



Acreditada
en Alta Calidad

Res. n.º 29499 del Mineducación.
29/12/17 vigencia 28/12/21

**PLAN DE MEJORA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA NUEVA NORMA DE
HABILITACIÓN EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA PARA LA INSTITUCIÓN
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD HERLY DURAN ORTODONCIA Y
ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA DE LA CIUDAD DE POPAYÁN EN EL AÑO 2020**

Diana Carolina Ardila González

Laura Angelica Jaramillo Muñoz

Miller Antonio Solarte Tosse

Universidad EAN

Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas FAFCE

Especialización Administración Hospitalaria

Popayán, 2020



Acreditada
en Alta Calidad

Res. n.º 29499 del Mineducación.
29/12/17 vigencia 28/12/21

**PLAN DE MEJORA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA NUEVA NORMA DE
HABILITACIÓN EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA PARA LA INSTITUCIÓN
PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD HERLY DURAN ORTODONCIA Y
ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA DE LA CIUDAD DE POPAYÁN EN EL AÑO 2020**

Diana Carolina Ardila González

Laura Angelica Jaramillo Muñoz

Miller Antonio Solarte Tosse

Presentado para optar al título de: Especialista en Administración Hospitalaria

Dra. Fabiola Rey

Universidad EAN

Facultad de Administración, Finanzas y Ciencias Económicas FAFCE

Especialización Administración Hospitalaria

Popayán, 2020

Lista de contenido

1.	Introducción.....	12
1.1	Problema	13
1.1.1	Planteamiento del Problema.....	13
1.1.2	Formulación del Problema.....	16
1.1.3	Justificación.....	17
1.2	Objetivos	18
1.2.1	Objetivo General.....	18
1.2.2	Objetivos Específicos.....	19
2.	Marco teórico.....	20
2.1	Habilitación.....	21
2.2	El sistema de salud en Colombia	26
2.3	Legislación colombiana para prestar servicios de salud Ministerio de Salud y Protección Social Resolución número 3100 de 2019 25 de noviembre de 2019	29
2.4	Estándares de habilitación	32
2.5	Plan de Mejoramiento.....	33
2.5.1	Preparación para la formulación del plan.....	33
2.5.2	Modelo 5W1H.....	34
2.5.3	Evento Adverso.....	35
2.6	Marco Institucional	35
2.6.1	Características de la institución prestadora de servicios IPS Herly Duran Ortodoncia y Odontología Especializada.....	35
2.6.2	Oportunidad de los servicios.....	36

2.6.3	Capacidad instalada.....	36
2.6.4	Misión.....	36
2.6.5	Visión.....	36
2.6.6	Valores.....	36
3.	Metodología.....	39
3.1	Tipo de Estudio.....	39
3.2	Población y Muestra.....	40
3.3	Unidad de Análisis.....	40
3.4	Criterios de Inclusión.....	40
3.5	Operacionalización de Variables.....	40
3.6	Plan de Análisis.....	41
3.6.1	Recolección de la información.....	41
3.7	Validez del instrumento.....	47
4.	Análisis de resultados.....	48
4.1	Estándar de infraestructura.....	48
4.2	Estándar de Historia Clínica y Registros.....	48
5.	Discusión.....	49
6.	Conclusiones.....	53
7.	Recomendaciones.....	54
7.1	Plan de mejora (ver Anexo No. 5).....	54
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56

Lista de figuras

Figura 1. Organigrama I.P.S Herly Duran Ortodoncia y Odontología especializada (Fuente; Elaboración Propia)	38
--	----

Lista de tablas

Tabla 1. Estándar de talento humano.....	104
Tabla 2. Estándar de procesos prioritarios.....	105
Tabla 3. Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos.....	108
Tabla 4. Estándar de Historia clínica y registros.....	111
Tabla 5. Estándar de Dotación	113
Tabla 6. Lista de chequeo de todos los servicios	115

Lista de anexos

Anexo 1. Cronograma.....	62
Anexo 2. Presupuesto	67
Anexo 3. Resolución 2003 de 2014.....	68
Anexo 4. Resolución 3100 de 2019 - Estándares de habilitación asociados al servicio de odontología.....	104
Anexo 5. Propuesta de plan de mejoramiento.....	116

Glosario

Habilitación

La Habilitación es una herramienta de evaluación externa, obligatoria, de prestadores y de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, diseñada para garantizar un mínimo de Calidad por debajo de la cual se ponen en riesgo la integridad y hasta la vida de los usuarios. Este proceso de evaluación corresponde exclusivamente al Estado, el cual, a través de sus entidades de vigilancia y control, debe verificar su cumplimiento y actuar en consecuencia. (Ministerio de salud, 2006)

Odontología

Arte de practicar la prevención y el tratamiento de las enfermedades y los trastornos de los dientes y las estructuras de la cavidad oral contiguas a estos. Sus competencias abarcan a la reparación y restauración de dientes y la restitución de los dientes perdidos, así como la detección de signos de enfermedades como tumores, que podrían requerir tratamiento médico. Existen ocho especialidades reconocidas, siendo necesario para cada una de ellas un período de formación adicional en una Escuela de Odontología: cirugía oral, endodoncia, odontología de la salud pública, ortodoncia, patología oral, periodoncia, periodoncia y prótesis dental. El decreto 948 del 13 de abril de 1962, reglamenta la Ley sobre el ejercicio de la odontología y sus especialidades en 16 artículos. El Código de Ética del Odontólogo Colombiano lo establece la ley 35 de 1989 y es reglamentado por el Decreto 491 de 1990. (Mosby, 2000, pág. 101)

Ortodoncia

Especialidad de la odontología que se ocupa del diagnóstico y el tratamiento de la maloclusión y las irregularidades de los dientes. La ortodoncia es una ciencia que se encarga del estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las anomalías de forma, posición, relación y

función de las estructuras dentomaxilofaciales; siendo su ejercicio el arte de prevenir, diagnosticar y corregir sus posibles alteraciones y mantenerlas dentro de un estado óptimo de salud y armonía, mediante el uso y control de diferentes tipos de fuerzas. (Mosby, 2000, pág. 102)

Higiene oral

Práctica de conservar los tejidos y las estructuras de la boca, la higiene oral consiste en el cepillado de los dientes para eliminar los restos de los alimentos, las bacterias y la placa; el masaje de las encías con un cepillo dental, seda dental o irrigador de agua para estimular la circulación y eliminar la materia extraña, y la limpieza de las dentaduras postizas, asegurando una adaptación adecuada para prevenir la irritación. (Mosby, 2000, pág. 104)

Plan de Mejora

Plan nacional del mejoramiento de la calidad define el plan de mejora en salud como la estructura de una propuesta en torno a tres ejes: (i) las personas como centro y finalidad del sistema, (ii) la calidad a partir de un enfoque sistémico y, (iii) la transformación de la gestión del sistema mediante procesos de autoevaluación, dirigidos hacia capacidades de ajuste, mejora continua e innovación. Así mismo, desarrolla las directrices de calidad seguridad, coordinación y transparencia que el sistema y cada agente deben adelantar, y plantea un enfoque en donde la humanización y la calidad confluyen y ubican a la persona como el eje central de su propuesta, convirtiendo la dignidad humana en el propósito central de la atención en salud. (Ministerio de salud y protección social, 2016)

RESUMEN

En Colombia el decreto 1011 de 2006 establece en su artículo 6° el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, en su primer componente se encuentra la habilitación de Prestadores de Servicios de Salud, el cual es de obligatorio cumplimiento, permitiendo la verificación y el control de procesos generados para ofertar y prestar servicios de salud.

Este estudio se enfocó en la búsqueda de cambios en los estándares de habilitación de la Resolución 2003 del 2014 ante la normatividad vigente. Objetivo: Verificar el cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019, mediante la aplicación de una lista de chequeo para el diseño de un plan de mejora para una IPS odontológica privada. Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo de análisis en estándares de calidad. Resultados: Se encontraron como hallazgo 19 diferencias en la Resolución 3100 de 2019 con respecto a la Resolución 2003 de 2014; evidenciando que la IPS no cumple con dos de los nuevos criterios de habilitación en los estándares de infraestructura e historia clínica. Conclusiones: Se Propone un plan de mejoramiento para la IPS, con el fin de completar la transición hacia el cumplimiento de la normatividad vigente.

Palabras clave: Sistema Único de Habilitación, Estándares, Calidad en servicios de salud, Plan de Mejora, Seguridad del Paciente.

ABSTRACT

In Colombia, the decree 1011 of 2006 establishes in its article 6 the Unique Enabling System, as the first component of the Compulsory Quality Guarantee System, which establishes the authorization of Health Service Providers, which is mandatory, allowing verification and control of processes generated to offer and provide health services.

This study focused on the search for changes in the qualification standards of resolution 2003 of 2014 before the current regulations. Objective: Verify compliance with resolution 3100 of 2019, by applying a checklist to design an improvement plan for a private dental IPS. Methodology: Descriptive quantitative study of analysis in quality standards. Results: 19 differences were found in resolution 3100 of 2019 with respect to resolution 2003 of 2014; evidencing that the IPS does not meet two of the new criteria for qualification in the standards of infrastructure and medical history. The conclusions: An improvement plan is proposed for the IPS, in order to complete the transition towards compliance with current regulations.

Key words: Unique Habilitation System, Standards, Quality in health services, Improvement Plan, Patient Safety.

1. Introducción

La calidad en las instituciones prestadoras de servicios de salud ha tomado fuerza, buscando estrategias que garanticen acceso, oportunidad y principalmente seguridad en el paciente. De igual manera el mejoramiento de la calidad en la atención en salud no solo debe llevar a las instituciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento, sino a verlo como un proceso de autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades.

Según indica el Ministerio de Salud y Protección Social, estas instituciones deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender al cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios. Para el cumplimiento de estos propósitos, se desarrollaron “las pautas indicativas de Auditoría” que pretenden homologar significados en torno a su implementación en los diferentes ámbitos de aplicación y de responsabilidad. Como refiere anteriormente el Ministerio de salud y protección social, obliga a los prestadores habilitados a actualizar el proceso de habilitación, con el fin de fortalecer el mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud. (Ministerio de Protección Social, 2006, pág. 7)

Este documento busca la verificación y cumplimiento de la normatividad vigente en la IPS HERLY DURAN Ortodoncia y Odontología Especializada, evaluando mediante una lista de chequeo la norma 3100 de 2019, que permite identificar las oportunidades de mejora en el

servicio de odontología y a su vez verificar los indicadores del sistema de información para la calidad y el cumplimiento de los estándares establecidos en el sistema de habilitación que garanticen la calidad en la atención y los posibles riesgos asociados a la prestación del servicio en salud.

El propósito de este documento es brindar un plan de mejoramiento para la IPS Herly Duran Ortodoncia y Odontología Especializada, que le permita ejecutar un cambio al interior de la entidad de salud.

1.1 Problema

1.1.1 Planteamiento del Problema.

El sistema Único de Habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y controlar las condiciones en que se ofrecen los servicios, es fundamental no solo establecer las condiciones mínimas de estructura, sino poder entender cómo estas deben contribuir a mejorar el resultado en la atención.

Es así como el Estado colombiano, mediante el artículo 25 del Decreto 1011 de 2006 y 6to de la Resolución No. 1043 de 3 de abril 2006, con el propósito de fortalecer el control ciudadano, establece para las instituciones prestadoras de servicios de salud el distintivo que se entrega a los prestadores en el momento de la inscripción y deberá ser publicado en lugar visible, para que los usuarios tengan la seguridad de estar siendo atendidos en una institución que declara el cumplimiento de las condiciones de habilitación y hace parte del Registro Especial de Prestadores. La vigencia es de 4 años, contados a partir de la fecha de radicación de la inscripción ante la entidad departamental o distrital de salud correspondiente (Decreto 1011/2006). Vencidos estos 4 años se renovará por periodos de un año automáticamente, siempre y cuando el prestador realice y reporte en el REPS la autoevaluación anual, condición

indispensable para permanecer en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). (Ministerio de Seguridad Social, 2006, pág. 4)

El incumplimiento de lo establecido en la normatividad vigente podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales por parte de las entidades territoriales de salud en el marco de sus competencias. Para esto tendrán en cuenta el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el Decreto 1011/2006 y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

Para el Ministerio de Salud y Protección social, la seguridad del paciente prima en el Sistema Único de Habilitación de Servicios de Salud, pues busca fortalecer los estándares de calidad en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud. En la actualidad Colombia cuenta con una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es 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 instituciones seguras y competitivas internacionalmente. (Ministerio de Salud, 2020, pág. 47)

La Seguridad del Paciente es una prioridad de la atención en salud en nuestras instituciones, los incidentes y eventos adversos son la luz roja que alerta acerca de la existencia de una atención insegura. Los eventos adversos se presentan en cualquier actividad y son un indicador fundamental de la calidad de esa actividad, (Ministerio de protección social, 2010, pág. 4) nos permite identificar las barreras que podrían desarrollarse para evitar la reincidencia de este evento adverso, sin investigar las causas que lo provocaron y sin proponer acciones para evitar que siga presentándose.

La presente investigación tiene como finalidad hacer una descripción del cumplimiento de los estándares de habilitación del servicio de Odontología, evaluados bajo la normatividad vigente para el año 2019 (Resolución 3100), logrando identificar el cumplimiento en cada estándar el cual es indispensable para garantizar la seguridad de sus usuarios frente a los potenciales riesgos y/o eventos adversos asociados a los procedimientos realizados en la consulta odontológica y contribuir a que la IPS HERLY DURAN Ortodoncia y Odontología Especializada realice la transición y cumplimiento de la normatividad vigente con la implementación de un plan de mejora que garantice la calidad de los servicios y la seguridad del paciente durante la atención en salud.

El programa de Habilitación para los Servicios de Salud Odontológicos en la IPS HERLY DURAN Ortodoncia y Odontología Especializada, controla 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 mínimos que dan seguridad a los usuarios, cumpliendo con la Resolución 2003 de 2014. Tras la revisión bibliográfica del Ministerio de Salud esta Resolución obliga a los prestadores habilitados a realizar cada año su autoevaluación, y cada cuatro años, a actualizar el proceso de habilitación, con el fin de fortalecer el mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud. (Ministerio de Protección Social, 2019, pág. 4)

En Colombia, muchas IPS y profesionales independientes no cumplen con las condiciones y requisitos que deben tener los prestadores de Servicios de Salud, y esta situación pone en riesgo la seguridad de los usuarios y la calidad en la Prestación de los Servicios de Salud.

Para el Ministerio de Salud y Protección Social, un problema relacionado con la no habilitación en Salud es la dificultad para medir los eventos adversos, la cual está condicionada por el temor de los profesionales a perder la confidencialidad de los datos y

lo que de ellos pudiera devenir en directa relación con la responsabilidad profesional. Es importante aclarar que los consultorios independientes que presten Servicios de Salud Odontológicos pueden estar conformados por uno o más de 10 odontólogos, sin embargo, la Habilitación se debe realizar individualmente, es decir, por cada uno de ellos. Esto implica que cada prestador es quien debe garantizar la calidad del servicio prestado, los equipos e instrumentos usados y el entorno asistencial. Esta responsabilidad, de acuerdo con algunos autores, dificulta el registro y notificación de errores, pues deriva en una punición personal. (Manco, 2019, pág. 15)

Por lo anterior se debe tener en cuenta que la IPS HERLY DURAN Ortodoncia y Odontología Especializada se encuentra Habilitada actualmente con la Resolución 2003 del 2014, y por ello necesita verificar los estándares de calidad que se renuevan continuamente.

Se analizarán los cambios en la normatividad evaluando una lista de chequeo, siendo este un modelo de aplicación que contribuye a identificar los nuevos estándares de calidad exigidos por la nueva norma 3100 de diciembre 2019. Mediante un trabajo dirigido que permita construir un plan de mejora para que la IPS HERLY DURAN Ortodoncia y Odontología Especializada realice la transición y dar continuidad a la exigencia en los estándares de la normatividad vigente Resolución 3100 del 2019, teniendo en cuenta la calidad en la prestación de los Servicios de Salud, ya que, de no cumplirse los requerimientos del proceso de habilitación, en consecuencia, no podrá ofrecer ni contratar Servicios de Salud.

1.1.2 Formulación del Problema.

¿Cuáles son los cambios en los estándares de calidad de la Resolución de Habilitación, que requiere implementar la IPS Herly Duran Ortodoncia y Odontología Especializada para dar cumplimiento a la normatividad vigente?

1.1.3 Justificación.

Este trabajo de investigación permite profundizar conocimientos sobre los temas de habilitación y calidad en salud, exponiendo un grupo de aspectos que permiten facilitar la comprensión y entendimiento de términos y definiciones que serán objeto de análisis en el desarrollo del trabajo. De igual manera brindarle a la IPS Herly Duran Ortodoncia y Odontología Especializada, un plan de mejoramiento para el control de la calidad en cuanto a los productos y servicios ofertados, debido a que todas las IPS de Colombia deben cumplir una serie de normas, requisitos, procedimientos mínimos obligatorios, y velar por el cumplimiento de los programas y proyectos que promuevan el Plan de Salud Territorial, garantizando el correcto funcionamiento, desarrollo, seguimiento y acompañamiento a las entidades encargadas de su ejecución, para obtener la Habilitación. (Ministerio de Salud, 2014, pág. 2)

El Plan de mejoramiento para la Habilitación de la Atención en Salud es una herramienta tanto de Gestión de la Calidad como de Gestión Gerencial, que contribuye al mejoramiento continuo de los procesos internos que soportan su operación y de los procesos externos que desarrollan los prestadores. Independiente de la obligatoriedad del Programa de Auditoria, el consultorio presenta permanentemente evaluación y mejoramiento continuo de sus procesos en los estándares de calidad, con el fin de mejorar su efectividad en la prestación de los servicios, impactando sus resultados en salud y logrando la satisfacción de los usuarios. (Ministerio de Salud, 2006, pág. 11)

Por lo cual, es importante que estas normas eleven los estándares de calidad, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la Prestación de Servicios en Salud. Mediante un trabajo dirigido hacemos que los resultados sean tangibles y sirvan como evidencia para el respaldo del estudio, brindando un conocimiento certero que

concientice el cumplimiento de la normatividad vigente, usando la lista de chequeo como herramienta.

El valor teórico de este proyecto contribuye a los requerimientos que protegen la vida y la salud de los usuarios, o riesgos que atentan contra sus derechos, a través de un Plan de mejora que sea de fácil aplicación por las IPS fomentando el mejoramiento continuo de la calidad, mediante la habilitación como requisito de implementación de un conjunto de normas y procedimientos que verifican y controlan el cumplimiento de los estándares de calidad como base del sistema de gestión y de la prestación de servicios de salud, que lleva consigo la responsabilidad de planear y regular en forma eficiente el plan de mejora de la IPS, para lograr un propósito, el cual es obtener la habilitación con la normatividad vigente.

Por lo anterior, es importante reconocer el papel que ejecuta en el campo un Administrador Hospitalario perteneciente al grupo de investigación en línea como gestor de salud, que busca garantizar el buen funcionamiento de la institución a través de la coordinación del personal, cumpliendo con profesionalidad y ética. Por ende, está sujeto a los protocolos de Prestación de Servicios en Salud y Sistemas de Gestión que brinda el Ministerio de Salud como agente regulador para la Oferta y Demanda de estos Servicios.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General.

Verificar el cumplimiento de la Resolución 3100 de 2019 mediante la aplicación de una lista de chequeo que sirva como insumo para el diseño de un plan de mejora para la IPS Herly Duran en el servicio de Odontología.

1.2.2 Objetivos Específicos.

Identificar los cambios en los estándares de calidad entre las Resoluciones de Habilitación 2003 de 2014 y 3100 de 2019 para el Servicio de Odontología, mediante una revisión comparativa de las dos resoluciones para su consolidación en una la lista de chequeo.

Verificar el cumplimiento de la normatividad vigente en el servicio de odontología, por medio de la lista de chequeo, con el propósito de identificar las oportunidades de mejora en el servicio.

Proponer plan de mejora, utilizando la metodología 5W1H con el fin de facilitar la transición de la IPS Herly Duran a la nueva norma 3100 DE 2019.

2. Marco teórico

El Programa Mundial de Salud Oral de la Organización Mundial de la Salud (OMS GOHP) ha trabajado duro a lo largo de los años para poner la salud bucal en el primer lugar de la agenda de políticas sanitarias y tomadores de decisiones en todo el mundo. En 2007, la OMS dispuso un mandato único para fortalecer el trabajo para salud bucal por sus dos órganos rectores, es decir, la Junta Ejecutiva y la Asamblea Mundial de la Salud (WHA); el progreso hacia un mundo más saludable requiere una acción política fuerte, una amplia participación y una defensa sostenida. (Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H., 2010)

El país adoptó, mediante el Decreto 2309 de octubre de 2002, la propuesta que en su momento le hiciera el consorcio integrado por el Centro de Gestión Hospitalaria (CGH), el Consejo Canadiense para Acreditación de Servicios de Salud y Qualimed de México. Dicha propuesta fue el resultado de un trabajo de cerca de dos años, cuyo propósito fue dotar al Sistema de Salud Colombiano de un conjunto de herramientas diferentes, pero complementarias entre sí, que al actuar armónica y coordinadamente contribuyeran a mejorar de manera progresiva la Calidad de Atención en Salud y, como consecuencia, las condiciones de Salud de la población colombiana, razón de ser del Sistema de Salud.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) está constituido por cuatro componentes: 1. Habilitación de Prestadores y de Entidades Administradoras de planes de Beneficios, 2. Acreditación Institucional, 3. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad 4. Información a Usuarios, ahora denominada Sistema de Información para la Calidad. Cada componente tiene características y objetivos propios, diferentes de los demás, y hace parte de un conjunto de acciones sistemáticas dirigidas a estimular todo aquello que facilite la obtención de

los mayores beneficios posibles para los usuarios y les evite oportunamente riesgos innecesarios durante el proceso de atención. (Ministerio de Protección Social, 2006, pág. 7)

Lo anterior, teniendo en la mira los problemas en la Calidad de la Atención en la Prestación de Servicios de Salud que afectan a las personas, las familias y las comunidades, y constituyen barreras de acceso a servicios integrales de salud, en especial para las poblaciones en situación de vulnerabilidad. Se ha estimado que entre el 2013 y el 2014 se podrían haber evitado más de 1,2 millones de muertes en la Región de las Américas si los sistemas de salud hubieran ofrecido servicios accesibles, oportunos y de calidad. (Organización Panamericana de la Salud, 2019, pág. 11)

Por ello, la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social tiene como una de sus funciones el establecimiento y monitoreo de los indicadores de calidad. En este sentido, durante los últimos años se ha fortalecido el proceso de análisis de la situación de la calidad en salud, en búsqueda del máximo beneficio de la evidencia para la formulación de un Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad, el cual pretenderá que la calidad de la gestión sea entendida como la forma de asegurar dinámicas permanentes de ajuste, mejora e innovación en todo el Sistema de Salud y Protección Social. (Ministerio de Protección Social, 2019, pág. 5)

2.1 Habilitación

La Habilitación es una herramienta de evaluación externa, obligatoria, de prestadores y de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, diseñada para garantizar un mínimo de Calidad por debajo de la cual se ponen en riesgo la integridad y hasta la vida de los usuarios. Este proceso de evaluación corresponde exclusivamente al Estado, el cual, a través de sus entidades de vigilancia y control, debe verificar su cumplimiento y actuar en consecuencia.

En cuanto al Sistema Único de Habilitación para Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, tal como es de conocimiento público, existen las condiciones (requisitos) para las empresas Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), y su verificación corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud. Este proceso está en marcha, pero ha generado muchas dudas, pues se sabe que algunas de estas empresas no cumplen con los mínimos establecidos o han estado involucradas en escándalos mayores, y a pesar de ello se encuentran habilitadas o tienen un plan de cumplimiento, que no considera el Sistema Único de Habilitación. (Centro de Gestión Hospitalario, 2006)

En los procesos de habilitación y acreditación se han identificado barreras externas (cambios en el gobierno, falta de legitimación y problemas de financiación) e internas (operación complicada y gestión deficiente de recursos, procesos, información y participantes) para una implementación exitosa y sostenible de programas de habilitación /acreditación. Se reconoce que la sostenibilidad del programa, independientemente de las características del país, está influenciada por el apoyo político gubernamental, tamaño de mercado sanitario suficientemente grande, financiación estable del programa, incentivos para participar y mejora continua en las agencias de acreditación. (Kerguelén, 2008, pág. 92)

Los procesos de atención en salud deben estar coordinados y autoevaluados en forma permanente por el equipo asistencial en las instituciones prestadoras de servicios y por los entes de vigilancia y control del estado en el marco del cumplimiento del sistema de garantía de calidad de los servicios de salud.

Según el estudio de investigación realizado por Benavides, Cerón, Muñoz, & Tello, 2013, en el departamento del Cauca, se describió el cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación en los servicios de odontología general que recibieron la visita de verificación por

parte de la Secretaría departamental de salud del Cauca, estas IPS fueron evaluadas bajo la normatividad: Decreto 1011 del año 2006 y la Resolución 1043 de 2006, Se encontró que los estándares mínimos de habilitación que presentaron mayor cumplimiento son: interdependencia de servicios 68%, y referencia - contra referencia 54%; y los estándares que tiene más bajo cumplimiento son: medicamentos y dispositivos médicos 23% y dotación y mantenimiento 25%; como resultado de las visitas de verificación se describe que el 17% recibieron la Certificación del servicio de odontología general, al 77% se les abrió un proceso de Investigación de tipo administrativa, al 4% se les tomo como medida el cierre o suspensión del servicio y al 2% se les levantó la medida de seguridad. (Benavides et al., 2013, pág. 6)

Es por ello que a través del Decreto 1011 de 2006 se creó el llamado distintivo de habilitación, destinado a informar a los usuarios acerca del cumplimiento de unos estándares mínimos de calidad por parte del prestador que se los ofrece. En otras palabras, sirve para que el usuario pueda saber a primera vista si el prestador está o no autorizado para brindar el servicio o los servicios que le ofrece.

Consideramos que todos los avances y desarrollos descritos son importantes y deberían impactar de manera positiva en la calidad de atención en salud. No obstante, surgen algunas preocupaciones, como la capacidad real de las entidades de control para verificar de forma adecuada y oportuna el cumplimiento de estas normas. De hecho, la falta de homologación de los verificadores, evidenciada por interpretaciones diferentes del mismo estándar, es una queja frecuente que le resta credibilidad al sistema. Por ello se cree que trabajar con el propósito de homologar la interpretación de los estándares por parte de los verificadores es una actividad que debe asumirse como prioritaria por parte de los entes de vigilancia y control. (Isaza, 2018, pág. 9)

En el marco de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, la calidad de los servicios de salud consiste en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo a la equidad y al bienestar, sin dejar a nadie atrás, lo que implica una particular atención a la diversidad y a las personas y poblaciones en situación de vulnerabilidad. La calidad de la atención en la prestación de servicios de salud es la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos esenciales de su definición. El logro de estos atributos viene determinado por la disponibilidad de los servicios y su adecuada organización y gestión. Mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud exige la transformación y el fortalecimiento de los sistemas de salud, esto lo demostró un estudio realizado por la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA) con apoyo de La Oral Health quienes realizaron un proyecto con mejoras de infraestructura, asistencia técnica, capacitación clínica, mejora de la calidad, educación en salud, y análisis de políticas relacionadas. Los resultados demuestran un aumento doble en la capacidad de servicios de diagnóstico y tratamiento y un aumento triple en la capacidad de servicios preventivos. (Vargas, Valencillos, & Hernández, 2013, pág. 12)

Mejorar la calidad de la atención requiere de sistemas de información y de vigilancia para la salud que incluyan procedimientos normalizados de trabajo a fin de notificar eventos relevantes para la calidad y seguridad de la atención, la gestión de reclamos y la realización de encuestas de satisfacción. Es necesario el desarrollo de investigación sobre el impacto de las intervenciones de mejora de la calidad que permitan un aprendizaje y desarrollo continuo de soluciones innovadoras, fundamentadas en el mejor conocimiento disponible en Salud, esto

supone un factor de estímulo en el contexto del dinamismo innovador de las organizaciones de salud, además de soporte para la gestión del conocimiento y el talento en red y la mejora de la calidad de la atención en la prestación de servicios integrales de salud. (World Health Organization, 2019, pág. 28)

La Política analizada establece la prioridad de avanzar en la garantía del derecho a la salud oral; sin embargo, su propio marco normativo y estrategias no colocan al paciente como núcleo esencial de dichas actividades, ya que las acciones propuestas no se refieren al derecho de los pacientes a la atención segura. El enfrentamiento de los desafíos en calidad y seguridad, no se articula con las normatividades ya implementadas en el país. Fueron identificadas disonancias con relación a las bases teóricas de la calidad, exponiendo una definición limitada a la prestación del servicio. Las políticas públicas, incluyendo las de salud oral, tienen un carácter dinámico, dirigido a la garantía de los derechos humanos, en este sentido, es recomendable que, todas ellas, se fundamenten en la Bioética y que se adopte como marco de referencia el derecho a la salud, con el propósito de garantizar la totalidad de sus elementos y, por lo tanto, el respeto de la salud como bien ético. (Rueda Martínez & Albuquerque, 2017, pág. 18)

La medición de la calidad en la atención de la salud bucal forma la base de la evaluación y se ha convertido en una de las bases de los esfuerzos actuales para mejorar la calidad de la atención médica. Las medidas de desempeño son herramientas para evaluar el cuidado de la salud y son importantes para los proveedores, pacientes, pagadores y formuladores de políticas. El National Quality Forum (NQF) define las medidas de calidad como "herramientas utilizadas para cuantificar la atención brindada a los pacientes y evaluar cómo las actividades de mejora están mejorando la atención o los resultados para ciertas afecciones, en diversos entornos o durante un período de tiempo específico". Las medidas de calidad pueden caer dentro de

cualquiera de los dominios relacionados con la prestación de atención de salud clínica y la salud de la población, según lo define el Centro Nacional de Medidas de Calidad (NQMC). Los dominios identificados por NQMC son acceso, proceso, resultado, estructura, uso del servicio, estado de salud, costo y eficiencia. (Hunt & Ojha, 2017, pág. 3)

La Habilitación le abre el camino a la entidad hacia la obtención de niveles altos de prestación de servicios en donde todos los factores son importantes; exige un alto nivel de cumplimiento y seguimiento a los diferentes procesos, fortalece el trabajo en grupo, obliga a mirar la organización hacia adentro de manera objetiva, establecer planes de acción con seguimiento y medición. Crea una cultura de mejoramiento continuo la cual se ve fortalecida si hay una metodología gerencial que contribuya a analizar las causas- efectos de las desviaciones en los resultados esperados.

Los procesos de habilitación y acreditación implican que realmente se desarrolle en el interior de la organización una cultura de mejoramiento continuo, responsable, donde se ajusten los procesos, se midan los resultados alcanzados frente a lo esperado, se establezcan planes de acción para corregir debilidades y garantizar el cumplimiento de estándares. Esta es una tarea ardua que exige disciplina y compromiso. Son muchos y variables los frentes que se deben auditar de manera permanente con un enfoque de seguridad en la atención. (Vásquez, 2009)

2.2 El sistema de salud en Colombia

La Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (SGSSS) que es un modelo de competencia regulada que presenta el Estado que beneficia la privatización del sistema. El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia está conformado por entidades públicas y privadas que favorecen la prestación y el

aseguramiento de los servicios de salud de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social. Estos participantes tienen la función de financiamiento, administración, regulación y prestación de servicios. Según García et al, el SGSSS está formado por dos esquemas de aseguramiento: el régimen contributivo, está financiado por aportes de empleados y empleadores y el régimen subsidiado, que financia el Estado con recursos provenientes de impuestos generales; este régimen cubre la parte más vulnerable de la población con menos capacidad económica de conformidad con los criterios establecidos por la Junta Nacional de Seguridad Social en Salud. (Mendoza, de la Victoria, & Zarare, 2017, pág. 15)

La prestación de servicios en salud requiere responder a ciertas expectativas de los usuarios y de los proveedores de salud. En donde surgen indicadores para determinar cómo proporcionar el más alto nivel de calidad al menor costo, de la forma más equitativa posible y al mayor número de personas; sin embargo, es importante reconocer que la calidad es un concepto al que se le han atribuido múltiples definiciones, de modo que usuarios y proveedores lo perciben de diferentes maneras. Esto se convierte en una necesidad para que las instituciones prestadoras de servicios en salud desarrollen investigaciones y seguimientos a sus procesos con el fin de evaluar la calidad de forma objetiva. (Lora-Salgado, Tirado-Amador, Montoya-Mendoza, & Simancas-Pallares, 2016, pág. 13)

Las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como Empresas y/o Entidades Públicas o Privadas, deben cumplir con las condiciones dadas por el Ministerio de Salud, mediante la Habilitación de Servicios de Salud debido a que es un instrumento que contiene las condiciones para que los servicios de salud ofertados y prestados en el país, cumplan con los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de la atención en salud, permitiendo que esta investigación fortalezca los conocimientos de la norma de habilitación y concientice a

los prestadores de servicios de salud a adquirir un plan de mejoramiento continuo adoptando la normatividad que se encuentre vigente.

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 estos se ofrecen, mediante el cumplimiento obligatorio de requisitos y condiciones básicas como lo es la Prestación de Servicios de Odontología Especializada y Ortodoncia, para dar servicios con calidad. Es de vital importancia cumplir con los estándares de calidad establecidos en la normatividad para garantizar la seguridad en los usuarios.

El tema de la calidad parte de los propósitos y requisitos establecidos que debe cumplir una entidad y de la satisfacción de las necesidades de los pacientes que acuden a un servicio.

En las instituciones prestadoras de servicios de salud deben tener presente que están en la obligatoriedad de cumplir con leyes y normas relacionadas con la gestión de calidad, las cuales contribuyen al mejoramiento continuo en la prestación del servicio de salud con calidad; para que esto se lleve a cabo es prescindible la realización de la gestión de riesgo que ayude a la toma de decisiones y el desempeño de cada entidad. Este objetivo de realizar la gestión de riesgo se enfoca en favorecer el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención a los usuarios. Lo que se pretende y busca con la gestión de riesgo en calidad en los servicios de salud, es velar por la implementación de estándares del sistema único de acreditación en salud, la cual permite, articular la gestión del riesgo con la gestión de calidad en la atención en salud. (Ministerio de salud, 2006, pág. 12)

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. (Gobernación de Risaralda, 2019)

2.3 Legislación colombiana para prestar servicios de salud Ministerio de Salud y Protección Social Resolución número 3100 de 2019 25 de noviembre de 2019

Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios y de habilitación de servicios de salud y se adopta el manual de inscripción de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para su entrada y permanencia en el sistema único de habilitación del sistema obligatorio de garantía en calidad en salud en cumplimiento de lo previsto en el párrafo 10 del artículo 2.5.1 .2.2 del Decreto 780 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social debe ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, está conformado por cuatro componentes como son: 1. Sistema Único de Habilitación. 2. Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. 3. El Sistema Único de Acreditación 4. El Sistema de Información para la Calidad. (Benavides et al., 2013, pág. 5)

Mediante la Resolución 2003 de 2014, se definieron los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de servicios de salud, como parte del Sistema Único de Habilitación. Durante los cinco años de implementación de la precitada Resolución se han presentado avances tecnológicos y expedido normas relacionadas con la prestación de servicios de salud, que impactan el proceso de inscripción de los prestadores

y las condiciones, estándares y criterios de habilitación de servicios de salud, por lo que se considera necesario efectuar revisión integral y actualización.

El Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud es el instrumento que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en Colombia en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El prestador de servicios de salud que habilite servicios de salud debe cumplir los requisitos mínimos que brinden seguridad a los usuarios en el proceso de atención en salud.

El Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud tiene por objeto definir:

Los servicios de salud que pueden ofertar y prestar los prestadores de servicios de salud.

Las condiciones que se deben verificar para la habilitación de servicios de salud.

Los estándares, criterios, modalidades y complejidades para la habilitación de servicios de salud en Colombia.

El Manual comprende once (11) temas con los correspondientes contenidos. (1) contiene la estructura de los servicios de salud determinando su taxonomía; (2) orienta sobre las especificidades de la prestación de los servicios de salud en la modalidad extramural. (3) sobre las especificidades de la prestación de los servicios de salud en la modalidad de telemedicina. (4) define los principales conceptos dentro de la norma desde aquellos que son transversales hasta los específicos por estándar, (5) establece las condiciones para la prestación de servicios de salud con apoyo de organismos de cooperación. (6) describe la prestación de servicios en situaciones de emergencia. A su vez la definición, alcance y objeto de los prestadores de servicios de salud de salud se desarrolla en el numeral siete (7). El numeral ocho (8) establece las condiciones técnico-administrativas de suficiencia patrimonial y financiera y las tecnológicas y científicas

que son los pilares fundamentales de cumplimiento dentro del Sistema Único de Habilitación. Por su parte el (9) detalla el paso a paso para la inscripción de los prestadores de servicios de salud y determina el procedimiento que se cumple para la verificación de las condiciones de habilitación de servicios, estableciendo las responsabilidades del Ministerio de Salud y Protección Social, las secretarías de salud departamental o distrital, o la entidad que tenga a cargo dichas competencias y los prestadores de servicios de salud. (10) define las novedades para los prestadores de servicios de salud, la sede, los servicios de salud, su capacidad instalada; así como su alcance y requisitos. (Ministerio de Salud, 2014, pág. 14)

El numeral once (11) describe los estándares y criterios aplicables de manera transversal y diferenciada a todos los servicios de salud y continúa con el desarrollo específico por cada servicio. Debe tenerse en cuenta que las características descritas en el presente manual se reflejan en la estructura del Registro Especial de Prestadores de servicios de Salud. (Ministerio de salud y protección social, 2019, pág. 18)

Por otra parte, 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 mínimos que dan seguridad a los usuarios, la verificación de las condiciones de habilitación para los prestadores de servicios de salud se orienta a situaciones tangibles generadoras de riesgo sin exceder los estándares y criterios planteados en el presente manual, con el objetivo de no interponer barreras innecesarias en la prestación de los servicios de salud. Toda vez que las exigencias de habilitación están referidas a condiciones mínimas de estructura y de procesos.

Finalmente, se precisa que el presente manual no tiene como objeto establecer las actividades, intervenciones o procedimientos a realizar en cada uno de los servicios de salud,

siendo responsabilidad del prestador definirlos y documentarlos en el estándar de procesos prioritarios, teniendo en cuenta el objeto y alcance de los servicios de salud que habilite. (Gaviria Uribe, 2017, pág. 16)

2.4 Estándares de habilitación

1. Recursos humanos. El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

2. Instalaciones físicas. Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

3. Dotación – mantenimiento. Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.

4. Medicamentos y dispositivos médicos – gestión de medicamentos y dispositivos. Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

5. Procesos prioritarios asistenciales. Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

6. Historia clínica y registros asistenciales. Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).

7. Interdependencia de servicios. Los servicios ofrecidos por el prestador tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.

8. Referencia y contra referencia de pacientes. Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

2.5 Plan de Mejoramiento

El plan de mejoramiento permite personificar el proceso de mejora que se inicia, a partir de la identificación de resultados no deseados, en los indicadores utilizados para la evaluación de estándares siguiendo la ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha. (Ministerio de la protección social, 2006, pág. 66)

2.5.1 Preparación para la formulación del plan.

La etapa de planeación tiene como objetivo conseguir los insumos indispensables para la elaboración de los planes de mejoramiento para el cierre de las brechas o diferencia que existe entre la calidad esperada y la calidad observada, como son: Programa de capacitación para los equipos de mejoramiento, que se entiende son los responsables de los procesos objeto de mejora.

De acuerdo con el manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación del Ministerio de la Protección Social, los planes de mejora se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de los estándares de Acreditación por grupo de

estándares. Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar por variables de alto riesgo, alto volumen y costo, las cuales se aplican así:

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). (Ministerio de la protección social, 2017)

2.5.2 Modelo 5W1H.

Para la formulación concreta y sencilla del plan de mejoramiento se sugiere la utilización de la matriz 5W1H que es una metodología de análisis empresarial que consiste en contestar seis preguntas básicas: qué (WHAT), por qué (WHY), cuándo (WHEN), dónde (WHERE), quién (WHO) y cómo (HOW). Esta regla puede considerarse como una lista de verificación que debe complementarse con indicadores para poder realizar un seguimiento regular, lo que hace necesario concertar metas a todo nivel de la organización.

Parte del estudio de los estándares que pueden explicar la diferencia entre los resultados de las mediciones y la calidad esperada para los procesos involucrados. Implica postular causas probables, y las distintas alternativas que presenten a consideración los responsables de la implantación de los correctivos las propuestas de mejoramiento. La regla de las 5W1H facilita la planificación de las acciones a desarrollar para la aplicación de las acciones generadas por la utilización del ciclo de mejora PHVA. (Lasswell, 1979).

2.5.3 Evento Adverso

Para efectos del presente documento se asume el evento adverso como “el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño”. Estos a su vez se reconocen como prevenibles y no prevenibles:

- **EVENTO ADVERSO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- **EVENTO ADVERSO NO PREVENIBLE:** Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (MSPS, 2016, p. 18).

2.6 Marco Institucional

2.6.1 Características de la institución prestadora de servicios IPS Herly Duran Ortodoncia y Odontología Especializada.

Presenta un portafolio de servicios integrales en ortodoncia, odontología e higiene oral.

HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada, es una IPS generadora de sonrisas y experiencias positivas, el talento de su equipo humano, la adopción de tecnología de última generación y la estricta aplicación de sus valores corporativos les permiten proporcionar servicios de higiene oral, odontología general y ortodoncia de la más alta calidad.

HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada.

Sede de atención:

Carrera 9 # 24 AN - 21 Centro Comercial Campanario. Consultorio # 9

Celular: 3194923887

Horario de atención:

Lunes a Viernes: 8:00 a.m. a 12:00 p.m. y 2:00 p.m.-6:00 p.m.

Sábados: 9:00 a.m. a 1:00 p.m.

2.6.2 Oportunidad de los servicios.

Los servicios son prestados en la sede, previa cita programada, la cual podrá solicitarse vía telefónica al 3194923887 con una oportunidad en la asignación de la cita no mayor a 2 días.

HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada brinda calidad en sus servicios acompañada de una excelente asesoría realizada por profesionales altamente calificados.

2.6.3 Capacidad instalada.

1 consultorio para el servicio de Ortodoncia

1 consultorio para el servicio de Odontología general e higiene oral

2.6.4 Misión.

IPS HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada Contribuye al cuidado de la salud oral, mediante un servicio integral, seguro, y humanizado, brindando a sus pacientes la experiencia y el conocimiento especializado de su equipo odontológico quienes apoyados en tecnología avanzada y estrictos valores institucionales lo asesorarán en forma idónea con altos niveles de calidad, siempre comprometidos con la seguridad de sus pacientes para que vivan una experiencia diferente.

2.6.5 Visión.

IPS HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada será reconocida por su capacidad para crear una relación de confianza con sus pacientes gracias a la aplicación de estrategias organizacionales que crean una cultura de servicio enfocada en la generación de experiencias confortables para sus pacientes.

2.6.6 Valores.

Ética

En HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada consideramos que la ética encierra las cualidades y aptitudes de nuestro equipo de trabajo para diagnosticar, asesorar y dirigir el tratamiento de nuestros pacientes de manera correcta, honesta y responsable. La ética es una de las cualidades que nos permite crear una relación de confianza con nuestros pacientes.

Respeto

En HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada consideramos que el respeto es reconocer que cada persona tiene sus intereses, sentimientos, pensamientos, y estos son de gran valor para nosotros. El respeto es una de las cualidades que nos permite crear una relación de confianza con nuestros pacientes.

Honestidad

En HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada consideramos que la honestidad es un valor moral que representa la verdad y transparencia de nuestras acciones que se refleja en lo que pensamos y decimos. El respeto a la verdad es una de las cualidades que nos permite crear una relación de confianza con nuestros pacientes.

Responsabilidad

En HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada consideramos que la responsabilidad es el acto de conciencia que nos permite reflexionar sobre las consecuencias de nuestras acciones. Establecer adecuadamente la magnitud de nuestras acciones y afrontarlas de la manera más positiva es lo que nos permite crear una relación de confianza con nuestros pacientes.

Calidad

HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada consideramos que la calidad es la capacidad de estar alineados con las expectativas de nuestros pacientes. Establecer altos

estándares de calidad en el servicio que superen sus expectativas es lo que nos permite crear una relación de confianza con nuestros pacientes.

Confianza

HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada consideramos que la confianza es la capacidad de generar seguridad en los pacientes. Crear una relación de confianza es lo que nos permite enamorar a nuestros pacientes

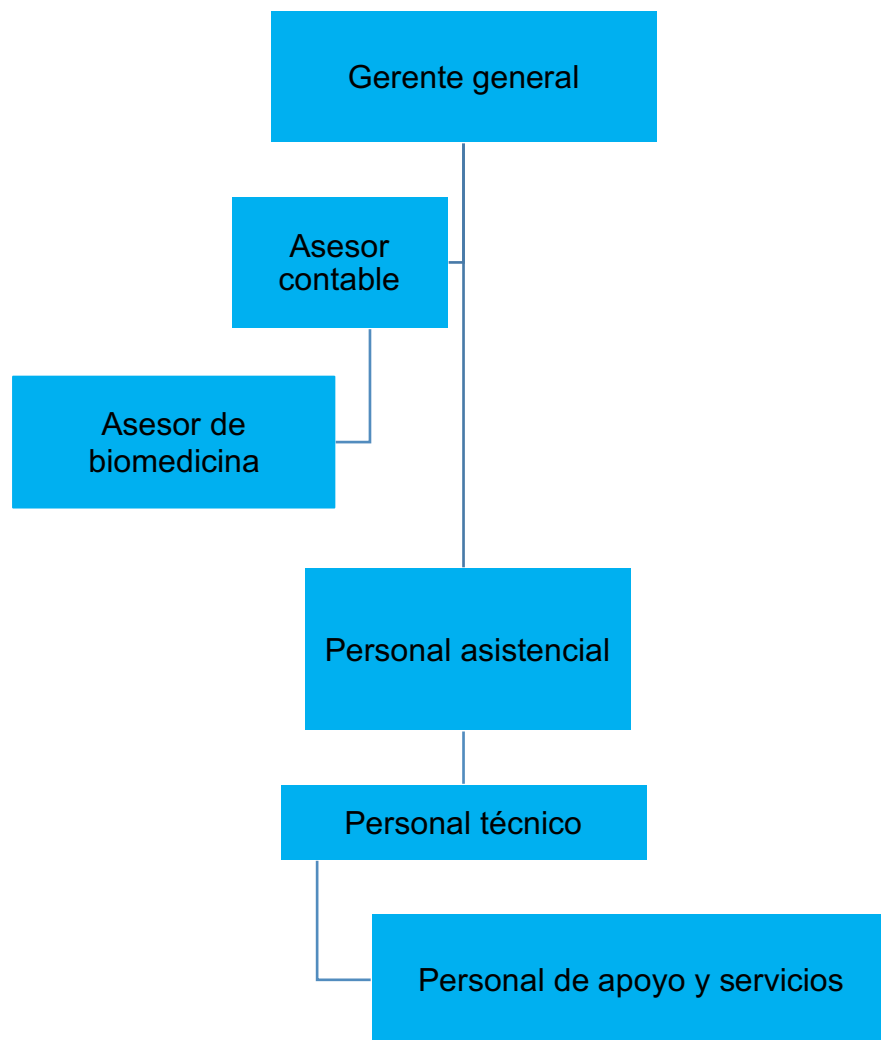


Figura 1. Organigrama I.P.S Herly Duran Ortodoncia y Odontología especializada (Fuente; Elaboración Propia)

3. Metodología

3.1 Tipo de Estudio

Estudio de tipo cuantitativo descriptivo.

El Diseño de investigación descriptiva es un método científico que implica observar y describir el comportamiento de un sujeto sin influir sobre él de ninguna manera. La investigación cuantitativa es una forma estructurada de recopilar y analizar datos obtenidos de distintas fuentes, implica el uso de herramientas informáticas, estadísticas, y matemáticas para obtener resultados.

En muchas oportunidades el investigador puede estar interesado en caracterizar fenómenos, situaciones, eventos indicando sus rasgos más distintivos o diferenciadores. Hernández, Fernández y Baptista (2010) hacen referencia que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se somete a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan estas. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 80)

Según Hurtado (1998) la aplicación de las investigaciones descriptivas se orienta a describir el desarrollo, avance o cambio de un evento a lo largo del tiempo.

El tipo de estudio de esta investigación es cuantitativo descriptivo; este permitió realizar la observación y el análisis de las variables de la normatividad de habilitación de los servicios de salud entre las resoluciones de los años 2014 y 2019, evidenciar las diferencias y destacarlas para realizar el plan de mejora para la IPS Herly Duran Ortodoncia y odontología especializada.

3.2 Población y Muestra

IPS HERLY DURAN Ortodoncia y Odontología Especializada.

3.3 Unidad de Análisis

Estándares de habilitación según la Resolución 3100 del 2019.

3.4 Criterios de Inclusión

Cambios de Estándares que requiere la IPS HERLY DURAN Ortodoncia y Odontología Especializada para su transición a la normatividad vigente.

3.5 Operacionalización de Variables

Los estándares de habilitación son las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, independientemente del servicio que éste ofrezca.

Según la normatividad vigente los estándares son 7:

1. Talento Humano

Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.

2. Infraestructura

Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas.

3. Dotación

Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

4. Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos

Es la existencia de todos los medicamentos, insumos, procesos de la institución en cuanto al manejo de estos, desde su compra, transporte, dispensación, devolución y desecho final.

5. Procesos Prioritarios

Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.

6. Historia Clínica y Registros

Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.

7. Interdependencia

Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

3.6 Plan de Análisis

3.6.1 Recolección de la información.

Mediante la Resolución 2003 de 2014, se definieron los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de servicios de salud, como parte del sistema único de habilitación y durante los cinco años de implementación de la precitada Resolución se han presentado avances tecnológicos y expedido normas relacionadas con la prestación de servicios de salud, que impactan el proceso de inscripción de los prestadores y las condiciones, estándares y criterios de habilitación de servicios de salud, por lo que se considera necesario efectuar revisión integral y actualización de la norma.

La información se obtuvo a través de la comparación de una lista de chequeo de los criterios de calidad exigidos por la Resolución 3100 de 2019 frente a la Resolución 2003 de 2014 con la que se encuentra habilitada la IPS HERLY DURAN Ortodoncia y Odontología Especializada, la cual permitió realizar un plan de mejora para permitir la transición a la normativa vigente.

A continuación, presentamos la lista de chequeo con las 19 actualizaciones encontradas en los criterios de los estándares de habilitación de la norma 3100 de 2019.

ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO

1. El talento humano en salud cuenta con copia de la Resolución de autorización del ejercicio expedido por la autoridad competente o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud -ReTHUS".

2. El talento humano en salud de los servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación y el servicio de urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.

ESTÁNDAR DE INFRAESTRUCTURA

3. Los servicios de salud de: urgencias, cirugía y del grupo de internación, así como en los servicios de salud donde se realice el proceso de esterilización, deben contar con ambiente de aseo de uso exclusivo.

4. Cada uno de los pisos o niveles de la edificación cuenta con señalización y planos indicativos de las rutas de evacuación, salidas de emergencia y puntos de encuentro, visible al público en general.

5. El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización, cuenta con:
- Ambiente o área de recibo de material contaminado.

- Ambiente o área de lavado.
- Ambiente o área de secado.
- Ambiente o área de empaque.
- Ambiente o área de esterilización.
- Ambiente o área para almacenamiento del material estéril.
- Mesón de trabajo con poceta.
- Lavamanos, cuando el proceso se realice fuera del servicio de salud.

6. En los servicios de cirugía, atención del parto, ambiente TPR, salas de procedimientos, consultorios donde se realicen procedimientos, servicios de internación en cuidado básico, intermedio e intensivo, urgencias, diálisis, hemodinámica e intervencionismo, laboratorios, gestión pre transfusional, quimioterapia, consulta odontológica y los ambientes o áreas donde se requieran procesos de limpieza y asepsia más profundos, adicional al criterio anterior, la unión entre paredes o muros y el piso debe ser en media caña evitando la formación de aristas o de esquinas.

7. Los prestadores de servicios de salud ubicados en edificaciones de hasta tres (3) pisos o niveles contados a partir del nivel más bajo construido, y que funcionen en un segundo o tercer nivel o piso, cuentan con ascensor o rampa o sistema alternativo de elevación. El sistema alternativo de elevación no puede ser utilizado cuando se presten servicios hospitalarios, cirugía, urgencias, o de atención del parto.

8. Los sistemas alternativos de elevación deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Su ubicación no interfiera con el acceso y evacuación de los usuarios por las escaleras.
- Esten disponibles tanto para el acceso como para la evacuación de los usuarios.
- Su manejo sea autónomo.

- Garanticen seguridad durante su uso.

ESTÁNDAR DE DOTACIÓN

9. El prestador de servicios de salud cuenta con el registro de la relación de los equipos biomédicos requeridos para la prestación de servicios de salud, este registro cuenta como mínimo con la siguiente información:

- Nombre del equipo biomédicos.
- Marca.
- Modelo.
- Serie.
- Registro sanitario para dispositivos médicos o permiso de comercialización para equipos biomédicos de tecnología controlada, cuando lo requiera.
- Clasificación por riesgo, cuando el equipo lo requiera.

10. El prestador de servicios de salud garantiza las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos, para lo cual cuenta con:

- Programa de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos, que incluya el cumplimiento de las recomendaciones establecidas por el fabricante o de acuerdo con el protocolo de mantenimiento que tenga definido el prestador, este último cuando no esté definido por el fabricante.
- Hoja(s) de vida de (los) equipo(s) biomédicos(s), con los registros de los mantenimientos preventivos y correctivos, según corresponda.

11. El prestador de servicios de salud cuenta con un programa de capacitación en el uso de dispositivos médicos cuando estos lo requieran, el cual puede ser desarrollado por fabricante importador o por el mismo prestador.

12. La dotación de los servicios de salud está en concordancia con lo definido por el prestador en el estándar de procesos prioritarios.

13. La suficiencia de equipos biomédicos está relacionada con la frecuencia de uso de estos, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique.

ESTÁNDAR DE MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS

14. El prestador de servicios de salud cuenta con un comité o instancia que orienta y promueve la política de seguridad del paciente, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos, cuando los prescriba o administre. En el caso de profesionales independientes de salud podrá ser el mismo prestador.

15. Los prestadores de servicios de salud tienen definidos procedimientos que garanticen el cumplimiento del no reusó de dispositivos médicos cuando el fabricante así lo haya establecido.

16. El Profesional Independiente de Salud y las Entidades con Objeto Social Diferente que oferten y presten servicios de salud de los grupos de consulta externa y los prestadores de servicios de salud de Transporte Especial de Pacientes cuentan con documento del proceso que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales.

17. El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización cuenta con la siguiente información documentada:

Buenas prácticas de esterilización de acuerdo con los procedimientos y técnicas que se utilicen, que describa como mínimo los siguientes aspectos:

- Recibo de productos contaminados y entrega de material estéril.
- Transporte.
- Lavado, secado y lubricación.
- Empaque.

- Etiquetado.
- Esterilización.
- Almacenamiento.
- Verificación de la integridad del material estéril.
- Control de calidad que incluya el análisis de los reportes de dicho control, para la toma de medidas preventivas y correctivas.

ESTÁNDAR DE HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS

18. Cuenta con los siguientes registros, cuando los prestadores de servicios de salud realicen el proceso de esterilización dentro del servicio y fuera de centrales de esterilización:

- Actividades documentadas y realizadas en el procedimiento de reúso de dispositivos médicos acorde con las recomendaciones del fabricante, incluyendo el número de reusos por cada dispositivo esterilizado.
- Registro de cargas.
- Resultados del control de calidad.
- Listas del contenido de los paquetes que se esterilizan.
- Etiquetado de cada paquete que permita la trazabilidad de la esterilización.

19. Cuando el prestador de servicios de salud utilice mecanismos electrónicos, ópticos o similares para generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la historia clínica y para conservarlos, debe avalar que el mecanismo utilizado cumple con características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente por el archivo general de la nación, la superintendencia de industria y comercio y el ministerio de tecnologías de información y telecomunicaciones, para lo cual el prestador presentara un documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional

vigente certificando que el mecanismo usado por el prestador cumple con la normatividad mencionada.

3.7 Validez del instrumento

El instrumento fue validado por el Ministerio de Salud y Protección social, por medio de la Resolución 3100 de 2019.

4. Análisis de resultados

Después del análisis de la actualización del manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (Resolución 3100 de 2019) el cual es el instrumento que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en Colombia; evidenciamos que la IPS Herly Duran Ortodoncia y Odontología especializada no cumple con los nuevos criterios de los estándares de infraestructura e historia clínica y registros que presentamos a continuación:

4.1 Estándar de infraestructura

Criterio

Los servicios de salud de: urgencias, cirugía y del grupo de internación, así como en los servicios de salud donde se realice el proceso de esterilización, deben contar con ambiente de aseo de uso exclusivo.

4.2 Estándar de Historia Clínica y Registros

Criterio

Cuenta con los siguientes registros, cuando los prestadores de servicios de salud realicen el proceso de esterilización dentro del servicio y fuera de centrales de esterilización:

- Actividades documentadas y realizadas en el procedimiento de reúso de dispositivos médicos acorde con las recomendaciones del fabricante, incluyendo el número de reúsos por cada dispositivo esterilizado.
- Registro de cargas.
- Resultados del control de calidad.
- Listas del contenido de los paquetes que se esterilizan.
- Etiquetado de cada paquete que permita la trazabilidad de la esterilización.

5. Discusión

Según los resultados de los datos obtenidos en el presente trabajo basados en la lista de chequeo, se encuentra que al verificar los estándares de habilitación de la Resolución 3100 de 2019 en la IPS HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada en su requerimiento obligatorio según la normatividad vigente para el funcionamiento y atención al usuario, no cumple con 2 de los 19 nuevos cambios en los criterios de los estándares de habilitación evidenciados en la normatividad vigente. Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, está conformado por cuatro componentes uno de ellos es el Sistema Único de habilitación en salud, el cual es de obligatorio cumplimiento por parte de todos los prestadores de servicios de salud. Después de realizar la lista de chequeo y evaluar su cumplimiento se identificaron los siguientes hallazgos en el estándar de infraestructura. De 20 criterios del estándar asociados al servicio de odontología se observó un incumplimiento de un criterio, correspondiente al 5 %, la novedad en el incumplimiento de este criterio radica en que la IPS HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada no cuenta con un ambiente de aseo de uso exclusivo, por lo que se sugirió la asesoría por parte del arquitecto de la Secretaria Departamental de Salud del Cauca.

En el estándar de historia clínica y registros, se identificaron los siguientes hallazgos; de 11 criterios del estándar se observó un incumplimiento de un criterio, correspondiente al 9% (ver Anexo No. 4). La novedad en el incumplimiento de este criterio radica en que la IPS no cuenta con actividades documentadas y realizadas en el procedimiento de reúso de dispositivos médicos acorde con las recomendaciones del fabricante, incluyendo el número de reúsos por cada dispositivo esterilizado. Se sugirió crear un formato físico y digital para el reusó de dispositivo

médicos y así disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso en el servicio de odontología.

La mayor prevalencia de eventos adversos, en la práctica odontológica, se encuentran en la especialidad de endodoncia, asociados a factores como el manejo de medicamentos en especial de anestésicos, fallas en los procedimientos y alergias a los biomateriales e insumos utilizados durante el tratamiento endodóntico. (Salcedo & Vila, 2014)

Por esta razón, algunos autores manifiestan que los profesionales de Odontología, por su parte, ven esta normatividad como una exigencia y, aún más, como un inconveniente en su práctica Clínica, dado su escaso conocimiento de la norma, como también a los procesos administrativos que esta implica, entonces la afrontan con incertidumbre y resistencia. (Díaz, López, & Sierra, 2014)

En este contexto, otros autores manifiestan que no quieren habilitarse, porque afirman que la habilitación en salud conlleva muchas tareas para las cuales ellos no cuentan con el tiempo para ejecutarlas, pues su labor como profesional es meramente clínica no administrativa. (Jaramillo & Gómez, 2006)

Algunos estudios confirmados, muestran que no hay una necesaria correspondencia entre contar con la habilitación en salud y brindar servicios de calidad; puesto que, aunque se cumplan los requisitos básicos para estar habilitado, no siempre se realiza el seguimiento y actualización de formatos y protocolos. Así, por ejemplo, ante eventos adversos, estos no siempre son registrados y, por tanto, no se generan sistemáticamente los correctivos necesarios para evitarlos. (Sánchez, 2002)

Con respecto a la habilitación no todos los profesionales de odontología la ven de manera negativa, también hay beneficios que ellos reconocen asociados a la garantía,

principalmente para el paciente, de una atención de calidad y ofrecida por profesionales idóneos; así como la organización de los consultorios y la evitación de sanciones y cierres de estos, como también la interacción con los pacientes y la buena atención y el tiempo ofrecido. En correspondencia con esta percepción de beneficios, en el estudio realizado por Díaz Mosquera citado por (Manco, 2019, pág. 67)

Esta investigación permitió la adquisición de nuevos conocimientos necesarios para la aplicación de las normas y requisitos de exigencia obligatoria establecidos en el Sistema Único de proceso de habilitación del servicio de odontología para la IPS HERLY DURAN, con el fin de controlar los riesgos y evitar eventos adversos, garantizando la prestación del servicio con altos estándares de calidad y seguridad.

Como se ha evidenciado anteriormente la calidad en el servicio es lo primordial para una entidad de salud, en la cual hay que tener presente que la seguridad del paciente va de la mano con una adecuada atención humana, con valores y principios éticos y que en todo momento debe existir una mediación entre lo que espera el usuario, lo que se le oferta, lo considerado por el profesional de la salud y la posible reacción de la terapia en el organismo del paciente, así de esta manera se logra la satisfacción del usuario y la tranquilidad del profesional.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la salud, en su evaluación del desempeño del equipo de salud, definen la calidad "como el resultado integral ligado a determinados procesos de trabajo, en el marco de la producción de servicios sociales" es decir, que la calidad es una condición compleja, en donde los diferentes componentes y agentes productores de servicios de salud brindan su aporte significativo a un resultado que se está por obtener y que se puede perfeccionar, para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios. La calidad viene a ser entonces el

resultado de las formas como se da el proceso de producción de servicios. (Carrillo & Romero, 2007)

6. Conclusiones

- La IPS HERLY DURAN Ortodoncia y Odontología Especializada cumple con el 67% de los estándares de calidad y solo un 33% estará sujeto al plan de mejoramiento.

- La propuesta del plan de mejora y las recomendaciones para la IPS HERLY DURAN Ortodoncia y Odontología Especializada disminuirán los eventos adversos dándole continuidad al mejoramiento en el servicio.

- Para las IPS odontológicas existen 19 cambios en los estándares de calidad, con el fin de cumplir con la normatividad vigente (Resolución 3100 de 2019).

- Se propone un plan de mejora a la IPS HERLY DURAN Ortodoncia y odontología especializada con el fin de cumplir con los Estándares del Sistema Único de Habilitación, de acuerdo con la Resolución 3100 de 2019.

7. Recomendaciones

- Se recomienda la realización de una constante evaluación interna que permita evidenciar oportunidades de mejora a partir de un diagnóstico previo sobre los problemas ya identificados, es importante realizar planes que busquen mejorar la ejecución de un proceso por medio de nuevas metas y retos que sean alcanzables.

- Se recomienda una periódica implementación del método 5W1H el cual permite analizar las causas específicas del problema en cuestión y así mismo, buscar las soluciones que mejoren los procesos. Este análisis se puede realizar a través de indicadores que midan el alcance y eficiencia de los objetivos.

- Se recomienda un plan de mejora empresarial el cual debe tener un calendario que mida la ejecución de diferentes tareas, determine el tiempo estimado de realización a corto o largo plazo, y se identifique una fecha de inicio y finalización. Además, es indispensable incluir fechas de seguimiento y control para observar si los resultados de mejora se están efectuando.

7.1 Plan de mejora (ver Anexo No. 5)

Para proponer el plan de mejora para la IPS Herly Dura Odontología y Ortodoncia especializada, se implementó la matriz 5W1H con sus respectivos indicadores para realizar un seguimiento regular. La adecuada gestión en cuanto a la ejecución y desarrollo de esta fase requiere, compromiso y uso de técnicas para el trabajo en equipo, donde se formulen alternativas de solución y se presenten a consideración de los responsables de la implementación de los correctivos las propuestas de mejoramiento.

Una vez que obtenida la información mediante la aplicación de la lista de chequeo de los cambios en la normativa de habilitación que contiene la valoración de las condiciones actuales de los procesos y las brechas administrativas definidas. El plan de mejoramiento debe asumirse por

la IPS Herly Duran como un proyecto con actividades a corto y mediano plazo, con el fin de ser implementado para actualización de la normativa vigente.

La formulación del Plan de Mejoramiento será enfocado a cumplir con lo que exige la Resolución 3100 del 2019 como normatividad vigente que le permita a la IPS Herly Duran Odontología Y Ortodoncia especializada lograr los resultados esperados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benavides, E., Cerón, E., Muñoz, L., & Tello, M. (2013). *Descripción del cumplimiento de condiciones mínimas de habilitación de los servicios de odontología general en instituciones prestadoras de servicios de la salud en el departamento del Cauca en el año 2012*. (Tesis de especialización), Universidad EAN, Cauca, Popayán.
- Carrillo, D., & Romero, Y. (2007). Evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la Corporación Merideña de Salud en el Municipio Libertador del Estado Mérida. 2005. *Acta Odontológica Venezolana*, 45(2), 198-203. Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652007000200012&lng=es&tlng=es.
- Centro de Gestión Hospitalario. (2006). Desarrollos, Avances y Nuevas Herramientas del Sistema de Garantía de Calidad en Salud. Posición del Centro de Gestión Hospitalaria ante el 15º Foro (junio de 2006). (Consejo canadiense de Acreditación de México, Ed.) *Revista Vía Salud*, 36, 2-6. Obtenido de <https://oes.org.co/portfolio/revista-via-salud-no36-2006/#1485448926429-651eaa84-e362>
- Díaz, S., López, R., & Sierra, J. (2014). Satisfacción e insatisfacción laboral: una oportunidad para pensar la profesión odontológica. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 25(Suppl), S39-S50. Obtenido de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5594/1/DiazSilvia_2014_SatisfaccionInsatisfaccionLaboral.pdf
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3497/349733228009>

Gaviria Uribe, A. (2017). Manual de habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud para las entidades departamentales y distritales de salud. Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-habilitacion-redes-dts.pdf>

Gobernación de Risaralda. (2019). *Habilitación*. Obtenido de <https://www.risaralda.gov.co/salud/publicaciones/1362/habilitacion/>

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5 ed.). México: McGraw-Hill.

Hunt, R., & Ojha, D. (2017). Oral Health Care Quality Measurement and Its Role in Dental Education. *Journal of dental education*, 81(12), 1395-1404. Obtenido de Oral Health Care Quality Measurement and Its Role in Dental Education: <https://doi.org/10.21815/JDE.017.099>

Hurtado, J. (1998). *Metodología de la investigación holística* (Primera ed.). Caracas, Venezuela: Fundación Sypal.

Isaza, A. (2018). *Garantía de la Calidad en Salud* (3 ed.). Bogotá, Cundinamarca, Colombia: Ediciones de la U.

Jaramillo, G., & Gómez, G.-M. (2006). Efecto de la ley 100 sobre el campo de estudio y el quehacer de los profesionales de la salud: la práctica odontológica y su caso. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 18(1), 95-102.

Kerguelén, C. (2008). *Calidad en salud en Colombia. Los principios*. (C. P.-M. Social, Ed.) Bogotá, Colombia: Scripto Ltda. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Lasswell, H. (1979). Estructura y función de la comunicación en la sociedad. En M. Moragas Spá, & G. Gili (Ed.), *Sociología de la comunicación de masas*. (págs. 158-172).

Barcelona: Gili.

Lora-Salgado, I., Tirado-Amador, L., Montoya-Mendoza, J., & Simancas-Pallares, M. (2016).

Percepción de Satisfacción y Calidad de Servicios Odontológicos en una Clínica

Universitaria de Cartagena, Colombia. *Revista Nacional De Odontología*, 12(23), 31-40.

Obtenido de <https://doi.org/10.16925/od.v12i23.1378>

Manco, J. (2019). *Causas de la no habilitación en salud desde la perspectiva de profesionales*

independientes prestadores de servicios odontológicos y de ortodoncia en Medellín,

2019. (Tesis de pregrado), Universidad de Antioquia, Antioquia, Medellín.

Mendoza, A., de la Victoria, M., & Zarare, A. (2017). Eficiencia en la calidad del servicio de

entidades promotoras de salud del régimen subsidiado colombiano. *Hacia la Promoción de la Salud*, 22(2), 13-25.

Ministerio de Justicia. (2005). Decreto 3616 de 2005. *Sistema unico de normas*, pág. 14.

Ministerio de la protección social. (2006). Resolución 1043 del 3 de Abril de 2006. Bogotá.

Obtenido de

<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documents/Anexo%20tecnico%20%20No%20%201.%20%20RES%201043%20DE%203%20ABRIL%20DE%202006.pdf>

Ministerio de la protección social. (2017). Proyecto de preparación de IPS para la acreditación y

adopción del componente de auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planos-mejoramiento-acreditacion.pdf>

Ministerio de Protección Social. (2006). *Decreto 1011 de 2006*. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Ministerio de protección social. (2010). Guía técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud". Obtenido de

<http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Documents/Guia%20Buenas%20Practicas%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>

Ministerio de Protección Social. (2019). *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>

Ministerio de Salud. (2006). Plan nacional de mejoramiento de la calidad de salud. pág. 29.

Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

Ministerio de salud. (2006). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). pág. 12.

Ministerio de Salud. (2014). Resolución 2003 del 2014. pág. 225.

Ministerio de Salud. (2020). seguridad del paciente y atención segura. *seguridad del paciente y atención segura*, pág. 102.

Ministerio de salud y protección social. (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). Plan Estratégico 2016-2021*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2019). *Resolución 3100 del 25 de Noviembre de 2019*.

Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3100-de-2019.pdf>

Ministerio de Seguridad Social. (2006). Decreto 1011 de 2006. *Artículo 25*, pág. 5.

Mosby. (2000). *Diccionario Mosby: medicina, enfermería y ciencias de la salud*. Canada:

Elsevier.

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Estrategia y plan de acción para mejorar la

calidad de la Atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025. *57° Consejo Directivo 71a Sesión Del Comité Regional de la OMS Para Las Américas; del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019.*, pág. 34. Obtenido de

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49721-cd57-12-s-strategia-pda-calidad-atencion&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es

Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. (2010). Global oral health of older people - call for public health action. *Community Dent Health.*, 27(Supplement 2), 257-268. Obtenido de Global oral health of older people:

https://www.who.int/oral_health/action/groups/oral_health_older_people.pdf

Rueda Martínez, G., & Albuquerque, A. (2017). Derecho a la atención odontológica segura y de calidad: análisis de la Política de Salud Oral de Bogotá 2011-2021. *Acta Odontológica Colombiana*, 7(1), 41-63. Obtenido de

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/64074>

- Salcedo, J., & Vila, L. (2014). Revisión sistemática de eventos adversos en el servicio de odontología. *Revista colombiana de investigación en odontología*, 117-127. Obtenido de <http://www.rcio.org/index.php/rcio/article/view/180/321>
- Sánchez, A. (2002). Los profesionales de ciencias de la salud en el mercado laboral. *Investigación en Salud*, IV(1). Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=142/14240107>
- Vargas, V., Valencillos, J., & Hernández, C. (2013). Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales (Ve)*, XIX(4), 663-671. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=280/28029474005>
- Vásquez, A. (2009). Importancia de la Habilitación y la Acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. *Revista de Actualizaciones en Enfermería*, 12(2). Obtenido de <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-122/acreditacion-las-instituciones-salud/>
- World Health Organization. (2019). *Global standards for quality health-care services for adolescents* (Vol. 4). Obtenido de Global standards for quality health care services for adolescents: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183935/9789241549332_vol4_eng.pdf

Anexo 1. Cronograma

MES	FEBRERO																												
SEMANA	1							2							3							4							
ACTIVIDAD	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
SESIÓN DE INDUCCIÓN																													
FICHA DE VIABILIDAD PARA EL PROYECTO DE GRADO																													
TUTORÍA 1																													
ACTIVIDAD 1. FICHA DE VIABILIDAD PARA EL PROYECTO																													
TUTORÍA 2																													
PRIMER INFORME DE AVANCE DE LA INVESTIGACIÓN																													
SEGUNDO AVANCE DE INFORME DE INVESTIGACIÓN																													
RETROALIMENTACIÓN EN GRUPOS DE LA FICHA DE VIABILIDAD																													
GUÍA 1. ACTIVIDAD 2																													
RETROALIMENTACIÓN DEL PRIMER AVANCE																													
DESARROLLO DEL MARCO TEÓRICO																													
SESIÓN 2.																													
GUÍA 2. SEGUNDO INFORME DE AVANCE																													
RETROALIMENTACIÓN EN GRUPOS																													
SEGUNDO INFORME DE AVANCE																													
SESIÓN 3																													
GUÍA E INFORME TÉCNICO DE RESULTADOS																													
RETROALIMENTACIÓN EN GRUPOS																													
PROTOCOLO DE ANTEPROYECTO																													
SESIÓN 4																													
GUI 3 ACTIVIDAD 1 POSTER CIENTÍFICO																													
ENCUENTRO FINAL																													

MES	MARZO																														
SEMANA	1							2							3							4							1		
ACTIVIDAD	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
SESIÓN DE INDUCCIÓN																															
FICHA DE VIABILIDAD PARA EL PROYECTO DE GRADO																															
TUTORÍA 1																															
ACTIVIDAD 1. FICHA DE VIABILIDAD PARA EL PROYECTO																															
TUTORÍA 2																															
PRIMER INFORME DE AVANCE DE LA INVESTIGACIÓN																															
SEGUNDO AVANCE DE INFORME DE INVESTIGACIÓN																															
RETROALIMENTACIÓN EN GRUPOS DE LA FICHA DE VIABILIDAD																															
GUÍA 1. ACTIVIDAD 2																															
RETROALIMENTACIÓN DEL PRIMER AVANCE																															
DESARROLLO DEL MARCO TEÓRICO																															
SESIÓN 2.																															
GUÍA 2. SEGUNDO INFORME DE AVANCE																															
RETROALIMENTACIÓN EN GRUPOS																															
SEGUNDO INFORME DE AVANCE																															
SESIÓN 3																															
GUÍA E INFORME TÉCNICO DE RESULTADOS																															
RETROALIMENTACIÓN EN GRUPOS																															
PROTOCOLO DE ANTEPROYECTO																															
SESIÓN 4																															
GUI 3 ACTIVIDAD 1 POSTER CIENTÍFICO																															
ENCUENTRO FINAL																															

Anexo 2. Presupuesto

ÍTEM Unidad Cantidad Valor unitario Aportante Total Universidad EAN- Estudiantes						
ÍTEM	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	APORTE UNIVERSIDAD EAN	APORTES ESTUDIANTES	TOTAL
TALENTO HUMANO						
ASESOR DOCENTE	HORA	32	50.000,00	1.600.000,00		1.600.000,00
ESTUDIANTE	HORA	300	10.000,00		3.000.000,00	3.000.000,00
RECURSOS LOGÍSTICA						-
BIBLIOTECA	HORA	200	2.000,00	400.000,00		400.000,00
INTERNET	HORA	300	2.000,00		6000000	600.000,00
COMPUTADOR	HORA	400	1.500,00		600.000,00	600.000,00
VIÁTICOS	DÍAS/MES	4	200.000,00		800.000,00	800.000,00
MATERIAL DE OFICINA	DÍAS/MES	4	80.000,00		320.000,00	320.000,00
TOTAL			345.500,00	2.000.000,00	10.720.000,00	12.720.000,00



Gobernación del Cauca

ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN

Resolución 2003 de 2014

PRESTADOR	Herly Stella Durán Cújar	SEDE	Carrera 8 #17AN-02
VERIFICADOR		FECHA	27-abr-17

GRUPO	MEDICAMENTOS
SERVICIO	TODOS LOS SERVICIOS

ESTÁNDAR	CRITERIO	TOTAL ESPERADO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
			C	NC	NA	
Medicamentos, Dispositivos Médicos y otros insumos		1				
	Todo prestador de servicios de salud deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.		x			

	<p>Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica.</p>		x			
	<p>Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique.</p>		x			
	<p>El prestador que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud deberá contar con la respectiva Resolución de autorización vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces y cumplir con los requisitos exigidos para el manejo de medicamentos de control, de acuerdo con la normatividad vigente</p>		x			

	<p>Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.</p>		x			
	<p>Los medicamentos homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes de la institución se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante o banco de componente anatómico. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.</p>		x			

	<p>Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones. Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades.</p>				x	
	<p>Si realiza reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral; se debe contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA.</p>				x	
	<p>Los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente y los requisitos para el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura cuando sean fabricados en la institución.</p>				x	

	Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil.				x	
TOTAL		1	0	0		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			100%			



Gobernación del Cauca

ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN

Resolución 2003 de 2014

PRESTADOR	Herly Stella Durán Cújar	SEDE	Carrera 8 #17AN-02
VERIFICADOR		FECHA	27-abr-17

GRUPO	PROCESOS PRIORITARIO
SERVICIO	TODOS LOS SERVICIOS

ESTÁNDAR	CRITERIO	TOTAL ESPERADO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
			C	NC	NA	
Procesos Prioritarios		1				
	Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo con el tipo de prestador de servicios de salud, según aplique.		x			
	Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo:					

<p>Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal.</p>		x			
<p>Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma.</p>		x			
<p>Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.</p>		x			

<p>Procesos Seguros:</p> <p>Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad. Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos. Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso. Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio. Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional. Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social. Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su</p>		x			
---	--	---	--	--	--

<p>aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización. Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.</p> <p>La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases. Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico. Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera este tipo de equipos.</p>				
<p>Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.</p>	x			
<p>Si el prestador realiza procedimientos de venopunción y colocación y mantenimiento de sondas, cuenta con procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados al respecto, que contengan como mínimo lo siguiente:</p>			x	
<p>En protocolo de venopunción: acciones para prevenir las flebitis infecciosas, químicas y mecánicas.</p>			x	
<p>En protocolo de manejo de colocación y mantenimiento de sondas vesicales: acciones para evitar la infección asociada al dispositivo y otros eventos que afectan la seguridad del paciente.</p>			x	

<p>Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios. La Institución cuenta con indicadores de mortalidad, morbilidad y eventos adversos, los cuales son utilizados para su gestión. Se reportan los eventos de obligatoria notificación al Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Se reportan los indicadores de calidad y el nivel de monitoreo del SOGC y/o los solicitados por la Superintendencia Nacional de Salud en los plazos definidos.</p>		x			
<p>En la detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención, cuenta con un protocolo de lavado de manos explícitamente documentado e implementado, en los 5 momentos que son:</p>		x			
<p>Antes del contacto directo con el paciente.</p>		x			
<p>Antes de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.</p>		x			
<p>Después del contacto con líquidos o excreciones corporales mucosas, piel no intacta o vendaje de heridas.</p>		x			
<p>Después de contacto con el paciente.</p>		x			
<p>Después de entrar en contacto con objetos (incluso equipos médicos que se encuentren alrededor del paciente).</p>		x			
<p>La Institución cuenta con procedimientos, guías o manuales que orientan la medición, análisis y acciones de mejora para:</p>		x			
<p>Educar al personal asistencial y a los visitantes en temas relacionados con la prevención de las infecciones asociadas al cuidado de la salud, según el riesgo.</p>					

La aplicación de precauciones de aislamiento universales.	x			
Normas de bioseguridad en los servicios, con especificaciones de elementos y barreras de protección, según cada uno de los servicios y el riesgo identificado.	x			
Uso y reúso de dispositivos médicos.			x	
Manejo y gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.				
Asepsia y antisepsia en relación con: planta física, equipo de salud, el paciente, Instrumental y equipos.	x			
Cuenta con protocolo de:				
Limpieza y desinfección de áreas.	x			
Superficies.	x			
Manejo de ropa hospitalaria.			x	
Descontaminación por derrames de sangre u otros fluidos corporales en los procedimientos de salud.	x			
Los servicios que por su actividad requieran material estéril, cuentan con un manual de buenas prácticas de esterilización de acuerdo con las técnicas que utilicen. La Institución deberá cumplir con la normatividad relacionada con los procesos de esterilización expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.	x			
Los servicios que incluyan dentro de sus actividades la administración de medicamentos cuentan con procesos definidos de los correctos, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos, que incluya como mínimo las siguientes verificaciones:				
Usuario correcto.	x			
Medicamento correcto.	x			
Dosis correcta.	x			
Hora correcta.	x			

Vía correcta.	x			
Cuenta además con el procedimiento y el paquete para el manejo de derrames y rupturas de medicamentos, en un lugar de fácil acceso, visible y con adecuada señalización.			x	
El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia. El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.	x			
En zonas dispersas el prestador cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierne con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial.	x			
El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador; así como con registros de control de la generación de residuos.	x			
Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:			x	
Estabilización del paciente antes del traslado.			x	
Medidas para el traslado.			x	
Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya:			x	
Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia.			x	
Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente.			x	
Resumen de historia clínica.				

Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (software, correo, entre otros).			x	
Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso.			x	
			x	
Cuando, fuera de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II, cuentan con:			x	
Protocolo de sedación.				
Protocolo de manejo de emergencias.			x	
Proceso documentado de seguimiento al riesgo, que incluya fichas técnicas de indicadores de complicaciones terapéuticas y medicamentosas, relacionadas con la sedación, medición, seguimiento y planes de mejoramiento.				
Lista de Chequeo, consignada en la historia clínica del paciente, que incluya la verificación de:				
Evaluación de la vía aérea.				
La determinación del tiempo de ayuno adecuado.				
Registro de monitoreo del nivel de conciencia, la saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, tensión arterial y frecuencia respiratoria.				
Registro de las variables hemodinámicas y respiratorias, a intervalos regulares.			x	
Todos estos registros se deben realizar antes, durante la intervención y hasta el momento del egreso del paciente.			x	
Recomendaciones de egreso suministradas al acompañante y/o acudiente.			x	

<p>Protocolo que defina atención por anesthesiólogo a pacientes con características particulares, como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia.</p>			x	
<p>Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:</p>			x	
<p>Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo:</p>			x	
<p>Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.</p>			x	
<p>Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.</p>			x	
<p>Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa</p>			x	

en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.				
Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:			x	
Convenio y/o contrato vigente con un Banco de Sangre para el suministro de sangre y componentes sanguíneos y la realización de las pruebas pretransfusionales, cuando la entidad no las realice.			x	
Procesos, procedimientos y/o actividades documentados y divulgados, en los servicios, en cuanto a la asepsia y antisepsia para el manejo del procedimiento de transfusión sanguínea.			x	
Protocolo para el manejo, investigación y análisis de las reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas y procesos de hemovigilancia.			x	
Guía para formulación de sangre y hemocomponentes.			x	
Aplica el paquete instruccional de las buenas prácticas para la seguridad de pacientes para prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea, que incluye:			x	
Implementar acciones oportunas y seguras en los procedimientos de abastecimiento, manejo de sangre y componentes.			x	

	<p>Recepción de los componentes sanguíneos con la verificación de las solicitudes de sangre y componentes, el estado físico, sello de calidad, cantidad, fechas de vencimiento, tipo de componente, identificación inequívoca de unidad de componente sanguíneo para asegurar la trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre y verificación del cumplimiento adecuado de la cadena de frío.</p>			x	
	<p>Procesos para los componentes sanguíneos de manejo especial (paquete de urgencia), para donantes autólogos o para pacientes específicos (unidades pediátricas), para que sean fácilmente identificados por el personal del servicio y enfermería y se haga adecuado manejo y uso.</p>			x	
	<p>d) Establece controles formales para:</p>				
	<p>La entrega de los componentes sanguíneos: en la recepción de la orden médica, en la toma de la muestra, marcaje y entrega final al servicio que realice la transfusión.</p>			x	
	<p>La preparación de la sangre y componentes: en las pruebas de compatibilidad, identificación de la unidad, tipo de componente sanguíneo y del paciente receptor.</p>			x	
	<p>La trazabilidad entre donante, unidad y receptor de la sangre, para su entrega a enfermería</p>			x	
TOTAL	1	0	0		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			100%		



Gobernación del Cauca

ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN

Resolución 2003 de 2014

PRESTADOR	Herly Stella Durán Cújar	SEDE	Carrera 8AN #18-32
VERIFICADOR		FECHA	27-abr-17

GRUPO	HISTORIA CLÍNICA
SERVICIO	TODOS LOS SERVICIOS

ESTANDAR	CRITERIO	TOTAL ESPERADO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
			C	NC	NA	
Historia Clínica y Registros.		1				
	Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	x				
	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica.	x				

<p>Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario.</p>		x			
<p>El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.</p>		x			
<p>Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos.</p>		x			
<p>Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.</p>		x			

<p>Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.</p>		x			
<p>Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas.</p>		x			
<p>Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:</p>				x	
<p>1. Registro de la información de los componentes sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente.</p>				x	
<p>2. Registro de la información post-transfusional.</p>				x	
<p>3. Registro del informe a la Entidad Departamental o Distrital de Salud, sobre la estadística mensual de sangre y componentes sanguíneos transfundidos</p>				x	
<p>4. Registro de temperaturas de nevera, congelador y descongelador de plasma.</p>				x	
<p>5. Registro de entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o hemocomponentes descartadas.</p>				x	
<p>6. Registro de las transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo la razón para la transfusión, el producto y volumen que fue transfundido y la hora de la transfusión.</p>				x	
<p>TOTAL</p>	1	0	0		
<p>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO</p>		100%			



Gobernación del Cauca

ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN

Resolución 2003 de 2014

PRESTADOR	Herly Stella Durán Cújar	SEDE	Carrera 8 #17AN- 02
VERIFICADOR		FECHA	27-abr-17

GRUPO	
SERVICIO	Consulta Odontológica General y especializada

ESTÁNDAR	CRITERIO	TOTAL ESPERADO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
			C	NC	NA	
Talento Humano		1				
	Cuenta con odontólogo general u odontólogo especialista, de acuerdo con la oferta de servicios.		x			
	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		1				
	Disponibilidad de:					

	Sala de espera con unidad sanitaria.		x		
	El consultorio odontológico cuenta con:				
	Área para el procedimiento odontológico.		x		
	Lavamanos por consultorio, en caso de contar el consultorio con unidad sanitaria no se exige lavamanos adicional.		x		
	Área paraesterilización con mesón de trabajo que incluye poceta para el lavado de instrumental.		x		
	Área independiente para disposición de residuos.		x		
	El ambiente para consulta odontológica con más de dos unidades cuenta con:				
	Área para el procedimiento odontológico.				x
	Lavamanos (mínimo uno por cada tres unidades odontológicas).				x
	Barrera física fija o móvil entre las unidades.				x
	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.				x
	Área independiente para disposición de residuos.				x
		1			
Dotación	Cuenta con:				
	Unidad Odontológica:		x		
	Sillón con cabecera anatómica.		x		
	Escupidera		x		
	Lampara odontológica de luz fría.		x		
	Bandeja para instrumental.		x		
	Eyector.		x		
	Jeringa triple.		x		

	Módulo con acople para piezas de mano, micromotor y contra-ángulo.	x		
	Negatoscopio.	x		
	Compresor de aire.	x		
	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		
	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:	x		
	Espejos bucales.	x		
	Exploradores.	x		
	Pinzas algodoneras.	x		
	Jeringas, cámpulas.	x		
	Disponibilidad de:			
	Sondas periodontales.	x		
	Cucharillas y/o excavadores.	x		
	Se cuenta mínimo con el siguiente instrumental para operatoria:			
	Aplicador de dycal.	x		
	Condensador FP3 o empacadores	x		
	Porta amalgama.	x		
	Opcional bruñidor y/o cleoide-discoide.	x		
	Opcional espátulas inter-proximales.	x		
	Fresas para apertura de cavidad y fresas para pulir resinas de diferentes calibres para baja y alta velocidad.	x		

	Instrumental para endodoncia: Explorador de conductos, espaciadores, condensadores y limas.			x	
	Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: Fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras y mango para bisturí	x			
	Instrumental para periodoncia:				
	Curetas.			x	
	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.	x			
	Cuenta con mueble para el almacenamiento de instrumental y material estéril.	x			
Medicamentos, Dispositivos Médicos y otros insumos		1			
Aplica lo de todos los servicios.					
Procesos Prioritarios		1			
Cuenta con:					
Guías clínicas sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral y manejo de complicaciones anestésicas.	x				
Criterios explícitos y documentados sobre las guías, procesos, procedimientos, instructivos, etc., conforme al servicio ofertado.	x				

	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.		x			
	Protocolo de esterilización y suficiencia de instrumental, de acuerdo con la rotación de pacientes.		x			
Historia Clínica y Registros.		1				
	Aplica lo de todos los servicios.					
Interdependencia de servicios		1				
	Disponibilidad de:					
	Imagenología.				x	
	Proceso de esterilización.		x			
	Transporte asistencial cuando, fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II.				x	
TOTAL		7	0	0		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			100%			



Gobernación del Cauca

ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN

Resolución 2003 de 2014

PRESTADOR	Herly Stella Durán Cújar	SEDE	Carrera8#17AN-02
VERIFICADOR		FECHA	27-abr-17

GRUPO	Consulta externa
SERVICIO	Consulta Odontológica General y especializada

ESTÁNDAR	CRITERIO	TOTAL ESPERADO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
			C	NC	NA	
Talento Humano		1				
	Cuenta con odontólogo general u odontólogo especialista, de acuerdo con la oferta de servicios.		x			
	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		1				
	Disponibilidad de:					
	Sala de espera con unidad sanitaria.		x			
	El consultorio odontológico cuenta con:		x			

	Área para el procedimiento odontológico.		x			
	Lavamanos por consultorio, en caso de contar el consultorio con unidad sanitaria no se exige lavamanos adicional.		x			
	Área para esterilización con mesón de trabajo que incluye poceta para el lavado de instrumental.		x			
	Área independiente para disposición de residuos.		x			
	El ambiente para consulta odontológica con más de dos unidades cuenta con:					
	Área para el procedimiento odontológico.				x	
	Lavamanos (mínimo uno por cada tres unidades odontológicas).					
	Barrera física fija o móvil entre las unidades.				x	
	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.					x
	Área independiente para disposición de residuos.					x
		1				
Dotación	Cuenta con:					
	Unidad Odontológica:		x			
	Sillón con cabecera anatómica.		x			
	Escupidera		x			
	Lampara odontológica de luz fría.		x			
	Bandeja para instrumental.		x			
	Eyector.		x			
	Jeringa triple.		x			
	Módulo con acople para piezas de mano, micromotor y contra-ángulo.		x			
	Negatoscopio.		x			

	Compresor de aire.	x		
	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		
	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:			
	Espejos bucales.	x		
	Exploradores.	x		
	Pinzas algodonerías.	x		
	Jeringas, cápsulas.	x		
	Disponibilidad de:			
	Sondas periodontales.	x		
	Cucharillas y/o excavadores.			
	Se cuenta mínimo con el siguiente instrumental para operatoria:			
	Aplicador de dycal.	x		
	Condensador FP3 o empaques	x		
	Porta amalgama.		x	
	Opcional bruñidor y/o cleoide-discoide.		x	
	Opcional espátulas inter-proximales.		x	
	Fresas para apertura de cavidad y fresas para pulir resinas de diferentes calibres para baja y alta velocidad.	x		

	Instrumental para endodoncia: Explorador de conductos, espaciadores, condensadores y limas.			x	
	Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: Fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras y mango para bisturí	x			
	Instrumental para periodoncia:				
	Curetas.			x	
	Sondas Periodontales.				
	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 y otros insumos	1				
Aplica lo de todos los servicios.					
Procesos Prioritarios	1				
Cuenta con:					
Guías clínicas sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral y manejo de complicaciones anestésicas.	x				
Criterios explícitos y documentados sobre las guías, procesos, procedimientos, instructivos, etc., conforme al servicio ofertado.	x				

	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.		x			
	Protocolo de esterilización y suficiencia de instrumental, de acuerdo con la rotación de pacientes.		x			
Historia Clínica y Registros.		1				
	Aplica lo de todos los servicios.					
Interdependencia de servicios		1				
	Disponibilidad de:					
	Imagenología.				x	
	Proceso de esterilización.		x			
	Transporte asistencial cuando, fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II.				x	
TOTAL		7	0	0		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			100%			



Gobernación del Cauca

ESTÁNDARES Y CRITERIOS DE HABILITACIÓN

Resolución 2003 de 2014

PRESTADOR	Herly Stella Durán Cújar	SEDE	Carrera 8 #17AN -02
VERIFICADOR		FECHA	27-abr-17

GRUPO	Esterilización
SERVICIO	Esterilización

ESTÁNDAR	CRITERIO	TOTAL ESPERADO	EVALUACIÓN			OBSERVACIONES
			C	NC	NA	
		1				
Talento Humano	En centrales de esterilización cuenta con: Enfermera o instrumentadora.				x	
	En baja complejidad cuenta con: Auxiliar de enfermería.				x	
	Cuando la esterilización sea contratada, es responsabilidad del prestador garantizar el producto final.				x	
		1				

Infraestructura	En centrales de esterilización cuenta con los siguientes ambientes y áreas señalizadas unidireccionales y de circulación restringida:				
	Ambiente contaminado: donde se reciben y lavan los equipos. Cuenta con pocetas, mesones y suministro de agua, aire comprimido y desagües.	x			
	Ambiente limpio con las siguientes áreas:				
	Área de empaque donde se arman y empaacan los equipos.	x			
	Área de esterilizadores acondicionada para el método de esterilización que se emplee.	x			
	Área de almacenamiento de insumos.	x			
	Ambiente de almacenamiento de equipos donde se almacena el material estéril.	x			
	Ambiente de vestier para el personal asistencial que funciona como filtro, con lavamanos.	x			
	Si se utiliza esterilización con óxido de etileno: ambiente independiente y con una instalación que siga las recomendaciones del fabricante del esterilizador.			x	
	Baño para el personal asistencial con lavamanos.	x			
	Cuenta con tomas eléctricas en todas las áreas.				
	Todo el servicio debe estar limpio, bien iluminado, con ventanas cerradas y no uso de ventiladores.	x			
	Los pisos, paredes y techos, deberán estar recubiertos en materiales sólidos, lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado y desinfección.	x			
Todos los muebles serán lavables y no serán de material poroso. La madera no está indicada en estas áreas.	x				

	<p>Cuando el proceso de esterilización sea desarrollado por un prestador, fuera de una central de esterilización, cuenta con: área independiente del área de procedimientos para realizar el proceso de esterilización, con mesón de trabajo que incluye poceta para el lavado de instrumental, diferente al lavado de manos.</p>		x			
		1				
Dotación	<p>Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso de esterilización fuera de una central de esterilización, cuentan con:</p>					
	<p>Los esterilizadores que garanticen el proceso a los elementos que se utilizan en los servicios de la Institución o el profesional independiente o según la oferta de servicios cuando se trate de centrales independientes.</p>		x			
	<p>Los esterilizadores cuentan con programa de mantenimiento preventivo, validación a la instalación y recalificación anual.</p>		x			
	<p>Si se utiliza esterilización con óxido de etileno, éste cuenta con aireador.</p>				x	
	<p>Cubetas plásticas profundas, de acuerdo con la cantidad de instrumental a lavar y cepillos para lavado.</p>		x			
	<p>Selladoras, si el empaque lo requiere.</p>				x	
	<p>Estanterías para almacenaje de superficies lavables y con estantes arriba del piso al menos 25 cm. y a 6 cm. de la pared.</p>		x			
	<p>Para centrales de esterilización, cuenta con:</p>					
	<p>Mesa de transporte de equipos dentro de la central de esterilización.</p>				x	

	Carros de transporte de equipos estériles y contaminados, debidamente marcados para el traslado seguro de los equipos fuera de la central de esterilización.				x	
	Disponibilidad de Incubadora para manejo de controles biológicos, según método utilizado.		x			
		1				
Medicamentos, Dispositivos Médicos y otros insumos	Para centrales de esterilización y para prestadores quienes que realicen el proceso de esterilización fuera de centrales de esterilización, cuentan con:					
	Detergentes diseñados específicamente para ser utilizados en el lavado de instrumental quirúrgico y equipos médicos.				x	
	Empaque grado médico permeable al agente esterilizante a utilizar.				x	
	Agentes esterilizantes almacenados de acuerdo con las instrucciones del fabricante.				x	
	Indicadores químicos y biológicos.				x	
		1				
Procesos Prioritarios	Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso de esterilización fuera de una central de esterilización, cuentan con:					
	Protocolos que contienen cada una de las etapas del proceso de esterilización:				x	
	Transporte de material antes del ingreso al servicio de esterilización.				x	
	Recibo de material.				x	
	Lavado, secado y lubricación.				x	
	Empaque.				x	
	Almacenaje y entrega.				x	

	Sistema de verificación de integridad del dispositivo estéril, identificando cualquier deterioro que comprometa la permanencia de la esterilidad.			x	
	Cuando se realicen procesos de esterilización con óxido de etileno, cuenta con manual de procedimientos seguros por parte de los operarios y de los dispositivos médicos.			x	
	Socialización, asesoría y verificación de cumplimiento de normas de almacenamiento del producto esterilizado, que garantice el mantenimiento de las condiciones de esterilización del producto esterilizado dentro y fuera de la central en servicios como urgencias, salas de parto, salas de cirugía, hospitalización, etc.			x	
	En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos diseñados para un solo uso, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para el cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.			x	
	Documento del procedimiento Institucional para el reúso limitado de cada uno de los dispositivos médicos que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reusos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los correspondientes registros de estas actividades y su correspondiente validación.			x	

	Para aquellos dispositivos médicos que el fabricante recomienda un número limitado de reúsos, cuenta con la documentación necesaria que soporte el proceso, de acuerdo a lo que el fabricante recomienda.				x	
	Participación en el comité de infecciones.					
	Para prestadores que contraten el proceso de esterilización con una central de esterilización externa cuentan con un protocolo que incluya las condiciones de transporte que garanticen mantener las condiciones de esterilización del producto.				x	
		1				
Historia Clínica y Registros.	Para centrales de esterilización y para prestadores quienes realicen el proceso fuera de una central de esterilización, cuentan con:					
	Registro de reusos por cada uno de los dispositivos médicos esterilizados.				x	
	Registros correspondientes a los procesos prioritarios asistenciales definidos en ese estándar.		x			
	Registro de las cargas.		x			
	Registro de los reportes de todos los controles.		x			
	Registro de las validaciones y mantenimientos de los equipos.		x			
	Listas del contenido de los paquetes que se esterilizan en la institución.		x			
	Etiquetado de cada paquete que permita la trazabilidad de la esterilización.		x			

Interdependencia de servicios						
	No aplica.					
TOTAL		6	0	0		
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO			100%			

Anexo 4. Resolución 3100 de 2019 - Estándares de habilitación asociados al servicio de odontología

Tabla 1. Estándar de talento humano

CRITERIO	CUMPLE
El talento humano en salud y otros profesionales que se relacionan con la atención o resultados en salud de los usuarios, cuentan con los títulos, según aplique, de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, expedidos por la entidad educativa competente. En el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero, copia de la Resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación Nacional.	SI
El talento humano en salud cuenta con copia de la Resolución de autorización del ejercicio expedido por la autoridad competente o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud -ReTHUS.	SI
El talento humano en salud de los servicios de salud de los grupos de consulta externa, internación y el servicio de urgencias, cuentan con constancia de asistencia en las acciones de formación continua en la atención integral en salud de las personas víctimas de violencia sexual.	SI

Nota. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3100 de 2019

Tabla 2. *Estándar de procesos prioritarios*

CRITERIO	CUMPLE
El prestador de servicios de salud cuenta con una política de seguridad del paciente acorde con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.	SI
El prestador de servicios de salud realiza actividades encaminadas a gestionar la seguridad del paciente.	SI
El prestador de servicios de salud cuenta con un comité o instancia que orienta y promueve la política de seguridad del paciente, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos, cuando los prescriba o administre. En el caso de profesionales independientes de salud podrá ser el mismo prestador.	SI
El prestador de servicios de salud adopta y realiza las siguientes prácticas seguras, según aplique a su servicio de salud y cuenta con información documentada para:	
Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales. (que incluya como mínimo dos identificadores: nombre completo y número de identificación).	SI
Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales.	SI
Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud (que incluya protocolo de higiene de manos o higienización con soluciones a base de alcohol).	SI
Detectar, analizar y gestionar eventos adversos.	SI
Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado.	SI
El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica-GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos.	SI

La información documentada es conocida mediante acciones de formación continua por el talento humano encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el talento humano en entrenamiento, y existe evidencia de su socialización. SI

Las guías de práctica clínica y protocolos a adoptar son en primera medida los que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. En caso de no estar disponibles, o si existe nueva evidencia científica que actualice alguna o algunas de las recomendaciones de las guías de práctica clínica o requerimientos de los protocolos, el prestador de servicios de salud adopta, adapta o desarrolla guías de práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica, publicados nacional o internacionalmente. SI

El prestador de servicios de salud de acuerdo con las patologías más frecuentes en el servicio define la guía o guías de práctica clínica a adoptar, o adaptar o desarrollar. SI

El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de la adopción, o adaptación o desarrollo de guías práctica clínica o protocolos basados en evidencia científica. SI

El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización cuenta con la siguiente información documentada. SI

Buenas prácticas de esterilización de acuerdo con los procedimientos y técnicas que se utilicen, que describa como mínimo los siguientes aspectos. SI

Lavado, secado y lubricación. SI

Empaque. SI

Etiquetado. SI

Esterilización. SI

Almacenamiento. SI

Verificación de la integridad del material estéril. SI

Control de calidad que incluya el análisis de los reportes de dicho control, para la toma de medidas preventivas y correctivas. SI

Los prestadores de servicios de salud tienen definidos procedimientos que garanticen el cumplimiento del no reúso de dispositivos médicos cuando el fabricante así lo haya establecido. SI

Los procedimientos, siguiendo las recomendaciones del fabricante, para el reprocesamiento y control de calidad que demuestren la eficacia, desempeño y esterilidad del producto. SI

Los profesionales independientes de salud realizarán el seguimiento a través del programa de tecnovigilancia. SI

Nota. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3100 de 2019

Tabla 3. *Estándar de medicamentos, dispositivos médicos e insumos*

CRITERIO	CUMPLE
<p>El prestador de servicios de salud lleva registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos en la prestación de los servicios que oferte; dichos registros cuentan con la siguiente información.</p> <p>Principio activo - Forma farmacéutica - Concentración - Lote - Fecha de vencimiento - Presentación comercial - Unidad de medida - Registro sanitario vigente o permiso cuando se autorice, expedido por el Invima.</p>	SI
<p>Los dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud cuentan con información documentada que dé cuenta de la verificación y seguimiento de la siguiente información.</p> <p>Descripción - Marca del dispositivo - Serie (cuando aplique) - Presentación comercial - Registro sanitario vigente o permiso de comercialización expedido por el Invima - Clasificación por riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) - Vida útil, cuando aplique - Lote - Fecha de vencimiento.</p>	SI
<p>El prestador de servicios de salud cuenta con un comité o instancia que orienta y promueve la política de seguridad del paciente, el control de infecciones y la optimización del uso de antibióticos, cuando los prescriba o administre. En el caso de profesionales independientes de salud podrá ser el mismo prestador.</p>	SI
<p>El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de la planeación y ejecución de los programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivovigilancia, que garanticen el seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, cuando aplique.</p>	SI

El prestador de servicios de salud que cuente con reservas de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, medicamentos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, y demás insumas asistenciales, debe garantizar que se almacenen en condiciones apropiadas de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante o el banco del componente anatómico, según aplique, y contar con instrumento para medir humedad relativa y temperatura y evidenciar su registro, control y gestión.

SI

Para la aplicación del protocolo de lavado de manos o higienización, los servicios de salud cuentan con los insumas de aseo, limpieza y secado que garanticen su cumplimiento.

SI

La suficiencia de dispositivos médicos está relacionada con la frecuencia de uso de estos, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique.

SI

El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización cuenta con la siguiente información documentada: Buenas prácticas de esterilización de acuerdo con los procedimientos y técnicas que se utilicen, que describa como mínimo los siguientes aspectos:

- Recibo de productos contaminados y entrega de material estéril
- Transporte
- Lavado, secado y lubricación
- Empaque
- Etiquetado
- Esterilización
- Almacenamiento
- Verificación de la integridad del material estéril
- Control de calidad que incluya el análisis de los reportes de dicho control, para la toma de medidas preventivas y correctivas

Los prestadores de servicios de salud tienen definidos procedimientos que garanticen el cumplimiento del no reusó de dispositivos médicos cuando el fabricante así lo haya establecido.

SI

El Profesional Independiente de Salud y las Entidades con Objeto Social Diferente que oferten y presten servicios de salud de los grupos de consulta externa y los prestadores de servicios de salud de Transporte Especial de Pacientes cuentan con documento del proceso que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales	SI
--	----

Nota. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3100 de 2019

Tabla 4. *Estándar de Historia clínica y registros*

Criterio	Cumple
Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia	SI
Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica	SI
El prestador de los servicios de salud cuenta con procedimientos para utilizar una historia única y para el registro de entrada y salida de historias del archivo físico. Ello implica que el prestador de servicios de salud cuenta con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud	SI
Las historias clínicas cuentan con los componentes y los contenidos mínimos definidos en la normatividad que regula la materia	SI
La historia clínica y los registros asistenciales se diligencian en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación lleva la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de esta.	SI
El diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica se realiza simultanea o inmediatamente después de la atención en salud	SI
La historia clínica y demás registros son conservados en archivo único garantizando la custodia y confidencialidad de los documentos o registros protegidos legalmente por reserva	SI
El prestador de servicios de salud cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial	SI
Cuenta con los siguientes registros, cuando los prestadores de servicios de salud realicen el proceso de esterilización dentro del servicio y fuera de centrales de esterilización:	
Actividades documentadas y realizadas en el procedimiento de reúso de dispositivos médicos acorde con las recomendaciones del fabricante, incluyendo el número de reúsos por cada dispositivo esterilizado	SI
Registro de cargas	SI
Resultados del control de calidad	SI

Listas del contenido de los paquetes que se esterilizan	SI
Etiquetado de cada paquete que permita la trazabilidad de la esterilización	SI
Cuando el prestador de servicios de salud utilice mecanismos electrónicos, ópticos o similares para generar, recibir, almacenar, o disponer datos de la historia clínica y para conservarlos , debe avalar que el mecanismo utilizado cumple con características de autenticidad, fiabilidad, integridad y disponibilidad del documento, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente por el archivo general de la nación, la superintendencia de industria y comercio y el ministerio de tecnologías de información y telecomunicaciones, para lo cual el prestador presentara un documento firmado por un ingeniero de sistemas con tarjeta profesional vigente certificando que el mecanismo usado por el prestador cumple con la normatividad mencionada.	SI

Nota. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3100 de 2019

Tabla 5. *Estándar de Dotación*

Criterio	Cumple
El prestador de servicios de salud cuenta con el registro de la relación de los equipos biomédicos requeridos para la prestación de los servicios de salud, este registro cuenta como mínimo con la siguiente información:	
Nombre del equipo biomédico	SI
Marca	SI
Modelo	SI
Serie	SI
Registro sanitario para dispositivos médicos o permiso de comercialización para equipos biomédicos de tecnología contratada, cuando lo requiera	SI
Clasificación por riesgo, cuando el equipo lo requiera	SI
El prestador de servicios de salud garantiza las condiciones técnicas de calidad de los equipos biomédicos, para lo cual cuenta con:	
Programa de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos, que incluya el cumplimiento de las recomendaciones establecidas por el fabricante o de acuerdo con el protocolo de mantenimiento que tenga definido el prestador, este último cuando no esté definido por el fabricante	SI
Hoja(s) de vida de (los) equipo(s) biomédico(s), con lo registros de los mantenimientos preventivos y correctivos, según corresponda	SI
El prestador de servicios de salud cuenta con un programa de capacitación en el uso de dispositivos médicos cuando estos lo requieran, el cual puede ser desarrollado por el fabricante, importador o por el mismo prestador	SI
La dotación de los servicios de salud está en concordancia con lo definido por el prestador en el estándar de procesos prioritarios	SI
La suficiencia de equipos biomédicos está relacionada con la frecuencia de uso de estos, incluyendo los tiempos del proceso de esterilización, cuando aplique	SI
El mantenimiento de los equipos biomédicos es ejecutado por talento humano profesional, tecnólogo o técnico en áreas relacionadas. Este mantenimiento puede ser realizado directamente por el prestador de servicios de salud o mediante contrato o convenio con un tercero	SI

El prestador de servicios de salud que realice el proceso de esterilización en un área o ambiente dentro o fuera del servicio de salud cuenta con los equipos biomédicos y la dotación de acuerdo con el método utilizado	SI
---	----

Nota. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3100 de 2019

Tabla 6. *Lista de chequeo de todos los servicios*

ESTÁNDAR	TOTAL, CRITERIOS	CUMPLE
TALENTO HUMANO	3	SI
INFRAESTRUCTURA	20	NO
DOTACIÓN	9	SI
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS	12	SI
PROCESOS PRIORITARIOS	15	SI
HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS	11	NO
INTERDEPENDENCIA		N.A

Anexo 5. Propuesta de plan de mejoramiento

PROPUESTA DE PLAN DE MEJORAMIENTO							
IPS HERLY DURAN ORTODONCIA Y ODONTOLOGÍA ESPECIALIZADA							
REQUISITOS PRIORIZADOS BAJOS	ACTIVIDADES PARA DESARROLLAR (QUÉ)	FORMAS DE EJECUCIÓN (CÓMO)	ÁREA RESPONSABLE (QUIÉN)	FECHAS DE CUMPLIMIENTO (CUÁNDO)	OBJETIVO DE ACTIVIDAD (PARA QUÉ)	INDICADOR DEL PROCESO %	EVIDENCIA
HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS	<ul style="list-style-type: none"> Implementación de registros de áreas de esterilización dentro y fuera de la zona de esterilización 	<ul style="list-style-type: none"> Crear formato físico y digital para llevar control de zonas de esterilización 	<ul style="list-style-type: none"> Gerencia Asesor biomédico 	A corto plazo	Implementar registros de esterilización mediante controles dentro y fuera de la zona de servicios.	% cumplimiento	Análisis del registro
	<ul style="list-style-type: none"> Registrar el reúso de dispositivos Médicos 	<ul style="list-style-type: none"> Crear un formato físico y digital para el reúso de dispositivos Médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Personal asistencial 	Corto plazo	Disminuir el reúso de implementos Médicos	% cumplimiento	Registro
	<ul style="list-style-type: none"> Registro de cargas. 	<ul style="list-style-type: none"> Crear formato físico y digital para registro de cargas 	<ul style="list-style-type: none"> Personal asistencial 	Corto plazo	Mantener control sobre cargas	% cumplimiento	Registro
	<ul style="list-style-type: none"> Resultados del control de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Registrar resultados para control de calidad y analizarlos mediante auditoría interna. 	<ul style="list-style-type: none"> Gerente 	Corto pazo	Autoevaluar el control de calidad y disminuir la probabilidad de eventos adversos	% cumplimiento	Registro

	<ul style="list-style-type: none"> • Listas del contenido de los paquetes que se esterilizan. • Etiquetado de cada paquete que permita la trazabilidad de la esterilización 	<ul style="list-style-type: none"> • Crear inventario físico y digital para control de paquetes esterilizados. • Registro de etiquetas que permita la trazabilidad de la esterilización 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal técnico • Personal de apoyo 	<p>Corto plazo</p> <p>Corto plazo</p>	<p>Controlar el uso de paquetes de esterilización por día</p> <p>Rotular paquetes que permita el conteo de esterilización</p>	<p>% cumplimiento</p> <p>% cumplimiento</p>	<p>Registro</p> <p>Registro</p>
INFRAESTRUCTURA	<ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de salud de: urgencias, cirugía y del grupo de internación, así como en los servicios de salud donde se realice el proceso de esterilización, deben contar con ambiente de aseo de uso exclusivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar o destinar una zona de ambiente exclusivo para proceso de esterilización 	<ul style="list-style-type: none"> • Personal de apoyo de servicios 	<p>A mediano plazo, que permita dar cumplimiento a la norma en tiempo vigente</p>	<p>Disminuir riesgos adversos de infecciones en zonas de esterilización</p>	<p>% cumplimiento</p>	<p>Señalización, registro fotográfico</p>