

**GUIA PRACTICA PARA HABILITACION DE CONSULTORIOS ODONTOLOGICOS  
PRIVADOS**

**NANCY ACOSTA MUÑOZ  
ADRIANA ALEJANDRA BOLAÑOS MELENDEZ  
CARMEN EUGENIA SOLARTE TORO**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA- ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACION AUDITORIA DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD  
CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**

**POPAYAN**

**2007**

## JUSTIFICACION

1. Este trabajo fue realizado con la finalidad de brindar a los profesionales del área de odontología una herramienta útil para la obtención del certificado de habilitación exigido por el ente territorial, necesario para la entrada y permanencia en el sistema.
2. Debido a que la norma, Decreto 1011 de 2006 se encuentra diseñada de forma generalizada y confusa, para los profesionales es muy complejo y dispendioso la implementación de la misma, por lo que se hizo necesaria la clasificación de la información requerida para la aplicación de la normatividad exigida en los consultorios odontológicos para la realización de la habilitación.
3. La habilitación busca asegurar servicios de salud con calidad y excelente atención para los usuarios.
4. El sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud es una tendencia mundial que redundará en la prestación de servicios de calidad con lo cual se disminuye la morbimortalidad.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCION</b>	1
2. DEFINICION DE HABILITACION	7
2.1 PASOS PARA LA HABILITACION	7
3. AUTOEVALUACION Y DECLARACION	10
4. PROCESO DE REGISTRO	13
5. PROCESO DE VERIFICACION	17
6. PROCESO DE CONDUCTAS	24
6.1. CÓMO REALIZAR LA FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	24
6.1.1. ¿Qué es un plan de mejoramiento?.	24
6.1.2 Preparación para la formulación del plan	25
6.1.3 Formulación del plan de mejoramiento	25
6.1.4 Seguimiento al plan de mejoramiento	27
7. ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS	28

	<b>Pág.</b>
7.1 ¿QUÉ SIGNIFICA LA ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS?	28
7.2 OBJETIVOS DE LA ESTANDARIZACIÓN	30
7.3 BENEFICIOS DE LA ESTANDARIZACIÓN	31
7.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTÁNDARES	31
7.5 PASOS PARA LA ESTANDARIZACIÓN	32
7.6 ELABORACIÓN DE PROCESOS ESTANDARIZADOS	32
7.7. METODO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PROCESOS ESTANDARIZADOS	33
7.8 ESTANDARES TECNICOS	34
7.9 ESTÁNDAR DE PROCESO	36
7.10 PROCEDIMIENTO OPERACIONAL	37
8. MANUAL DE PROCESOS	39
8.1. DEFINICIÓN	39
8.2. OBJETIVOS DEL MANUAL DE PROCESOS	39
8.3. CARACTERÍSTICAS DEL MANUAL	40

	<b>Pág.</b>
8.4. ELABORACIÓN DEL MANUAL	40
8.5. ESTRUCTURA DEL MANUAL DE PROCESOS	41
8.6. APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DEL MANUAL	41
8.7 SECUENCIA GRÁFICA DE LA ELABORACIÓN DE MANUALES DE PROCESOS	42
9. CONCEPTOS BÁSICOS	43
9. 1 RESPONSABLES DEL PROCESO	44
10. COMPONENTES DE LOS PROCESOS	46
11. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS PROCESOS	49
COMCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	
GUIA PRACTICA DE HABILITACION PARA CONSULTORIOS ODONTOLOGICOS.	

## **GUIA PRÁCTICA PARA HABILITACION DE CONSULTORIOS ODONTOLOGICOS PRIVADOS**

Hasta los años 80 no se tenía en cuenta la calidad en los servicios de salud, muchas veces por desconocimiento de los pacientes y familiares, otras por venerar al profesional no se atrevían a exigir servicios con calidad. Todo ello conllevaba a que no se hicieran mayores requerimientos en cuanto a la oportunidad, diligencia, suficiencia y resultado de la atención brindada que son componentes esenciales a la hora de prestar servicios de salud, lo que se refleja en calidad para el paciente que en resumen es la forma como él la percibe.

Con la ley 10 del 90 se transforma la salud en nuestro país, la cual es declarada como un servicio público esencial y obligatorio, trayendo en sus directrices el componente acerca de las normas de calidad para los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento.

Con la implementación de la ley 100 del 93 la cual declara la calidad de la atención como un principio básico en el nuevo sistema general de seguridad social en salud, aparecen algunos elementos importantes como son el proyecto de cobertura plena a toda la población con el esquema del aseguramiento, lo que genera competitividad entre promotores y proveedores para adquirir mayor número de demandantes en los servicios de salud, en donde entra a jugar un papel importante el mercadeo de los

servicios para permanecer dentro del sistema en el mediano y largo plazo además de la calidad y número de servicios que se ofrezcan en los planes de atención; este nuevo sistema en sus inicios se creyó que sería la respuesta a los problemas del sector salud y garantizaría el acceso y provisión eficiente de dichos servicios. Pero hasta ahora hemos visto como cada vez se da mas importancia al factor económico quedando en un segundo plano el principio de servicios con calidad.

En 1996 el Ministerio de Salud emanó el decreto 2174 mediante el cual se organizó el sistema obligatorio de garantía y calidad en el Sistema General de Seguridad Social. En este momento surge en el país el concepto de requisitos esenciales para garantizar parámetros mínimos de calidad de la atención en salud. Desde el decreto 2174 del 96 se crea una confusión entre el sistema de calidad y sistema de la garantía de la calidad en el que se involucran dentro del sistema de calidad tres componentes habilitación, acreditación y garantía de la calidad es un concepto más amplio, mientras que si se habla de garantía de la calidad están limitando los alcances en cuanto a la atención exclusiva del individuo sin tener en cuenta la comunidad, el entorno y procesos diferentes, como lo administrativo o lo científico.

La Resolución 4252 de 1997 y la 238 de 1999 establecen los requisitos esenciales los cuales están en sus anexos de infraestructura física, personal, dotación y procedimientos técnicos-administrativos, definen las condiciones mínimas, sistemas de

información, transporte, comunicaciones y auditoría de los servicios, que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud para garantizar que la atención de los usuarios sea prestada en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica y científica.

En el 2002 con el decreto 2309 por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud con el que se pretendía reorganizar el sistema de calidad en salud dándole una mejor gestión y orden. Después de este decreto aparece el 1011 de 2006 con algunas reformas en su contenido en donde a los únicos actores del sistema de salud a quienes se les asigna responsabilidades es a los prestadores de servicios. Una de las falencias trascendentales del decreto 1011 de 2006 es en cuanto a las responsabilidades de cada uno de los actores del sistema ya que el sistema de calidad debería incluir a todos los actores involucrados asignándoles responsabilidades y funciones. Es preocupante también el hecho que la vigencia del registro de los prestadores les dure cuatro años mientras que para los aseguradores sea indefinido, a los prestadores se les planea las visitas de verificación y controles, además de que tienen que cumplir con una serie de requisitos como son técnico-científicos, administrativos y financieros, a diferencia de los aseguradores que no tienen condiciones muy claras y escasamente desarrolladas. Tampoco se tienen en cuenta a los profesionales de la salud y a los entes territoriales que son los que manejan la mayoría de los recursos, no se hace una propuesta para estos importantes actores del sistema en cuanto a sus responsabilidades para que sean acreditados. El subsistema



de habilitación es la base para la construcción del subsistema de acreditación y en el decreto esta parte se plantea de una forma parcial e incompleta por lo que no se puede esperar que el sistema de calidad se desarrolle adecuadamente para lograr las metas propuestas en la prestación de los servicios de salud con calidad. Para que una atención de calidad en salud se dé, también es necesario que existan procesos fluidos de afiliación, de construcción adecuada de redes de servicios, de desarrollo de procesos que faciliten el acceso a los servicios, y de planes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El punto de partida esencial para conducir un sistema de garantía de la calidad es la evaluación tanto del sistema en general como de una organización, servicio o profesional.

La auditoría de la calidad en salud se hace indispensable en el proceso de la garantía de la calidad como el examen sistemático de las actuaciones y decisiones de las personas y las instituciones que prestan servicios de salud, con el fin de verificar y certificar de manera independiente que los procesos aseguran los mayores beneficios con los menores riesgos para los pacientes y con la mayor eficiencia posible.

La auditoría de la calidad es, por lo tanto, un importante proceso sistemático que articulado con los otros componentes del sistema de garantía de la calidad, busca mejorar la calidad y el resultado de la atención en salud, a través del examen de las prácticas de atención contra estándares establecidos y la modificación de las mismas

para hacerlas pertinentes y congruentes con el avance en el conocimiento, validado por la evidencia científica.

Se trata lograr abrir espacio a un nuevo paradigma, donde la atención en salud se cimiente en dos pilares equidad y eficiencia y tenga como vértice la calidad, entendida ésta en sus aspectos humanos y de prestación del servicio, que son los que percibe el usuario y los aspectos técnicos y científicos, que son de responsabilidad directa de la organización y su personal.

Es importante la confianza que el paciente tenga en el profesional de la salud, el proceso de la garantía de la calidad ha implicado, por lo tanto, un desarrollo paralelo de mecanismos que puedan garantizar, ante la pérdida de la confianza, la calidad de los servicios recibidos de los profesionales y las instituciones de salud. De ahí el importante valor agregado de la garantía social de la calidad de los servicios de salud, que se ofrecen día a día a los ciudadanos por los profesionales y las instituciones de salud.

En la medida que se pierde la confianza en los actores y ante la imposibilidad de superar en forma importante la asimetría de información de parte del usuario, se hace necesario garantizar a estos, por medio de la auditoría, que los servicios que reciben son realmente pertinentes y de calidad y que no se está incurriendo en riesgos innecesarios.

El usuario podrá aprender que una institución acreditada es mucho mejor que otra que no lo es y, por ende, ser capaz de analizar este tipo de señales antes de tomar decisiones, en esquemas que le garanticen una libre elección, pero no podrá ir más allá.

Actualmente se ha modificado la resolución 1043 de 2006 entrando en vigencia la resolución 2680 de 2007 en nuestro concepto las modificaciones son muy superfluas y de forma mas no de fondo, la norma está mal diseñada puesto que toma de forma generalizada los estándares lo que hace que sea compleja, su aplicación se da para los prestadores de servicios de salud que cuentan con la mayoría de las especialidades, para los consultorios privados se hace bastante dispendioso la comprensión y aplicación de la misma. Además no tiene en cuenta el contexto de cada prestador, creemos que en algunas regiones de nuestro Departamento y del País es prácticamente imposible cumplir con los requisitos de habilitación exigidos. Partiendo de que la base para la acreditación es la habilitación y si para algunos prestadores se torna imposible la habilitación la consecución de la acreditación es algo inalcanzable, resultando como únicos afectados los usuarios de los servicios de salud, a los que definitivamente se trata de brindarles calidad dentro de los recursos que se tienen disponibles pero que definitivamente no se les asegura en ningún momento la disminución del riesgo en las actividades clínicas que es la razón de ser de la norma por cuanto trata de hacer cumplir con los requisitos mínimos para una atención con calidad.

## **2. DEFINICION DE HABILITACION**

Es la seguridad que se le brinda al usuario garantizándole el cumplimiento de los requisitos mínimos esenciales para la prestación de los servicios de salud, permitiendo generar la base en la cual se inician los procesos de mejoramiento continuo de la calidad.

### **2.1 PASOS PARA LA HABILITACION**

Los principales procesos que lo constituyen son:

1. Proceso de autoevaluación y declaración
2. Proceso de registro.
3. Proceso de verificación.
4. Adopción de conductas

<b>MACROPROCESO DE HABILITACION</b>					
<b>QUE</b>	<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>PARA QUE</b>	<b>COMO</b>
Realizar el proceso de autoevaluación	Prestador de Servicios de Salud	Las instituciones que realicen inscripción por primera vez o previa apertura de nuevos servicios contarán con un período de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución para su realización. Para prestadores que entrada en vigencia el Decreto 1011 de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente deberán realizar la autoevaluación y ajustarse con base en los estándares descritos en el Anexo Técnico 1 de la resolución 1043.	En la IPS (consultorio)	Cumplir con los Requisitos de habilitación para poder prestar servicios.	Diligenciando el Manual Único de Estándares y Verificación del anexo técnico No.1. de la resolución 1043.
Realizar la recepción de declaración y registro prestadores	Dirección departamental o distrital de salud	En el momento de inscribir por primera vez instituciones que inicien su funcionamiento a la fecha de expedición de la norma o las no verificadas o no certificadas previo proceso de autoevaluación y cumplimiento, para ello contarán con 6 seis meses de plazo para su cumplimiento contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución.	Dirección departamental o distrital de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Conformar registro de prestadores.</li> <li>- Conocer oferta.</li> <li>- Elaborar plan de visitas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entregando formatos de autoevaluación y PAMEC en la inscripción o renovación.</li> <li>-Recepcionando la declaración.</li> <li>-Alimentando bases de datos.</li> </ul>

Realizar la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación.	Dirección departamental o distrital de salud	Por lo menos una vez a partir del inicio de la declaración y durante los cuatro años (4) de la vigencia del registro.	Consultorio	Confirmar Cumplimiento	Realizando visitas de campo a prestadores, basándose en lo establecido en el manual de estándares y verificación y las pautas indicativas de auditoría del Ministerio.
Adoptar conductas.	Dirección departamental o distrital de salud	Después o durante la visita de verificación cuando existe un riesgo inmediato e inminente.	Dirección departamental o distrital de salud	Hacer cumplir los estándares.	Aplicando el procedimiento administrativo establecido para tal fin.

### **3. AUTOEVALUACION Y DECLARACION**

Es el primer paso que se debe realizar en el consultorio odontológico para identificar problemas o fallas que lo afecten; para ello se deben tener en cuenta las sugerencias de los usuarios, las encuestas a los proveedores de los servicios, el análisis de los procesos y las evaluaciones de la calidad.

En el sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad para realizar la autoevaluación deberá realizarse tomando como base los estándares definidos por el Sistema Único de Habilitación Resolución 1043 de 2006 Anexo I.

El Resultado de la autoevaluación es la identificación de los procesos a mejorar que puedan ser intervenidos por parte de la organización ya sea a corto, mediano y largo plazo.

La declaración del servicio odontológico se debe realizar ante la secretaría de Salud, se deberá entregar formatos de autoevaluación.

**PROCESO DE AUTOEVALUACION Y DECLARACION**

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	PARA QUE
Conocer las condiciones de habilitación	Prestador de servicios de salud	A partir de la expedición de la Norma.	Dirección departamental o distrital de salud	Determinar si cumple condiciones y realizar las acciones para cumplir y presentar Declaración.
Verificar internamente el cumplimiento de los Requisitos.	Prestador de servicios de salud	Las instituciones que realicen inscripción por primera vez o previa apertura de nuevos servicios contarán con un período de seis (6) meses para su realización contados a partir de la entrada en vigencia De la presente Resolución. Para prestadores que entrada en vigencia el Decreto 1011 de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente deberán realizar la auto evaluación y ajustarse con base en los estándares descritos en el Anexo Técnico 1.*	En la sede del prestador	Garantizar que cumple los requisitos establecidos para los servicios que va a prestar y las demás condiciones solicitadas por la habilitación sin riesgo de incurrir en Falsedad.



Identificar los estándares incumplidos.	Prestador de servicios de salud	Antes de la presentación de la declaración. Se contempla la viabilidad de cumplir antes de declarar o de cierre si no es posible cumplir con todas las condiciones de habilitación y no declarar ni prestar el servicio	En la sede del prestador	-Presentar la declaración sin riesgo de incurrir en falsedad.  - Evitar riesgos a los usuarios.
Cumplir con los requisitos.	Prestador de servicios de salud	Antes del plazo de cumplimiento y declaración.	En la sede del prestador	Evitar riesgos a los usuarios.  - Prestar servicios de salud en el sistema.
Diligenciar el formulario de inscripción y manual de estándares y verificación.	Prestador de servicios de salud	Las instituciones que realicen inscripción por primera vez o previa a apertura de nuevos servicios contarán con un período de seis (6) meses para su realización contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución.	Dirección departamental o distrital de salud	Registrarse formalmente como prestador y funcionar en el sistema.
Presentar las Novedades de Prestadores.	Prestador de servicios de salud	En el momento en que se cierren o abran servicios, cuando cambien los requisitos, en cambios de domicilio o sede.	Dirección departamental o distrital de salud	Registrar formalmente todos los servicios que ofrece y poder prestarlos en el sistema.

#### 4. PROCESO DE REGISTRO

Diligenciar el formulario de inscripción, además presentar en medio magnético o físico el manual de estándares y verificación, radicarlo en la Secretaria Departamental de Salud.

<b>PROCESO DE REGISTRO</b>					
<b>QUE</b>	<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>PARA QUE</b>	<b>COMO</b>
Entregar información de soporte.	Dirección departamental o distrital de salud	A partir de la fecha de iniciación de la recepción de la inscripción.	Dirección departamental o distrital de salud	Contar con los documentos y la información necesaria para el registro.	Duplicando y entregando en medio físico o en medio magnético la documentación de soporte para el prestador  1. Norma.  2. Manual único de Estándares y verificación y PAMEC.

					3. Formulario de inscripción.
Recibir la Inscripción en el Registro Especial de Prestadores	Dirección departamental, distrital de salud	A partir de la fecha de iniciación de recepción de la inscripción.  Las instituciones que realicen inscripción por primera vez o previa apertura de nuevos servicios contarán con un período de seis (6) meses para su realización contados a partir de la entrada en vigencia de la presente	Dirección departamental o distrital de salud	Revisar la conformidad de documentos. Formalizar el registro de prestadores.  Asignar código al prestador e IPS nuevas.  Las ya inscritas pero no certificadas que deban inscribirse nuevamente conservarán el código Asignado. Habilitar al prestador.	Revisando los documentos presentados por el prestador:  - Formularios de inscripción con todos los datos diligenciados anexos.  - Capacidad de quien suscribe el formulario de inscripción, de comprometer la voluntad de la institución (estatutos, representación legal,

		Resolución.*			
Alimentar base de datos	Dirección departamental o distrital de salud	Concomitante con la recepción de la inscripción.	Dirección Departamental o distrital de salud.	Conformar base de datos de prestadores registrados.	Digitando los datos de la inscripción en la base de datos definida por el Ministerio de la Protección Social.
Analizar la información	Dirección departamental o distrital de salud	Mensualmente.	Dirección Departamental o distrital de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar cobertura de la inscripción.</li> <li>- Preparar y programar la verificación según las prioridades establecidas por el</li> </ul>	Consolidando la información del departamento.

				Ministerio de la Protección Social.  - Conocer la oferta de servicios.	
Remitir la Información al nivel nacional.	Dirección departamental o distrital de salud	Dentro de los cinco primeros días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre.	Dirección departamental o distrital de salud	Consolidación nacional de la oferta.	Aplicando los instrumentos definidos por el Ministerio de la Protección Social.
Realizar actualizaciones	Entidad territorial de Salud	Cada vez que se presenten actualizaciones por los prestadores a partir de la iniciación de la inscripción.	Entidad territorial de Salud	Mantener información real sobre oferta.	Recibiendo el formato de actualización incorporándolo en la base de datos.

Reportar información al nivel nacional.	Dirección departamental o distrital de salud.	Trimestral	Dirección departamental o distrital de salud	Seguimiento nacional a la implementación de requisitos:  -Oferta nacional de servicios.  -Cumplimiento del estándar del proceso de verificación.  -Cobertura de declaración.  -Cobertura de verificación  - Número de entidades cerradas o sancionadas  - Requisitos que se incumplen	Utilizando los formatos y medios que definan el Ministerio de Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.
---	---	------------	--	---	--

## **5. PROCESO DE VERIFICACION**

La realización de este proceso le corresponde al ente territorial (Secretaria Departamental de Salud), éste se encarga de la planeación de las visitas, seleccionar el personal para efectuar las visitas, elaborar y presentar los informes de la verificación.

<b>PROCESO DE VERIFICACION</b>					
<b>QUE</b>	<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>PARA QUE</b>	<b>COMO</b>
Planear la visita al prestador	Equipo de verificación	Mínimo con un (1) día hábil antes de la visita	En la sede de la entidad territorial	El prestador pueda preparar la visita	Elaborando el cronograma anual de visitas y comunicando al prestador la visita con la oportunidad establecida.
Realizar impresión de los formatos del manual único de estándares y verificación (anexo técnico No.1).	Verificadores de la entidad Territorial de salud.  Dependencia de Vigilancia y control o la que haga sus veces.	Inmediatamente antes de la visita programada.	Dirección departamental o distrital de salud	Unificar el instrumento de verificación.	Imprimiendo los formatos específicos para la entidad a visitar, con base en los servicios declarados por el prestador y utilizando el manual diseñado para el efecto.
Ejecutar la visita de verificación.	Grupo de profesionales de verificación con	De acuerdo con el cronograma anual definido.	En la sede del prestador de servicios.	Verificar si el prestador cumple o no con los estándares de	Aplicando el manual único de estándares y verificación descrito en el Anexo Técnico No.1



	Entrenamiento certificado para desempeñarse como verificador.			habilitación, con el PAMEC	Y su complemento en el No 2 y las pautas indicativas de auditoría del Ministerio de la Protección Social.
Elaborar y presentar informes de verificación.	Grupo de profesionales de verificación Digitación por personal de apoyo de vigilancia y control o los profesionales según los recursos de La entidad territorial. El líder del grupo presenta el informe.	Máximo a los 5 días después de realizada la visita.	Entidad territorial de salud.	Formalizar los resultados de las visitas, decidir conductas e incorporar resultados al sistema de información.	Aplicando los formatos del Manual único de estándares y verificación diligenciados en medio magnético y pautas indicativas de auditoría del Ministerio de la Protección Social.

<p>Conformar el sistema de información.</p>	<p>Profesionales de verificación o dependencia de vigilancia y control.</p>	<p>Con la presentación de informes de verificación.</p>	<p>Dirección departamental o distrital de salud</p>	<p>Implementar de Seguimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-cronograma</li> <li>-Cobertura de verificación</li> <li>- Estándares que son incumplidos</li> </ul> <p>Utilizar la información para simplificar la verificación de reapertura de una Entidad en caso de que comunique el cumplimiento de estándar.</p>	<p>Incorporando los formatos de verificación diligenciados en medio magnético en el sistema de información.</p>
---	---	---	---	--	---

Realizar aplicación de conductas.	Secretario de salud, con el soporte jurídico y de vigilancia y control (salvo de legaciones expresas).	Máximo cinco (5) días después de recibido el informe del grupo de profesionales de verificación.	Dirección departamental o distrital de salud	Proteger a los usuarios de los riesgos de prestación de servicios de salud que no cumplen con las condiciones de habilitación o no se tiene implementado el PAMEC.	Realizando expedición de resolución motivada, basada en los fundamentos jurídicos de ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990 y Ley 100 de 1993, Decreto 2240 de 1996 y las formalidades jurídicas respectivas y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. La dosificación de la sanción estará de acuerdo a la gravedad y el tipo de incumplimiento. El incumplimiento del PAMEC no será motivo único para el cierre total o parcial de institución o servicios pero si genera sanción.
Conformar el sistema de información.	Despacho del secretario o dependencia de vigilancia y control.	Cuando se encuentre en firme el acto administrativo de aplicación de la conducta.	Dirección departamental o distrital de salud	Implementar indicadores de <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sanciones o cierre de entidades o servicios</li> <li>- Oferta actualizada</li> </ul>	Incorporando en el sistema de información las conductas aplicadas, a que entidades y a que servicios.

<p>Realizar seguimiento local a la implementación del proceso.</p>	<p>Dependencia de vigilancia y control,</p>	<p>Permanente, con reporte trimestral al Ministerio de Protección Social</p>	<p>Dirección departamental o distrital de salud</p>	<p>Evaluar la implementación del sistema de habilitación de cumplimiento de cronograma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cobertura de inscripción en el registro.</li> <li>-Cobertura de verificación.</li> <li>-Número de entidades cerradas o sancionadas.</li> <li>-Requisitos que se incumplen.</li> </ul>	<p>Utilizando la información de las bases de datos alimentadas con las actividades de registro de la declaración, informes de verificación y aplicación de conductas.</p>
--	---	--	---	---	---

Reportar información al nivel nacional.	Dirección departamental o distrital de salud.	Trimestral	Dirección departamental o distrital de salud	<p>Seguimiento nacional a la implementación de requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Oferta nacional de servicios.</li> <li>-Cumplimiento del estándar del proceso de verificación.</li> <li>-Cobertura de declaración.</li> <li>-Cobertura de verificación</li> <li>- Número de entidades cerradas o sancionadas</li> <li>- Requisitos que se incumplen</li> </ul>	Utilizando los formatos y medios que definan el Ministerio de Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.
---	---	------------	--	---	--

## **6. PROCESO DE CONDUCTAS**

Corresponde al Secretario de Salud con el soporte jurídico y de vigilancia y control la adopción de conductas en máximo 5 cinco días después de recibido el informe del grupo de profesionales de verificación, basada en los fundamentos jurídicos de ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990 y Ley 100 de 1993, Decreto 2240 de 1996 y las formalidades jurídicas respectivas.

### **6.1. CÓMO REALIZAR LA FORMULACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO**

**6.1.1. ¿Qué es un plan de mejoramiento?.** Es el que nos permite identificar los problemas de los resultados no deseados de los indicadores, aquí se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a tiempo y personas estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para obtener los resultados que se desean con el plan.

**6.1.2 Preparación para la formulación del plan.** En esta etapa se adquieren los insumos indispensables para llevar a cabo el plan de mejoramiento de los procesos objeto a mejorar con el fin de disminuir la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada.

**6.1.3 Formulación del plan de mejoramiento.** Para ello se sugiere la matriz del 5W 1H que toma su nombre por sus siglas en ingles: what, who, when, where, why y how (qué, quién, cuándo, dónde, por qué, para qué, cómo) ello se debe complementar con indicadores para poder realizar un seguimiento regular.

Una vez identificada la causalidad y planteadas las posibles acciones de mejoramiento se debe elaborar un plan detallado, con acciones concretas y alternativas de soluciones factibles y medibles para la evaluación de resultados.

MATRIZ 5W 1H<sup>1</sup>

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	POR QUÉ	CÓMO
Defina sobre qué se va a trabajar. Defina las actividades por realizar para bloquear la(s) causa(s)	Determine la responsabilidad en la ejecución de las acciones en cada etapa del plan en cuanto a personas.	Defina cuándo se hará, cronograma con fecha de terminación.	Determine la extensión y ubicación de las medidas por implementar.	Defina las razones por las cuales se decidió que se trabajara en dicha actividad, en razón del impacto que este genera	Determine la forma como va a mejorar la situación, forma como se implementarán las acciones.

<sup>1</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud 2007. Pág. 134-136

Es necesario que estos planes incluyan la medición de los indicadores definidos para las metas. Se sugiere la aplicación del informe de tres generaciones para el seguimiento al plan de mejoramiento.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES AÑO: \_\_\_\_\_

Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Taller para el personal de consulta externa		X		X		X		X		X			
Elaborar los horarios	X				X				X				

#### FORMATO PARA HACER SEGUIMIENTO<sup>2</sup>

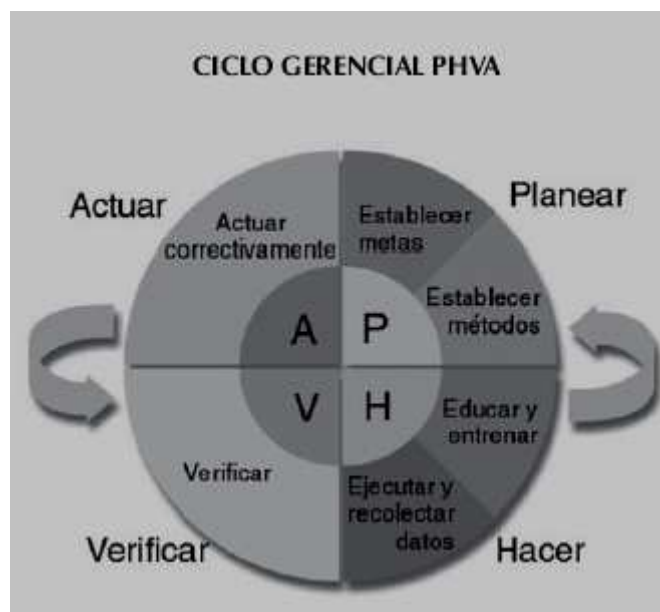
OBJETIVO #		DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO	
META		MEDIDA	RESPONSABLE
METAS PLANEADAS PARA EL PERÍODO	RESULTADOS LOGRADOS	POR EJECUTAR	PROBLEMAS QUE DIFICULTAN EL CUMPLIMIENTO DE META FINAL
Metas de cada área	Coloque el logro al momento y si fuere el caso, haga referencia a un indicador de los que colocará en la próxima hoja	Acciones que llevará a cabo en el próximo período para el logro de la meta	Si existe algún impedimento para el logro de la meta final y el resultado final que espera

<sup>2</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud 2007. Pág. 138



### 6.1.4 Seguimiento al plan de mejoramiento<sup>3</sup>

El ciclo PHVA es un método gerencial que se aplica a una organización, a su plan estratégico o a un área o a un proceso.



El primer paso del ciclo PHVA son los planes de mejoramiento. El siguiente paso es HACER consiste en capacitar y entrenar a los implicados. Luego sigue VERIFICAR para hacerle seguimiento a los planes para que cumplan con el resultado de las metas propuestas. El ACTUAR correctivamente en tiempo real para identificar las causas y la búsqueda de soluciones oportunas a las no conformidades. Para ello es necesario que se realice la medición continua de los indicadores y corroborar la brecha con las metas propuestas.

<sup>3</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud 2007. Pág. 66

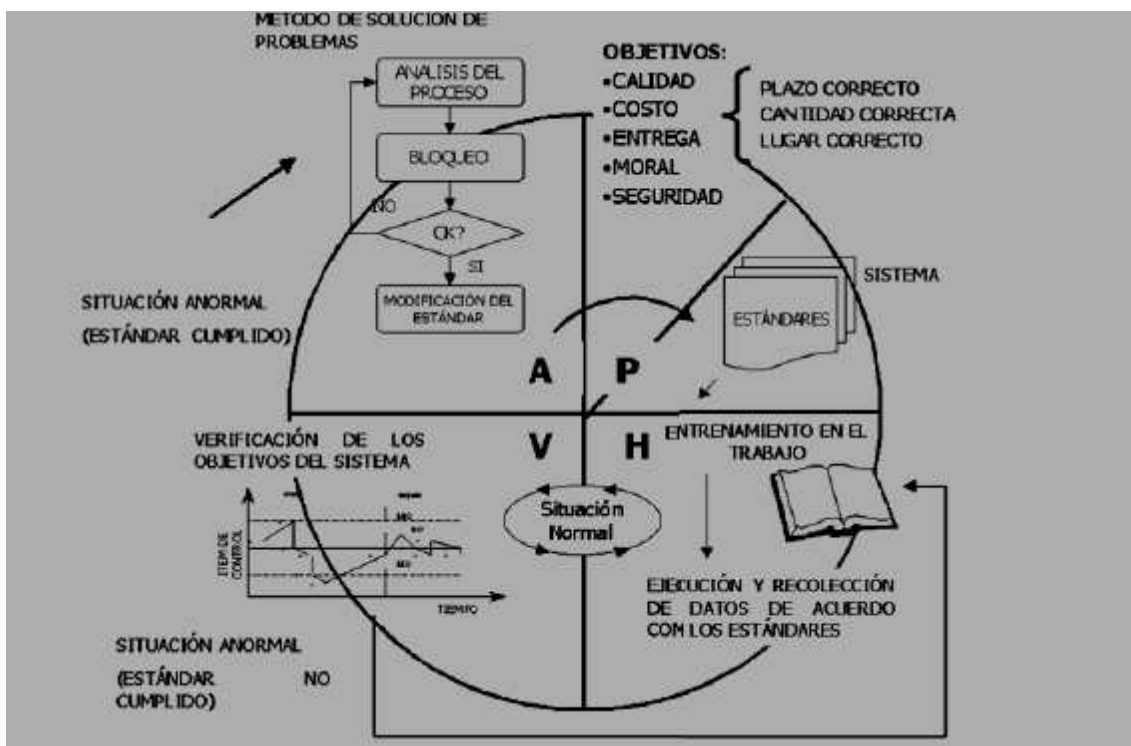
## **7. ESTANDARIZACION DE LOS PROCESOS**

Se debe tomar como referencia el plan de mejoramiento de la calidad en donde se encuentran las prioridades de acción y los proyectos que se están llevando a cabo de acuerdo a ello se debe definir el plan de estandarización, definiendo tiempos, áreas que debe involucrar, las personas responsables y la secuencia que debe dar a este trabajo.

### **7.1 ¿QUÉ SIGNIFICA LA ESTANDARIZACIÓN DE LOS PROCESOS?**

Es la actividad sistemática para establecer y utilizar estándares. Lo que se estandariza son los procesos que serán utilizados en función de la particularidad del paciente. Constituye un mecanismo de formalización y documentación de los procesos que han sido mejorados, es decir, de aquellos que constituyen el núcleo vital de conocimiento de las organizaciones o unidades administrativas. De igual forma, procesos clínico-asistenciales como la administración de medicamentos, la administración de las historias clínicas, la solicitud de suministros, etc., tienen que ser realizados conforme a estándares elaborados por consenso que garanticen la previsibilidad sobre los resultados a favor de los usuarios de la organización.

## ESTANDARIZACION EN EL CICLO PHVA<sup>4</sup>



-Definición de estándar: Es el conjunto de pasos a definir para el desarrollo de un proceso con el objetivo que se cumpla la meta propuesta. Estos documentos son obtenidos por consenso: para un objetivo, desempeño, capacidad, estado, movimientos, secuencia, método, procedimiento, responsabilidad, deber, autoridad, manera de pensar, concepto, etc. Con el fin de unificar y simplificar los procesos, para que sean convenientes y benéficos para las personas involucradas. Es un proceso selectivo que se usa solo a procesos repetitivos.

<sup>4</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud 2007. Pág. 72

## 7.2 OBJETIVOS DE LA ESTANDARIZACIÓN

A. Mantener la calidad y mejorarla para:

- Asegurar el desempeño y función y su mejoramiento.
- Asegurar la confiabilidad y mantenimiento y su mejoramiento.
- Garantizar la seguridad y su mejoramiento.
- Eliminar las dificultades o problemas durante el proceso.
- Prevenir problemas recurrentes.
- Establecer procedimientos estándar de operación.

B. Tener reducción de costos para:

- Utilización de los componentes mínimos.
- Simplificación.

C. Mantener la productividad y mejorarla para:

- Mejorar el proceso.
- Mejorar la operación automatizada

D. Tener información/divulgar

- Transferir tecnología y habilidades.
- Notificar al cliente (relaciones públicas, publicidad, catálogos, etc.).

- Notificar internamente (reglamentos de la compañía, especificación de reglas, diagramas, etc.).
- Educar y entrenar.
- Mejorar la moral.

E. Tener contribuciones sociales para:

- Garantizar la seguridad del cliente.
- Control y prevención de la contaminación.
- Seguridad de los empleados.<sup>5</sup>

### **7.3 BENEFICIOS DE LA ESTANDARIZACIÓN**

Dentro del ciclo PHVA se considera la estandarización como la manera de lograr las metas trazadas de la mejor forma y además desarrollar a las personas. Un buen estándar se debe modificar cada seis meses de esta manera se puede hacer que el proceso al ser repetitivo y de forma consiente sea mas fácil de modificar.

### **7.4 CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTÁNDARES**

- Deben ser diseñados por las personas que desempeñan la actividad diariamente.
- Deben contener factores en los que se integre la experiencia y formación para el desempeño de la actividad.

---

<sup>5</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía básica para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud. Pag.73-74

- Deben ser simples con vocabulario sencillo de fácil interpretación, en caso de que sea necesario incluir detalles extensos se deben realizar dibujos o gráficos que muestren la forma de ejecutar la acción.
- Deben ser muy prácticos desarrollados y plasmar la forma de realizar la actividad exactamente.

## **7.5 PASOS PARA LA ESTANDARIZACIÓN**

- Definir como estrategia la estandarización.
- Establecer el ambiente para el desarrollo de la estrategia.
- Tener claro la búsqueda de la estandarización.
- Identificar cuales son los procesos prioritarios.
- Trabajar de acuerdo con los estándares.

## **7.6 ELABORACIÓN DE PROCESOS ESTANDARIZADOS**

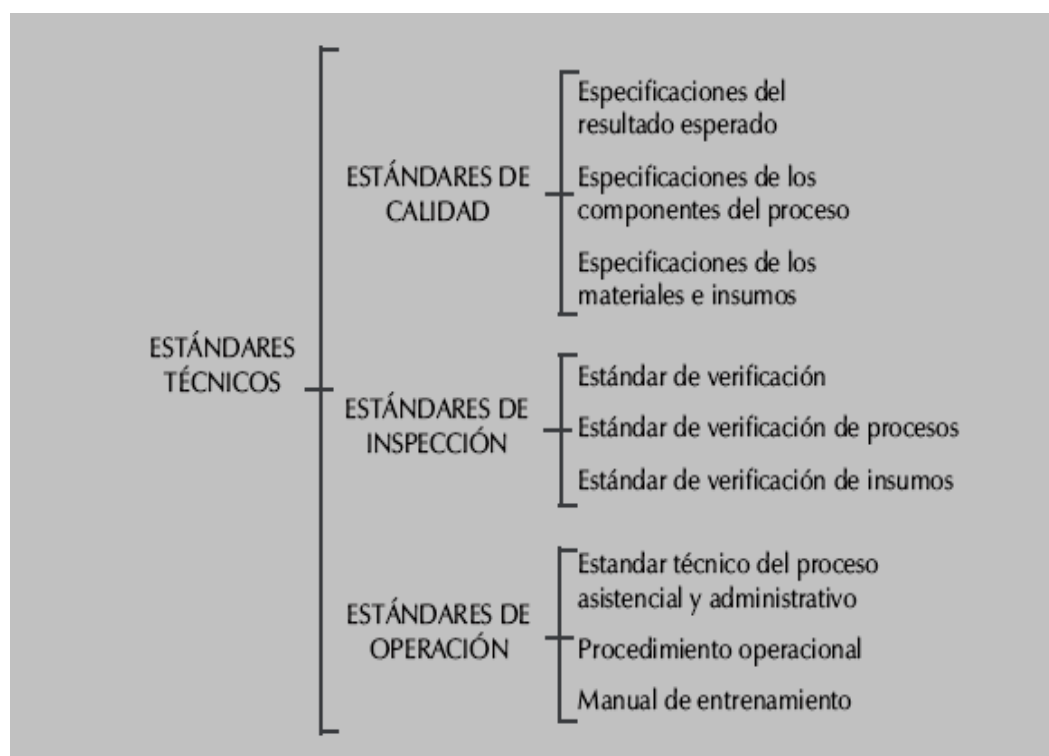
- Describir paso a paso el proceso.
- Identificar las tareas que agregan valor.
- Diagramar el proceso.
- Establecer mecanismos para la documentación y archivo de los estándares.

## 7.7. METODO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PROCESOS ESTANDARIZADOS<sup>6</sup>

Definir cuáles son los productos y/o servicios de la gerencia para establecer los Sistemas.
1. Establecer los objetivos del sistema en cuanto a calidad, costo, seguridad, atención y disponibilidad del personal cuando estas apliquen al producto o servicio prioritario. EJEMPLO: Sistema de Compras Objetivos: Calidad en las compras, costo, plazo, seguridad. Cómo medir Definir meta o fin del sistema
2. Establecer el flujograma del sistema, los medios o cómo lograr los objetivos y garantizar la calidad de los productos y servicios explicando los procesos necesarios y reflejando la situación real de lo que actualmente se hace.
3. Simplificar el flujograma criticando cada etapa o proceso que se desarrolla a través de los porqués encontrando su razón de ser.
4. Dividir el flujograma de acuerdo con las cuatro etapas: planear, ejecutar, verificar y actuar. Detallando cada proceso o tarea por el método 5W 1H (qué, quién, por qué, cuándo, dónde y cómo)
5. Definir los procesos prioritarios o críticos y desarrollar el flujograma de las tareas necesarias para realizarlos.
6. Determinar cuál es la tarea prioritaria o crítica y desarrollar el estándar de procedimiento operacional.

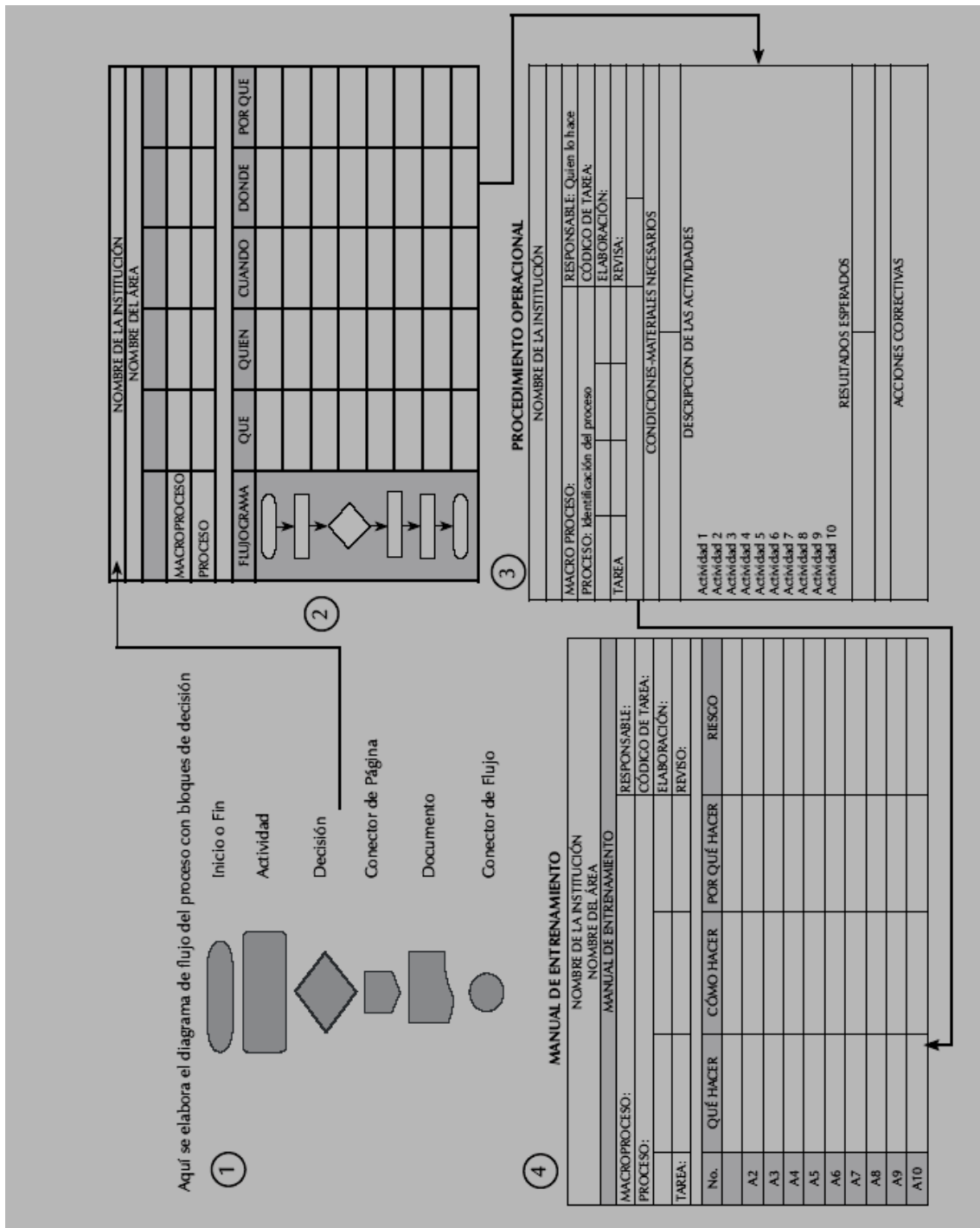
<sup>6</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud 2007. Pág. 77

## 7.8 ESTANDARES TECNICOS<sup>7</sup>



<sup>7</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud 2007. Pág. 78





Gráfica N°4 <sup>8</sup>

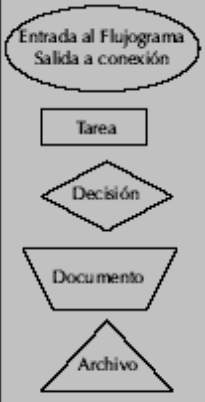
<sup>8</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud 2007. Pág. 79

## 7.9 ESTÁNDAR DE PROCESO

Es un instrumento que facilita el seguimiento de cada una de las tareas del proceso para asegurar el logro del resultado de las metas propuestas.

- Define el plan de acción de los procesos.
- Presenta el flujograma que corresponde al qué, quién, cuándo, cómo, dónde, por qué.
- Sirve de base para la elaboración del procedimiento operacional y el manual de entrenamiento.

Gráfica N°5<sup>9</sup>

INSTITUCIÓN CORRESPONDIENTE					
DEPENDENCIA/ DEPARTAMENTO					
ESTÁNDAR DE PROCESO					
PROCESO: Cómo se denomina el proceso			CÓDIGO: Según la institución		HOJA No. #
RESPONSABLE DEL PROCESO: Quién gerencia el proceso				FECHA: Última Actualización	
FLUJOGRAMA	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	POR QUÉ	CÓMO
<p>1. Nombre de cada tarea componente del proceso</p> 	Ejecutante de esa tarea	Fecha, horario, momento en el cual se hace la tarea.	Lugar de ejecución	Justificación de la tarea, qué pasaría si no la hiciera, beneficios o valor agregado que genera.	Método o procedimiento como se realiza la tarea. Si es simple se explica aquí; de lo contrario, se usa el procedimiento operacional. (Es recomendable en gerundio).

## 7.10 PROCEDIMIENTO OPERACIONAL

Se elabora después de formular el estándar de proceso; contiene las actividades importantes a ser desarrolladas, es la explicación del cómo del estándar de proceso, implanta los materiales necesarios para el desarrollo de la tarea, los resultados esperados contiene los principales problemas y algunas de las acciones correctivas para lograr la ejecución total de la tarea.

<sup>9</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud 2007. Pág. 80

## PROCEDIMIENTO OPERACIONAL<sup>10</sup>

INSTITUCIÓN CORRESPONDIENTE DEPENDENCIA / DEPARTAMENTO	
PROCEDIMIENTO OPERACIONAL	
PROCESO: Cómo se conoce el proceso	FECHA: Última modificación
TAREA: Tarea crítica del proceso	CÓDIGO: Según institución
RESPONSABLE: Ejecutante	REVISIÓN: Área
<b>1. CONDICIONES Y MATERIALES NECESARIOS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar las condiciones y los materiales necesarios para desarrollar correctamente la tarea.</li> </ul>	
<b>2. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>	
Actividad 1	Identificar la secuencia de actividades de la tarea y enunciarlas en orden de ejecución.  Si es necesario se pueden complementar con gráficos o cuadros explicativos.
Actividad 2	
Actividad 3	
Actividad 4	
Actividad 5	
<b>3. MANEJO DE MATERIALES</b>	
☞ Formas de almacenamiento, procedimientos previos de preparación, como por ejemplo revisar la temperatura de los baños María para una incubación.	
<b>4. RESULTADOS ESPERADOS</b>	
☞ Los productos que deben resultar de la tarea si se lleva idóneamente.	
<b>5. ACCIONES CORRECTIVAS</b>	
☞ Ante imprevistos qué alternativas tiene el ejecutante, cómo se corrigen los errores más frecuentes.	

<sup>10</sup> MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud 2007. Pág. 82

## **8. MANUAL DE PROCESOS**

### **8.1. DEFINICIÓN**

Es un documento que contiene el conjunto de procesos, actividades y tareas de un servicio, un departamento o toda la institución.

### **8.2. OBJETIVOS DEL MANUAL DE PROCESOS**

- a) Servir de guía para la ejecución de actividades y tareas para los funcionarios de la institución.
- b) Ayudar a brindar servicios más eficientes.
- c) Mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos, físicos y financieros.
- d) Generar uniformidad en el trabajo por parte de los diferentes funcionarios.
- e) Evitar la improvisación en las labores.
- f) Ayudar a orientar el personal nuevo.
- g) Facilitar la supervisión y evaluación de labores.
- h) Proporcionar información a la empresa acerca de la marcha de los procesos.
- i) Evitar discusiones sobre normas, procedimientos y actividades.
- j) Facilitar la orientación y atención al cliente externo.
- k) Establecer elementos de consulta, orientación y entrenamiento al personal.
- l) Servir como punto de referencia para las actividades de control interno y auditoría.
- m) Ser la memoria de la institución.

### **8.3. CARACTERÍSTICAS DEL MANUAL**

- a) Satisfacer las necesidades reales de la institución.
- b) Contar con instrumentos apropiados de uso, manejo y conservación de procesos.
- c) Facilitar los trámites mediante una adecuada diagramación.
- d) Redacción breve , simplificada y comprensible.
- e) Facilitar su uso al cliente interno y externo.
- f) Ser lo suficientemente flexible para cubrir diversas situaciones.
- g) Tener una revisión y actualización continuas.

### **8.4. ELABORACIÓN DEL MANUAL:**

- a) Estructura orgánica (organigrama de la dependencia al cual se le va a realizar o diagramar el manual de procesos).
- b) A cada empleado le pedimos que describa lo que hace.
- c) Se evalúan las funciones y se clasifican las labores propias del cargo.
- d) Una vez determinadas las funciones, le solicitamos al empleado que describa el proceso (cómo lo hace) paso a paso.
- e) Se evalúa el proceso, buscando la claridad, simplificación y secuencia lógica.
- f) Esta información se diligencia en formatos.

## **8.5. ESTRUCTURA DEL MANUAL DE PROCESOS:**

Los elementos a tener en cuenta son:

- a) Portada.
- b) Acta o resolución de aprobación.
- c) Misión de la institución.
- d) Objetivos del manual.
- e) Marco legal.
- f) Funciones del área o de la institución.
- g) Organigrama.
- h) Proceso del área o de la institución.
- i) Simbología.
- j) Indicadores de gestión.
- k) Anexos (gráficas, tablas, fórmulas, ejemplos, etc.)

## **8.6. APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DEL MANUAL:**

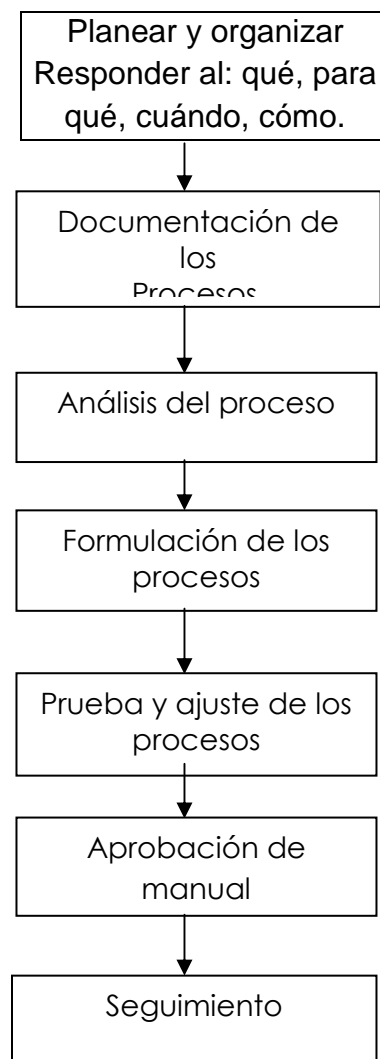
Una vez elaborado el manual de procesos, será sometido a revisión de las áreas responsables de los procesos y posteriormente serán aprobados.

La implantación del manual se deberá efectuar una vez se tengan los recursos humanos, físicos necesarios, así como la capacitación del personal correspondiente.

Para ello se debe tener en cuenta aspectos importantes, como:

- a) Debe ser efectuada a través de los jefes.
- b) Se deben manejar las resistencias al cambio.
- c) Participación y compromiso de los funcionarios del área.
- d) Apoyo permanente por parte de la gerencia.
- e) Capacitación continúa.
- f) Evaluación permanente.

### 8.7 SECUENCIA GRÁFICA DE LA ELABORACIÓN DE MANUALES DE PROCESOS:





## 9. CONCEPTOS BÁSICOS

**Proceso:** Conjunto de recursos y actividades interrelacionados que transforman elementos de entrada en elementos de salida. Los recursos pueden incluir personal finanzas, instalaciones, equipos, técnicas y métodos. Todo proceso incorpora un conjunto de actividades que buscan satisfacer las necesidades del cliente. Debe existir una secuencia un orden determinado lo que es fundamental en la racionalización de procesos.

**Flujograma:** Gráfico que representa el flujo de un proceso o una secuencia normal del origen de un producto (bien, servicio o documento).

**Indicador:** Es un dato o conjunto de datos que ayudan a medir objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad.

**Subprocesos:** Son partes bien definidas en un proceso. Su identificación puede resultar útil para aislar los problemas que pueden presentarse y posibilitar diferentes tratamientos dentro de un mismo proceso.

**Procedimiento:** Forma específica de llevar a cabo una actividad. Estos se expresan en documentos que contienen el objeto y el campo de aplicación de una actividad; qué debe hacerse, y quién debe hacerlo; cuándo, dónde y cómo se debe llevar a cabo, qué materiales, equipos y documentos debe utilizarse y cómo debe controlarse y registrarse.

Son las guías para la ejecución permanente de una misma tarea y que por sus características especiales, necesita de otras explicaciones de cómo es hecho en la rutina diaria.

**Actividad:** Es la suma de tareas, normalmente se agrupan en un procedimiento para facilitar su gestión.

## 9. 1 RESPONSABLES DEL PROCESO

El responsable del proceso debe tener capacidad para prever los cambios dentro del consultorio y su impacto sobre los procesos.

Criterios para seleccionar los responsables de los procesos:

La persona debe ser responsable, capacidad para dirigir el grupo y debe conocer el proceso lo cual facilitará el desempeño de su tarea.

Funciones del responsable del proceso:

- Determinar los objetivos que permitan mejorar la eficiencia y la efectividad del proceso.
- Garantizar que las metas del proceso se cumplan.

- Definir los alcances del proceso.
- Preparar las reuniones de trabajo.
- Definir los subprocesos y sus responsables.
- Identificar y ejecutar los cambios requeridos en el consultorio y el cliente.
- Solucionar los problemas que surjan en el montaje del proceso.

## 10. COMPONENTES DE LOS PROCESOS

Todo proceso se debe analizar con sus diferentes componentes, no se trata solamente de reducir trámites, mejorar formatos o disminuir costos sino lograr la satisfacción del cliente interno y externo mejorando así la organización.

Los componentes de un proceso son:

1. La misión: Define el propósito fundamental del proceso respondiendo a las preguntas del para qué del proceso y el por qué es necesario el mismo.
2. La organización: Hace referencia a la estructura orgánica de la institución. Debe tener en cuenta las áreas asistenciales y administrativas.
3. Talento humano: Es importante para cualquier proceso las personas que lo desarrollan y lo mejoran.

Para que el talento humano pueda desempeñarse se requiere:

- Una adecuada selección.
- Capacitación para el desempeño.
- Comprensión del resultado esperado.
- Incentivos para desarrollar las tareas.
- Tiempo y herramientas necesarias para desempeñar las tareas.

4. Límites del proceso: Es importante definir los límites para saber dónde inicia y dónde termina el proceso, pues allí se establecen relaciones de compromiso con proveedores y clientes.
5. El ambiente laboral: Está conformado por las condiciones físicas, afectivas y emocionales en las que se desarrollan los procesos. El ambiente laboral adecuado es aquel que permite el desempeño armónico dentro de un clima de tranquilidad y comodidad.
6. Clima organizacional: Es el conjunto de situaciones internas que producen satisfacción y motivación en el personal, como son: respeto, comunicación, armonía, colaboración, etc.
7. Asignación de responsabilidades: Las funciones y responsabilidades deben estar claramente definidas.
8. Tecnología: La sistematización de los procesos incide en la eficiencia y eficacia ya que por medio de ello se obtiene una información precisa y oportuna incrementando la satisfacción del cliente y la imagen institucional.
9. Normas: Para cumplir con los objetivos de la institución es necesario tener en cuenta las políticas y normas las cuales deben ser analizadas y evaluadas mirando siempre la misión de la institución.

10. Costos: Toda mejora de un proceso incurre en costos por lo que se debe hacer una evaluación buscando reducirlos en beneficio del usuario.
11. Otros procesos: La implementación de un nuevo proceso puede producir choques con otros procesos de la institución por lo cual es necesario tener una visión integral.
12. Papelería: Los formatos deben ser comprensibles, fáciles de diligenciar, se debe eliminar papelería sobrante y buscar la fusión de formatos.
13. Documentación: Todo usuario debe iniciar el proceso con algunos documentos (hoja de remisión, exámenes de laboratorio, solicitud de hospitalización, etc.).
14. Controles: Se deben hacer los controles necesarios a los procesos para identificar las no conformidades; los ciclos de vida de un proceso son indeterminados y están expuestos a cambios de acuerdo a las necesidades de los clientes internos y externos, así como la dinámica de la institución.

## 11. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LOS PROCESOS


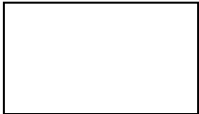
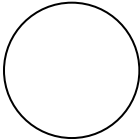
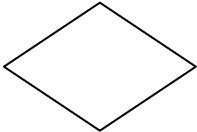

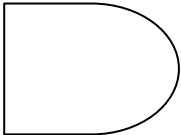
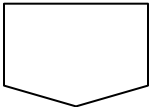
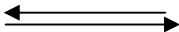


El ordenar los procesos en forma secuencial permite comprender su verdadera dimensión tornándolos mas eficientes. La mejor forma de entender un proceso es mediante su diagramación o flujograma.

### SIMBOLOS ESTANDARIZADOS

Los principales símbolos son: <sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> GERENCIA DE PROCESOS Para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud. Mejía García Braulio. Cuarta edición ampliada. Litoperla ediciones Ltda. Pag. 46-47.

SIMBOLOS	SIGNIFICADO
	<p>Límites: Indica el principio y el fin del proceso, dentro del símbolo se escribe la palabra inicio o fin.</p>
	<p>Acción: Se utiliza para representar una actividad (recibir, elaborar, verificar, entregar)</p>
	<p>Inspección: Indica que el proceso se ha detenido. Involucra una inspección por alguien diferente a quien desarrolla la actividad, este símbolo requiere una firma de aprobación.</p>
	<p>Decisión: Plantea la posibilidad de elegir una alternativa para continuar en una u otra vía, incluye una pregunta clave.</p>
	<p>Documentación: Este rectángulo con la parte inferior ondulada significa que se requiere una documentación para desarrollar el proceso. Una autorización, un informe, una orden de compra, una factura etc.</p>
	<p>Espera: Este símbolo también llamado bala se utiliza para indicar espera antes de realizar una actividad.</p>
	<p>Corrector: se utiliza para efectuar un enlace de una página a otra de donde se continúa el flujograma.</p>
	<p>Sentido del flujo: La flecha indica la dirección del flujo, puede ser horizontal, ascendente o descendente.</p>
	<p>Transmisión: La flecha quebrada se utiliza para mostrar transmisión de los datos por vía telefónica o fax.</p>
	<p>Transporte: La flecha ancha significa movimiento del OUTPUT. Por ejemplo el envío de un documento por correo.</p>



## CONCLUSIONES

1. Logramos comprender la norma y todas sus modificaciones mediante el análisis retrospectivo.
2. El Sistema Único de Habilitación es de gran importancia para todos los profesionales de la salud, porque de esta forma se prestan servicios con calidad y se mantiene el mejoramiento continuo.
3. Debido a que la norma está planteada de una forma muy generalizada y confusa lo que no permite la comprensión de la misma para los profesionales, nos vimos en la necesidad de resumir y clasificar la información necesaria para la habilitación de los consultorios odontológicos.
4. Se diseñó una guía práctica como herramienta útil para la habilitación de los consultorios odontológicos.

## RECOMENDACIONES

1. Capacitación y socialización por parte del ente territorial a los profesionales de la salud, para mejor comprensión y aplicación de la norma.
2. Revisión por parte del Ministerio de la Protección Social del anexo técnico I de la resolución 1043 de 2006, debido a que lo presentan de una forma muy generalizada y aplica para las IPS que cuentan con todos los servicios.
3. Los profesionales de salud y relacionados debemos velar por el cumplimiento del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud, para la provisión de mejores condiciones de calidad de vida para los seres humanos.

## **BIBLIOGRAFIA**

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 10 de 1990. Reorganización del Sistema Nacional de Salud.

CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 872 del 30 de diciembre de 2003.

CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA, 1991. CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social.

MALAGON-Londoño; GALÁN Morera; PONTÓN Laverde. Garantía de Calidad en Salud. Segunda edición. Editorial Panamericana 2006. 21-61p.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Decreto 2309 de 2002.

MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA La Resolución 1474 de 2002.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA. Decreto 1011 de 2006

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA. Resolución 1043 del 3 de abril de 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA. Resolución 2680 del 3 de agosto de 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud 2007. 66, 72-82, 134-136, 138 p.

GERENCIA DE PROCESOS Para la Organización y el Control Interno de Empresas de Salud. Mejía García Braulio. Cuarta edición ampliada. Litoperla ediciones Ltda. 46-47 p.