

**PLAN DE MEJORAMIENTO PARA CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE  
HABILITACIÓN EN ODONTOLOGÍA SEGÚN RESOLUCIÓN 1043 DE 2006 EN  
UBAS COOMEVA DOSQUEBRADAS Y SANTA ROSA DE CABAL.**

**BEATRIZ EUGENIA ARANGO CORRALES  
ELIANA HIVETTE BERMÚDEZ GUERRERO**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PEREIRA  
2007**

**PLAN DE MEJORAMIENTO PARA CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE  
HABILITACIÓN EN ODONTOLOGÍA SEGÚN RESOLUCIÓN 1043 DE 2006 EN  
UBAS COOMEVA DOSQUEBRADAS Y SANTA ROSA DE CABAL.**

**BEATRIZ EUGENIA ARANGO CORRALES  
ELIANA HIVETTE BERMÚDEZ GUERRERO**

**Trabajo de grado para optar al título de Gerentes en Sistemas de Salud**

**Asesor  
Dr. Ricardo Gómez Ossa  
MD. Cirujano Esp. Gerencia en sistemas de salud UTP  
Esp. Gerencia de Proyecto EAFIT**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PEREIRA  
2007**

El trabajo de grado PLAN DE MEJORAMIENTO PARA CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN EN ODONTOLOGÍA SEGÚN RESOLUCIÓN 1043 DE 2006 EN UBAS COOMEVA DOSQUEBRADAS Y SANTA ROSA DE CABAL. Elaborado por: BEATRIZ EUGENIA ARANGO CORRALES Y ELIANA HIVETTE BERMÚDEZ GUERRERO, ha sido aprobada como requisito para optar al título de Gerentes en Sistemas de Salud.

---

Jurado

---

Jurado

Pereira, Junio de 2007

A Dios porque siempre nos ha acompañado en el camino de la superación, fortaleciéndonos en los momentos difíciles, guiando nuestro esfuerzo, voluntad y decisión para alcanzar las metas propuestas; a nuestra familia, esposos de quienes recibimos todo su apoyo, a nuestros hijos por ser el motor de nuestras vidas motivándonos continuamente y a nuestra universidad por los conocimientos brindados.

## **AGRADECIMIENTOS**

La elaboración de este trabajo de investigación, se hizo posible gracias a la valiosa colaboración de los directivos de COOMEVA EPS, quienes facilitaron la información para realizar dicho estudio.

Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma fueron participes del estudio de investigación y contribuyeron en la labor no solo investigativa sino a lo largo de la evolución del mismo y por quienes se hace posible mostrar en el día de hoy a través de este trabajo de grado los resultados de este.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pg.
INTRODUCCIÓN.....	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
3. JUSTIFICACIÓN.....	17
4. OBJETIVOS.....	18
4.1 OBJETIVO GENERAL .....	18
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
5. MARCO DE REFERENCIA .....	19
5.1 AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD .....	19
5.1.1 Tipos De Acciones Para El Mejoramiento De La Calidad.....	20
5.2 LA AUDITORÍA SEGÚN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD .....	20
5.2.1 Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud. 21	
5.3 LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD .....	21
5.3.1 Objetivos del Sistema de Información para la Calidad. ....	21
5.3.2 Principios del Sistema de Información para la Calidad.....	22
6. ANEXO TÉCNICO NÚMERO 2. MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 1043 DE 2006.....	23
6.1 PRINCIPIOS QUE DEBEN GUIAR EL DESARROLLO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN.....	24
6.1.1 Organización para habilitación. ....	24
6.1.2 Estándares de las condiciones tecnológicas y científicas.....	27
6.1.3 Explicación del orden de los estándares. ....	27

7.	RESOLUCIÓN 1043 DE 2006 .....	28
7.1	ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN .....	29
7.1.1	Adopción de distintivos para servicios habilitados. ....	30
7.1.2	Verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación. ....	30
7.2	ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y SU APLICACIÓN EN LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS .....	30
7.3	DOCUMENTOS NECESARIOS AL MOMENTO DE LA VISITA DE HABILITACIÓN .....	32
7.4	RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE HABILITACIÓN EN ODONTOLOGÍA .....	35
8.	MARCO HISTÓRICO .....	37
8.1	ANTECEDENTES DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD EN EL CONTEXTO MUNDIAL.....	37
8.1.1	Origen de la calidad en salud. Las prácticas actuales para mejorar la calidad en salud tienen varios orígenes.....	37
8.2	ANTECEDENTES DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD EN COLOMBIA.....	40
8.2.1	Los componentes del sistema de la calidad .....	42
9.	CALIDAD .....	43
9.1	VENTAJAS DE LA CALIDAD.....	43
9.1.1	Calidad en salud.....	43
	La Organización Mundial de la Salud la define como: .....	43
9.1.2	Calidad en la prestación de servicios de salud.....	44
	El Ministerio de Salud la define como: .....	44
9.1.3	Características de la calidad en salud. ....	44
9.2	EVALUACIÓN DE LA CALIDAD .....	46
9.3	CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA.....	46
9.3.1	Ventajas de la aplicación de la calidad en odontología. ....	46
10.	MARCO CONCEPTUAL .....	48

10.1	AUDITORÍA.....	48
10.1.1	Auditor ..... 48	48
10.1.2	Auditoría externa ..... 48	48
10.1.3	Auditoría interna ..... 49	49
10.2	AUDITORIA EN ODONTOLOGÍA ..... 49	49
10.2.1	Auditoria en salud oral ..... 49	49
10.2.2	Auditoria odontológica ..... 50	50
10.3	AUTOCONTROL..... 50	50
10.4	AUTOEVALUACIÓN ..... 50	50
10.5	COOMEVA SERVICIOS ADMINISTRATIVOS..... 51	51
10.6	HABILITACIÓN ..... 51	51
10.6.1	Procesos de habilitación..... 51	51
10.6.2	Macro proceso de habilitación ..... 52	52
10.7	POLÍTICA DE CALIDAD DE UN SISTEMA..... 52	52
10.8	PLAN DE ACCIÓN..... 52	52
10.9	UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN ..... 53	53
10.9.1	Servicios que presta una UBA..... 53	53
11.	MARCO GEOGRÁFICO Y DEMOGRÁFICO ..... 54	54
11.1	DOSQUEBRADAS ..... 54	54
11.2	SANTA ROSA DE CABAL ..... 54	54
12.	HISTORIA DE COOMEVA ..... 56	56
13.	UBA COOMEVA DOSQUEBRADAS ..... 58	58
14.	UBA COOMEVA SANTA ROSA DE CABAL..... 59	59
15.	MARCO LEGAL ..... 60	60
15.1	SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ..... 60	60
16.	METODOLOGÍA ..... 63	63
16.1	DISEÑO DE SISTEMA DE CALIFICACIÓN..... 63	63
16.2	APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS EN LAS UBAS ..... 65	65
16.3	PRIORIZACIÓN DE OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ..... 65	65



16.4	REALIZACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN SEGÚN MATRIZ 5W1H .....	65
17.	RESULTADOS .....	67
18.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	68
18.1	UBA DOSQUEBRADAS.....	68
18.2	UBA SANTA ROSA DE CABAL.....	72
19.	CONCLUSIONES .....	75
20.	RECOMENDACIONES .....	77
21.	REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	79

## LISTA DE CUADROS

	Pg.
Cuadro 1. Documentos necesarios en el momento de la habilitación.....	33
Cuadro 2. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de atención en salud del sistema de seguridad social en salud (SOGAS) .....	61
Cuadro 3. Grado de cumplimiento.....	64
Cuadro 4. Calificación evaluación .....	64
Cuadro 5. Grados de priorización de las Recomendaciones .....	65
Cuadro 6. Resumen de indicadores de la evaluación para el cumplimiento e los estándares para la habilitación en la UBA Coomeva Dosquebradas, primer semestre del 2007.....	68
Cuadro 7. Resumen de indicadores del evaluación para el cumplimiento de los estándares para la habilitación en la UBA Coomeva Dosquebradas, primer semestre del 2007.....	72

## LISTA DE GRÁFICOS

	Pg
Gráfico 1. Modelo Organizacional para Estándares de habilitación. ....	26

## RESUMEN

En el siguiente trabajo de grado se planteó un plan de mejoramiento para el cumplimiento de los estándares y requisitos de habilitación según la resolución 1043 en odontología, en las UBAS Coomeva Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal las cuales se encuentran habilitadas con la anterior normatividad y certificación con la norma ISO.

Para este trabajo de grado se diseñó un sistema de calificación que permitió medir el grado de cumplimiento de los criterios para cada estándar y se realizaron observaciones a las cuales se les dio una calificación de acuerdo al grado de priorización. Para lo cual, se realizó una revisión de la normatividad actual

Se desarrolló una matriz que permitió realizar un plan de mejoramiento por el cual, se logró evidenciar que entre otras, independientemente de que las UBAS estén bajo la misma dirección se presenta un grado de diferencia de cumplimiento en los estándares de calidad, con lo cual se ratifica que el hecho de que una institución esté certificada, no garantiza el cumplimiento de los criterios para los estándares de calidad de la habilitación.

Los datos se sistematizaron mediante el diseño de una hoja de cálculo en Excel, por medio de la cual se maneja la información de las autoevaluaciones e interpretó las observaciones realizadas a cada UBA.

## INTRODUCCIÓN

La calidad constituye un aspecto indispensable en cualquier actividad que el ser humano realice y los servicios de salud no escapan a su influencia, representando una exigencia cada vez más necesaria en las instituciones tanto públicas como privadas.

El presente documento muestra un plan de mejoramiento para el cumplimiento de los nuevos estándares de calidad en el servicio de odontología en las Unidades básicas de atención (UBA) Coomeva Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal, con el fin de verificar y controlar el cumplimiento de las condiciones básicas de habilitación, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud.

Esta propuesta de trabajo de grado plantea inicialmente la evaluación en las UBA de Coomeva en Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal, verificando el cumplimiento de los estándares de habilitación en los servicios de odontología bajo la resolución 1043 del 2006, la cual hace parte del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.

El evaluar este elemento en el área de la salud, representa una forma de conocer y analizar cómo se está ofreciendo el servicio a la población que acude para resolver sus problemas, desde la óptica del cumplimiento de los requisitos mínimos establecidos en la Ley.

La evaluación de la calidad ha sido abordada por diferentes enfoques en el área médica, los mismos que han permitido perfeccionar los métodos y técnicas para conocer, lo más objetivamente posible, la forma de validar este proceso.

Es importante destacar que el conjunto de las normas que respaldan el sistema obligatorio de garantía de calidad en Colombia, evidencian el interés del Estado por el mejoramiento de la calidad del servicio de salud. Éste coincide con la toma de conciencia por parte de las instituciones, de la importancia que hoy tiene rendir

cuentas ante el usuario y la sociedad sobre las condiciones internas de operación de las mismas, con base en criterios que expresen en su conjunto, el nivel de desempeño esperable por parte de una institución de salud.

En la prestación de los servicios de salud se requiere la integración de este elemento con el fin de hacer frente a una serie de condicionamientos Internos como lo son, La evaluación de los servicios, Productividad, Políticas institucionales y unos Externos como la Competitividad con otras instituciones, Satisfacción de los usuarios y Accesibilidad,

Se plantea entonces la calidad, como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención, con los menores riesgos para el paciente.

Alcanzar la calidad y mantenerla es, entonces, el reto central.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente las UBA de Coomeva EPS en Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal se encuentran habilitadas sobre los estándares de calidad con la resolución 2309 de 2002 la cual no esta vigente. A la fecha no se ha hecho una revisión detallada acorde con los nuevos criterios de calidad para los servicios de odontología según la resolución 1043 de 2006, la cual es de obligatorio cumplimiento a nivel Nacional. Por consiguiente ambas sedes están en riesgo y podrían verse involucradas en sanciones e incluso avocadas al cierre por el hecho del no cumplimiento de la norma.

COOMEVA EPS en sus políticas internas, siempre confluye en una mejora continua en calidad científica y humana, creando a través de los años una cultura de servicio, poniendo énfasis en las relaciones humanas, la formación, la información y completamente comprometida con la calidad de los servicios que presta para lograr la satisfacción a sus usuarios.

Las UBAS en el momento no cuentan con un plan de acción que permita ser preventivo ante una situación de no cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación, esto sumado a las dificultades de infraestructura para el cumplimiento de los requisitos mínimos como los antecedentes encontrados en algunos aspectos que requieren de mejoramiento, es el caso en el que se evidencia que el suministro de agua potable de la UBA Dosquebradas es deficiente lo cual genera inconformidad por parte del personal que labora dentro de la institución, afectando también la atención con calidad de los pacientes creándoles insatisfacción y deteriorando la imagen de la entidad.

Las UBAS de Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal no cuentan con buenos sistemas de información en odontología, ya que la caída de la red constantemente ocasiona demoras en las evoluciones de historias clínicas, formulas médicas y recibos de pago. Los protocolos de procedimientos no son conocidos por el personal que realiza reemplazos en los diferentes cargos en el área de odontología, además las UBAS no cuentan con hojas de vida de sus funcionarios dentro del establecimiento, imposibilitando el acceso a estas cuando se requiera.

Por esto es importante ofrecer la oportunidad de implementar un plan de mejoramiento para cumplimiento de estándares de habilitación en Odontología según resolución 1043 de 2006 en UBAS COOMEVA Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal, con el fin de verificar y controlar el cumplimiento de las condiciones básicas de habilitación, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud.

¿Cómo se encuentran los estándares de habilitación del servicio de odontología, de las UBAS Coomeva de Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal y que recomendaciones tendría un plan de mejoramiento para el cumplimiento de los estándares mínimos del sistema obligatorio de garantía de la calidad para la prestación de servicios, según la resolución 1043 de 2006?



### 3. JUSTIFICACIÓN

El concepto de calidad en Colombia de odontología, es relativamente nuevo. La resolución 1043 de 2006, hace parte del sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud, la cual evalúa 10 estándares cada uno con criterios definidos para los diferentes servicios, haciéndola dispendiosa en su cumplimiento. Por lo tanto a las instituciones prestadoras de servicios de salud, se les ha exigido mayor calidad en sus servicios y Coomeva no es la excepción, pero la falta de recurso humano con poco perfil para el desarrollo de la normatividad, deficiente conocimiento y poca dedicación del personal asistencial y administrativo, hace que este procedimiento se convierta en conocimiento solo de los directivos de alto cargo, generando sanciones, impacto en la imagen institucional, ocasionando represamiento de los pacientes, tratamientos aplazados, insatisfacción de los usuarios, pérdida de afiliados, disminución de la población sana, aumento de la morbilidad, aumento de los costos y por lo tanto llevando a la entidad a un desequilibrio financiero.

El hecho de que Coomeva EPS, se encuentre certificada, no la exime de estar habilitada. Dado que si no se cumplen con la totalidad de requisitos mínimos de prestación de servicios a lo cual hace referencia la habilitación en la resolución 1043 de 2006, esto puede llevar a sanciones, multas y hasta el cierre o en el mejor de los casos tener que implementar en forma correctiva y a corto plazo, procesos y procedimientos difíciles de ejecutar.

Abordamos el proceso de odontología, por que consideramos que es el servicio de mayor rentabilidad y al que menos interés se le da en calidad.

Concientes de esta situación y de que no se ha realizado un plan de mejoramiento para el cumplimiento de los estándares mínimos del sistema obligatorio de garantía de la calidad para la prestación de servicios de salud, según la resolución 1043 del 2006, decidimos realizar esta propuesta de trabajo de grado donde se plantea el diseño de un sistema de evaluación de los estándares y posteriormente un plan de acción, buscando el mejoramiento continuo del servicio de odontología, con el fin de facilitar a la persona encargada el conocimiento y un plan de mejoramiento para cumplir con los criterios exigidos en la norma.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Elaborar un plan de mejoramiento para cumplimiento de estándares de habilitación en odontología según resolución 1043 de 2006 en UBAS Coomeva Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Hacer un diagnóstico de la situación actual de las UBAS Coomeva de Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal.
- Identificar elementos críticos en las UBAS de Coomeva Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal.
- Realizar plan de acción según matriz 5W1H en las UBAS Coomeva Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal para el cumplimiento de la resolución 1043 de 2006.

## **5. MARCO DE REFERENCIA**

En Colombia el sistema obligatorio de garantía de la calidad está regido por el decreto 1011 de 2006, el cual destituyó al decreto 2309 de 2002.

Este decreto se aplica a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Las acciones que desarrolle el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) serán orientadas a mejorar los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario. (1)

### **5.1 AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Los programas de auditoría deberán ser relacionados con los estándares de acreditación y superiores a los que se determinen como básicos en el Sistema único de Habilitación.

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

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

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

- Autocontrol
- Auditoría Interna
- Auditoría Externa

### **5.1.1 Tipos De Acciones Para El Mejoramiento De La Calidad**

- **Acciones Preventivas.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
- **Acciones de Seguimiento.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
- **Acciones Coyunturales.** Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.(1)

## **5.2 LA AUDITORÍA SEGÚN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD**

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las

acciones preventivas, de seguimiento, evaluación continua, sistemática de los parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

### **5.2.1 Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud.**

Estas instituciones deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, que comprenda como mínimo, la autoevaluación y la atención al usuario. (1)

## **5.3 LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

### **5.3.1 Objetivos del Sistema de Información para la Calidad.**

- Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que las entidades directivas, de inspección, vigilancia y control del Sistema realicen el monitoreo y ajuste del SOGCS.
- Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- Referenciar. Contribuir a la referencia competitiva sobre la calidad de los servicios de las Instituciones Prestadoras de Servicios.

- Estimular. Pretende apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.(1)

### **5.3.2 Principios del Sistema de Información para la Calidad.**

- Gradualidad. La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
- Sencillez. La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.
- Focalización. La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.
- Validez y confiabilidad. La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
- Participación. En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Eficiencia. Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.(1)

## **6. ANEXO TÉCNICO NÚMERO 2. MANUAL ÚNICO DE PROCEDIMIENTOS DE HABILITACIÓN RESOLUCIÓN 1043 DE 2006**

Tiene por objeto, orientar la verificación de las condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, así como unificar en el territorio nacional, los conceptos básicos de evaluación de las condiciones tecnológicas y científicas, de suficiencia patrimonial y financiera, y técnico administrativas, definidas para el sistema de habilitación de prestadores de servicios de salud. Contiene aspectos complementarios y aclaratorios, a los establecidos en el Anexo Técnico No 1 o manual Único de Estándares y de Verificación.

Dado que 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 éstas deben contribuir a mejorar el resultado en la atención. Por esta razón, el manual desarrolla un capítulo donde se lista una serie de indicadores de seguimiento al riesgo. Dichos indicadores deben servir de herramienta objetiva de medición y análisis del desempeño de cada uno de los servicios, los cuales deben ser punto de partida para el mejoramiento.

De igual manera, pretende garantizar la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, según los lineamientos de auditoría expedidos por el Ministerio de la Protección Social, como herramienta de gestión de la calidad que promueva, evalúe y mejore la atención en salud en armonía con los demás componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Finalmente esta norma amplía el artículos 25 del Decreto 1011 y el 6to de la Resolución, 1043, los cuales hablan del distintivo que se entrega a los prestadores en el momento de la inscripción y que deberá ser publicado en un lugar visible, para que los usuarios tengan la seguridad de estar siendo atendidos en una institución que declara el cumplimiento de los condiciones de habilitación y hace parte del Registro Especial de Prestadores. (2)

## **6.1 PRINCIPIOS QUE DEBEN GUIAR EL DESARROLLO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN**

- **Fiabilidad.** La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.
- **Esencialidad.** Todas las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación de servicios de salud.
- **Sencillez.** La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, y su verificación por las autoridades competentes o por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.(2)

### **6.1.1 Organización para habilitación.**

Las responsabilidades asignadas por la Ley a los integrantes del Sistema en Seguridad Social en Salud se ilustran en el modelo organizacional que se muestra en la gráfica 1.

- **Diseño, formulación y revisión de políticas y de estándares.** Podemos observar que El ministerio de protección social es responsable de expedir normas científicas que regulan la calidad de los servicios y controla los factores de riesgo que son de obligatorio cumplimiento para las entidades como, EPS, IPS, direcciones departamentales y distritales.
- **Monitorización, del cumplimiento, verificación e impacto de los estándares y del componente en su conjunto.** Es función del ministerio de protección social y la superintendencia nacional de salud supervisar, inspeccionar y vigilar, formular y aplicar los criterios de evaluación de deficiencia en la gestión de las EPS, IPS, direcciones seccionales distritales y municipales.

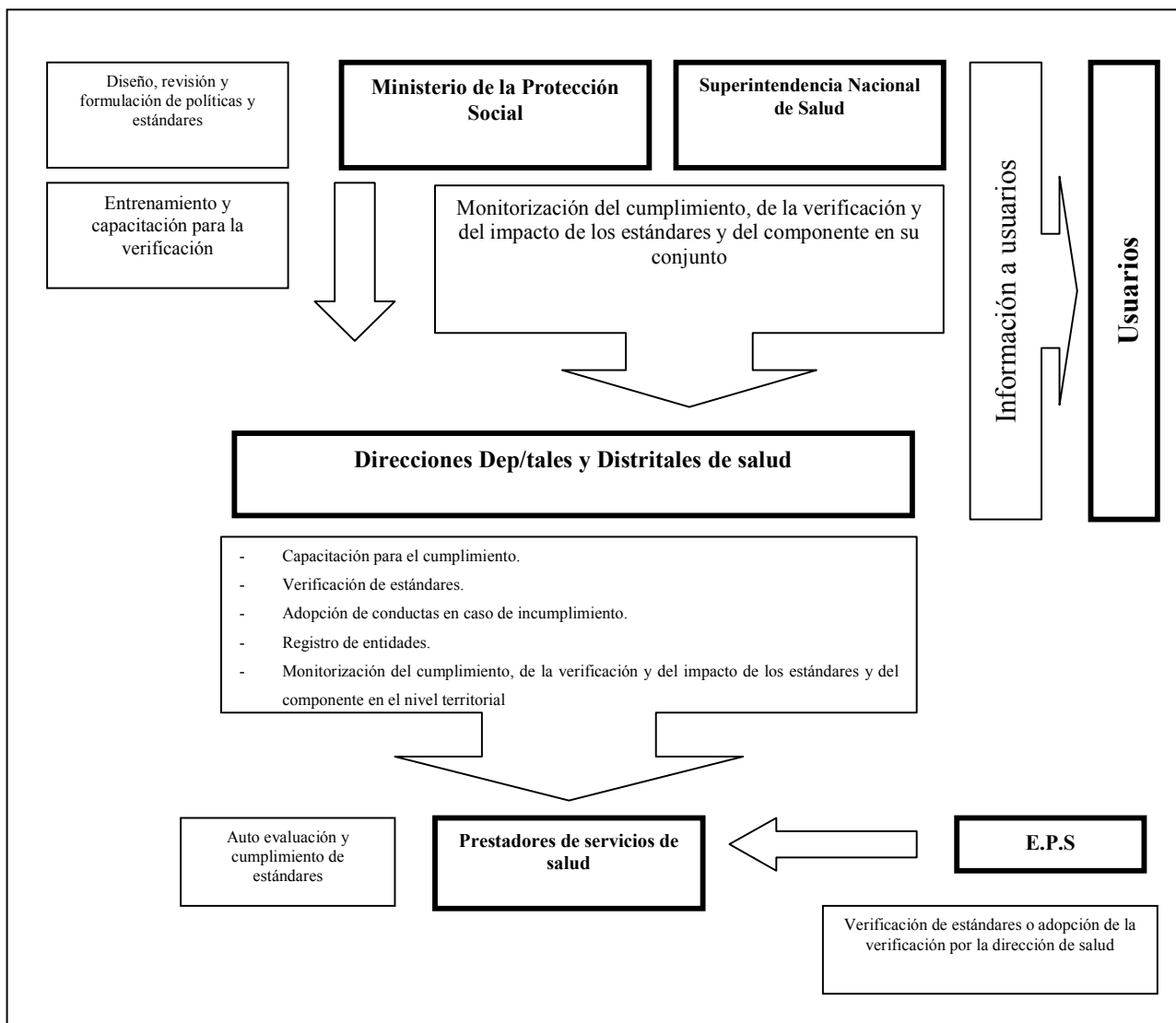


- Verificación de estándares, adopción de conductas en caso de incumplimiento y Registro de entidades. A las direcciones departamentales y distritales de salud les corresponde verificar el cumplimiento de los requisitos de habilitación de las instituciones de su jurisdicción. En caso de incumplimiento deben imponer las sanciones correspondientes. Y a las direcciones de salud les corresponden la declaración de estándares de habilitación y el registro de prestadores de servicios de salud.

Las EPS podrán verificar el cumplimiento de estándares de habilitación de la IPS que estén contratadas, deben avisar a la dirección territorial cuando una de las IPS tenga alguna falla en el cumplimiento de los estándares.

- Información a usuarios. Le corresponde al ministerio de protección social y a la superintendencia nacional de salud informar al usuario sobre procesos y resultados del sistema de habilitación.
- Autoevaluación y cumplimiento de estándares. Le corresponde a los prestadores de servicios de salud, la verificación interna, la presentación de la declaración y el cumplimiento de los estándares. (2)

**Gráfico 1. Modelo Organizacional para Estándares de habilitación.**



Tomado de anexo técnico No 2 de la resolución 1043 del 2006 página 6.

### **6.1.2 Estándares de las condiciones tecnológicas y científicas.**

El contenido de los estándares, esta dirigidos al control de los principales riesgos propios de la prestación de servicios de salud, en los cuales el riesgo potencial supere los beneficios esperados.

### **6.1.3 Explicación del orden de los estándares.**

Los estándares, son condiciones mínimas indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier organización de prestación de servicios de salud, independientemente del tipo de servicios que ofrece en de los estándares de habilitación que se mencionan más adelante de este trabajo. (2)

## 7. RESOLUCIÓN 1043 DE 2006

La actual Resolución rige a partir de Abril 3 de 2006, fecha de su publicación y anula las Resoluciones 9279 de 1993, 1439 de 2002, 486 y 1891 de 2003, 2182 de 2004 y 4750 de 2005. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Los Prestadores de Servicios de Salud y todos aquellos establecimientos que presten servicios de salud, sea este o no su objeto social, deberán cumplir, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación, con lo siguiente:

a) De capacidad tecnológica y científica. Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente Resolución. Comprenden: recurso humano, infraestructura - instalaciones físicas-mantenimiento; dotación-mantenimiento; medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y su gestión; procesos prioritarios asistenciales; historia clínica y registros asistenciales; interdependencia de servicios; referencia de pacientes y seguimiento a riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable. (3)

b) Suficiencia Patrimonial y Financiera. Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

c) De capacidad técnico-administrativa. Es el cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica y el cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros, que permitan demostrar que la

Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

- a. **Fiabilidad:** La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.
- b. **Esencialidad:** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- c. **Sencillez:** La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos. (3)

## **7.1 ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN**

Se adoptan como estándares de habilitación el “Manual Único de Estándares y Verificación” que se anexan a la presente Resolución como Anexo Técnico No.1 y como guía de procedimientos de habilitación el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” que se anexa a la presente Resolución como Anexo Técnico No.2°.

### **7.1.1 Adopción de distintivos para servicios habilitados.**

Se emplean, con el propósito de fortalecer el control ciudadano para verificar que las atenciones en salud se presten exclusivamente en servicios inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios y busca que a través de este mecanismo se fortalezca la capacidad de control de las entidades sobre el estado de habilitación de los servicios ofrecidos por las instituciones prestadoras de servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social adopta el distintivo de habilitación, cuyas características se encuentran contenidas en el Anexo Técnico No. 2 de la presente Resolución.(3)

### **7.1.2 Verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación.**

Con el fin de verificar las condiciones de habilitación de los prestadores de servicios de salud, las entidades departamentales y distritales, aplicarán el “Manual Único de Estándares y Verificación” Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral de la presente Resolución. No se podrán exigir estándares diferentes a los establecidos en dicho Manual.

Las visitas de verificación de las condiciones de la habilitación, deben ser notificadas como mínimo con un (1) día de antelación a su realización y efectuarse de acuerdo con los lineamientos establecidos en el “Manual Único de Procedimientos de Habilitación” Anexo Técnico No. 2, Una vez notificada la fecha de visita de verificación al prestador, éste no podrá presentar novedades de cierre o apertura de servicios, mientras la visita no haya concluido. (3)

## **7.2 ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y SU APLICACIÓN EN LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS**

1. Recursos humanos: son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la competencia que tiene el mismo para la atención. En odontología se exige el título del profesional y su inscripción ante el ente territorial de salud correspondiente. En caso de tenerse una especialización debe demostrarse el título de la especialidad. Para estudios realizados en el

exterior debe demostrarse la homologación ante el ICFES. De igual forma, auxiliares de consultorio e higienistas deben demostrar título e inscripción. (4).

2. Infraestructura física e instalaciones: determina las características de las áreas y el mantenimiento que se realiza en las mismas para la prestación de los servicios. En odontología se exige que los pisos y muros sean lisos, impermeables y que permitan la fácil limpieza y desinfección. Equipos periapicales o panorámicos deben contar con la licencia de funcionamiento y el estudio previo realizado por un radiofísico que demuestre que cumple con los requisitos de ley sobre seguridad y protección radiológica.

3. Dotación: determinado por las condiciones y la cantidad de los equipos médicos y el mantenimiento que se da a los mismos. (2).

En odontología está dado por el instrumental mínimo utilizado y el mantenimiento de los equipos. Se verifican las hojas de vida de los equipos que requieren un mantenimiento permanente como unidad odontológica, equipo para esterilización de instrumental (autoclave o calor seco), piezas de mano, lámparas de fotocurado, compresor y otros; para especialistas se verifica el instrumental utilizado para cada especialidad.

Aunque no se establece una cantidad mínima de instrumental, ésta se determina de acuerdo con el número de pacientes atendidos y el sistema de esterilización utilizado.

4. Insumos y su gestión: son los procesos que garantizan un adecuado almacenamiento y uso de los insumos médicos. Se verifica la existencia de registros sanitarios del Invima para cada uno de los insumos, así como los procesos para la verificación de las fechas de vencimiento. Todos los insumos deben tener registro sanitario.

5. Procesos prioritarios asistenciales: son procesos para la atención de usuarios que minimizan la presencia de riegos. Se verifica la existencia documentada de Guías Clínicas de atención para las principales patologías y Manuales de Procedimientos. No se aplica en profesionales independientes de odontología y solamente aplicarían las guías de atención para IPS.

6. Historia clínica y registros clínicos: son los procesos que garantizan el archivo, custodia y diligenciamiento de las historias clínicas para cada uno de los pacientes, así como los procesos documentados que garanticen la reserva en la información de la misma. Igualmente deben registrar cada una de las atenciones mediante el sistema RIPS. (4).

7. Interdependencia de servicios: es la existencia y disponibilidad de servicios que son necesarios para el funcionamiento de otros servicios. No aplica para servicios odontológicos.

8. Referencia de pacientes: determina los procesos documentados que existen para la remisión y recepción de pacientes entre instituciones.

9. Seguimiento a riesgos: es la existencia de procesos de control y seguimiento a los riesgos inherentes en la prestación de los servicios definidos como prioritarios. (4)

### **7.3 DOCUMENTOS NECESARIOS AL MOMENTO DE LA VISITA DE HABILITACIÓN**

Para cada uno de los estándares de habilitación, se verifican criterios que deben cumplir por servicio, estos criterios hacen referencia a una normatividad, un documento o una acción. A continuación se describen los documentos necesarios que se requieren al momento de la habilitación, para la verificación de la normatividad se hace referencia en el capítulo de marco legal e este trabajo. (Tabla 1). (4)



Cuadro 1. Documentos necesarios en el momento de la habilitación.

<b>1. Recurso humano</b>	Proceso de selección de personal
	Hojas de vida del personal con soportes
<b>2. Instalaciones físicas</b>	Portafolio de servicios, con la discriminación de cada servicio que se ofertan
	Planos de la institución.
<b>3. Dotación – mantenimiento</b>	Inventario de activos
	Hoja de vida para cada equipo
	Plan de mantenimiento
	Contratos para el desarrollo del plan de mantenimiento
	Licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud para los equipos emisor de radiación ionizante.
	Planillas (Formatos) de seguimiento al plan de mantenimiento preventivo y reparativo.
<b>4. Medicamentos y Dispositivos Médicos – Gestión de Medicamentos y Dispositivos</b>	Listado de medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios con: principio activo, forma farmacéutica, Concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial.
	Listado de dispositivos médicos que incluya: nombre genérico o marca, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo Proceso para adquisición, almacenamiento, manejo y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución Perfil epidemiológico.
	Guías clínicas de atención.
	Protocolos de enfermería
<b>5. Procesos prioritarios asistenciales</b>	Proceso de auditoría para el mejoramiento de la calidad
	Proceso para el desarrollo del sistema de Información para los usuarios
	Procedimientos para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de

	riesgo biológico o de riesgo radiactivo y de desechos.
	Manual de buenas prácticas de esterilización, bioseguridad, manejo de residuos hospitalarios
	Guías sobre el manejo de gases medicinales
	Protocolo de activación de código azul
	Plan de turnos y formato de verificación de empalme de cada turno
	Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes, si tiene hospitalización que incluya el procedimiento de visitas.
	Triage
	Planes hospitalarios para emergencias internas y externas.
	Manual de radio protección
	Protocolos para garantía de calidad de la imagen
	Relación de procedimientos que se realizan en la sala y los que no se pueden realizar
	Protocolos de procedimientos que se realizan en la sala
	Relación de procedimientos mínimos que se realizan en el área de procedimientos del consultorio.
	Protocolos de procedimientos que se realizan en la sala
	Manual del área para cada profesional independiente
<b>6. Historia Clínica y Registros Asistenciales</b>	Procedimientos para utilizar una historia y custodia del documento y sus anexos
<b>7. Interdependencia de Servicios.</b>	
<b>8. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes</b>	Declaración de deberes y derechos
	Flujos de urgencias de pacientes
	Proceso de remisión de pacientes
	Destinos y flujos de pacientes en caso de que las condiciones clínicas del usuario superen la capacidad técnico científica de la institución.
<b>9. Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios</b>	Procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores

	Procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad
	Guías del control de infecciones, manejo de antibióticos, manejo de productos biológicos y manejo de pacientes con patologías altamente contagiosas o altamente sensibles a las infecciones.
<b>COMITÉS</b> <b>Resolución de nombramiento de comité con:</b>  Funciones, miembros, periodicidad de reunión.	Comité de calidad (técnico científico) Comité de historias clínicas Comité de Infecciones Comité de farmacia y fármaco epidemiología Comité de Vigilancia epidemiológica

#### 7.4 RECOMENDACIONES PARA EL PROCESO DE HABILITACIÓN EN ODONTOLOGÍA

1. Conocer la normatividad vigente en el sistema de Garantía de calidad y otras normas complementarias.
2. Identificar los servicios que están o se van a ofertar y verificar su cumplimiento.
3. Determinar el grado de cumplimiento frente a los requisitos establecidos en la norma; si existe incumplimiento realizar los ajustes necesarios y si no existe viabilidad en el cumplimiento determinar la no prestación de los servicios.
4. Diligenciar los formularios de inscripción de acuerdo al tipo de prestador (Profesional independiente o entidad de traslado de pacientes).

5. Registrar el formulario ante el ente territorial de salud con sus respectivos soportes, a partir de este momento el prestador queda habilitado para la prestación de los servicios declarados.

6. En caso de novedades como cambio de dirección de la institución, cambio de representante legal, adición o restricción de servicios, se debe diligenciar un nuevo formulario para novedades y se debe dar una explicación de las mismas.

De acuerdo con la priorización realizada por el ente territorial de salud, el prestador es visitado posteriormente para verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos para cada uno de los servicios. Si en la visita se determina el cumplimiento de los requisitos para los servicios declarados, el ente territorial certifica al prestador.

En caso de incumplimiento de las condiciones o los requisitos, el ente territorial podrá iniciar una investigación administrativa que puede concluir en una sanción para el prestador, la cual irá desde una amonestación hasta el cierre de la institución.

Si durante la visita se determina que existe un riesgo inminente que puede afectar la salud o la seguridad de un usuario (equipo de radiología sin licencia o ausencia de equipo para esterilización), se podrán aplicar medidas de seguridad que son de carácter inmediato, preventivo y transitorio hasta que se determine que desaparecieron las causas. (4)

## **8. MARCO HISTÓRICO**

### **8.1 ANTECEDENTES DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD EN EL CONTEXTO MUNDIAL**

En los últimos años el concepto de calidad se ha puesto de moda, éste no es tan reciente puesto que mucho antes de que Edward Deming y Joseph Juran, estudiaran e incorporaran la calidad en los procesos de producción industrial, los profesionales de la salud pusieron en marcha metodologías para evaluar la calidad e introducir procesos de mejoramiento continuo. (5)

#### **8.1.1 Origen de la calidad en salud. Las prácticas actuales para mejorar la calidad en salud tienen varios orígenes**

a) El método científico: utilizado por los profesionales de la salud para determinar eficiencia en los medicamentos, evaluación de técnicas de diagnóstico, evaluación del éxito en las intervenciones y decisiones quirúrgicas; dan la capacidad profesional para elaborar hipótesis y probarlas, de allí que el mejoramiento de la calidad es parte de su formación.

b) Modelos que surgieron de la actividad institucional: tales como La Gestión de Calidad Total (G.C.T.), o el Mejoramiento Continuo de la Calidad (M.C.C.), son ejemplos de modelos industriales. Los médicos norteamericanos comenzaron a utilizar estos modelos en los años de 1980 y se continúan desarrollando cada vez más. (5)

Algunos de los nombres claves en los modelos industriales de mejoramiento son:

- Deming: contribuyó en la industria japonesa después de la segunda guerra mundial. El creía en las estadísticas como base para la calidad en la gestión, y que ésta podría mejorarse si se mejoraban los procesos.

- Juran: otro líder en el movimiento por la calidad planteó su Filosofía, que se conoce como la trilogía de Juran:
  - Planificación de la calidad
  - Control de la calidad
  - Mejoramiento de la calidad
  
- Crosby: creó la Filosofía de los estándares, para lograr la excelencia. Los primeros reportes sobre Calidad se remontan a mediados del siglo XIX, cuando se pusieron en marcha controles de calidad en la atención anestésica en Gran Bretaña.
  
- Abraham Flexner: (ingeniero industrial), quién se ocupó de los programas académicos de medicina y fijo estándares para el curriculum de la facultad, estandarizó normas y procedimientos, introdujo el concepto de la idoneidad del recurso humano para garantizar la calidad de los servicios. (5)

En 1912 la sociedad de cirujanos de los Estados Unidos de América, haciendo eco de lo que hizo Flexner, organiza el primer programa de estandarización de hospitales basado en cinco conceptos:

1. Estándares para organizar la historia clínica, obliga a seguir pautas organizadas del proceso lógico de atención.
  
2. Calificación e idoneidad del recurso humano.
  
3. Normalización de pautas de tratamiento.
  
4. Auditoría Médica. El Perr Review. Análisis semejante entre pares, son criterios definidos por las sociedades científicas de los diferentes gremios en USA y por la Join Comisión quien la maneja en la actualidad.
  
5. La práctica médica es de medios no de resultados.

En 1916 Codman propone para USA el primer programa nacional de normalización hospitalaria.

En 1951 se crea en Norteamérica la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales

En la década de 1960 en Argentina, la expansión de Las Obras Sociales genera la necesidad de controlar la Calidad de la atención Médica, la cantidad de las prestaciones y la verificación de la facturación. En este mismo año el Seguro Social Mexicano, inicia programas de Evaluación de la Calidad en Salud.

En 1965 en España se inicia la acreditación de hospitales. En 1974 se realiza el encuentro de Auditoría Médica con la participación de la Escuela de Salud Pública, de la UBA (Universidad de Buenos Aires), El Centro Latinoamericano de Administración Médica, la sociedad Argentina de Auditoría Médica, entre otras entidades participantes.

En 1983 en Canadá se exige por parte del gobierno poner en marcha programas de Garantía de Calidad.

En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Tal como puede observarse, la garantía de calidad en los servicios de salud ha sido un tema de especial importancia en todo el mundo, debido a las innumerables ventajas que ofrece tanto a los usuarios como a las entidades prestadoras de servicios de salud. Por lo tanto en nuestro país, su implantación y desarrollo tiene pocos años, debido fundamentalmente a la carencia de una reglamentación de las entidades gubernamentales correspondientes. (5)

## **8.2 ANTECEDENTES DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD EN COLOMBIA**

En 1979 la Ley 9 ó Código Sanitario Nacional, estableció las condiciones mínimas sanitarias que debían cumplir las edificaciones donde se prestaran servicios de salud, y determinó que los mismos deberían licenciarse ante los entes territoriales. Este requisito fue derogado posteriormente por el Estatuto anti trámites determinado en el Decreto 2150 de 1995.

El Instituto de Seguros Sociales, entre 1983 y 1987, empezó a realizar marcos teóricos sobre calidad en los servicios de salud. Según el documento “Garantía de Calidad de los Servicios de salud”.

En 1990 la ley 10, reestructura el Sistema Nacional de Salud, elevando la salud al rango de Servicio Público.

La reforma constitucional de 1991, en sus artículos 209 y 269, estableció el deber de la administración pública, de diseñar, aplicar métodos y procedimientos de control, cuya calidad y eficiencia sería evaluada por la Contraloría General de la nación. (4)

La ley 87 de 1993, implementa desarrolla y consolida las auditorias internas en el sector estatal y su filosofía y enfoque es el de retomar del sector privado la práctica de la auditoria, el control interno y otras herramientas de tipo gerencial.

Es así como la ley 100 de 1993 y el Decreto reglamentario 2174 de 1996, organizan el Sistema de Garantía de calidad y ordena su implantación en las entidades de salud del país.

En 1996 se define el Sistema de Garantía de Calidad con la expedición del Decreto 2174. Establece los requisitos esenciales que se deben cumplir en cada uno de los servicios de salud ofertados por los prestadores, así como el de la obligatoriedad de la inscripción ante el ente territorial correspondiente mediante la Declaración de Requisitos Esenciales y la inclusión de los mismos en una base de datos de prestadores de servicios de salud. Posteriormente la resolución 4252 del



mismo año determina las normas técnicas, científicas y administrativas para la prestación de los servicios, y establece las condiciones mínimas de recurso humano, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico administrativos, sistemas de información, transporte y auditoría de los servicios, que debe desarrollar cada una de las instituciones de acuerdo con su nivel de complejidad.  
(4)

Posteriormente se emitió el decreto 2309 del 2002 por el cual se crea el SOGCS (Sistema Obligatoria de garantía de la calidad en Salud). Esta resolución contemplo 4 componentes del SOGCS:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La 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.

Para mayo del año 2006 este decreto es modificado por el decreto 1011, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el cual se conservan los mismos 5 componentes y las mismas características

1. Accesibilidad
2. Oportunidad
3. Seguridad
4. Pertinencia
5. Continuidad.

De esta manera se garantiza la calidad en la atención y la seguridad del usuario al asistir a un servicio de salud. Algo importante que resaltaba este Decreto era la formación de una cultura de la calidad.

### **8.2.1 Los componentes del sistema de la calidad**

- El Sistema Único de Habilitación. Determina para el prestador los mecanismos para el registro, la autoevaluación de los servicios y la declaración juramentada en el cumplimiento de los requisitos definidos por estándares; al ente territorial de salud le otorga la responsabilidad de inscribir a los prestadores en el Registro Especial de Prestadores, la verificación posterior en su jurisdicción de las condiciones técnicas, administrativas, tecnológicas y científicas y de suficiencia patrimonial y financiera, de obligatorio cumplimiento, y permiten la entrada y la permanencia en el Sistema. Además debe informar a los usuarios de las entidades habilitadas para prestar servicios de salud.

El sistema de garantía de calidad incluyó también a las entidades promotoras de salud (EPS), las administradoras del régimen subsidiado (ARS), las entidades adaptadas y las entidades de medicina prepagada, como responsables en la verificación del cumplimiento de estas condiciones en los prestadores que conformen su red de servicios y de abstenerse de contratar con los que no cumplan las condiciones de habilitación.

- La auditoría para el mejoramiento. Pretende en el prestador la evaluación y el mejoramiento de los procesos, mediante la autorregulación.
- El sistema de acreditación. Pretende fomentar la competencia en igualdad de condiciones entre los actores del sistema.
- El sistema de información para la calidad. Genera información a los usuarios sobre la calidad de los servicios prestados. (4)

## **9. CALIDAD**

La calidad se logra cuando se tienen en cuenta normas, procedimientos y técnicas que satisfagan las necesidades y expectativas del usuario, por lo tanto podemos decir que la percepción del usuario es la que determina la excelencia del servicio. (5)

### **9.1 VENTAJAS DE LA CALIDAD.**

La calidad de un servicio genera toda una serie de ventajas a cualquier institución en salud. Entre estas encontramos:

- Mayor retención de usuarios
- Menos quejas y reclamos por parte del usuario
- Reducción de costos
- Mayor participación en el mercado
- Mayor satisfacción y compromiso de los empleados

Las instituciones que no pongan en marcha procesos de generación de calidad, por fuerza de las circunstancias, se verán obligadas a enfrentar grandes dificultades o a desaparecer en el tiempo. (7)

#### **9.1.1 Calidad en salud.**

La Organización Mundial de la Salud la define como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos
- Mínimo de riesgos para el paciente

- Alto grado de satisfacción por parte del paciente
- Impacto final en la salud

“La Calidad es la satisfacción de las necesidades del cliente a sus expectativas razonables”.

### **9.1.2 Calidad en la prestación de servicios de salud.**

El Ministerio de Salud la define como:

“El conjunto de características técnico-científicas y humanas que debe tener la atención en salud que se provea, para alcanzar los efectos deseados por el usuario del servicio.”

De acuerdo a las definiciones anteriores, la Calidad es una propiedad de la atención que puede ser obtenida en diversos grados, de acuerdo a la percepción de satisfacción del usuario, es decir, el paciente puede estar satisfecho con la atención recibida aún cuando no siempre podrá juzgar la verdadera efectividad e incluso la ética del tratamiento al cual fue sometido; además de esta ecuación de beneficios y riesgos cabe la posibilidad de tener niveles negativos de la calidad.

De tal forma puede concluirse que la calidad no es un concepto absoluto sino relativo en el que los beneficios y los riesgos deberán ser medidos por estándar (asignación de valores a determinados indicadores que permitan medir), así la calidad resulta siempre un juicio comparativo. (8)

### **9.1.3 Características de la calidad en salud.**

Según Braulio Mejía García en su libro de Auditoria Médica Para la Garantía de la Calidad en Salud, todo servicio de salud deberá tener una serie de cualidades como son:

1. Accesibilidad: corresponde a la posibilidad de acceder a un servicio de salud en términos geográficos y económicos, de acuerdo a las posibilidades del usuario.

2. Oportunidad: capacidad de satisfacer las necesidades de salud del usuario en el momento en que requiere el servicio.

3. Continuidad: es la atención continua del usuario a través de una serie de acciones del proceso de la atención y bajo el cuidado de un equipo de profesionales.

4. Suficiencia e Integralidad es la satisfacción oportuna de las necesidades de salud del usuario, en forma adecuada a su estado de salud y de manera integral, entendidas las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

5. Racionalidad lógico-científica: el conocimiento médico y la tecnología se reúnen para atender un problema de salud con criterios de lógica y optimización de los recursos.

6. Efectividad: se refiere al grado máximo de mejoramiento de la salud con la mejor atención disponible.

7. Eficiencia: es el uso racional de los recursos disponibles en la consecución de un producto. Implica que la atención brindada debe ser efectiva pero a unos costos razonables.

8. Eficacia: es el logro de los atributos de un producto, en este caso el servicio de salud, que satisface las necesidades, deseos y demanda de los usuarios.

9. Satisfacción del usuario: es la complacencia del usuario con la atención recibida.

10. Atención humanizada: consiste en tener en cuenta una serie de necesidades de índole cultural, religiosa, estilos de vida, que mantengan en alto la dignidad del ser enfermo. (5)

## **9.2 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD**

“Es la medición del nivel de Calidad de una actividad, procedimiento o guía de atención integral.”

La evaluación de calidad se considera como la medición, descripción, comparación y análisis del conjunto de atributos y características que deben poseer los servicios de salud para brindar individual y colectivamente a los usuarios. Estos atributos deben responder a las expectativas tanto de profesionales como de los pacientes.

La evaluación de un servicio debe fundamentarse en una apreciación de los resultados o su impacto sobre las personas, que son el objetivo final o razón de ser de los servicios. (9)

## **9.3 CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA**

Se define calidad en Odontología como la totalidad de rasgos y características del servicio odontológico, que presentan ciertas habilidades para satisfacer las necesidades de los pacientes.

El primer paso para lograr un proceso de mejoramiento óptimo en el consultorio odontológico, es el establecimiento adecuado de una buena política de calidad, dicha política debe ser comunicada a todos y cada uno de los miembros del equipo de trabajo de institución y requiere de su compromiso.

### **9.3.1 Ventajas de la aplicación de la calidad en odontología.**

Tenemos como principales beneficios de la aplicación de un proceso de calidad en Odontología los siguientes:

- Mejora las relaciones entre la dirección y el equipo de trabajo del consultorio odontológico
- Optimiza el uso de los recursos en el consultorio odontológico
- Reduce los costos y tiempos de trabajo en el consultorio odontológico
- Aumenta la productividad en la institución
- Aumenta la rentabilidad de la inversión efectuada
- Fomenta un ambiente de trabajo óptimo
- Mejora los índices de satisfacción laboral
- Mejora los índices de satisfacción del usuario
- Perfecciona constantemente el proceso productivo

La calidad constituye un proceso que suele ser largo y complejo, pues requiere de cambios de actitudes y modificación de conductas en todos los miembros del equipo de trabajo. (9)

Los principios de gestión de la calidad son sencillos de entender, aunque pueden ser complicados de asimilar y de poner en práctica:

- El sistema parte de la búsqueda de la satisfacción del usuario, en todos sus aspectos.
- Un primer paso es la búsqueda de la calidad de los productos/servicios.
- El directivo tiene que estar convencido de la necesidad de la calidad.(9)

## **10. MARCO CONCEPTUAL**

### **10.1 AUDITORÍA**

La auditoria, es un órgano Consultor y Asesor dentro de la organización, el cual se encarga de evaluar la optimización de la gestión administrativa. Esta función la realiza un Auditor, de acuerdo con las normativas legales y los estatutos que la rigen. Siendo una función de Apoyo y Asesoría. (10)

#### **10.1.1 Auditor**

Funcionario idóneo que informa sobre la interpretación y aplicación de las normas, en el proceso de organización de una empresa y propone estrategias, sobre la resolución correspondiente a los procedimientos.

De acuerdo con quien la realice, podrá ser:

#### **10.1.2 Auditoría externa**

Es la efectuada por profesionales independientes de la empresa o entidad. Siendo la contratación que hace una institución, para ejercer una estricta auditoria a los diversos procesos asistenciales y administrativos obligando a las instituciones de salud a afinar los procesos de oferta y hacerlos compatibles con las necesidades y expectativas de los usuarios. Esta circunstancia, ha acelerado el proceso de transformación de nuestras instituciones en las cuales los aspectos de excelencia en el servicio no siempre ocupaban un lugar prioritario.



### **10.1.3 Auditoría interna**

Si el personal de auditoría labora dependiendo de la gerencia y es responsable ante ella de la de la organización. Evalúa permanente e independientemente en cada organización si el Sistema de Control Interno (SCI), está operando efectiva y eficientemente. (10)

## **10.2 AUDITORIA EN ODONTOLOGÍA**

Es una disciplina científica que se ha desarrollado de manera considerable en el transcurso de las últimas décadas, como producto de los cambios estructurales que han ido ocurriendo en el sector salud y a raíz de la incorporación de los conceptos básicos del proceso administrativo al ejercicio profesional.

El auditor odontológico se desarrolla en un campo de acción amplio y le competen distintas funciones, entre las cuales podemos identificar: análisis de la situación de salud oral de la población, elaboración de políticas de salud oral, identificación de las necesidades y expectativas del usuario frente al servicio odontológico, análisis de la oferta odontológica y evaluación de los servicios de salud. (10)

### **10.2.1 Auditoria en salud oral**

Es el control y la evaluación del conjunto de acciones derivadas de la interacción en la estructura, el proceso, los resultados e impactos de todo un equipo interdisciplinario de atención, en el servicio de salud oral, involucrando la totalidad de los actores en torno al paciente.

Las actividades en auditoría, permiten controlar el conjunto de acciones en salud oral, dentro de un contexto integral, que implica la interacción adecuada de los recursos humanos, físicos y económicos para obtener la meta de la calidad total.

Es la auditoria un vehículo que permite conocer los diferentes actores de los procesos asistenciales en Salud Oral, y controlar que cumplan las normas, objetivos y procedimientos establecidos mediante la evaluación de la calidad.

Mediante la auditoria se determina la garantía de calidad; cuya función tiene como objetivo, confirmar que todas las acciones necesarias para la satisfacción de las necesidades de los usuarios, sean realizadas de una manera más completa y mejor que la de los competidores, en otras palabras lograr la excelencia. (10)

### **10.2.2 Auditoria odontológica**

Hace parte de la anterior, pero apunta a la interacción del odontólogo como tal, promoviendo el mejoramiento continuo en la calidad del servicio de Salud Oral.

La Auditoria Odontológica está preocupada por las estrategias para lograr la excelencia, Más que en detectar fallas en la labor profesional. Está soportada por la Auditoria Operacional, y es muy claro que su ejecución, solo la podrá llevar a cabo un profesional odontólogo. (10)

### **10.3 AUTOCONTROL**

Es cuando cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización. (10)

### **10.4 AUTOEVALUACIÓN**

La autoevaluación es el riguroso y sistemático examen que una institución realiza, con amplia participación de sus integrantes a través de un análisis crítico y un diálogo reflexivo sobre la totalidad de las actividades institucionales o de un

programa específico, a fin de superar los obstáculos existentes y considerar los logros alcanzados, para mejorar la eficiencia, y alcanzar la excelencia. Algunas de las finalidades concretas que se persiguen mediante la autoevaluación son, identificar, confirmar o revisar los aspectos prioritarios en los que deben tomarse medidas y examinar las necesidades de fortalecimiento.

## **10.5 COOMEVA SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**

Es un outsourcing empresarial, comprometido a mantener su preferencia, entidad que trabaja con calidad, efectividad y confidencialidad siempre en busca del mejoramiento continuo. (11)

## **10.6 HABILITACIÓN**

Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud. (1)

### **10.6.1 Procesos de habilitación**

El proceso se realiza con el fin de garantizar la aplicación uniforme y la confiabilidad de la verificación de las condiciones de habilitación en todo el país, se estandarizan los principales procesos para su implementación, mediante formatos y diagramas de flujo de los principales procesos de habilitación. (2)

### **10.6.2 Macro proceso de habilitación**

La implementación del sistema de habilitación, es el macroproceso en el cual, interactúan las entidades territoriales de salud y los prestadores de servicios de salud, con el propósito de que se cumplan los estándares en todo el país. Se inicia con la expedición de la norma por parte del Ministerio de la Protección Social y termina cuando se haya verificado el cumplimiento de los estándares, o cuando se modifiquen. (2)

### **10.7 POLÍTICA DE CALIDAD DE UN SISTEMA**

Es el que establece claramente lo esperado por profesionales y que define a la vez las particularidades de los productos y servicios que serán brindados a los pacientes. (6)

### **10.8 PLAN DE ACCIÓN**

Son documentos debidamente estructurados que forman parte del planeamiento estratégico de la empresa, ya que, por medio de ellos, es que se busca “materializar” los objetivos estratégicos previamente establecidos, dotándolos de un elemento cuantitativo y verificable a lo largo del proyecto.

El plan de acción compromete el trabajo de una gran parte del personal de la institución, estableciendo plazos, responsabilidades y un sistema de seguimiento y monitoreo de todas las acciones diseñadas.

Todos los planes de acción presentan su estructura de modo “personalizado” para cada proyecto, es decir, dependiente de los objetivos y los recursos, cada administrador presenta su plan de acción adecuado a sus necesidades y metas.

En general, los planes se estructuran principalmente mediante proyectos de inversión, sin embargo, un plan debe contener también, el desarrollo de las Tareas específicas.

La formulación de un Plan de Acción que priorice las iniciativas más relevantes para cumplir con los objetivos y metas de gestión requiere estructurar adecuadamente su financiamiento y enlace con el presupuesto institucional. (12)

## **10.9 UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN**

Son centros de atención médica propios, ubicados en lugares cercanos a su residencia o lugar de trabajo en donde se prestan los servicios de medicina general, odontología, laboratorio clínico y entrega de medicamentos, establecidos en el Plan Obligatorio de Salud.

### **10.9.1 Servicios que presta una UBA.**

En cualquiera de los centros de atención médica el usuario será atendido por un médico general o un odontólogo, quienes le entregarán una autorización para que, sin necesidad de desplazarse a ningún otro sitio, pueda: reclamar los medicamentos formulados en la misma unidad, tomarse radiografías y ecografías, asistir a terapias, ir al optómetra, consultar con el (la) nutricionista, consultar con el (la) psicólogo (a) y utilizar servicios del laboratorio clínico. (11)

## **11. MARCO GEOGRÁFICO Y DEMOGRÁFICO**

### **11.1 DOSQUEBRADAS**

Municipio colombiano en el departamento de Risaralda, vecino a la ciudad capital del departamento (comunicado a través del Viaducto César Gaviria Trujillo), Pereira. Dosquebradas es la segunda ciudad del departamento y uno de los principales centros industriales de Colombia. Tiene una población aproximada de 200.000 habitantes. El nombre de la ciudad se debe a la existencia de dos ríos: Santa Teresita y Las Garzas. (13)

Limites:

Norte: Marsella

Sur: Pereira

Oriente: Santa Rosa de Cabal

Occidente: Pereira

División Política:

178 barrios 32 veredas divididas en 6 zonas 32 quebradas

### **11.2 SANTA ROSA DE CABAL**

Es una de las principales ciudades del departamento colombiano de Risaralda con una población de 72.417 habitantes entre sus áreas rurales y urbanas.

La Ciudad de las araucarias como es conocida tiene una superficie de 564 km<sup>2</sup> y localizado en la zona andina colombiana, específicamente la región cafetera, tiene un clima frío de montaña con un promedio de 18 grados centígrados (clima de páramo) durante el día y una temperatura inferior durante las noches.

Santa Rosa de Cabal pertenece además a la región colombiana llamada Eje Cafetero y constituye uno de los municipios típicos cuya economía gira alrededor del café; aunque en los últimos años su economía ha mejorado gracias al aumento del turismo, ya que posee importantes atractivos como dos balnearios de Aguas Termales, un pequeño lago de barro medicinal con grandes propiedades para la piel, el municipio en si aun conserva la magia de los pueblos cafeteros de mediados del siglo XX con sus casas típicas, con balcones y hermosas flores en ellos al estilo de la colonización Antioqueña.

En una de las zonas más montañosas del departamento, la ciudad está cerca del Nevado de Santa Isabel que tiene una altura de 4.950 metros sobre el nivel del mar y que funciona como límite natural entre los departamentos de Risaralda y el Tolima. (13)

## 12. HISTORIA DE COOMEVA

El 4 de marzo de 1995, en la asamblea ordinaria de delegados, celebrada en Río Negro (Antioquia), se autoriza la creación de COOMEVA EPS. S.A, con naturaleza de sociedad anónima y la participación del capital de COOMEVA como accionista mayoritario. Así, mediante escritura pública 1597 de Abril 7 de 1995 nace COOMEVA EPS. S.A.

En 1996 el crecimiento de COOMEVA EPS se hace notar, superando la cifra propuesta de 156.600 afiliados, obteniendo una cifra de 202.272 afiliados al régimen contributivo.

En 1997 se comenzaron las primeras aplicaciones de los modelos conceptuales y planes institucionales, se atendía una población de afiliados presentes en el Atlántico, Santander, Antioquia, Cundinamarca, Bogotá, Risaralda, Quindío, Valle del Cauca, Nariño, Cauca, Caquetá.

En el 2001 COOMEVA EPS se consolido como la segunda EPS privada en el régimen contributivo, con una población de 1.335.203 afiliados en 692 municipios del país.

En el 2002 la asociación Colombiana de hospitales y clínicas selecciona a COOMEVA EPS como la mejor entidad promotora de salud. Para entonces contaba con una población de 1.506.048 afiliados en 756 municipios Colombianos. En el 2004 según el estudio realizado por la revista Dinero y la firma de investigación Invamer Gallup, Coomeva EPS se consolido como Top of Mind entre las entidades promotoras de salud, es decir la marca más recordada por los colombianos. Además fue la primera entidad promotora de salud que obtuvo la certificación de calidad ISO 9001:2000 en todos sus procesos.

En el 2005 la EPS cumplió una década brindando los servicios de salud a las familias colombianas, construyendo sueños que han sido posibles gracias a la confianza que 2.390.143 afiliados en 957 municipios han depositado día a día en la organización, ofreciendo la oportunidad de continuar con la consecución de las metas trazadas. Se mantuvo la certificación de calidad ISO 9001:2000



Siendo la tercera cooperativa más importante de Latinoamérica y la primera más grande del país por número de asociados.

Cuenta con una amplia red nacional de Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, exclusivas Unidades Básicas de Atención, UBA, programas de Promoción y Prevención para el afiliado, su familia y los trabajadores, servicio Integral Personalizado en nuestras salas SIP y destacados profesionales de la salud al servicio de su grupo familiar. (11)

### **13. UBA COOMEVA DOSQUEBRADAS**

Nace el 2 de mayo de 2003 con los siguientes servicios:

- Consulta externa
- Promoción y prevención
- Odontología
- Enfermería
- farmacia

Se crea por la necesidad de expandirse y ofrecer más servicios a la población Colombiana. (11)

#### **14. UBA COOMEVA SANTA ROSA DE CABAL**

Nace el 1 de diciembre de 2003 con los siguientes servicios:

- Consulta externa
- Promoción y prevención
- Odontología
- Enfermería
- Farmacia

Se crea por la necesidad de expandirse y ofrecer más servicios a la población Colombiana. (11)

## 15. MARCO LEGAL

### 15.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Siendo la salud un derecho de todos los ciudadanos, de gran importancia para el bienestar de la población es necesario entender el funcionamiento del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud).

Teniendo en cuenta, la Constitución Política de Colombia en el artículo 48; *“La seguridad Social es un Servicio Público de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.”*

El SGSSS es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una mejor calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad

El SGSSS sirve, para regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención. (14)

En Colombia con el surgimiento de la Ley 100 de 1993 se produjeron cambios en la estructura administrativa y en la de prestación de servicios de salud. Estos cambios están representados por el actual sistema de Seguridad Social en salud, el cual busca dejar al estado directamente responsable de la regulación del sistema quitándole de encima el peso de la prestación directa de servicios a través de una red de instituciones que dependen directamente del ministerio de salud.

Según El Decreto 1011 de 2006, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de atención en salud del sistema de seguridad social en salud (SOGCS). Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados

y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

La siguiente es la normatividad que se verifica en el SOGCS para la habilitación.  
(6)

Para el desarrollo de los estándares de habilitación, se tienen en cuenta una serie de normatividades que se describen en el cuadro 2.

Cuadro 2. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de atención en salud del sistema de seguridad social en salud (SOGAS)

1	<p><b>RECURSOS HUMANOS:</b> (106 numerales a revisar)</p>	<p><b>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.</b> Algunos términos de Referencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 3616 de 2005 (Denominación y perfiles ocupacionales de formación)</li> <li>• Acuerdo 003 de 2003 (mecanismos de control para la supervisión de personal)</li> </ul>
2	<p><b>INSTALACIONES FISICAS:</b> (61 numerales a revisar)</p>	<p><b>Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.</b> Algunos términos de Referencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 2676 de 2000 (Manual de medidas de bioseguridad – manejo de residuos hospitalarios)</li> <li>• Resolución 4445 de 1996 (Condiciones Sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares)</li> <li>• Comité de infecciones</li> <li>• Comité paritario</li> <li>• Plan de gestión de residuos hospitalarios</li> <li>• Plan de emergencias y desastres</li> <li>• Planes de Centrales de Esterilización, Lavado, Gases.</li> </ul>
3	<p><b>DOTACIÓN Y MANTENIMIENTO:</b> (57 numerales a revisar)</p>	<p><b>Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador</b></p>
4	<p><b>MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS:</b> (10 numerales a revisar)</p>	<p><b>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.</b> Algunos términos de Referencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 4725 de 2005 (Dispositivos médicos)</li> <li>• Decreto 2200 de 2005 (Información sobre medicamentos)</li> <li>• Comité de farmacia y terapéutica</li> </ul>
5	<p><b>PROCESOS PRIORITARIOS</b></p>	<p><b>Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por</b></p>

	<b>ASISTENCIALES:</b> (59 numerales a revisar)	<b>normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.</b> Algunos términos de Referencia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 1011 de 2006 (Auditoria para el mejoramiento)</li> <li>• Decreto 4126 de 2005 (Gestión Integral de Residuos Hospitalarios)</li> <li>• Decreto 2676 de 2000 (Manual de medidas de bioseguridad y residuos hospitalarios)</li> <li>• Resolución 1164 de 2002 (Desechos)</li> <li>• Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS)</li> <li>• Manual de buenas prácticas de esterilización MPS</li> </ul>
6	<b>HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES:</b> (17 numerales a revisar)	<b>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.</b> Algunos términos de Referencia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité de historias clínicas</li> <li>• Decreto 1995 de 1999 (Historias clínicas)</li> <li>• Resolución 3374 de 2000 (Reglamentación RIPS)</li> </ul>
7	<b>INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS:</b> (18 numerales a revisar)	<b>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.</b> Algunos términos de Referencia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 2759 de 2001 (Régimen de Referencia y Contrarreferencia)</li> <li>• Decreto 1544 de 1998 (Régimen de Referencia para Laboratorios de Notificación)</li> </ul>
8	<b>REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES:</b> (11 Numerales a revisar)	<b>Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.</b>
9	<b>SEGUIMIENTO A RIESGOS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:</b> (23 numerales a revisar)	<b>Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.</b> Algunos términos de referencia <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comité técnico científico</li> <li>• Administración del riesgo</li> </ul>
10	<b>TRASLADO ASISTENCIAL DE PACIENTES</b>	<b>Solo para servicio de ambulancia)</b>

## **16. METODOLOGÍA**

La metodología de la propuesta de trabajo de grado “plan de mejoramiento para cumplimiento de estándares de habilitación en odontología según resolución 1043 de 2006 en UBAS COOMEVA Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal” consiste en cuatro etapas.

### **16.1 DISEÑO DE SISTEMA DE CALIFICACIÓN**

SI ESTO ES LO NOVEDOSO DEBE RESALTARSE EL APORTE CONCRETO EN ESTE PUNTO NO SE QUE SE DEBE COLOCAR...

Para este fin se realizó una revisión de la normatividad actual que hace referencia al SOGC y complementos del servicio de odontología, en el cual se profundizó en los estándares de la resolución 1043 de 2006 y los anexos técnicos 1 y 2.

Para la evaluación de estándares de habilitación según el anexo técnico No 1 de la resolución 1043 de 2006, a cada criterio de evaluación se le determinó un parámetro de cumplimiento el cual es específico para cada institución y para cada servicio, con estos parámetros se diseñó una lista de chequeo para la autoevaluación de cumplimiento a los estándares de habilitación.

Posteriormente se nos dio una cita concertada, en la que se le aclaró el proceso a realizar a los coordinadores odontológicos de cada una de las UBAS. Se realizó la evaluación en presencia del personal de los servicios de odontología.

A cada criterio de la lista de chequeo se le calificó con un atributo:

Cuadro 3. Grado de cumplimiento

C	Cumple
NC	No Cumple
NA	No Aplica

Al aplicar el instrumento, se diseñó un sistema de calificación que permitió cualificar el grado de cumplimiento, de forma que al de priorizar en el plan de acción, se identificaran puntos de referencia para la ejecución. De tal forma que todo criterio que aplicara a la UBA se le asignó una calificación de 0 a 3 según su grado de cumplimiento tal como se describe en el cuadro 4 de clasificación de la evaluación:

Cuadro 4. Calificación evaluación

<b>Calificación</b>	<b>0</b>	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	<b>1</b>	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	<b>2</b>	Se puede evidenciar y esta implementado pero no en su totalidad
	<b>3</b>	Se encuentra escrito e implementado en su totalidad

Se hizo la observación posteriormente en reunión con el grupo de trabajo a cada criterio, dependiendo del grado de cumplimiento según el desempeño de cada UBA.

A cada observación se le realizó una recomendación la cual se calificó, dándole un atributo de “grado de recomendación” según la prioridad para su aplicación, tal como se detalla en el cuadro 5 sobre el grado de priorización de las recomendaciones.



Cuadro 5. Grados de priorización de las Recomendaciones

<b>Recomendación</b>	<b>A</b>	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	<b>B</b>	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	<b>C</b>	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

## **16.2 APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS EN LAS UBAS**

Tomando como matriz el anexo 01 de la resolución 1043 de 2006 con los complementos de la metodología de calificación y priorización de las recomendaciones anteriormente descritas, se filtraron los estándares que aplicaron al servicio de odontología en las UBAS y los marcados como “todos los servicios” en el anexo técnico.

## **16.3 PRIORIZACIÓN DE OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

En reunión con el grupo de trabajo de grado, se filtraron las recomendaciones de la evaluación realizada y las observaciones con menor grado de cumplimiento. Estas recomendaciones se pasaron a una matriz y se realizó un plan de acción.

## **16.4 REALIZACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN SEGÚN MATRIZ 5W1H**

En reunión con el director de las UBAS se realizó la inclusión, de una matriz que permitió realizar, un plan de mejoramiento a cada recomendación, determinando quien y en que periodo de tiempo se podían corregir los criterios los cuales se habían calificado con el menor puntaje.

La matriz del plan de acción cumplimiento y seguimiento a las recomendaciones surge de lo que se definió como el “5W1H”, de las iniciales en ingles para iniciar una pregunta, tal como se describió en el marco teórico.

- QUE: Hace referencia a el problema de la institución, la carencia o falencia de algo dentro del proceso. Lo determina el criterio y la observación. Dentro del proceso de evaluación.
- QUIEN: Da referencia del cargo o persona dentro o fuera de la institución, responsable y encargado del PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) de la recomendación planteada para el mejoramiento continuo de la institución, y cumplimiento con los estándares.
- CUANDO: Explica el tiempo en el que debe darse el PHVA a la recomendación según lo planeado dentro de el presupuesto de la empresa o disposición del líder de calidad y la gerencia, en este caso el director de la UBA.
- DONDE: Hace referencia del lugar donde se debe actuar para generar el mejoramiento y llegar a la calidad esperada.
- PARA QUE: Determina el estándar exigido por la norma al que se esta incumpliendo, es la razón de ser de la recomendación.
- COMO: Da referencia a la recomendación en donde se dan pautas paso a paso de la forma de realizar el PHVA para mejorar el proceso. Como hacerlo y como debe quedar, Lo determina la recomendación dentro del proceso de evaluación

## **17. RESULTADOS**

- Ver anexos autoevaluación Rosa de Cabal
- Ver anexos autoevaluación Dosquebradas
- Ver anexos Plan de Acción Dosquebradas
- Ver anexos Plan de Acción Santa Rosa de Cabal

## 18. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 18.1 UBA DOSQUEBRADAS

Para la descripción de los resultados se tomo un consolidado por UBA de cada uno de los estándares, a lo cual se le diseño una tabla matriz de indicadores, que se detalla en los cuadros 6 y 7 con el resumen de los principales resultados por estándar, de acuerdo a indicadores diseñados para medir el estado de las UBAS

Cuadro 6. Resumen de indicadores de la evaluación para el cumplimiento e los estándares para la habilitación en la UBA Coomeva Dosquebradas, primer semestre del 2007.

	Recurso humano	Instalaciones físicas	Dotación y mantenimiento	Medicamentos y dispositivos	Procesos prioritarios	HC y registros asistenciales	Interdependencia de servicios	Ref y contraref	Seguimiento a riesgo	TOTAL
<b>Total ítem evaluados</b>	14	18	18	4	14	8	2	1	7	<b>66</b>
<b>Promedio de calificación</b>	2,9	2,1	2,9	3,0	2,6	2,9	3,0	2,0	3,0	<b>2,7</b>
<b>Total que cumple</b>	14	16	18	4	13	8	2	1	7	<b>83</b>
<b>Total no cumple</b>	0	2	0	0	1	0	0	0	0	<b>3</b>
<b>Total en 0</b>	0	2	0	0	1	0	0	0	0	<b>3</b>
<b>Total en 1</b>	0	2	0	0	0	0	0	0	0	<b>2</b>
<b>Total en 2</b>	2	6	2	0	2	1	0	1	0	<b>14</b>
<b>Total en 3</b>	12	8	16	4	11	7	2	0	7	<b>67</b>
<b>Total recomendación grado A</b>	0	1	0	0	3	1	0	0	0	<b>5</b>
<b>Total recomendación grado B</b>	2	4	0	0	0	0	0	0	0	<b>6</b>
<b>Total recomendación grado C</b>	0	3	2	0	0	0	0	1	0	<b>6</b>

Teniendo en cuenta lo evaluado en el servicio de odontología de la UBA Coomeva Dosquebradas se observa que:

- Recurso humano: de un total de catorce criterios evaluados doce cumplen en calificación tres indicando que se está implementando en su totalidad y cumplen con los parámetros requeridos para la habilitación de odontología. Sin embargo dos criterios fueron calificados en dos, lo que evidencia que se implementa pero no en su totalidad. Se calificaron con este valor puesto que su cumplimiento no depende directamente de la UBA, lo cual no lo exime de la responsabilidad en el cumplimiento. Es por esto que para estos dos criterios se realizaron recomendaciones grado B. Lo que indica que se requiere implementar en forma prioritaria. Las recomendaciones se detallan el plan de acción.
- Instalaciones físicas: Dieciocho criterios evaluados.

Este estándar junto con el de referencia y contrarreferencia son los que tienen menos puntuación promedio (2,1 y 2,0 respectivamente) aunque no es una mala calificación, amerita tener en cuenta estos dos estándares en la mira de las prioridades. Esta baja puntuación se puede deber a que esta IPS se construyó en un espacio físico modificado para este fin, lo cual lleva a que parte de las instalaciones físicas sean adaptaciones a las condiciones requeridas para el funcionamiento y no diseñadas para un modelo de prestación de servicios.

Diecisiete estándares cumplen los criterios, ocho calificados con la máxima puntuación (tres) y cuatro calificados con uno o cero, puesto que en sus condiciones actuales no hay forma de evidenciarlo aunque está implementado en algún grado de cumplimiento.

Se debe destacar que los criterios calificados en cero, pertenecen a infraestructura ya que no cumplen con los riesgos ambientales como la humedad, grietas y la no terminación de guarda escobas en media caña lo que conlleva a acumulo de bacterias, convirtiéndose de gran relevancia.

#### Recomendaciones:

Cuatro en grado B lo que indica que se requiere escribir e implementar en forma prioritaria. Se realiza una en grado A. Lo que nos indica que este estándar requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata.

Tres en grado C lo que indica que es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritario.

- Dotación y mantenimiento: de dieciocho criterios evaluados. Dieciocho cumplen.

Dieciséis en tres, lo que nos indica que se encuentra implementado en su totalidad y cumple con los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de odontología.

Dos en dos, que indica que se puede evidenciar y está implementado pero no en su totalidad.

#### Recomendación

Dos con recomendación grado C, Lo cual nos indica que es una acción que permite el mejoramiento mas no es prioritaria.

- Medicamentos y dispositivos: Cuatro ítems evaluados.

Todos cumplen en su totalidad los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de odontología.

- Procesos Prioritarios: De catorce criterios evaluados, Trece cumplen, de los cuales once cumplen en tres, indicando que se encuentran implementados en su totalidad los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de odontología.

Dos cumplen en dos, indicando que esta implementado pero no en su totalidad.

### Recomendación

-Tres tienen recomendación grado A. Lo que indica que se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata

- Historias Clínicas y Registros asistenciales: De ocho criterios evaluados siete cumplen en tres indicando que se encuentra implementado en su totalidad los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de odontología.

Uno cumple en dos, lo que indica que se esta implementado pero no en su totalidad.

### Recomendación.

Uno en grado A. indicando que se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata

- Interdependencia de servicios: De dos criterios evaluados. Los dos se encuentran escritos e implementados en su totalidad los parámetros de habilitación del servicio de odontología.
- Referencia y Contrarreferencia: De un criterio evaluado, el cual da un cumplimiento en dos lo que indica que se puede evidenciar y esta implementado pero no en su totalidad.

### Recomendación:

Grado C, lo que indica que es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

- Seguimiento a Riesgos: De Siete criterios evaluados, siete cumplen en tres lo que indica que se encuentra escrito e implementado en su totalidad cumpliendo con los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de odontología.

## 18.2 UBA SANTA ROSA DE CABAL

Cuadro 7. Resumen de indicadores de la evaluación para el cumplimiento de los estándares para la habilitación en la UBA Coomeva Dosquebradas, primer semestre del 2007.

	Recurso humano	Instalaciones físicas	Dotación y mantenimiento	Medicamentos y dispositivos	Procesos prioritarios	HC y registros asistenciales	Interdependencia de servicios	Ref y contraref	Seguimiento a riesgo	TOTAL
Total ítem evaluados	10	15	17	4	11	8	2	1	7	73
Promedio de calificación	3	3	3	3	3	2,9	3	2	3,0	2,9
Total que cumple	10	15	17	4	10	8	2	1	7	72
Total no cumple	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total en 0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total en 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total en 2	1	1	1	0	1	1	0	1	0	6
Total en 3	9	14	16	4	9	7	2	0	7	68
Total recomendación grado A	0	1	0	0	2	1	0	0	0	4
Total recomendación grado B	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total recomendación grado C	0	0	2	0	0	0	0	1	0	3

Teniendo en cuenta lo evaluado en el servicio de odontología de la UBA Coomeva Santa Rosa de Cabal se observa que:

- Recurso Humano: De diez criterios evaluados, nueve cumplen en tres lo que indica que cumplen en su totalidad los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de odontología.

Uno en dos lo cual significa que se puede evidenciar y esta implementado pero no en su totalidad, con un grado de recomendación B lo cual indica que debe ser implementado en forma prioritaria.

- Instalaciones Físicas: de quince criterios evaluados, trece cumplen en tres lo que indica que cumplen en su totalidad los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de odontología.



Dos cumplen en dos, indicando que se puede evidenciar y esta implementado pero no en su totalidad.

Recomendación.

Una en grado A indicando que se requiere implementar de forma inmediata en un cien por ciento.

- Dotación y mantenimiento: De diecisiete criterios evaluados, dieciséis cumplen en tres lo cual indica que cumplen en su totalidad los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de odontología.

Uno cumple en dos indicando que se puede evidenciar, está implementado pero no en su totalidad, con grado de recomendación C que indica que es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritario.  
Medicamentos y dispositivos

De cuatro criterios evaluados, cuatro cumplen en tres lo que indica que cumplen en su totalidad los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de odontología.

- Procesos prioritarios: De once criterios evaluados, nueve cumplen en tres lo cual indica que cumplen en su totalidad los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de odontología.

Uno en dos lo que indica que se puede evidenciar, está implementado pero no en su totalidad, y el otro criterio cumple en cero lo que indica que no se encuentra ni escrito ni implementado.

Recomendación:

Dos con grado de recomendación en A lo que indica que se requiere escribir e implementar en un 100%.

Es de destacar que este criterio esta igualmente evaluado en la UBA de Dosquebradas y se nota el desconocimiento por parte de los coordinadores de odontología del Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos.

- Historia clínica y registros asistenciales: De ocho criterios evaluados, siete cumplen en tres indicando grado de total cumplimiento de los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de odontología.

Uno cumple en dos indicando que se puede evidenciar y esta implementado pero no en su totalidad, con grado de recomendación A indicando que se requiere implementar en un 100% de forma inmediata.

- Interdependencia de servicios: De dos criterios evaluados, dos cumplen dos cumplen en tres, lo que indica que cumple en su totalidad los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de odontología.
- Referencia y contrarreferencia de pacientes: Se evaluó un criterio y cumple en dos lo que indica que se puede evidenciar y esta implementado pero no en su totalidad, con un grado de recomendación C lo que indica que es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria.
- Seguimiento al riesgo: De siete criterios evaluados siete cumplen en su totalidad los parámetros requeridos para la habilitación del servicio de odontología.

## 19. CONCLUSIONES

- Los pacientes o usuarios afiliados a una entidad promotora de salud (EPS), la cual posteriormente le prestara servicios a través de sus IPS en la medida que se presente una falla un daño o una mala atención, este podrá demandar no solamente al profesional sino también a la institución, es por esto que se hace tan necesario trabajar y dedicarle el tiempo necesario al mejoramiento continuo de las instituciones.
- Los niveles de calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud se convierten en satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Los profesionales que laboren en las instituciones de salud deben tomar en cuenta muy claramente el fin de la institución, deben tener claro el concepto de calidad en la atención, teniendo en cuenta su experiencia y conocimiento pleno de sus responsabilidades.
- Las EPS y los intermediarios de la salud como las- (CTA) en general han entrado a operar dentro del sistema, obteniendo beneficios, estas también pueden estar expuestas a los riesgos de las malas acciones o malos procedimientos por decisiones que tomen, poniendo en riesgo el derecho de los usuarios.
- La voluntad y el consentimiento son fuentes generadoras de relaciones contractuales .Cuando el paciente y el profesional de la salud acuerdan y consienten realizar un tratamiento, están realizando un acto jurídico, que para que tenga plenos efectos jurídicos, deben reunir varias condiciones claramente definidas por la ley, es por esto que las historias clínicas y consentimientos informados en las instituciones se convierten en documentos legales y de suma confidencialidad.

Las conclusiones de la evaluación realizada a las UBAS Coomeva Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal fueron:

- Las UBAS independientemente de que se encuentran bajo la misma dirección presentan diferencia en el cumplimiento de estándares de calidad. Lo cual no es de esperar en una institución que tiene la gran mayoría de sus procesos normatizados, bajo los parámetros de la ISO. Con lo cual se concluye que no existe una verdadera unidad y articulación entre los dos servicios de odontología
- El hecho de que Coomeva se encuentre certificada bajo la norma ISO 9001 versión 2000, no quiere decir que por esta razón quede habilitada. ya que la habilitación es la encargada de el cumplimiento específico de los servicios de salud, en cuanto a las normas mínimas, convirtiéndose en una parte integral y fundamental para la entidad, y la norma ISO solo se centra en los procesos, lo cual es uno de los puntos que la resolución 1043 del 2006 verifica, e incluso se manejan sobre criterios diferentes, esto se ve reflejado en que el estándar de procesos prioritarios no fue el mejor calificado, lo cual no quiere decir que la certificación no este acorde con la norma ISO.
- Teniendo en cuenta los requisitos necesarios para el cumplimiento en el estándar de instalaciones físicas donde se describen riesgos ambientales, se evidencio que la UBA Dosquebradas necesita mayor atención por parte de la dirección.
- El estándar de mejor cumplimiento encontrado en las dos UBAS son, interdependencia de servicios, referencia y contrarreferencia de pacientes y seguimiento a riesgo.
- Se pudo constatar que el cumplimiento del estándar de habilitación para recurso humano, crea un grado mayor de dificultad cuando esta contratado por otra empresa, esto se evidencia en que los criterios que tienen mayor dificultad en el estándar de recurso humano, en su totalidad dependen de PROVISALUD.

## **20. RECOMENDACIONES**

Se recomienda la unificación del gerenciamiento, administración, auditoria y coordinación del servicio de odontología quedando este en correlación con el gerenciamiento de la IPS el cual es único para Dosquebradas y Santa Rosa de Cabal o la independencia total entre las UBAS, tanto de gerenciamiento como de servicios, guardando los criterios de uniformidad, normalización, estandarización y cooperación.

### **RECURSOS HUMANOS.**

El recurso humano para los procesos primarios de la UBA como son el ejercicio asistencial es recomendable que este contratado directamente por la empresa y no por un out sourcing, lo cual permitiría manejar directamente el personal y no a través de una CTA como es en este caso PROVISALUD.

El proceso de archivo de hojas de vida del personal de las UBAS debe realizarse en conjunto con la CTA Provisalud mediante un mecanismo de archivos escaneados que permanezca bajo custodia y responsabilidad de la empresa contratante del recurso humano y cuando se requiera de su consulta por parte de la UBA se realice vía Internet, guardando su confidencialidad.

Por esto es recomendable que el recurso humano no sea manejado por out sourcing, por medio de una cooperativa, puesto que si bien esto puede generar una descarga para la EPS, esta institución es una IPS y su razón de ser no puede ser descargada en un externo.

### **INSTALACIONES FÍSICAS.**

Para optimizar el servicio de agua potable es necesario diseñar un proyecto de infraestructura en la UBA Dosquebradas con modelo de ingeniería hidráulica para el buen funcionamiento del servicio.

La UBA Dosquebradas debe Gestionar directamente con la empresa proveedora de Líquidos de revelado el correcto proceso de recolección de residuos radioactivos.

Teniendo en cuenta que el ruido es generador de incomodidad y malestar al ser humano, es indispensable que en la UBA de Santa Rosa de Cabal, en su plan de acción, se le de un mejor lugar al compresor con el que opera el servicio de odontología, ya que esto trae molestia al personal asistencial y a los usuarios.

#### PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES.

Es de gran importancia que en las UBAS se realice, un plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), el cual es de gran importancia para la institución, poder contar con este elemento, ya que con este el servicio de odontología, alcanzaría otro eslabón más, en el arduo proceso de alcanzar la excelencia.

Es necesario y de gran importancia que la CTA Provisalud en sus acciones de mejoramiento, tenga en cuenta que no debe seguir contratando empleados para reemplazo de vacaciones, licencias de maternidad e incapacidades entre otros, sino cuentan con la plena seguridad de ofrecer calidad en tiempo para una excelente inducción, en protocolos y políticas de calidad de las UBAS, ya que esto es de gran importancia para el buen desempeño y funcionamiento del servicio de odontología.

#### HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES

Ya que la historia clínica es un documento legal y de gran confidencialidad, es indispensable que en las UBAS se imprima el consentimiento informado, para historias clínicas sistematizadas, de esta manera se evitara inconformidades con el usuario y será mecanismo de protección para el profesional.

## 21. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

ANEXO TÉCNICO No 2. Manual Único de Procedimientos de Habilitación de la Resolución No. 1043 del 3 de abril de 2006.

DURAN ESQUIVEL, Gabriel. Plan de Acción Hacia una Ejecución Efectiva de las Tareas y Metas Programadas. Colombia. [Citado 13 mayo 2007]  
[www.gestiopolis.com/canales2/gerencia/1/planaccion.htm](http://www.gestiopolis.com/canales2/gerencia/1/planaccion.htm)

GARCIA MEJIA, Braulio. Auditoría Médica para la garantía de calidad en salud. 4 ed. Bogotá. Reimpresión 2004. ISBN 958-648-312-6

LERMA, Héctor Daniel. Presentación de informes. El documento final de investigación. 2 ed. Bogotá: Ecoe 2005. ISBN:958-648-350-9

MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo; GALÁN MORERA, Ricardo; PONTÓN LAVERDE, Gabriel. Auditoría en Salud para una Gestión Eficiente. 1 ed. Bogotá. Reimpresión 2001. ISBN 958-9181-40-6

MATERON GONZÁLES, Armando. Coomeva en la era de los servicios 2007. En Revista Coomeva. Ed. No. 68 (Enero-Febrero 2007) p.2-3

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 3 de Abril de 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución No. 1043 de 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema de la Gestión de la Calidad. Formato de Archivo de Microsoft Power Point-version HTML  
[www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/sistema%20de%20Calidad%20Minsa.ppt](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/sistema%20de%20Calidad%20Minsa.ppt)  
[Citado 29 Abril 2007]

SERRATTO OCHOA, Mabel Yolanda. El Auditor Odontológico y la Calidad en los Servicios de Salud. Colombia. Julio 2001. [Citado 18 Abril 2007]

<http://www.odontomarketing.com>

SERRATTO OCHOA, Mabel Yolanda. Publicación especializada en Marketing Dental y Gerencia Odontológica. En Revista Virtual Odontológica ejercicio profesional. No.49 Vol 5 (Abril 5-2004) [Citado 14 Mayo 2007]

SERRATO RAMÍREZ, Augusto. Historia de la Garantía de la calidad, En Revista Tribuna Odontológica. Programa de Actualización basada en la Evidencia.2003; 1(2)

[www.medilegis.com/BancoConocimiento/0/odontológica-vin6/Odontológica\\_vln6.asp-6k](http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/0/odontológica-vin6/Odontológica_vln6.asp-6k)

OTERO, Jaime. Calidad Total en Odontología. Perú. Mayo 2003. [Citado 22 mayo 2007]

<http://www.odontomarketing.com>

WIKIPEDIA, La Enciclopedia Libre. Dosquebradas. [Citado 18 mayo 2007]

[es.wikipedia.org/wiki/Dosquebradas](http://es.wikipedia.org/wiki/Dosquebradas)

14. PALACIO TAMAYO, Luís Fernando. Manual de Legislación en Salud y Seguridad Social. 11 ed. Medellín 2005



## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo A. Evaluación UBA Dosquebradas.

Anexo B. Evaluación UBA Santa Rosa de Cabal

Anexo C. Plan de Acción Dosquebradas archivo

Anexo D. Plan de Acción Santa Rosa de Cabal

## **Anexo A.**

### **Evaluación UBA Dosquebradas**

	PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION	Version 04-01
	UBA COOMEVA DOSQUEBRADAS	17/05/2007 FT-SC-02

## MANUAL UNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN

### 1. Recursos Humanos.

**Estándar:** 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.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	Calificación	OBSERVACIONES	Recomendación	Prioridad
1.1	TODOS LOS SERVICIOS	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación.  Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.	x			3	El manejo de hojas de vida y selección de personal esta a cargo de PROVISALUD (CTA), quienes se encargan de la administración del recurso humano, los cuales tienen su archivo, de hojas de vida con todo lo exigido para cada cargo.  Se evidencia que PROVISALUD (CTA), tiene debidamente definido los diferentes perfiles que requiere, para la contratación.		
1.2	TODOS LOS SERVICIOS	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.	x			3	Es manejado por PROVISALUD (CTA), y se evidencia en el proceso de selección de personal		
1.3	TODOS LOS SERVICIOS	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos. <b>La tabla detalle</b> por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios. Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso humano adicional que la institución considere según la naturaleza del o de los servicios.	x			3	Se evidencia en visita que PROVISALUD (CTA) vigila este proceso.		
1.4	TODOS LOS SERVICIOS	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.	x			3	Este estudio esta completamente definido en las UBAS para la población que hay de 7645 usuarios. Garantizando la oportunidad según la norma.		

1.5	TODOS LOS SERVICIOS	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.	X			3	Se evidencian convenio con instituciones, bajo parámetros y reglamento interno de las personas en entrenamiento por parte de auditoría de salud oral.	
		El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado.	X			3	Es exigencia de Coomeva EPS que el personal que labore en las UBAS provenga de un programa aprobado por el estado.	
1.6	TODOS LOS SERVICIOS	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente – asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.	X			3	Se evidencia que hay firmados acuerdos con entidades reconocidas para personal de entrenamiento directamente con auditoría de salud oral.	
1.7	TODOS LOS SERVICIOS	Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.	x			3	Se verifica, que existe en archivo de odontología , carpeta con fotocopias de carnet de curso de radioprotección al igual que en la CTA.	
1.8	TODOS LOS SERVICIOS	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.	x			2	Se observa que dentro de la UBA no existe archivo de hojas de vida, ya que el recurso humano es manejado directamente desde PROVISALUD (CTA).	Se recomienda realizar este proceso en conjunto con PROVISALUD (CTA) . Para lo cual existe la posibilidad de manejo de archivos escaneados y custodiado con barreras de seguridad por claves y acceso por perfiles, el cual pueda ser consultado solo por personal autorizado de la institución. Esta información debe ser administrada y actualizada por PROVISALUD (CTA) quien suministra las claves a la entidad interesada (COOMEVA) por medio de internet

1.46	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL	<p>Odontólogo. Si toma radiografía odontológica especializada (panorámica y digital) deberá contar con entrenamiento certificado.</p> <p>Si cuenta con auxiliar y es el responsable de la toma de radiografía odontológica este también deberá contar con entrenamiento certificado.</p>	x			x	2	Solo una de las auxiliares cuenta con la certificación de toma de radiografías, sin embargo ninguna de ellas realiza esta actividad y solo se limita al proceso de revelado.	<p>1. Se recomienda capacitación para auxiliares que no tengan certificación del proceso. 2. Debe ser exigencia por parte de Provisalud (CTA) que las auxiliares de odontología cuenten con su certificación completa en el momento de la contratación.</p>	B
1.47	CONSULTA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	Odontólogo especialista o subespecialista respectivo de programas o títulos autorizados por el Ministerio de Educación. Si toma la radiografía odontológica especializada (panorámicas y digital) este deberá contar con entrenamiento certificado en el tema.				x				
1.48	HIGIENE ORAL	Odontólogo o higienista oral, éste último bajo la supervisión del odontólogo.	x				3	En visita se evidencia completo cumplimiento de este teniendo en cuenta todos los parámetros exigidos por la norma.		
1.68	RADIOTERAPIA	Cuando la IPS cuente con acelerador lineal o braquiterapia de alta tasa de dosis todo el recurso humano responsable deberá estar presente durante la realización de los respectivos procedimientos.								
1.69	TOMA INTERPRETACION DE RADIOGRAFIAS EN SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	La toma podrá realizarse por el odontólogo o técnico en radiología o auxiliar en odontología o auxiliar en salud oral. La interpretación deberá realizarse únicamente por el odontólogo.	x				3	Es totalmente, responsabilidad del odontólogo dar su interpretación o diagnóstico clínico		

Calificación	<b>0</b>	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	<b>1</b>	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	<b>2</b>	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	<b>3</b>	Se encuentra escrito <b>e</b> implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	<b>A</b>	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	<b>B</b>	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	<b>C</b>	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

Total ítem evaluados	14
Promedio de calificación	2,9
Total que cumple	14
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	2
Total en 3	12
Total recomendación grado A	0
Total recomendación grado B	2
Total recomendación grado C	0

<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION UBA COOMEVA DOSQUEBRADAS</b>	Version 04-01
	17/05/2007

FT-SC-02

**2. INSTALACIONES FÍSICAS**

**Estándar:** Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	calificacion	OBSERVACIONES	Recomedación	Prioridad
2,1	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel.			x				
2,2	TODOS LOS SERVICIOS	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.	x			1	El suministro de agua potable no es óptimo ya que se observa que el agua se va constantemente.	Diseñar un proyecto de infraestructura con modelo de ingeniería hidráulica, el cual puede ser presentado a el propietario de la infraestructura, para que en el momento de renovar el contrato de arrendamiento, se incluya la optimización de este predio.	A
		La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.	X			1	En el servicio de odontología se observa, que no hay evacuación de los líquidos de revelado de Rx, los cuales estan siendo almacenados en galones en el lugar donde se guardan los insumos de aseo, dentro del consultorio.	Se debe gestionar directamente con la empresa proveedora de los líquidos (KODAK), para que recoja estos residuos y le den su disposición final o entidad competente que este asignada para este proceso.	A
2,3	TODOS LOS SERVICIOS	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.	X			3	Se observa que hay tanque de agua de reserva independiente para el 2do piso, y cada unidad odontologica tiene su tanque, el cual es llenado por medio de agua almacenada en galones.	Se recomienda que los galones donde es almacenada el agua se estén lavando , ya que esto puede generar taponamiento de piezas de alta, esta agua debe ser cambiada constantemente.	

2,4	TODOS LOS SERVICIOS	<p>En los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de estos servicios debe estar separado con barreras físicas.</p> <p>En casos de imposibilidad de sustitución o reemplazo de los techos de las áreas donde se realicen procedimientos, podrán ser sometidos a proceso de recubrimiento o enchape, con materiales impermeables, sólidos, de superficie lisa, resistentes a factores ambientales.</p>			x				
2,5	TODOS LOS SERVICIOS	<p>En las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras, salas de necropsias, servicios de transfusión, <b>servicio de urgencias</b>, servicio de odontología y en las demás donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia mas profundo, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.</p>	x			0	<p>En Odontología se observa que los pisos no son de fácil limpieza, las paredes no son permeables, hay humedad y grietas no se esta cumpliendo con la resistencia a factores ambientales, exigidos por la norma (Resolución 04445).</p>	<p>Se recomienda utilizar para paredes y techo materiales impermeables, lavables y de fácil limpieza. Ser pintado el consultorio con pintura epóxica, los pisos deben ser en terminación media caña para su fácil limpieza y poca acumulación de microorganismos.</p>	B
2,6	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, <b>urgencias</b>, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios cuenta con fuente de energía de emergencia.</p>			x				
2,7	TODOS LOS SERVICIOS	<p>La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones. En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos. Sin ser de obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto 2676 de 2000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud o las reglamentaciones que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.</p>	x			3	<p>Según historia de la UBA antes de crearla se realizó un estudio de aprobación para la construcción del establecimiento en el lugar que se encuentra.</p>		



2,8	TODOS LOS SERVICIOS	La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, x tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.				3	En la visita se observa que existen lavamanos separados, diferentes para el lavado de manos e instrumental.		
2,9	TODOS LOS SERVICIOS	Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.			X				
2,1	TODOS LOS SERVICIOS	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.	x			3	Según resolución 04445 el servicio de odontología, cuenta con especificaciones y cumple con los requerimientos.		
2,11	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio.			x				
2,12	TODOS LOS SERVICIOS	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortopunzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.	x			2	Se observa que es muy pequeño y sus paredes no son de fácil limpieza, hay entrada de polvo, se observa que por ser de tan poco espacio, el almacenamiento no se puede realizar con óptimo cumplimiento. El almacenamiento de bolsas rojas y verdes no alcanza con las canecas que hay.	Se recomienda ampliación o retirar los shut que estan inhabilitados ya que estos ocupan muho espacio e interfieren en el almacenamiento ideal, cada bolsa debe estar en la caneca del color que le corresponde.	C
2,13	TODOS LOS SERVICIOS	En instituciones que prestan servicios de hospitalización, urgencias, UCI y unidad de quemados, en todas las complejidades deben contar como mínimo con un depósito de cadáveres con buena ventilación.			x				

2,25	ESTERILIZACIÓN	<p>Área física exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias. Si se realiza esterilización a gas, cuenta con el área específica.</p> <p>Debe poseer áreas separadas para ropa contaminada, limpia y estéril.</p> <p>Debe contar con unidad sanitaria y área de aseo.</p>	x			2	<p>Se observa que la esterilización del instrumental de odontología, es compartida con el laboratorio clínico y para llevar el instrumental a esterilizar hay que salir del consultorio de odontología, pasar por el corredor el cual hay que abrir una puerta, cerrarla, abrir otra para llegar al lugar de esterilización.</p>	<p>Se recomienda realizar reforma para comunicar via entre consultorio y cuarto de esterilización para cortar recorrido y facilitar el proceso , tratar de separar Laboratorio Clínico de el lugar de esterilización.</p>	C
2,29	CONSULTA EXTERNA DE ODONTOLÓGIA	<p>Debe contar con un ambiente exclusivo y delimitado en odontología, en el cual podrán funcionar varias unidades odontológicas.</p> <p>ü Cuando posean más de tres unidades odontológicas, deberán contar con una zona para esterilización, a menos que la IPS cuente con una central de esterilización.</p> <p>Además de las condiciones definidas para consulta externa, debe contar con pocetas para el lavado de instrumental lavamanos para toda el área.</p> <p>Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes, todas las paredes, pisos y áreas de cielos rasos expuestas al haz, disponen de barreras primarias.</p> <p>Tiene sala de espera con unidad sanitaria.</p>	x		x	2	<p>Se puede observar buen espacio entre las unidades sin delimitación entre estas.</p> <p>3 En la visita se observa que existen lavamanos separados diferentes para el lavado de manos e instrumental.</p> <p>3 Cuenta con certificación de funcionamiento expedido por la Secretaria de Salud.</p> <p>2 La sala de espera de Odontología no cuenta con unidad sanitaria</p>	<p>Se recomienda delimitar el espacio entre las unidades con acrílico, para así ofrecer a nuestros pacientes mayor privacidad en la consulta.</p> <p>Según la resolución 4445 de 1996 debe existir unidad sanitaria por cada 15 personas incluyendo visitantes, discriminados por sexo y uso una unidad sanitaria. Se recomienda diseño de unidad sanitaria en la sala de espera de odontología.</p>	C

		<p>Consultorio con espacio cerrado con ambientes separados para entrevista del paciente y la realización de procedimientos.</p> <p>Debe contar con lavamanos y pisos resistentes y lavables.</p>	x			3	Se observa buen espacio para entrevista para el paciente donde este se encuentra comodo, y lugar		
						0	Los guarda escobas del piso no son en media caña como lo especifica la norma.	Se recomienda dar acabado en media caña a los guarda escobas, tener excelente aseo , ser limpiado por lo menos 2 veces al día con hipoclorito ya que hay gran flujo de contaminación por el spray de piezas de alta y demás procediminetos realizados.	B
		<p>Quando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes, las áreas en las que funcionen los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso odontológicos expedida por la dirección territorial.</p> <p>Cuenta con un espacio físico que cumple las condiciones exigidas en el manual institucional para disposición de los desechos patógenos generados.</p>	x			3	Cuenta con licencia de funcionamiento expedido por la Secretaria de Salud.		
		<p>Para radiografías panorámicas y otras radiografías odontológicas especializadas (no incluye periapicales) cumplirá con lo solicitado en infraestructura para el servicio de radiología.</p>	x			2	El espacio fisico si existe, pero es muy pequeño. Lo cual conlleva a acumulo de basuras que impiden la separación de desechos.	Se recomienda ampliación del cuarto de desechos o en su mejoría reasignación del área.	B
<b>2,32</b>	RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO QUE IMPLIQUEN EL MANEJO DE RADIACIONES IONIZANTES	Las áreas en las que funcionen los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso médico u odontológico expedida por la dirección territorial competente.	x			2	Se observa que el equipo de Rayos x cuenta con sus especificaciones y la certificación esta en trámite por entidad competente. (Secretaria de Salud)	Se recomienda gestionar trámite para que la certificación quede lista y archivada en carpeta de Rx de odontología como documento legal.	A

Calificación	<b>0</b>	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	<b>1</b>	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	<b>2</b>	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	<b>3</b>	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	<b>A</b>	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	<b>B</b>	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	<b>C</b>	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

Total ítem evaluados	18
Promedio de calificación	2,1
Total que cumple	16
Total no cumple	2
Total en 0	2
Total en 1	2
Total en 2	6
Total en 3	8
Total recomendación grado A	1
Total recomendación grado B	4
Total recomendación grado C	3

		<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION</b>				Version 04-01			
		<b>UBA COOMEVA DOSQUEBRADAS</b>				17/05/2007			
						FT-SC-02			
<b>3. Dotación – Mantenimiento.</b>									
<b>Estándar:</b> Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador									
<b>COD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>calificación</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>Recomendación</b>	<b>Prioridad</b>
<b>3,1</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.	x			3	Existe licencia de funcionamiento y las condiciones técnicas y de calidad requeridas.		
		Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.	x			3	Existe licencia de funcionamiento		
<b>3,2</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí.	x			3	Cada equipo cuenta con una carpeta y este a su vez tiene su hoja de vida donde se consignan sus revisiones periódicas de mantenimiento correctivo y preventivo. Se evidencia cronograma con fechas específicas de mantenimiento preventivo para todo el año.		
		El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.	x			3	Se encuentra contratado con GLOBALSEG entidad encargada del mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos.		
<b>3,3</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Los contenidos del <b>equipo de reanimación</b> serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución.			x				

3,4	TODOS SERVICIOS	LOS	En los servicios de hospitalización la dotación podrá garantizarse para cada piso.			x				
			Si ofrece servicios de eximer láser, Unidad de eximer láser compuesta por: Mesa o silla reclinable, de acuerdo con las características del equipo de eximer láser, microscopio, computador, monitor, equipo de eximer láser, microquerátomo. Si ofrece servicio de trasplante de córnea debe contar con microscopio quirúrgico binocular.			x				
3,22	CONSULTA ODONTOLÓGICA GENERAL Y ESPECIALIZADA	DE	Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, escupidera, lámpara odontológica de luz fría, espejo de mano, bandeja para instrumental, eyector, jeringa triple, módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.		
		Y	Piezas de mano con: Aírotor, micromotor, contra-ángulo; compresor de aire, esterilizador, recipiente para esterilización en frío estéril, disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se componen de: Espejos bucales, exploradores doble extremo, sondas periodontales, pinzas algodonerías, cucharillas y/o excavadores, jeringas cámpulas en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.		
			Dispone también del siguiente Instrumental para operatoria: Aplicador de dycal, condensador, porta amalgama, bruñidor, pinza gubia, portabanda y portamatriz y o cleoide, discoide.	X			2	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.	Para una mejor práctica y ayuda del profesional es necesario contar con el instrumental completo.	C
			Instrumental para endodoncia: explorador de conductos, espaciador, condensador, tiranervios, limas, dentímetro.	X			2	En el instrumental no se evidencia la existencia de exploradores de conducto.	Para una mejor práctica y ayuda del profesional es necesario contar con el instrumental completo.	C
		ü	Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: Fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.		
		ü	Instrumental para periodoncia: Sonda periodontal, dentímetro, periostótomo y curetas.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.		
		ü	En los consultorios de especialistas se cuenta con el equipo e instrumental necesario según la especialidad.			X				
			Delantal en plomo o su equivalente, para el profesional, para los niños, hombres y mujeres en edad fértil solo si toma rayos X.	x			3	Se evidencia la existencia de 2 delantales plomados en buenas condiciones que se encuentran en el cuarto de RX.		

3,49	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL ESPECIALIZADA	ü Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, Escupidera, Lámpara odontológica de luz fría, Bandeja para instrumental, Eyector, Jeringa Triple, Módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.	
		ü Airtor, Micromotor, Contra-ángulo, Compresor de aire, Autoclave (salvo que disponga de un sistema de esterilización hospitalario), disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se componen de: Espejos bucales, Exploradores doble extremo, Sondas periodontales, Pinzas algodonerías, Cucharillas y/o excavadores, Jeringas Cámpulas en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.	
		ü Se dispone también del siguiente instrumental para operatoria: aplicador de dycal, condensador, porta amalgama, bruñidor y/o cleoide discoide.			X		Se evaluó en punto anterior.	
		ü Instrumental para endodoncia: explorador de conductos, espaciador, condensador, limas.			X		Se evaluó en punto anterior.	
		ü Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.	
		ü Instrumental para periodoncia: curetas.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.	
		ü En los consultorios de especialistas se cuenta con el equipo e instrumental necesario según la especialidad.			x			
		ü Se realiza mantenimiento de equipos con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo.	x			3	Se evidencia contratación con GLOBALSEG	
		ü Se cuenta con recipientes para la disposición de los diferentes tipos de desechos que se generan que cumplen los requisitos exigidos en la normatividad vigente.	x			3	Se observan canecas con sus respectivas bolsas rojas y verdes, guardián para desechos cortopunzantes y rotulación de galones para residuos de amalgama y de líquidos reveladores de Rx.	
		ü Los equipos emisores deberán contar con las licencias vigentes de funcionamiento de equipos de Rayos X odontológicos de uso periapical, de otro equipo de Rayos X de uso odontológico y o de equipos de Rayos X de uso diagnóstico médico expedidas por la dirección territorial.	x			3	Se observa carpeta de Rx donde se encuentra habilitado el proceso.	

Calificación	0	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	1	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	2	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	3	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	A	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	B	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	C	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

total ítem evaluados	18
promedio de calificación	3
Total que cumple	18
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	2
Total en 3	16
Total recomendación grado A	0
Total recomendación grado B	0
Total recomendación grado C	2



	<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION</b>		Version 04-01
	<b>UBA COOMEVA DOSQUEBRADAS</b>		17/05/2007

FT-SC-02

#### 4. Medicamentos y Dispositivos Médicos – Gestión de Medicamentos y Dispositivos

**Estándar:** 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.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	Calificación	OBSERVACIONES	Recomedación	Prioridad
4,1	TODOS SERVICIOS	LOS La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.	x			3	Se verifico la existencia de listado con todos los requerimientos en visita hecha a la farmacia.		
4,2	TODOS SERVICIOS	LOS Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia.	x			3	Todos los medicamentos cuentan con lo exigido		

4,3	TODOS SERVICIOS	LOS	Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.	x			3	Existe un termohigrometro análogo el cual registra el % de humedad relativa el rango óptimo de este factor ambiental es de 67% hr. Escala que registra la temperatura ambiental en la zona del almacenamiento el valor óptimo debe ser por debajo de 25 grados c. Existen registros diarios en planillas en la mañana y tarde se deben realizar para controlar el buen funcionamiento.		
4,4	TODOS SERVICIOS	LOS	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.	x			3	En odontología esta definido el no uso repetido de cepillos de profilaxis entre los pacientes ya que no existe ninguna ley ni norma que estos quedan libres de contaminación bajo el proceso de esterilización con hipoclorito.		
4,5	TODOS SERVICIOS	LOS	En caso de elaborar mezclas de medicamentos oncológicos, nutriciones parenterales, ajuste de concentración de dosis prescritas y preparaciones magistrales y cada uno de los procesos que realice, deberá cumplir con el Decreto 2200 de 2005 o demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, el modelo de gestión y demás normas vigentes sobre buenas prácticas de manufactura cuya vigilancia le compete al INVIMA o la Entidad Territorial correspondiente según el caso.			x				

Calificación	0	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	1	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	2	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	3	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	A	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	B	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	C	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

total ítem evaluados	4
promedio de calificación	3
Total que cumple	4
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	0
Total en 3	4
Total recomendación grado A	0
Total recomendación grado B	0
Total recomendación grado C	0

		<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION</b>				Version 04-01			
		<b>UBA COOMEVA DOSQUEBRADAS</b>				17/05/2007			
						FT-SC-02			
<b>5. Procesos prioritarios asistenciales.</b>									
<b>Estándar:</b> 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.									
<b>COD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>Calificación</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>Recomendación</b>	<b>Prioridad</b>
5,1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.			x				
		La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.			x				
5,2	TODOS LOS SERVICIOS	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.		x		0	Los protocolos si existen pero estos no son conocidos por el personal en entrenamiento (reemplazo de empleados que debe conocer todo el funcionamiento completo del proceso del servicio de Odontología de acuerdo a lo exigido y reglamentado, capacitación es hecha por funcionarios acompañado por Auditoria de Salud Oral.(Cooemeva)	El contratante PROVISALUD (CTA) debe exigir e implementar a sus empleados que debe conocer todo el funcionamiento completo del proceso del servicio de Odontología de acuerdo a lo exigido y reglamentado, acompañado por Auditoria de Salud Oral.(Cooemeva)	A
		Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.			x				
5,3	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado.			x				

5.4.	<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.	x			2	Actualmente se encuentra desarrollado el PAMEC para el área médica, hace falta desarrollar el del área de odontología.	Tomar como punto de partida para el PAMEC en la área odontológica el plan de acción, resultado de esta autoevaluación.	A
5.5.	<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan,	x			3	Se evidencia que el Director de la UBA mes a mes en comité de Calidad va verificando y evaluando indicadores de los procesos más relevantes de la UBA, llevando un registro de estos.		
5,6	<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	Las IPS Hospitalarias que ofrezcan servicios de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día.			x				
5,7	<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	Los prestadores que no posean servicios de urgencias y que por sus condiciones de operación deban prestar el servicio de atención inicial de urgencias, no deberán habilitar este servicio.			x				
5,8	<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional.	x			3	Se evidencia la existencia de programas de PyP como: crecimiento y desarrollo, programa a jóvenes, adultos mayores, prenatal,, adultos, empresa saludable.		
5,9	<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique. Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.	x			2	Se encuentra contratado con EMDEPSA. Radioactivo no existe ninguna contratación ni los proveedores presentan ninguna forma de recogerlos.	Se recomienda gestión para manejo de residuos radioactivos, con empresa proveedora o entidad competente aprobada.	A
5,1	<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	Si la institución ofrece servicios de urgencias, cuidado intensivo e intermedio tiene establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; la solicitud de interconsultas y un sistema organizado de alerta (Código Azul), en el cual se definen los procedimientos y los equipos de profesionales en caso de que un paciente requiera reanimación cerebro-cardiopulmonar.			x				
5,11	<b>TODOS LOS SERVICIOS</b>	La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, cuando la norma exija comité de infecciones.			x				

5,12	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.	X			3		
5,13	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución que presta servicios hospitalarios, y en especial unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía o urgencia, cuenta con: Procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes.			x			
		Guías o manuales de los siguientes procedimientos:						
		ü Reanimación Cardiocerebropulmonar.						
		ü Control de líquidos.						
		ü Plan de cuidados de enfermería.						
		ü Administración de medicamentos.						
		ü Inmovilización de pacientes.						
		ü Venopunción.						
		ü Toma de muestras de laboratorio.						
		ü Cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnósticas.						
		ü Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes y el control de visitas de familiares incluido el servicio de unidad de quemados, urgencias y obstetricia.						
5,14	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta servicios de unidad de cuidado intermedio e intensivo, además de lo anterior cuenta con:			x			
5,15	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.	x			3	Se observa que en los protocolos existe manejo de residuos y esta implementada la ruta de desechos del consultorio de odontología.	
5,16	TODOS LOS SERVICIOS	Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.	x			3	Se evidencian en odontología protocolos de bioseguridad, esterilización, desinfección, manejo de residuos hospitalarios.	
5,18	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los prestadores de servicios de salud deberán cumplir con las normas propias de: laboratorio clínico, servicio farmacéutico, ambulancias, urgencias, radioprotección, referencia y contrarreferencia, según los servicios que ofrezca.	x			3	Se evidencia que la UBA cumple con las normas para los servicios que ofrece.	
5,19	TODOS LOS SERVICIOS	Cuando se manejen pacientes oncológicos, deberán definir procedimientos que garanticen el manejo integral del paciente de acuerdo con el tipo de patología.			x			

5,31	<b>ESTERILIZACIÓN</b>	Si utiliza esterilización a gas, cuenta con un manual de procedimientos, Manual de Esterilización según la (s) técnica (s) que utilice la IPS			X			
5,44	<b>CONSULTORIO ODONTOLÓGICA GENERAL Y ESPECIALIZADA</b>	ü Guías sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral, de complicaciones anestésicas; procedimientos documentados para el manejo de residuos infecciosos y manuales de bioseguridad.	X			3	Se evidencian protocolos de bioseguridad, complicaciones anestésicas, con todos los requerimientos.	
		ü Para servicios odontológicos el proceso de esterilización debe regirse por el manual de buenas prácticas de esterilización del Ministerio de la Protección Social, capítulo 3, numeral 1.6.4. Instrumentos dentales.	X			3	Se evidencia buena práctica de esterilización con todos los requerimientos de la norma.	
5,45	<b>RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO QUE IMPLIQUEN EL MANEJO DE RADIACIONES IONIZANTES</b>	ü Cumplimiento del manual de radioprotección, en el cual se especifiquen los procedimientos para la toma de exámenes que impliquen el manejo de cualquier tipo de radiación ionizante, que incluyan los procedimientos para evitar el efecto nocivo de las radiaciones para los pacientes, el personal de la institución, los visitantes y el público en general.	x			3	Se evidencia protocolo de toma de Rx periapicales	
		ü Instrucciones a los pacientes para la preparación de los procedimientos diagnósticos y para los cuidados posteriores, en especial en los procedimientos de radiología intervencionista y de medicina nuclear.			x			
		ü Normas explícitas sobre la no interpretación de exámenes por personal diferente al radiólogo o al médico tratante.			x			
		ü Protocolos para garantía de calidad de la imagen.	X			3	Se evidencia protocolo de revelado de Rx periapicales	
		ü Sistema de vigilancia epidemiológica y radiológica del personal expuesto.	x			3	Se evidencia que todo el personal expuesto esta vigilado mediante dosímetros, los cuales son recogidos cada mes para su medición y la entrega de nuevos, este servicio esta a cargo de PROVISALUD contratado con la empresa RADPROCT LTDA Bogotá.	

<b>Calificación</b>	<b>0</b>	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento	
	<b>1</b>	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento	
	<b>2</b>	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad	
	<b>3</b>	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>	
<b>Recomendación</b>	<b>A</b>	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata	
	<b>B</b>	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria	
	<b>C</b>	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria	
		Total ítem evaluados	14
		Promedio de calificación	2,6
		Total que cumple	13
		Total no cumple	1
		Total en 0	1
		Total en 1	0
		Total en 2	2
		Total en 3	11
		Total recomendación grado A	3
		Total recomendación grado B	0
		Total recomendación grado C	0



		<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION</b>					Version 04-01		
		<b>UBA COOMEVA DOSQUEBRADAS</b>					17/05/2007		
							FT-SC-02		
<b>6. Historia Clínica y Registros Asistenciales</b>									
<b>Estándar:</b> 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).									
<b>COD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>Calificación</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>Recomendación</b>	<b>Prioridad</b>
<b>6,1</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	<b>x</b>			<b>3</b>	Se evidencia existencia de historias clínicas en físico y en sistema		
<b>6,2</b>	TODOS LOS SERVICIOS	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.	<b>x</b>			<b>3</b>	Existe un formato único de historias clínicas en sistema (CICKLOS) y en físico solo para la institución, se evidencian formatos que deben ser llenados para préstamo de historias clínicas y entregados al archivo para que este las preste, existe un control diario de las historias clínicas que salen de archivo, el cual es verificado por encargado de proceso.		
<b>6,3</b>	TODOS LOS SERVICIOS	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	<b>x</b>			<b>3</b>	Se evidencia confidencialidad en historias clínicas y en otros registros		
<b>6,4</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	<b>x</b>			<b>3</b>	Las historias clínicas están debidamente diligenciadas ya que estas son revisadas periódicamente por auditoría oral		

<b>6,5</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.	<b>x</b>			<b>3</b>	Existe un archivo único el cual es estricto con la verificación de sus historias clínicas y conservación de las mismas.		
<b>6,6</b>	TODOS LOS SERVICIOS	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	<b>x</b>			<b>3</b>	Todas las historias se encuentran en un listado físico por documento, y el sistema CICKLOS tiene mecanismo de seguridad de guardar historia, si se llega a tener algún problema, o caída del sistema. Existe un inventario que se esta alimentando cada vez que se abren historias clínicas físicas.		
<b>6,7</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	<b>x</b>			<b>3</b>	Se evidencia consentimiento informado en historia por sistema pero este no se esta imprimiendo ni firmando por el paciente en su primera consulta. En físico el paciente firma cada actividad realizada y queda su huella en la primera consulta.	El consentimiento informado por historia clínica en sistema, debe quedar firmado y con huella por el paciente para evitar dificultades con los usuarios.	A
		Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.	<b>x</b>			<b>2</b>			

Calificación	0	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento	
	1	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento	
	2	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad	
	3	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>	
Recomendación	A	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata	
	B	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria	
	C	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria	
		total ítem evaluados	8
		promedio de calificación	2,88
		Total que cumple	8
		Total no cumple	0
		Total en 0	0
		Total en 1	0
		Total en 2	1
		Total en 3	7
		Total recomendación grado A	1
		Total recomendación grado B	0
		Total recomendación grado C	0

	<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION</b>	Version 04-01
	<b>UBA COOMEVA DOSQUEBRADAS</b>	17/05/2007

FT-SC-02

**7. Interdependencia de Servicios.**


**Estándar:** 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.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	Calificación	OBSERVACIONES	Recomedación	Prioridad
7,1	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta servicios de hospitalización, obstetricia o <b>urgencias</b> de baja complejidad cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> <li>ü Laboratorio clínico.</li> <li>ü Servicio farmacéutico.</li> <li>ü Ambulancia.</li> <li>ü Radiología.</li> </ul> Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento).			x				
7,2	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta en especial, obstetricia, unidad de cuidado intermedio e intensivo o unidad de quemados; o urgencias de mediana o alta complejidad, además de lo exigido para baja complejidad, cuenta con servicios de: <ul style="list-style-type: none"> <li>ü Transfusión sanguínea las 24 horas o Banco de Sangre.</li> <li>ü Quirófano.</li> <li>ü Nutrición.</li> <li>ü Terapia respiratoria.</li> </ul> Si la institución presta el servicio de unidad de quemados u obstetricia de alta complejidad, cuenta con unidad de cuidados intensivos. La unidad de quemados debe contar con disponibilidad de servicio de fisioterapia			x				
7,3	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de hospitalización de psiquiatría cuenta con servicios terapia ocupacional.			x				

<b>7,4</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de hospitalización pediátrica o es una institución acreditada por la OPS como amiga de la infancia, cuenta con lactario, a menos que la preparación de teteros esté contratada por fuera de la institución.			X			
<b>7,5</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los servicios que requieran procesos de esterilización deberán contar con este servicio.	x			3	Se observa proceso de esterilización en odontología bien definido.	
<b>7,6</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si ofrese quimioterapia debiera contar con servicio farmacéutico de alta complejidad			X			
<b>7,7</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicios de hemodiálisis cuenta con servicios de laboratorio clínico, Servicio de Transfusión o Banco de Sangre Servicio Farmacéutico, nutrición, imagenología.			x			
<b>7,8</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de transporte asistencial cuenta con una Red de Radiocomunicaciones.			x			
<b>7,9</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicios de hemodiálisis cuenta con servicios de laboratorio clínico, Servicio de Transfusión o Banco de Sangre Servicio Farmacéutico, nutrición, imagenología.			X			
<b>7,1</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios de esterilización, lactario y servicio farmacéutico, pueden pertenecer a la IPS o ser externos y contratados por la IPS, quien responderá por el buen funcionamiento de los mismos.	x			3	Se observa que el servicio de farmacia esta contratado por grupo MEDIPOS S.A quien esta completamente a cargo de los medicamentos.	

Calificación	0	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	1	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	2	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	3	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	A	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	B	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	C	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

total ítem evaluados	2
promedio de calificación	3
Total que cumple	2
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	0
Total en 3	2
Total recomendación grado A	0
Total recomendación grado B	0
Total recomendación grado C	0

	<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION</b> <b>UBA COOMEVA DOSQUEBRADAS</b>	Version 04-01
		17/05/2007

FT-SC-02

### 8. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.

**Estándar:** Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	Calificación	OBSERVACIONES	Recomendación	Prioridad
8,1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	x			2	En la visita se observó que no se encuentran definidas las diferentes urgencias en odontología. Siendo atendidas todas, dependiendo del orden de llegada mas no de complejidad. 2. Se observó que las urgencias son atendidas entre las citas programadas para el día, atrazando al profesional y ocasionando inconformidad al paciente, por el incumplimiento del horario de cita.	1. Se recomienda elaborar flujo de urgencias por parte de odontólogos, que intervienen en el proceso, determinando que la atención de la urgencia sea de mayor a menor complejidad. 2. Concientizar y educar al paciente de ello. 3. Se sugiere destinar un espacio de 20min en la mañana y 20min en la tarde para únicamente atención de urgencias y así optimizar el servicio.	C

Calificación	0	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	1	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	2	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	3	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	A	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	B	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	C	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

Total ítem evaluados	1
Promedio de calificación	2
Total que cumple	1
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	1
Total en 3	0
Total recomendación grado A	0
Total recomendación grado B	0
Total recomendación grado C	1



	<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION</b> <b>UBA COOMEVA DOSQUEBRADAS</b>	Version 04-01
		17/05/2007

FT-SC-02

**9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS**

**Estándar:** Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	Calificación	OBSERVACIONES	Recomendación	Prioridad
9,1	TODOS LOS SERVICIOS	Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica:	X			3			
		ü La ficha técnica del indicador	X			3	La ficha técnica se encuentra estandarizada a nivel nacional.		
		ü La estandarización de las fuentes.	X			3	La estandarización de las fuentes se hace mensualmente, se lleva a un consolidado y es grabado en el FTP, el cual es un icono donde se envía la información y se graba información importante de cada UBA, siendo una base de información para toda la institución.		
		ü La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas.	X			3	El indicador queda evaluado, en las actas del Comité de Calidad mes a mes por cada representante de los diferentes procesos (PyP, consulta externa médica, sala SIP y Odontología).		
		Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta: Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales, en hospitalizaciones psiquiátricas incluye fugas y suicidios, de acuerdo con las definiciones de este criterio.			X				
		La tabla siguiente al presente estándar identifica los temas de seguimiento a riesgos en el ámbito de los servicios ofrecidos.			X				

9,2	TODOS LOS SERVICIOS	Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.	x			3	En visita se evidencia que existe Comité de Calidad en el cual se habla de 8 puntos entre estos estan: Elementos de la política de calidad, los cuales reúne los exigidos por la norma y son evaluados mes a mes , buscando cada vez mejorarlos para llegar a la excelencia.		
9,12	CONSULTA DE ODONTOLÓGIA GENERAL Y DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	ü Infecciones derivadas de los procedimientos realizados.	X			3	En visita se observa que en el proceso de odontología, existe hoja de recomendaciones para procesos post- quirúrgicos, la cual se entrega al paciente, además el profesional le explica al paciente paso a paso las recomendaciones para cada proceso.		
		ü Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos (ej. Sangrados) en particular las complicaciones mediatas, tratándose de procedimientos ambulatorios.	X			3	En visita se observa que existen protocolos de situaciones de emergencia vitales en consultorio odontológico, los cuales se revisan a diario por los profesionales.		

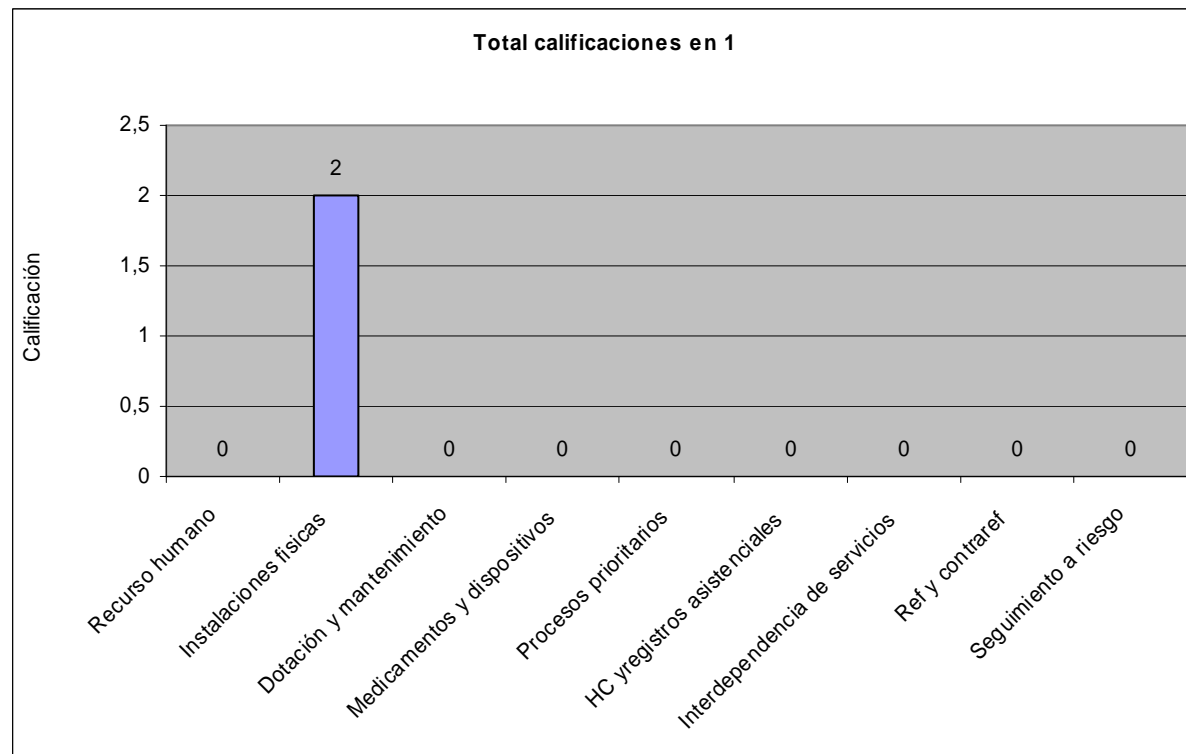
Calificación	<b>0</b>	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	<b>1</b>	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	<b>2</b>	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	<b>3</b>	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	<b>A</b>	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	<b>B</b>	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	<b>C</b>	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

total ítem evaluados	7
promedio de calificación	3
Total que cumple	7
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	0
Total en 3	7
Total recomendación grado A	0
Total recomendación grado B	0
Total recomendación grado C	0

## CONSOLIDADO GENERAL DE AUTOEVALUACION

### DOSQUEBRADAS

	Recurso humano	Instalaciones físicas	Dotación y mantenimiento	Medicamentos y dispositivos	Procesos prioritarios	HC y registros asistenciales	Interdependencia de servicios	Ref y contrarref	Seguimiento a riesgo	TOTAL
<b>Total ítem evaluados</b>	14	18	18	4	14	8	2	1	7	<b>86</b>
<b>Promedio de calificación</b>	2,9	2,1	2,9	3,0	2,6	2,9	3,0	2,0	3,0	<b>2,7</b>
<b>Total que cumple</b>	14	16	18	4	13	8	2	1	7	<b>83</b>
<b>Total no cumple</b>	0	2	0	0	1	0	0	0	0	<b>3</b>
<b>Total en 0</b>	0	2	0	0	1	0	0	0	0	<b>3</b>
<b>Total en 1</b>	0	2	0	0	0	0	0	0	0	<b>2</b>
<b>Total en 2</b>	2	6	2	0	2	1	0	1	0	<b>14</b>
<b>Total en 3</b>	12	8	16	4	11	7	2	0	7	<b>67</b>
<b>Total recomendación grado A</b>	0	1	0	0	3	1	0	0	0	<b>5</b>
<b>Total recomendación grado B</b>	2	4	0	0	0	0	0	0	0	<b>6</b>
<b>Total recomendación grado C</b>	0	3	2	0	0	0	0	1	0	<b>6</b>



## **Anexo B.**

### **Evaluación UBA Santa Rosa de Cabal**

	<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION</b> <b>UBA COOMEVA SANTA ROSA DE CABAL</b>	Version 4-01
		17/05/2007

## MANUAL UNICO DE ESTÁNDARES Y DE VERIFICACIÓN

### 1. Recursos Humanos.

**Estándar:** 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.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	Calificación	OBSERVACIONES	Recomendación	Prioridad
1.1	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación.</p> <p>Los auxiliares en las áreas de la salud deberán ajustarse a las denominaciones y perfiles ocupacionales y de formación establecidas en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.</p>	x			3	El manejo de hojas de vida y selección de personal esta a cargo de PROVISALUD (CTA), quienes se encargan de la administración del recurso humano, los cuales tienen su archivo, de hojas de vida con todo lo exigido para cada cargo.		
				x		3	Se evidencia que PROVISALUD (CTA), tiene debidamente definido los diferentes perfiles que requiere, para la contratación.		
1.2	TODOS LOS SERVICIOS	El proceso de selección de personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.	x			3	Es manejado por PROVISALUD (CTA), y se evidencia en el proceso de selección de personal		
1.3	TODOS LOS SERVICIOS	Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos. La tabla detalle por servicio del estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios. Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso humano adicional que la institución considere según la naturaleza del o de los servicios.	x			3	Se evidencia en visita que PROVISALUD (CTA) vigila este proceso.		
1.4	TODOS LOS SERVICIOS	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.	x			3	Este estudio esta completamente definido en las UBAS para la población que hay de 5400 usuarios. Garantizando la oportunidad según la norma.		

1.5	TODOS SERVICIOS	LOS	Se cuenta con procedimientos para la supervisión de personal en entrenamiento, por parte de recurso humano debidamente autorizado para prestar servicios de salud. Los procedimientos incluyen mecanismos de control para su cumplimiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional Para el Desarrollo de los Recursos Humanos, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.	X				3	Se evidencian convenio con instituciones, bajo parametros y reglamento interno de las personas en entrenamiento por parte de auditoria de salud oral.		
			El personal en entrenamiento debe provenir de un programa académico debidamente aprobado por el Estado.	X				3	Es exigencia de Coomeva que el personal que labore en las UBAS provenga de un programa aprobado por el estado.		
1.6	TODOS SERVICIOS	LOS	Para efecto de los proceso de supervisión de personal en entrenamiento ejecutados dentro del marco de convenios docente – asistenciales, debe existir un vínculo formal entre el supervisor y la entidad prestadora de servicios de salud. La supervisión deberá ser realizada de manera permanente.	X				3	Se evidencia que hay firmados acuerdos con entidades reconocidas para personal de entrenamiento directamente con auditoria de salud oral.		
1.7	TODOS SERVICIOS	LOS	Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de profesional independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.			X					
1.8	TODOS SERVICIOS	LOS	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.	X				2	Se observa que dentro de la UBA no existe archivo de hojas de vida, ya que el recurso humano es manejado directamente desde PROVISALUD (CTA).	Se recomienda realizar este proceso en conjunto con PROVISALUD (CTA) . Para lo cual existe la posibilidad de manejo de archivos escaneados y custodiado con barreras de seguridad por claves y acceso por perfiles, el cual pueda ser consultado solo por personal autorizado de la institución. Esta información debe ser administrada y actualizada por PROVISALUD (CTA) quien suministra las claves a la entidad interesada (COOMEVA) por medio de internet	B



1.46	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL	<p>Odontólogo. Si toma radiografía odontológica especializada (panorámica y digital) deberá contar con entrenamiento certificado.</p> <p>Si cuenta con auxiliar y es el responsable de la toma de radiografía odontológica este también deberá contar con entrenamiento certificado.</p>			x				
1.47	CONSULTA DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	<p>Odontólogo especialista o subespecialista respectivo de programas o títulos autorizados por el Ministerio de Educación. Si toma la radiografía odontológica especializada (panorámicas y digital) este deberá contar con entrenamiento certificado en el tema.</p> <p>Si cuenta con auxiliar y es el responsable de la toma de radiografía odontológica este deberá contar con entrenamiento certificado.</p>			X				
1.48	HIGIENE ORAL	Odontólogo o higienista oral, éste último bajo la supervisión del odontólogo.	x			3	En visita se evidencia completo cumplimiento de este teniendo en cuenta todos los parámetros exigidos por la norma.		
1.69	TOMA E INTERPRETACION DE RADIOGRAFIAS EN SERVICIOS ODONTOLOGICOS	La toma podrá realizarse por el odontólogo o técnico en radiología o auxiliar en odontología o auxiliar en salud oral. La interpretación deberá realizarse únicamente por el odontólogo.			X				

Calificación	<b>0</b>	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	<b>1</b>	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	<b>2</b>	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	<b>3</b>	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	<b>A</b>	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	<b>B</b>	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	<b>C</b>	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

Total ítem evaluados	10
Promedio de calificación	2,9
Total que cumple	10
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	1
Total en 3	9
Total recomendación grado A	0
Total recomendación grado B	1
Total recomendación grado C	0

		<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION</b>							Version 4-01
		<b>UBA COOMEVA SANTA ROSA DE CABAL</b>							17/05/2007
								FT-SC-02	
<b>2. INSTALACIONES FISICAS</b>									
<b>Estándar:</b> Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.									
<b>COD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>calificación</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>RECOMENDACIÓN</b>	<b>Prioridad</b>
2,1	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios hospitalarios y quirúrgicos solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud correspondientes a una sola IPS, salvo los servicios quirúrgicos exclusivamente ambulatorios, en donde se realicen procedimientos no cruentos o que no impliquen solución de continuidad de la piel.			x				
2,2	TODOS LOS SERVICIOS	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos.	x			3	Se observa que la institución garantiza los servicios con todos sus requerimientos		
		La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación, independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.	X			3			
2,3	TODOS LOS SERVICIOS	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.	X			3	Se observa que hay tanque de agua de reserva independiente para el 2do piso (odontología)		
2,4	TODOS LOS SERVICIOS	En los quirófanos, salas de parto, áreas de terapia respiratoria y esterilización, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y resistentes a factores ambientales, cada uno de estos servicios debe estar separado con barreras físicas.			x				
		En casos de imposibilidad de sustitución o reemplazo de los techos de las áreas donde se realicen procedimientos, podrán ser sometidos a proceso de recubrimiento o enchape, con materiales impermeables, sólidos, de superficie lisa, resistentes a factores ambientales.			x				

2,5	TODOS LOS SERVICIOS	En las áreas de laboratorio clínico, toma de muestras, salas de necropsias, servicios de transfusión, servicio de urgencias, servicio de odontología y en las demás donde se realicen procedimientos en los que se requiera un proceso de limpieza y asepsia mas profundo, los pisos son impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Las paredes y muros son impermeables, sólidos y resistentes a factores ambientales.	X			3	En el servicio de Odontología se observa que los pisos son de fácil limpieza, las paredes son impermeables, existe terminación en media caña para evitar acumulo de bacterias, las paredes estan pintadas con pintura epóxica.	
2,6	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta servicios quirúrgicos, obstétricos, de laboratorio clínico de mediana y alta complejidad, urgencias, transfusión sanguínea, diálisis renal, radioterapia, servicios hospitalarios cuenta con fuente de energía de emergencia.			x			
2,7	TODOS LOS SERVICIOS	La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales, o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones. En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos. Sin ser de obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto 2676 de 2000 del Ministerio del Medio Ambiente y el Ministerio de Salud o las reglamentaciones que lo modifiquen, adicioneen o sustituyan.	x			3	Según historia de la UBA antes de crearla se realizó un estudio de aprobación para la construcción del establecimiento en el lugar que se encuentra.	
2,8	TODOS LOS SERVICIOS	La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.	x			3	En la visita se observa que existen lavamanos separados para el lavado de manos e instrumental.	
2,9	TODOS LOS SERVICIOS	Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.			X			

2,1	TODOS LOS SERVICIOS	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.	X			2	Se observa en visita que el compresor con que trabajan las dos unidades odontológicas se encuentra dentro del consultorio, ocasionando molestia a usuarios y personal que allí laboran(odontólogos,auxiliares higienista)ya que este genera ruido y no posee buen aislamiento.	Se recomienda que para proyecciones de la UBA, se tenga en cuenta sacar compresor de consultorio de odontología y colocarlo con excelente aislamiento y lejos de entorpecer cualquier proceso de la UBA.	A
2,11	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio.			x				
2,12	TODOS LOS SERVICIOS	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.	x			3	Se observa que es grande de fácil limpieza y cumple con todos los requerimientos.		
2,13	TODOS LOS SERVICIOS	En instituciones que prestan servicios de hospitalización, urgencias, UCI y unidad de quemados, en todas las complejidades deben contar como mínimo con un depósito de cadáveres con buena ventilación.			x				
2,25	ESTERILIZACIÓN	Área física exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias. Si se realiza esterilización a gas, cuenta con el área específica.	X			3	Se observa que la esterilización del instrumental de odontología, se realiza dentro del consultorio sin ningún inconveniente.		
		Debe poseer áreas separadas para ropa contaminada, limpia y estéril.			x				
		Debe contar con unidad sanitaria y área de aseo.			X				
2,29	CONSULTA EXTERNA DE ODONTOLOGÍA	Debe contar con un ambiente exclusivo y delimitado en odontología, en el cual podrán funcionar varias unidades odontológicas.	x			3	Se puede observar buena delimitación entre las unidades y hay un ambiente óptimo para cumplir funciones.		
2,29		ü Cuando posean más de tres unidades odontológicas, deberán contar con una zona para esterilización, a menos que la IPS cuente con una central de esterilización.			X				

2.29		Además de las condiciones definidas para consulta externa, debe contar con pocetas para el lavado de instrumental lavamanos para toda el área.	x			3	En la visita se observa que existen lavamanos separados para el lavado de manos e instrumental.		
2.29		Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes, todas las paredes, pisos y áreas de cielos rasos expuestas al haz, disponen de barreras primarias.			X				
2.29		Tiene sala de espera con unidad sanitaria.	x			2	La sala de espera de Odontología cuenta con unidad sanitaria la cual no es de uso exclusivo de odontología ya que es compartida con el servicio administrativo de la UBA y los usuarios que van al gimnasio.	Según la resolución 4445 de 1996 debe existir unidad sanitaria por cada 15 personas incluyendo visitantes, discriminados por sexo y uso una unidad sanitaria. Se recomienda diseño de unidad sanitaria en la sala de espera de odontología.	B
2.29		Consultorio con espacio cerrado con ambientes separados para entrevista del paciente y la realización de procedimientos.	x			3	Se observa buen espacio para entrevista para el paciente donde este se encuentra comodo, y lugar específico para realizar procedimientos sin ninguna dificultad.		
2.29		Debe contar con lavamanos y pisos resistentes y lavables.	x			3	Los pisos son de fácil limpieza cuenta con los requisitos de la norma.	Se recomienda tener excelente aseo , ser limpiado por lo menos 2 veces al día con hipoclorito ya que hay gran flujo de contaminación por el spray de piezas de alta y demás procedimientos realizados.	
2.29		Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes, las áreas en las que funcionen los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso odontológicos expedida por la dirección territorial.			x				
2.29		Cuenta con un espacio físico que cumple las condiciones exigidas en el manual institucional para disposición de los desechos patógenos generados.	x			3	En visita se evidencia buen espacio físico y cumple con todo lo requerido.		

2.29		Para radiografías panorámicas y otras radiografías odontológicas especializadas (no incluye periapicales) cumplirá con lo solicitado en infraestructura para el servicio de radiología.			x				
2,32	RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO QUE IMPLIQUEN EL MANEJO DE RADIACIONES IONIZANTES	Las áreas en las que funcionen los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso médico u odontológico expedida por la dirección territorial competente.			x				

Calificación	<b>0</b>	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	<b>1</b>	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	<b>2</b>	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	<b>3</b>	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	<b>A</b>	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	<b>B</b>	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	<b>C</b>	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

Total ítem evaluados	15
Promedio de calificación	2,9
Total que cumple	15
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	2
Total en 3	13
Total recomendación grado A	1
Total recomendación grado B	1
Total recomendación grado C	0



		<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION</b>				Version 4-01			
		<b>UBA COOMEVA SANTA ROSA DE CABAL</b>				17/05/2007			
						FT-SC-02			
<b>3. Dotación – Mantenimiento.</b>									
<b>Estándar:</b> Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador									
<b>COD</b>	<b>SERVICIO</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>calificacion</b>	<b>OBSERVACIONES</b>	<b>RECOMENDACION</b>	<b>Prioridad</b>
3,1	TODOS LOS SERVICIOS	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.	x			3	Existe licencia de funcionamiento y las condiciones técnicas y de calidad requeridas.		
		Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.			x				
3,2	TODOS LOS SERVICIOS	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí.	x			3	Cada equipo cuenta con una carpeta y este a su vez tiene su hoja de vida donde se consignan sus revisiones periódicas de mantenimiento correctivo y preventivo. Se evidencia cronograma con fechas específicas de mantenimiento preventivo para todo el año.		
		El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.	x			3	Se encuentra contratado con GLOBALSEG entidad encargada del mantenimiento correctivo y preventivo de los equipos.		
3,3	TODOS LOS SERVICIOS	Los contenidos del <b>equipo de reanimación</b> serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud, teniendo en cuenta las características y las condiciones de los servicios que ofrezca incluyendo los contenidos mínimos en donde el servicio lo especifique. No se exige por servicio, pero debe existir al menos uno por cada piso de la institución.			x				
3,4	TODOS LOS SERVICIOS	En los servicios de hospitalización la dotación podrá garantizarse para cada piso.			x				
		Si ofrece servicios de eximer láser, Unidad de eximer láser compuesta por: Mesa o silla reclinable, de acuerdo con las características del equipo de eximer láser, microscopio, computador, monitor, equipo de eximer láser, microquerátomo. Si ofrece servicio de trasplante de córnea debe contar con microscopio quirúrgico binocular.			x				

3,22	CONSULTA DE ODONTOLÓGIA GENERAL ESPECIALIZADA	Y	Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, escupidera, lámpara odontológica de luz fría, espejo de mano, bandeja para instrumental, eyector, jeringa triple, módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.		
			Piezas de mano con: Airotor, micromotor, contra-ángulo; compresor de aire, esterilizador, recipiente para esterilización en frío estéril, disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se componen de: Espejos bucales, exploradores doble extremo, sondas periodontales, pinzas algodonerías, cucharillas y/o excavadores, jeringas cámpulas en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.		
			Dispone también del siguiente Instrumental para operatoria: Aplicador de dycal, condensador, porta amalgama, bruñidor, pinza gubia, portabanda y portamatriz y o cleoide, discoide.	X			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos		
			Instrumental para endodoncia: explorador de conductos, espaciador, condensador, tiranervios, limas, dentímetro.	X			2	En el instrumental no se observa la existencia de exploradores de conductos	Para una mejor práctica y ayuda del profesional es necesario contar con el instrumental completo	C
		ü	Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: Fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos		
		ü	Instrumental para periodoncia: Sonda periodontal, dentímetro, periostótomo y curetas.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos		
		ü	En los consultorios de especialistas se cuenta con el equipo e instrumental necesario según la especialidad.			X				
			Delantal en plomo o su equivalente, para el profesional, para los niños, hombres y mujeres en edad fértil solo si toma rayos X.			x				

3,49	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA	ü Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, Escupidera, Lámpara odontológica de luz fría, Bandeja para instrumental, Eyector, Jeringa Triple, Módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.		
		ü Airotor, Micromotor, Contra-ángulo, Compresor de aire, Autoclave (salvo que disponga de un sistema de esterilización hospitalario), disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se componen de: Espejos bucales, Exploradores doble extremo, Sondas periodontales, Pinzas algodonerías, Cucharillas y/o excavadores, Jeringas Cárpulas en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en condiciones de esterilidad.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.		
		ü Se dispone también del siguiente instrumental para operatoria: aplicador de dycal, condensador, porta amalgama, bruñidor y/o cleoide discoide.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.		
		ü Instrumental para endodoncia: explorador de conductos, espaciador, condensador, limas.			x		Se evaluó en punto anterior.		C
		ü Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.		
		ü Instrumental para periodoncia: curetas.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.		
		ü En los consultorios de especialistas se cuenta con el equipo e instrumental necesario según la especialidad.	x			3	Se evidencia y verifica con inventario realizado, todo se encuentra dentro de los requerimientos.		
		ü Se realiza mantenimiento de equipos con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo.	x			3	Se evidencia contratación con GLOBALSEG		
		ü Se cuenta con recipientes para la disposición de los diferentes tipos de desechos que se generan que cumplen los requisitos exigidos en la normatividad vigente.	x			3	Se observan canecas con sus respectivas bolsas rojas y verdes, guardián para desechos cortopunzantes y rotulación de galones para residuos de amalgama.		
		ü Los equipos emisores deberán contar con las licencias vigentes de funcionamiento de equipos de Rayos X odontológicos de uso periapical, de otro equipo de Rayos X de uso odontológico y o de equipos de Rayos X de uso diagnóstico médico expedidas por la dirección territorial.			x				

Calificación	<b>0</b>	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	<b>1</b>	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	<b>2</b>	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	<b>3</b>	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	<b>A</b>	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	<b>B</b>	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	<b>C</b>	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

total ítem evaluados	17
promedio de calificación	2,9
Total que cumple	17
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	1
Total en 3	16
Total recomendación grado A	0
Total recomendación grado B	0
Total recomendación grado C	2

	<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION</b> <b>UBA COOMEVA SANTA ROSA DE CABAL</b>	Version 4-01
		17/05/2007

FT-SC-02

#### 4. Medicamentos y Dispositivos Médicos – Gestión de Medicamentos y Dispositivos

**Estándar:** 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.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	Calificación	OBSERVACIONES	Recomendación	Prioridad
4,1	TODOS LOS SERVICIOS	La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adiciónen o sustituyan. Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adiciónen, modifiquen o sustituyan. Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.	x			3	Se verifico la existencia de listado con todos los requerimientos en visita hecha a la farmacia, la cual se encuentra fuera de la institución. a cargo de (MEDIPOS).		
4,2	TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia.	x			3	Todos los medicamentos cuentan con lo exigido.		

4,3	TODOS LOS SERVICIOS	Los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.	x			3	Existe un termohigrometro análogo el cual registra el % de humedad relativa el rango optimo de este factor ambiental es de 67% hr. Escala que registra la temperatura ambiental en la zona del almacenamiento el valor optimo debe ser por debajo de 25 grados c. Existen registros diarios en planillas en la mañana y tarde se deben realizar para controlar el buen funcionamiento.		
4,4	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.	x			3	En odontología esta definido el no uso repetido de cepillos de profilaxis entre los pacientes ya que no existe ninguna ley ni norma que estos quedan libres de contaminación bajo el proceso de esterilización con hipoclorito.		
4,5	TODOS LOS SERVICIOS	En caso de elaborar mezclas de medicamentos oncológicos, nutriciones parenterales, ajuste de concentración de dosis prescritas y preparaciones magistrales y cada uno de los procesos que realice, deberá cumplir con el Decreto 2200 de 2005 o demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, el modelo de gestión y demás normas vigentes sobre buenas prácticas de manufactura cuya vigilancia le compete al INVIMA o la Entidad Territorial correspondiente según el caso.			x				

Calificación	<b>0</b>	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	<b>1</b>	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	<b>2</b>	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	<b>3</b>	Se encuentra escrito <b>e</b> implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	<b>A</b>	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	<b>B</b>	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	<b>C</b>	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

total ítem evaluados	4
promedio de calificación	3
Total que cumple	4
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	0
Total en 3	4
Total recomendación grado A	0
Total recomendación grado B	0
Total recomendación grado C	0

	PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION	Version 4-01
	UBA COOMEVA SANTA ROSA DE CABAL	17/05/2007

FT-SC-02

5. Procesos prioritarios asistenciales.

**Estándar:** 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.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	Calificación	OBSERVACIONES	Recomedación	Prioridad
5,1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.  La institución que preste servicios de internación, deberá garantizar el cumplimiento de los requisitos sanitarios para cocinas, ya sea que se preste de manera directa o contratada.			x				
5,2	TODOS LOS SERVICIOS	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos.  Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.		x		0	Los protocolos si existen pero estos no son conocidos por el personal en entrenamiento (reemplazo de vacaciones, enfermedad, licencias de maternidad etc), dado que no son exigidos e implementados por PROVISA (CTA).Se observa que la capacitación es hecha por funcionarios del proceso.	El contratante PROVISA (CTA) debe exigir e implementar a sus empleados que debe conocer todo el funcionamiento completo del proceso del servicio de Odontología de acuerdo a lo exigido y reglamentado, acompañado por Auditoría de Salud Oral.(Cooemeva)	A
5,3	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado.			X				



5.4.	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.	x			2	Actualmente se encuentra desarrollado el PAMEC para el área médica, hace falta desarrollar el del área de odontología.	Tomar como punto de partida para el PAMEC en la área odontológica el plan de acción, resultado de esta autoevaluación.	A
5.5.	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan,	X			3	Se evidencia que el Director de la UBA mes a mes en comité de Calidad va verificando y evaluando indicadores de los procesos más relevantes de la UBA, llevando un registro de estos.		
5.6	TODOS LOS SERVICIOS	Las IPS Hospitalarias que ofrezcan servicios de urgencias en cualquier complejidad, deberán prestarlo durante las 24 horas del día.			x				
5.7	TODOS LOS SERVICIOS	Los prestadores que no posean servicios de urgencias y que por sus condiciones de operación deban prestar el servicio de atención inicial de urgencias, no deberán habilitar este servicio.			x				
5.8	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional.	x			3	Se evidencia la existencia de programas de PyP como: crecimiento y desarrollo, programa a jóvenes, adultos mayores, prenatal,, adultos, empresa saludable.		
5.9	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique. Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.	x			3	Se encuentra contratado con EMDEPSA		
5,1	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución ofrece servicios de urgencias, cuidado intensivo e intermedio tiene establecido un procedimiento para la revisión en cada turno del equipo de reanimación; la solicitud de interconsultas y un sistema organizado de alerta (Código Azul), en el cual se definan los procedimientos y los equipos de profesionales en caso de que un paciente requiera reanimación cerebro-cardiopulmonar.			x				
5,11	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con procedimientos de coordinación permanente entre el comité de infecciones y el servicio de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento hospitalario, cuando la norma exija comité de infecciones.			x				
5,12	TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con guías sobre el manejo de gases medicinales con su respectivo sistema de alarma y cambio de tanques de agua.	X			3			

5,13	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Si la institución que presta servicios hospitalarios, y en especial unidad de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía o urgencia, cuenta con: Procedimientos para la entrega de turno por parte de enfermería y de medicina, y normas sobre la ronda médica diaria de evolución de pacientes.</p> <p>Guías o manuales de los siguientes procedimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ü Reanimación Cardiocerebropulmonar.</li> <li>ü Control de líquidos.</li> <li>ü Plan de cuidados de enfermería.</li> <li>ü Administración de medicamentos.</li> <li>ü Inmovilización de pacientes.</li> <li>ü Venopunción.</li> <li>ü Toma de muestras de laboratorio.</li> <li>ü Cateterismo vesical y preparación para la toma de imágenes diagnósticas.</li> <li>ü Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes y el control de visitas de familiares incluido el servicio de unidad de quemados, urgencias y obstetricia.</li> </ul>			x				
5,14	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Si la institución presta servicios de unidad de cuidado intermedio e intensivo, además de lo anterior cuenta con: Guías para alimentación enteral o parenteral, declaración de muerte cerebral, colocación de catéter de presión intracraneana, inserción de catéteres centrales, inserción de marcapaso interno transitorio, traqueostomía, broncoscopia, toracentesis, cambio de líneas IV (centrales y periféricas), control de nutrición parenteral, anticoagulación profiláctica. Guías para anticoagulación profiláctica, marcapaso interno transitorio, Embolectomía y hemodiafiltración (solo aplica para Unidad de cuidados intensivos e intermedios adulto). Guía para: colocación de tubo de tórax, paracentesis, lavados abdominales, venodisección, embolectomía, lavado peritoneal, diálisis peritoneal, hemodiálisis, hemodiafiltración (cuidados del paciente), lavado de fracturas, punción lumbar, protocolos de los cuidados por terapia respiratoria. Procedimientos para la admisión y egreso de pacientes y el control de visitas de familiares incluido el servicio de unidad de quemados, urgencias y obstetricia.</p>			x				
5,15	TODOS LOS SERVICIOS	<p>Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.</p>	x			3	Se observa que en los protocolos existe, manejo de residuos y esta implementada ruta de desechos del consultorio de odontología.		

5,16	TODOS LOS SERVICIOS	Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.	x			3	Se evidencian en odontología protocolos de bioseguridad, esterilización, desinfección, manejo de residuos hospitalarios.		
5,18	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los prestadores de servicios de salud deberán cumplir con las normas propias de: laboratorio clínico, servicio farmacéutico, ambulancias, urgencias, radioprotección, referencia y contrarreferencia, según los servicios que ofrezca.	x			3	Se evidencia que la UBA cumple con las normas para los servicios que ofrece.		
5,19	TODOS LOS SERVICIOS	Cuando se manejen pacientes oncológicos, deberán definir procedimientos que garanticen el manejo integral del paciente de acuerdo con el tipo de patología.			x				
5,31	ESTERILIZACIÓN	Si utiliza esterilización a gas, cuenta con un manual de procedimientos, Manual de Esterilización según la (s) técnica (s) que utilice la IPS			X				
5,44	CONSULTORIO ODONTOLOGIA GENERAL Y ESPECIALIZADA	ü Guías sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral, de complicaciones anestésicas; procedimientos documentados para el manejo de residuos infecciosos y manuales de bioseguridad.  ü Para servicios odontológicos el proceso de esterilización debe regirse por el manual de buenas prácticas de esterilización del Ministerio de la Protección Social, capítulo 3, numeral 1.6.4. Instrumentos dentales.	x			3	Se evidencian protocolos de bioseguridad, complicaciones anestésicas, con todos los requerimientos.		
			X			3	Se evidencia buena práctica de esterilización con todos los requerimientos de la norma.		
5,45	RADIOLOGÍA, IMÁGENES DIAGNOSTICAS Y SERVICIOS DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO QUE IMPLIQUEN EL MANEJO DE RADIACIONES IONIZANTES	ü Cumplimiento del manual de radioprotección, en el cual se especifiquen los procedimientos para la toma de exámenes que impliquen el manejo de cualquier tipo de radiación ionizante, que incluyan los procedimientos para evitar el efecto nocivo de las radiaciones para los pacientes, el personal de la institución, los visitantes y el público en general.  ü Instrucciones a los pacientes para la preparación de los procedimientos diagnósticos y para los cuidados posteriores, en especial en los procedimientos de radiología intervencionista y de medicina nuclear.  ü Normas explícitas sobre la no interpretación de exámenes por personal diferente al radiólogo o al médico tratante.  ü Protocolos para garantía de calidad de la imagen.  ü Sistema de vigilancia epidemiológica y radiológica del personal expuesto.			X				
					x				
					x				
					X				
					X				

Calificación	<b>0</b>	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	<b>1</b>	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	<b>2</b>	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	<b>3</b>	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	<b>A</b>	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	<b>B</b>	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	<b>C</b>	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

Total ítem evaluados	11
Promedio de calificación	2,64
Total que cumple	10
Total no cumple	1
Total en 0	1
Total en 1	0
Total en 2	1
Total en 3	9
Total recomendación grado A	2
Total recomendación grado B	0
Total recomendación grado C	0

	<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION</b> <b>UBA COOMEVA SANTA ROSA DE CABAL</b>	Version 4-01
		17/05/2007

FT-SC-02

### 6. Historia Clínica y Registros Asistenciales

**Estándar:** 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).

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	Calificación	OBSERVACIONES	Recomendación	Prioridad
6,1	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	x			3	Se evidencia existencia de historias clínicas en físico y en sistema		
6,2	TODOS LOS SERVICIOS	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.	x			3	Existe un formato único de historias clínicas en sistema (CICKLOS) y en físico solo para la institución, se evidencian formatos que deben ser llenados para préstamo de historias clínicas y entregados al archivo para que este las preste, existe un control diario de las historias clínicas que salen de archivo, el cual es verificado por encargado de proceso.		
6,3	TODOS LOS SERVICIOS	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	x			3	Se evidencia confidencialidad en historias clínicas y en otros registros		
6,4	TODOS LOS SERVICIOS	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.	x			3	Las historias clínicas están debidamente diligenciadas ya que estas son revisadas periódicamente por auditoría oral		
6,5	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.	x			3	Existe un archivo único el cual es estricto con la verificación de sus historias clínicas y conservación de las mismas.		

6,6	TODOS LOS SERVICIOS	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	x			3	Todas las historias se encuentran en un listado físico por documento, y el sistema CICKLOS tiene mecanismo de seguridad de guardar historia, si se llega a tener algún problema, o caída del sistema. Existe un inventario que se esta alimentando cada vez que se abren historias clínicas físicas.		
6,7	TODOS LOS SERVICIOS	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva.	x			3			A
		Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado.	x			2	Se evidencia consentimiento informado en historia por sistema pero este no se esta imprimiendo ni firmando por el paciente en su primera consulta. En físico el paciente firma cada actividad realizada y queda su huella en la primera consulta.	El consentimiento informado por historia clínica en sistema, debe quedar firmado y con huella por el paciente para evitar dificultades con los usuarios.	

Calificación	<b>0</b>	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	<b>1</b>	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	<b>2</b>	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	<b>3</b>	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	<b>A</b>	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	<b>B</b>	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	<b>C</b>	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

total ítem evaluados	8
promedio de calificación	2,875
Total que cumple	8
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	1
Total en 3	7
Total recomendación grado A	1
Total recomendación grado B	0
Total recomendación grado C	0

### 7. Interdependencia de Servicios.

**Estándar:** 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.


COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	Calificación	OBSERVACIONES	Recomedación	Prioridad
7,1	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta servicios de hospitalización, obstetricia o <b>urgencias</b> de baja complejidad cuenta con: ✓ Laboratorio clínico. ✓ Servicio farmacéutico. ✓ Ambulancia. ✓ Radiología. Servicios de apoyo hospitalario (alimentación, lavandería, aseo, vigilancia y mantenimiento).			x				
7,2	TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución presta en especial, obstetricia, unidad de cuidado intermedio e intensivo o unidad de quemados; o urgencias de mediana o alta complejidad. además de lo exigido para baja ✓ Transfusión sanguínea las 24 horas o Banco de Sangre. ✓ Quirófano. ✓ Nutrición. ✓ Terapia respiratoria. Si la institución presta el servicio de unidad de quemados u obstetricia de alta complejidad, cuenta con unidad de cuidados intensivos. La unidad de quemados debe contar con disponibilidad de servicio de fisioterapia			x				
7,3	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de hospitalización de psiquiatría cuenta con servicios terapia ocupacional.			x				
7,4	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de hospitalización pediátrica o es una institución acreditada por la OPS como amiga de la infancia, cuenta con lactario, a menos que la preparación de teteros esté contratada por fuera de la institución.			X				



<b>7,5</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Todos los servicios que requieran procesos de esterilización deberán contar con este servicio.	x			3	Se observa proceso de esterilización en odontología bien definido.		
<b>7,6</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si ofrese quimioterapia debara contar con servicio farmaceutico de alta complejidad			X				
<b>7,7</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicios de hemodiálisis cuenta con servicios de laboratorio clínico, Servicio de Transfusión o Banco de Sangre Servicio Farmacéutico, nutrición, imagenología.			x				
<b>7,8</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicio de transporte asistencial cuenta con una Red de Radiocomunicaciones.			x				
<b>7,9</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Si presta servicios de hemodiálisis cuenta con servicios de laboratorio clínico, Servicio de Transfusión o Banco de Sangre Servicio Farmacéutico, nutrición, imagenología.			X				
<b>7,1</b>	TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios de esterilización, lactario y servicio farmacéutico, pueden pertenecer a la IPS o ser externos y contratados por la IPS, quien responderá por el buen funcionamiento de los mismos.	x			3	Se observa que el servicio de farmacia esta contratado por grupo MEDIPOS S.A quien esta completamente a cargo de los medicamentos.		

Calificación	0	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	1	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	2	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	3	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	A	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	B	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	C	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

total ítem evaluados	2
promedio de calificación	3
Total que cumple	2
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	0
Total en 3	2
Total recomendación grado A	0
Total recomendación grado B	0
Total recomendación grado C	0

	<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION</b> <b>UBA COOMEVA SANTA ROSA DE CABAL</b>	Version 4-01
		17/05/2007

FT-SC-02

### 8. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.

**Estándar:** Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	Calificación	OBSERVACIONES	Recomendación	Prioridad
8,1	TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	X			2	En la visita se observó que no se encuentran definidas las diferentes urgencias en odontología. Siendo atendidas todas, dependiendo del orden de llegada mas no de complejidad. 2. Se observó que las urgencias son atendidas entre las citas programadas para el día, atrazando al profesional y ocasionando inconformidad al paciente, por el incumplimiento del horario de cita.	1. Se recomienda elaborar flujo de urgencias por parte de odontólogos, que intervienen en el proceso, determinando que la atención de la urgencia sea de mayor a menor complejidad. 2. Concientizar y educar al paciente de ello. 3. Se sugiere destinar un espacio de 20min en la mañana y 20min en la tarde para únicamente atención de urgencias y así optimizar el servicio.	C

Calificación	<b>0</b>	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	<b>1</b>	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	<b>2</b>	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	<b>3</b>	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	<b>A</b>	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	<b>B</b>	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	<b>C</b>	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

Total ítem evaluados	1
Promedio de calificación	2
Total que cumple	1
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	1
Total en 3	0
Total recomendación grado A	0
Total recomendación grado B	0
Total recomendación grado C	1

	<b>PROCESO DE AUTOEVALUACION PARA LA HABILITACION UBA COOMEVA SANTA ROSA DE CABAL</b>	Version 4-01
		17/05/2007
		FT-SC-02

**9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS**

**Estándar:** Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios

COD	SERVICIO	CRITERIO	C	NC	NA	Calificación	OBSERVACIONES	Recomendación	Prioridad
9,1	TODOS LOS SERVICIOS	Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. Lo cual implica:	X			3			
		ü La ficha técnica del indicador	X			3	La ficha técnica se encuentra estandarizada a nivel nacional.		
		ü La estandarización de las fuentes.	X			3	La estandarización de las fuentes se hace mensualmente, se lleva a un consolidado y es grabado en el FTP, el cual es un icono donde se envía la información y se graba información importante de cada UBA, siendo una base de información para toda la institución.		
		ü La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas.	X			3	El indicador queda evaluado, en las actas del Comité de Calidad mes a mes por cada representante de los diferentes procesos (PyP, consulta externa médica, sala SIP y Odontología).		
		Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta: Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales, en hospitalizaciones psiquiátricas incluye fugas y suicidios, de acuerdo con las definiciones de este criterio.			X				
		La tabla siguiente al presente estándar identifica los temas de seguimiento a riesgos en el ámbito de los servicios ofrecidos.			X				

9,2	TODOS LOS SERVICIOS	Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.	x			3	En visita se evidencia que existe Comité de Calidad en el cual se habla de 8 puntos entre estos estan: Elementos de la política de calidad, los cuales reúne los exigidos por la norma y son evaluados mes a mes , buscando cada vez mejorarlos para llegar a la excelencia.	
9,12	CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	ü Infecciones derivadas de los procedimientos realizados.	X			3	En visita se observa que en el proceso de odontología, existe hoja de recomendaciones para procesos post-quirúrgicos, la cual se entrega al paciente, además el profesional le explica al paciente paso a paso las recomendaciones para cada proceso.	
		ü Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos (ej. Sangrados) en particular las complicaciones mediatas, tratándose de procedimientos ambulatorios.	X			3	En visita se observa que existen protocolos de situaciones de emergencia vitales en consultorio odontológico, los cuales se revisan a diario por los profesionales.	

Calificación	<b>0</b>	No se encuentra ni escrito ni implementado, no existe ningún avance o acercamiento
	<b>1</b>	No hay forma de evidenciarlo pero esta implementado en algún grado de cumplimiento
	<b>2</b>	Se puede evidenciar y esta implementado pero <b>no</b> en su totalidad
	<b>3</b>	Se encuentra escrito e implementado <b>en su totalidad</b>
Recomendación	<b>A</b>	Se requiere escribir e implementar en un 100% de forma inmediata
	<b>B</b>	Se requiere escribir e implementar en forma prioritaria
	<b>C</b>	Es una acción que permitiría el mejoramiento mas no es prioritaria

total ítem evaluados	7
promedio de calificación	3
Total que cumple	7
Total no cumple	0
Total en 0	0
Total en 1	0
Total en 2	0
Total en 3	7
Total recomendación grado A	0
Total recomendación grado B	0
Total recomendación grado C	0

## CONSOLIDADO GENERAL DE AUTOEVALUACION

SANTA ROSA DE CABAL

	Recurso humano	Instalaciones físicas	Dotación y mantenimiento	Medicamentos y dispositivos	Procesos prioritarios	HC y registros asistenciales	Interdependencia de servicios	Ref y contrarref	Seguimiento a riesgo	TOTAL
<b>Total ítem evaluados</b>	10	15	17	4	11	8	2	1	7	<b>75</b>
<b>Promedio de calificación</b>	2,90	2,87	2,94118	3	2,64	2,875	3	2	3,0	<b>2,80</b>
<b>Total que cumple</b>	10	15	17	4	10	8	2	1	7	<b>74</b>
<b>Total no cumple</b>	0	0	0	0	1	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>Total en 0</b>	0	0	0	0	1	0	0	0	0	<b>1</b>
<b>Total en 1</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Total en 2</b>	1	2	1	0	1	1	0	1	0	<b>7</b>
<b>Total en 3</b>	9	13	16	4	9	7	2	0	7	<b>67</b>
<b>Total recomendación grado A</b>	0	1	0	0	2	1	0	0	0	<b>4</b>
<b>Total recomendación grado B</b>	1	1	0	0	0	0	0	0	0	<b>2</b>
<b>Total recomendación grado C</b>	0	0	2	0	0	0	0	1	0	<b>3</b>



## **Anexo C.**

### **Plan de Acción Dosquebradas**

**PLAN DE ACCION UBA DOSQUEBRADAS**

Version 3.1  
15/05/2007

**1. Recursos Humanos.**

	<b>QUE</b>	<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>PARAQUE</b>	<b>COMO</b>	
<b>1.8</b>	Las hojas de vida del personal contratado, deben estar centralizadas en la UBA en un lugar especializado de archivo que garanticen su custodia y contar con un mecanismo que le permita garantizar el acceso a éstas.	CTA PROVISALUD	Se empezó a ejecutar en MAYO 11 DE 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al ítem 1,8 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación. Este mecanismo facilita la verificación de la formación del personal contratado.	Se recomienda realizar este proceso en conjunto con PROVISALUD. Para lo cual existe la posibilidad de manejo de archivos escaneados y custodiado con barreras de seguridad por claves y acceso por pèrfiles, el cual pueda ser consultado solo por personal autorizado de la institución. Esta información debe ser administrada y actualizada por PROVISALUD quien suministra las claves a la entidad interesada. (COOMEVA) por medio de internet	B
<b>1.46</b>	Debe ser requisito para auxiliares de odontología contar con entrenamiento certificado en toma y revelado de Rx.	CTA PROVISALUD	MAYO 30 DE 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al ítem 1,46 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación. Este requisito permite a la institución contar un personal calificado, teniendo en cuenta que las auxiliares no son las encargadas de la toma de Rx, estan involucradas en el proceso.	1. Se recomienda capacitación para auxiliares que no tengan certificación del proceso. 2. Debe ser exigencia por parte de Provisalud que las auxiliares de odontología cuenten con la certificación completa en el momento de la contratación.	C
<b>2. INSTALACIONES FÍSICAS</b>							
<b>2,2</b>	La institución debe garantizar un óptimo servicio de suministro de agua potable.	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	JUNIO 30 DE 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al ítem 2,2 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación. Dando cumplimiento al decreto 2105 del 1983	Diseñar un proyecto de infraestructura con modelo de ingeniería hidráulica, el cual puede ser presentado a el propietario de la infraestructura para que en el momento de renovar el contrato de arrendamiento se incluya la optimización de este predio.	A
<b>2,2</b>	El manejo y la evacuación de residuos líquidos no se esta llevando a su disposición final, ya que estan siendo almacenados en galones, en el lugar donde se guardan los insumos de aseo dentro del consultorio de odontología.	COOMEVA EPS (Auditoria en Salud Oral) o Entidad certificada avalada por entes competentes.	Diciembre 31 de 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al ítem 2,2 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación. Para dar cumplimiento al Decreto 2676 de 2000 y Ley 430 de 1998 la cual se encuentra en proceso de modificación y aprobación nacional.	Se debe gestionar directamente con la empresa proveedora de los líquidos (KODAK), para que recoja estos residuos y le den su disposición final.	A

<b>2,12</b>	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios, pero, se observa que es muy pequeño, sus paredes no son de fácil limpieza, hay entrada de polvo y poca ventilación, lo que impide el buen funcionamiento de este.	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	Diciembre 31 de 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al ítem 2,12 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación. Para cumplir con el Decreto 2676 de 2000	1. Se recomienda ampliación o retirar los shut que están inhabilitados porque ocupan mucho espacio e interfieren en el almacenamiento. 2. Cada bolsa debe estar en la caneca del color que le corresponde. 3. Se debe revisar todo el plan de desechos biológicos e incluir en el plan de auditoría la verificación permanente de la implementación de este sistema.	A
<b>2,29</b>	El área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios, es muy pequeña. Lo cual conlleva a un acumulo de basuras que impide la adecuada separación de desechos.	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	Diciembre 31 de 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al ítem 2,29 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación.	Se recomienda ampliación del cuarto de desechos o en su mejoría reasignación del área.	B
<b>2,25</b>	El área de esterilización no está restringida, ya que es compartida con el laboratorio clínico y las auxiliares de odontología se desplazan fuera del consultorio para realizar el proceso de esterilización.	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	Contemplado para el plan de acción de 2008	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al ítem 2,25 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación. Se debe revisar si la UBA tiene habilitada un área de esterilización, en caso de no estar habilitada, esta área debe realizar todo el proceso de autoevaluación y notificación a la secretaria.	Se recomienda realizar reforma para comunicar vía entre consultorio y cuarto de esterilización para cortar recorrido y facilitar el proceso de esterilización. Teniendo en cuenta el código 2,29 de la resolución 1043 de 2006, la cual enuncia que "cuando se posean más de tres unidades odontológicas debe contar con una zona para la esterilización a menos que la IPS cuente con una central de esterilización".	C
<b>2,29</b>	El consultorio de odontología no cuenta con un espacio delimitado entre las unidades	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	AGOSTO 31 DE 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al ítem 2,29 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación, para así ofrecer a nuestros pacientes mayor privacidad en la consulta	Se recomienda delimitar el espacio entre las unidades con una división que cumpla con las especificaciones.	C
<b>2,29</b>	La sala de espera en Odontología no cuenta con unidad sanitaria	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	Plan de acción 2008	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al ítem 2,29 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación	Se recomienda destinar unidad sanitaria en el área de odontología.	B

2,29	Los pisos no cumplen con las especificaciones de la reglamentación (resolución 04445)	SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	Plan de acción 2008	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al ítem 2,29 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación	1. Se recomienda cambiar el piso realizando guardaescobas en media caña y tener excelente aseo, ser limpiado por lo menos dos veces al día con hipoclorito ya que hay gran flujo de contaminación por el spray de piezas de alta y demás procedimientos realizados. 2. Pintar paredes con pintura epoxica, la cual es lavable, de fácil limpieza, resistente a factores ambientales.	B
2,32	Hay habilitación mas no certificación de el equipo de Rx.	DIRECTOR MEDICO	JULIO 31 DE 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al ítem 2,32 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación.	Se recomienda gestionar tramite para que la certificación quede lista y archivada en carpeta de Rx de odontología como documento legal.	A
<b>3. Dotación – Mantenimiento.</b>							
	ü Para Promoción y Prevención: contar con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas. Contenedor o caja para transporte de biológicos en poliuretano que cumplan con las normas técnicas de OPS/UNICEF. Paquetes fríos suficientes para garantizar la cadena de frío.						
3,2	Entre el instrumental de endodoncia no se evidencia en inventario, ni en físico explorador de conductos	COORDINADOR DE ODONTOLOGIA	JULIO 31 DE 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al ítem 3,2 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación. Para una mejor práctica y ayuda del profesional es necesario contar con el instrumental completo	Solicitar por requisición de odontología exploradores de conducto.	A
3,49	Entre el instrumental de operatoria no se evidencia en inventario, ni en físico discoide y cleoide.	COORDINADOR DE ODONTOLOGIA	JULIO 31 DE 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al ítem 3,49 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación. Para una mejor práctica y ayuda del profesional es necesario contar con el instrumental completo	Solicitar por requisición de odontología Discoide y Cleoide.	A

<b>5. Procesos prioritarios asistenciales.</b>							
<b>5,2</b>	Los protocolos de procedimientos si existen, pero estos no son conocidos por el personal en entrenamiento (reemplazos de vacaciones, enfermedad, licencias de maternidad etc),	CTA PROVISALUD	JUNIO 30 DE 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al item 5,2 del anexo tècnico de estàndares ùnicos de evaluaciòn. Para unificar procedimientos.	El contratante (CTA) debe exigir e implementar en su inducciòn, a sus empleados que deben conocer todo el funcionamiento completo del proceso del servicio de Odontología.	A
<b>5.4.</b>	Se evidencio que se desarrollo el PAMEC para el àrea mèdica de la UBA, faltando incluir el de odontología.	COORDINADOR DE ODONTOLOGIA	AGOSTO 31 DE 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al item 5,4 del anexo tècnico de estàndares ùnicos de evaluaciòn.	Tomar como punto de partida para la realizaciòn del PAMEC en el àrea odontologica, el plan de acciòn resultado de esta autoevaluaciòn	A
<b>6. Historia Clínica y Registros Asistenciales</b>							
<b>6,7</b>	Las historias clínicas físicas, cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento , pero en la historia clínica sistematizada no se esta imprimiendo ni firmando el consentimiento informado.	COORDINADOR DE ODONTOLOGIA	JULIO 31 DE 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al item 6,7 del anexo tècnico de estàndares ùnicos de evaluaciòn.	El consentimiento informado por historia clínica en sistema, debe imprimirse, quedar firmado y con huella por el paciente para evitar dificultades con los usuarios.El odontólogo coordinador debe implementar y exigir a su grupo el cumplimiento de este.	A
<b>8. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.</b>							
<b>8,1</b>	Se observo que las urgencias no tienen un espacio definido en la agenda programada para el día, son atendidas entre las citas programadas , atrazando al profesional y ocasionando inconformidad al paciente, por el incumplimiento del horario de cita.	COORDINADOR DE ODONTOLOGIA ODONTOLOGOS DE LA UBA	JULIO 31 DE 2007	UBA Coomeva Dosquebradas	Para dar cumplimiento al item 8,1 del anexo tècnico de estàndares ùnicos de evaluaciòn.	1. Se recomienda elaborar flujo de urgencias por parte de coordinador de odontologia y odontólogos, que intervienen en el proceso. 2. Concientizar y educar al al paciente de ello. 3. Se sugiere destinar un espacio de 20min en la mañana y 20min en la tarde para unicamente atenciòn de urgencias.	A

## **Anexo D.**

### **Plan de Acción Santa Rosa de Cabal**

PLAN DE ACCION SANTA ROSA DE CABAL						version 02-01	
1. Recursos Humanos.						10/05/2007	
COD	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE	CÓMO	Prioridad
1.8	Las hojas de vida del personal contratado, deben estar centralizadas en la UBA en un lugar especializado de archivo que garanticen su custodia y contar con un mecanismo que le permita garantizar el acceso a éstas.	CTA PROVVISALUD	Se empezó a ejecutar en Mayo 11 de 2007	UBA Coomeva Santa Rosa de Cabal	Para dar cumplimiento al ítem 1,8 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación. Este mecanismo facilita la verificación de la formación del personal contratado.	Se recomienda realizar este proceso en conjunto con PROVVISALUD. Para lo cual existe la posibilidad de manejo de archivos escaneados y custodiado con barreras de seguridad por claves y acceso por perfiles, el cual pueda ser consultado solo por personal autorizado de la institución. Esta información debe ser administrada y actualizada por PROVVISALUD quien suministra las claves a la entidad interesada (COOMEVA) por medio de internet.	B
<b>2. INSTALACIONES FÍSICAS</b>							
2,1	Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben cumplir con las condiciones mínimas de tamaños, materiales que no transmitan ruido ni vibración, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.	CTA PROVVISALUD	JUNIO 30 DE 2007	UBA Coomeva Santa Rosa de Cabal	Para dar cumplimiento al ítem 2,1 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación. Así dando cumplimiento a la resolución 04445(Art.25)	Se recomienda cambiar de lugar el compresor, dándole buena ubicación y buen aislamiento para que no interfiera su ruido, a ningún prestador de salud, personal administrativo ni usuarios ó insonorizar con aislamientos acústicos apropiados que hayan en el mercado y que cumplan con la norma.	A
2,3	La sala de espera en Odontología no cuenta con unidad sanitaria	UBA Coomeva Dosquebradas	plan de acción de 2008	UBA Coomeva Santa Rosa de Cabal	Para dar cumplimiento al ítem 2,29 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación	Se recomienda cambiar el piso realizando guarda escobas en media caña. o, tener excelente aseo, ser limpiado por lo menos 2 veces al día con hipoclorito ya que hay gran flujo de contaminación por el spray de piezas de alta y demás procedimientos realizados.	B

<b>3. Dotación – Mantenimiento.</b>							
<b>3,2</b>	Ni en inventario ni en físico hay explorador de conductos(instrumental para endodoncia)	COORDINADOR DE ODONTOLOGIA	JULIO 31 DE 2007	UBA Coomeva Santa Rosa de Cabal	Para dar cumplimiento al ítem 3,2 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación.	Solicitar por requisición de odontología exploradores de conducto.	A
<b>3,5</b>	Ni en inventario ni en físico hay cleoide y discoide (instrumental para operatoria).	COORDINADOR DE ODONTOLOGIA	JULIO 31 DE 2007	UBA Coomeva Santa Rosa de Cabal	Para dar cumplimiento al ítem 3,49 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación.	Solicitar por requisición de odontología Discoide y Cleoide.	A
<b>5. Procesos prioritarios asistenciales.</b>							
<b>5,2</b>	Los protocolos de procedimientos si existen, pero estos no son conocidos por el personal en entrenamiento (reemplazos de vacaciones, enfermedad, licencias de maternidad etc),	CTA PROVISALUD	JUNIO 30 DE 2007	UBA Coomeva Santa Rosa de Cabal	Para dar cumplimiento al ítem 5,2 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación. Para unificar procedimientos.	El contratante (CTA) debe exigir e implementar en su inducción, a sus empleados que deben conocer todo el funcionamiento completo del proceso del servicio de Odontología.	B
<b>5.4.</b>	Se evidencio que se desarrollo el PAMEC para el área médica de la UBA, faltando incluir el de odontología.	COORDINADOR DE ODONTOLOGIA	AGOSTO 31 DE 2007	UBA Coomeva Santa Rosa de Cabal	Para dar cumplimiento al ítem 5,4 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación.	Tomar como punto de partida para la realización del el PAMEC en el área odontologica el plan de acción resultado de esta autoevaluación	A
<b>6. Historia Clínica y Registros Asistenciales</b>							
<b>6,7</b>	Las historias clínicas físicas, cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento , pero en la historia clínica sistematizada no se esta imprimiendo ni firmando el consentimiento informado.	COORDINADOR DE ODONTOLOGÍA	JULIO 31 DE 2007	UBA Coomeva Santa Rosa de Cabal	Para dar cumplimiento al ítem 6,7 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación.	El consentimiento informado por historia clínica en sistema, debe imprimirse, quedar firmado y con huella por el paciente para evitar dificultades con los usuarios.El odontólogo coordinador debe implementar y exigir a su grupo el cumplimiento de este.	A



8. Referencia y Contrarreferencia de Pacientes.							
8,1	Se observo que las urgencias no tienen un espacio definido en la agenda programada para el día, son atendidas entre las citas programadas , atrazando al profesional y ocasionando inconformidad al paciente, por el incumplimiento del horario de cita.	COORDINADOR DE ODONTOLOGIA Y ODONTOLOGOS DE LA UBA	JULIO 31 DE 2007	UBA Coomeva Santa Rosa de Cabal	Para dar cumplimiento al item 8,1 del anexo técnico de estándares únicos de evaluación.	1. Se recomienda elaborar flujo de urgencias por parte de coordinador de odontologia y odontólogos, que intervienen en el proceso. 2. Concientizar y educar al al paciente de ello. 3. Se sugiere destinar un espacio de 20min en la mañana y 20min en la tarde para unicamente atención de urgencias.	A