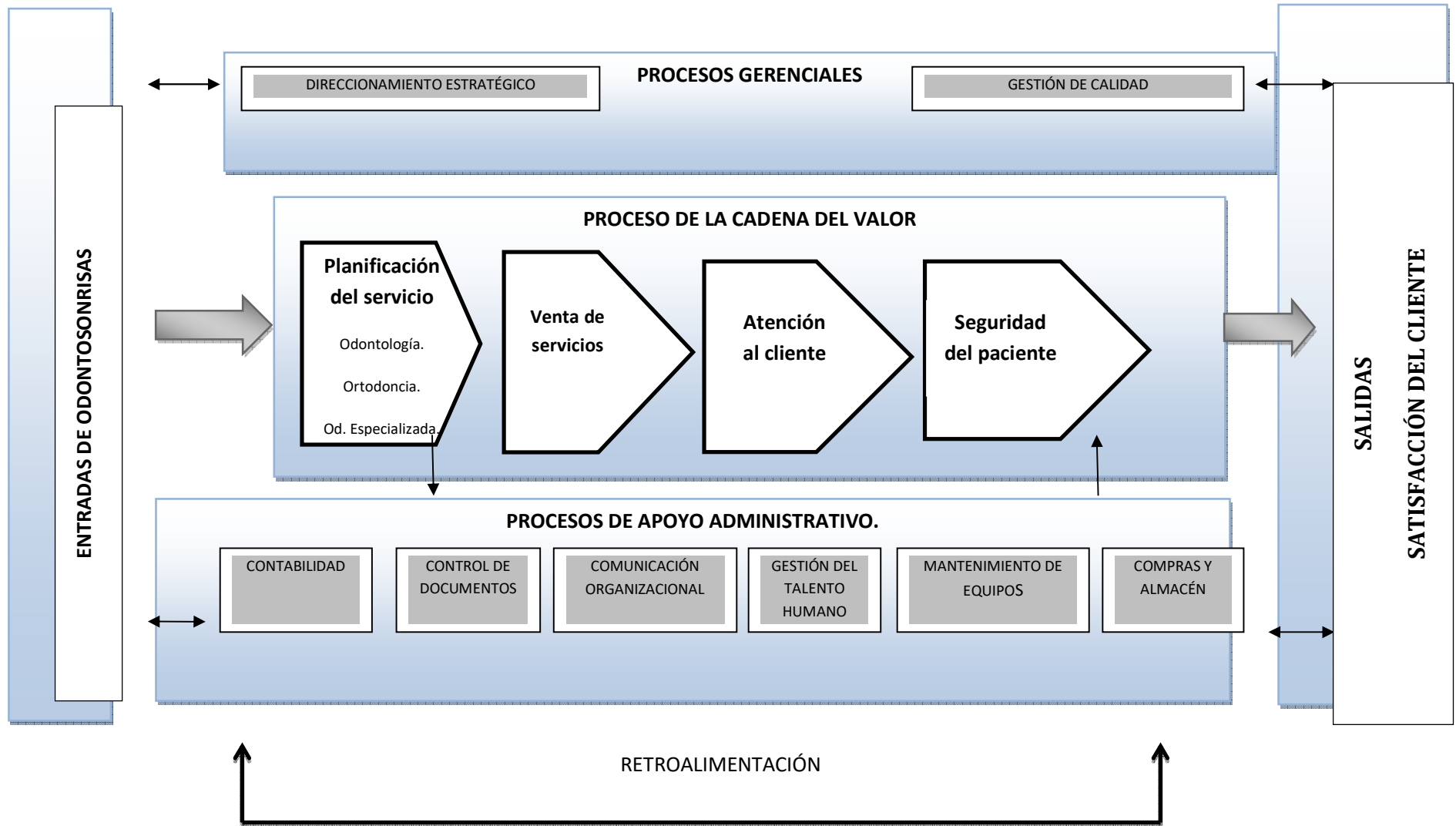
La estructura organizacional es el patrón de diseño o modelo con el que se organiza una entidad a fin de cumplir las metas propuestas y lograr el objetivo deseado. Para seleccionar una estructura adecuada es necesario comprender que cada empresa es diferente, y puede adoptar la estructura organizacional que más se acomode a sus prioridades y necesidades (es decir, la estructura deberá acoplarse y responder a la planeación), además debe reflejar la situación de la organización (tipo de objeto).

El organigrama propuesto es de tipo vertical pero con modificaciones actuales, representa con toda facilidad la pirámide jerárquica existente en la clínica ODONTOSONRISAS, ya que las unidades se desplazan, según su jerarquía; arriba se representa la razón de ser de la clínica como fuente de prioridad y motivación para mejorar cada día, hacia abajo los departamentos Operativos en una perfecta graduación jerárquica descendente con relación al cliente, el triángulo representado con líneas llenas sin interrupciones, indican autoridad formal, pero a través de una comunicación fluida entre el equipo de trabajo¹⁰.

2.3 MAPA DE PROCESOS: Presenta una visión general del sistema organizacional de la empresa, en donde además se presentan los procesos que lo componen así como sus relaciones principales. Dentro de los procesos cabe destacar gestión de la organización como planificación estratégica, establecimiento de políticas, procesos de medición, análisis y mejora. Estos últimos incluyen procesos para medir y obtener datos sobre el análisis del desempeño y mejora de la efectividad y eficiencia, pueden incluir la medición, seguimiento y procesos de auditoría, acciones correctivas y preventivas y ser aplicados a todos los procesos de la organización siendo una parte integral en la gestión. La forma de elaboración está basado en 4 pasos: Identificar a los actores, identificar la línea directiva, añadir los procesos de soporte o transformación de las entradas en salidas a la línea operativa y añadir los procesos de apoyo que afectan a todo el sistema.

¹⁰ MELINKOFF, Ramón V.: La Estructura de la Organización. Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1969.

FIGURA XX: MAPA DE PROCESOS



FUENTE: Elaboración propia con ayuda de la administración de la clínica ODONTOSONRISAS

3. GUÍA PARA LA FORMULACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD – PAMEC

El Decreto 1011 de 2006 define Auditoria para el Mejoramiento como “el 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; y en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 2030 de 2014 establece que el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC “es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.”

Por tanto el PAMEC es la manera particular en que cada Institución pone en marcha, operativa o implementa el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.

Por tanto se trabajó en la lectura de las siguientes normas y documentos técnicos:

- ✓ Decreto 1011 de 2006, Título IV
- ✓ Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007
- ✓ Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007

PASOS A DESARROLLAR:

- ✓ **Introducción:** Se consignó de manera clara y resumida la importancia del PAMEC

- ✓ **Descripción:** Principales características de la Institución: Nombre, Ubicación, Servicios que presta y complejidad de los mismos, zona de influencia, población que atiende.

- ✓ **Marco operativo:** Relacione la normatividad aplicable al diseño, elaboración e implementación del PAMEC; así como las políticas, directrices, documentos técnicos, etc., que inciden de manera directa en el desarrollo del PAMEC propuesto.

- ✓ **Objetivos:** Defina los objetivos (generales y/o específicos) de su Institución con relación a la implementación del PAMEC; estos corresponden generalmente a los logros esperados en calidad y mejoramiento continuo del proceso de la atención en salud.

- ✓ **Anexos:** Relacione la captura de información, papeles de trabajo, etc. que harán parte del PAMEC de su institución.

- ✓ **Metodología:** Teniendo en cuenta los pasos de la ruta crítica descritos en las PAUTAS INDICATIVAS del Ministerio de la Protección Social, para el desarrollo e implementación del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad, determina la:

- ✓ **Autoevaluación:** Que describe de manera específica como su Institución efectuará el proceso de Autoevaluación, el cual implica un diagnóstico y/o evaluación de la institución frente a estándares de calidad de la atención superiores a los que establece el Sistema Único de Habilitación.

- ✓ **Selección de procesos a mejorar:** Describe el método que para tal caso se trabajará con una matriz de priorización establecida por cuatro variables.

- ✓ **Definición de la calidad esperada:** Especifica la metodología aplicada para definir las metas de calidad y la meta para cada proceso priorizado principalmente en porcentajes.
- ✓ **Medición inicial del desempeño de los procesos:** Permite la medición del desempeño de los procesos que definieron como prioritarios de acuerdo a los Niveles de Auditoría utilizado por medio de la aplicación de indicadores.
- ✓ **Ejecución del plan de acción:** Incluye en el documento de PAMEC los procesos, métodos o mecanismos que va aplicar para el seguimiento de los planes de mejora; para tal fin se deberá establecer el comité de gestión de calidad.
- ✓ **Aprendizaje organizacional:** Describe los mecanismos por el cual se piensa implementar su institución para generar un aprendizaje organizacional basado en retroalimentación de resultados, estandarización y ajuste de procesos, divulgación de experiencias exitosas y Capacitación y reentrenamiento del personal¹¹.

Teniendo estas bases se procede a la elaboración de la segunda etapa propia al desarrollo metodológico, el cual consiste en el diseño y la elaboración del PAMEC de la clínica ODONTOSONRISAS.

¹¹ Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Autores: Ministerio de la Protección Social-2007.



PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

PAMEC

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN EN SALUD**

**ODONTOSONRISAS H y C
CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

Esta parte del documento recoge el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de la CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTOSONRISAS, tiene en cuenta para el desarrollo lo descrito en las pautas indicativas y la reglamentación actual en la materia.

La implementación de este Programa de Auditoria para el Mejoramiento continuo de la Calidad de Atención en Salud (PAMEC), en la CLÍNICA, pretende como objetivo final, permear una *Cultura de la Calidad* y la identificación de la causa *raíz* de las oportunidades de mejora identificadas, que conduzca a un mejoramiento continuo de la calidad y a la búsqueda permanente de niveles superiores de calidad.

Este documento contiene el proyecto propuesto para la implementación del PAMEC y las acciones ejecutadas a la fecha por CLÍNICA, en lo concerniente a la metodología propuesta por las *Pautas Indicativas* del Ministerio de Protección Social para el PAMEC.

Cumplir con el presente plan se constituye en el principal reto de la Gerencia como herramienta real de mejoramiento.

Toda evaluación que se pretenda hacer de la calidad de la atención en salud, debe enfocarse en el Mejoramiento Continuo de la Calidad, el cual se entiende como un proceso de autocontrol centrado en el cliente, su familia y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso de atención que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

Para lograr lo anterior, se debe definir un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de salud, el cual debe ser un proceso técnico que va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares óptimo, a través del cual la organización o el profesional pueda implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención, mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población y ofrecer al cliente y su familia los servicios que espera y a los cuales tiene derecho.

7.DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

7.1. RESEÑA HISTÓRICA: La Clínica Odontológica "ODONTOSONRISAS H Y C S.A.S", fue creada según acto constitutivo inscrita el 14 de Abril de 2009 en la Notaria Única de Caicedonia Valle y en el libro IX e inscrita en la Cámara de Comercio bajo el No.1385, en el cual se constituyó la sociedad denominada ODONTOSONRISAS, con Nit. 900.285.715-5; el objeto social principal de esta sociedad anónima simplificada será "prestar servicios profesionales de odontología general y especializada".

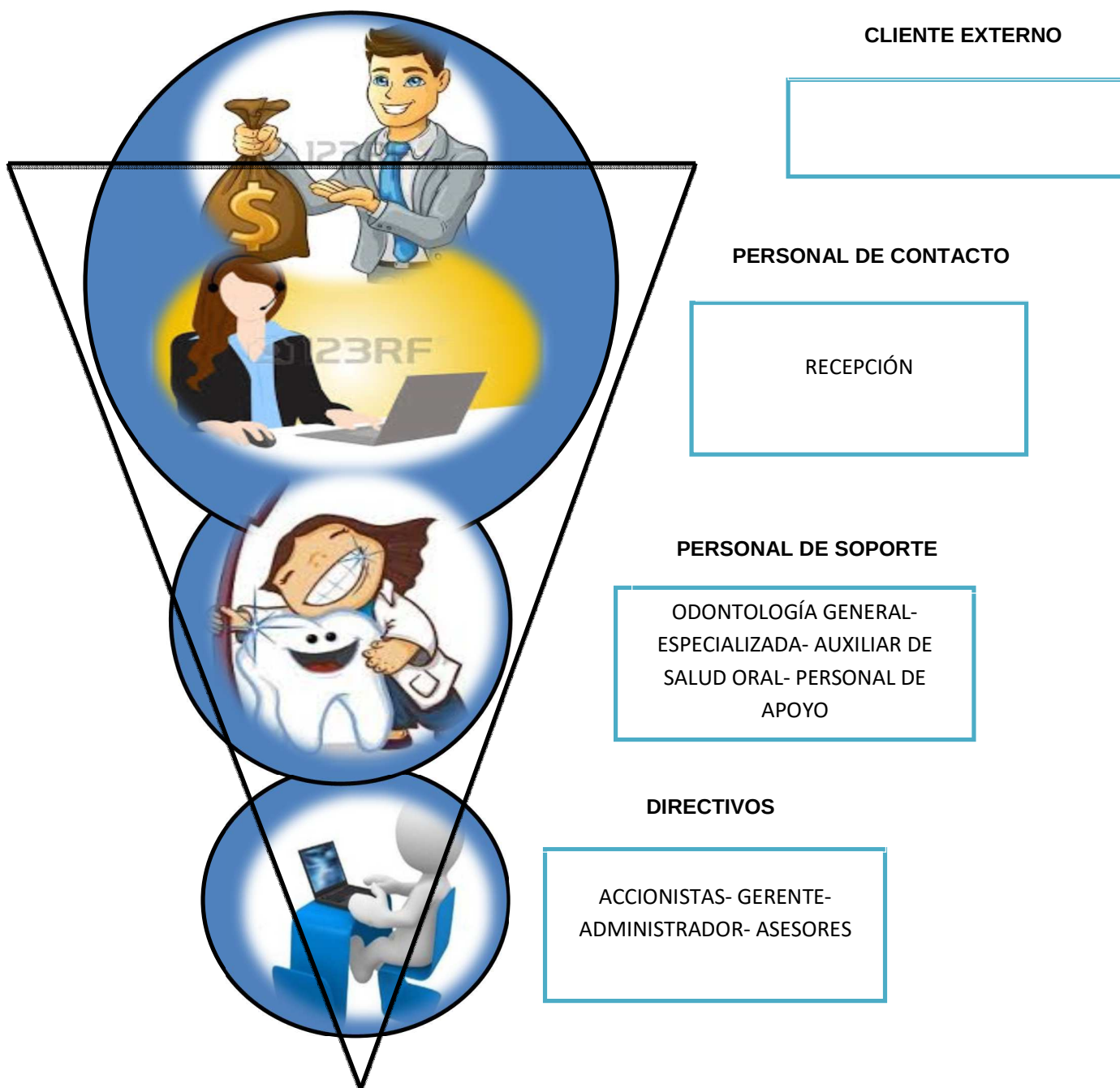
La salud dental no es un hecho actual sino que forma parte de una larga trayectoria en el campo de la medicina oral y estética, que siempre ha existido en la humanidad debido a que la salud de la boca y el cuidado de los dientes son necesarios para el buen funcionamiento de todo el organismo.

Lo anterior ha sido de alta preocupación, ya que ciertos datos estadísticos reflejan que no se tienen buenos hábitos, ni se acude al odontólogo y/o especialista oral a tiempo, y se considera que es más económico realizar una cita de prevención, que realizar una cita de curación, rehabilitación o demás descendencias. Tomando ésta, otras preocupaciones y necesidades nace la clínica odontológica ODONTOSONRISAS H Y C S.A.S.

Esta clínica en este corto tiempo ha venido fomentando y promocionando la salud oral junto a sus especialidades, como lo son ortodoncia, endodoncia, higiene, Periodoncia, cirugía oral y rehabilitación, desarrollando así programas de promoción, prevención, diagnóstico, curación, rehabilitación oral y diseño de sonrisa en pacientes de la ciudad de Caicedonia Valle y sus alrededores.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA La clínica ODONTOSONRISAS se encuentra ubicada en el Departamento del Valle del Cauca en el municipio de Caicedonia en la carrera 16 n 8 19.

7.2 ORGANIGRAMA.



8. PLATAFORMA ESTRATÉGICA.

8.1 MISIÓN: Prestar servicios integrales de odontología general y especializada, bajo un ambiente seguro y confortable, que garanticen el mejoramiento de la salud oral de nuestros clientes y sus familias, brindando una atención con calidad científica, técnica y humanizada reflejada en la entrega y profesionalismo, de un grupo de líderes que cada día busca el bienestar colectivo.

8.2 VISIÓN: Para el año 2020 ODONTOSONRISAS se compromete hacer una empresa líder en prestación de servicios no solo a nivel de odontología sino en otras áreas de la salud que le permitan crecer y fortalecer su capacidad de sostenimiento financiero en pro de un beneficio colectivo; tanto a nivel de socios, directivos, funcionarios, clientes, familiares, comunidad en general y el medio ambiente.

8.3 Cumplimiento del objetivo que busca determinar la calidad de la atención general e integral que se brinda a los usuarios de la clínica ODONTOSONRISAS.

- Producir servicios de odontología general y especializada, eficientes y efectivos, que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación que se expida para tal propósito.
- Facilitar el acceso de la población a servicios de salud oral realizados por profesionales y especialistas de la odontología.
- Contribuir al mejoramiento de la salud oral y la calidad de vida, de la población usuaria.
- Ofrecer a las empresas administradoras de beneficios y demás personas naturales o jurídicas que lo demanden, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

- Garantizar, mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa.

8.4 POLÍTICA DE CALIDAD: En la Clínica ODONTOSONRISAS estamos comprometidos con el desarrollo y mantenimiento del sistema de garantía de calidad para lograr la satisfacción de nuestros clientes mediante la atención oportuna, segura y pertinente procurando el respeto a la dignidad humana con honestidad, rectitud, equidad y ética, optimizando los recursos en pro del bienestar de la comunidad y que nos permite continuamente seguir creciendo como una empresa líder del mercado.

8.4.1 Objetivos de calidad

POLÍTICA	OBJETIVO	META	RESPONSABLE	TIEMPO
Cumplimiento	Cumplir con el cronograma de Gestión de Calidad	90%	Administración	Anualmente
Satisfacción	Lograr la satisfacción de nuestros clientes	90%	Todos los funcionarios de la organización	Semestralmente
Puntualidad	Brinda puntualidad en la prestación de los diferentes servicios de salud oral	70%		
Respecto	Respectar la dignidad humana en la honestidad de las cotizaciones, rectitud en lo ofertado, equidad en la no discriminación, y ética en cuanto a la realización del tratamiento	80%		

Fuente: Elaboración propia con apoyo de la administradora de ODONTOSONRISAS

8.5 PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- **Integralidad:** Brindando atención continua y oportuna en todas las contingencias que afectan la salud oral.
- **Eficiencia y Eficacia:** Satisfaciendo las necesidades de salud oral, haciendo uso óptimo de los recursos.
- **Calidad:** Garantizando atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, y continúa.
- **Equidad:** Atendiendo a las personas con igual esfuerzo, dedicación, sin importar su condición económica, social, raza y credo.

8.6 VALORES CORPORATIVOS

- Calidad total en los servicios de salud brindados a los usuarios.
- Atención personalizada por talento humano y recurso tecnológico altamente calificado.
- Trabajo en equipo de todas las especialidades de la clínica para alcanzar los fines deseados.
- Atención integral y oportuna.
- Respeto por la privacidad del usuario.¹²

¹² Documentos internos – clínica ODONTOSONRISAS

9. MANUAL DE FUNCIONES Se encuentra documentado en la carpeta de manual de funciones.

10. MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Se encuentra documentada en archivos de PDF.

11. ESTRUCTURA DE APOYO A LA GARANTÍA DE LA CALIDAD.

11.1 COMITÉ DE CALIDAD: Tiene como misión básica iniciar un programa permanente de calidad e institucionalizarlo, definir el plan de mejoramiento de calidad y hacerle seguimiento.

11.1.1 Sus funciones son:

- Aprobar la política y estrategias de calidad.
- Definir los objetivos y metas anuales de calidad para la entidad y para cada área.
- Asegurar los medios necesarios para la consecución de este plan.
- Efectuar el seguimiento del plan de mejoramiento de calidad.
- Tomar las decisiones precisas para garantizar la ejecución de las soluciones de problemas.

Dada la responsabilidad de las acciones de este comité está conformado por las siguientes personas: Comité de Calidad, Gerente, Odontólogo General, Ortodontista y Administrador.

11.1.1.1. Funciones del Director de Servicios de Salud y Calidad:

- Realizar la programación de las actividades de auditoría semestral y anual.
- Fomentar la cultura del autocontrol en todos los miembros de su equipo colaborador.
- Coordinar la reunión semestral del equipo de auditoría.
- Revisar los informes de calidad y de plan de mejoramiento de la calidad presentado por cada uno de los auditores médicos y presentar a la dirección general las recomendaciones de las áreas críticas que deben ser incluidas en el plan de mejoramiento.
- Ajustar la documentación de Garantía de Calidad según los cambios que se produzcan
- Liderar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.

11.1.1.2. Funciones del Coordinador de Calidad:

- Recolectar la información producida por los diferentes procesos
- Tabular y organizar la información recolectada.
- Actualizar la documentación del sistema de gestión de calidad
- Recibir y tabular las encuestas de satisfacción al cliente.
- Recibir y consolidar las quejas y reclamos de todos los niveles de la organización.

- Coordinar el manejo de la documentación del sistema de gestión de calidad.

11.1.1.3. Funciones del auditor interno de calidad:

- Desarrollar las diferentes fases de la auditoria establecidas en el programa y el plan de auditorías internas
- Rendir los informes periódicos según el cronograma establecido
- Diseñar en conjunto con el auditado el plan de mejoramiento y hacer seguimiento del mismo según las directrices generadas
- Rendir informe de las auditorías realizadas

11.1.1.4. Funciones de los Coordinadores de Procesos:

- Calcular los diferentes indicadores contenidos en el manual de auditoría con base en la información recolectada por el técnico en auditoria.
- Analizar los indicadores obtenidos con base en la información recolectada de los procesos que coordina
- Cumplir y vigilar el cumplimiento de los planes de mejoramiento resultado de las auditorias o acciones preventivas propuestas¹³.

¹³ Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Autores: Ministerio de la Protección Social-2007.

12 .ESTRUCTURA DE APOYO A LA GARANTÍA DE CALIDAD DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

12.1. MARCO NORMATIVO.

- *Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud decreto 1011 de 2006, resolución 1043 de 2006*

Artículo 32. *Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.* Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Parágrafo. Para todos los efectos de este decreto debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Artículo 33.

Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

Autocontrol. Cada miembro de la Institución, planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

Auditoría Interna. Consiste en 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.

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. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

Artículo 34.

Tipos de acciones. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

Artículo 35.

Énfasis de la auditoría según tipos de entidad. El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

EAPB. Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

Parágrafo. Este modelo se aplicará con base en las pautas indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 37.

Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3° del presente decreto.

Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Artículo 40.

Responsabilidad en el ejercicio de la auditoría. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

- **Constitución Política de Colombia:**

Artículo 48: Define la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de EFICIENCIA, UNIVERSALIDAD Y SOLIDARIDAD.

Artículo 49: Se establecen como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

- **Ley 100 de 1993:**

Artículo 153: Fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentran Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre Escogencia, Autonomía de las Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y CALIDAD. La CALIDAD Caracterizada como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

Artículo 178: Dentro de las funciones de las Entidades Promotoras de Salud se incluyen: “Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.

Artículo 227: Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud: Establece la responsabilidad del Gobierno de definir el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

- **Decreto 1011 de abril 03 2006:** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- **Resolución 1043 de Abril 03 de 2006:** Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 2680 de Agosto 03 de 2007:** Por la cual se modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 2955 de Agosto 27 de 2007:** Por la cual se modifican algunos numerales del Manual de Condiciones Esenciales y Procedimientos del Servicio Farmacéutico, adoptado mediante Resolución 1403 de 2007 y se dictan otras disposiciones
- **Resolución 3763 de Octubre 18 de 2007:** Por la cual se modifican parcialmente la Resolución 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones
- **Resolución 1446 de Mayo 08 de 2006:** Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud
- **Resolución 1995 de Julio 08 de 1999:** Por la cual se establecen las normas para el manejo de historias clínicas.

13. DEFINICIONES.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

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

13.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

13.2. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:

Para efectos de evaluar la calidad de la Atención en Salud debe cumplir las siguientes características:

- **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS.
- **Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que se requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

- **Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencias científicamente probadas, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **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.
- **Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud:** Es el 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.

14. CARACTERÍSTICAS DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD:

- **Objetiva:** La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad debe corresponder a hechos reales contenidos en la Historia Clínica del caso sometido a su análisis. En consecuencia, el Auditor Médico utiliza para su estudio y análisis los elementos contenidos en la misma.
- **Documentada:** El análisis y evaluación que realiza la auditoria se refieren exclusivamente sobre documentos que proporcionan la información sobre la Atención de Salud, en consecuencia se debe aplicar el método de análisis documental. Sin embargo, el auditor puede complementar o aclarar la información documental, con datos que le suministren las personas que se relacionen con la Atención del Servicio de Salud en el caso objeto de la Auditoria.

- **Planeada:** Porque se persiguen unos objetivos y se prevén unos aspectos concretos a analizar, que obedecen a una política institucional y a un programa para ejecutar en el tiempo que requiere una asignación determinada de recursos. Es planeada porque responde al para qué, el cuándo, al cómo al cuánto se va a auditar.
- **Confidencial:** Los resultados que se obtengan de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad son reservados, únicamente podrán conocerlos el Director de la Entidad, el Médico y las personas directamente relacionadas con el caso. Se pueden dar a conocer los resultados sin incluir nombres de personas, sino como un caso genérico para fines educativos o de investigación científica.
- **Permanente:** La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad debe ser una actividad continua y parte integrante de los planes y programas institucionales. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad no debe obedecer a casos fortuitos como muerte o daño al paciente o conflictos legales, sino que debe ser una tarea de rutina propia de una Empresa de Salud.
- **Participativa:** En el sentido que en la discusión de los datos y los resultados, deben hacer parte, por lo menos, las personas implicadas en el caso. Si es necesario, también podrían participar en este análisis y discusión los profesionales interdisciplinarios que se considere puedan aportar conocimientos y experiencia para un mejor estudio del caso. Es aconsejable, también, que si el Auditor lo considera necesario, debe asesorarse de especialistas en los diferentes puntos objeto de auditoría.
- **Flexible:** Cada caso particular de atención de salud tiene sus propias características, por lo que las técnicas y procedimientos generales aceptados en la profesión, deben interpretarse de acuerdo con los hallazgos concretos de cada caso. En consecuencia, el Auditor no puede ser dogmático en el sentido considerar que todos los casos se resuelven bajo los mismos parámetros, en este orden de ideas el Auditor debe apreciar y valorar las circunstancias concretas en que se desarrolló el caso objeto de estudio.

- **Los Auditores:** Otra característica de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad es que ella debe ser realizada por especialistas de reconocido prestigio profesional y que no hayan intervenido en el caso objeto de Auditoria¹⁴

Con el fin de dar cumplimiento a los objetivos de este trabajo, se hizo necesario, y de acuerdo a la metodología explicada anteriormente, diseñar un proceso lógico que permitiera la elaboración del plan de trabajo que conllevara a la implementación del PAMEC. Por tal razón, se han elaborado el objetivo general y los objetivos específicos para la presentación en este documento de toda la investigación referente al PAMEC.

15. OBJETIVOS GENERAL.

Determinar la calidad de la atención general e integral que se brinda a los usuarios e introducir las correcciones que fueren necesarias para superar las deficiencias que se detecten y contribuir a su mejoramiento.

15.1.Objetivos específicos

- Fomentar en ODONTOSONRISAS una cultura de la calidad, que con base en el mejoramiento continuo de los procesos de la atención en salud, produzca unos altos estándares de calidad.
- Lograr la satisfacción integral de los clientes externos e internos de la entidad
- Estimar el grado de coordinación alcanzado entre los diferentes servicios que conjuntamente intervienen en la atención en salud.

¹⁴ ISO 9000 sistema de gestión de calidad fundamentos y vocabulario 0.2

- Garantizar el cumplimiento de las características principales de la calidad, como son la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnico-científica
- Concientizar a los funcionarios y a los usuarios de ODONTOSONRISAS acerca de la necesidad de buscar la calidad en todos los procesos de la atención en salud.
- Evaluar la calidad de la atención en salud que brinda la de ODONTOSONRISAS y, con base en el resultado obtenido, tomar los correctivos necesarios para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud.
- Contar con un sistema de información general y de la calidad de los servicios, que permita la adecuada y oportuna toma de decisiones.
- Minimizar las quejas de los usuarios.

15.2 METAS

- Existencia de una cultura de calidad en todos los procesos de atención de los usuarios de ODONTOSONRISAS
- Altos niveles de satisfacción de los usuarios
- Existencia de un efectivo sistema de información de la calidad
- Definición de los indicadores y estándares necesarios para la evaluación y control de los procesos
- Equipo humano responsable de la estrategia del mejoramiento continuo operando
- Programa de capacitación continua para los funcionarios operando adecuadamente.
- Evaluación periódica de la satisfacción de usuarios
- Minimización del riesgo relacionado con la prestación de servicios de salud.

16. FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO

Para jerarquizar las acciones de mejora en la CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTOSONRISAS, se establecieron los siguientes criterios que serán empleados más adelante como criterios de priorización:

1. CLIENTE SATISFECHO - 2. CALIDAD INTRÍNSECA DE LOS PROCESOS

17. MARCO CONCEPTUAL

La Auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud entendida como: el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinen como básicos en el sistema único de habilitación¹⁵.

El contexto en el cual se desarrolla la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales:

¹⁵ MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Sistema obligatorio de garantía de calidad: Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de Calidad. Colombia 2007.

17.1 MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD

El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC), comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la Evaluación de la Calidad, o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la Inspección.

El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, que involucra al cliente y sus necesidades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

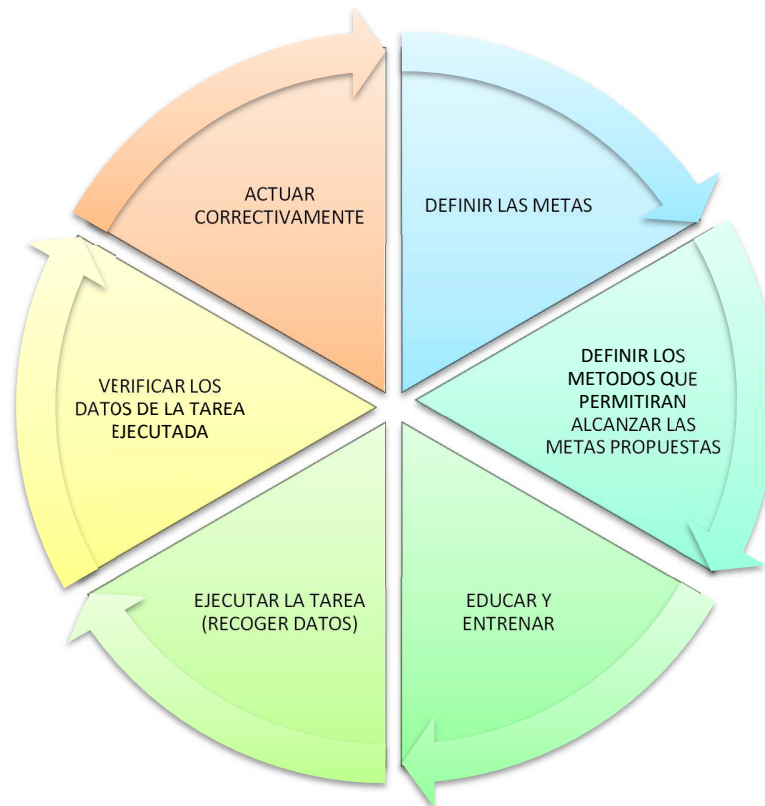
La filosofía de mejoramiento continuo nace en la industria como el resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad, por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y en el Japón, se introduce en salud en salud a raíz de los trabajos de Donald Berwick en la década de los 90, integrándose y potenciándose con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial, incluidos los planteamientos pioneros de EA Codman. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización.

El MCC ocasiona una inversión económica relativamente pequeña, comparativamente inferiores a las de otros enfoques, por cuanto implica una filosofía de vida laboral, personal y social, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos aislados son pequeños, el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de ser un modelo de bajo riesgo.

El MCC hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso.

Un enfoque que está en el centro del Mejoramiento Continuo, es el ciclo de mejoramiento ó PHVA. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud. En forma gráfica el ciclo se presenta en la Figura 1

FIGURA 1. Ciclo P.H.V.A



La aplicación del ciclo es un continuo en el tiempo, a continuación se explica cada uno de los cuadrantes:

Planear (P): Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). 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; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en la

formas o “comos” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de los planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.

Verificar (V): Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de los indicadores que se han construido, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.

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 alcanzada¹⁶.

17.2 GARANTÍA DE CALIDAD

Se entiende por Garantía de Calidad el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad de un producto o de un servicio.¹⁷

La definición de calidad en salud más aceptada en la actualidad, y que ha sido incorporada en la normatividad vigente en Colombia, es la del doctor Avedís Donabedian, quien la define como: lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos.

¹⁶ <http://www.slideshare.net/carlosandresleoncuervo/pamec-o-programa-para-auditoria-para-el-mejoramiento-en-la-salud>.

¹⁶. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Sistema obligatorio de garantía de calidad: Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de Calidad. Colombia 2007.

En tal sentido, resulta claro que el proceso de garantía de calidad implica un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente, situaciones que puedan afectar negativamente la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño mismo del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se obtenga para evaluar su desempeño y con las acciones que se emprendan para corregir sus deficiencias.

17.3 NIVELES DE LA AUDITORÍA

En cada una de las organizaciones que hacen parte del campo de aplicación del modelo, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud opera en tres niveles:

El primer nivel es el **AUTOCONTROL**, en el cual cada miembro de la organización planea, ejecuta, verifica y ajusta los procesos de atención en salud en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la organización.

El segundo nivel es la **AUDITORÍA INTERNA**, la cual es realizada en la misma organización, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que cada miembro de la organización adquiera la cultura de autocontrol. En etapas avanzadas del proceso, cuando el Autocontrol ha alcanzado un alto grado de desarrollo, este nivel puede no existir en las instituciones.

El tercer nivel, la **AUDITORÍA EXTERNA**, se lleva a cabo por un ente externo a la organización, con base en los acuerdos previamente establecidos.

Los niveles de autocontrol y de auditoría interna están comprendidos en el Sistema de Control Interno, en las instituciones que por Ley deben implantarlo¹⁸.

17.4 TIPO DE ACCIONES

En cada una de las organizaciones que hacen parte del campo de aplicación, y para cada uno de los niveles que operan en el modelo, se lleva a cabo tres tipos de acciones de *Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*:

Acciones preventivas: Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la misma.

Acciones de seguimiento: Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la atención en salud.

Acciones coyunturales: Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización, 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 recurrencia¹⁹.

¹⁸ Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Autores: Ministerio de la Protección Social-2007.

¹⁹ Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Autores: Ministerio de la Protección Social-2007.

18. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTOSONRISAS DE CAICEDONIA.

El PAMEC 2015-2019 está diseñado para dar inicio a la estructuración del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de acuerdo con la reglamentación respectiva. El Programa incluye las actividades de implementación y desarrollo del mismo.

18.1 ETAPAS DE AUDITORIA

18.1.1 Actividades de Planificación:

Planear: Desde la Gerencia y con el apoyo del Recurso Humano que lo constituye, se genera un plan de trabajo en torno a la Auto evaluación y ajuste de estándares del componente de Habilitación y tendiente a los estándares de Acreditación para los servicios ambulatorios y el diseño de un plan auditoria.

Ejecutar: recoger la información utilizando los informes estadísticos, analizar la voz del usuario, hacer seguimiento a las actividades del día a día analizando el desempeño, involucrar aquí a todos los responsables de los procesos prioritarios para que hagan parte activa del Proceso de AUTOCONTROL.

Proponer soluciones: emitiendo conceptos que lleven al logro de los resultados esperados cuando estos han presentado desviaciones, los cuales deben comunicarse a todos los implicados en la detección del evento para que se fortalezca la Cultura del Autocontrol, canalizar a la Gerencia de la Institución los planes de mejora propuestos para los procesos y establecer los recursos necesarios para reducir la brecha.

Hacer **Seguimiento** a la implementación de las acciones correctivas y preventivas para que se verifique su cumplimiento y pueda estimar los efectos favorables tales como disminución franca de la brecha o la ocurrencia del evento adverso, y medir el efecto en el Mejoramiento Continuo de la Calidad²⁰.

18.2 ACTIVIDADES DE LA AUDITORÍA

El PAMEC desarrolla los tres niveles de la Auditoría los cuales se explican a continuación incluyendo las estrategias diseñadas para cada uno de los mismos.

Actividades de autocontrol

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios parte en la Clínica desde el ejercicio mismo del autocontrol, en cabeza de todos los colaboradores que ejercen las actividades operativas. Este ejercicio es realizado en el momento mismo de las actividades y es cuando nuestros colaboradores revisan, supervisan y verifican que lo desarrollado por ellos cumpla con unos requisitos mínimos de calidad en términos de:

Adecuado diligenciamiento de los registros.

²⁰ Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Autores: Ministerio de la Protección Social-2007.

Cumplimiento de puntos de control o actividades de verificación establecidos en las guías de manejo y los procedimientos, en los cuales intervienen.

Conocimiento de los resultados mensuales de las actividades realizadas y planteamiento de estrategias para el cumplimiento de las metas y estándares de calidad trazados, los cuales son efectuados por la responsable del Servicio. Se socializan resultados de los indicadores consignados en el Tablero de Indicadores.

Con el fin de afianzar la etapa del autocontrol y como parte del proceso de calidad Se elaborará un programa de capacitación al personal, sensibilizándolo frente al cambio en procesos prioritarios de la Atención en Salud, con el fin de concientizarlos sobre la importancia que tiene su activa participación y compromiso en la gestión del día a día. Así mismo involucrarlos en el proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad y hacerlos partícipes de los ajustes necesarios mediante la evaluación de indicadores que permita tomar acciones que contribuyan a la superación de sus expectativas, así como los cambios frente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, D. 1011 de 2006

Otra de las estrategias para fortalecer el autocontrol es la realización de Encuestas mensuales de satisfacción a los usuarios como parte del Proceso de Gestión de Calidad. Estas encuestas evalúan la percepción de calidad de nuestros clientes y permiten identificar oportunidades de mejora. De esta información cada colaborador implementa las acciones de mejoramiento (Acciones correctivas o Preventivas) y la Coordinación de Servicios efectúa el seguimiento en forma periódica.

Complementario con lo anterior, la Gerencia dentro de su accionar en el liderazgo por la implementación de la cultura de calidad promulga la identificación de oportunidades de mejoramiento y la adopción de ACCIONES PREVENTIVAS Y CORRECTIVAS²¹.

AUDITORIA INTERNA

Las actividades de Auditoría interna serán realizadas por el GRUPO AUDITOR que defina la Gerencia, con apoyo de los recursos necesarios para su desarrollo. Esta actividad será de responsabilidad de todos los colaboradores de la Institución y estará en cabeza de quien la Gerencia delegue.

AUDITORIA EXTERNA

A la fecha nuestra organización no ha sido sujeto de auditoría externa, Esta auditoría se efectúa a criterio del cliente. Sobre los resultados de las visitas generaremos planes de mejoramiento para efectuar los ajustes del caso²².

La auditoria externa busca Implementar el componente para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en la CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTOSONRISAS DE CAICEDONIA, de acuerdo con el Decreto 1011 de 2006

²¹ Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Autores: Ministerio de la Protección Social-2007.

²² Documentos internos de ODONTOSONRISAS

y la Resolución 1043 de 2006 así como los Lineamiento de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad del Ministerio de la Protección Social permitiendo y facilitando el mejoramiento continuo de nuestra organización.

19. ALCANCE

En la CLÍNICA ODONTOLÓGICA ODONTOSONRISAS el PAMEC da prioridad a los servicios denominados procesos de la cadena de valor o misionales “Procesos de Servicios” que son aquellos relacionados con el Proceso de Autoevaluación de la Atención de Salud.

El Subproceso de “ODONTOLOGÍA GENERAL” cuyo objetivo es el de Prestar servicios de odontología general a los usuarios que lo requieran, de acuerdo con la oferta establecida y con los requerimientos legales.

El PAMEC da alcance además del anterior subproceso, que se trabajará dentro del Proceso de Auto evaluación del Proceso de Atención de Salud a las actividades de mejoramiento al proceso de “Atención al Usuario” las cuales están en cabeza del subproceso “satisfacción del usuario”.

Dado que a la fecha la CLÍNICA se encuentra en proceso de transformarse en una organización administrada por procesos y NO conforme a la estructura, en tanto eso sucede y con el ánimo de optimizar esfuerzos desarrollará el PAMEC, con los procesos mínimos exigidos por el Decreto 1011 de 2006, anteriormente señalados, *por lo tanto no se aplica el criterio de priorización de procesos.*

20. ESTRUCTURA DE APOYO AL PROGRAMA

Recurso humano: La Gerencia General es la líder del proceso de implementación del PAMEC, entendiendo que es la responsable de lograr que los objetivos planteados se cumplan y de dinamizar el proceso. Los funcionarios de la clínica son los responsables de la implementación del componente de Autocontrol y para la realización de las auditorías internas estas será realizada por pares.

Identificación y selección de procesos: La Auditoria se enfocará hacia aquellos procesos identificados como prioritarios, teniendo en cuenta los parámetros del D. 1011 de 2006:

Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud, desde el punto de vista del cumplimiento de las características de la calidad.

Atención al Usuario, evaluación sistemática de la Satisfacción del usuario desde el punto de vista de sus derechos y la calidad de los servicios recibidos.

Se cuenta con un modelo de encuesta: Encuesta que mide la Satisfacción del Usuario, la cual es aplicada de manera periódica de forma tal que permita la obtención de información relevante que garantice la toma de acciones que contribuyan al Mejoramiento continuo.

Adicionalmente se diseñarán Formatos de Registros que serán implementados una vez se apliquen los indicadores de calidad y eventos adversos (acorde con la Resolución 1446 de 2006).

21. METODOLOGÍA DE DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC

21.1. DEFINICIÓN DE PRIORIZACIÓN

Para seleccionar los procesos prioritarios de la institución, el equipo que realizó la autoevaluación, analizó los procesos de atención de la institución comparándolos con las siguientes variables:

- Enfoque de Riesgo desde la perspectiva del usuario.
- Volumen o frecuencia.
- Costo /error
- Riesgo de insatisfacción

Para establecer los procesos prioritarios que harán parte del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, se utilizó una matriz para analizar los riesgos y una matriz de priorización, donde se evaluarán los criterios de Priorización. Esta matriz contempla los siguientes criterios de calificación:

Riesgo complicaciones: Se refiere al riesgo que corre el usuario de que se complique su estado de salud si el proceso no se ejecuta adecuadamente. Calificación:

1= no existe ningún riesgo para el usuario.

2= el riesgo para el usuario es mínimo.

3= el riesgo para el usuario es moderado.

4= el riesgo para el usuario es alto.

5= el riesgo para el usuario es muy alto.

Volumen o frecuencia: Se refiere a la cantidad de veces que se ejecuta el proceso en la institución. Calificación:

1= el proceso se ejecuta una o menos veces en el año.

2= el proceso se ejecuta pocas veces en el año.

3= el proceso se ejecuta varias veces en un mes.

4= el proceso se ejecuta varias veces en una semana.

5= el proceso se ejecuta varias veces en un día.

Costos de las fallas o errores: Se refiere a la magnitud de los costos económicos, en vidas humanas, en imagen, etc. que puede generar una falla o error en la ejecución del proceso. Calificación:

1= una falla en el proceso no genera ningún costo a la institución.

2= una falla en el proceso genera costos mínimos a la institución.

3= una falla en el proceso genera costos moderados a la institución.

4= una falla en el proceso genera costos grandes a la institución.

5= una falla en el proceso genera costos enormes a la institución.

Riesgo de insatisfacción o pérdida de imagen institucional: Se refiere al grado de pérdida de imagen institucional si ocurre alguna falla o error al ejecutar el proceso. Calificación:

1= una falla en el proceso no genera pérdida de imagen institucional

2= una falla en el proceso genera mínima pérdida de imagen institucional.

3= una falla en el proceso genera moderada pérdida de imagen institucional.

4= una falla en el proceso genera gran pérdida de imagen institucional.

5= una falla en el proceso genera enorme pérdida de imagen institucional.

Cada evaluador califica el proceso, luego se saca una moda por criterio para cada proceso de las calificaciones hechas por los evaluadores y una vez obtenidos estos resultados finales se realiza una multiplicación horizontal entre cada resultado de los criterios para el proceso evaluado y el que obtuvo más de 100 puntos en esta calificación se consideró como prioritario.

De igual forma, se identifican cuáles características de calidad deben ser evaluadas en cada uno de los procedimientos que conforman los procesos prioritarios. De este análisis se determina que no todos los procedimientos son objeto de auditoría por parte del PAMEC por no evaluar de una manera directa una característica de calidad (oportunidad, accesibilidad, pertinencia, seguridad, continuidad) de los procesos prioritarios.

La matriz de priorización puede ser utilizada para planear y para evaluar. En este caso se pretende su uso para planear, lo que significa que no se va a buscar evaluar el desempeño de los procesos, sino identificar los procesos que mejorando a corto plazo, tienen mayor impacto en el mejoramiento institucional.

Otro método que se puede aplicar en nuestra institución para la priorización de procesos es por votación del grupo participante o por decisión de la alta gerencia. En cualquiera de los anteriores casos debe quedar constancia escrita de la metodología utilizada.

Se registrará el listado de los procesos priorizados que serán objeto de mejora.

DEFINICIÓN DE LA PRIORIZACIÓN

PROCESOS INSTITUCIONALES	CALIFICACIÓN DE PRIORIDAD (1 a 5)				TOTAL
	ENFOQUE DE RIESGO DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO	VOLUMEN O FRECUENCIA	COSTO/ERROR	RIESGO DE INSATISFACCIÓN	
odontología	2	1	3	4	24

PROCESOS INSTITUCIONALES	CALIFICACIÓN DE PRIORIDAD (1 a 5)				TOTAL
	ENFOQUE DE RIESGO DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO	VOLUMEN O FRECUENCIA	COSTO/ERROR	RIESGO DE INSATISFACCIÓN	
Ortodoncia	3	2	5	5	150
Atención al Cliente	1	3	2	3	18

FUENTE: Elaboración propia con calificación otorgada por la administradora de ODONTOSONRISAS.

Debido a la importancia de todos los procesos de la clínica se decidió priorizar los tres procesos asistenciales.

21.1.1 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

La definición de la calidad esperada para cada uno de los procesos prioritarios la debe realizar los responsables de cada uno de dichos procesos, y quienes tienen la función de auditores internos en la institución.

La planificación de la calidad esperada tiene como objetivo primario obtener los mejores resultados de calidad esperados: calidad técnica-científica, seguridad, costo racional, servicio, disposición del talento humano, que tengan un impacto en la salud de los usuarios, con el menor riesgo posible. Incluye también definir los criterios y estándares de calidad, a través de los cuales se definirá el desempeño de los procesos críticos priorizados, para garantizar la prestación de un servicio con calidad a nuestros usuarios.

Calidad esperada: Para la Clínica la calidad esperada está dada en:

Estándares de habilitación.

Estándares de los indicadores

Estos serán definidos de acuerdo con el cronograma.

PROCESO DE ODONTOLOGÍA

NORMA CRÍTICA (EL “DEBER SER”)	QUIÉN DEBE MEDIR (RESPONSABLE DEL INDICADOR)	CUÁNDO MEDIR (PERIODICIDAD)	CÓMO MEDIR (INDICADOR Y FUENTE)
Los pacientes deben asistir a las citas para la realización de los ciclos establecidos, si no asisten se debe hacer seguimiento al paciente, establecer el motivo de la no asistencia y resolver los inconvenientes en caso de ser posible, dejando evidencia de lo actuado en la historia clínica	Administradora	Trimestral	Sumatoria total de días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud hecha por paciente y la fecha de asignación para la cita /Número total de consultas de odontología asignadas para la cita. Agenda
Los pacientes que hacen uso del servicio de Odontología deben de salir satisfechos con la atención, oportunidad, información y la comodidad de las instalaciones del servicio	Administradora	Trimestral	Número total de pacientes satisfechos. Número total de pacientes encuestados Encuestas

Todos los eventos adversos deben ser notificados, vigilados y tramitados	Administradora	Mensual	Número total de eventos adversos detectados y gestionados /Número total de eventos adversos detectados. Formato
--	----------------	---------	--

FUENTE: Elaboración propia con ayuda de la administradora de ODONTOSONRISAS.

PROCESO DE ORTODONCIA

NORMA CRÍTICA (EL “DEBER SER”)	QUIÉN DEBE MEDIR (RESPONSABLE DEL INDICADOR)	CUÁNDO MEDIR (PERIODICIDAD)	CÓMO MEDIR (INDICADOR Y FUENTE)
Los pacientes deben asistir a las citas para la realización de los ciclos establecidos, si no asisten se debe hacer seguimiento al paciente, establecer el motivo de la no asistencia y resolver los inconvenientes en caso de ser posible, dejando evidencia de lo actuado en la historia clínica	Administradora	Trimestral	Sumatoria total de días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud hecha por paciente y la fecha de asignación para la cita/ Número total de consultas de odontología asignadas para la cita. Agenda
Los pacientes que hacen uso del servicio de quimioterapia deben de salir satisfechos con la atención, oportunidad, información y la comodidad de las instalaciones del servicio	Administradora	Trimestral	Número total de pacientes satisfechos. Número total de pacientes encuestados. Encuestas

Todos los eventos adversos deben ser notificados, vigilados y tramitados	Administradora	Mensual	Número total de eventos adversos detectados y gestionados/Número total de eventos adversos detectados. Formatos
--	----------------	---------	--

FUENTE: Elaboración propia con ayuda de la administradora de ODONTOSONRISAS.

22. OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO Y ACCIONES DE MEJORAMIENTO

La CLÍNICA ha definido las siguientes estrategias para la realización de acciones de mejoramiento a partir de las oportunidades de mejoramiento detectadas al aplicar los diferentes niveles del control.

ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO

Estas hacen referencia a las acciones de control realizadas en lo más cercano al tiempo real a la ejecución de los procesos, con el objetivo de conocer el desempeño de los mismos.

Un seguimiento y monitoreo se realiza por Gerencia. En algunos casos esta persona acompaña aleatoriamente al equipo de atención con el fin de monitorear el servicio, Se realizan reuniones mensuales de retroalimentación al equipo de salud.

ACCIONES COYUNTURALES

El manejo de Acciones coyunturales o correctivas es uno de los objetivos a reforzar con el PAMEC.

Este refuerzo incluye la metodología del análisis de causas, la documentación de las mismas y el levantamiento de planes de mejora que lleven a la ejecución de los planes de mejoramiento como sumatoria de acciones de mejora.

ACCIONES PREVENTIVAS

Constituyen otro de los objetivos del PAMEC, enfocadas a la adecuada administración de riesgos y a fomentar la cultura de la calidad.

Al respecto estas serán objeto de trabajo desde la identificación de causas raíz.

IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS

La metodología a emplear es:

1. Lluvia de ideas de acuerdo con el marco teórico definido anteriormente.

2. Cinco Por qué? También definida en el marco teórico.

Las causas identificadas serán documentadas en el formato “Acciones de Mejoramiento” en el cual se incluye la documentación de las acciones preventivas y coyunturales de acuerdo con el caso.

23. METODOLOGÍA DE DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC

23.1 AUTOEVALUACIÓN

En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad la autoevaluación deberá realizarse tomando como base:

1. Los estándares definidos por el Sistema Único de Habilitación.
2. Indicadores para el monitoreo del sistema y lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores. (Resolución 1446 de 2006)
3. Política de Seguridad del Paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
4. Indicadores de seguimiento a riesgos del estándar 9 del Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006): Seguimiento a riesgos en la prestación de los servicios.
El resultado de la autoevaluación es la identificación de los procesos a mejorar, en otras palabras, la generación de un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la organización y que pueden a corto, mediano o largo plazo ser objeto de la o las auditorías operativas.

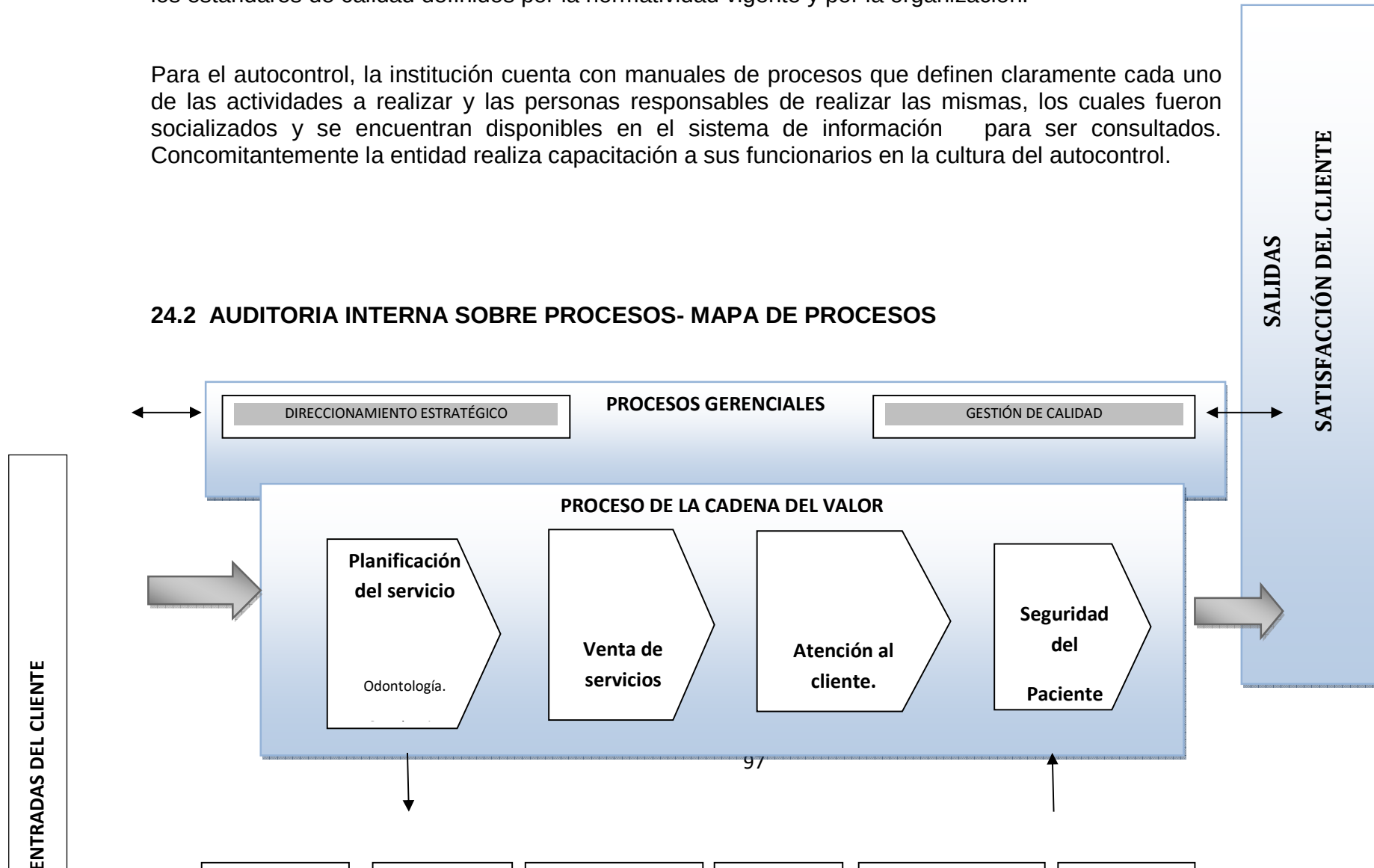
24. DEFINICIONES DE INDICADORES DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.

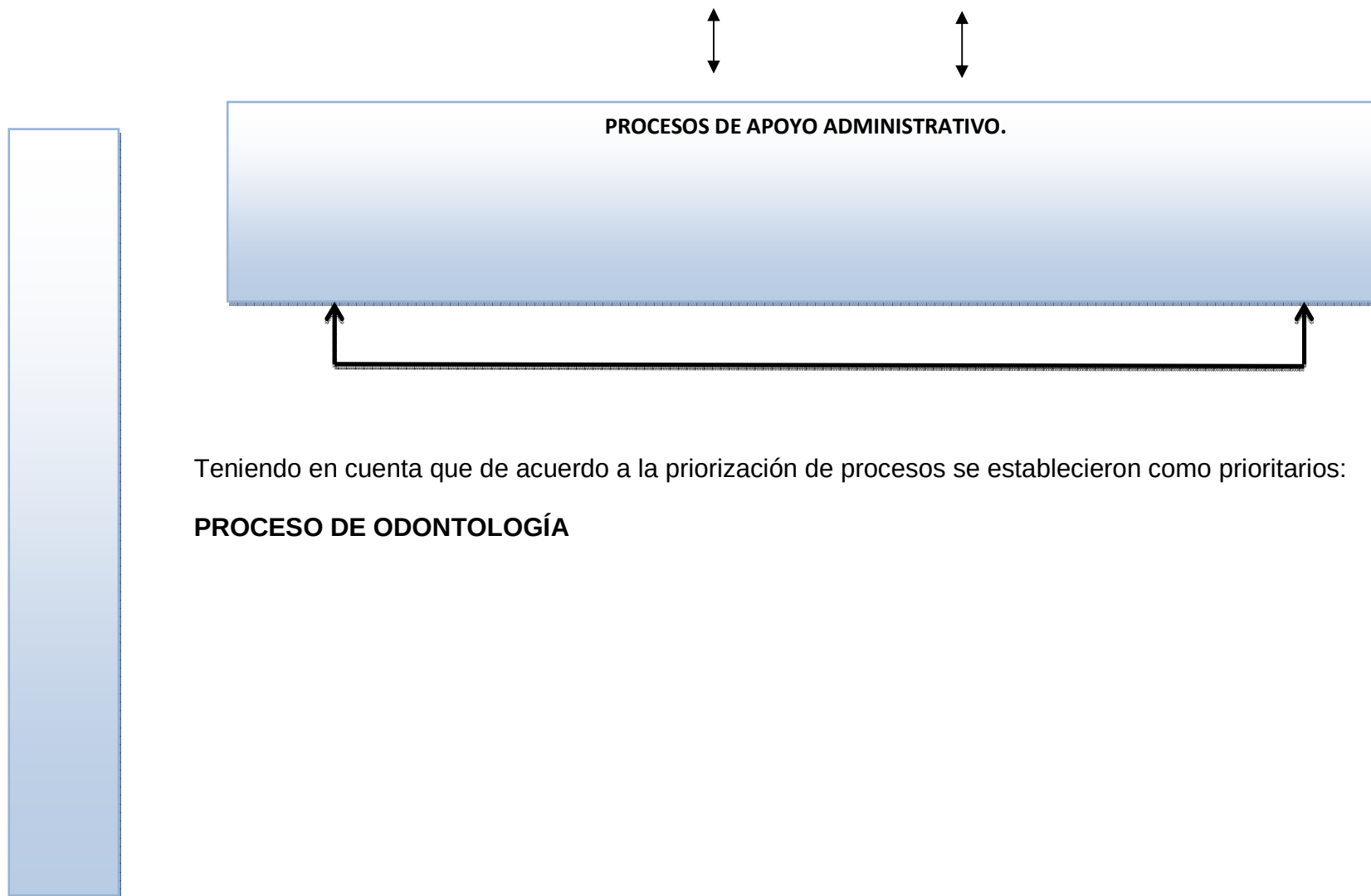
24.1 AUTOCONTROL.

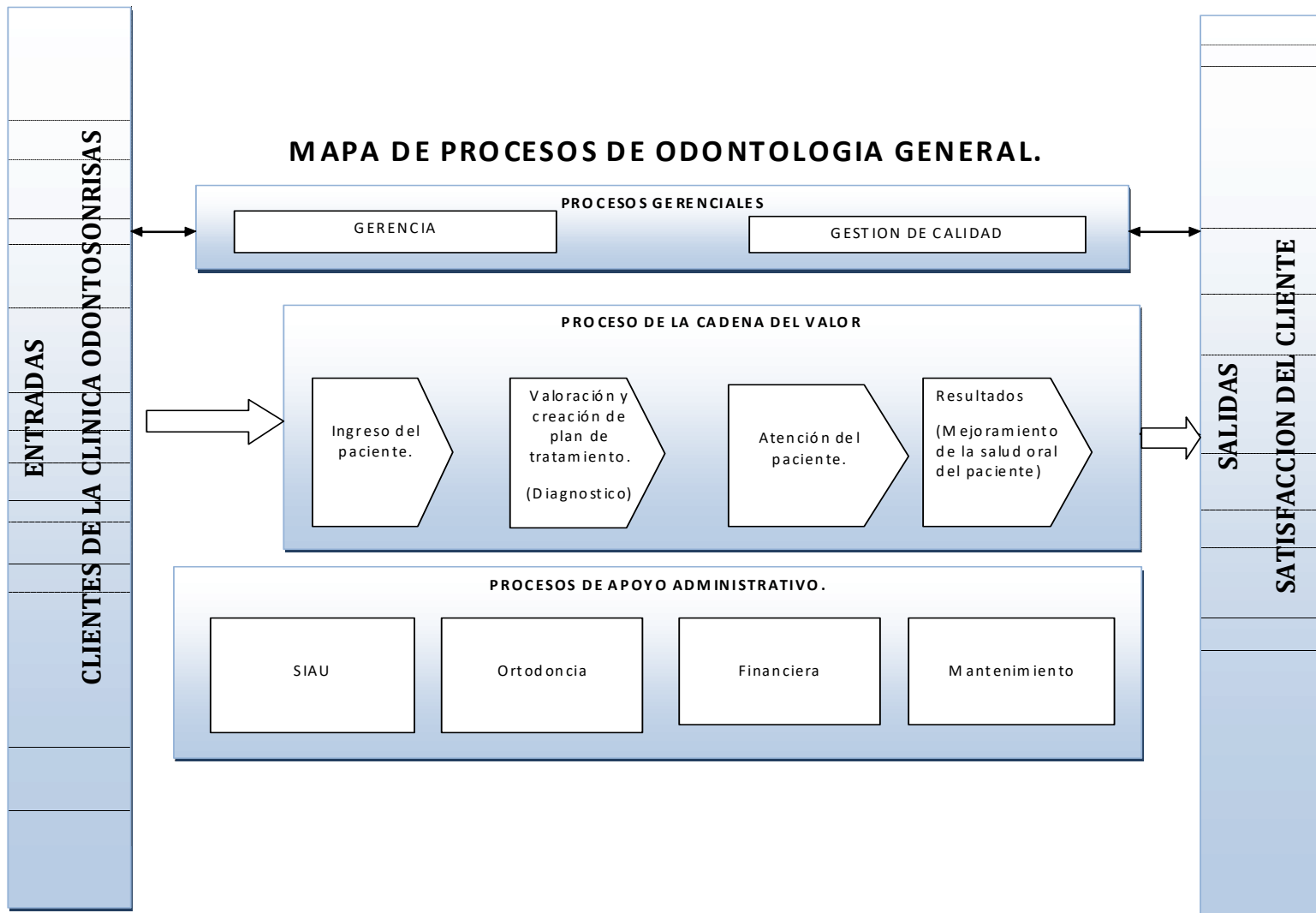
El Autocontrol hace referencia al conjunto de tareas de planeación, ejecución, verificación, y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la entidad sobre los procedimientos a su cargo, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

Para el autocontrol, la institución cuenta con manuales de procesos que definen claramente cada uno de las actividades a realizar y las personas responsables de realizar las mismas, los cuales fueron socializados y se encuentran disponibles en el sistema de información para ser consultados. Concomitantemente la entidad realiza capacitación a sus funcionarios en la cultura del autocontrol.

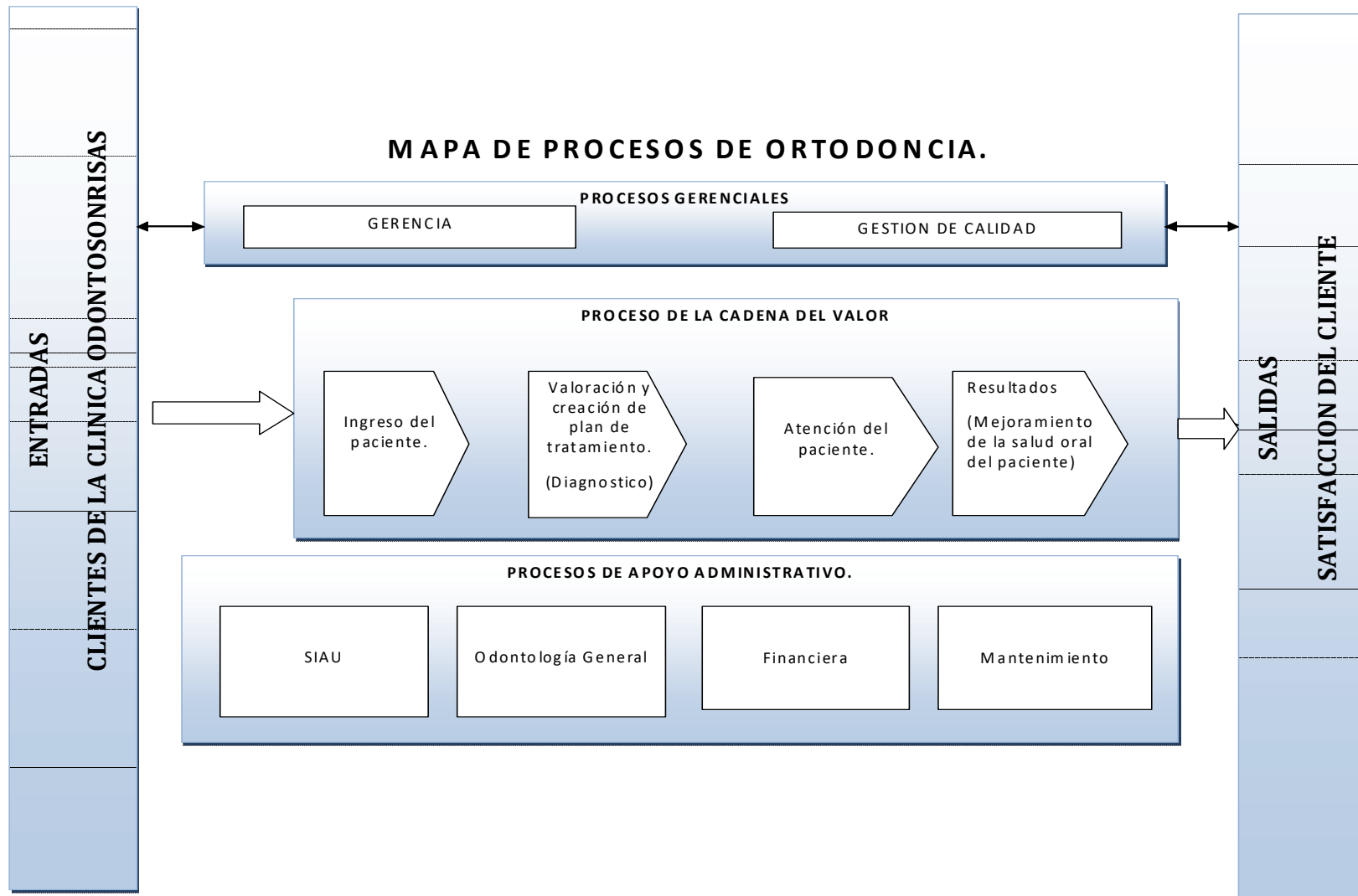
24.2 AUDITORIA INTERNA SOBRE PROCESOS- MAPA DE PROCESOS



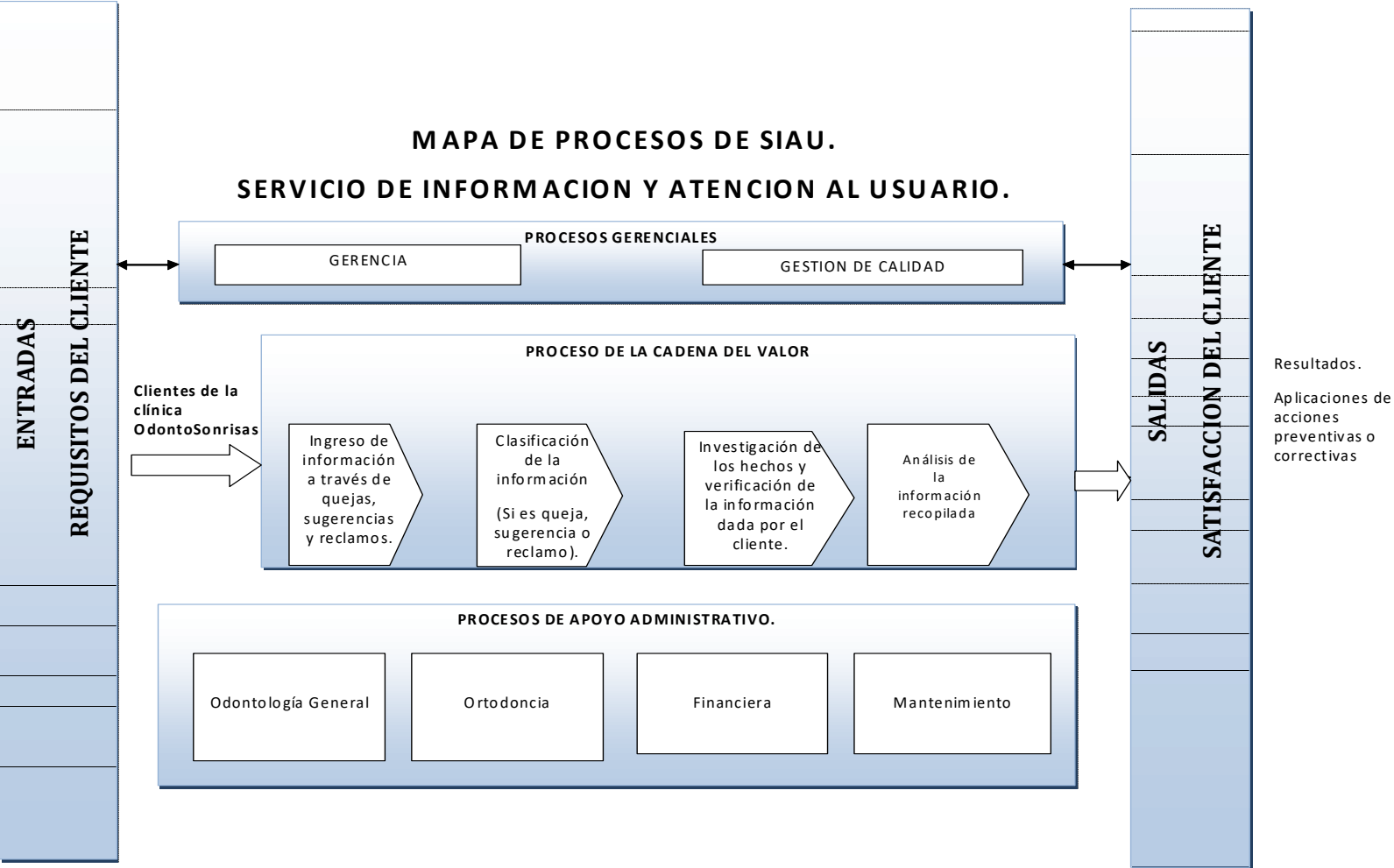




PROCESO DE ORTODONCIA



PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO



Para el seguimiento de estos procesos se establecieron los siguientes indicadores:

PROCESO DE ODONTOLOGÍA

NOMBRE DEL INDICADOR	ENUNCIACIÓN DEL INDICADO
OPORTUNIDAD ATENCIÓN DE CONSULTAS DE ODONTOLOGÍA GENERAL	Sumatoria total de días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud hecha por paciente y la fecha de asignación para la cita/Número total de consultas de odontología asignadas para la cita.
TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	Número total de pacientes satisfechos./ Número total de pacientes encuestados.
PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	Número total de eventos adversos detectados y gestionados./ Número total de eventos adversos detectados.

PROCESO DE ORTODONCIA

NOMBRE DEL INDICADOR	ENUNCIACIÓN DEL INDICADO
OPORTUNIDAD ATENCIÓN DE CONSULTAS DE ODONTOLOGÍA GENERAL	Sumatoria total de días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud hecha por paciente y la fecha de asignación para la cita/Número total de consultas de odontología asignadas para la cita.
TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL	Número total de pacientes satisfechos./ Número total de pacientes encuestados.
PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS	Número total de eventos adversos detectados y gestionados./ Número total de eventos adversos detectados.

PROCESO DE SERVICIO AL CLIENTE

NOMBRE DEL INDICADOR	ENUNCIACIÓN DEL INDICADO
PORCENTAJE DE QUEJAS TRAMITADAS OPORTUNAMENTE	Número de quejas tramitadas oportunamente./ Número de usuarios quejosos
PORCENTAJE DE SUGERENCIAS TRAMITADAS	Número total de sugerencias tramitadas/ Numero de sugerencias encontradas.

17. FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR. PROCESO DE ODONTOLOGÍA

	CÓDIGO: OD 01
	NOMBRE DEL INDICADOR: OPORTUNIDAD ATENCIÓN DE CONSULTAS DE ODONTOLOGÍA GENERAL
	APROBADO POR: Gerencia
	FECHA: SEPTIEMBRE 2009
RESPONSABLE:	ADMINISTRADORA
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	ACCESIBILIDAD/OPORTUNIDAD
FÓRMULA DEL INDICADOR	Sumatoria total de días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud hecha por paciente y la fecha de asignación para la cita _ Número total de consultas asignadas
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: MENOR A 4 DÍAS
	ACEPTABLE: 4 días
	NO CUMPLIDA: MAYOR A 4 días
FUENTES DE LOS DATOS	Numerador: Agenda
	Denominador: Agenda
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Trimestral.

	CÓDIGO: OD 2
	NOMBRE DEL INDICADOR: TASA DE SATISFACCIÓN EN EL SERVICIO
	APROBADO POR: Gerencia
	FECHA: Septiembre 2009
RESPONSABLE:	Administradora
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	SATISFACCIÓN
FÓRMULA DEL INDICADOR	Número total de pacientes satisfechos./ Número total de pacientes encuestados.
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: 80%
	ACEPTABLE: 70%
	NO CUMPLIDA: Menor al 70%
FUENTES DE LOS DATOS	Numerador: Encuestas
	Denominador: Encuestas
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Trimestral.

	CÓDIGO: OD 03
	NOMBRE DEL INDICADOR: EVENTOS ADVERSOS
	APROBADO POR: Gerencia
	FECHA: Septiembre 2009
RESPONSABLE:	Administradora
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	GERENCIA DEL RIESGO
FÓRMULA DEL INDICADOR	Número total de eventos adversos detectados y gestionados/ Número total de eventos adversos detectados
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: 100%
	ACEPTABLE: 100%
	NO CUMPLIDA: Menor al 100%
FUENTES DE LOS DATOS	Numerador: formatos
	Denominador: Formatos.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual

	CÓDIGO: OR 01
	NOMBRE DEL INDICADOR: OPORTUNIDAD ATENCIÓN DE CONSULTAS DE ODONTOLOGÍA GENERAL
	APROBADO POR: Gerencia
	FECHA: SEPTIEMBRE 2009
RESPONSABLE:	ADMINISTRADORA
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	ACCESIBILIDAD/OPORTUNIDAD
FÓRMULA DEL INDICADOR	Sumatoria total de días calendario transcurridos entre la fecha de solicitud hecha por paciente y la fecha de asignación para la cita _ Número total de consultas asignadas
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: 7 días
	ACEPTABLE: 7 días
	NO CUMPLIDA: MAYOR A 7 días
FUENTES DE LOS DATOS	Numerador: Agenda
	Denominador: Agenda
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Trimestral.

	CÓDIGO: OR 2
	NOMBRE DEL INDICADOR: TASA DE SATISFACCIÓN EN EL SERVICIO
	APROBADO POR: Gerencia
	FECHA: Septiembre 2009
RESPONSABLE:	Administradora
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	SATISFACCIÓN
FÓRMULA DEL INDICADOR	Número total de pacientes satisfechos./ Número total de pacientes encuestados.
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: 80%
	ACEPTABLE: 70%
	NO CUMPLIDA: Menor al 70%
FUENTES DE LOS DATOS	Numerador: Encuestas
	Denominador: Encuestas
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Trimestral.

	CÓDIGO: OR 03
	NOMBRE DEL INDICADOR: EVENTOS ADVERSOS
	APROBADO POR: Gerencia
	FECHA: Septiembre 2009
RESPONSABLE:	Administradora
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	SATISFACCIÓN
FÓRMULA DEL INDICADOR	Número total de eventos adversos detectados y gestionados/ Número total de eventos adversos detectados
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: 100%
	ACEPTABLE: 100%
	NO CUMPLIDA: Menor al 100%
FUENTES DE LOS DATOS	Numerador: formatos
	Denominador: Formatos.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual

	CÓDIGO: SA 01
	NOMBRE DEL INDICADOR: PORCENTAJE DE QUEJAS TRAMITADAS OPORTUNAMENTE
	APROBADO POR: Gerencia
	FECHA: Septiembre 2009
RESPONSABLE:	Administradora
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	GERENCIA DEL RIESGO
FÓRMULA DEL INDICADOR	Número de quejas tramitadas oportunamente./ Número de usuarios quejosos
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: 80%
	ACEPTABLE: 70%
	NO CUMPLIDA: Menor al 70%
FUENTES DE LOS DATOS	Numerador: formatos
	Denominador: Formatos.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Trimestral.

	CÓDIGO: SA 02
	NOMBRE DEL INDICADOR: PORCENTAJE DE SUGERENCIAS TRAMITADAS
	APROBADO POR: Gerencia
	FECHA: Septiembre 2009
RESPONSABLE:	Administradora
ATRIBUTO O CARACTERÍSTICA	Satisfacción
FÓRMULA DEL INDICADOR	Numero de sugerencias tramitadas oportunamente./ Número de usuarios sugerencias encontradas
META DEL INDICADOR	SOBRESALIENTE: 80%
	ACEPTABLE: 70%
	NO CUMPLIDA: Menor al 70%
FUENTES DE LOS DATOS	Numerador: formatos
	Denominador: Formatos.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual.

25. LINEAMIENTOS DE OPERACIÓN.

En este capítulo y de acuerdo a los indicadores descritos en el Manual de indicadores y metas de calidad, ODONTOSONRISAS, establece el Cronograma Único de auditoría en el cual se imparten indicaciones para la obtención y flujo de información, en la aplicación de cada uno sus indicadores y que hacen parte de la evaluación que sobre calidad se debe realizar en cada proceso de atención.

25.1 CRONOGRAMA ÚNICO DE AUDITORÍA

El cronograma Único de auditoría, que establece las fechas en las cuáles se deberá realizar el reporte de la información para la obtención de los indicadores, información que se encuentra preestablecida en la estandarización que de todos los indicadores se realizó a través de sus fichas técnicas.

Las reglas básicas que se tendrán en cuenta en la aplicación de este cronograma son:

El cronograma Único de auditoría es una verdadera herramienta de autocontrol, en la cual los responsables de la toma de datos primarios y los responsables de la aplicación del indicador, cumplirán a cabalidad con las fechas designadas para tal fin.

La periodicidad de aplicación del indicador deberá corresponder a la fecha establecida en las fichas técnicas. Cuando varios indicadores se obtienen de un mismo instrumento, deben calcularse en forma simultánea.

El responsable del cálculo de cada indicador, debe ser el primer usuario de esta información y debe planear el momento para la captura, procesamiento y consolidación de los datos con la suficiente anticipación, para que el indicador se aplique en la fecha establecida en el cronograma único de auditoría.

25.2. INSTRUCCIONES PARA LA GENERACIÓN Y FLUJO DE INFORMACIÓN.

LINEAMIENTOS GENERALES

Para realizar un adecuado seguimiento al mejoramiento de la calidad de los Procesos priorizados en ODONTOSONRISAS, es necesario contar con indicadores, es por esto que es de suma importancia establecer quiénes serán los responsables de la obtención y del cálculo de los mismos.

La fecha de inicio del proceso de medición corresponderá con lo establecido en el cronograma único de auditoría. A continuación se presentan los códigos y nombres de los indicadores que conforman el PAMEC de ODONTOSONRISAS, con sus correspondientes responsables de la recolección de datos primarios y del cálculo del indicador. Se incluyen también los instrumentos que permiten obtener tales datos.

Código	Nombre del indicador	Quien obtiene los datos primarios	Mediante qué instrumento	Cuándo	Quien mide el indicador
OD 01	OPORTUNIDAD ATENCIÓN DE CONSULTAS DE ODONTOLOGÍA GENERAL	ADMINISTRADORA	Sistema de recepción agenda	Los primeros quince (15) días del mes correspondiente	Comité de Calidad
OD 02	TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN ODONTOLOGÍA GENERAL	ADMINISTRADORA	Encuestas	Los primeros quince (15) días del mes correspondiente	Comité de Calidad
OD 3	PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN ODONTOLOGÍA GENERAL	ADMINISTRADORA	FORMATO	Los primeros quince (15) días del mes siguiente	Comité de Calidad
OR 01	OPORTUNIDAD ATENCIÓN DE CONSULTAS DE ORTODONCIA	ADMINISTRADORA	Sistema de recepción agenda	Los primeros quince (15) días del mes correspondiente	Comité de Calidad
OR 02	TASA DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN ORTODONCIA	ADMINISTRADORA	Encuestas	Los primeros quince (15) días del mes correspondiente	Comité de Calidad
OR 03	PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS ORTODONCIA	ADMINISTRADORA	FORMATO	Los primeros quince (15) días del mes siguiente	Comité de Calidad
SA 01	PORCENTAJE DE QUEJAS TRAMITADAS OPORTUNAMENTE	ADMINISTRADORA	FORMATO	Los primeros quince (15) días del mes correspondiente	Comité de Calidad
SA 02	PORCENTAJE DE SUGERENCIAS TRAMITADAS	ADMINISTRADORA	FORMATO	Los primeros quince (15) días del mes siguiente	Comité de Calidad

25.3 LINEAMIENTOS DE FLUJO DE INFORMACIÓN.

Los responsables de obtener los datos primarios, de conformidad con lo expresado en la tercera columna del cuadro anterior, lo harán de manera permanente. Los datos serán entregados en la fecha establecida en la tabla anterior. La medición de cada indicador, debe realizarse de acuerdo a los criterios establecidos en las fichas técnicas del Manual de indicadores.

Los encargados de medir los indicadores y de consolidar la información de sus indicadores, deberán cumplir con las fechas previstas en el cronograma único de auditoría y deberán elaborar los respectivos informes sobre las estrategias a emplear para cerrar la brecha de desempeño.

El equipo de calidad de ODONTOSONRISAS será el responsable de analizar los resultados consolidados de los indicadores, de evaluar y realizar el seguimiento a las estrategias de mejoramiento de la calidad aplicadas en la institución y de gestionar los apoyos necesarios para conseguir efectivamente el mejoramiento de los procesos.

25.4 ESTRATEGIA DE DESPLIEGUE

El Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud (PAMEC), de ODONTOSONRISAS se centra en el autocontrol y en la Evaluación de la Satisfacción de los Usuarios con respecto a los servicios recibidos. Es por esto que para su adecuado cumplimiento se realizará la implementación de la estandarización consignada en el manual de procesos y procedimientos prioritarios y a la evaluación de los indicadores e instrumentos lo cual se logrará con mayor efectividad mediante una adecuada implantación del Programa, que conduzca a la aplicación uniforme de los procedimientos en toda la institución.

En este sentido el presente documento, establece un conjunto de compromisos organizacionales que definen un modelo para el despliegue del PAMEC.

La estrategia de despliegue contempla 5 grupos de acciones o tareas específicas, coordinadas entre sí:

1. Liderazgo y preparación
2. Divulgación
3. Entrenamiento del personal
4. Acompañamiento
5. Monitoreo

Al igual que los demás contenidos del PAMEC, en el diseño de la presente estrategia, se aplicó una metodología grupal con la participación del equipo de funcionarios de ODONTOSONRISAS . realizado el día 18 de marzo de 2015

A continuación se define la orientación y el alcance de cada grupo de acciones, así como los responsables organizacionales de cada tarea.

1. ACCIONES DE LIDERAZGO, PREPARACIÓN Y DIVULGACIÓN

Este conjunto de acciones se refiere tanto al desarrollo de las Políticas y planes orientados por la Gerencia y que le confieren legitimidad al PAMEC desarrollado por ODONTOSONRISAS Como a la adopción de las decisiones tendientes a preparar a la institución para la implantación del programa, incluyendo la estimación de recursos y costos para la preparación de la institución.

Actividades y Responsables:

1. La implantación del PAMEC constituye una prioridad institucional.
2. La gerencia de ODONTOSONRISAS . Impartirá los lineamientos necesarios para la implementación y creación de las condiciones necesarias para que el PAMEC se lleve a cabo en toda la institución.
3. El despliegue del PAMEC debe ser un proceso eficiente en cuanto al manejo de los recursos.
4. Una vez recibido el entrenamiento correspondiente y de haber realizado la prueba piloto, los dueños de procesos y personal capacitado ejecutarán los procedimientos a su cargo de acuerdo con los lineamientos previstos en la documentación del PAMEC.
5. Con posterioridad a la implantación del PAMEC se realizarán pruebas de validación tendientes a constatar el despliegue en los diferentes procesos de atención priorizados en el Programa de auditoría.

2. ACCIONES DE DIVULGACIÓN.

Este componente de la estrategia hace alusión a las actividades de socialización del PAMEC, de manera que todo el personal de la institución, así como los usuarios, adquieran conocimientos básicos sobre la existencia de este programa, su finalidad, su alcance, contenidos principales, sus implicaciones y las responsabilidades que de él se derivan, en la medida que ODONTOSONRISAS ha implantado el PAMEC, no solamente para cumplir con una exigencia normativa sino, fundamentalmente como una estrategia de mejoramiento de la calidad que se constituya en su mayor ventaja competitiva.

14. ACCIONES DE ENTRENAMIENTO.

Se refiere al conjunto de acciones de capacitación, entrenamiento y desarrollo de habilidades en aquellas personas y grupo clave de la institución, que le permitan ODONTOSONRISAS Garantizar la implantación de los diversos contenidos del PAMEC.

Si no se lleva a cabo el entrenamiento pueden perderse los esfuerzos y recursos destinados a la estandarización, y no se lograría el propósito de mejorar la calidad de los procesos seleccionados como prioritarios.

El propósito del entrenamiento es que todos los funcionarios que intervienen en un proceso prioritario, ejecuten los procedimientos a su cargo de la misma manera y con la menor variabilidad posible, para garantizar los resultados esperados en términos de confianza, seguridad, homogeneidad, eficiencia con lo que se ha comprometido ODONTOSONRISAS a través de sus políticas, indicadores y estándares de calidad.

A continuación se describe como se realizará, el plan de entrenamiento.

PROCESOS PRIORITARIOS	COMPONENTES	RESPONSABLE ENTRENAMIENTO	FUNCIONARIO	FASES
Servicio de Odontología	Estandarización de procedimientos, indicadores y metas de calidad, instrumentos	Grupo de calidad	Personal asistencial del servicio de Odontología	1
Servicio de Ortodoncia	Estandarización de procedimientos, indicadores y metas de calidad, instrumentos	Grupo de calidad	Personal asistencial del servicio de Ortodoncia	1
Servicio de Atención al cliente	Aplicación de encuestas de satisfacción del usuario y llamada post-venta	Grupo de calidad	Personal asistencial de los diferentes procesos de atención.	1

Como se desprende del análisis de la tabla anterior, el entrenamiento está dirigido tanto a quienes realizan procedimientos claves dentro de los procesos prioritarios, para garantizar su aplicación y autocontrol como a quienes realizan la evaluación de tales procedimientos para poner en marcha los procesos de auditoría interna y auditoría externa.

Teniendo en cuenta que cada responsable del proceso y los que participan en su desarrollo construyeron la estandarización de este y los respectivos procedimientos con la asesoría de los integrantes del grupo de calidad, se considera indispensable que los resultados de esta estandarización se evalúen mediante auditorías internas al proceso y de acuerdo al resultado de estas y a la eficiencia del desarrollo del proceso y sus procedimientos se retroalimente al personal mediante el informe de la auditoría y se construya con ellos mismos el plan de acción a

seguir para que de manera participativa se puedan discutir y establecer las oportunidades de mejoramiento halladas en la auditoría.

4. ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO.

El cuarto componente de la estrategia de despliegue se refiere al conjunto de acciones que emprenderá ODONTOSONRISAS. Para apoyar técnicamente a la institución durante las etapas tempranas de la implantación del PAMEC.

Estas tareas tienen como propósito garantizar la resolución oportuna de los problemas que pudieron presentarse como consecuencia de los cambios en los procesos prioritarios, de manera que se refuerce la aplicación del nuevo modelo y se evite el retroceso de la organización hacia el modelo anterior.

A continuación se menciona como se realizará el plan de Acompañamiento.

PLAN DE ACOMPAÑAMIENTO DURANTE LA IMPLANTACIÓN.

Actividades Y Responsables.

El equipo de calidad de ODONTOSONRISAS, realizará el acompañamiento del programa, con el fin de resolver las dudas que se puedan presentar después del entrenamiento.

Adicionalmente, se considera indispensable que el grupo de calidad presenten, desde el entrenamiento mismo, un conjunto de directrices sobre los mecanismos de apoyo técnico a los que se podrá acudir en esta etapa. Idealmente

estas directrices permitirán visualizar una cadena de resolución de problemas en la que se establezca el orden o jerarquía de pasos que deben llevarse a cabo para solucionar las dificultades o dudas que se vayan presentando.

5. ACCIONES DE MONITOREO.

Alcances y propósito

El componente final de la presente estrategia de Despliegue incluye un conjunto de acciones de evaluación y seguimiento que le permitirán a ODONTOSONRISAS valorar el proceso de despliegue desde el inicio hasta su completa implantación. El propósito de estas acciones es constatar la realización de todas las tareas previstas en los primeros cuatro componentes, y retroalimentar el proceso durante la marcha, de manera que se puedan introducir ajustes y correctivos oportunos. Por esta razón se considera que el monitoreo corre en paralelo con las demás actividades del proceso de despliegue.

PLAN DE MONITOREO.

Actividades y Responsables.

Para cumplir con el propósito fundamental del monitoreo, el equipo de calidad debe mantener una comunicación permanente con el personal involucrado en cada una de las etapas del proceso de despliegue, de manera que se puedan concertar y aplicar los ajustes necesarios durante la marcha, además se deben realizar actividades como elaboración y presentación de informes ejecutivos periódicos, elaboración y presentación de informe final de monitoreo, elaboración y presentación de Informe de Aplicación del PAMEC.

Al concluir el despliegue del PAMEC, el equipo de calidad debe generar y entregar un informe final en el cual se documenten los hallazgos del proceso y se formulen recomendaciones que deben ser tenidas en cuenta durante la etapa de validación.

La finalidad del PAMEC de ODONTOSONRISAS es contribuir al bienestar y salud de la población del Departamento de Valle, brindando servicios de Calidad, a través de un recurso humano calificado, alta tecnología y Guías de Manejo Clínico que garanticen seguridad y un mayor beneficio terapéutico a los pacientes con problemas de salud oral, mejorando su calidad de vida.

26 .CONCLUSIONES

Se da cumplimiento al objetivo propuesto sobre realizar un autodiagnóstico en la clínica ODONTOSONRISAS, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en la Resolución 3960 de 2008 manual 7, por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y sus anexos técnicos que establecen el Sistema Único de Acreditación en Salud que servirá de base para la construcción y seguimiento del PAMEC. El objetivo fue logrado gracias al apoyo y acompañamiento de los funcionarios de la clínica ODONTOSONRISAS.

Es muy satisfactorio para mi, presentar este trabajo en el cual se han cumplido satisfactoriamente los objetivos propuestos inicialmente; se Planeo y se aplico la ficha técnica que permitió la recolección de datos para la conformación del diagnóstico real de la situación de la clínica, a través de la estructura organizacional se definió el diseño del mapa de procesos para su respectiva caracterización y se Establecieron los lineamientos del Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

El PAMEC quedó diseñado de manera que su metodología sea de fácil interiorización llevando a cabo el desarrollo de la ruta crítica, que permite visualizar y definir unas tareas específicas a trabajar en pro del cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de los Estándares de la calidad, ajustados a la clínica ODONTOSONRISAS como herramienta para el mejoramiento de la eficiencia y eficacia de cada uno de los procesos a trabajar en aras de contribuir a la salubridad a nivel bucal. La metodología utilizada en este trabajo de grado sirve como modelo para trabajos similares ya que es un trabajo ejecutado en la práctica.

La clínica cuenta con el apoyo de los socios y la administración en la adopción de las nuevas prácticas de calidad ya que es un proceso que solo tiene sentido y se logra cuando la clínica reconoce y acepta su importancia, direccionado no solo a nivel institucional, sino a nivel de usuario y familia. Debe entenderse que la salud es un componente de oportunidad, accesibilidad, calidad y equidad, lo cual debe ser de obligatorio cumplimiento para la satisfacción al usuario, lográndose con una implementación adecuada del PAMEC.

27. BIBLIOGRAFÍA

- CHIAVENATO. Idalberto. Administracion de Recursos Humanos: El Capital Humano De Las Organizaciones. Octava Edicion. Mexico 2007.
- DUEÑAS. Ricardo M. SANCHEZ S. Marta. & IZQUIERDO I. Laura. Teoria y Practica de la Calidad. Madrid España 2006.
- DEMING. William E. Como salir de la crisis. Calidad, Productividad y Competitividad. Ediciones Díaz Santos S.A. Madrid 1986.
- EVANS, James R. & LINDSAY, William M. Administracion y control de la calidad: Servicio al Cliente. 7ª Edicion. Ciudad de Mexico. 2008; 0-324-38227-8
- VAN DALEN, Deobol B. & MAYER, Willian T. Estrategia de la investigación Descriptiva. Ed. Limusa 2002.
- KLOTTER, Philip & ARMSTRONG, Gary. fundamentos de marketing. Octava edición. Mexico 2008
- LOCK, Dennis. & SMITH, David J. Como Gerenciar la Calidad Total: Estrategias y Tecnicas. Colombia 1990.
- IVANCEVICH, Jhon M. – KONOPASKE. Robert & MATTESON. Michael T. Comportamiento Organizacional. Septima edición. Mexico 2005.

- HARRINGTON. James S. Administracion Total del Mejoramiento Continuo. Management Siglo XXI. Colombia 1997.
- LAMB, Charles W. – HAIR, Joseph F. & McDANIEL, Carl. MARKETING. Cuarta edicion. Mexico 1998.
- MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Sistema obligatorio de garantía de calidad: Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de Calidad. Colombia 2007.
- MORRIS, Daniel. & JOEL, BRANDON. Enfoque Gerencial Moderno Reingenieria.
<http://enfoquereingenieria.blogspot.com.co/>
- MAGLIANO, Fernando Ignacio. Características de la metodoligia. Consultado en diciembre del 2014
<https://conocimientopractico.wordpress.com/.../caracteristicas-de-la-metodologia>.
- MELINKOFF, Ramón V. La Estructura de la Organización. Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1969.
- VIVEROS H, Nora H. La nueva Estrategia Competitiva. Segunda Edicion. Bogota 2013.
- SUMMERS, Donna C. Administracion de la Calidad. Mexico 2006.
- <http://www.slideshare.net/carlosandresleoncuervo/pamec-o-programa-para-auditoria-para-el-mejoramiento-en-la-salud>. Consultado en agosto 16 del 2015
- PHILLIP B. Crosby y sus Principios. Consultado en diciembre 2014 <http://www.iso9001calidadparatodos.com/phillip-b-crosby-y-sus-principios.html>.

- CERTIFICADO ISO 9001. Consultado en Dic -2014- <http://www.icontec.org/index.php/pe/sectores/.../332-certificacion-iso-9001>
- Portafolio de servicios, clínica ODONTOSONRISAS año 2014
- Resultado de diagnóstico aplicado a la clínica ODONTOSONRISAS año 2014.
- TRABAJO DE GRADO “Gerencia de servicios al cliente” Universidad del Valle- 2013
- TRABAJO DE GRADO “Gerencia de servicios al cliente” Universidad del Valle- 2013