

APROXIMACIÓN AL MARCO NORMATIVO PARA LA
HABILITACIÓN DE EMPRESAS EN SALUD ORAL

JIMMY ALMEIRO CASALLAS LEYTON

PEDRO JOSÉ MONROY PACHÓN

INDIRA ASANETH DUQUE PUPO

SANDERS LOIS LOZANO SOLANO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA - UNICOC

FACULTAD DE SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

BOGOTÁ, COLOMBIA

2016

APROXIMACIÓN AL MARCO NORMATIVO PARA LA
HABILITACIÓN DE EMPRESAS EN SALUD ORAL

JIMMY ALMEIRO CASALLAS LEYTON

PEDRO JOSÉ MONROY PACHÓN

INDIRA ASANETH DUQUE PUPO

SANDERS LOIS LOZANO SOLANO

Propuesta de trabajo para optar al título de:

Especialista en Gerencia en Servicios de Salud

Asesor

OSWALDO SÁNCHEZ VILLALOBOS

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA - UNICOC

FACULTAD DE SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

BOGOTÁ, COLOMBIA

2016

Nota de aceptación

Firma del jurado 1

Firma del jurado 2

Fecha _____

Dedicatoria

A nuestras familias por su incondicional apoyo y comprensión.

El trabajo de grado denominado “Aproximación al marco normativo para la habilitación de empresas en salud oral”, elaborado por Jimmy Almeiro Casallas Leyton, Pedro José Monroy Pachón, Indira Asaneth Duque Pupo y Sanders Lois Lozano Solano, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de: Especialista en Gerencia en Servicios de Salud.

Dr. Oswaldo Sánchez Villalobos

Epidemiólogo

Asesor Metodológico

Antonio Gómez Rodríguez

Director de la Especialización

Gerencia en Salud

Bogotá, 5 de diciembre del 2016

Contenido

1. Introducción.....	9
2. Antecedentes del estudio.....	11
3. Caracterización del sector de la salud oral.....	12
3.1 Ejercicio profesional del Odontólogo en Colombia.....	12
3.2 Historia y marco legal del ejercicio profesional.....	12
3.3 Agremiaciones odontológicas.....	13
3.3.1. Tribunal Nacional de Ética Odontológica.....	13
3.3.2. Federación Odontológica Colombiana (FOC).....	13
3.3.3. Colegio Colombiano de Odontólogos.....	14
3.3.4. Otros entes gremiales.....	14
3.4 Formación profesional.....	14
3.5 Prestadores del servicio.....	18
3.6 Las clínicas dentales en Colombia.....	19
4. El problema.....	21
4.1 Planteamiento del problema.....	24
5. Justificación.....	26
6. Objetivos.....	27
6.1 General.....	27
6.2 Específicos.....	27
7. Marco de referencia.....	28
7.1 Riesgo del paciente.....	28
7.2 Riesgo sobre el prestador	30
7.3 Impacto en la productividad.....	30
8. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sogcs).....	33
8.1. Sistema único de habilitación.....	34
8.2. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (Pamec).....	43

8.2.1. Objetivos del Pamec.....	43
8.2.2. Metodología de elaboración del Pamec.....	44
8.3. Sistema único de acreditación.....	50
8.4. Sistema de información para la calidad.....	50
8.4.1. Objetivos del sistema de información para la calidad.....	50
8.4.2. Principios del sistema de información para la calidad.....	51
9. Glosario.....	52
10. Conclusiones.....	61
11. Recomendaciones.....	64
12. Bibliografía.....	65

Relación de tablas

Tabla N.º 1: Titulaciones según área del conocimiento 2013-2014.....	16
Tabla N.º 2: Distribución de graduados por nivel de formación.....	17
Tabla N.º 3: Facturación por año de clínicas odontológicas (millones de \$).....	19
Tabla N.º 4: Presupuesto nacional por sectores (sin deuda) 2016 (expresado en miles de millones de pesos).....	22

1. Introducción

El presente trabajo se convertirá en guía para los estudiantes de pregrado y de posgrado, y para los profesionales del sector de los servicios de salud oral que, dentro de sus objetivos de formalización de los consultorios o clínicas odontológicas, requieran llevar a cabo el proceso de habilitación como primera actividad de carácter legal, por lo tanto obligatorio, a través del entendimiento del contexto, el marco normativo y el procedimental para la obtención de dicha habilitación, atendiendo lo dispuesto en la normatividad legal vigente para el sector en Colombia.

El concepto moderno de salud exige no solo la cobertura de servicios básicos, sino la prestación de dichos servicios al usuario con niveles mínimos de calidad (habilitación) o preferiblemente niveles superiores de ella (acreditación). Igualmente, en los últimos años ha adquirido fuerza el concepto de seguridad del paciente, “*primum non nocere*” que pretende conocer, analizar y evitar la repetición de los errores que se cometen en salud, con el fin de evitar muertes y daños innecesarios que son prevenibles a los pacientes.

A noviembre del 2016, el número de empresas prestadoras de servicios de salud registradas en Colombia es de 45.868, de las cuales, 17.673 corresponden a empresas prestadoras de servicios odontológicos, es decir, un 38.53% de estas empresas prestan sus servicios cumpliendo con los requisitos mínimos para poder funcionar, entre ellos la habilitación; sin embargo, no se conocen las cifras de consultorios o clínicas odontológicas que operan de manera irregular, es decir, sin contar con la habilitación de acuerdo con el alcance de los servicios ofertados, situación que incrementa los riesgos jurídicos, económicos, éticos y por supuesto de los usuarios, al no recibir atención bajo los estándares de habilitación establecidos, poniendo en riesgo su seguridad.

Al ver el tema desde la perspectiva comercial, es decir, que la inversión en el montaje y en la puesta en funcionamiento del consultorio o la clínica odontológica se recupere en el tiempo establecido, y que los márgenes de utilidad sean los previstos por los accionistas o propietarios, y el no contar con la habilitación para prestar los servicios ofertados, incrementa los riesgos por posibles demandas de los pacientes, multas y sanciones por el incumplimiento de las normas, lo que impacta de manera directa sobre los

resultados y el crecimiento del negocio, y que va en detrimento del capital invertido. Además, se pierden oportunidades de contratar con el sector público o privado para la prestación de dichos servicios.

Es claro que la habilitación es un requisito ineludible que brinda oportunidades de nuevos negocios, reconocimiento en el mercado y mejora en la productividad, porque se atiende a un mayor número de usuarios con una capacidad instalada apropiada, sin perder de vista lo más importante, la seguridad del paciente.

Es así que, para los empresarios de este sector que pretendan contar con clientes procedentes de otros países, la habilitación se convierte en un requisito fundamental para optar por la acreditación, la cual eleva los estándares para la prestación de los servicios odontológicos, y permite un reconocimiento y un diferencial de estas empresas en los mercados internacionales.

2. Antecedentes del estudio

A partir de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993 y las reformas que se han dado, tendientes a mejorar la salud pública en el país, y que de hecho así ha sido, aún falta trabajar más en el control y el seguimiento de las instituciones prestadoras de servicio en salud, respecto al cumplimiento de requisitos para funcionar de manera legal y segura. En el caso particular que nos ocupa el presente trabajo, existen y funcionan muchos consultorios y clínicas odontológicas sin el cumplimiento de la normatividad vigente, lo que incrementa los riesgos en la seguridad del paciente, de la empresa, sus accionistas, propietarios y empleados.

Como se comentó, no existen cifras sobre el número de clínicas o consultorios odontológicos que funcionen sin la respectiva habilitación otorgada por el organismo correspondiente, de acuerdo con la ubicación geográfica del mismo, lo que dificulta el control y el seguimiento para exigir su cumplimiento. Así, consideramos necesario que desde la academia se debe profundizar y enfatizar más sobre los temas de seguridad del paciente, en torno al cumplimiento de la normatividad general del sector y, puntualmente, sobre el tema de habilitación de los consultorios o clínicas odontológicas, de manera que los futuros profesionales tengan clara la importancia y la responsabilidad que les ocupa frente al tema de prestar sus servicios conforme lo exigen las normas.

3. Caracterización del sector de la salud oral

3.1. Ejercicio profesional del Odontólogo en Colombia

Es entendido que, de acuerdo con el mandato constitucional, la salud es un derecho fundamental del pueblo colombiano, y que tanto el Estado como el profesional en odontología representan sujetos esenciales que deben propiciar el bienestar y una mejor calidad de vida para los ciudadanos, para lo cual y en concordancia con los postulados éticos, deben poner a disposición de la ciudadanía todo su conocimiento actualizado, las nuevas tecnologías y toda su capacidad profesional como servicio de salud.

La formación profesional del Odontólogo, lo habilita para emplear con eficiencia todos los medios posibles para promover la salud, prevenir enfermedades orales, diagnosticarlas y tratarlas, hacer seguimiento y evaluación esmerada y responsable de tales tratamientos, desempeñar eficientemente las labores de gestión en salud, enfocar sus capacidades en el desarrollo del conocimiento y la tecnología mediante la investigación o la docencia, todo lo anterior dentro de los paradigmas filosóficos del contexto social, profesionalismo, ética y humanismo.

3.2. Historia y marco legal del ejercicio profesional

De acuerdo con información presentada en octubre del 2014 por el Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia el ejercicio de la profesión de Odontología se empieza a regular a partir de la Ley 10 de 1962, por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la Odontología. En ella se define quiénes pueden practicar la profesión en el país, cuáles son las instancias que autorizan el ejercicio, se explica el proceso para la convalidación de los títulos y comenta las sanciones que acarrea el ejercicio ilegal de la profesión.

Posteriormente, con la Ley 35 de 1989 se adopta el Código de Ética del Odontólogo en Colombia, en el cual se abordan aspectos como requisitos para ejercer la profesión, principios, relación profesional con el paciente, con sus colegas, con el personal auxiliar y

con las instituciones, deberes del profesional, secreto profesional, prescripciones, historia clínica y consentimiento informado, entre otros.

El código ha sido sujeto de modificaciones, a través del Decreto 491 de 1990 y la Resolución 1995 de 1999, cuyas consultas nos pueden ilustrar, entre otros aspectos, sobre las historias clínicas, el consentimiento informado, las sanciones y las investigaciones a los profesionales de la Odontología que infringen postulados éticos y disciplinarios, contenidos en la Ley 35 de 1989 y en el Decreto Reglamentario, dado que se aplica el Código Disciplinario Único - Ley 734 del 2002 y los artículos 70 y 79 de la Ley 35 de 1989, así como los artículos 35 a 44 del Decreto 491 de 1990.

3.3. Agremiaciones odontológicas

La Odontología como profesión en Colombia cuenta con varios tipos de organizaciones gremiales y empresariales:

3.3.1. Tribunal Nacional de Ética Odontológica. Entidad creada por la Ley 35 de Marzo 8 de 1989 y reglamentada por el Decreto 491 de 1990, con autoridad para conocer sobre los procesos disciplinarios, éticos y profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la Odontología en Colombia.

3.3.2. Federación Odontológica Colombiana (FOC). La FOC consta de 28 seccionales que la representan en su territorio, estas son: Atlántico, Bolívar, César, Córdoba, Guajira, Magdalena, Sucre, San Andrés, Boyacá, Norte de Santander, Santander, Arauca, Barrancabermeja, Tundama, Antioquia, Caldas, Chocó, Quindío, Risaralda, Tolima, Valle, Cauca, Nariño, Ipiales, Cundinamarca, Girardot, Meta y Huila.

También, la FOC cuenta con las siguientes sociedades científicas:

- Sociedad Colombiana de Endodoncia
- Sociedad Colombiana de Ortodoncia
- Sociedad Colombiana de Ortopedia Maxilar
- Academia Colombiana de Odontología Pediátrica
- Sociedad Colombiana de Prostodoncia

- Sociedad Colombiana de Periodoncia
- Academia Colombiana de Oseointegración
- Sociedad Colombiana de Operatoria Dental y Biomateriales
- Sociedad Colombiana de Cirugía Oral y Maxilofacial
- Sociedad Colombiana de Odontología Legal y Forense
- Asociación de Odontólogos Neurofocales (la más reciente vinculada)

Los miembros adherentes son la Sociedad de Odontólogos del Colegio Odontológico Colombiano (Asococ) y la Cooperativa de la Federación Odontológica Colombiana (Coofoc); y los miembros auxiliares son la Asociación Colombiana de Auxiliares de Odontología (ADAO) y la Asociación Colombiana de Higiene Oral (ACHO).

El estudiantado de Odontología está representado en la Federación Odontológica Estudiantil Colombiana, y por otras federaciones odontológicas estudiantiles, en la mayoría de las facultades legalmente establecidas en el país.

3.3.3. Colegio Colombiano de Odontólogos. Es una asociación gremial, de carácter civil y democrático, sin ánimo de lucro y de naturaleza privada; sus siglas son CCO y se rige por las leyes de la República de Colombia, sus estatutos y su reglamento. Este es una organización gremial de reciente fundación, conformada por profesionales con el ánimo de participar en el desarrollo de la colegiatura y la recertificación profesional.

3.3.4. Otros entes gremiales. Las diferentes facultades o escuelas de odontología cuentan en su gran mayoría con asociaciones que agrupan exalumnos, las cuales han tenido desarrollos desiguales; en algunos casos han avanzado en la educación continuada y en la prestación de servicios, y en otros casos son organizaciones con un bajo número de afiliados.

Varios grupos de profesionales han explorado, mediante la modalidad de cooperativa, la posibilidad de intervenir en el mercado de los servicios de salud y son conocidos los éxitos empresariales de la Cooperativa Nacional de Odontólogos y otros desarrollos como la Cooperativa de la Federación Odontológica Colombiana (Coofoc).

3.4. Formación profesional

Con el fin de conceptualizar el tema de la salud oral, hacemos un análisis del sector, desde la perspectiva de la formación profesional y su papel dentro del contexto económico y social en Colombia.

El análisis de las cifras que muestra el Observatorio Laboral para la Educación, del Ministerio de Educación, puede resultar incoherente dada la cronología que hace, pero haciendo esa salvedad, los resultados resultan interesantes desde la perspectiva de la tendencia de la formación profesional en el campo de la salud y, preferencialmente, en la odontología.

Así, y de acuerdo con información disponible, los resultados que muestra el observatorio laboral en Colombia, entre 2001 y 2009, indican que se otorgaron un total de 1.520.253 títulos de educación superior (técnico profesional, tecnólogo, profesional universitario y posgrado), de los cuales 1.381.761 fueron otorgados por Instituciones de Educación Superior (IES) y 138.492 por el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Según áreas del conocimiento, las más demandadas por los estudiantes fueron: 31,3% de los 1.381.761 títulos (es decir, 425.895) otorgados en programas académicos relacionados con economía, administración y contaduría; 23,7% (323.303) relacionados con las áreas de ingeniería, arquitectura, urbanismo y afines; 18,5% (252.116) en ciencias sociales y humanas; 11,1% (150.902) en ciencias de la educación; **el 9% (123.180) en ciencias de la salud;** el 3,3% (44.706) en bellas artes; el 1,6% (21.698) en ciencias básicas y el 1,4% (19.548) en agronomía y veterinaria.

Adicionalmente, como se observa en la tabla N.º 2, en los años 2013 y 2014, los títulos otorgados conservan la misma tendencia por áreas del conocimiento, y, en el área de interés, ciencias de la salud el 7.5% en 2013 y en 2014 7,3%, con una menor participación porcentual sobre el total, ello porque es afectada por el incremento de graduados en las ciencias administrativas, económicas, contables, ingenierías, arquitectura, urbanismo y afines.

Tabla N.º 1: **Titulaciones según área del conocimiento 2013-2014**

Título				
	Número	%	Número	%
Economía, Administración, Contaduría y afines	125.819	36.5	132.670	37.0
Ingeniería, Arquitectura, Urbanismo y afines	78.349	22.7	83.824	23.4
Ciencias Sociales y Humanas	56.181	16.3	54.849	15.3
Ciencias de la Educación	34.528	10.0	35.590	9.9
Ciencias de la Salud	25.901	7.5	26.171	7.3
Bellas Artes	10.837	3.1	11.232	3.1
Agronomía, Veterinaria y afines	7.322	2.1	7.615	2.1
Matemáticas y Ciencias Naturales	5.538	1.6	6.069	1.7

Fuente: Observatorio Laboral, Ministerio de Educación Nacional.

Por otro lado, con relación a la formación de Odontólogos, el Observatorio Laboral para la Educación muestra que entre el 2001 y el primer semestre del 2006 se graduaron en Colombia 8.120 odontólogos, cifra que los ubica en el cuarto lugar de los graduados en Ciencias de la Salud para el mismo periodo: primer lugar, Medicina con 18.091; segundo lugar, Enfermería con 11.411; y tercer lugar, Terapias con 10.271 graduados.

Datos más recientes señalan que en 2015 se han graduado, dentro del sector de ciencias de la salud, 20.351 odontólogos en todo el país, concentrados principalmente en Bogotá, Antioquia, Atlántico y Valle.

En cuanto a los graduados de odontología que cotizan en el Sistema de Seguridad Social, se ve un aumento positivo entre el porcentaje de cotizantes del año 2005 y el del 2007. Mientras que en el 2005 cotizaban 38.4% de los tecnólogos graduados, en el 2007 lo hace un 54%; los profesionales universitarios graduados y cotizantes pasaron del 53.2% en 2005, al 71.6% en 2007; en cuanto a graduados con posgrado también se registra un aumento, de 68.3% cotizando seguridad social en 2005, pasaron a 77.8% en 2007. Estos resultados reflejan el aumento en la formalización del empleo de los odontólogos en el país.

En cuanto a la ocupación laboral de los odontólogos, se pudo establecer que el 41.4% de ellos se encuentra vinculado a empresas privadas, el 37.1% son trabajadores por cuenta propia y el 18.6% son empleados públicos; de estos últimos, un 94.3% se encuentra vinculado al sector de servicios comunales, sociales y personales. Por otra parte, se conoce que el 63.24% trabaja con contrato de prestación de servicios individual, el 16.18% mediante contrato a término indefinido y el 14.71 % con contrato a término definido.

Actualmente, el Consultorio estima que los médicos recién graduados devengan en promedio \$2.590.000, mientras que los odontólogos ganan \$1.950.000.

Por otra parte, según el nivel de formación, como se podrá observar en la tabla N.º 3, en el 2013, la educación universitaria concentra el 45,8% de los grados, la educación técnica profesional y la tecnológica participan con el 33,7% y los estudios de posgrado (especializaciones, maestrías y doctorados) representan el 20,5% del total de títulos.

Tabla N.º 2: Distribución de graduados por nivel de formación

Nivel de formación	2012		2013	
	Número de graduados	%	Número de graduados	%
Técnica profesional	21.450	6.9	19.104	6.6
Tecnológica	81.169	26.2	97.282	28.2
Universitaria	138.430	44.6	157.985	45.8
Especialización	60.048	19.4	59.937	17.4
Maestría	8.822	2.8	10.453	3.0
Doctorado	310	0.1	329	0.1
Total	310.229	100	345.090	100

Fuente: Observatorio Laboral, Ministerio de Educación Nacional (compilado por los autores).

Adicionalmente, también vale la pena señalar que el Observatorio Laboral muestra que en el periodo comprendido entre 2001 y 2011 han egresado 15.083 odontólogos con un promedio anual de egresados entre 2001 y 2005 de 1.536. Con relación a las

subespecialidades odontológicas en el periodo 2001 a 2011, de treinta y ocho (38) programas académicos han egresado 4.170 subespecialistas.

En el periodo entre 2001 y 2005 se subespecializaron 1.578 odontólogos y en el periodo de 2006 a 2011 fueron 2.592 odontólogos.

Como dato interesante, podemos mencionar que entre las principales subespecializaciones adelantadas por los profesionales se encuentran:

- Cirugía oral y maxilofacial
- Estomatología pediátrica
- Ortodoncia
- Rehabilitación oral
- Odontología integral del adolescente
- Odontología integral del adulto
- Clínica en odontología integral del niño y ortopedia
- Clínica en ortodoncia
- Biomateriales operatoria y estética dental
- Estomatología
- Cirugía oral

3.5. Prestadores del servicio

En general, en Colombia, el ejercicio profesional del odontólogo se fundamenta en la aplicación de preceptos éticos, morales, sociales y humanistas, y en el conocimiento bioético, científico y técnico que le permite participar como ciudadano y como profesional en la construcción y la gestión de las políticas públicas del país, y desempeñarse en los ámbitos político, administrativo, social y clínico como parte de la salud pública, para contribuir con su trabajo a la disminución de las inequidades sociales y a la garantía de los derechos humanos, con énfasis en el derecho a la salud.

Así, para su desempeño, los odontólogos deben cumplir con todos los requisitos legales que regulan la profesión y su ejercicio profesional, instituidos por el Gobierno

Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la habilitación como prestadores de servicios de salud.

De acuerdo con este Ministerio, hasta noviembre del 2016 existen registrados 45.868 operadores, de los cuales, 17.673 corresponden a Odontología, de tal forma que en Colombia, el servicio se presta especialmente a través de profesionales independientes y de clínicas dentales, las cuales se han desarrollado bastante en los últimos años, de manera propia o a través de franquicias que se amplían en casi todo el territorio nacional, ofreciendo sus servicios, dirigidas a niveles de la población que estaban desatendidos, con calidad y a precios bastantes cómodos.

En este sentido, el sector ha tomado una dinámica en que las cadenas que promueven tratamientos de estética dental, ortodoncia y odontología general (servicios más demandados), y que ha repercutido en el crecimiento de una preocupación estética de la población por mejorar su apariencia y su salud oral.

3.6. Las clínicas dentales en Colombia

De acuerdo con información de la revista *Dinero*, “Las clínicas dentales se han convertido en un próspero negocio que funciona de forma independiente al sistema de salud y que factura más de \$100.000 millones de pesos al año” (2015).

Tabla N.º 3: Facturación por año de clínicas odontológicas (millones de pesos)

Razón social	Marca	Ventas	Ganancias	Establecimientos	Empleados
Inversiones Dama Salud	Sonría	59.110	798	35	688
Inversiones Crear Rama S.A.	Dentisalud	12.375	687	21	76
Clínicas Jasban SAS	Jasban	6.068	453	6	67
Unidad de Estética Dental SAS	Marlon Becerra	5.728	135	1	58
Clínicas odontológicas Coodontólogos SAS	Coodontólogos	3.779	128	3	88
Marlon Becerra SAS	Marlon Becerra	3.581	166	3	ND
Grupo de inversiones empresariales SAS Giemsas	Marlon Becerra	2.446	109	1	21
Grupo de Odontología Especializada SAS	Marlon Becerra	1.738	50	1	12

Fuente: Revista *Dinero*.

De acuerdo con la tabla N.º 4, los odontólogos, a través de sus organizaciones particulares, son los que tienen menos problemas para la prestación de los servicios frente al resto de profesionales de la salud, y de acuerdo con su organización integral, directamente o a través de franquicias, generan economías de escala que les permiten prestar un servicio de calidad y a precios competitivos, con una gran cobertura nacional y proyección internacional, reflejado en las facturación promedia anual según el cuadro en mención.

4. El problema

Para abordar este tema, merece la pena recordar la evolución que ha tenido el sistema de salud en Colombia en las últimas décadas, para lo cual se hace necesario mencionar que a partir de la Constitución Política de 1991, el modelo de descentralización se convirtió en una importante herramienta básica del Estado para transferir recursos a territorios, departamentos y municipios, los cuales se han venido destinando a financiar en gran medida al sector de la salud.

En este sentido, con base en información tomada del Ministerio de Hacienda, Tabla No. 4, podemos informar que en los 2 últimos años, los recursos del presupuesto nacional para el sector de la salud, se han venido incrementando, al pasar de \$18.890 mil millones en 2015, a \$ 20.869 mil millones, que representó un incremento del 10,5%, siendo este sector el cuarto más favorecido, detrás de los del Trabajo, Defensa, Policía y de Educación, y se espera que con la reforma fiscal que cursa actualmente en el Congreso de la República, este sector salga bastante favorecido, y se incrementen los recursos considerablemente.

Tabla N.º 4: Presupuesto nacional por sectores (sin deuda) 2016

(Expresado en miles de millones de pesos)

Sector	Funcionamiento	Inversión	Total	Participación %
Educación	29.102	1.968	31.070	18,6
Defensa y policía	28.925	1.077	30.002	17,9
Trabajo	20.575	4.567	25.142	15,0
Salud y protección social	16.215	4.653	20.869	12,5
Hacienda	11.850	3.124	14.973	9,0
Subtotal	106.667	15.389	122.056	73,2
Resto de los sectores	20.023	25.214	45.237	26,8
Total general	126.690	40.603	167.293	100%

Variación % (2015 - 2016)

Sector	2015 (1)	2016 (2)	Variación absoluta 3 = (2 - 1)	Variación % (4 = 2 / 1)
Educación	29.323	31.070	1.746	6,0
Defensa y policía	27.705	30.002	2.297	8,3
Trabajo	25.978	25.142	-836	-3,2
Salud y protección social	18.890	20.869	1.978	10,5
Hacienda	12.403	14.973	2.571	20,7
Subtotal	14.299	122.056	7.756	6,7
Resto de los sectores	49.145	45.237	-3.908	-7,9
Total general	163.444	167.293	3.849	2,4

Fuente: Minhacienda. Presupuesto General de la Nación (cálculo realizado por los autores).

No obstante los recursos anteriores para atender cabalmente al sector, cabe señalar que todos los grandes problemas del sistema de salud en Colombia son estructurales y tienen diferentes causas, múltiples interpretaciones y limitaciones para su óptima aplicación, y aunque la sentencia de la Corte Constitucional dicte que la salud pública es un derecho fundamental, este sistema no ha tenido los resultados esperados por la alta complejidad de la situación, es decir, se puede afirmar que el modelo de salud en el país es tan complejo y está diseñado como una “colcha de retazos” que no corresponde a un sistema bien estructurado.

Por más reformas que el sistema haya tenido a través de tiempo, este se viene implementando con medidas coyunturales, pues cuando aparece un problema o una anomalía en la prestación de un servicio, enredos administrativos o déficit financiero, se dicta una norma que trata de resolverlo en la perspectiva de uno de los agentes afectados, reconociendo, no obstante, el esfuerzo que las diferentes instancias gubernamentales vienen adelantando para reglamentar, direccionar, o evitarlos, pues como es lógico, en toda sociedad y en especial la atención en la salud es cada vez más compleja y exigente, por tal razón debe corresponder un sistema bien estructurado, sin fisuras, aunque parezca imposible adelantarlos por los intereses exógenos que merodean esta actividad.

Es entendido que el derecho a la salud es uno de los renglones más sensibles de cualquier política pública. La percepción generalizada por la ciudadanía colombiana es que por más normas que existan y que busquen garantizar este derecho, este se tropieza con muchos problemas administrativos, financieros, ambiciones de los grupos económicos y, tal vez el más grave, al poder político.

4.1. Planteamiento del problema

El tema de la salud oral como un subsector, que aunque no tiene la magnitud de problemas del sector general, nos ubica y nos señala un poco las causas de los problemas incurridos en el desarrollo de las actividades propias de la prestación de servicios y las consecuencias para los usuarios.

En el Sistema Nacional de Salud pública, las empresas prestadoras de este servicio contemplan como una parte a la atención oral, pero con un cubrimiento muy limitado en el servicio, dados los costos que implica para el sistema y la administración, además de la limitante establecida por el Acuerdo 08 del 29 de diciembre del 2009, de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), mediante la cual se aclaran y actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. Este acuerdo excluye al Plan Obligatorio de Salud los tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, prótesis y blanqueamiento dental, razón por la cual los usuarios tienen que acudir a prestadores particulares del servicio, con las consecuencias económicas, sociales, geográficas, entre otras, que ello implica.

No obstante lo anterior, por el lado de la prestación de los servicios odontológicos integrales, el acuerdo en mención abrió campo a la formación profesional en áreas especializadas, lo que en el desempeño profesional garantiza un servicio de calidad y de mayor responsabilidad por parte de los prestadores del servicio y una garantía de calidad para los usuarios, no obstante los mayores costos que se puedan suceder.

En el caso de las empresas particulares, se puede afirmar que la mayoría de ellas han obtenido una habilitación formal para poder operar, por parte de la Secretaría de Salud de la localidad o área de influencia, en concordancia con las normas legales vigentes, y en especial, por las señaladas en el decreto 1043 del 2006, el cual señala el conjunto de requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, que buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios odontológicos y que son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de este servicio.

Las grandes empresas de salud oral (entre las cuales se pueden mencionar algunas como Dentix, Clínicas Odontológicas Sonría, Identall SAS, Odontología Especializada S.A. y Dentisalud) tienen en general una organización administrativa, financiera, de investigación y operativa centralizada. Sus servicios odontológicos generales y especializados los prestan a través de sus clínicas, las cuales están controladas, supervisadas y monitoreadas respecto a la calidad del servicio, la atención al cliente, así como la captación de recursos económicos y de clientes, y deben corresponder a las metas fijadas. Es un conjunto de procesos que deben soportar la solidez de estas empresas, y además cumplir con las condiciones básicas indispensables para su permanencia en el sistema.

En el caso de los consultorios particulares, especializados o no, estos también deben ser habilitados formalmente por los departamentos, o por las secretarías de salud del área de su competencia y deben cumplir con todos los requerimientos legales; sin embargo, aquí se presenta un problema, en algunos consultorios que aunque obtengan, en papeles, una habilitación, cuando son vigilados en la práctica y controlados en la prestación de los servicios por las entidades competentes, no reúnen las condiciones mínimas necesarias para su operación, calidad y atención al cliente, ya sea por desconocimiento personal de las disposiciones legales, la complejidad de los procesos que deben cumplir, o porque al ejercer las actividades, estas no corresponden en su totalidad al tipo de servicio para el cual obtuvieron su reconocimiento.

Hoy en día, la mayoría de profesionales —especialmente en las grandes ciudades, donde por razones poblacionales y de infraestructura, complejidad de trámites, trabas administrativas, costos y tiempo que emplean para poder obtener la habilitación— acuden a los que han logrado obtener este requisito operativo, y en calidad de arriendo de un consultorio por horas, llevando el instrumental e insumos mínimos necesarios, así como el paciente, prestan este servicio, desde luego burlando todos los controles de seguridad, calidad y responsabilidad, frente al usuario, y, además, constituyéndose en un gran negocio para el primero, y una oportunidad laboral de subsistencia para el segundo, en detrimento del subsector de la salud, justamente por la complejidad de lo que se viene planteando.

5. Justificación

El tema “aproximación al marco normativo para la habilitación de empresas en salud oral” desarrollado en el presente trabajo de tesis de grado, fue elegido para demostrar el cumplimiento de la normatividad para prestar los servicios en salud con estándares mínimos de calidad y seguridad, también para ser conocido y aplicado de acuerdo con los servicios que se pretenden ofertar, con el fin de garantizar la seguridad del paciente, la estabilidad de la clínica o el consultorio odontológico y de sus colaboradores.

Esta puede ser una situación que desafortunadamente no se da en nuestro país, pese a existir un marco normativo referente al tema de habilitación, en algunas oportunidades se desconoce o simplemente se pasa por alto sin que las autoridades de control ejerzan de manera diligente su función de vigilancia y sanción a las entidades o personas naturales que no dan cumplimiento a la normatividad.

El presente trabajo da a conocer a los estudiantes y profesionales de la salud, el contexto, la normatividad y los procedimientos requeridos para dar cumplimiento a lo estipulado en materia de habilitación de clínicas o consultorios odontológicos, que les permita prestar servicios de manera formal, segura y de calidad, conducirlos a garantizar la seguridad del paciente, la sostenibilidad, el crecimiento y la evolución de las empresas de salud oral.

6. Objetivos

6.1. Objetivo general

Contribuir al entendimiento sobre la importancia que tiene la habilitación para las empresas prestadoras de servicios en salud oral (clínicas y consultorios odontológicos), desde la contextualización, la normatividad y los procedimientos requeridos en la implementación de los procedimientos necesarios para obtener la habilitación.

6.2. Objetivos específicos

- Identificar y citar las normas marco orientadas al proceso de habilitación de empresas prestadoras de servicios de salud oral (clínicas y consultorios odontológicos) en Colombia.
- Dar a conocer, a los interesados, el glosario con la terminología propia del sector y del tema en consideración, es decir, el de habilitación.
- Hacer las recomendaciones de tipo administrativo que surjan con ocasión de la investigación y el desarrollo del presente trabajo.

7. Marco de referencia

7.1. Riesgo del paciente

El Estado Colombiano se responsabiliza por proteger la vida, los derechos a la salud y la seguridad social con todas las personas residentes en Colombia, por lo tanto, es su deber legal realizar controles de calidad en bienes y servicios ofrecidos a la comunidad.

El sistema de habilitación cuenta con condiciones tecnológicas y científicas donde el gobierno abarca conceptos de registros, autoevaluaciones y un cumplimiento de estándares de orden económico y administrativo.

El sistema de habilitación es un componente obligatorio y estatal del sistema de garantía de calidad y es considerado una herramienta que permite autorizar el ingreso o permanencia de los prestadores de servicios de salud. Su objetivo principal es la protección de los usuarios y evidenciar los riesgos expuestos en la prestación de servicios.

Este sistema está compuesto por dos procesos: (1) autoevaluación e (2) inscripción donde se realiza la verificación del cumplimiento de aquellos estándares exigidos por las autoridades de salud.

Cuando el sistema no es aplicado o completado en una entidad prestadora de servicios, se incurre en vulnerar ciertos derechos de los usuarios, por lo tanto no se cumple con los estándares de calidad exigidos para brindar un servicio adecuado y transparente.

Características que determinan o están relacionadas con estándares de calidad y seguridad para los pacientes:

- Las condiciones científicas y tecnológicas tienen como objetivo principal la seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios. El no cumplimiento de los estándares, condiciona la presencia de riesgos en la salud y vida de los usuarios.

- La iatrogenia es la principal causa de la elaboración de dichos estándares, la prevención de la misma determina los riesgos de brindar un servicio de salud sin contar con las condiciones legales necesarias.
- La efectividad del tratamiento en salud es de vital importancia y particular relevancia, ya que esto le da una garantía de calidad al usuario sobre el servicio prestado.
- La bioseguridad se ve afectada debido al no cumplimiento de los estándares exigidos, no se realizan controles asépticos ni antisépticos del establecimiento prestador del servicio en salud, exponiendo así al paciente a infecciones derivadas de los procedimientos realizados sin el seguimiento indicado.
- Complicaciones en procedimientos o tratamientos de alta complejidad, ya que no se tiene un manual o un protocolo de procedimientos adecuados, puede incurrir en tener una complicación que puede poner en riesgo la integridad, salud y vida del paciente.
- Empeoramiento de la condición de salud con la cual acudió el paciente, es decir, no encontrar o no cumplir con la expectativa del paciente, donde no se presente una solución a su enfermedad.
- El no diligenciamiento de la historia clínica puede poner el riesgo la vida del paciente, ya que el prestador del servicio no sabe la historia médica, personal ni familiar, por lo tanto no está al tanto de las condiciones de salud del paciente y atención requerida en cuanto a tratamientos médicos ya iniciados.
- El prestador de servicios puede solicitar la colaboración de personal de apoyo, como lo son auxiliares o higienistas en salud oral, y aquellas personas deben encontrarse en capacidad de ejercer dicha profesión, de lo contrario puede poner en riesgo la vida e integridad del paciente, dado que no tienen claro los protocolos y los procedimientos indicados en cada tratamiento o atención en salud.
- La carencia de información al iniciar un tratamiento es un riesgo constante, por lo tanto el paciente no puede llegar a exigir una garantía o calidad en el servicio prestado.
- El ofrecer tratamientos con materiales de baja calidad que no cumplan con las expectativas.

7.2. Riesgo sobre el prestador

La omisión de protocolos, procedimientos y estándares exigidos tiene diferentes implicaciones, fundamentadas en las facultades de las entidades departamentales y distritales de salud, como autoridades competentes de inspección, vigilancia y control, que en general pueden tener las siguientes consecuencias:

- Traslados a la justicia ordinaria por presentar formularios de inscripción declarando el cumplimiento en servicios que incumplan estándares.
- Cierre de servicios o instituciones por incumplimiento de estándares.
- Sanciones económicas y legales.
- Deshabilitación de la tarjeta profesional que permita ejercer la profesión.
- Demandas legales por parte de los usuarios o pacientes.
- Contraer enfermedades o infecciones por uso inadecuado de instrumentos o por inadecuados protocolos de esterilización y desinfección.

7.3. Impacto en la productividad

En el sistema de servicios de la salud, debemos contextualizar la correlación que existe entre las empresas prestadoras del servicio de la salud y su estructura jurídica administrativa, económica, financiera y operacional, es decir, analizar todos los factores que intervienen en cada una de ellas, pues de ello depende su productividad dentro del sistema.

Las empresas prestadoras del servicio de salud pública (IPS, profesionales independientes, transporte especial de pacientes y objeto social diferente) adolecen de muchas fallas administrativas, especialmente porque no han correspondido a los postulados de eficiencia, productividad, capacidad operativa y financiera, entre otras razones que las llevan a la quiebra y, por consiguiente, a su liquidación; y las que sobreviven al sistema por no utilizar adecuadamente sus recursos para generar servicios eficaces, o por recarga en la demanda, no tendrán posibilidades de sostenerse en el sistema.

Como se sabe, con el proceso de habilitación de empresas prestadoras de servicios de salud, el Estado viene diseñando un conjunto de normas, procedimientos y requisitos con 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 que son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Las empresas prestadoras del servicio particular de salud en Colombia tienen una gran ventaja frente a las que ejercen el servicio público, puesto que estas tienen una habilitación que corresponde a una estructura técnica, financiera y administrativa que les da mayor solidez y productividad para prestar un servicio eficiente, pues es financiado generalmente con la modalidad de medicina prepagada.

No obstante las regulaciones anteriores, existen muchos señalamientos sobre la mala atención a los usuarios. Una de las razones por las que los pacientes se quejan de las EPS ante las oficinas de atención al usuario es la demora para la asignación de citas, medicamentos, especialistas y otros servicios como cirugías, y la falta de capacidad física instalada. Por ejemplo, según un estudio realizado recientemente por la oficina de Servicios de Atención a la Comunidad, de la Secretaría de Salud de Cali, de 1.038 quejas presentadas en 2014, el 80% de ellas se ponen por insuficiente gestión administrativa de las EPS para autorizar servicios a los pacientes como, según la Ley, asignar citas en un plazo máximo de tres días, el promedio en las EPS hoy está entre diez y quince días.

No hay sentido de que exista un sistema donde para ser atendido hay que ir a dos o tres lugares, pedir autorizaciones y realizar muchos trámites. No hay un responsable para la salud en diferentes grupos de población sino múltiples y eso se traduce en que realmente nadie asume la responsabilidad. Se evidencia un sistema muy complejo, con muchos actores, manos involucradas y diferentes fondos y seguros. Entre más complejo es el sistema, hay menos garantía de funcionamiento. Su sostenimiento está basado en un modelo de trabajo formal y la informalidad prima en Colombia.

La productividad de las empresas prestadoras de salud es un método evaluativo que lleva a que estas logren resultados más eficientes a un menor costo y con mayor calidad en sus servicios, con el fin de incrementar la satisfacción de los usuarios y la rentabilidad. Cuán mayor sea la productividad de una empresa, más útil será para la comunidad y abrirá las puertas para la contratación con el Estado, o cualquier ente nacional o internacional que requiera de sus servicios, posicionándose gracias a su competitividad y logrará mantenerse y permanecer en el mercado a largo plazo; para esto es necesario trabajar siempre con innovación, de manera que se fomente la apertura de mercados y generar credibilidad y confianza en el servicio.

8. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS)

Procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud.

Según la Constitución Política de Colombia, se debe garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes, y las autoridades están instituidas para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales, por lo tanto se establece que la Seguridad Social puede ser prestada por entidades públicas o privadas, siguiendo la normatividad legal vigente que permita observar los lineamientos necesarios para brindar una adecuada prestación de Servicios de Salud.

Por tal motivo, las entidades prestadoras de servicios deben conocer la resolución 2003 del 2014, emitida por el Ministerio de Salud y de Seguridad Social, en la cual se establecen las condiciones mínimas para poner en funcionamiento cualquier de servicio de salud; pero más allá de dicha resolución, se debe tener en cuenta el marco legal del sistema único de habilitación, contenido en el manual de habilitación y que justamente es adoptado por la resolución mencionada.

En la Ley 100 de 1993 se resalta que es facultad del Gobierno Nacional expedir normas relativas a la organización de un sistema obligatorio que garantice la calidad en la atención sanitaria.

Mientras que en la Ley 1122 del 2007 se definen los requisitos y el procedimiento para la habilitación de las nuevas IPS, para reformar el sistema general de seguridad social en salud, la Ley 1438 de 2011 permite contar con óptimas condiciones para prestar un servicio de calidad y garantizar la verificación de dichos servicios.

8.1. Sistema único de habilitación

Actualmente, la ley que indica los parámetros y los lineamientos para el sistema único de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud es la Ley 2003 del 2014, la cual determina y establece un objetivo principal, como lo es unificar procedimientos, parámetros y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud, permitiendo mejorar la calidad del servicio sanitario en Colombia (artículo 1).

La resolución y el campo de aplicación de la misma está dirigida a todas las entidades o profesionales independientes que presten servicios de salud (artículo 2). Esto incluye a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de cualquier nivel de complejidad, tengan o no servicios de cirugía y además consulta de especialidades, a los profesionales independientes en todas las áreas de la salud, y a todas las entidades que presten servicios de transporte especial para pacientes, es de aclarar que aplica para todas las entidades tanto públicas (municipales, distritales, departamentales o nacionales) como privadas, con excepción de aquellas que presten servicios al régimen de excepción y especial (a menos que también presten servicios a la comunidad civil).

Son tres las condiciones fundamentales (artículo 3) que exige este manual para poder prestar servicios de salud, estas son:

- **Capacidad técnico-administrativa.** Esto es que los prestadores deben contar con la suficiente capacidad gerencial, la cual consiste en tener un gerente debidamente titulado y con la experiencia requerida, pues él debe garantizar el correcto comportamiento administrativo de la institución prestadora.
- **Suficiencia patrimonial y financiera.** Esto significa tener el suficiente músculo financiero para soportar la prestación y la carga laboral, así como tener contingencias suficientes para afrontar situaciones adversas del mercado, las instituciones prestadoras deben tener la suficiente liquidez para cumplir sus obligaciones en el mediano y corto plazo y le proporciona competitividad en el mercado, garantizando su autosostenibilidad y continuidad.

El patrimonio total debe estar por encima del 50% del capital social; y las obligaciones mercantiles vencidas a más de 360 días no pueden superar el 50% del pasivo corriente (es pertinente aclarar que en términos de contratación mercantil, los prestadores que correspondan al régimen público se rigen por el derecho privado). Por último, las obligaciones laborales vencidas a más de 360 días no pueden superar el mismo porcentaje del pasivo corriente anteriormente mencionado.

- **Capacidad tecnológica y científica.** A este nivel, la resolución establece tres principios fundamentales que rigen los estándares de habilitación, estos son: fiabilidad (permite evaluación objetiva y homogénea), esencialidad (son indispensables y necesarias) y sencillez (fáciles de entender y fáciles de verificar). Asimismo, se deben cumplir los siguientes estándares:

1. **Talento humano:** incluye la autorización legal de los profesionales para ejercer en el territorio nacional. Estos deben tener suficiente recurso humano de acuerdo a la capacidad instalada y las condiciones de oferta y demanda, y dar formación continua del talento humano. Para los servicios de odontología, que los profesionales sean suficientes y que si realizan acciones de prevención y promoción de la salud oral cuenten con auxiliares de salud oral o higiene oral debidamente certificados. El talento humano debe ser suficiente durante el tiempo ofertado, deben estar disponibles para ser supervisados los mismos, así como el personal en entrenamiento, contar con auxiliares de odontología (higienista oral y auxiliar de consultorio odontológico), certificado de formación como odontólogo general o especialista de acuerdo al servicio prestado. Para servicios de toma e interpretación de imágenes en odontología, se debe contar con un odontólogo o un auxiliar para la toma de la misma, pero para la interpretación sí es necesaria la presencia de un odontólogo.

2. **Infraestructura:** se verifican las condiciones y características de la infraestructura locativa para prestar los servicios de salud, se incluyen condiciones de aseo, áreas o edificaciones exclusivas de acuerdo al servicio prestado, lugares libres de obstáculos, tener escaleras, rampas o ascensores de acuerdo a los pisos que tenga el edificio, evitar cruce de elementos limpios y contaminados en las áreas de circulación, unidades

sanitarias, manejo de residuos y demás requerimientos de acuerdo a las características del servicio. Para los servicios odontológicos, corresponde una sala de espera con unidad sanitaria, área de procedimientos (consultorio) con unidad sanitaria, área de esterilización con mesón, área de disposición de residuos, si se tiene más de una unidad odontológica, se debe tener un lavamanos por cada tres unidades odontológicas, barrera móvil o fija entre las unidades, área de esterilización independiente del área de procedimientos.

Esto aplica para la infraestructura física creada, modificada o inscrita que incluyen la licencia de construcción aprobada para el uso en salud, permiso de vertimiento de líquidos y emisiones atmosféricas, sistema de prevención y control de incendios, estudio de vulnerabilidad estructural. En caso de un edificio antiguo: reforzamiento sísmico estructural, plan de emergencias y desastres, planes de mantenimiento físico, planes de mantenimiento de equipos fijos (planta eléctrica con complemento técnico RETIE, compresor).

Para servicios de toma e interpretación de imágenes en odontología, se debe contar con una sala de espera con unidad sanitaria, tener estudios radiofísicos para contener las emisiones de rayos x y además deben tener una licencia de funcionamiento vigente, expedida por la autoridad competente.

3. **Dotación:** incluye la verificación de todos los procesos y gestiones encaminadas al adecuado manejo de los elementos de aseo y lavado de manos, equipos con condiciones técnicas adecuadas, mantenimiento de equipos médicos o biomédicos, así como personal idóneo para tal gestión (puede ser contratado con terceros), y si se cuenta con carro de paso deben tener los mínimos requeridos.

Para los servicios de odontología, corresponde a los instrumentales y equipos suficientes (ver el manual de habilitación). En odontología, se debe contar con unidades de odontología completas (incluye sillón con cabecera anatómica, escupidera, lámpara de luz fría, bandeja para instrumental, eyector, jeringa triple, módulo de acople para las piezas de mano, micromotor y contra-ángulo); además se debe contar con megatoscopio, compresor de aire, también instrumental básico (en cantidades suficientes según la capacidad instalada) que incluye: espejos bucales, exploradores,

pinzas algodonereras, jeringas, cámpulas, sondas periodontales, cucharillas o excavadores; instrumental para operatoria: aplicador de dycal, condensador FP3 o empacadores, porta amalgama, opcional bruñidor o cleoide-discoide, opcional espátulas interproximales, fresas para apertura de cavidad y para pulir resinas de diferentes calibres para baja y alta velocidad; instrumental para endodoncia: explorador de conductos, espaciadores, condensadores y limas; instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras y mango para bisturí; instrumental para periodoncia: curetas y sondas periodontales; mueble para guardar el instrumental y material esterilizado.

También se debe contar con los manuales correspondientes a los equipos biomédicos, hojas de vida de los mismos con verificación de las recomendaciones de uso y mantenimiento y calibración establecidas por el fabricante.

Para odontología aplican los instrumentos biomédicos de endodoncia y operatoria, así como los demás equipos necesarios para todo consultorio odontológico, esto también incluye los equipos de rayos x, en caso de haber en la IPS.

Para servicios de toma e interpretación de imágenes en odontología se debe contar, por lo menos, con un equipo de rayos x con sus respectivos documentos, hoja de vida y registro de mantenimiento y recomendaciones según el fabricante.

4. Medicamentos dispositivos e insumos: se debe contar con registros de los medicamentos, cadenas de frío, fechas de caducidad, así como otros insumos odontológicos o médicos, necesarios para la prestación. En odontología aplica para la anestesia local, hidróxido de calcio, eugenolato, protector pulpar, ionómero, hidroxiapatita y demás medicamentos que se usan.

5. Procesos prioritarios: corresponden a la existencia y socialización de los principales procesos asistenciales, como son: seguridad del paciente, planeamiento estratégico, cultura institucional, seguridad de los procesos, protocolos y guías de atención. Para los servicios de odontología aplican las guías y los protocolos para los principales diagnósticos de morbilidad, así como las principales complicaciones de la aplicación de anestesia, procedimientos para la información de los pacientes, protocolo

de esterilización, procesos y procedimientos para el conocimiento de los pacientes (consentimiento informado) con recomendaciones pre y pos procedimiento, de forma específica según el procedimiento a realizar, estas deben ser leídas por el paciente y deben quedar anexas a la historia clínica, guardando la confidencialidad prevista en la normatividad. Para servicios de toma e interpretación de imágenes en odontología se debe contar con protocolos de toma e interpretación de rayos x.

6. **Historia clínica y registros:** procesos que garantizan la correcta gestión de historia clínica de acuerdo a la normatividad vigente para tal fin (resolución 1995 de 1999), esto es: apertura, registro manual o sistematizado, mínimos de identificación, garantía de confidencialidad y custodia, condiciones técnicas para su manejo, etc. Para los procedimientos en odontología, aplican las mismas normas de manejo y registro de la historia clínica.

7. **Interdependencia:** existencia de servicios administrativos o de apoyo asistencial contratados como terceros que sirven en la labor misional y que no son prestados directamente por la IPS. Para los servicios de odontología, aplican para los servicios de radiología, esterilización (en caso de que no se hagan al interior de la unidad de atención odontológica), procesos de transporte asistencial en caso de prestación de servicios son sedación grado I y II.

Es de obligatorio cumplimiento para todo prestador de servicios de salud, el estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado (artículo 4). Dicha inscripción y habilitación tiene unos términos encontrados en el *Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud*.

Es requisito indispensable para el prestador de servicios de salud, el realizar la autoevaluación de condiciones de habilitación (artículo 5), la cual permite verificar el cumplimiento de los lineamientos ya nombrados en el *Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud*, posteriormente el cumplimiento en el REPS.

La autoevaluación (artículo 6) aplica en los siguientes momentos:

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

Se aclara que al momento de incumplir una o más condiciones de habilitación, deberá abstenerse de registrar, ofertar y prestar el servicio.

Los prestadores de servicios de salud que se inscriban y habiliten servicios en el REPS deberán cumplir con los siguientes parámetros (artículo 7):

1. Establecer los servicios por los cuales se habilitará, de acuerdo con el REPS, incluyendo el tipo de complejidad y la modalidad en la que va a prestar los servicios inscritos y habilitados.
2. Realizar la autoevaluación después de la declaración en el REPS.
3. Ingresar al enlace de formulario de inscripción disponible en el aplicativo del REPS, publicado en la página web de la entidad departamental o distrital de salud correspondiente, diligenciar la información allí solicitada y proceder a su impresión.
4. Radicar el formulario de inscripción ante la entidad departamental o distrital de salud respectiva y los demás soportes definidos en el *Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud*.

Una vez recibido el formulario de inscripción por la entidad departamental o distrital de salud, junto a los soportes ya mencionados, se procederá a:

1. Anexar en la base de datos del REPS el formulario de inscripción diligenciado por el prestador, el cual estará disponible en la página web de la entidad departamental o distrital de salud.

2. Verificar que los soportes entregados con el formulario correspondan a los previstos en el *Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud*. En caso de no corresponder, se devolverán al prestador indicando la documentación o información faltante.
3. Cada prestador tendrá un código si el formulario y los soportes se encuentran completos y cumplen con los requisitos.
4. Se programarán y realizarán visitas que permitan la verificación previa o de reactivación que le correspondan.
5. Dicha documentación será enviada al Ministerio de Salud y Protección Social cuando se trate de servicios nuevos de oncología.
6. Radicación del formulario de inscripción ante la entidad departamental o distrital de salud respectiva y los demás soportes definidos en el *Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud*.

Al momento de cumplir con la documentación y las condiciones ya establecidas en la presente resolución, el prestador podrá ofertar y prestar los servicios de salud correspondientes.

La resolución le confiere a la IPS que se inscriba, la responsabilidad de cumplir con todos los requisitos y estándares de habilitación, *so pena* de sanciones establecidas en la normatividad vigente (artículo 8). Esta condición de responsabilidad no está limitada por las posibles varias participaciones en el negocio (varios participantes en la operación del prestador, por ejemplo, para el caso de una IPS de odontología, si tiene contratada el servicios de radiología con un tercero este también debe cumplir con las normas de habilitación). Se prohíbe expresamente la doble habilitación.

La inscripción ante el REPS tiene una vigencia inicial de cuatro años (artículo 9), contados a partir de la fecha de radicación ante el ente territorial, posteriormente a esta, las demás serán de un año (previa autoevaluación). En los casos en los cuales la IPS ha sido cancelada o inactivada, la vigencia de la nueva inscripción será de un año previa autoevaluación. En el parágrafo 2 se le da la facultad expresa a los entes territoriales de cancelar, en cualquier momento, la inscripción ante el REPS.

Todos los prestadores de servicios de salud están obligados a hacer su autoevaluación en los términos de esta resolución, *so pena* de la inactivación de su registro ante el REPS y requerirán una visita previa para poder hacer la reactivación (artículo 10). Todos los puntos de la autoevaluación son obligatorios.

Todos los prestadores de servicios de salud, y en el caso también de servicios odontológicos, están en la obligación de reportar las novedades, las cuales obedecen a cambios en el prestador, la sede, novedades en capacidad instalada y novedades en servicios (artículo 12). En odontología aplican las siguientes:

1. Apertura o cierre del prestador o sede, ya sea temporal o permanente, así como de servicios prestados.
2. Disolución o liquidación.
3. Cambio de domicilio.
4. Cambio de nomenclatura.
5. Cambio de representante legal.
6. Cambio de director o gerente.
7. Cambio de acto de constitución.
8. Cambios de contactos de la sede.
9. Apertura de modalidad de servicio.
10. Cambio de complejidad (casi no aplica para servicios de odontología).
11. Reactivación de inscripción.
12. Traslado de servicio.

En odontología no aplican las visitas previas (artículo 13), excepto si se va a dar apertura a un servicio de oncología oral. Los servicios que requieren visita previa son: servicios de urgencias, ginecológicos, oncológicos y de alta complejidad.

El plan de visitas debe estar formulado por los entes territoriales a más tardar el 30 de noviembre de la vigencia anterior, debe ser reportado a la superintendencia de salud y se debe dar por prioridades (artículo 14); sin embargo, este plan de visitas no se cumple por parte de los entes territoriales, ya que nunca le comunican al prestador de servicios de salud

dicho cronograma, tampoco hay una prioridad especial para los prestadores de servicios odontológicos.

Cuando por incumplimiento de los estándares de habilitación se cierra un establecimiento o IPS se deberá, de la mano del ente territorial, en conjunto de la IPS y las aseguradoras, elaborar un plan de choque para que los servicios le sean prestados a los pacientes en otras instituciones debidamente habilitadas (artículo 15). Es de aclarar que esta resolución le confiere poder a los entes territoriales de hacer el respectivo cierre, aunque la IPS sea la única que preste los servicios de salud en el área de influencia donde esté.

La inscripción y el registro ante el REPS, el reporte de novedades y las visitas son gratuitas para todos los prestadores, incluso si quienes hacen las visitas son terceros contratados por los entes territoriales (artículo 17).

Los entes territoriales del orden departamental y distrital, así como la superintendencia nacional de salud, en cumplimiento de lo dispuesto en la resolución, son los únicos con competencia legal para hacer cumplir los estándares de habilitación (artículo 18).

Se establece que las actualizaciones se harán conforme las necesidades y hallazgos encontrados, así como las condiciones nuevas del sector, innovaciones y alternativas nuevas de prestación (artículo 19).

El régimen de transitoriedad aplica para las IPS que se encontraban operando al momento de la aparición de la resolución en la vida jurídica (artículo 20). Para la fecha en que estamos ya no aplica.

Es importante recalcar que los prestadores de servicios de salud no deben únicamente quedarse con la habilitación de los servicios, estos son los mínimos requeridos para poner en funcionamiento cualquier servicio de salud en el país, sin embargo, hay que propender en acreditar los servicios de salud. El sistema de acreditación en salud no es obligatorio y se adelanta ante entidades independientes como el Icontec o la *joint commission* (en el campo internacional); los prestadores que logren acreditarse tienen ventajas en el mercado de la salud frente a los demás prestadores que no lo hagan, una de las más importantes es que les abre el mercado internacional, dado que los pacientes en

otros países siempre van a querer ir a instituciones que tengan los mismos parámetros de calidad que se tienen en sus países de origen, así como también tienen algunas prebendas fiscales.

8.2. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (Pamec)

El Ministerio de la Protección Social es el responsable de emitir las guías aplicativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y de ajustar las normas técnicas en el marco de la ley, con el fin de implementar las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (Pamec), de acuerdo con lo establecido en el artículo 32 del Decreto 1011 del 2006.

El Pamec define con precisión las acciones a realizar, con el fin de evaluar cada uno de los procesos que se consideren como prioritarios en una clínica o consultorio odontológico, orientando estas acciones hacia la detección de desviaciones de la calidad observada frente a la calidad esperada, para promover la construcción de planes de mejoramiento costo-efectivos que permitan superarlas y lograr el ajuste de los procesos a favor del usuario.

8.2.1 Objetivos del Pamec

- Definir, mediante la aplicación de la ruta crítica, las estrategias y las metas para identificar problemas y presentar soluciones para mejorar la calidad.
- Fomentar la cultura del autocontrol en el personal de la clínica o consultorio odontológico, como estrategia de mejoramiento y calidad.
- Implementar una cultura de prevención enfocada a la adecuada administración de los riesgos, la cual permita minimizar o mitigar los mismos durante el proceso de atención.

- Identificar, de forma sistemática y periódica, oportunidades de mejoramiento, dándoles el tratamiento adecuado para corregir las desviaciones detectadas.

8.2.2. Metodología de elaboración del Pamec

La formulación e implementación del Pamec se debe realizar mediante la aplicación de la metodología establecida en su versión del 2007, las orientaciones de la gerencia, del comité de calidad y del equipo de trabajo de la clínica o consultorio odontológico.

Se recomienda seguir los siguientes pasos para la construcción del Pamec:

1. Aplicación del ciclo PHVA (Planear - Hacer - Verificar - Actuar), también conocido como el ciclo de la mejora continua, como preparación para la habilitación o en los ciclos de mejoramiento.
2. Consolidar un plan de capacitación aprobado por la gerencia, el cual debe incluir, entre otros, los siguientes temas:
 - Socialización normativa, estandarización de términos, metodología y generalidades del Pamec
 - Estándar gestión de la información
 - Estándar cliente asistencial - Gerencia y direccionamiento
 - Estándar del recurso humano - Metodología de calificación
 - Estándar ambiente físico - Metodología de calificación cualitativa
3. Conformación de los equipos de autoevaluación por grupo de estándares (previa autorización de la gerencia), donde se tiene como finalidad el aprendizaje global de toda la clínica o el consultorio. Se obtienen resultados más efectivos al fomentar el trabajo en equipo, la interdisciplinariedad, la responsabilidad compartida, la creación de microambientes y la complementariedad.
4. Entrega de documentación, soporte para la autoevaluación, a cada líder de estándar:
 - 4.1. **Realización de la autoevaluación.** Para el desarrollo de esta etapa, los equipos de trabajo toman como base los estándares del sistema único de

habilitación, y de ellos, se trabajan los siguientes: laboratorio clínico y estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud ambulatoria y hospitalaria (incluidos IPS en red, gerencia, direccionamiento, proceso de atención al cliente – asistencial, referencia y contra referencia, gerencia del recurso humano, sistemas de información). Para cada estándar se identifica la línea base, las fortalezas, los soportes de las fortalezas y las oportunidades de mejora propuestas para lograr el desarrollo de los requisitos, de acuerdo con los siguientes criterios:

- **Fortaleza:** característica consistente y fácilmente reconocida, superior a la norma y que genera valor de cara al usuario, su redacción debe realizarse teniendo en cuenta la siguiente estructura: el servicio o proceso que tienen la fortaleza + cuál ha sido el enfoque y cómo se ha implementado + cuantificación de los resultados.
- **Soporte de la fortaleza:** evidencia objetiva de la fortaleza: documento, acta, informe, indicador, formatos, etc.
- **Oportunidad de mejora:** acción a desarrollar, redactada en forma de objetivo (inicia con un verbo en infinitivo, en forma positiva, orientada a cumplir el enfoque, la implementación y el resultado. Para el desarrollo de esta etapa se realizaron los siguientes pasos:
 - Leer cada estándar con sus criterios antes de iniciar la calificación.
 - Interpretar el estándar, aclarando el propósito y la finalidad de los requisitos, llegando a una interpretación por consenso.
 - Documentar y registrar la autoevaluación cualitativa (fortaleza, soporte de la fortaleza y oportunidad de mejora).
 - Calificar el estándar - autoevaluación cuantitativa.

5. Socialización de los resultados de la autoevaluación con todos los líderes de los estándares y gerencia, para ajustes, tales como:

- Identificar las barreras que impedirían su realización (factores organizacionales que deben tenerse en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento).
- Identificar proceso(s) responsable(s) de implementar la oportunidad según el mapa de procesos de la clínica o consultorio.
- Persona responsable: cargo y nombre de la(s) persona(s) responsable(s) de implementar la oportunidad según el mapa de procesos.
- Cronograma: indica cuando se planea realizar la oportunidad de mejora.
- Seguimiento(s): indica el responsable y las fechas en las cuales se realizará el seguimiento a la implementación del plan. Para definir el estado de cada acción de mejora se determina que la calificación sea dada en los términos de:
 - Completo
 - En desarrollo
 - Atrasado
 - No iniciado
- Indicadores de mejoramiento: los indicadores que se emplearán para evaluar el impacto del plan de mejoramiento se deben alinear con los atributos de calidad, que en conjunto impactarán positivamente.

6. Niveles de operación del Pamec

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos del Pamec, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

- 6.1. **Autocontrol:** cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- 6.2. **Auditoria interna:** consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

6.3. Auditoría externa: Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

7. Tipos de acciones de la auditoría

Las acciones son entendidas como los mecanismos, procedimientos o actividades que deberán ser establecidos en las organizaciones que promuevan el logro del mejoramiento de los procesos establecidos como prioritarios y la búsqueda de la no ocurrencia de las fallas en forma posterior a su detección e intervención.

Con relación a lo anterior, la norma reglamentaria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad reconoce tres tipos de acciones de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, de acuerdo con la parte del ciclo de mejoramiento de la gestión de los procesos en que actúan.

7.1. Acciones preventivas. Entendidas como el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

Las acciones preventivas tienen como propósito establecer criterios explícitos de calidad, con base en los cuales se llevarán a cabo el autocontrol, la auditoría interna y la auditoría externa. Tales criterios deben tomar además en consideración la evaluación de los resultados observados

de la calidad para adoptar acciones encaminadas a prevenir la recurrencia de los problemas de calidad identificados.

Son ejemplos de acciones preventivas el ajuste y la estandarización de los procesos y procedimientos antes de que ocurra un evento no deseado en la atención en salud, y la adopción de estándares de calidad por parte de las organizaciones de salud.

7.2. Acciones de seguimiento. Las cuales se refieren al conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud para garantizar su calidad. Se trata, básicamente, de aquellas acciones de control realizadas en lo más cercano al tiempo real a la ejecución de los procesos, con el objetivo de conocer el desempeño de los mismos. Por definición, la aplicación de las acciones de seguimiento en el día a día es una responsabilidad del nivel de autocontrol, son acciones de control principalmente de primer orden.

El papel del nivel de la auditoría interna en las acciones de seguimiento es de segundo orden, es decir, de velar por el control del autocontrol y no debe conducir a la recomendación o imposición de conductas. De esta manera, se evitarán los riesgos y los costos derivados de una auditoría que interfiere con los procesos evaluados. En este sentido, debe recordarse que el enfoque de auditoría es el de mejoramiento continuo, y no el de inspección de calidad; por lo tanto, el sentido de los estándares de calidad es servir como guías sobre la forma correcta de llevar a cabo las diferentes actividades para fortalecer el autocontrol.

Las acciones de seguimiento son inherentes al autocontrol y a la auditoría interna; en el campo de la auditoría externa se refieren al seguimiento de los acuerdos previamente establecidos.

Son ejemplos de acciones de seguimiento las evaluaciones que realizan los miembros de una organización sobre los resultados de su propio trabajo, los estudios de adherencia a normas técnicas y guías de atención, las revisiones

de utilización, las encuestas de satisfacción realizadas internamente por la organización o externamente por la clínica sobre los usuarios, las evaluaciones de la efectividad, la eficiencia y la continuidad de los procesos de detención, con base en el análisis de historias clínicas, y las evaluaciones realizadas por los comités institucionales, entre otras; sin embargo, aunque las organizaciones estandaricen al máximo sus procedimientos, capaciten y entrenen permanentemente a sus miembros, lleven a cabo acciones de seguimiento y realicen mejoras continuas con base en sus hallazgos, muy difícilmente se podrán eliminar por completo los riesgos de fallas o errores inesperados. Este hecho exige que las entidades estén adecuadamente preparadas para manejar tales situaciones, de manera que se puedan detectar, corregir oportunamente y prevenir su recurrencia.

- 7.3. **Acciones coyunturales.** Definidas como el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y la prevención de su recurrencia. Son ejemplos de situaciones donde se deberían establecer acciones de tipo coyuntural, aquellas definidas por la aparición de eventos adversos o centinelas, por cuanto se constituyen en alertas que indican la necesidad de tomar decisiones oportunas, como por ejemplo, un aumento en la demanda de prestación de servicios de salud no esperada, un aumento en la frecuencia de casos de alto costo, la reducción repentina de la oferta de servicios, etc., son resultados no esperados y que requieren la atención e intervención inmediata de la institución.

Las acciones son un continuo en el tiempo; así, las acciones preventivas deberán generar acciones de seguimiento y estas a su vez pueden desencadenar acciones coyunturales o preventivas, y las acciones coyunturales generan la planeación de acciones preventivas de forma tal que el ciclo de mejoramiento se cierre.

8.3. Sistema único de acreditación

Este ítem no se desarrolla por cuanto no está previsto en el alcance de este trabajo, sin embargo, se menciona porque hace parte de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sogcs).

8.4. Sistema de información para la calidad

El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de información para la calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y que al mismo tiempo permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), de manera que puedan tomar decisiones informados al momento de ejercer los derechos que para ellos se contemplan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

8.4.1. Objetivos del sistema de información para la calidad

- **Monitorear.** Hacer seguimiento a la calidad de los servicios para que los actores, las entidades directivas y de inspección, vigilancia y control del sistema realicen el monitoreo y ajuste del Sogcs.
- **Orientar.** Contribuir a la orientación del comportamiento de la población general para la selección de la EAPB o la institución prestadora de servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- **Referenciar.** Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las instituciones prestadoras de servicios.
- **Estimular.** Propender, apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

8.4.2. 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 sea comprendida y asimilada por la población fácilmente.
- **Focalización.** La información estará concentrada en transmitir conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de la EAPB o de la 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 mida la 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 el mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

9. Glosario

- **Acreditación en salud** (anexo técnico N.º 2 de la Resolución 1445 del 2006): Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. La acreditación es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizadas para dicha función.
- **Aseguramiento de la calidad** (Norma ISO 9000:2008): conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implantadas dentro del sistema de la calidad, para proporcionar la confianza adecuada de que una entidad cumplirá los requisitos para la calidad.
- **Autoevaluación y cumplimiento de estándares**: la verificación interna, la presentación de la declaración y el cumplimiento de los estándares corresponde a los prestadores de servicios de salud.
- **Barreras de seguridad** (lineamientos de seguridad del paciente – Ministerio de Salud y Protección Social, 2008): una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.
- **Certificación**: reconocimiento formal del cumplimiento de las normas establecidas, validado a través de evaluación externa.
- **Calidad de vida**: se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de

independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

- **Ciclo de Atención del Usuario:** ruta que debe seguir el usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial.
- **Cliente:** las personas u organizaciones que son servidas por la organización. Se incluyen clientes internos y externos.
- **Código de ética** (Circular Instructiva N.º 045 del 2007 – Supersalud): también denominado código de conducta, es el documento que compendia las disposiciones referentes para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Está conformado por principios, valores y directrices que en coherencia con el Código del Buen Gobierno, todo servidor de la entidad debe observar en el ejercicio de sus funciones.
- **Conducta de riesgo:** forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente.
- **Colaborador:** cualquier persona que preste sus servicios a una organización, independientemente del tipo de vinculación a la misma.
- **Consentimiento:** acuerdo voluntario o aprobación por parte de un cliente.
- **Consentimiento informado** (artículo 15 de la Ley 23 de 1981): información acerca de los riesgos y los beneficios de los procedimientos planeados y los riesgos del no tratamiento, de manera que los pacientes puedan tomar decisiones informadas.
- **Contrato:** acuerdo formal que establece los términos y las condiciones para servicios que se obtienen de una organización. El contrato y los servicios

contratados son supervisados y coordinados por la organización y deben cumplir con los estándares del gobierno y la organización.

- **Dotación y su mantenimiento:** son condiciones, suficiencias y mantenimientos de los equipos médicos que condicionen procesos críticos institucionales.
- **Educación para la salud:** comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.
- **Entidad acreditadora** (artículo 43 del Decreto 1011 del 2006): es la entidad que ha sido designada por el Ministerio de Salud y Protección Social para realizar el proceso de acreditación de los establecimientos de salud del país, por haber demostrado suficiente idoneidad y capacidad para ello.
- **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.
- **Estándar:** nivel deseado y alcanzable de desempeño contra el cual el rendimiento real se mide.
- **Estandarización:** establecer disposiciones para uso común y repetido de actividades o procedimientos, encaminadas al logro del grado óptimo de consecución de la calidad.
- **Ética:** serie de principios que guían la conducta profesional y moral.

- **Evento adverso** (Lineamientos para la Seguridad del Paciente – MPS 2008): es el resultado de una atención en salud que, de manera no intencional, produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.
- **Evidencia:** los datos y la información utilizada para la toma de decisiones. La evidencia puede ser derivada de la investigación, el aprendizaje experiencial, los datos de los indicadores y las evaluaciones. Las pruebas se utilizan de una manera sistemática para evaluar las opciones y tomar decisiones.
- **Factor de riesgo:** condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.
- **Fiabilidad:** la aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.
- **Fosyga:** Fondo de Solidaridad y Garantía. Este fondo fue creado a partir de la Ley 100 de 1993, con el fin de garantizar la compensación entre las personas de diferentes ingresos, la solidaridad del sistema general de seguridad social y salud para cubrir los riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. Esta ley estableció la estructura del Fosyga en subcuentas independientes.
- **Gerencia:** la persona designada por el órgano de gobierno de una organización para actuar en su nombre en la gestión global de la organización.
- **Gestión del riesgo:** cultura, procesos y estructuras dirigidas a obtener oportunidades potenciales mientras se administran los efectos adversos. El proceso de gestión de riesgos es la aplicación sistemática de políticas, procedimientos y prácticas de gestión a las labores de comunicar, establecer el contexto, identificar, analizar, evaluar, tratar, monitorear y revisar el riesgo. Es un proceso sistemático

para identificar, evaluar y tomar medidas para prevenir o gestionar los riesgos clínicos o administrativos de la organización.

- **Historia clínica y registros clínicos:** existencia y cumplimiento de procesos que garanticen una historia clínica por paciente y condiciones técnicas de manejo.
- **IETS:** El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 del 2011. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social, el Invima, el Instituto Nacional de Salud, Colciencias, Ascofame y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.
- **Interdependencia de servicios:** existencia y disponibilidad de servicios necesarios para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.
- **Información a usuarios:** corresponde informar a los usuarios sobre el proceso y los resultados del sistema de habilitación, al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud a nivel Nacional y a las direcciones territoriales de salud en su jurisdicción, en atención a sus funciones de vigilancia y control fijadas por la Ley 100 de 1993.
- **Infraestructura, instalaciones físicas y su mantenimiento:** son áreas o características de ellas que condicionan procesos críticos asistenciales.
- **Invima:** es el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, una entidad de vigilancia y control de carácter técnico científico que trabaja para la protección de la salud individual y colectiva de los colombianos, mediante la aplicación de las normas sanitarias, asociada al consumo y uso de alimentos, medicamentos, dispositivos médicos y otros productos objeto de vigilancia sanitaria.

- **Medicamentos, dispositivos médicos y su gestión:** se relacionan con la existencia de procesos que garanticen el cumplimiento de las condiciones legales para el uso de los medicamentos y dispositivos médicos (nombre del producto, número de lote o serie, fecha de vencimiento cuando sea el caso, número de registro sanitario, fabricante o importador con domicilio, leyendas especiales tales como “estéril”, “usar solo una vez”, etc.).
- **Ministerio de Salud y Protección Social:** es un ente regulador que determina normas y directrices en materia de temas de salud pública, asistencia social, población en riesgo y pobreza.
- **Permiso sanitario:** es el documento expedido por el Invima, por el cual se autoriza a un microempresario para fabricar y vender alimentos de consumo humano en el territorio nacional con sus excepciones (carne, sus productos y sus preparados, leche en todas sus variedades, crema de leche, mantequilla, quesos frescos y maduros, aceites o grasas de mantequilla, mayonesa y productos preparados a base de huevo, enlatados, comidas precocidas y congeladas de origen animal, agua envasada y alimentos infantiles).
- **Prevención de la enfermedad:** esta abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.
- **Procesos prioritarios asistenciales:** refieren a la existencia de procesos de atención primaria que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbilidad y mortalidad del país.
- **Promoción de la salud:** “la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” (Organización

Mundial de la Salud, 1986). Su promoción constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

- **Recursos humanos:** condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la suficiencia de este para el volumen de atención.
- **Referencia de pacientes:** existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes que condicionen directamente un incremento en la morbimortalidad.
- **Registro sanitario:** es el documento expedido por la autoridad sanitaria correspondiente (Invima), mediante el cual se autoriza a una persona natural o jurídica para fabricar, envasar e importar un alimento con destino al consumo humano.
- **Responsabilidad social para la salud:** esta se refleja en las acciones de los responsables de la toma de decisiones, tanto del sector público como privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud. Las políticas y las prácticas que aplican los sectores público y privado deben evitar perjudicar la salud de los individuos; proteger el medio ambiente y garantizar el uso sostenible de los recursos; restringir la producción y el comercio de productos y sustancias inherentemente perjudiciales y desalentar las prácticas de *marketing* nocivas para la salud; proteger al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo, e incluir evaluaciones del impacto sanitario centradas en la equidad como parte integral del desarrollo de las políticas.

- **Salud:** la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1948 define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Dentro del contexto de la promoción de la salud, esta ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.
- **Salud pública:** es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. En la literatura sobre promoción de la salud se ha establecido una distinción entre salud pública y una nueva salud pública, con el fin de poner de manifiesto los muy distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los determinantes de la salud, así como sobre los métodos para solucionar los problemas de salud pública. Esta nueva versión basa su diferencia en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones determinan el estado de salud y hacen un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos favorables. Esta distinción entre lo “antiguo” y lo “nuevo” puede no ser necesaria en el futuro conforme se vaya desarrollando y difundiendo un concepto unificado de salud pública.

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tiene por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz.

La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del

contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

- **Seguimiento a riesgos:** existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que se ofrezcan.
- **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.

10. Conclusiones

El presente trabajo nos permite visualizar diferentes situaciones que se presentan con relación a la habilitación de entidades prestadoras de servicios de salud, las cuales han sido objeto de discusión en múltiples foros y eventos relacionados, por lo que con este trabajo concluimos:

1. En términos generales, las normas y las regulaciones, aunque no estructurales, tratan de cubrir, corregir y direccionar todos los aspectos que demanda una prestación de servicios de salud eficiente y de calidad, teniendo como punto de referencia al usuario, como actor de primer orden.
2. Con base en lo anterior, se hace perentorio una relación más estrecha entre el sector real, la academia, las instituciones, las asociaciones y las agremiaciones, el gobierno, los entes de control específicos y en general todos los actores que directa e indirectamente intervienen en las grandes decisiones, para que con sus aportes y experiencias puedan concretarse en normas y acciones reales, específicas y aplicables, sin fisuras que conlleven a malos manejos, y se constituya así en un mecanismo eficaz y estructural, en beneficio del principal actor como lo es paciente.
3. Los recursos públicos, cada día crecientes y destinados al sector de la salud, no tendrán un adecuado cubrimiento mientras no haya ética y responsabilidad administrativa, económica y financiera de los prestadores del servicio, y, lo más importante, es necesaria la despolitización y dejar las ambiciones grupales económicas en beneficio propio, aunado a la complacencia, en muchos casos, de las autoridades de control y vigilancia.
4. La formación y la capacitación del recurso humano son quizás los elementos más importantes del sistema, pero excluyendo la formación profesional y de especialización en las diferentes áreas, como es el caso de la salud oral, considerada una de las mejores del mundo, según la Unesco, la OMS y otros organismos

relacionados, el área administrativa y financiera, que adolece de muchas fallas que alimentan la mala prestación de servicios.

5. La gran mayoría de las EPS no le dan la importancia que requiere la formación y la capacitación del recurso humano administrativo, y por tal razón los recursos presupuestados a este renglón son muy escasos y, por el contrario, son considerados como un costo innecesario, apartando el hecho de que este aspecto es el mayor efecto multiplicador que influye en la calidad de la prestación del servicio.
6. Por la falta de recursos económicos o el desdén administrativo que se presenta especialmente en las regiones apartadas y en muchos municipios de Colombia, no existe investigación científica y por ende hay un desconocimiento de nuevas tecnologías para aplicación en los procesos que impliquen un servicio de calidad en todos los campos de la salud. Aquí es donde la academia cumple una función de suma importancia, lo mismo que las entidades que promueven y financian con recursos la investigación, la creatividad y la innovación, que en definitiva beneficia a todos los sectores económicos y sociales de la comunidad colombiana sin ninguna distinción.
7. La resolución 2003 del 2014 establece una serie de procedimientos para la inscripción y habilitación de los servicios de salud en el país, sin embargo, esta norma está basada en principios de autogestión y de autoevaluación, la inscripción es la puerta de entrada de estas instituciones al mercado de la prestación y aunque lo anterior es una obligación legal para poder entrar a dicho mercado, es importante aclarar que la autoevaluación debe ser siempre lo más real posible, ya que toda la información contenida en el registro será posteriormente verificada en las visitas de los entes territoriales.
8. La capacidad técnico-administrativa, la suficiencia patrimonial y financiera, y la capacidad tecnológica y científica son tres aspectos fundamentales que hay que tener en cuenta para adelantar tanto la autoevaluación como posteriormente en las

visitas de verificación. Estas corresponden a un mínimo de condiciones necesarias para el correcto funcionamiento de los prestadores de servicios de salud, en especial en un ambiente tan competido y con tantos riesgos. Estos requisitos no solo suponen el bienestar del sistema de salud, ya que la red de prestación es fundamental para la misma y también para el bienestar de la economía, de la salud pública, de las empresas tanto privadas como públicas y de los pacientes mismos.

9. La autoevaluación es un proceso que le permite a las instituciones evolucionar, encontrar sus debilidades e intervenir en ellas para fortalecer la prestación y disminuir los riesgos a los pacientes. Esta se debe hacer en varios momentos durante la vida de las instituciones, estos momentos son las llamadas novedades y están previstas de acuerdo a los cambios que se presenten.
10. Los entes territoriales, del orden departamental, municipal y distrital, son los únicos legitimados para ejercer las funciones de control y vigilancia de los estándares mínimos de habilitación de los servicios de salud.

11. Recomendaciones

1. Si bien el sistema único de habilitación es un estándar obligatorio de requisitos que hay que cumplir para poder participar en el mercado nacional de los prestadores de salud, no hay que olvidar la importancia y las ventajas de la acreditación, que si bien no es obligatoria, si le otorga a quienes la logren muchas ventajas frente a sus competidores, en especial si se quiere incursionar en el mercado internacional. Estar acreditado equivale a tener una certificación comparable a las de los mejores prestadores de servicios de salud del mundo y eso atrae usuarios de muchos países que buscan servicios de calidad a precios razonables.
2. En todas las empresas prestadoras de servicios, el recurso humano es de suma importancia en su formación y capacitación, para ello los recursos presupuestados deben ser tenidos en cuenta como una inversión y no como un gasto.

12. Bibliografía

- Ministerio de la protección Social. (2007). *Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

Normatividad

- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Decreto 1011 del 2006*. Establecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Resolución 1445 del 2006*. Establecimiento del Sistema Único de Acreditación.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Resolución 2181 del 2008*. Expedición de la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para las IPS de carácter Público.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Decreto 1011 del 2006*.
- Ministerio de Salud. (1996). Resolución 4445 de 1996.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Resolución 2003 del 2014*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Resolución 3678 del 2014*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Circular 0036 del 2015*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 226 del 2015*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 5158 del 2015*.

Recursos electrónicos

- Graduados Colombia, Observatorio Laboral para la Educación (s.f.). *Sistema de información del observatorio laboral*. Recuperado de:
<http://redes.colombiaaprende.edu.co/ntg/observatorio/index.htm>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Perfil y competencias profesionales del odontólogo en Colombia*. Recuperado de:
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Odontologia_Octubre2014.pdf
- Ministerio de Educación Nacional (2007). Odontólogos analizan su profesión, en *Educación Superior Boletín digital*. Recuperado de:
<http://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/article-120535.html>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra. Recuperado de:
http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
- Portafolio. (2007). *La demanda impulsa las clínicas odontológicas*. Recuperado de: <http://www.portafolio.co/economia/finanzas/demanda-impulsa-clinicas-odontologicas-448928>
- Sarmiento Anzola, L. (2015). Ensayo sobre educación superior y mercado laboral ¿armonía o desencuentro? En *Le Monde Diplomatique Colombia*. Recuperado de: <http://www.eldiplo.info/portal/index.php/1851/item/786-educaci%C3%B3n-superior-y-mercado-laboral-%C2%BFarmon%C3%ADa-o-desencuentro?>