
**EVALUACION, DIAGNOSTICO Y PLAN DE MEJORA AREA DE
ODONTOLOGIA SALUVIG IPS**

**ÁLVARO FERNANDO ALVAREZ FERNANDEZ
CARMEN ELENA RODRIGUEZ OLIVERA
CLAUDIA MARIA RESTREPO MEDINA**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE – CECAR
VICERECTORIA DE POSGRADO Y EXTENSION
GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
SINCELEJO SUCRE
2015**

**EVALUACION, DIAGNOSTICO Y PLAN DE MEJORA AREA DE
ODONTOLOGIA SALUVIG IPS**

**ÁLVARO FERNANDO ALVAREZ FERNANDEZ
CARMEN ELENA RODRIGUEZ OLIVERA
CLAUDIA MARIA RESTREPO MEDINA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista
en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud**

**Asesora
CILIA YANETH GOMEZ CAMACHO
Magister en Administración Pública**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DEL CARIBE – CECAR
VICERECTORIA DE POSGRADO Y EXTENSION
GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SALUD
SINCELEJO SUCRE
2015**



Nota De Aceptación

Director

Evaluador 1

Evaluador 2

Sincelejo, 10 de julio de 2015

DEDICATORIA

A Dios.

Por habernos permitido llegar a este punto y habernos dado la salud para lograr los objetivos, además por su infinita bondad y amor.

A La Vida.

Por regalarnos la oportunidad de ver llegar este día. Por permitirnos alcanzar un peldaño más en el largo camino hacia el éxito.

A La Familia.

Por ser ese apoyo incondicional y ese manantial de FE que nos reconforta siempre.

AGRADECIMIENTOS

A La Corporación Universitaria Del Caribe Cekar, por abrir sus puertas a un grupo de soñadores que creyeron que si era posible avanzar y crecer día a día personal y profesionalmente.

Y en especial a usted: **DRA CILIA JANETH GÓMEZ CAMACHO** por ser nuestra **MAESTRA.**

Por tener la paciencia de una madre al corregirnos.

Por llevarnos paso a paso a culminar nuestra investigación.

Por colocar sus valiosos conocimientos a nuestra disposición.

Por halarnos las orejas cuando fue necesario.

Por esto y por mucho más Gracias Dra. Cilia Gómez, Dios y la vida le bendigan.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	
1. ESTADO DEL ARTE	12
1.1 ANTECEDENTES.....	12
1.2 MARCO TEORICO	15
1.3 MARCO CONCEPTUAL.....	25
1.4 MARCO LEGAL.....	30
2. METODOLOGIA	38
2.1 TIPO DE ESTUDIO – ENFOQUE	38
2.2 POBLACION Y MUESTRA.....	38
3. RESULTADOS	39
DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSION.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47
ANEXOS.....	48

RESUMEN

La presente investigación buscó evaluar la atención de consulta externa enfocada al área de odontología de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) SALUVIG IPS de San Jacinto- Bolívar a la luz de los requisitos establecidos para la habilitación de Servicios de Salud por la Resolución 2003 de 2014 en su componente de autoevaluación de los servicios, donde se encontró que el área de odontología no cuenta con: un área de esterilización independiente, un lavamanos para uso del profesional y la división establecida entre área de entrevista y la zona de procedimientos.

Esta investigación se realizó durante un periodo aproximado de siete meses directamente en la IPS y se contó con la colaboración del odontólogo, la auxiliar y el área administrativa de la entidad, que proporciono los medios necesarios para desarrollar a cabalidad las actividades programadas en la investigación.

Basado en los hallazgos de auditoría se realizó el plan de mejoramiento que busca garantizar la calidad del servicio auditado; para ello se trazaron directrices que involucran el área asistencial y administrativa de la entidad.

Palabras Clave: habilitación, calidad, autoevaluación, servicio.

ABSTRACT

The present study sought to evaluate the patient consultation focused area dentistry Lending Institution of Health Services (IPS) IPS SALUVIG San Jacinto Bolivar in the light of the requirements for the qualification of Health Services by Resolution 2003 2014 in its self-evaluation component services , where it was found that the area of dentistry lacks : an area separate sterilization, a sink for use by professional and division established between interview area and the area of procedures.

This research was conducted over a period of approximately seven months directly into the IPS was counted with the collaboration of the dentist , the assistant and the administrative area of the company, I provide the means to develop fully the activities in the investigation.

Based on the audit findings improvement plan that seeks to guarantee the quality of audited serviced; for that guidelines involving the care and administrative area of the body were drawn.

Keywords: empowerment, quality, self-assessment service.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en Colombia, cuando se acude a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, la expectativa que se tiene es tener acceso a procedimientos de la más alta calidad realizados por personal competente y altamente calificado, que pueda satisfacer las necesidades de cada paciente brindando atención oportuna, confiable, personalizada e integral, no obstante se presentan falencias originadas en gran parte al incumplimiento de las disposiciones de carácter estructural establecidas por la Normatividad Vigente, lo cual ha conllevado a incluir en un marco Legal instrumentos que orienten la generación de mecanismos de calidad en las Entidades prestadoras de Salud.

Por lo anteriormente descrito, la reglamentación colombiana establece que las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud tienen el compromiso y la responsabilidad de brindar al paciente, a su familia y a la población en general servicios de salud oportunos y de óptima calidad, para lo cual las IPS en Colombia deben cumplir con las pautas fundamentales para lograr el funcionamiento de un establecimiento de salud en donde se incluyan: un recurso humano competente, calificado y éticamente comprometido con la salud de los pacientes y con el servicio que se presta, con la infraestructura adecuada, tecnología que apoye el diagnóstico confiable del paciente y además que permita brindar un tratamiento adecuado al paciente, entre otros criterios que favorezcan siempre a los pacientes en cuanto a un servicio eficiente, eficaz, seguro, oportuno y de calidad.

El Sistema Único de Habilitación que está comprendido dentro de la Resolución 2003/2014, la cual da la pauta principal para el funcionamiento y establece las condiciones mínimas que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios.

Este proceso es de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones de salud (Hospitales, Clínicas, Centros médicos, Laboratorios Clínicos), el cual establece las normas, lineamientos y procedimientos mediante los cuales se implementa, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de los requerimientos mínimos necesarios de capacidad tecnológica, científica, de infraestructura y capacidad técnico-administrativa requeridos para prestar un servicio seguro que favorezca la oportunidad, el acceso y la salud de la población en general.

El proceso de Habilitación le implica a una Institución Prestadora de Servicios de Salud la generación de estrategias de calidad y mejoramiento continuo en donde los procesos sean auditados, medibles y ajustables para cubrir varios ámbitos que puedan afectar de una manera u otra los servicios prestados.

La Habilitación exige un alto nivel de cumplimiento y seguimiento de los procesos, favorece el trabajo en equipo y obliga hacer una evaluación interna de cada Institución de manera objetiva, con el fin de establecer planes de acción que incluyan medición de procesos y seguimiento con el objeto de trabajar en pro del mejoramiento continuo.

El presente trabajo se desarrolló en el Municipio de San Jacinto Bolívar en SALUVIG IPS de primer nivel de atención, la cual cuenta con 663 usuarios pertenecientes al régimen especial del magisterio, ofrece servicios de consulta externa, odontología, medicina, laboratorio clínico, fisioterapia, enfermería y farmacia. Esta IPS se encuentra ubicada en el barrio centro del municipio y cuenta en general con una de las mejores infraestructuras del municipio.

El área de odontología cuenta con un profesional y un auxiliar, diariamente se atiende de acuerdo a la población 6 pacientes y la oportunidad está en un día, cuenta con el instrumental y materiales de excelente calidad para la prestación del servicio, los equipos utilizados se encuentran a la vanguardia de la tecnología, solo se evidencia falencias estructurales del área, las cuales se hicieron evidentes a través del proceso de auditoría y son el principal inconveniente para la habitación del servicio.

El trabajo de auditoria realizado tenía como propósito general aplicar todos los criterios de evaluación para identificar aquellas condiciones que pudiesen impedir la habitación del servicio.

Se alcanzaron los siguientes objetivos: **1.** Realizar el proceso de autoevaluación con los criterios de norma **2.** Establecer la percepción del servicio recibido con criterio de habitación y con una encuesta aplicada a una muestra de pacientes **3.** Diseñar e Implementar un plan de mejora dirigido al área de servicio de odontología y **4.** Implementar programas de mejoramiento continuo para incrementar los niveles de eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos de la Institución construyendo así una política de calidad de servicio.

1. ESTADO DEL ARTE.

1.1. Antecedentes.

SALUVIG IPS es una empresa relativamente joven, con 4 años dedicada a la prestación de servicios de salud, los cuales han ido marcando paso a paso el desarrollo de la misma en cada uno de sus componentes, la Institución ha procurado estar en un proceso de mejora continua siempre pensando en el bienestar de sus usuarios. En este proceso ha contado con la participación de un grupo multidisciplinario y comprometido con la empresa, para lograr sus objetivos estratégicos.

En relación con la infraestructura de la empresa, esta cuenta con una sede muy bien ubicada y con acabados modernos, una sede que brinda total bienestar a sus pacientes, pero como toda obra no asesorada por un arquitecto conocedor de las condiciones básicas de habilitación no cumple con muchas de las disposiciones establecidas en la norma y esto ha repercutido directamente en área de odontología, razón por la cual hasta el momento no se cuenta con el logo distintivo de habilitación.

La normatividad en Colombia es clara, como lo establece el Sistema Obligatorio de Garantía De La Calidad y específicamente el Sistema Único de Habilitación en su Resolución 2003 del 2014 la cual expresa:

Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud.
“Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema

Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones:

1. Capacidad Técnico-Administrativa.
2. Suficiencia Patrimonial y Financiera.
3. Capacidad Tecnológica y Científica.”

Otro aspecto de vital importancia contemplado en la norma está relacionado con el proceso de autoevaluación, la cual consiste en la verificación que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilidadación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador, son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación.

La autoevaluación deberá realizarse en los siguientes momentos:

1. De manera previa a la inscripción del prestador y habilitación del o los servicios.
2. Durante el cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial del prestador y antes de su vencimiento.
3. Antes del vencimiento del término de renovación anual de la inscripción de que tratan los incisos segundo y tercero del artículo 9 de la presente resolución.
4. De manera previa al reporte de las novedades señaladas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilidadación de Servicios de Salud, adoptado con la presente resolución.
5. En cualquier momento antes del 30 de septiembre de 2014, para renovar la habilitación por un año más, para los prestadores que les aplique el artículo 11 de la presente resolución.

Parágrafo. Cuando el prestador realice la autoevaluación y evidencie el incumplimiento de una o más condiciones de habilitación, deberá abstenerse de registrar, ofertar y prestar el servicio.

Es de vital importancia tener claridad de las condiciones básicas establecidas en la presente norma así como tener presente la severidad de las sanciones en caso de incumplimiento, se debe tener presente cada uno de los aspectos expuestos en la resolución 2003 del 2014 para que esta herramienta se convierta en nuestra mano derecha a la hora de resolver un problema tan importante como la no habilitación del servicio de odontología de la IPS SALUVIG.

1.2 Marco Teórico.

“La garantía de la calidad en los servicios asistenciales se define como todas las acciones planificadas y sistemáticas necesarias para que los servicios ofrecidos a los usuarios en las áreas asistenciales logren el mayor beneficio con el mínimo de riesgo, dados los recursos con que cuenta la institución”. (AVEDIS DONABEDIAN).

Orígenes del Concepto de Calidad.

Florence Nightingale en el Barrack Hospital durante la guerra de Crimea (1854), cuando ella y sus enfermeras llegaron al hospital, la tasa de mortalidad de los pacientes ingresados era del 32%. Después de seis meses de aplicar su innovador sistema de cuidados la tasa de mortalidad había descendido aproximadamente al 2%.

Informe Flexner (1910) encargado por la Fundación Carnegie que se realizó a partir de una revisión y encuestas a las escuelas médicas de los Estados Unidos basadas en los sistemas de práctica de las facultades de medicina alemanas. El informe ponía de manifiesto la falta de estandarización de los estudios médicos, la deficiente formación de algunos profesionales y la necesidad de introducir importantes reformas tanto en lo que refiere a la propiedad de las

escuelas de medicina como al contenido de los estudios. Como resultado de la aplicación de este informe se reorientó la enseñanza y se cerraron un importante número de facultades de medicina en los Estados Unidos.

“Todo hospital debería realizar un seguimiento de cada uno de los pacientes que trata durante el tiempo suficiente para saber si el tratamiento ha sido positivo y si no lo ha sido averiguar las razones” Codman, pudo introducir criterios de evaluación de resultados en la valoración individual de los candidatos a miembros del College (1914).

Indicios de Acreditación.

Criterios de la atención sanitaria de calidad. Lee y Jones. Años 30.

1. La buena atención médica se limita a la práctica de la medicina racional basada en la ciencia médica.
2. La buena atención médica enfatiza la prevención.
3. La buena atención médica requiere la cooperación inteligente entre el público y los profesionales que practican una atención científica.
4. La buena atención médica trata al individuo como un todo.
5. La buena atención médica mantiene una relación estrecha y continuada entre el médico y el paciente.
6. La buena atención médica se coordina con el trabajo social.
7. La buena atención médica coordina todo tipo de servicios médicos.
8. La buena atención médica implica la aplicación de todos los servicios necesarios de la medicina moderna y científica a las necesidades de todas las personas.

Paul Lembecke cirujano de la John Hopkins University Medical School desarrolló un nuevo método para evaluar la Calidad: el audit médico.

El programa de Acreditación de Hospitales seguía su crecimiento, de forma que en 1951 revisaba 3.290 centros y era financiado exclusivamente con fondos del American College of Surgeons. Por ello, dada la imposibilidad de abordar un proyecto tan ambicioso, en 1952 los cirujanos se unieron al American College of Physicians, American Medical Association, Canadian Medical Association y la American Hospital Association para formar la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (posteriormente se denominó Joint Commission on Accreditation of Health Organizations).

En 1970 los aportes clásicos de Donabedian y Palmer sobre la definición y naturaleza de los estudios de Calidad. La aportación de Heather Palmer sobre las dimensiones de la Calidad influyó de forma decisiva en la conceptualización de esta disciplina.

En 1983 los estados miembros de la OMS en su sección europea, organizaron un grupo de trabajo cuya responsabilidad fue el diseño de una estrategia para la introducción de la garantía de la Calidad en los sistemas sanitarios; las autoridades sanitarias, los profesionales de la salud, la comunidad científica y los usuarios.

La filosofía de la calidad, aporta una concepción global que fomenta la mejora continua en la organización e involucra a todos sus miembros, centrándose en la satisfacción del cliente.

La Ley 100 de 1993 crea en Colombia el Sistema de Seguridad Social Integral, el cual está conformado por cuatro subsistemas que son: Sistema General de Pensiones, Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sistema General de Riesgos Profesionales y Servicios Sociales Complementarios.

El segundo libro establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual desarrolla fundamentos, determina funcionamientos, normas y control para su aplicación. Dentro de este libro se crea el Sistema Obligatorio Garantía de calidad.

Dentro del Sistema Obligatorio Garantía de Calidad se encuentra el Sistema de Habilitación que plantea la exigencia de procesos internos de auditoría que garanticen la calidad dentro de las instituciones de salud.

En 1993, con la organización del Sistema de Seguridad Social en Salud, se establece la calidad como uno de los principios rectores, y se ordena la definición del Sistema de Garantía de Calidad mediante el Decreto 1011 de 2006, donde se incorpora el concepto de habilitación para la prestación de servicios de salud, como una serie de estándares de obligatorio cumplimiento por parte de las IPS.

En el sector salud se hace importante hablar del Sistema Único de Habilitación como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB). (Ministerio de la protección social Decreto 1011 de 2006).

Por lo anterior, el decreto 1011 de 2006 establece que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud 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.

El Ministerio de la Protección Social, con respecto a las guías en medicina basada en la evidencia no da una guía como referente obligatoria porque cada institución es responsable de su elaboración y aplicación conforme a sus características propias.

Cuando se habla de Medicina, basada en la evidencia, precisamente se está haciendo referencia a la aplicación de conocimientos validados por la literatura científica y aplicada a la funcionalidad de las instituciones.

La implementación del artículo 20 del Decreto 1011 de 2006, estableció: "Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación".

El Sistema Único de Habilitación es un componente que claramente está dirigido a proteger al paciente de riesgos que se deriven de la prestación de servicios en condiciones inadecuadas, el artículo 6° del Decreto 1011 lo define como: "El conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el

cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB".

Responsabilidades del Estado Colombiano.

- Proteger la vida, los derechos a la seguridad social y a la salud.
- Organización, dirección y reglamentación de los servicios públicos de atención de la salud y saneamiento ambiental.
- Ejercer la vigilancia y control de la prestación de servicios de salud.
- Regular el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad.
- Regular la información que debe suministrarse al público en su comercialización.

El sistema de habilitación, es un facilitador del incentivo legal para la calidad de la atención en salud, es un componente obligatorio del Sistema de Garantía de Calidad y constituye la herramienta para autorizar la permanencia de los prestadores de servicios de salud.

La habilitación le permite a las clínicas y demás entidades prestadoras de salud, obtener un alto estándar en donde todos los factores son de igual importancia. Exige un alto nivel de cumplimiento y seguimiento de los procesos, fortalece el trabajo en equipo y obliga a mirar hacia adentro de las organizaciones de manera objetiva, establecer planes de acción con medición y seguimiento siempre buscando el mejoramiento continuo.

Actualmente la guía maestra para la realización de un correcto proceso de habilitación está basada en la resolución 2003 del 2014 la cual tiene por objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el Manual de habilitación que deben cumplir:

- a) las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud,
- b) los Profesionales Independientes de Salud,
- c) los Servicios de Transporte Especial de Pacientes, y
- d) Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

Es importante resaltar el proceso de AUTOEVALUACION inmerso en la presente resolución ya que este permite constatar que el prestador cumpla con las condiciones básicas establecidas en la normatividad vigente.

Es importante resaltar que los procesos de habilitación en salud se convierten entonces, en un componente fundamental para mejorar la prestación de servicios por parte de las entidades prestadoras de salud, teniendo por justificación el mejoramiento de las condiciones de salud y de satisfacción de los usuarios, tratando de identificar y exceder las expectativas y necesidades de los mismos, así como también las de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad en general.

Modificaciones Principales a la Resolución 1043 de 2006 Mediante Resolución 1441 del 2014.

- Se define que la Dirección Departamental o Distrital debe tener disponible en la página WEB el aplicativo WEB del Registro Especial de Prestadores – REPS del Ministerio de Protección Social.
- Se definen las condiciones de inscripción, registro, autoevaluación y actualización de información utilizando los medios virtuales dispuestos por las Direcciones Departamentales o Distritales de Salud. Se retira la obligatoriedad de presentar durante la inscripción para la habilitación el programa de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad- PAMEC.
- Se define visita previa a las nuevas Instituciones prestadoras de Servicios de Salud y servicios de alta complejidad (Unidades de cuidado intensivo, trasplantes, nefrología diálisis renal, hospitalización grado alto de complejidad).
- Se deja obligatoriedad de presentación de novedades de manera presencial solo para algunas novedades. Las demás se actualizarán en forma automática con el diligenciamiento en línea de la novedad y no requerirán la entrega personal por parte del prestador.
Se define que el proceso de administración de distintivos está a cargo de las Entidades Departamentales o Distritales de salud.
- Se define que el incumplimiento de las condiciones de habilitación encontrado durante la verificación del prestador único de la región, que dé lugar a cierre de servicios, obliga a las Entidades Departamentales o Distritales de Salud, en conjunto con el prestador, a elaborar en forma inmediata, el plan que garantice la prestación de servicios en la zona y el cumplimiento de las condiciones de habilitación del prestador.

- Se definen las transitoriedades de las especificaciones de la norma en cuanto a tiempos se refiere.

Modificaciones Principales a la Resolución 1441 del Año 2013.

Las modificaciones realizadas a la Resolución 1441 del 2013 dieron origen a la Resolución 2003 del 2014, se realizaron correcciones ortográficas y de contenido obteniendo los siguientes apartes.

- Se debe tener un sistema organizado que garantice la seguridad del paciente de ser un tema exclusivo para acreditación y se convierte en requisito de habilitación.
- En relación al proceso de habilitación se pide que todos los prestadores inscritos en el REPS deben actualizar su portafolio de servicios por única vez y posteriormente subir su autoevaluación vía web. En caso de no realizarse se cancela inscripción, se inhabilita para contratar, se pierde la antigüedad.
- Si es IPS requiere visita de REACTIVACION para verificar y decidir sobre la inscripción, si se trata de un servicio en particular se inactiva.
- Para el área de odontología que es de nuestro interés se exige un área de esterilización independiente.
- Los prestadores antiguos deben realizar una autoevaluación anual.
- Se debe realizar autoevaluación previo al reporte de novedades.
- La vigencia de la habilitación para prestadores nuevos será de 4 años y de un año en el caso de ser prestadores antiguos.

1.3 Marco Conceptual.

Para la presente investigación se asume los conceptos emitidos por el sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la Atención en Salud de Colombia:

La Calidad de la Atención en Salud como “...la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” y define sus Características así:

- *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.
- *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 metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden 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, 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. “En el último Decreto en mención se definieron como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes componentes.
- *La habilitación de IPS y EPS,* que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.
- *La Auditoría* para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada. La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Sistema de Información para la Calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud .El Ministerio de la Protección Social incluirá en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia .Objetivos del Sistema de Información para la Calidad. Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

- ✓ *Monitorear.* Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
 - ✓ *Orientar.* Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
 - ✓ *Referenciar.* Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
 - ✓ *Estimular.* Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.
-
- *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 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 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.

Sistema Único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

1.4 Marco Legal

La estructura legal del presente proyecto fue la siguiente:

- *En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política,* se estableció que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, Coordinación y control del Estado, que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia.
- *En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174,* derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.
- *Ley 715 de 2001.* Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357(Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Así mismo, en la Resolución 1474 de 2002 se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y se entrega los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

- *Decreto 2309 de 2002.* Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

- *La Resolución 1474 de 2002* reglamentó el Sistema Único de Acreditación en Salud como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC). Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002, en el que se dispone: “El 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.

- *Circular 030 De 19 De Mayo de 2006 Superintendencia Nacional de Salud.* Imparte instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud. El Sistema obligatorio de Garantía de Calidad ha definido los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud, y las EPS definidas en el artículo 181.de la Ley 100 de 1993, para generar, mantener y mejorar una provisión de servicios accesibles y equitativos con nivel profesional óptimo teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos y lograr la adhesión y la satisfacción de los usuarios.

- *Resolución 1446 de 2006* Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitorización. La resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:
 - Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

 - Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

- *Decreto 1011 de 2006.* Por el cual se establece es Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud. Este decreto aplica a todos prestadores de servicios de salud que operen en todo el territorio colombiano. Excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS-, o con Entidades Territoriales .SOGCS-. 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

Resolución 1043 del 3 de Abril de 2006 Ministerio de la Protección Social:

- *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" .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, en cuanto a:
 - ✓ *Capacidad tecnológica y científica.*

 - ✓ *Suficiencia Patrimonial y financiera.*

 - ✓ *Capacidad técnico-administrativa.*

Resolución 1441 del 2013:

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones.

- *Objeto y campo de aplicación:* La presente resolución tiene por objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación, así como adoptar el Manual de Habilitación que deben cumplir:
 - las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud,
 - los Profesionales Independientes de Salud.
 - los Servicios de Transporte Especial de Pacientes,
 - Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud.
- *Manual de habilitación.*

El Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud es el instrumento que contiene las condiciones mínimas para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con la condición de brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud.

Como consecuencia de lo anterior, el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud tiene por objeto definir:

- ✓ Los servicios de salud que pueden ofertar los prestadores de servicios de salud.
- ✓ Las condiciones de verificación para la habilitación.

- ✓ Los criterios de habilitación de los servicios de salud en el país.

Dado que el Sistema Único de Habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y a las condiciones en que éstos se ofrecen, mediante el cumplimiento obligatorio de requisitos y condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, para dar seguridad a los usuarios, la verificación de las condiciones de habilitación para los prestadores de servicios de salud, debe estar orientada hacia situaciones tangibles generadoras de riesgo, siempre sin exceder los estándares planteados en el presente manual, con el objetivo de no interponer barreras innecesarias a la prestación de los servicios de salud, toda vez que, las exigencias de habilitación están referidas a condiciones mínimas de estructura y procesos, para contribuir a mejorar el resultado en la atención.

Con el objeto de simplificar la comprensión y el manejo de los requisitos exigidos para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el país, el presente manual consolida en un único cuerpo documental los estándares de verificación y los procedimientos de habilitación. Adicionalmente, los estándares de habilitación se organizan a partir de los servicios, lo cual facilita la identificación de los requisitos exigidos al prestador de acuerdo con el servicio que se requiera habilitar.

- *Condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar servicios.* Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, deberán cumplir las siguientes condiciones:

1. Capacidad Técnico-Administrativa
 2. Suficiencia Patrimonial y Financiera
 3. Capacidad Tecnológica y Científica
- *Vigencia de la Habilitación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.* La vigencia de la habilitación será de 4 años a partir de la inscripción, vencido éste término se renovará automáticamente por periodos de un año, siempre y cuando realice la autoevaluación anual y ésta sea reportada en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), en las condiciones definidas en la presente resolución.

A partir de esta resolución se quita la obligatoriedad de presentar el Plan Anual de Mejora (PAMEC) al momento de la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Modificaciones Principales a la Resolución 1441 del Año 2013.

Las modificaciones realizadas a la Resolución 1441 del 2013 dieron origen a la Resolución 2003 del 2014, se realizaron correcciones ortográficas y de contenido obteniendo los siguientes apartes.

Se debe tener un sistema organizado que garantice la seguridad del paciente de ser un tema exclusivo para acreditación y se convierte en requisito de habilitación.

En relación al proceso de habilitación se pide que todos los prestadores inscritos en el REPS deben actualizar su portafolio de servicios por única vez y posteriormente subir su autoevaluación vía web. En caso de no realizarse se cancela inscripción, se inhabilita para contratar, se pierde la antigüedad.

Si es IPS requiere visita de REACTIVACION para verificar y decidir sobre la inscripción, si se trata de un servicio en particular se inactiva.

Para el área de odontología que es de nuestro interés se exige un área de esterilización independiente.

Los prestadores antiguos deben realizar una autoevaluación anual.

Se debe realizar autoevaluación previo al reporte de novedades.

La vigencia de la habilitación para prestadores nuevos será de 4 años y de un año en el caso de ser prestadores antiguos.

Resolución 2003 del 2014.

La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución. Se extiende el campo de aplicación hasta Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia.

Las modificaciones realizadas a la Resolución 1441 del 2013 dieron origen a la Resolución 2003 del 2014, se realizaron correcciones ortográficas y de contenido obteniendo los siguientes apartes. Se debe tener un sistema organizado que garantice la seguridad del paciente dejó de ser un tema exclusivo para acreditación y se convierte en requisito de habilitación.

En relación al proceso de habilitación se pide que todos los prestadores inscritos en el REPS deben actualizar su portafolio de servicios por única vez y posteriormente subir su autoevaluación vía web. En caso de no realizarse se cancela inscripción, se inhabilita para contratar, se pierde la antigüedad.

Si es IPS y requiere visita de REACTIVACION para verificar y decidir sobre la inscripción, si se trata de un servicio en particular se inactiva.

Para el área de odontología que es de nuestro interés se exige un área de esterilización independiente.

2. METODOLOGÍA

2.1 Tipo De Estudio Y Enfoque

Este estudio es descriptivo y de enfoque cualitativo y cuantitativo debido a que se analizó los resultados de:

- Listas De Chequeo.
- Anexo técnico No. 1 de la resolución 2003 de 2014.
- Formato de reuniones.
- Formato de seguimiento.
- Formato de notificaciones, entre otros.
- Encuesta.

2.2. Población Y Muestra.

Población: 663 usuarios pertenecientes al gremio de magisterio de San Jacinto Bolívar.

Muestra: 120 pacientes que corresponden a la población atendida durante un mes de servicio.

3. RESULTADOS.

Esta encuesta se le aplicó a una muestra de 120 usuarios del servicio de odontología de SALUVIG IPS en el Municipio de San Jacinto – Bolívar, con el fin de conocer la percepción del paciente con respecto a la prestación del servicio, infraestructura, talento humano y oportunidad.

1. La Prestación Del Servicio De Odontología Es:

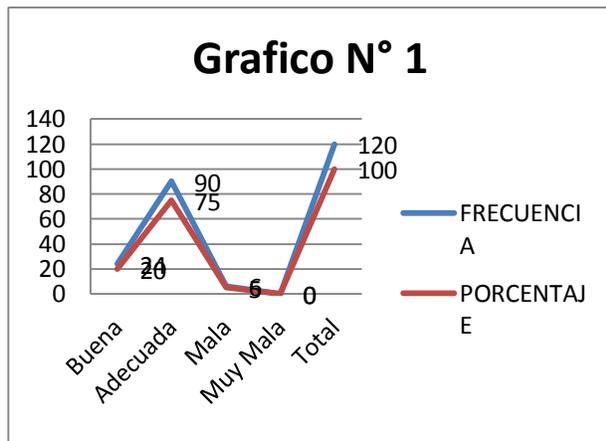


TABLA N° 1

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena	24	20
Adecuada	90	75
Mala	6	5
Muy Mala	0	0
Total	120	100

En cuanto a la prestación del servicio del área de odontología el 75% de los usuarios afirman que esta fue adecuada, ya que se le dio solución integral al motivo de consulta; el 20% asegura que es buena y solo el 5% dice que fue mala.

2. Que Considera Que Debe Mejorar:

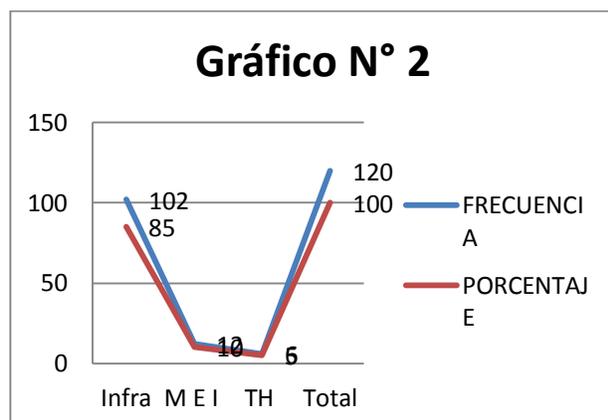


TABLA N° 2		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Infraestructura	102	85
Materiales e insumos.	12	10
talento humano	6	5
Total	120	100

Al revisar los resultados de las encuestas se observó que el 85% de los pacientes considera que la infraestructura del área de odontología de SALUVIG IPS debe ser reformada para mejorar las condiciones de prestación del servicio, y de esta manera garantizar una atención orientada hacia la calidad. En relación con los materiales e insumos el 10% de los encuestados sugiere que debe existir mejor calidad en los materiales utilizados en los procedimientos efectuados. Y solo el 5% de la muestra opine que se debería realizar la mejora del talento humano responsable de área de atención.

3. El Tiempo Para La Asignación De Citas Es:

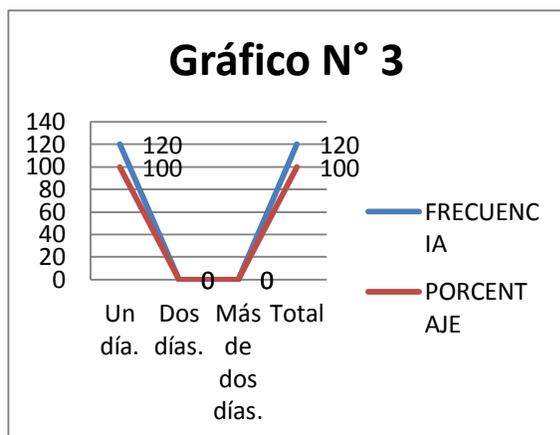


TABLA N° 3		
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Un día.	120	100
Dos días.	0	0
Más de dos días.	0	0
Total	120	100

La totalidad del personal encuestado afirmó que la oportunidad en cuanto a la obtención de las citas es de un día por lo tanto es adecuada. Logrando que la atención de los usuarios y la resolución de sus patologías se logre de manera satisfactoria.

DISCUSIÓN

El desarrollo de este estudio en SALUVIG IPS del Municipio de San Jacinto- Bolívar permitió comparar la norma de habilitación con la situación actual de la IPS y así encontrar las razones por la cual el servicio de odontología no está habilitado.

Los resultados de la aplicación de la lista de chequeo del anexo técnico número uno, permitió identificar con certeza que la falla en la organización del servicio de consulta externa está dada por la ausencia de una zona de esterilización propia para el área de servicio como lo establece la norma, de igual forma la organización espacial del servicio de odontología con los faltantes de delimitación y privacidad del paciente se convierte en la causa principal de la negativa de habilitación establecida por los auditores al momento de realizar la verificación de las condiciones mínimas exigidas por la normatividad vigente.

Por otra parte al aplicar la encuesta diseñada para evaluar calidad en el servicio, oportunidad del mismo y condiciones de infraestructura del área en mención se estableció que se percibe una prestación del servicio adecuada, la oportunidad en la asignación de citas es buena y la inconformidad radica en su gran mayoría en no sentirse a gusto con la organización interna del área por considerarla riesgosa al estar en contacto con el área de esterilización. Otro factor es la falta de delimitación entre el área de entrevista y la zona de procedimientos y expresaron que se vulnera su privacidad.

Para el grupo de trabajo fue realmente satisfactorio poder aportar nuestros conocimientos como futuros auditores del área de la salud en beneficio de esta institución

prestadora de los servicios de salud, la cual al inicio de esta investigación se encontraba fuera de los lineamientos establecidos en la normatividad vigente, el apoyo brindado se hizo meritorio al momento de lograr generar un cambio en la manera de pensar y actuar de todos los entes responsables de asegurar o motivar un posible cambio en beneficio propio y de sus usuarios.

Fue parte fundamental de nuestra investigación el establecimiento de un plan de mejora basado en los hallazgos de auditoria encontrados. (Anexo # 3).

Al tiempo se desarrollaron actividades encaminadas a garantizar el cumplimiento de cada uno de los compromisos adquiridos por parte del representante legal de la institución.

El equipo auditor responsable de la investigación sugirió el asesoramiento por parte de la institución de un arquitecto con experiencia y conocimiento de infraestructuras acorde a normas aplicadas a instituciones de salud de primer nivel de complejidad.

Se establecieron un conjunto de compromisos enfocadas en la consecución del bien común en este caso en particular la habilitación de esta área de consulta externa.

FORMATO COMPROMISO			
AUDITORIA	PROCESO CONSULTA ESTERNA AREA DE ODNTOLOGIA	FECHA: PRESENTACION DE PLAN DE MEJORA. 20/12/2014	FECHA: ESTABLECIMIENTO DE COMPROMISO. 20/12/2014
OBJETIVOS: GENERAR COMPROMISOS DE CUMPLIMIENTO CON EL PLAN DE MEJORA ESTABLECIDO.			
ALCANCE: REPRESENTANTE LEGAL GRUPO AUDITOR TRABAJADORES Y USUARIOS.			
ACCIONES DE MEJORA	RESPONSABLE	CONDICION DEL COMPROMISO	
Contratación de personal idóneo para la ejecución de las actividades planteadas	GERENTE	ACEPTADO	
la división del área de entrevista y el área de procedimientos	GERENTE	ACEPTADO	
Crear un área de esterilización independiente del consultorio odontológico.	GERENTE	ACEPTADO	
Ser garantes del cumplimiento de los compromisos adquiridos.	AUDITORES	ACEPTADO	
ACEPTACION DE COMPROMISO: FAVIOLA VARGAS ANILLO (REPRESENTANTE LEGAL)			
SE CIERRA CICLO DE AUDITORIA SI NO X			
AUDITOR LIDER:	CARMEN ELENA RODRIGUEZ OLIVERA		

AUDITORES:

ALVARO FERNANDO ALVAREZ FERNANDEZ
CLAUDIA MARIA RESTREPO FRANCO

Es importante resaltar la actitud positiva, colaboradora y el sentido de pertenencia por parte del área administrativa y el personal asistencial de esta institución, así mismo el compromiso enmarcado en la mejora continua de los procesos y cultivando día a día cultura de calidad

Nuestro enfoque estuvo dirigido a las condiciones de la prestación del servicio, teniendo como dirección la búsqueda interminable de la calidad de la atención como punto obligado de los prestadores públicos o privados del sistema de salud actual.

CONCLUSIÓN.

SALUVID IPS debe enfocar los esfuerzos para realizar todos los arreglos en infraestructura como lo son: una zona de esterilización y la instalación de un lavamanos para el profesional que garanticen que el servicio de Odontología cumpla con los requerimientos establecidos en la norma vigente y las condiciones se consideren óptimas para satisfacer a los usuarios y garantizar una atención con calidad.

La elaboración, socialización y ejecución de un Manual de Seguridad del Paciente permite que SALUVID IPS de a sus colaboradores las pautas para la creación de una cultura segura, enfocada a preservar la salud y evitar la enfermedad de los usuarios.

El personal que está encargado del servicio de Odontología de SALUVIG IPS es idóneo y está comprometido con la calidad y el mejoramiento constantes de los procesos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Colombia. Ministerio De La Protección Social. *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. Bogotá D.C.

Colombia. Ministerio De La Protección Social. *Decreto 1011 (3 de abril, 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. Diario Oficial. Bogotá D.C; 2006.No. 46.320. Pp 1-21.

Colombia. Ministerio De La Protección Social. *Decreto 4747 de 2007*) Promedio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

Colombia. Ministerio De La Protección Social. *Resolución No. 1445 Abril de 2006*. Bogotá D.C.

Galán Ricardo. *Garantía de la Calidad en Salud. Sistema de Garantía en Salud. Sistema de garantía en Salud*. (2da. Ed.). Editorial Médica Panamericana. Bogotá D.C. 2006

Instituto Colombiano De Normas Técnicas Y Certificación. ICONTEC. *Tesis y otros trabajos de grado*. Compendio. Sexta actualización. Bogotá D.C., Impelibros S.A., 2008.

Malagón-Londoño Y Cols. *Garantía de la calidad en Salud*. (2da. Ed.). Bogotá D.C. Editorial Médica Panamericana; 2006.

Otero M., Jaime. *¿Qué es la calidad en salud?* (Documento en Word publicado en Noviembre de 2002), disponible en Internet:

http://www.sld.cu/galerías/doc/sitios/infodir/que_es_calidad_en_salud.doc

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>

<http://www.dane.gov.co/censo/>

<http://www.eusalud.com/portal/Joomla/>

http://www.eusalud.com/portal/Joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=36&Itemid

ANEXOS

ANEXO N° 1 AUTOEVALUACIÓN.

RESOLUCIÓN NÚMERO 00002003 DE 2014 28 MAY 2014

Continuación de la Resolución “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”

Consulta Odontológica general y especializada				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
Talento Humano	Si realiza actividades de Protección específica y Detección Temprana, disponibilidad de Odontólogo o auxiliar en odontología o auxiliar en salud oral o auxiliar de higiene oral.	X		
Infraestructura	Disponibilidad de: 1. Sala de espera con unidad sanitaria.	X		
	El consultorio odontológico cuenta con: 1. Área para el procedimiento odontológico. 2. Lavamanos por consultorio, en caso de contar el consultorio con unidad sanitaria no se exige lavamanos adicional. 3. Área para esterilización con mesón de trabajo que incluye poceta para el lavado de instrumental. 4. Área independiente para disposición de residuos.		X	
	El ambiente para consulta odontológica con más de dos unidades cuenta con: 1. Área para el procedimiento odontológico. 2. Lavamanos (mínimo uno por cada tres unidades			

Consulta Odontológica general y especializada				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	odontológicas). 3. Barrera física fija o móvil entre las unidades. 4. Ambiente independiente del área de procedimiento para realizar el proceso de esterilización. No se exigirá cuando la Institución cuente con central de esterilización que garantice el servicio. 5. Área independiente para disposición de residuos.			
n Dotación	Cuenta con: 1. Unidad Odontológica: - Sillón con cabecera anatómica. - Escupidera. - Lámpara odontológica de luz fría. - Bandeja para instrumental. - Eyector. - Jeringa Triple. - Módulo con acople para piezas de mano, micromotor y contra-ángulo. 2. Negatoscopio. 3. Compresor de aire. El negatoscopio, eyector, escupidera, lámpara odontológica de luz fría, piezas de mano, u otros, podrán estar o no incorporados en la unidad.	X		
	Dotación de equipos, según el método de esterilización definido.	X		

Consulta Odontológica general y especializada				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>Disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, de acuerdo con la capacidad instalada, frecuencia de la atención de la consulta, demanda, número de ciclos de esterilización al día, los cuales se componen de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Espejos bucales. 2. Exploradores. 3. Pinzas algodonerías. 4. Jeringas, cámpulas 	X		

Odontología

Consulta Odontológica general y especializada				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	<p>Disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sondas periodontales. 2. Cucharillas y/o excavadores. 			
	<p>. Se cuenta mínimo con el siguiente instrumental para operatoria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicador de dycal. 2. Condensador FP3 o empacadores. 3. Porta amalgama. 4. Opcional bruñidor y/o cleoide-discoide. 5. Opcional espátulas interproximales. 6. Fresas para apertura de cavidad y fresas para pulir resinas de diferentes calibres para baja y alta velocidad 	X		
	. Instrumental para	X		

Consulta Odontológica general y especializada				
Estándar	Criterio	Cumple	No Cumple	No Aplica
	endodoncia: 1. Explorador de conductos, espaciadores, condensadores y limas.			
	Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: 1. Fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras y mango para bisturí	X		
	Instrumental para periodoncia: 1. Curetas. 2. Sondas Periodontales	X		
	El instrumental se requerirá conforme a las actividades y técnicas aplicadas por el profesional	X		
	En los consultorios de especialistas además del instrumental básico, se cuenta con el equipo e instrumental necesario según la especialidad			
	Cuenta con mueble para el almacenamiento de instrumental y material estéril.	X		

Medicamentos, Dispositivos Médicos e insumos	Aplica lo de todos los servicios			
Procesos Prioritarios	Cuenta con: 1. Guías clínicas sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral y manejo de complicaciones anestésicas. 2. Criterios explícitos y documentados sobre las guías, procesos, procedimientos, instructivos, etc.,			

	<p>conforme al servicio ofertado.</p> <p>3. Procedimientos para la información al paciente y la familia sobre recomendaciones y preparación pre procedimiento y recomendaciones post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de las posibles complicaciones que se podrían presentar durante los procedimientos realizados.</p> <p>4. Protocolo de esterilización y suficiencia de instrumental, de acuerdo con la rotación de pacientes</p>			
Historia Clínica y Registros	Aplica lo de todos los servicios			
Interdepe ndencia	<p>Disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Imagenología. 2. Proceso de esterilización. 3. Transporte asistencial cuando, fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II. 			

**SALUVIG IPS
ENCUESTA DE SATISFACCION
AREA DE ODONTOLOGIA**

Objetivo: Establecer el grado de satisfacción relacionado con la atención prestada en el área de odontología de SALUVIG IPS.

Nº DE ENCUESTA _____

NOMBRES

EDAD _____

SEXO F _____

M _____

1. LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ODONTOLOGIA ES:

- Buena
- Adecuada
- Mala
- Muy Mala

2. QUE CONSIDERA QUE DEBE MEJORAR

- Infraestructura
- Materiales E Insumos
- Talento Humano

3. EL TIEMPO PARA LA ASIGNACION DE CITAS ES:

- Un día.
- Dos días.
- Más de dos días.

PLAN DE MEJORAMIENTO AJUSTADOS RESOLUCION 2003 DE 2014.

ENTIDAD.		SALUVIG IPS.				
ESTANDAR		INFRAESTRUCTURA				
°	SERVICIO.	ESTANDAR DE HABILITACION.	CRITERIO	ACCION DE MEJORAMIENTO	PROPOSITO ACCION DE MEJORA.	RESPONSABLES
.2	ODONTOLOGIA	INFRAESTRUCTURA	<p>El consultorio odontológico cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Área para el procedimiento odontológico. 2. Lavamanos por consultorio, en caso de contar el consultorio con unidad sanitaria no se exige lavamanos adicional. 3. Área para esterilización con mesón de trabajo que incluye poceta para el lavado de instrumental. 4. Área independiente para disposición de residuos. <ul style="list-style-type: none"> • La división del área de entrevista y el área de procedimientos. • La instalación de un lavamos para uso del profesional. • Crear un área de esterilización independiente del consultorio odontológico. • Diseñar un flujograma del proceso de atención odontológico. • Generar un programa serio y 	Brindar un ambiente adecuado de atención basado en un servicio con calidad.	<ol style="list-style-type: none"> 1. representante legal 2. grupo auditor 3. Personal asistencial. 	



			responsable de la seguridad del paciente.		
--	--	--	---	--	--