



PAMEC 2022

FECHA EMISION	02/05/2022
VERSION	01
PAGINA	1

1. JUSTIFICACION

Teniendo en cuenta los cuatro elementos fundamentales para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud, así: La habilitación, el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), el sistema de información para la calidad y el sistema único de acreditación en salud.

El Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 y posteriormente el Decreto 780 de 2016, le dio más énfasis al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud al introducir nuevos elementos que elevaron el nivel de exigencias para el mejoramiento de la calidad y específicamente los lineamientos de “Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud”.

Más recientemente, la Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular 012 de 2016 hace adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007, e imparte instrucciones sobre el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC y al Sistema de Información de Calidad.

Estas instrucciones se basan en las nuevas normas expedidas por el Gobierno Nacional a través del Decreto Único del Sector Salud 780 de mayo 2016, que recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, que apuntan a mejorar los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario y su familia.


Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Resolución 256 de 2016, dicta las disposiciones con respecto al Sistema de Información para la Calidad y establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, derogando la Resolución 1446 de 2006.

La Superintendencia de Salud define como puntos clave del PAMEC:

Evaluación de la ejecución de acciones de mejoramiento

Evaluación de la ejecución auditorías internas frente a la ejecución de los planes de mejoramiento. Evaluación del aprendizaje organizacional

Con el desarrollo del PAMEC afirmamos nuestro compromiso con el mejoramiento continuo en la prestación de todos nuestros servicios, comprometiéndonos con alcanzar los más altos estándares de calidad, disminuyendo día a día la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada, en donde los actores centrales lo constituyan los usuarios y nuestro personal.

	PAMEC 2022	FECHA EMISION	02/05/2022
		VERSION	01
		PAGINA	2

2. MARCO TEORICO

A. Constitución política de Colombia

Artículo 48: Define la seguridad social como un servicio público, bajo la dirección coordinación control y 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.

B. Ley 100 de 1993

Artículo 153: Fundamentos del servicio público: Dentro de los cuales se encuentra la 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 en sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.

C. Resolución 4445 de 1996

Por el cual se dictan normas para el cumplimiento, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

D. Decreto 1011 de 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social y sus resoluciones reglamentarias.

	PAMEC 2022	FECHA EMISION	02/05/2022
		VERSION	01
		PAGINA	3

E. Resolución 3100 de 2019

“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.

F. Decreto 1011 del 3 de abril 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.

G. Circular 012 de 2016

Por la cual se realizan adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 2007 e imparten instrucciones sobre el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) y al Sistema de Información de Calidad.

H. Resolución 256 de 2016

Por la cual se dictan disposiciones con respecto al Sistema de Información para la Calidad y establece los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

I. Decreto 780 de mayo 2016


Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

3. OBJETIVO GENERAL

Definir la metodología y parámetros para la construcción del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), a través del cual la IPS implementa un mecanismo de evaluación y seguimiento encaminados al mejoramiento de la calidad que reciben los usuarios durante la atención.

A. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conformar el equipo responsable de calidad.
- Promover la cultura de calidad con todos los colaboradores y para todos los procesos de atención.
- Crear un efectivo sistema de información de la calidad.
- Definir indicadores necesarios para la evaluación y control.

	PAMEC 2022	FECHA EMISION	02/05/2022
		VERSION	01
		PAGINA	4

- Generar altos niveles de satisfacción de los usuarios.
- Minimizar el riesgo relacionado con la prestación de los servicios.

4. ALCANCE

Este documento aplica a todos los procesos que se identifiquen e incluyan en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

5. RESPONSABLES

Será responsable la Gerencia de destinar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades definidas en el PAMEC y el líder de calidad de coordinar la implementación del mismo, realizar control de los indicadores de calidad y de los planes de mejora y cada coordinador supervisará la ejecución de los planes de mejora en su área.

6. MARCO CONCEPTUAL

A. Atención de salud.

Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

B. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en 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.

C. Brechas de Calidad

Corresponde a la diferencia entre calidad observada y la calidad esperada, obtenida como resultado de la medición de los procesos y auditorías.

D. Características del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad según lo establecido en el Artículo 3 del Decreto 1011 de 2016

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

FECHA EMISION	02/05/2022
VERSION	01
PAGINA	5

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

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.

E. Calidad de la atención de 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.

F. Mejoramiento continuo de la calidad

Es un proceso de autocontrol, que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que sean susceptibles de mejoramiento, con el fin identificar los ajustes necesarios y superar las expectativas de los usuarios. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas de la institución, y procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos.

G. Atención centrada en el cliente

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como un programa único y coherente, en el cual sus componentes interactúan para alcanzar su finalidad de "generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país" ; por lo tanto, se busca no sólo una

	PAMEC 2022	FECHA EMISION	02/05/2022
		VERSION	01
		PAGINA	6

óptima adecuación de procesos, instalaciones y documentación, sino que todas estas acciones se orientan a la búsqueda del mejoramiento continuo del servicio centrado en el usuario.

H. 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.

I. 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 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 y 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, los profesionales 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 la misma 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 de 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.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad como un componente de mejoramiento continuo implica que:

- Su accionar se oriente a la producción de resultados centrados en el usuario – familia.
- El proceso de prestación del servicio con calidad es un proceso sistemático clínico-administrativo que compromete a toda la organización, y la interacción de todos ellos.
- Se basa en la evidencia, tanto en la medida que examina si los resultados que busca son relevantes y prioritarios, así como en la que establece que los métodos que utiliza son válidos, confiables y probados.
- Promueve la interiorización en el profesional de las mejoras obtenidas a través de la promoción de la auto-evaluación y el autocontrol.
- La auditoría para el mejoramiento de la calidad de salud, es un proceso técnico, que está asociado a la prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca del desempeño comparado con el marco de estándares óptimo, a través del cual se pueda implementar procesos de mejoramiento que permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención (eficiencia clínica y administrativa), mejorar el impacto en la salud de los pacientes y la población (efectividad clínica) y ofrecer al cliente los servicios que espera y a los cuales tiene derecho, de tal manera que le genere satisfacción (aceptabilidad), pero también

	PAMEC 2022	FECHA EMISION	02/05/2022
		VERSION	01
		PAGINA	8

buscando incentivar un justo y óptimo equilibrio entre la satisfacción de las expectativas de los individuos y las necesidades de la sociedad (optimización).

- Su impacto se orienta hacia la mejora de procesos y no hacia la investigación de culpables.

J. NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORIA


La entidad desarrollara el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, aplicando el modelo en los siguientes niveles:

- Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos 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. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
- Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

K. TIPOS DE ACCIONES DE LA AUDITORIA

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 auditoria 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.

	PAMEC 2022	FECHA EMISION	02/05/2022
		VERSION	01
		PAGINA	9

- Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria, 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 auditoria 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.

7. ORGANIGRAMA


La IPS ODONTOLOGIA LASER cuenta con un organigrama acorde a las necesidades administrativas y asistenciales.

8. PLATAFORMA ESTRATEGICA

□ MISION

“ODONTOLOGIA LASER es una Institución Prestadora de Servicios de Salud Oral privada. Nuestra misión es trabajar de manera ardua, responsable, con ética y con integralidad, satisfaciendo las necesidades en salud oral de nuestros pacientes buscando como objetivo principal personas felices y con mejora en su calidad de vida.

□ VISION

	PAMEC 2022	FECHA EMISION	02/05/2022
		VERSION	01
		PAGINA	10

“ODONTOLOGIA LASER en el año 2023 será una institución posicionada a nivel local y empresarial, reconocida por su integralidad entre las especialidades de la odontología y la calidad en los tratamientos.

▣ VALORES CORPORATIVOS

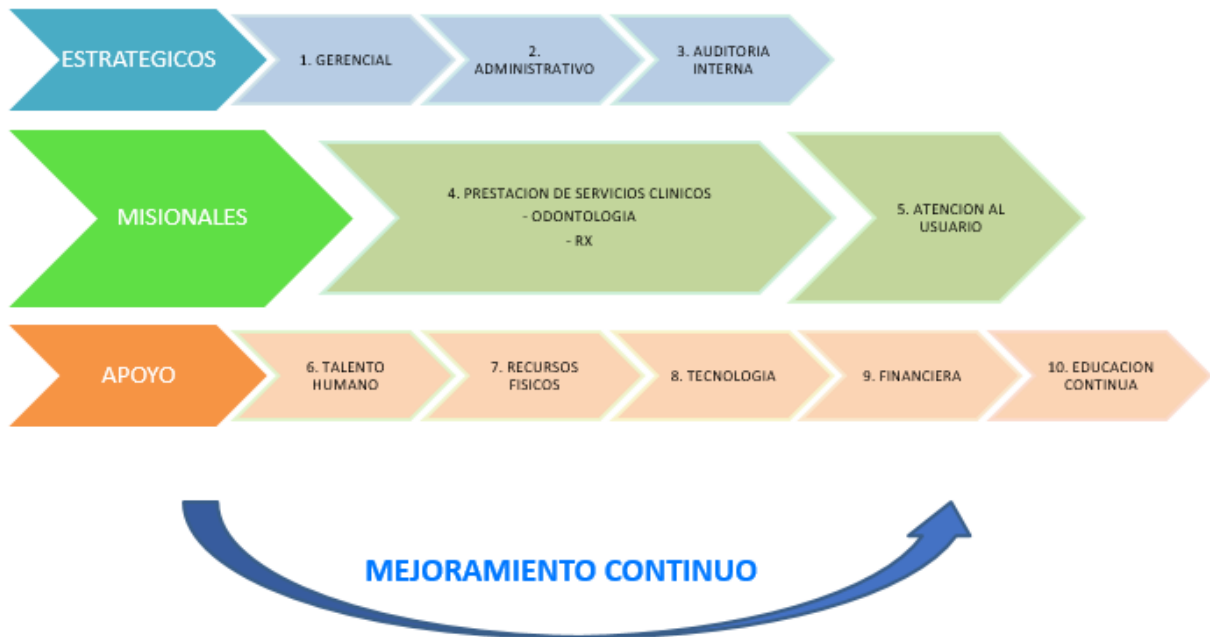
- RESPONSABILIDAD
- SEGURIDAD EN LOS PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE
- INTEGRALIDAD DE TODAS LAS ESPECIALIDADES
- LIDERAZGO POR SU DIRECTORA CIENTIFICA
- AMABILIDAD DE TODO EL PERSONAL
- APOORTE A LA COMUNIDAD Y SENTIDO SOCIAL

▣ PROPUESTA DE VALOR

- Proceso de atención del paciente liderado por su director técnico científico, quien se encargará de coordinar los casos clínicos.
- Integralidad de todas las especialidades de la odontología, para llevar a cabo casos efectivos y exitosos
- Servicio diagnostico radiográfico integral, que será el principal soporte para la definición inmediata de casos clínicos
- Interacción entre la academia y la clínica, ya que contamos con el aporte de profesionales expertos en el centro de entrenamiento
- Infraestructura clínica y académica única en la ciudad


9. MAPA DE PROCESOS

MAPA DE PROCESOS



10. POLITICA DE CALIDAD

En ODONTOLOGIA LASER nos enfocamos en brindar una atención integral en salud, mejorando continuamente la calidad en la prestación de los servicios, con responsabilidad y un compromiso permanente con la satisfacción de los usuarios, generando confianza

	PAMEC 2022	FECHA EMISION	02/05/2022
		VERSION	01
		PAGINA	12

con nuestros aseguradores y garantizando el bienestar de nuestros colaboradores.

OBJETIVOS DE CALIDAD

1. Ofrecer una atención segura, oportuna, confiable y humana a todos nuestros usuarios.
2. Prevenir y controlar los riesgos durante los procesos de atención.
3. Promover y mantener condiciones y factores ocupacionales seguros, procurando un bienestar físico, mental y social a nuestros colaboradores.
4. Ofrecer servicios de salud enmarcados en el mejoramiento continuo y desarrollo del PAMEC.
5. Capacitar de manera continua al personal administrativo y asistencial.
6. Garantizar la implementación de los programas de fármaco-vigilancia, tecno-vigilancia y reactivo-vigilancia.
7. Implementar la política de seguridad al paciente y la cultura de reporte de eventos adversos.
8. Promover la aplicabilidad del código de ética y la política de atención humanizada.
9. Garantizar la correcta aplicación de la política de protección de datos y privacidad en la atención del usuario.
10. Vincular a todos los usuarios en los proceso de calidad y seguridad en la atención.
11. Asegurar que esta política sea difundida, entendida y aceptada, con el fin de que contribuya al logro de los compromisos relacionados.

10. ESTRUCTURA DE APOYO A LA GARANTIA DE LA CALIDAD

ODONTOLOGIA LASER , contará con la siguiente estructura de apoyo a la garantía de la calidad:

1. Comité de Calidad
2. Líder de calidad: Auditora
3. Servicio de información y atención al usuario (SIAU)
4. Asociación de Usuarios (Res 2063 de 2017)

FECHA EMISION	02/05/2022
VERSION	01
PAGINA	13

- **Comité de Calidad**

El comité de calidad es un órgano gestor de la Calidad que debe ser la referencia en los temas de Calidad para todos, analizar la información asociada al grado de satisfacción de los usuarios y proponer las acciones necesarias para optimizar el funcionamiento de la organización dentro del mejoramiento continuo.


Las funciones y responsabilidades del equipo que conforma el comité de calidad son:

1. Aprobar la política y estrategias de calidad.
2. Definir los objetivos y metas anuales de calidad para la entidad y para cada área.
3. Dirigir y efectuar el seguimiento de las acciones correctivas y de las no conformidades que se produzcan.
4. Decidir los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad necesarios, y designar a los responsables de su preparación y aprobación.
5. Establecer los planes anuales de auditorías internas de la Calidad.
6. Efectuar el seguimiento del plan de mejoramiento continuo de la calidad.
7. Asegurar los medios necesarios para la ejecución del PAMEC.

- **Líder de Calidad**

Las funciones y responsabilidades de la auditora son:

1. Coordinar operativamente la implementación y desarrollo del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC).
2. Manejar y controlar los documentos del Sistema de gestión de la Calidad que hayan sido aprobados y que requieran ser distribuidos.
3. Socializar la información relativa a las conclusiones obtenidas en las reuniones del Comité de calidad y seguridad en la atención.
4. Promover y mantener operativos los documentos del Sistema de gestión la Calidad.
5. Realizar la programación de las actividades de auditoria semestral y anual.
6. Revisar los informes de calidad y el plan de mejoramiento continuo de la calidad presentado por cada uno de los coordinadores de área y presentar a la dirección ejecutiva las recomendaciones generales que deben ser incluidas en el plan de mejoramiento.
7. Recolectar y consolidar con la periodicidad requerida, cada uno de los indicadores de calidad y realizar su respectivo seguimiento.
8. Realizar los reportes periódicos requeridos en los programas de Farmacovigilancia,

	PAMEC 2022	FECHA EMISION	02/05/2022
		VERSION	01
		PAGINA	14

tecnovigilancia y reactivovigilancia.

9. Vigilar el cumplimiento de plan de mejoras establecidos en las auditorías internas y externas.
10. Realizar el seguimiento a los planes de mejora definidos por cada área

- **Servicio de información y atención al usuario (SIAU)**

Es una herramienta diseñada para el mejoramiento de la calidad tomando como fuente la información del usuario mediante la encuesta de satisfacción, el proceso de quejas, reclamos y sugerencias (PQR), la asociación de usuarios y la promulgación y cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios.

Las funciones del coordinador del SIAU:

1. Divulgar las normas legales que fundamentan la creación del servicio de información y atención al usuario en todas las instancias administrativas y asistenciales.
2. Servir como herramienta de gestión y control de la calidad en la atención.
3. Implementar sistemas internos de promulgación y cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios.
4. Fortalecer el mejoramiento en la gestión organizacional y toma de decisiones.
5. Ejecutar el proceso de sugerencias, quejas y felicitaciones (PQR) y generar los indicadores respectivos.
6. Ejecutar el proceso de encuesta de satisfacción del usuario y generar los indicadores respectivos.

12. POLITICA DE ATENCION HUMANIZADA

Para ODONTOLOGIA LASER, es de gran importancia contar con un enfoque orientador de sus servicios hacia la humanización; teniendo claro que el talento humano es el pilar fundamental dentro de su direccionamiento y en base a esto se crea la necesidad de buscar conductas que impacten positivamente en el crecimiento personal y profesional de cada uno, fomentando los valores definidos en la plataforma estratégica, direccionando su labor hacia una prestación con calidad y calidez acorde a las expectativas del usuario.

13. POLITICA DE SEGURIDAD

El equipo referente o funcional de Seguridad del Paciente, es el responsable de la formulación de la siguiente política de seguridad del paciente:

FECHA EMISION	02/05/2022
VERSION	01
PAGINA	15

La política de Seguridad del Paciente tiene como objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con una institución segura.

ODONTOLOGIA LASERestablece e implementa procedimientos, instrumentos, planes, actividades y recursos que minimicen los riesgos, incidentes y eventos adversos, para contribuir a la creación de un ambiente seguro para el paciente, su familia, el equipo asistencial y administrativo, y el entorno.

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestra institución.

1.1 Objetivos de la Política de Seguridad del Paciente

- Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura
- Disminuir el riesgo en la atención en salud brindada a los pacientes.
- Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
- Coordinar los diferentes niveles de la organización (estratégico, táctico y operativo) de la institución en la implementación del Programa de Seguridad del Paciente, con el fin de mejorar la seguridad del paciente en los procesos de atención en salud que se realicen en la institución.
- Homologar la terminología a utilizar en la institución.
- Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.

1.2 Principios Orientadores de la Política de Seguridad del Paciente

Enfoque de atención centrado en el usuario: El usuario es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente que se realicen en la institución.

Cultura de Seguridad. El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente debe darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre

pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de la alta dirección facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.

Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La política de seguridad del paciente es transversal a todos sus componentes, lo cual quiere decir que para garantizar una atención segura se deben cumplir los estándares del Sistema Único de Habilitación, se den hacer el seguimiento a los Riesgos identificados en la Atención en Salud en los diferentes servicios de la institución, se debe medir los indicadores de obligatorio cumplimiento relacionados con Seguridad del Paciente que apliquen a la institución según la Resolución 256 de 2016.

Multicausalidad. El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales, el personal de todos los niveles de la institución y los pacientes. Así mismo, la aseguradora con la gestión de los procesos que corresponden para garantizar una atención oportuna y segura de los pacientes.

Validez. Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.

Alianza con el paciente y su familia. La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.

Alianza con el profesional de la salud. La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.


14. METODOLOGIA PAMEC

De acuerdo con los "Lineamientos del Ministerio de Protección Social", el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) debe ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación y además para la IPS teniendo en cuenta los siguientes componentes:

- **Identificación y seguimiento a eventos adversos trazadores**

Estos impactan la calidad en la atención; la IPS cuenta con el proceso de reporte y gestión del evento adverso.

- **Auditoría de la atención al usuario**

	PAMEC 2022	FECHA EMISION	02/05/2022
		VERSION	01
		PAGINA	17

El direccionamiento del ministerio de la protección social ha sido definir y medir la calidad con enfoque en el usuario, motivo por el cual establecemos mecanismos claros y sistemáticos para evaluar la satisfacción del cliente en la prestación de los servicios. Es indispensable entonces conocer la satisfacción del usuario por medio de la encuesta de satisfacción y el proceso PQR.

- **Auditorías de control**

Como se describió anteriormente, se tendrán diferentes niveles de auditoria; interna, externa y de autocontrol, realizada por los mismos coordinadores de área y en las cuales se evaluarán procesos, se capacitará al equipo y se motivará para efectuar los cambios requeridos.

15. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

A. RUTA CRITICA

Para la implementación de PAMEC, se partió de un análisis de la misión, visión, valores corporativos y políticas institucionales.



En la Ruta Crítica se identificamos nueve pasos para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad; hemos además simplificado la ruta correlacionada con 4 grandes pasos de Planear, Actuar, Revisar y ajustar.

- **Planear:** Identificación de las metas (Qué), definición de los medios o maneras de alcanzarlas (Cómo) y definición de los tiempos (Cuando).
- **Actuar:** Ejecución de lo planeado; capacitación del personal para cumplir las metas (Quien) y recolección de datos (Cómo).

	PAMEC 2022	FECHA EMISION	02/05/2022
		VERSION	01
		PAGINA	19

- **Revisar:** Verificación y análisis de los resultados.
- **Ajustar:** Estandarización o modificación de los procesos de acuerdo a los resultados obtenidos.

	MANUAL DE PAMEC 2022	VERSIÓN	01
		FECHA VERSIÓN	02/05/2022
		PAGINA	1

B. CRONOGRAMA DEL PAMEC 2021 -2022

CRONOGRAMA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC ODONTOLOGIA LASER2021 - 2022

QUÉ	QUIEN	FECHA		DÓNDE	POR QUÉ	CÓMO
		INICIO	FINAL			
1. Autoevaluación	Gerente - Comité de Calidad. Asesora Externa	Mayo 2022	Mayo 2022	ODONTOL OGIA LASER	Con el fin de trabajar los estándares para el cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente, identificación de fallas de calidad, aspectos relevantes y que son susceptibles de mejoramiento.	Utilizando los estándares de la circular 012, para realizar la autoevaluación con base en la ruta crítica del PAMEC de la practica segura seleccionada..
2. Selección de procesos a mejorar	Gerente - Comité de Calidad. Auditoría	Junio 2022	Junio 2022	ODONTOL OGIA LASER	Porque son objeto de mejoramiento y la base para elaborar los planes de mejoramiento.	Utilizando la matriz de priorización.
3. Priorización de procesos	Gerente - Comité de Calidad	Junio 2022	Junio 2022	ODONTOL OGIA LASER	Porque se requiere definir los procesos criticos asistenciales a intervenir que afectan al usuario	Definiendo jerarquización para la intervención.
4. Definición de la calidad esperada	Gerente - Comité de Calidad	Junio 2022	Junio 2022	ODONTOL OGIA LASER	Para tener claridad en los seguimiento	Utilizando instrumentos para monitorear y hacer seguimiento a los resultados.
5. Medición inicial del desempeño de los procesos	Gerente - Comité de Calidad	Julio 2022	Julio 2022	ODONTOL OGIA LASER	porque se debe estar Compilando la información para conocer la calidad observada	Por medio de los indicadores.
6. Plan de acción para procesos seleccionados	Gerente - Comité de Calidad. Encargada Gestión.	Julio 2022	Dic 2022	ODONTOL OGIA LASER	Identificación de necesidades de intervención y mejoramiento	Actualización del mapa de procesos y definición de listado de procesos seleccionados.
7. Ejecución del plan de acción	Gerente - Comité de Calidad. Encargada Gestión.	Julio 2022	Dic 2022	ODONTOL OGIA LASER	Porque de debe establecer los planes de acción que permitan solucionar las fallas de calidad detectadas	Con la información generada de las etapas anteriores.

		MANUAL DE PAMEC 2022				VERSIÓN	01
						FECHA VERSIÓN	02/05/2022
						PAGINA	1
8. Evaluación del mejoramiento	Gerente - Comité de Calidad. Encargada Gestión.	Dic 2022	Dic 2022	ODONTOL OGIA LASER	Porque se requiere evidencia de las acciones de mejora de los planes formulados y su seguimiento mediante auditorías internas.	con la documentación de la ejecución de las acciones formulados para alcanzar la calidad esperada, autocontrol y auditoría interna. Semaforización del cumplimiento de los planes de mejoramiento.	
9. Aprendizaje Organizacional	Gerente - Comité de Calidad. Encargada Gestión.	dic-22	dic-22	ODONTOL OGIA LASER	Porque se requiere estandarizar las acciones de los procesos.	con los protocolos, guías o procedimientos adoptados para el servicio.	
10. Seguimiento de indicadores	comités	Dic 2022	Dic 2022	ODONTOL OGIA LASER	Porque se requiere seguimiento de la medición y su tendencia	con los indicadores de medición frente a la calidad esperada	

C. AUTOEVALUACION

Para el desarrollo de la autoevaluación, se realizó la conformación del equipo de trabajo integrado por la Gerente, líder de calidad, coordinadora administrativa y SIAU; reciben capacitación del proceso y evalúan los estándares asignados de acuerdo a la Norma **Técnica de Buenas Prácticas para la Seguridad de los Pacientes** en la Atención en Salud; en los aspectos definidos:

ENFOQUE (sistematicidad y amplitud, proactividad y ciclo de evaluación y mejoramiento),
IMPLEMENTACIÓN (Despliegue en la institución y despliegue al cliente interno y/o externo)
RESULTADOS (Pertinencia, consistencia, avance de la medición, tendencia y comparación).

D. SELECCION DE PROCESOS

Se identifican los procesos que son susceptibles de intervenir; se identifica la relación con el mapa de procesos.

E. PRIORIZACION DE PROCESOS

Se elabora una matriz de priorización con los siguientes criterios de priorización:

	MANUAL DE PAMEC 2022	VERSIÓN	01
		FECHA VERSIÓN	02/05/2022
		PAGINA	1

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

Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.

Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

Volumen: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Después de evaluar cada estándar con los criterios mencionados, se multiplican los tres entre sí y da como resultado un valor que se ubica en la siguiente escala de priorización:

INDICADOR	VALOR	RANGOS DE PRIORIZACIÓN
NIVEL DE PRIORIDAD	80 - 125	NO ACEPTABLE
Fórmula de Cálculo.	21 - 79	MODERADO
RIESGOxVOLUMENxCOSTO	1 - 20.	ACEPTABLE

	MANUAL DE PAMEC 2022	VERSIÓN	01
		FECHA VERSIÓN	02/05/2022
		PAGINA	1

F. DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA

La IPS define que su calidad esperada estará basada en los requerimientos de cumplimiento de indicadores exigidos por los indicadores requeridos en la Resolución 256 de 2016; además de estándares superiores a los definidos en el proceso de priorización y al definir la ficha técnica de indicadores para aquellos no requeridos por los entes de control.

La misma norma técnica de buenas prácticas para la seguridad de los pacientes en la atención en salud, nos está definiendo estándares superiores de calidad; y es por esto, que hemos decidido enfocar nuestro PAMEC en este sentido.

A partir de los procesos seleccionados como prioritarios, se define el nivel de calidad esperado a lograr en el proceso. Esto significa que establecemos un estándar superior para cada proceso.

De igual manera se deben definir los instrumentos de monitoreo y los indicadores; estos deben tener una estructura mínima, la cual se consigna en una ficha técnica que debe incluir una descripción, un numerador y denominador, una meta de cumplimiento y unos rangos de calificación individuales.

G. MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO

El equipo de trabajo planea el procedimiento de auditoría inicial, estableciendo los objetivos, las técnicas a aplicar, la identificación de las fuentes de información, los instrumentos para captura de datos, el personal encargado y el cronograma.

Se realizará un registro inicial para cada uno de los indicadores además de un informe general de los hallazgos en la auditoría.

Toda esta información será el punto de partida para el seguimiento en el tablero de control de indicadores de calidad.

	MANUAL DE PAMEC 2022	VERSIÓN	01
		FECHA VERSIÓN	02/05/2022
		PAGINA	1

H. FORMULACION, EJECUCION Y EVALUACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

De acuerdo a los hallazgos que se encuentren en la auditoría, que mide el desempeño inicial de los procesos asistenciales o misionales, se establecen las brechas entre la calidad actual y la esperada; estas se constituyen en el punto fundamental para la generación de los planes de acción de mejoramiento, conducentes a reducirlas en el corto, mediano o largo plazo, de acuerdo con los alcances propuestos o la magnitud de las brechas detectadas.

Para la formulación de los planes de mejoramiento se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Identificar el problema, definirlo concretamente y su grado de importancia.
- Observar las características del problema, teniendo en cuenta puntos de vista de diferentes personas involucradas en el proceso.
- Establecer las causas fundamentales del problema.

En el procedimiento de elaboración de los Planes de mejoramiento, toma de Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora se muestran los pasos a seguir para la descripción, análisis de causas y posibles soluciones; para la elaboración de los planes de mejora se utilizará la metodología 5W - 1H

- 1S por parte de los coordinadores de área con apoyo del líder de calidad

Una vez elaborado el plan de mejora, se debe iniciar la ejecución de las actividades definidas de acuerdo al tiempo determinado y con las respectivas auditorías detalladas anteriormente; dejando evidencia de las actividades realizadas.

Otra herramienta de apoyo para la ejecución de los planes de mejora y auditoría de los procesos por áreas, son los comités institucionales, los cuales deben:

- Estar claramente definidos en su organización, periodicidad, estrategias y metas.
- Tener claramente definidos sus integrantes.
- Precisar su alcance, propósito y responsabilidades.
- Definir los métodos para la documentación y avances (actas).

Los comités que funcionan y definidos por norma, son:

- Comité de calidad y seguridad en la atención.

	MANUAL DE PAMEC 2022	VERSIÓN	01
		FECHA VERSIÓN	02/05/2022
		PAGINA	1

- Comité de historias clínicas.
- Comité Administrativo de Gestión ambiental y sanitaria.
- Comité de seguridad del paciente.
- Comité Fármaco y tecnovigilancia.

Debe haber inter relación entre todos los comités, reportando al coordinador de calidad cuando se detecten problemas que puedan impedir el logro de las metas propuestas, los integrantes del debe actuar oportunamente, esto es, identificar las causas y establecer las registrarlas en los Planes de mejora. Se les debe dar el empoderamiento necesario para la toma de decisiones de acuerdo al proceso a que corresponda.

Una vez detectados los problemas de calidad se realiza la formulación del plan de mejoramiento para lo cual se definió un formato de plan de mejoramiento que contiene la información básica, período evaluado, fecha de formulación del plan de mejoramiento, persona responsable, nombre del proceso, problema identificado, objetivo, causas que generan el problema, actividades a realizar para bloquear las causas, personas responsables de la ejecución de las actividades, cronograma de aplicación con fechas claras de cumplimiento e indicadores para medir los avances en el cumplimiento de las metas. Se procedió a definir la forma como se realizará el seguimiento a la ejecución del plan de mejoramiento establecido y el formato para reporte del mismo.

I. EVALUACION DE RESULTADOS

El comité de calidad y seguridad en la atención realizará la evaluación final de los resultados obtenidos con la ejecución de los planes de mejora y la evaluación de los indicadores de calidad previamente definidos y consolidados en el tablero de control. De acuerdo a esto tomará las decisiones respectivas a seguir.

J. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

El aprendizaje organizacional se refiere a la toma de decisiones definitivas, la elaboración de estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico, para buscar que se produzca disminución de la brecha entre la calidad esperada y la observada. En este punto, el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo.

	MANUAL DE PAMEC 2022	VERSIÓN	01
		FECHA VERSIÓN	02/05/2022
		PAGINA	1

El proceso operativo del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) de ODONTOLOGIA LASER estará descrito en el documento MATRIZ PAMEC 2022.