

**DIAGNÓSTICO DE LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS ASISTENCIALES
DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS CON BASE EN EL
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD**

**ADRIANA LUCIA GELVES CLAROS
FISIOTERAPEUTA**

**CLAUDIA MARÍA GÓMEZ PUENTES
ODONTÓLOGA**

**ARTURO DEL RÍO ESLAVA
ODONTÓLOGO**

**GABRIEL ALBERTO SALCEDO FRANCO
ODONTÓLOGO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA**

2004

**DIAGNÓSTICO DE LAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS ASISTENCIALES
DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS CON BASE EN EL
PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD**

**ADRIANA LUCIA GELVES CLAROS
CLAUDIA MARÍA GÓMEZ PUENTES
ARTURO DEL RÍO ESLAVA
GABRIEL ALBERTO SALCEDO FRANCO**

**Proyecto de grado presentado para optar al título de
Especialistas en Auditoría en Salud**

**Director
ADRIANA SERRANO
Doctora**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA**

2004

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bucaramanga, Enero de 2004

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
1. MARCO TEÓRICO	6
1.1 SISTEMA DE SALUD	6
1.2 GARANTÍA DE CALIDAD	8
1.3 DECRETO 2309 DE OCTUBRE DE 2002	10
1.3.1 Organización del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	11
1.3.1.1 Sistema Único de Habilitación	12
1.3.2 Procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud	13
1.3.2.1 Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud	14
1.3.2.2 Tipos de acciones	14
1.3.2.3 Énfasis de la auditoría según tipos de entidad	15
1.3.2.4 Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud	15
1.3.2.5 Vigilancia, inspección y control	15
1.3.3 Sistema Único de Acreditación	16
1.3.3.1 Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación	16
1.3.3.2 Del Sistema de Información para la Calidad	16
1.3.4 Que es un Pamec	17
1.3.4.1 Filosofía del Pamec	17
1.3.5 La auditoría en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	18
1.3.5.1 Autocontrol	20
1.3.5.2 La calidad en los servicios de salud	21

1.3.5.3	Objetivos de la auditoria de salud	21
1.3.5.4	Tipos de acciones de auditoría	22
1.4	RESEÑA HISTÓRICA DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS	25
1.4.1	Constitución	25
1.4.2	Misión de la institución	26
1.4.2.1	Misión de la facultad de Odontología	27
1.4.3	Visión de la institución	27
1.4.3.1	Visión de la facultad de Odontología	28
1.4.4	Filosofía y políticas	28
1.4.5	Organigrama de la institución	30
2.	METODOLOGÍA	31
2.1	PROPÓSITO	31
2.2	POBLACIÓN	32
2.3	TIPO DE ESTUDIO	32
3.	DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL	33
3.1	HALLAZGOS	33
3.1.1	Demanda	33
3.1.2	Oferta	33
3.1.2.1	Recurso humano	33
3.1.2.2	Recursos físicos	35
3.1.2.3	Recursos económicos	35
3.1.2.4	Procesos	35
3.1.2.5	Resultados	35
4.	HALLAZGOS DEL AUTOCONTROL DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS	50
4.1	FASE AMBIENTE DE CONTROL	50
4.1.1	Principios y valores institucionales	50
4.1.2	Compromiso y respaldo de la alta dirección	50
4.1.3	Cultura del autocontrol	50
4.1.4	Pilares del autocontrol	50

4.2 FASE DE DOCUMENTACIÓN	52
4.2.1 Normas y disposiciones internas	52
4.2.2 Fase retroalimentación	53
4.3 AUDITORIA INTERNA	53
4.3.1 Necesidades y expectativas del cliente	53
4.3.2 Proceso de atención odontológica	54
4.3.3 Proceso de atención al usuario	60
5. CONCLUSIONES	64
6. RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	71

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Análisis epidemiológico	35
Tabla 2. Medio de solicitud de cita	36
Tabla 3. Tiempo para obtener la cita	37
Tabla 4. ¿Qué espera de su cita?	38
Tabla 5. ¿Qué espera usted del profesional que lo atiende?	39
Tabla 6. ¿Quedó satisfecho con el trato de su odontólogo?	40
Tabla 7. ¿Cómo se sintió con el procedimiento?	41
Tabla 8. Califique de 1 a 5 la calidad del servicio	42
Tabla 9. ¿Está satisfecho con el ambiente laboral de la universidad?	43
Tabla 10. ¿Existe estabilidad laboral y posibilidades de proyección?	44
Tabla 11. ¿Reciben incentivos por parte de la institución?	45
Tabla 12. ¿Se capacita al personal periódicamente?	46
Tabla 13. ¿Existe participación del personal en la estandarización de procesos y procedimientos?	47
Tabla 14. ¿Conoce los manuales de procesos y procedimientos de la institución?	48
Tabla 15. ¿Conoce los principios y valores Institucionales?	49
Tabla 16. Necesidades y expectativas del cliente	53
Tabla 17. Desarrollo de indicadores de gestión	54
Tabla 18. Ficha técnica del indicador 001	55
Tabla 19. Ficha técnica del indicador 002	56
Tabla 20. Ficha técnica del indicador 003	57
Tabla 21. Ficha técnica del indicador 004	58
Tabla 22. Ficha técnica del indicador 005	59
Tabla 23. Proceso de atención al usuario	60
Tabla 24. Ficha técnica del indicador 006	61
Tabla 25. Ficha técnica del indicador 007	62

Tabla 26. Ficha técnica del indicador 008

63

Tabla 27. Niveles de operación de la Auditoría Interna

66

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Organigrama de la institución	30
Figura 2. Medio de solicitud de citas	36
Figura 3. Tiempo para obtener la cita	37
Figura 4. ¿Qué espera de su cita?	38
Figura 5. ¿Qué espera usted del profesional que lo atiende?	39
Figura 6. ¿Quedó satisfecho con el trato de su odontólogo?	40
Figura 7. ¿Cómo se sintió con el procedimiento?	41
Figura 8. Califique de 1 a 5 la calidad del servicio	42
Figura 9. ¿Está satisfecho con el ambiente laboral de la universidad?	43
Figura 10. ¿Existe estabilidad laboral y posibilidades de proyección?	44
Figura 11. ¿Reciben incentivos por parte de la institución?	45
Figura 12. ¿Se capacita al personal periódicamente?	46
Figura 13. ¿Existe participación del personal en la estandarización de procesos y procedimientos?	47
Figura 14. ¿Conoce los manuales de procesos y procedimientos de la institución?	48
Figura 15. ¿Conoce los principios y valores institucionales?	49
Figura 16. Niveles de operación del Autocontrol	67

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A, Encuesta de Autocontrol	71
Anexo B. Encuesta de identificación de necesidades y expectativas del cliente Interno	72
Anexo C. Encuesta de satisfacción al usuario	73

INTRODUCCIÓN

A comienzos de 1900, en EE.UU. la atención hospitalaria indicaba que existían grandes déficit, en donde los registros clínicos no eran adecuados; y no se examinaba adecuadamente a los pacientes.

Entonces en 1910 Abraham Flexner considerado como el iniciador de las grandes transformaciones que la atención médica en los EE.UU., se ocupó de los programas académicos de medicina, fijó estándares para el currículo de las facultades de medicina, estandarizó normas y procedimientos, introdujo también el concepto de la idoneidad del recurso humano para garantizar la calidad de los servicios “recurso humano de calidad produce servicios de calidad”. Realizó un importante informe que fue publicado, el cual se refería a la mala calidad de los servicios médicos de ese país. Como consecuencia de esto en 1912 se formula la necesidad de desarrollar un sistema de estandarización hospitalaria y es entonces en 1918 cuando se establece el Programa del Colegio de Cirujanos de Estandarización de Hospitales, en donde en lugar de medir los resultados finales, el programa midió el cumplimiento de los estándares relacionados con la calidad del cuidado.

Este enfoque adopta la filosofía y las herramientas que las industrias han utilizado para mejorar de manera eficaz los niveles de calidad de sus productos y servicios. Los organismos para el cuidado de la salud pueden utilizar estos métodos de mejoramiento de la calidad para lograr más eficacia en los servicios, reducir los costos y mejorar la calidad.

Durante los últimos años en Colombia se ha empezado a hablar de garantía de la calidad, no queriendo decir que en el pasado no se buscara la excelencia.

La puesta en marcha de modelos de garantía de la calidad y mejoramiento continuo, han generado grandes cambios en el sector salud. A partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, con sus decretos reglamentarios, se ha generado una gran transformación en el sector salud, lo que ha generado enormes retos a las instituciones en cuanto a su organización, administración y atención al paciente obligándolas a transformarse teniendo en cuenta las expectativas del usuario.

Las clínicas odontológicas de la USTA como prestadoras de servicios de salud dentro de sus programas de atención a los pacientes han venido implantando procesos de garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud que ofrece a la comunidad interna y externa. Sin embargo estos procesos se efectúan en forma independiente lo cual impide contar con estándares de calidad que reflejen el grado de eficacia, eficiencia, pertinencia, efectividad, seguimiento y satisfacción de los usuarios de los servicios prestados.

Nuestro propósito es evaluar el sistema de calidad de la Universidad, examinando todo el conjunto de la organización, procesos, procedimientos, recursos y responsabilidades para medir la gestión en la organización y conocer si existen puntos críticos en la atención odontológica. Es así como el diagnóstico es la base para en un futuro diseñar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) que permita a la Universidad, como prestador que es cumplir con la normatividad que se ha establecido en el Decreto 2.309 del 15 de Octubre de 2002, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La UNIVERSIDAD SANTO TOMAS a través del diagnóstico de las clínicas odontológicas busca identificar y ajustar los procesos y procedimientos mediante la adecuada identificación, estandarización y control de cada una de las tareas, actividades y mecanismos que intervienen en el proceso de Auditoría Odontológica; esta estructura debe estar relacionada a unos procedimientos establecidos como el

mejoramiento continuo, permitiendo establecer bases que se evalúen periódicamente con el fin de obtener mejores resultados, haciendo más confiable la prestación del servicio.

Este diagnóstico nos permitió:

- * Determinar los procedimientos, actividades y mecanismos que intervienen en el proceso de Auditoría Odontológica:
 - Autocontrol
 - Auditoría Odontológica

- * Evaluar los procesos y componentes en relación con el marco legal vigente para el ejercicio profesional en Salud y centrarse en la posibilidad de mejorar.

- * Fomentar corrientes de ideas y clima innovador en toda la Universidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diagnóstico de las Clínicas Odontológicas Asistenciales de Pregrado de la Universidad Santo Tomás como base para Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaboración de papeles de trabajo que ayuden al levantamiento del diagnóstico de las clínicas odontológicas asistenciales de Pregrado de la Universidad Santo Tomás para el mejoramiento de la calidad,
- Elaboración de parámetros para los procesos definidos como prioritarios en el PAMEC.
- Evaluación del Sistema de Calidad de las Clínicas Odontológicas de Pregrado de la Universidad Santo Tomás.
- Evaluación del nivel de implementación y desarrollo de los procesos de autocontrol, documentación y retroalimentación.
- Análisis de la actitud del personal frente a la institución, así mismo verificar si las condiciones estructurales son propicias para la calidad de vida en el trabajo.

* Emisión de conclusiones basadas en el análisis de la situación actual en la prestación de los servicios de salud y satisfacción de los usuarios en la Universidad Santo Tomas.

Elaboración de recomendaciones para el mejoramiento continuo.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 SISTEMA DE SALUD

El Concepto de salud no es nuevo, se ha encontrado en varios momentos históricos dependiendo de los cambios de las condiciones económicas, sociales, culturales y políticas de la humanidad. Ha pasado del énfasis en la enfermedad al enfoque positivo de la salud, debido a las condiciones de bienestar y de calidad de vida.

Todos estos conceptos de promoción de la salud han tenido un compromiso serio a partir de 1978, cuando es realizada la conferencia Internacional sobre atención primaria de la salud, en Alma Ata (Kazajstán) en la antigua Unión Soviética, en la cual se supone un potencial avance mundial en los Derechos sobre la salud, en esta conferencia apadrinada por la OMS Y las UNICEF participaron Ministros de Salud de más de cien países que se comprometieron con el objetivo “ SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000” Además ratificaron la amplia definición de la OMS de la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Para cumplir con este objetivo las naciones junto a la OMS, UNICEF, y las principales agencias financieras se comprometen a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la promoción con un planteamiento integral y progresista denominado

Atención primaria en salud. Esta declaración también mantiene que para plantear y llevar a la práctica de forma eficaz la atención primaria en salud, la participación comunitaria debe ser fundamental.

Años más tarde en 1986 surge la primera conferencia Internacional de promoción de la salud realizada en Ottawa, Canadá, donde los países desarrollados participantes firman la carta de Ottawa, en la cual el concepto fundamental es “La promoción de salud va mas allá de los estilos de vida hacia las condiciones fundamentales y los reclusos para la salud: PAZ, VIVIENDA, EDUCACIÓN, ALIMENTACIÓN, INGRESO, UN ECOSISTEMA ESTABLE, LA CONSERVACIÓN DE LOS RECURSOS, JUSTICIA SOCIAL Y LA EQUIDAD”. Esta declaración trasciende el ámbito de la enfermedad de los servicios de salud y propone acciones colectivas para el logro de un completo bienestar.

Recientemente en julio de 1997, en la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud realizada en Indonesia, un país en desarrollo, llamada la Declaración de Jakarta de la promoción de la salud para el Siglo XXI, propone construir relaciones y aprovechar todos los recursos para intervenir los determinantes globales de la salud, reducir la inequidades, y asegurar los derechos humanos y constituir la salud en un capital social.

Con la reforma de la Constitución de 1991, en Colombia la salud ha tomado un nuevo nimbo, estableciendo la salud como un derecho fundamental, a la que tendrá acceso toda la población colombiana, tomando características de universalidad.

En 1993 con la creación de la Ley 100, se reglamenta y se organiza el marco actual del Sistema de Seguridad Social que garantiza las prestaciones económicas, de salud y ampliación de coberturas para toda la población. Así mismo establece los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación comunitaria.

También la Ley 100 y sus decretos reglamentarios hace requerimientos a los diferentes actores, entre ellos a los organismos de dirección, administración y prestación de servicios de salud, sobre el cumplimiento de requisitos mínimos e

implementación de sistemas, programas y procesos de planeación, dirección, organización, ejecución, verificación y control tendientes a garantizar la accesibilidad, oportunidad, seguridad, racionalidad técnica, idoneidad profesional, disponibilidad y suficiencia de recursos, eficacia, eficiencia, integridad, continuidad, atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.

A partir de la Ley 100 en 1996 se establece el decreto 2.174 en el cual se organiza el sistema obligatorio de garantía de calidad; el 15 de octubre del 2002 por medio del decreto 2.309, se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.

1.2 GARANTÍA DE CALIDAD

DEFINICIÓN: Se entiende por garantía de calidad el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar calidad.

La definición de calidad más aceptada en la actualidad, que recoge un largo proceso nacido desde antes de la década de los 50 y vincula el esfuerzo en el sector industrial, es la del doctor Avedís Donabedian, la persona más reconocida mundialmente en el tema. Se refiere a la calidad como una propiedad de la atención médica; puede ser obtenida en diversos grados, y la define como: lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos. Esta definición agrupa además una serie de factores a tener en cuenta para su evaluación bajo la trilogía estructura - proceso- resultado.

Con base en esta definición, construir un sistema de garantía de calidad implica tener un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores

riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las acciones que se emprenden para corregir sus deficiencias.

El sistema de garantía de calidad debe cubrir el continuo de servicios de salud: promoción, auto cuidado, prevención, salud comunitaria y atención en instalaciones generales y especializadas. Por ello debe incluir acciones coordinadas con todos los programas y con sus diferentes mecanismos de evaluación. También varios aspectos de la atención que deben estar presentes: calidad técnica (competencia, pertinencia, efectividad), seguridad, eficiencia, servicio (aceptabilidad, accesibilidad).

El conjunto de acciones que cabrían dentro de garantía de calidad son múltiples y su impacto en la calidad es variable, por lo que es importante revisar el espectro de responsabilidades y tareas que se deben abordar al hablar del tema.

Se debe evaluar y hacer seguimiento (monitoreo) al desempeño del Sistema.

El punto de partida esencial para conducir un sistema hacia la garantía de la calidad es la evaluación. Esta evaluación se requiere tanto en el sistema en general de una organización, como en cada individuo en particular. Cada vez es más evidente la necesidad de datos objetivos para la toma de decisiones de quienes definen políticas y asignan recursos, quienes dirigen una organización y quienes prestan el servicio.

La evaluación de calidad puede tener múltiples propósitos. Implica el diseño de múltiples instrumentos congruentes, acorde con las necesidades y prioridades definidas en el país. Vale la pena destacar algunas de ellas: defender a los usuarios al establecer requisitos indispensables para funcionar; garantizar la regularidad y asegurar que los ciudadanos y empleados de una institución de salud no estén expuestos a desechos contagiosos u otros riesgos; verificar que se cumplan las

especificaciones en equipos e insumos que se utilicen en la atención. Ahora bien, si ya hay un determinado nivel de calidad se hará necesario vigilar el cubrimiento de acciones cuando estén produciendo cambios; con el fin de mejorar la calidad se medirá el impacto para saber qué estrategias son efectivas; se asignarán recursos limitados de acuerdo con los logros en calidad o para identificar las mejores prácticas y hacerlas posibles.

Es indispensable la definición de indicadores y estándares que permitan comparar el desempeño del sistema frente a lo deseado, para encontrar brechas, corregir las deficiencias y lograr el resultado que se espera de la atención: el mejoramiento de las condiciones de salud.

Las estrategias de evaluación para garantía de calidad más conocida, son aquellas evaluaciones externas de prestadores de servicios: licenciamiento, certificación, y acreditación de prestadores de servicios de salud. Todos estos instrumentos buscan definir unos estándares de lo que se considera calidad, lograr una evaluación objetiva de su cumplimiento y, establecer un límite mínimo o bien un ideal superior que vaya jalonando el mejoramiento de los prestadores de servicios, sean personas o instituciones. También son muy utilizadas la evaluación por indicadores y la auditoría en salud.

1.3 DECRETO 2309 DE OCTUBRE DE 2002

Este decreto se aplicará a los prestadores de servicios de salud, a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.

Se exceptúa de la aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional.

No se aplicarán las normas de este decreto a los Bancos de Sangre, a los Grupos de Práctica Profesional que no cuenten con infraestructura física para prestación de servicios de salud a las Unidades de Biomedicina Reproductiva y todos los demás Bancos de Componentes Anatómicos, así como las demás entidades que producen insumos de salud y productos biológicos, correspondiendo de manera exclusiva al Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, de conformidad con lo señalado por el artículo 245 de la Ley 100 de 1993.

De la calidad en la atención en salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

1.3.1 Organización del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Como objeto de la evaluación y mejoramiento de la Calidad de la Atención este Sistema, tendrá las siguientes características:

- Accesibilidad: es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud.
- ★ Oportunidad: es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- Seguridad: es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

- Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

El Sistema de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud cuenta con una serie de componentes:

1.3.1.1 Sistema Único de Habilitación. Es una serie de normas, requisitos y procedimientos, por las cuales se establece, se registra, se verifica, y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, lo que es indispensable para la permanencia en el sistema.

Se considerarán las siguientes condiciones:

- Condiciones de capacidad tecnológica y científica.
- De la suficiencia patrimonial y financiera.
- De las condiciones de capacidad técnico-administrativa.
- Cumplimiento de requisitos legales.
- Cumplimiento de requisitos administrativos y financieros.

> **Registro especial de prestadores de servicios de salud.**

- Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
- Autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación.
- Inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.

- Cuando un prestador de servicios de salud o un definido como tal preste sus servicios a través de dos o más sedes, deberá diligenciar un solo formulario de inscripción, en el que se determinen las condiciones de capacidad tecnológica y científica de cada uno de los establecimientos existentes.
 - Se debe declarar en el formulario de inscripción los servicios que se presten en forma permanente.
 - Término de la vigencia de la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud (3 años).
 - Revocatoria de la habilitación, que se hará cuando se incumpla cualquiera de las condiciones y requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso y el principio de la doble instancia.
 - Obligaciones de los prestadores de servicios de salud y definidos como tales respecto a la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud.
 - Reporte de novedades.
 - Consolidación del registro especial de prestadores de servicios de salud.
-
- > Verificación del cumplimiento de condiciones de habilitación.
 - > Plan de visitas en donde se levantarán las actas respectivas.
 - > Certificación del cumplimiento de condiciones para la habilitación.
 - > Información a los usuarios, en lugares visibles, copia del formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios.

1.3.2 Procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.

Este proceso implica:

- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

1.3.2.1 Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. El modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

- Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta y verifica los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- Auditoría Interna. Evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la Institución adquiera la cultura de autocontrol.
- Auditoría Externa. Evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar los procesos de Auditoría Interna y Autocontrol (auditoría de segundo orden).

1.3.2.2 Tipos de acciones. Estos son tres:

- Acciones preventivas. Conjunto de procedimientos de auditoría de los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa para garantizar la calidad de la misma.

- Acciones de seguimiento. Procedimiento de auditoría durante la prestación de sus servicios.

- Acciones coyunturales. Procedimientos de auditoría que se realizan para alertar, informar, analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

1.3.2.3 Énfasis de la auditoría según tipos de entidad. En las Instituciones Prestadoras de Servicios. Estas entidades deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperados en sus procesos de atención.

1.3.2.4 Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo los siguientes procesos:

- Autoevaluación del proceso de atención en salud. La entidad evaluará sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad.

- Atención al usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios ofrecidos.

1.3.2.5 Vigilancia, inspección y control. Es competencia de las entidades departamentales y distritales de salud, adelantar acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el Mejoramiento de la

Calidad de la Atención en salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones.

1.3.3 Sistema Único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS.

Este se orientará por los siguientes principios:

- Confidencialidad. Todos los datos resultados de la acreditación, son estrictamente confidenciales.
- Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
- Gradualidad. Los estándares serán crecientes con el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

1.3.3.1 Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. Durante los primero tres años, a partir de la vigencia de esta norma, se aplicarán los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto adopte el Ministerio de Protección Social y Salud. Con posterioridad se adoptarán los estándares que defina el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (Icontec).

1.3.3.2 Del Sistema de Información para la Calidad. Este será implantado por el Ministerio de Protección Social y Salud para 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.

1.3.4 ¿Que es un Pamec? Conjunto de Acciones de Evaluación y seguimiento sobre Procesos Prioritarios debidamente estandarizados.

1.3.4.1 Filosofía del Pamec. La filosofía que debe orientar el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, en todos sus ámbitos, es el Mejoramiento Continuo de la Calidad.

El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC), como fundamento filosófico inherente al concepto de Garantía de Calidad, comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la Evaluación de la Calidad, o de establecer guías o procesos de seguimiento que sirven únicamente para la Inspección.

El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, que involucra al cliente y sus necesidades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

La filosofía de mejoramiento continuo ha sido el resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad, por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y en el Japón.

Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización.

El MCC ocasiona una inversión económica relativamente pequeña, comparativamente inferior a la de otros enfoques, por cuanto implica una filosofía de

vida laboral, personal y social, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos aislados son pequeños, el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de ser un modelo de bajo riesgo.

El MCC hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso.

1.3.5 La auditoría en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. El objetivo Fundamental de la Auditoría es contribuir al Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. En consecuencia, la Auditoría debe apoyar la búsqueda del acceso y la equidad de los servicios, el mejoramiento de la estructura y de los procesos de atención, y el reconocimiento del usuario como centro y razón de ser del proceso de atención.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad implica seleccionar procesos prioritarios. Con tal propósito, el modelo del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad establece prioridades de calidad en dos sentidos: De un lado, mediante la selección y definición de las cinco características principales de calidad establecidas en el decreto marco sobre la materia, las cuales se constituyen en objetos centrales de evaluación; y, de otra parte, mediante la determinación de algunos procesos prioritarios de obligatoria inclusión en los programas de auditoría de las organizaciones, de acuerdo con su objeto social principal. Más allá de los procesos considerados como prioritarios en la norma, las entidades de salud podrán incluir, en sus programas de auditoría, otros procesos considerados como prioritarios de acuerdo con su problemática particular y con la disponibilidad de recursos para su intervención.

La comparación entre la calidad observada y la calidad deseada implica la necesidad de definir en forma previa la calidad deseada, la cual debe ser conocida por todos los miembros de la organización. Adicionalmente, es preciso establecer y divulgar los mecanismos y herramientas que se van a utilizar para evaluar los procesos y medir los resultados, y los canales para informar los hallazgos obtenidos.

Con base en los referentes de calidad adoptados por la organización, se identifican las posibles brechas de desempeño u oportunidades de mejoramiento. La adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas representa un doble reto: en primer lugar, la aplicación oportuna de acciones de mejoramiento; y, en segundo lugar, la utilización de la información obtenida, con el propósito de evitar errores a futuro, fortalecer el proceso de planeación de la calidad y, de ser necesario, actualizar los niveles de calidad deseada, con lo cual se avanza dentro del proceso de mejoramiento continuo, en la medida en que se está llevando a cabo un aprendizaje organizacional.

En síntesis, la función de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud implica, para la organización, la realización de las siguientes actividades esenciales:

- Selección y Adopción de Procesos Prioritarios.
- Definición de la calidad esperada para los procesos considerados como prioritarios por la organización y por la normatividad vigente.
- Medición inicial del desempeño de los procesos actuales de la institución.
- Establecimiento de la brecha entre lo esperado y lo observado
- Identificación de oportunidades de mejoramiento.
- Aplicación de Acciones de Mejoramiento.

A Seguimiento a las acciones de mejoramiento realizadas.

A Aprendizaje Organizacional para actualizar la planeación de la calidad en el proceso de mejoramiento continuo (Cierre del Ciclo PHVA).

En este contexto, la auditoría propiamente dicha correspondería a las actividades de evaluación y seguimiento de los procesos prioritarios y a la identificación de las brechas de desempeño para proponer acciones de mejoramiento; sin embargo, la definición de la calidad esperada, como tarea de la organización en su conjunto, se constituye en un prerrequisito para el ejercicio de la auditoría. De manera similar, si las desviaciones detectadas no se intervienen, y si no se utiliza este aprendizaje como parte de un proceso de mejoramiento, no será posible cerrar el ciclo que conduce a niveles crecientes de calidad. Por lo anterior, la auditoría debe verse como un proceso continuo que compromete a toda la organización en la búsqueda de la calidad de la atención en salud

1.3.5.1 Autocontrol. El nivel óptimo en que actúa la auditoría es el AUTOCONTROL — este concepto hace referencia al conjunto de tareas de planeación, verificación y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la entidad sobre los procedimientos a su cargo, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

El autocontrol será posible en la medida en que la organización:

- A. Estandarice sus procesos de manera participativa.

- B. Realice esfuerzos permanentes para capacitar y entrenar a cada uno de sus miembros en las tareas del día a día y sobre la correcta aplicación de los procedimientos y en los resultados que de ellas se espera.

- C. Apodere a sus miembros para que propongan y realicen los cambios pertinentes con miras a mejorar los procesos en los cuales participan.

El concepto de autocontrol lleva implícita la idea de responsabilidad frente a la confianza que la organización deposita en cada uno de sus miembros.

La auditoría interna debe evitar a toda costa los enfoques punitivos centrados exclusivamente en la supervisión o inspección de calidad, cuyo propósito fundamental es la búsqueda de culpables para sancionar. Estos modelos generalmente conducen a un falso autocontrol, caracterizado por la simulación de calidad durante las inspecciones.

1.3.5.2 La calidad en los servicios de salud. A partir de la puesta en vigencia de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, el concepto de la calidad se ha convertido en una exigencia tanto para quien brinda el servicio como para el usuario quien lo requiere.

Por tanto en el momento todos los Entes que tienen que ver con la prestación de servicios de Salud están involucrándose en el proceso de mejoramiento continuo, con el objetivo de lograr la satisfacción del usuario (cliente) mediante un servicio con Excelencia.

La calidad es entendida como meta y para lograrla es necesario poner en marcha actividades de auditoría médica que permita controlar el conjunto de acciones de salud, dentro de un contexto integral que implica la interacción adecuada de los recursos humanos físicos y financieros.

La calidad en el servicio se hace hoy indispensable ya que las Instituciones que no generen procesos de mejoramiento y excelencia tienden a desaparecer.

1.3.5.3 Objetivos de la auditoría de salud

- Diseñar, implantar y desarrollar sistemas de garantía de calidad.
- Establecer los criterios de acreditación de hospitales.

- Diseñar indicadores y estándares por calidad.
- Evaluar la eficiencia, la eficacia y la efectividad de la administración.
- ★ Evaluar la calidad de la atención médica y sus impactos

Los niveles de autocontrol y de auditoría interna hacen parte del Sistema de Control Interno, en las instituciones que por Ley deben implantarlo.

El tercer nivel, la AUDITORÍA EXTERNA, es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución. Para los efectos de este modelo, el nivel de auditoría externa se refiere exclusivamente a la evaluación que ejercerán las EPS respecto de las IPS prestadores de servicios de salud -que integran su red de servicios, con base en acuerdos previamente pactados.

En síntesis, las EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Dirección Departamental y, Distritales y Municipales de salud deben diseñar e implantar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), que implica el desarrollo de acciones de autocontrol y auditoría interna.

1.3.5.4 Tipos de acciones de auditoría. 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, según su finalidad principal.

El primer grupo son las 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.

Son ejemplos de acciones preventivas: el ajuste y estandarización de los procesos y procedimientos antes de que ocurra un evento no deseado en la atención en salud, la adopción de estándares de calidad por parte de las organizaciones de salud y la concertación pre - contractual entre las EPS c IPS sobre los parámetros que guiarán la ejecución de la auditoría externa.

El segundo grupo son las ACCIONES DE SEGUIMIENTO, las cuales se refieren al conjunto de procedimientos, actividades y mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar su calidad. Si bien se trata, básicamente, de aquellas acciones concurrentes realizadas en el mismo momento en que se ejecuten los procesos, con el objetivo de conocer el desempeño de las mismas y de verificar la aplicación de las acciones de mejoramiento requeridas para el logro del nivel de calidad deseado. Si bien se trata de acciones concurrentes en relación con el proceso de atención, el seguimiento no puede conducir a la intromisión o entorpecimiento de los procedimientos.

En otras palabras, el seguimiento del proceso de atención, 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 Garantía de Calidad, y no el de Inspección de Calidad y que, 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 están orientadas a constatar la aplicación de las guías, normas y procedimientos, de acuerdo con los referentes legales y con los criterios de calidad adoptados por la organización. Con base en los resultados de las acciones de seguimiento se identificarán brechas de desempeño, sobre las cuales se formularán y adoptarán las recomendaciones de mejoramiento pertinentes. Las acciones de seguimiento son inherentes al autocontrol y a la auditoría interna, y 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 EPS sobre los usuarios atendidos por la IPS, las evaluaciones de la pertinencia y la continuidad de los procesos de atención 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. Éste hecho exige que las entidades estén adecuadamente preparadas para manejar tales situaciones, de manera que se puedan detectar y corregir oportunamente, y prevenir su recurrencia.

El tercer grupo contempla la realización de las llamadas ACCIONES COYUNTURALES, definidas como el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización, retrospectivamente, para detectar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de

intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia. En el campo asistencial, estas situaciones han sido denominadas como Eventos Centinelas, por cuanto se constituyen en alertas que indican la necesidad de tomar decisiones oportunas.

Sin embargo, estas situaciones no son exclusivas de los procesos asistenciales. En efecto, y a manera de ejemplo, una reducción repentina de la oferta de servicios debida a causas administrativas en una EPS, es un evento adverso que requiere la atención e intervención inmediata de esta entidad.

1.4 RESEÑA HISTÓRICA DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

1.4.1 Constitución. La Universidad Santo Tomás fue fundada el 13 de junio de 1580 y aprobada por la BUCAROMANUS PONTIFEX, del Papa Gregorio XIII, y confirmada por el Pase Regio EXECUATOR de Felipe II, el 1 de enero de 1594, desarrolló actividades durante casi tres siglos como fecundadora de la cultura de los Neogranadinos, hasta el 5 de noviembre de 1861 cuando fue clausurada.

La Seccional inicia labores administrativas y docentes en las instalaciones del Colegio Cristo Rey, ente fundado y orientado por la Comunidad Dominicana desde 1950, el cual desaparece entonces. Las labores académicas se inician el siete de marzo de 1973 con las Facultades: Derecho y Ciencias Políticas, Economía y Administración de Empresas y Contaduría Pública. En 1975 se crea e inicia la Facultad de Arquitectura.

En 1976 la Seccional recibe nuevo y significativo impulso: para la dirección es nombrado Padre José María Prada Dietes, O.P.; entra en pleno funcionamiento la primera ampliación del edificio original, tramo norte, sector de seis plantas; y, en coordinación con la Sede Central también en ésta se abren los programas de

Educación a Distancia, Igual institucionalizan los Postgrados de: Magíster en Administración de Empresas y Magíster Educación, con cuatro especialidades.

En 1980 entra en servicio la segunda ampliación (tramo occidental), e inicia labores la Facultad de Odontología.

En 1983 hay relevo en la dirección: sale el Padre Prada y entre el Padre Franco Javier Atienza, O. P.

En 1984 la Universidad construye un moderno y nuevo edificio al sur de la ciudad, dentro de la municipalidad de Floridablanca, con destino a la instalación de las Clínicas Odontológicas que la Facultad respectiva demanda.

Siendo Rector seccional el Padre Antonio Balaguera se construye el edificio Fray Angélico, para albergar la facultad de Arquitectura, que fue inaugurado en septiembre de 1996. Durante su rectoría se crean las nuevas facultades de Administración de Empresas Agropecuaria, Optometría y Cultura Física Deportes y Recreación.

En 1996 se nombró como nuevo Rector a Fray Jorge Hernando Murcia Florión y en 1998 se asume la Rectoría Fray Marco Antonio Peña Salinas.

1.4.2 Misión (le la institución. La Misión de la Universidad Santo Tomás, inspirada en el pensamiento humanista y cristiano de Santo Tomás de Aquino, consiste en promover la formación integral de las personas, en el campo de la Educación Superior, mediante acciones y procesos de enseñanza-aprendizaje, investigación y proyección social, para que respondan de manera ética, creativa y crítica a las exigencias de la vida humana y estén en condiciones de aportar soluciones a la problemática y necesidades de la sociedad y del país.

1.4.2.1 Misión de la facultad de Odontología. La Facultad de Odontología, orientada por el pensamiento de Santo Tomás, pretende formar odontólogos integrales y / o especialistas a través de parámetros humanísticos, éticos, científicos, biotecnológicos, investigativos y sociales, como recurso humano capaz de intervenir con éxito en el proceso dinámico de la salud y la enfermedad, en el individuo, la familia y la comunidad.

1.4.3 Visión de la institución. En el año 2020, la Universidad Santo Tomás mostrará así su presencia y su imagen institucional:

Difundirá entre las demás unidades académicas una comprensión renovada del hombre colombiano, su mundo y sus valores, en el contexto de la integración latinoamericana, de las mega tendencias internacionales, la cibercultura y la sociedad global del conocimiento.

Las autopistas de la información le permitirán conectarse con los centros académicos, culturales, científicos y tecnológicos más influyentes del mundo y activar los convenios de cooperación e intercambio con universidades extranjeras.

La sistematización de sus procesos administrativos evitará la tramitología y el despilfarro de los recursos, todo lo cual permitirá ofrecer respuestas oportunas y prontas a los usuarios de sus servicios.

Incorporará la investigación en todos los planes de estudio vinculará profesores y estudiantes en proyectos compartidos para generar nuevos conocimientos acordes con el desarrollo científico, tecnológico y social.

La modalidad de Universidad Abierta y a Distancia habrá alcanzado el nivel de Universidad Virtual, que le posibilitará superar los límites de tiempo y espacio de la modalidad presencial e ir más allá de las fronteras patrias.

1.4.3.1 Visión de la facultad de Odontología. La Facultad de Odontología de la Universidad Santo Tomás en concordancia con la visión institucional para el año 2010, aspira a lograr un compromiso efectivo de la comprensión renovada del hombre Colombiano, su mundo y sus valores, en un contexto de salud integral para todos; el reconocimiento nacional e internacional, como comunidad académica, a través de la investigación, la producción intelectual y el intercambio académico; liderazgo en los procesos relacionados con la salud bucal de la comunidad, a nivel regional y nacional; la cualificación permanente de sus servicios a la comunidad para responder efectiva y oportunamente a sus usuarios; el fortalecimiento permanente de su accionar pedagógico mediante el desarrollo humano integral, la aplicación de tecnologías de punta y la proyección comunitaria.

1.4.4 Filosofía y políticas. Como institución autónoma, y en conformidad con los principios y leyes de la Educación Superior Colombiana, tiene una comprensión filosófica propia del que hacer educativo, que le permite expresar su identidad a través de su proyecto educativo institucional. Tiene plena facultad para darse y modificar sus estatutos y reglamentos, designar sus autoridades académicas y administrativas, crear, organizar y desarrollar sus unidades y programas académicos, definir y organizar sus labores formativas, científicas, culturales y de extensión, otorgar títulos, establecer sus propios criterios y mecanismos de selección de los profesores y estudiantes y aplicar sus recursos para el cumplimiento de su misión institucional y de su función social.

Como católica, la Universidad Santo Tomás para cumplir su misión, se inspira y se ilumina en el mensaje de Cristo y el Magisterio de la Iglesia, y procura el dialogo entre la fe y la ciencia. Esta abierta a todos y a todo; manifiesta el carácter de universalidad y libertad que emana de su misma esencia y excluye por lo mismo, cualquier forma de segregación y sectarismo.

Como entidad sin ánimo de lucro, reinvierte sus excedentes económicos en su propio desarrollo y en el mejoramiento de sus recursos físicos, tecnológicos, educativos y científicos, en el bienestar humano de la comunidad universitaria y en el mejoramiento de la calidad en todos sus campos de acción.

Es propósito de la Universidad Santo Tomás brindar servicios de calidad y articular en su plan de estudios institucionales diversas disciplinas científicas, técnicas, tecnológicas y humanísticas, por exigencia intrínseca de su finalidad universalista, orientada hacia el hombre y la humanización de la vida y para responder a las necesidades más apremiantes de su entorno social, regional, nacional e internacional.

Para su cabal logro de sus propósitos, la Universidad Santo Tomás fomenta la acción conjunta y armónica de todas sus partes y elementos constitutivos y procura la continuidad y convergencia con la misión y los objetivos de la institución.

La persona humana debe ser el principio estructural y la razón de ser del quehacer universitario. Tanto la enseñanza como la investigación y la proyección social han de encaminarse al mejoramiento de la vida de las personas y al desarrollo armónico de todas las dimensiones vitales y complementarias.

El principal agente responsable del proceso de formación integral es el mismo estudiante.

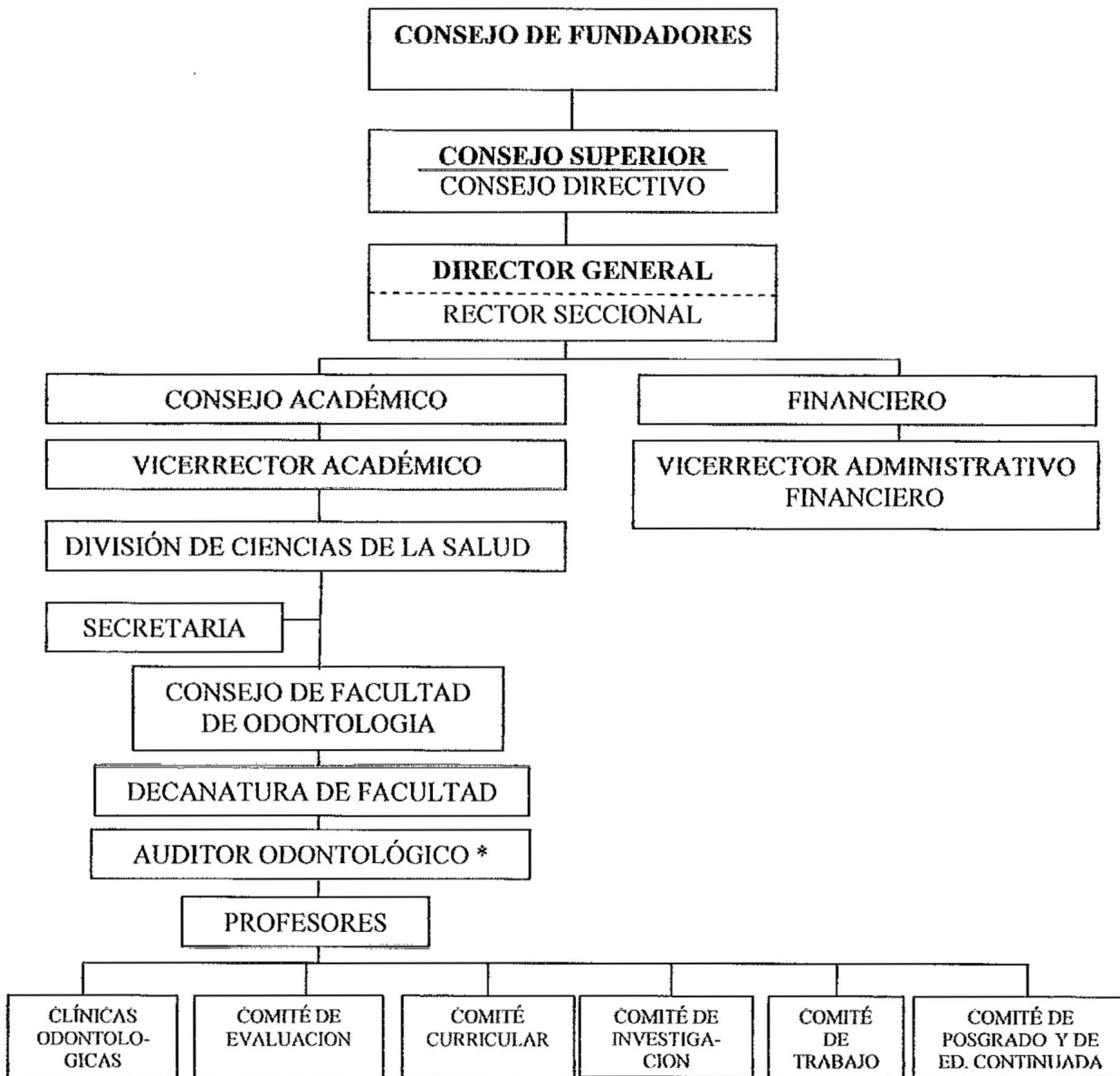
La educación, en su función socializadora debe ayudar a desarrollar y fortalecer las actitudes y comportamientos, que permitan a la persona la convivencia pacífica en comunidad, la toma de conciencia de la dimensión social de toda profesión y el desarrollo de los valores humanos pertinentes, en orden al bien común.

La Universidad en cuanto generadora de conocimiento mediante la investigación y como transmisora del mismo a través de la docencia, considera la ciencia como un producto humano que debe preservar, custodiar, incrementar y difundir.

Por actuar en el medio colombiano, la Universidad Santo Tomás fomenta la identidad y valores nacionales y regionales, promueve la cultura de la justicia social, la convivencia pacífica y el desarrollo integral y solidario.

1.4.5 Organigrama de la institución

Figura 1. Organigrama de la institución



Fuente: Decanatura de Odontología.

2. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el sistema de garantía de calidad y sus temas, con esta fundamentación teórica se procede al diagnóstico de la situación actual, teniendo un marco legal específico, que bajo unas normas preestablecidas busca el mejoramiento de la calidad en la atención en salud, una vez efectuado el diagnóstico, con el levantamiento de encuestas a usuarios del servicio tanto internos como externos, se emitieron conclusiones y recomendaciones que propenden por el mejoramiento de la calidad.

Para la evaluación del autocontrol se emplearon las técnicas de entrevista, revisión documental y observación, con el fin de recolectar información y diligenciar el cuestionario. Para la verificación de las respuestas se utilizaron algunos procedimientos como revisión de documentos, observación de sitios de trabajos y se elaboraron papeles de trabajo.

2.1 PROPÓSITO

A partir del decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002 el gobierno nacional normalizó la adopción de programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad con el fin de garantizar prestación de servicios de calidad que satisfaga las necesidades de los usuarios, se analizaron las entrevistas realizadas a las directivas de las clínicas de la Universidad Santo Tomas y observó la ausencia de un este modelo para el mejoramiento de la calidad.

2.2 POBLACIÓN

Usuarios internos y externos de las clínicas odontológicas de pregrado de la Universidad Santo Tomas, en los cuales se realizó una encuesta de satisfacción de cliente externo a 200 usuarios de las Clínicas Odontológicas de la Universidad Santo Tomás en las sedes de Floridablanca y Bucaramanga, así mismo se realizó una encuesta de Autocontrol de cliente interno a 18 empleados de las Clínicas Odontológicas de la USTA.

2.3 TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo observacional.

3. DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL

3.1 HALLAZGOS

3.1.1 Demanda

Características de la población

Pacientes de estratos 0, 1 y 2 en Bucaramanga y su área metropolitana, vinculados sin capacidad de pago y familiares de los alumnos.

3.1.2 Oferta.

3.1.2.1 Recurso humano. Las clínicas odontológicas de la universidad de Santo Tomas cuentan con el siguiente recurso humano:

1 secretaria, encargada de archivos de HC

1 secretaria, encargada de la información SIPCO y atención al cliente

1 cajera

2 auxiliares de odontología (una encargada del instrumental y otra del material)

1 director de clínica

1 técnico

Un docente por cada 8 alumnos

55 alumnos = 7 docentes

Al inicio de cada semestre el Director de clínicas se encarga distribuir los alumnos que van a entrar a caria clínica en grupos de 8 a los cuales se les asigna un docente pro módulo de 8 unidades. Se cuenta con 2 auxiliares de odontología las cuales tienen funciones diferentes una maneja el instrumental y la otra controla la distribución del material a los alumnos durante los tratamientos. También se dispone de un técnico durante todo el horario de clínicas para resolver cualquier daño en los equipos. Para

controlar el archivo de historias clínicas se cuenta con una secretaria, así mismo otra para el manejo de los RIPS, que se le entregan cuando el alumno completa la planilla. Por último está la cajera que se encarga de emitir la factura correspondiente al valor que debe cancelar el paciente por el procedimiento realizado.

Clinica de Floridablanca

Cuenta con:

- 1 Secretaria para RIPS
- 1 Secretaria encargada del archivo
- 1 Secretaria encargada de la facturación
- 1 secretaria encargada de citas
- 3 auxiliares una para cada sala o piso
- 1 técnico
- 1 director de clínica
- 2 ingenieros de sistemas
- 90 estudiantes = 11 docentes
- 1 docente por cada 8 alumnos

Tres pisos en los cuales se encuentran 4 módulos cada uno con 8 unidades una para cada estudiante, por módulo es asignado un docente el cual estará a cargo de los estudiantes. Se asignan turnos dentro de las tres auxiliares dependiendo del horario de clínicas, para que queden dos por turno en la cual una se encarga de entregar el instrumental esterilizado y recoger el que se va a esterilizar para la siguiente cita y la otra se encarga de la distribución del material. Hay cuatro secretarias cada una con una función distinta (RIPS, facturación, archivo, caja). Hay 2 ingenieros de sistemas encargados de procesar la información de las dos clínicas. Un técnico encargado del mantenimiento de los equipos. Se está manejando sobreoferta en el manejo del archivo

3.1.2.2 Recursos físicos

Clínica de Bucaramanga: cuenta con 30 unidades de odontología y 1 unidad de RX

Clínica de Floridablanca: cuenta con 97 unidades odontológicas y 2 equipos de RX

3.1.2.3 Recursos económicos. Aportes propios de la Universidad Santo Tomas.

3.1.2.4. Procesos. Basados en el artículo 2309 del 15 de Octubre del 2002, la Universidad no cuenta con unos procesos debidamente estandarizados.

3.1.2.5 Resultados. Los resultados obtenidos corresponden al número de consultas realizadas desde 1 de febrero al 31 de octubre del 2003.

Tabla 1. Análisis epidemiológico

	Floridablanca	Bucaramanga
Total de consultas	1028	500
Numero de pacientes por alumno	1 pte/mes	1 pte/mes
Numero de pacientes por docente	X= 7.75 pte/mes	X= 5.95 pacientes/mes
Numero de pacientes por unidad	X=10,6 pte/unidad	X= 16,67 ptes por unidad/mes

Morbilidad	enfermedad	total	%
	caries activa	1375	90%
	pulpitis	153	10%
		1520	100%
Mortalidad	nula		

Fuente: Datos tomados Directores Clínicas Odontológicas

- La patología por la cual más se consulta es caries, seguida por la pulpitis.

> *Encuesta de satisfacción del cliente externo*

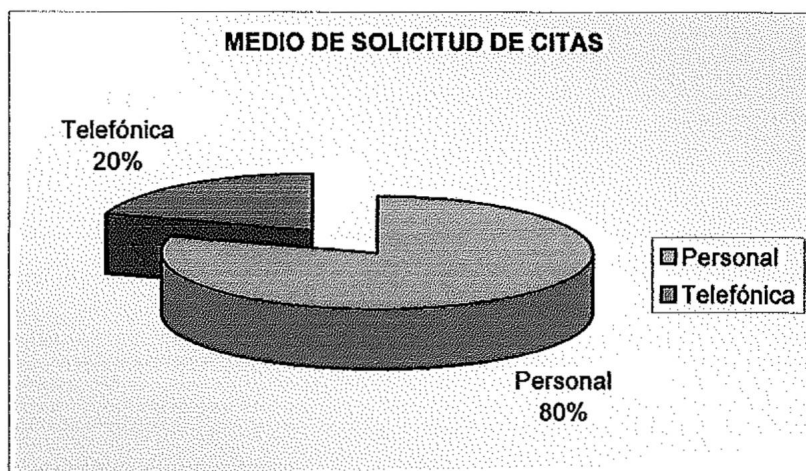
Se evaluaron 200 usuarios de las clínicas odontológicas de la Universidad Santo Tomás (USTA) en las sedes de Bucaramanga y Floridablanca y se encontró;

Tabla 2, Medio de solicitud de cita

SATISFACCIÓN DEL USUARIO		
CLIENTE EXTERNO		
Medio de solicitud de la cita		
CITA	N	%
Personal	159	79,60%
Telefónica	41	20,40%
Total	200	100,00%

Fuente: Encuesta realizada por los autores del proyecto.

Figura 2. Medio de solicitud de citas



Fuente: Los autores del proyecto.

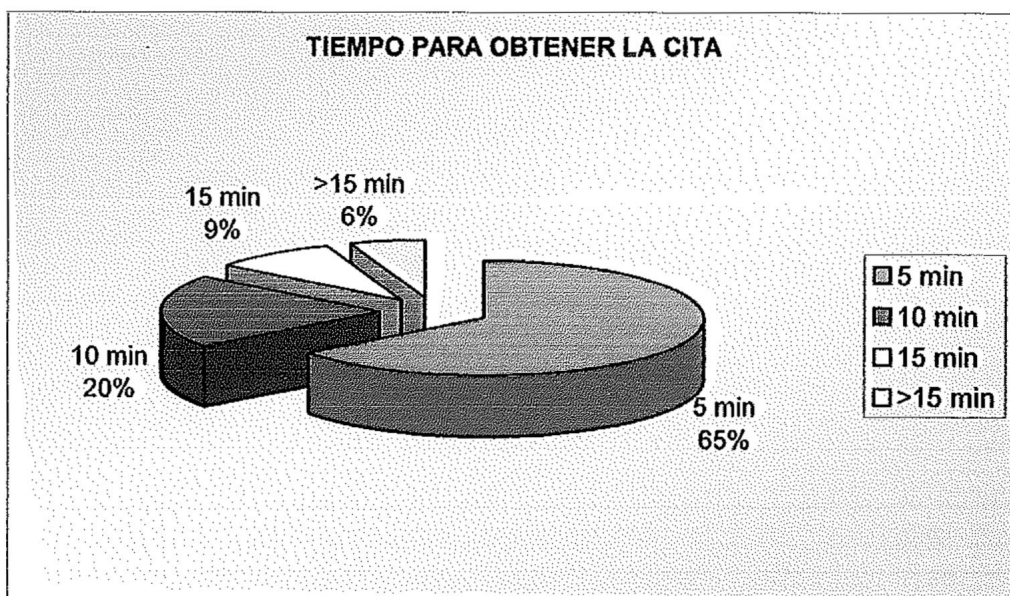
El 79.60% de los usuarios solicitan la cita odontológica de manera personal.

Tabla 3. Tiempo para obtener la cita

Tiempo para obtener ia cita		
TIEMPO	N	%
5 min	130	64,81%
10 min	41	20,37%
15 min	19	9,26%
>15 min	11	5,56%
Total	200	100,00%

Fuente: Los autores del proyecto.

Figura 3. Tiempo para obtener la cita



Fuente: Los autores del proyecto.

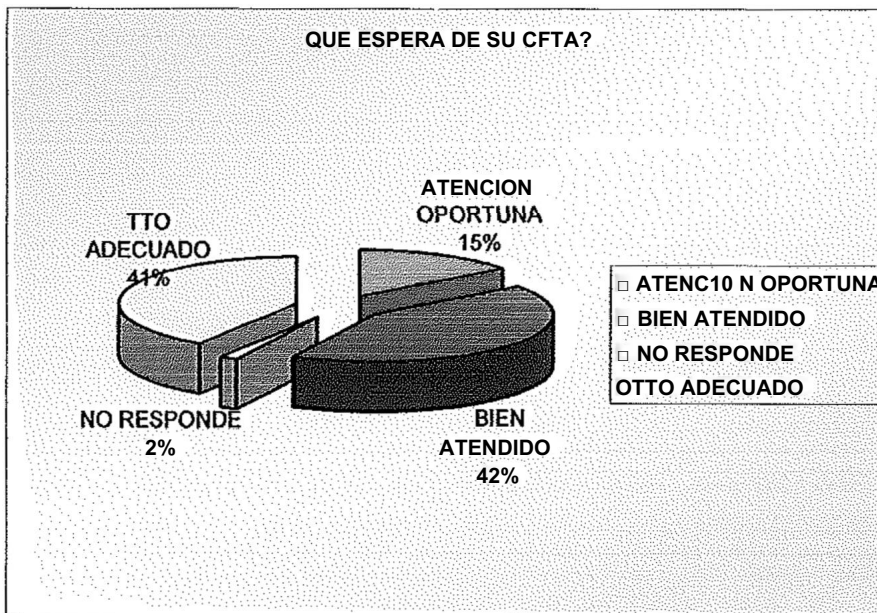
El 85% de los usuarios son atendidos por el Odontólogo en menos de 10 minutos, mientras que el 14.82% son atendidos en un tiempo mayor de 10 minutos.

Tabla 4. ¿Qué espera de su cita?

¿Qué espera de su cita?		
ESP_CIT	N	%
Atención oportuna	30	14,80%
Bien atendido	85	42,60%
No responde	4	1,90%
Tto adecuado	81	40,70%
Total	200	100,00%

Fuente: Los autores del proyecto.

Figura 4. ¿Qué espera de su cita?



Fuente: Los autores del proyecto.

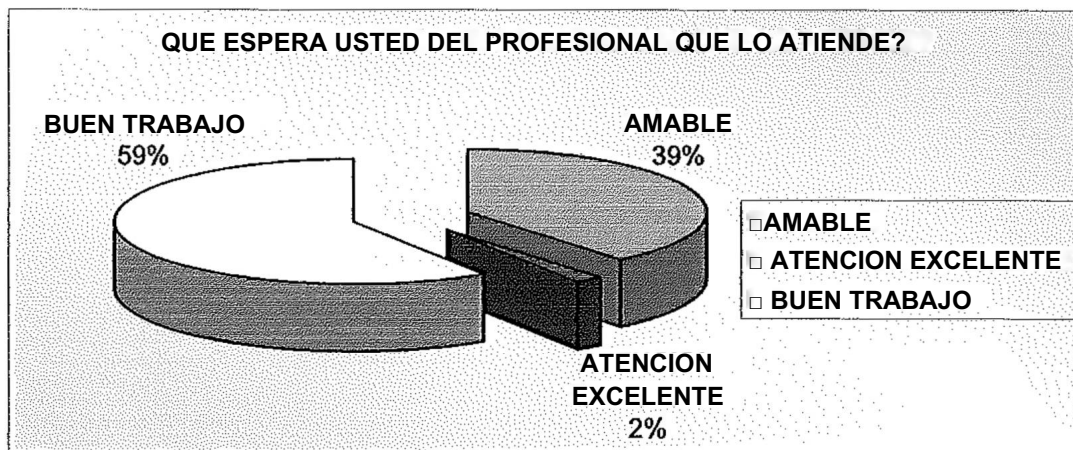
El 42.6% de los usuarios esperan ser bien atendidos en su cita y el 40,7% considera que deben recibir un tratamiento adecuado.

Tabla 5. ¿Qué espera usted del profesional que lo atiende?

¿Que espera usted del profesional que lo atiende?		
ESPJPRO	N	%
Amable	78	38,90%
Atención excelente	4	1,90%
Buen trabajo	119	59,30%
Total	200	100,00%

Fuente: Los autores del proyecto.

Figura 5. ¿Qué espera usted del profesional que lo atiende?



Fuente: Los autores del proyecto.

El 59,3% espera que el profesional que lo atiende realice un buen trabajo y el 38.9% espera un trato amable.

Tabla 6, ¿Quedó satisfecho con el trato de su odontólogo?

¿Quedó satisfecho con el trato de su odontólogo?		
SAÍPR	N	%
No	7	3,70%
Si	193	96,30%
Total	200	100,00%

Fuente: Los autores del proyecto.

Figura 6. ¿Quedó satisfecho con el trato de su odontólogo?



Fuente: Los autores del proyecto.

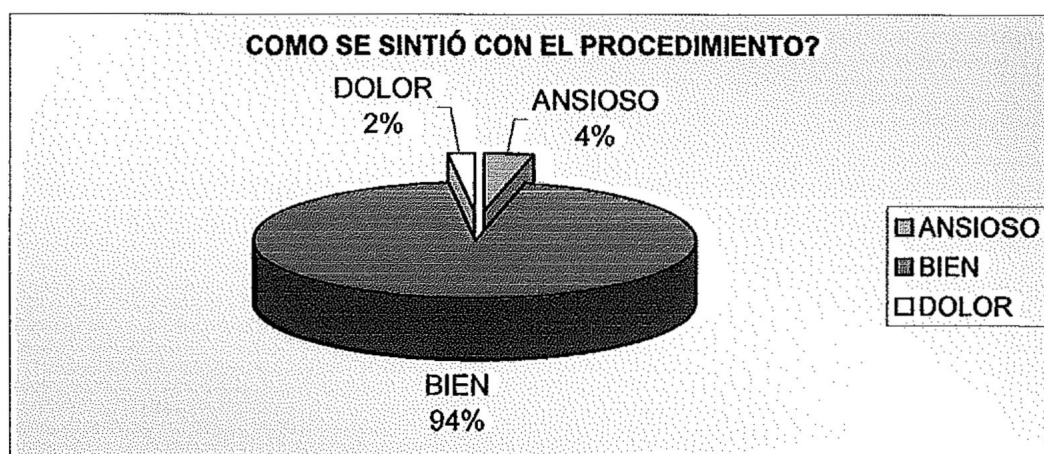
El 96.3% de los usuarios atendidos quedaron satisfechos con el trato del profesional que le efectuó el procedimiento.

Tabla 7, ¿Cómo se sintió con el procedimiento?

Como se sintió con el procedimiento?		
COM_PROC	N	%
Ansioso	7	3,70%
Bien	189	94,40%
Dolor	4	1,90%
Total	200	100,00%

Fuente: Los autores del proyecto.

Figura 7. ¿Cómo se sintió con el procedimiento?



Fuente: Los autores del proyecto.

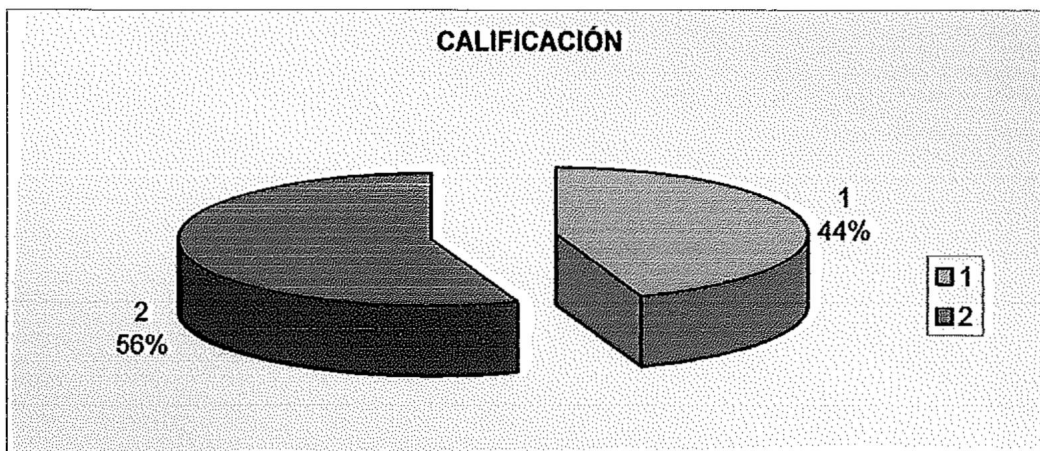
En cuanto a cómo se sintieron los usuarios con el procedimiento, el 94.4% manifestó haberse sentido bien durante el mismo.

Tabla 8. Califique de 1 a 5 la calidad del servicio

Califique de 1 a 5 la calidad del servicio		
CAL SER	N	%
4	19	9,30%
5	181	90,70%
Total	200	100,00%

Fuente: Los autores del proyecto.

Figura 8. Califique de 1 a 5 la calidad del servicio



Fuente: Los autores del proyecto.

La calificación global más alta con relación a la calidad del servicio de las clínicas odontológicas de la USTA fue de 5 con un porcentaje del 90.7% y de 4 con un 9.3%. No se registraron puntajes inferiores a 4.

> **Encuesta de Autocontrol del Cliente Interno**

Para realizar la evaluación al sistema de control interno, se aplicaron pruebas de auditoría con el fin de establecer el grado de desarrollo de los procesos los cuales tienen componentes que expresan los factores y estos a la vez se despliegan en preguntas que ubican los niveles de desarrollo para su calificación. Estableciendo un diagnóstico del cumplimiento de los requerimientos del Autocontrol; y así complementar los puntos débiles para el desarrollo de la calidad en el servicio.

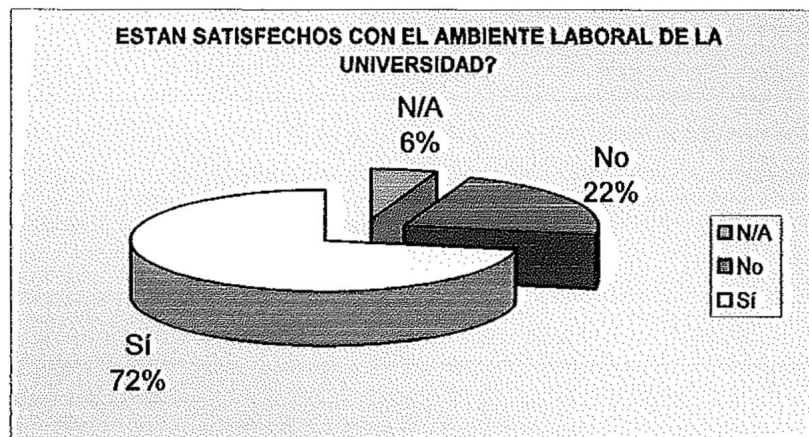
Se realizaron 18 encuestas del total de empleados de las Clínicas odontológicas de la USTA. Se encontró:

Tabla 9. ¿Está satisfecho con el ambiente laboral de la universidad?

¿Están satisfechos con el ambiente laboral de la universidad?		
SATAMB	N	%
N/A	1	5,60%
No	4	22,20%
Sí	13	72,20%
Total	18	100,00%

Fuente: Los autores del proyecto.

Figura 9. ¿Está satisfecho con el ambiente laboral de la universidad?



Fuente: Los autores del proyecto.

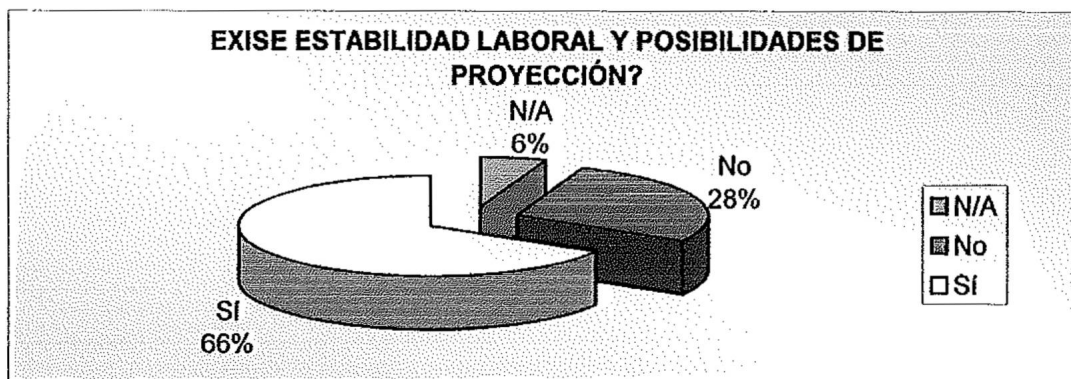
El 72.2% están satisfechos con el ambiente laboral de la Universidad mientras que el 22.2% no lo está.

Tabla 10. ¿Existe estabilidad laboral y posibilidades de proyección?

Existe estabilidad laboral y posibilidades de proyección?		
ESTJLAB	N	%
N/A	1	5,60%
No	5	27,80%
Sí	12	66,70%
Total	18	100,00%

Fuente: Los autores del proyecto.

Figura 10. ¿Existe estabilidad laboral y posibilidades de proyección?



Fuente: Los autores del proyecto.

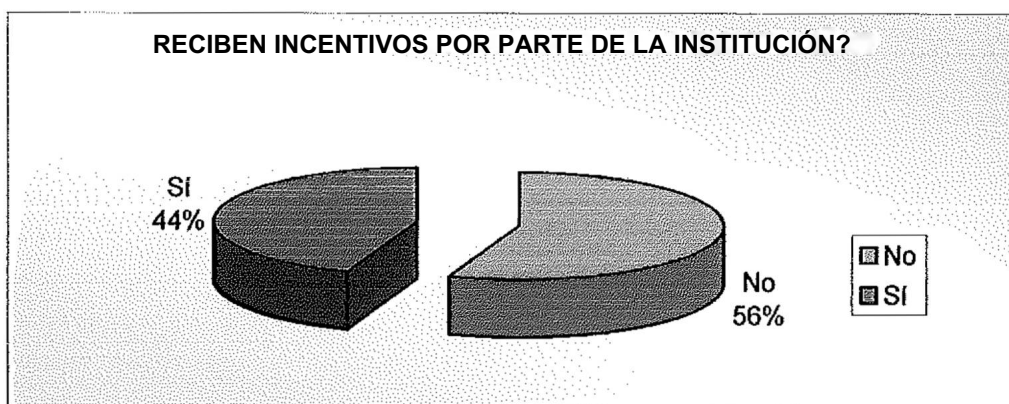
El 66.7% considera que existe estabilidad laboral y posibilidades de proyección dentro de la institución.

Tabla 11. ¿Reciben incentivos por parte de la institución?

Reciben incentivos por parte de la institución?		
INCENT	N	%
No	10	55,60%
Sí	8	44,40%
Total	18	100,00%

Fuente: Los autores del proyecto.

Figura 11, ¿Reciben incentivos por parte de la institución?



Fuente: Los autores del proyecto.

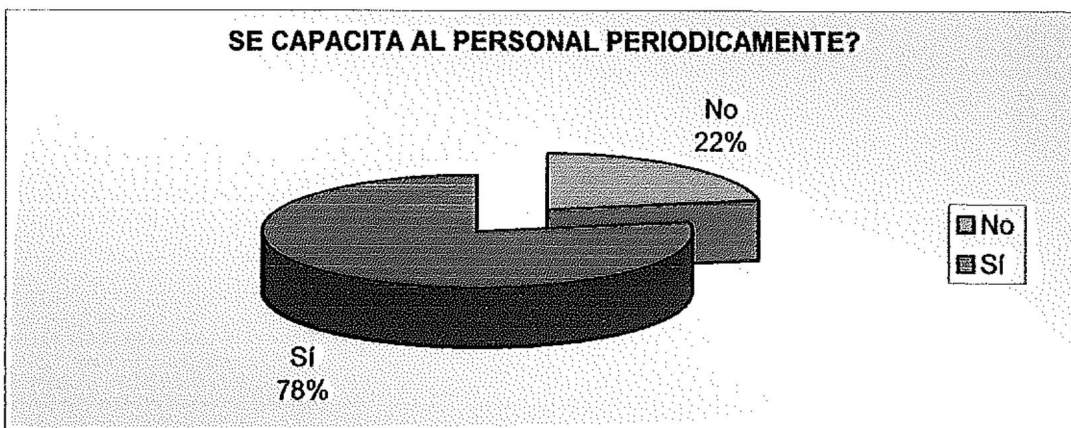
El 55.6% de los encuestados considera que no reciben incentivos por parte de la institución.

Tabla 12» ¿Se capacita al personal periódicamente?

¿Se capacita al personal periódicamente?		
CAPAC	N	%
No	4	22,20%
Sí	14	77,80%
Total	18	100,00%

Fuente: Los autores del proyecto.

Figura 12. ¿Se capacita al personal periódicamente?



Fuente: Los autores del proyecto.

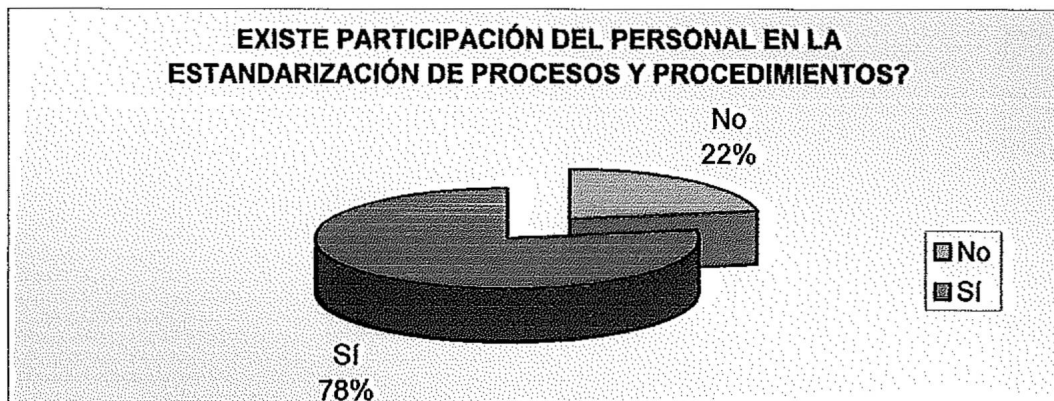
En cuanto a la capacitación periódica, el 77.8% de los encuestados considera que sí se realiza un programa de capacitación continua.

Tabla 13» ¿Existe participación del personal en la estandarización de procesos y procedimientos?

Existe participación del personal en la estandarización de procesos y procedimientos?		
PART_P	N	%
No	4	22,20%
Sí	14	77,80%
Total	18	100,00%

Fuente: Los autores del proyecto.

Figura 13. ¿Existe participación del personal en la estandarización de procesos y procedimientos?



Fuente: Los autores del proyecto.

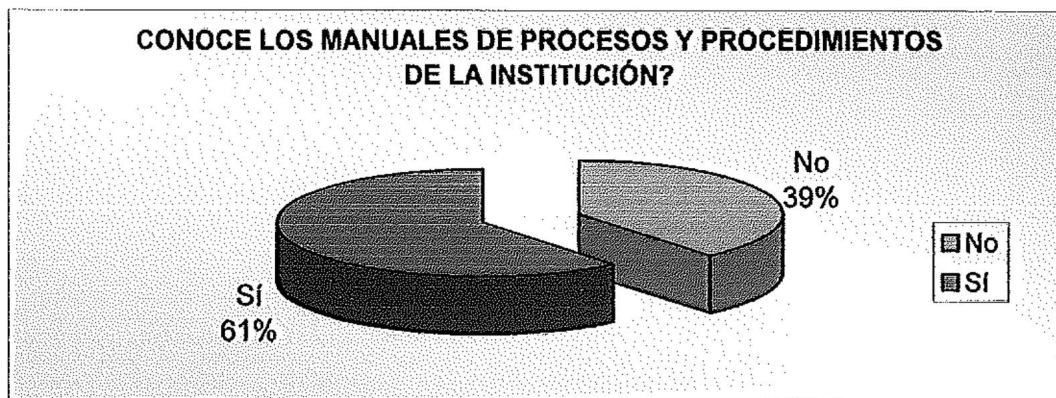
El 77.8% de los encuestados manifiesta que existe participación del personal en la estandarización de procesos y procedimientos.

Tabla 14, ¿Conoce los manuales de procesos y procedimientos de la institución?

Conoce los manuales de procesos y procedimientos de la institución?		
CON. MANU	N	%
No	7	38,90%
Sí	11	61,10%
Total	18	100,00%

Fuente: Los autores del proyecto.

Figura 14. ¿Conoce los manuales de procesos y procedimientos de la institución?



Fuente: Los autores del proyecto.

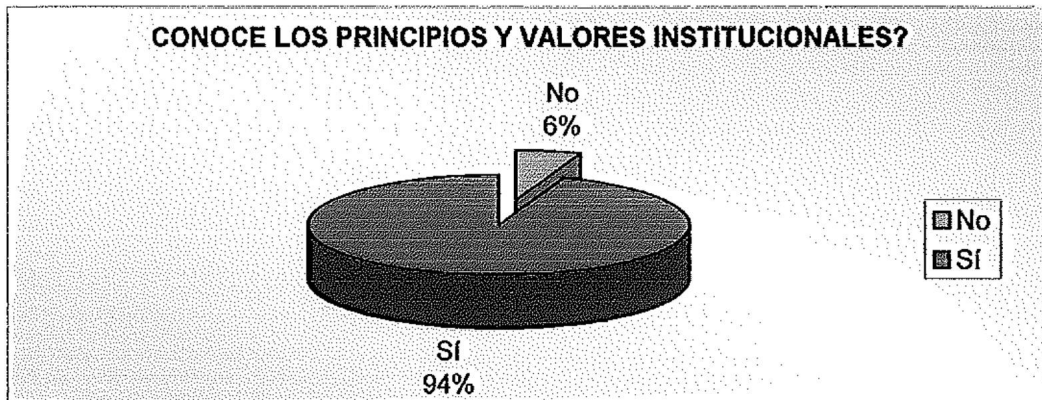
El 61.1% de los encuestados manifiesta que conoce los manuales de procesos y procedimientos de la institución.

Tabla 15, ¿Conoce los principios y valores institucionales?

Conoce los principios y valores institucionales?		
CON. PPIO	N	%
No	1	5,60%
Sí	17	94,40%
Total	18	100,00%

Fuente: Los autores del proyecto.

Figura 15. ¿Conoce los principios y valores institucionales?



Fuente: Los autores del proyecto.

El 94.4% del personal conoce los principios y valores institucionales de las clínicas odontológicas de la USTA.

4. HALLAZGOS DEL AUTOCONTROL DE LA UNIVERSIDAD SANTO

TOMAS

Se aplicaron pruebas de auditoría con el fin de establecer el grado de desarrollo de los PROCESOS, las cuales tienen componentes que expresan los factores y éstos a la vez se despliegan en preguntas que ubican los niveles de desarrollo para su calificación. Estableciendo un diagnóstico del cumplimiento de los Requerimientos del Autocontrol; así identificar los puntos débiles para el desarrollo de la calidad en el servicio.

4.1 FASE AMBIENTE DE CONTROL

4.1.1 Principios y valores institucionales. En la Universidad le mayoría del personal administrativo y Docente conoce los principios y valores de la institución.

4.1.2 Compromiso y respaldo de la alta dirección. Falta más compromiso por parte de las directivas ya que los empleados están insatisfechos por no recibir incentivos.

4.1.3 Cultura del autocontrol.

4.1.4 Pilares del autocontrol.

a. Motivación (YO QUIERO): una actitud positiva frente a la organización es el primer paso para el autocontrol, un personal desmotivado difícilmente cumplirá con sus responsabilidades. La motivación está fuertemente arraigada en la satisfacción de las necesidades humanas. En la Universidad el personal se encuentra motivado pues hay un ambiente laboral ideal, sienten que hay estabilidad laboral posibilidades de proyección.

> Facilitadores de la motivación:

Condiciones estructurales propicias para la calidad de vida en el trabajo.

Remuneración justa y oportuna.

ir Estabilidad laboral y posibilidades de proyección.

Estilos gerenciales abiertos.

ir Cultura organizacional positiva.

ir Entorno de justicia y equidad.

★ Actitud mental positiva.

Incentivos a la excelencia.

b. Conocimiento: en muchas ocasiones las personas no hacen las cosas por simple desconocimiento, la importancia del conocimiento es directamente proporcional a la complejidad y nivel de riesgo del sector. No se debe presumir que el título técnico o universitario garantice las destrezas necesarias en el personal. Es por esto que la Universidad realiza programas de capacitaciones periódicas a los Docentes y empleados.

> Facilitadores del conocimiento:

ir Procesos estrictos de selección e inducción del personal.

ir La capacitación y el entrenamiento como una práctica continua.

Evaluaciones del desempeño, ligadas a la capacitación.

ir Estandarización sólida.

ir Cultura de apertura al aprendizaje.

c. Responsabilidad: para que exista autocontrol se requiere un marco explícito y justo de distribución de funciones y responsabilidades, este conjunto de lincamientos debe brindar total claridad sobre las reglas del juego, sin sacrificar las posibilidades para la iniciativa individual. Cada funcionario tiene claras las funciones que deben desempeñar en las institución,

> Facilitadores de la responsabilidad:

- Políticas y directrices claras y conocidas por todos.
- Distribución justa de las responsabilidades.
- Fomento del sentido de pertenencia.
- Sistemas objetivos de evaluación del desempeño.
- Liderazgo del buen ejemplo.

d. Posibilidad de actuación: la creación de un ambiente organizacional propicio para la iniciativa individual a favor de la calidad, es condición indispensable para el desarrollo del autocontrol. Para facultar a los empleados es necesario crear condiciones de confianza y definir con precisión el alcance de las facultades conferidas. Además se le da la oportunidad de participar en la estandarización de procesos y procedimientos, para conocer mejor el funcionamiento de la institución.

> Facilitadores de la posibilidad de actuación:

- Lincamientos claros para la actuación individual.
- A** Ambiente de confianza.
- A** Respeto por el conocimiento y ámbito de acción de las diversas disciplinas.
- Cultura de reconocimiento al cumplimiento de las responsabilidades individuales.

4.2 FASE DE DOCUMENTACIÓN

En esta Fase se hace énfasis en el conocimiento y la tenencia de la documentación necesaria para el trabajo y para mantener la memoria institucional. Es preocupante un alto porcentaje del personal manifiestan no conocer los manuales de procesos y procedimientos de la institución.

4.2.1 Normas y disposiciones internas. Se deben conocer las normas y disposiciones internas, las cuales se tienen adecuadamente archivadas para su manejo y consulta.

4.2.2 Fase retroalimentación. Busca generar al interior de la Universidad, una cultura de autocontrol que permita mejorar la gestión y resultados a través de los Planes de Mejoramiento que dinamicen el Sistema de Control Interno.

4.3 AUDITORÍA INTERNA

4.3.1 Necesidades y expectativas del cliente

Tabla 16. Necesidades y expectativas del cliente

Identificación de Productos	Identificación del Cliente	Identificación de las Necesidades y/o las Expectativas del Cliente
Atención odontológica	1. Cliente interno: a. Docentes	a. Recibir respeto por parte del usuario
	b. Estudiantes	b. Puntualidad de los pacientes - Que el paciente pague su tratamiento - Que los pacientes sean constantes en el tratamiento.
	c. Auxiliares	c. Respeto por parte de los estudiantes
	d. Secretarias	d. Que presente todos los documentos. - Que soliciten la cita con anterioridad - Que el usuario diligencie por escrito cualquier reclamo o sugerencia
	2. Cliente externo:	a. Que el trabajo quede muy bien hecho.
	a. Usuario	b. Que mantengan excelentes relaciones con sus pacientes, brindando el servicio en forma amable y respetuosa. c. Que los tratamientos sean de calidad y se puedan garantizar. d. Que me tengan paciencia y no me duela el procedimiento.

Fuente: Los autores del proyecto.

4.3.2 Proceso de atención odontológica

Tabla 17. Desarrollo de indicadores de gestión

ATRIBUTOS DE CALIDAD	QUÉ MEDIR (ALCANCE DE LOS INDICADORES)	QUIÉN DEBE MEDIR	CUÁNDO MEDIR	CÓMO MEDIR
Accesibilidad	Posibilidad que puede incidir en la demora del paciente en acceder al servicio	Auditor Odontología	Mensualmente	Aplicando la fórmula del indicador
Oportunidad	Posibilidad del paciente de obtener el servicio sin presentar retraso	Auditor Odontología	Mensualmente	Indicador de atención Oportuna. - Medición de tiempo (días)
Seguridad	Mínimo riesgo para el paciente durante la atención odontológica	Auditor Odontología	Bimensualmente	Aplicando el indicador
Pertinencia	Mayor beneficio para el paciente	Auditor Odontología	Bimensualmente	Indicador de proporción de errores en pacientes Atendidos mediante un instrumento específico.
Continuidad	Posibilidad del paciente de acceder de otro nivel de servicio más especializado	Auditor Odontología	Bimensualmente	Aplicando el indicador

Fuente: Los autores del proyecto.

Tabla 18. Ficha técnica del indicador 001

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

Clínicas odontológicas asistenciales USTA	Código del indicador: 001
	Nombre del indicador: Posibilidad del paciente que se le preste el servicio
	Aprobado por: Tutor de tesis
	Fecha: 2003

Objetivo del Indicador	Identificar el número de pacientes que tuvieron la posibilidad de obtener una cita
Atributo de Calidad	Accesibilidad
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que obtuvieron la cita} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes que solicitaron cita}}$
Estándar	100%
Línea de Base	Un paciente por turno de clínica
Periodicidad del Indicador	Mensualmente

Fuente: Los autores del proyecto.

No todos los pacientes que ingresan a la Universidad pueden acceder al servicio Odontológico ya que se encontró que cada alumno está dedicando sus tres horas de clínica a un solo paciente.

Tabla 19. Ficha técnica del indicador 002

Clínicas odontológicas asistenciales USTA	Código del indicador: 002
	Nombre del indicador: Demora en el acceso al servicio
	Aprobado por: Tutor de tesis
	Fecha: 2003

Objetivo del Indicador	Identificar el número de pacientes atendidos en un lapso de tiempo establecido por la institución
Atributo de Calidad	Oportunidad
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes atendidos en menos de 48 horas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes que solicitaron cita}}$
Estándar	48 horas
Línea de Base	72 horas
Periodicidad del Indicador	Mensual mente

Fuente: Los autores del proyecto.

Los pacientes que solicitan la cita se atienden mínimo en 72 horas lo cual es un tiempo excesivo lo que causa retrasos en la atención.

Tabla 20. Ficha técnica del indicador 003

Clínicas odontológicas asistenciales USTA	Código del indicador: 003
	Nombre del indicador: Seguridad en el tratamiento odontológico
	Aprobado por: Tutor de tesis
	Fecha: 2003

Objetivo del Indicador	Identificar el número de pacientes a los cuales se les realizo retratamiento
Atributo de Calidad	Seguridad
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes complicados por no manejo de protocolos} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes tratados}}$
Estándar	98%
Línea de Base	98%
Periodicidad del Indicador	Bimensualmente

Fuente: Los autores del proyecto.

No se presentan riesgos en el servicio ya que el Docente supervisa cada procedimiento paso a paso.

Tabla 21, Ficha técnica del indicador 004

Clínicas odontológicas asistenciales USTA	Código del indicador: 004
	Nombre del indicador: Pertinencia en el tratamiento odontológico
	Aprobado por: Tutor de tesis
	Fecha: 2003

Objetivo del Indicador	Verificar el número de pacientes que fueron atendidos siguiendo protocolo de manejo.
Atributo de Calidad	Pertinencia
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes manejados siguiendo protocolo} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes tratados}}$
Estándar	100%
Línea de Base	98%
Periodicidad del Indicador	Bimensualmente

Fuente: Los autores del proyecto.

En la Universidad se atienden los pacientes siguiendo los protocolos de manejo para cada área (Cirugía, Periodoncia, Odontopediatría, Rehabilitación, Endodoncia y Operatoria),

Tabla 22. Ficha técnica del indicador 005

Clínicas odontológicas asistenciales USTA	Código del indicador: 005
	Nombre del indicador: Continuidad en las intervenciones requeridas en el servicio odontológico
	Aprobado por: Tutor de tesis
	Fecha: 2003

Objetivo del Indicador	Identificar el número de pacientes que terminaron el tratamiento
Atributo de Calidad	Continuidad
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con tratamiento terminado} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que iniciaron tratamiento}}$
Estándar	95%
Línea de Base	No existe
Periodicidad del Indicador	Bimensualmente

Fuente: Los autores del proyecto.

La mayoría de los tratamientos de odontología no tienen continuidad, esto es debido a que cuando el estudiante cumple con sus requisitos no vuelve a llamar a la paciente para continuar con el tratamiento y lograr terminarlo.

4.3.3 Proceso de atención al usuario

Tabla 23» Proceso de atención al usuario

ATRIBUTOS DE CALIDAD	QUÉ MEDIR (ALCANCE DE LOS INDICADORES)	QUIÉN DEBE MEDIR	CUÁNDO MEDIR	CÓMO MEDIR
Satisfacción del Usuario con el Tratamiento	El paciente quede satisfecho con el tratamiento	Auditoria	Bimensualmente	Aplicando el instrumento de evaluación de satisfacción de usuarios.
Satisfacción del usuario en la asignación de citas	El paciente debe quedarse satisfecho con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido	Auditor	Trimestralmente	Con la encuesta de satisfacción de usuarios
Satisfacción del usuario con la amabilidad	El paciente debe sentir que fue atendido con calidez y respeto.	Auditor	Trimestralmente	Mediante la encuesta de satisfacción de usuario.

Fuente: Los autores del proyecto.

Tabla 24. Ficha técnica del indicador 006

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

Clínicas odontológicas asistenciales USTA	Código del indicador: 006
	Nombre del indicador: Proporción de pacientes satisfechos con el tratamiento
	Aprobado por: Tutor de tesis
	Fecha: 2003

Objetivo del Indicador	Identificar la proporción de pacientes satisfechos con el tratamiento
Atributo de Calidad	Satisfacción del usuario con el tratamiento
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes satisfechos con tratamientos} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes atendidos}}$
Estándar	100%
Línea de Base	94.4%
Periodicidad del Indicador	Bimensualmente

Fuente: Los autores del proyecto.

El resultado del porcentaje de satisfacción al usuario es casi el esperado, los pacientes están satisfechos con los procedimientos que el estudiante les realiza.

Tabla 25. Ficha técnica del indicador 007

Clínicas odontológicas asistenciales USTA	Código del indicador: 007
	Nombre (leí indicador: Proporción de pacientes satisfechos con la oportunidad en la asignación de citas
	Aprobado por: Tutor de tesis
	Fecha: 2003

Objetivo del Indicador	Identificar la proporción de pacientes satisfechos con el tiempo que tuvo que esperar para ser atendido en el servicio de odontología.
Atributo de Calidad	Satisfacción del usuario con la oportunidad en la asignación de citas
Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes satisfechos con citas asignadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes encuestados}} \times 100$
Estándar	100%
Línea de Base	79.6%
Periodicidad del Indicador	Trimestralmente

Fuente: Los autores del proyecto.

Hay deficiencia en el proceso de asignación de citas, se presenta demora en el proceso de asignación de citas

Tabla 26. Ficha técnica del indicador 008

Clínicas odontológicas asistenciales USTA	Código del indicador: 008
	Nombre del indicador: Proporción de pacientes satisfechos con la amabilidad del odontólogo
	Aprobado por: Tutor de tesis
	Fecha: 2003

Objetivo del Indicador	Identificar el nivel de satisfacción del usuario respecto a la amabilidad en el servicio
Atributo de Calidad	Satisfacción del usuario con la amabilidad del odontólogo
Formula del Indicador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes satisfechos con la amabilidad del odontólogo}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes encuestados}} \times 100$
Estándar	100%
Línea de Base	96.3%
Periodicidad del Indicador	Trimestralmente

Fuente: Los autores del proyecto.

Existe una gran satisfacción por parte del usuario con el trato amable que le brinda el estudiante.

5. CONCLUSIONES

- En las clínicas odontológicas existe una sobreoferta de secretarías.
 - El 94% del personal conoce los principios y valores institucionales.
 - Faltan incentivos a los trabajadores.
 - Estabilidad laboral y posibilidad de proyección.
 - Existen programas de capacitación continua.
 - Participación del personal en la estandarización de procesos y procedimientos.
 - Un 40% del personal no conoce los manuales de procesos y procedimientos de la institución.
 - Hay deficiencia en la accesibilidad al servicio de odontología
 - La oportunidad de las citas esta a 72 horas.
 - Existe seguridad en el servicio de odontología
 - Existe pertinencia en los procedimientos que realizan los estudiantes
 - No manejan un estándar par el atributo de Continuidad.
 - El 94% de los usuarios están satisfechos con el procedimiento.
 - El 96% de los usuarios quedaron satisfechos con el trato del profesional que lo atendió.
 - No están definidos los procesos prioritarios.
 - No existe un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.
- A No esta definida la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada.
- A No cuenta con un modelo de Auditoría interna, ni sus tres niveles de operación.
- No cuenta con un modelo de Autocontrol, ni su nivel de operación PHVA.

6. RECOMENDACIONES

- Se sugiere fusionar los cargos de las secretarías.
- Mantener el sistema de información de la institución en principios y valores.
- Se debe crear una actitud positiva en el trabajador a través de los incentivos

A Brindarle estabilidad laboral al trabajador

A Continuar con la capacitación académica para el personal de las clínicas.

A Mantener la participación en la estandarización de procesos y procedimientos.

A Debe hacerse un despliegue de información para darse a conocer los manuales de

A procesos y procedimientos.

- Aumentar el horario de asignación de citas telefónicas

A El estudiante debe asignarle al paciente la cita en un tiempo máximo de 48 horas con el fin de evitar retrasos en la atención

- Los Docentes deben supervisar cada actividad como lo han venido haciendo
- Es necesario seguir manejando los protocolos de atención para cada área ya que se cumplen con los estándares establecidos.
- Deben implementar un instrumento que evalúe la continuidad en el tratamiento del paciente.
- Efectuar seguimiento o monitoreo periódico para evaluar si las actividades de atención al usuario se están manteniendo en el nivel de estándar esperado.
- El odontólogo debe realizar un trabajo de calidad para lograr la satisfacción del

A cliente.

- La universidad Santo Tomás debe implementar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad Basado en el Artículo 36 del Decreto 2309 de octubre de 2002. Este PAMEC implica tres características:

A La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios de la atención odontológica

- * La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas
- * La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

Niveles de operación de la Auditoría Interna:

Tabla 27. Niveles de operación de la Auditoría Interna

AUDITORÍA INTERNA	
ACCIONES PREVENTIVAS	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación de los empleados - Conocimiento por parte del profesional de los procesos y procedimientos - Fortalecimiento de la cultura del Autocontrol - Estandarización de procesos y procedimientos - Adopción de estándares de calidad
ACCIONES DE SEGUIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores - Encuestas - Instrumentos
ACCIONES COYUNTURALES	<ul style="list-style-type: none"> - Comités ADHOC

Fuente: Los autores del proyecto.

- Se recomienda manejar el ciclo PHVA para la implementación del Autocontrol
- La Universidad debe adoptar la calidad como una nueva filosofía
- Hacer de la capacitación una práctica continua en la institución
- Se deben dar incentivos a la excelencia.
- Continuar con el fortalecimiento de la cultura del autocontrol, ya que es fundamental tanto en la vida personal como en la Universidad.

- Mantener el compromiso evidenciado con la Universidad.
- . Efectuar el seguimiento o monitoreo periódico, para evaluar si las actividades recomendadas fueron implementadas y hacer los ajustes pertinentes, con el fin de mantenerlos actualizados y vigentes, logrando los resultados esperados.
- Niveles de operación del Autocontrol:

Figura 16. Niveles de operación del Autocontrol

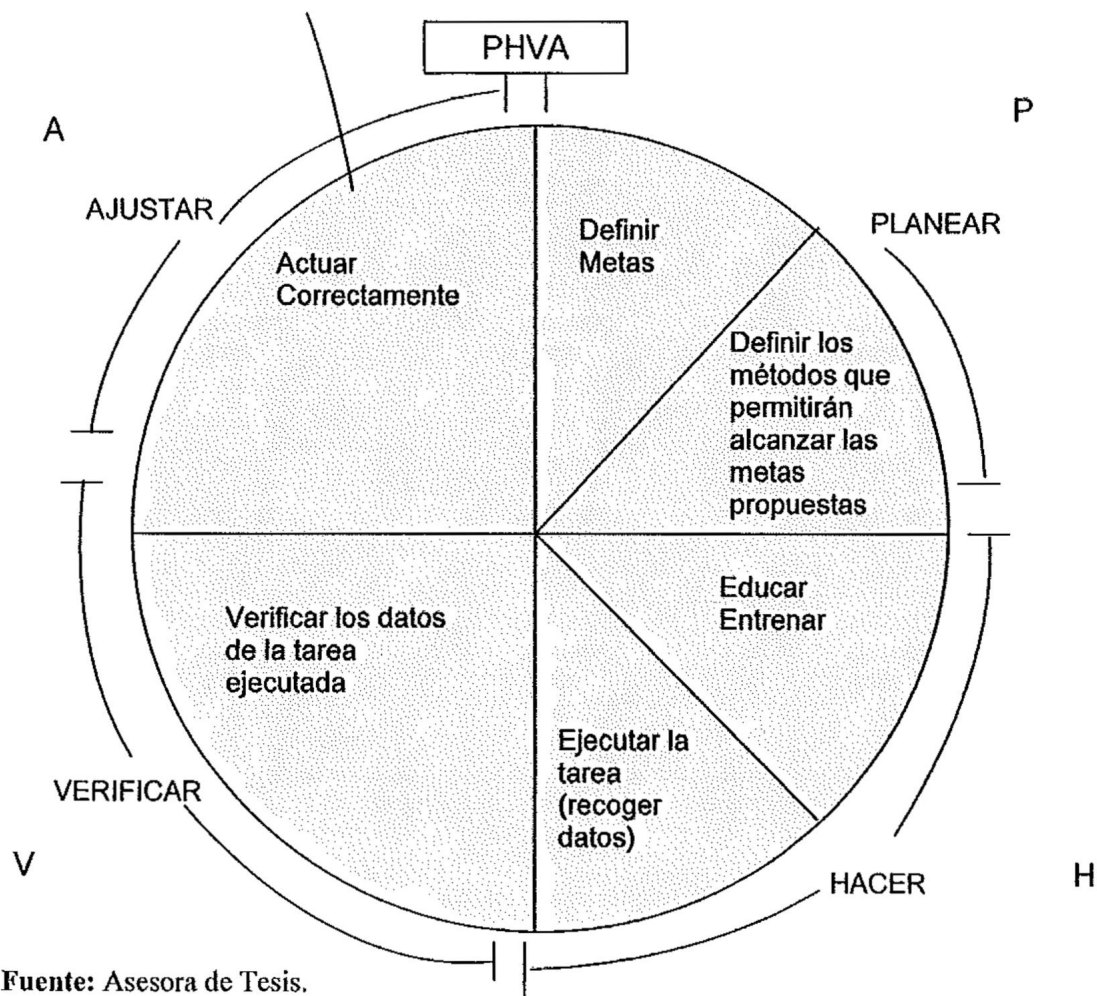
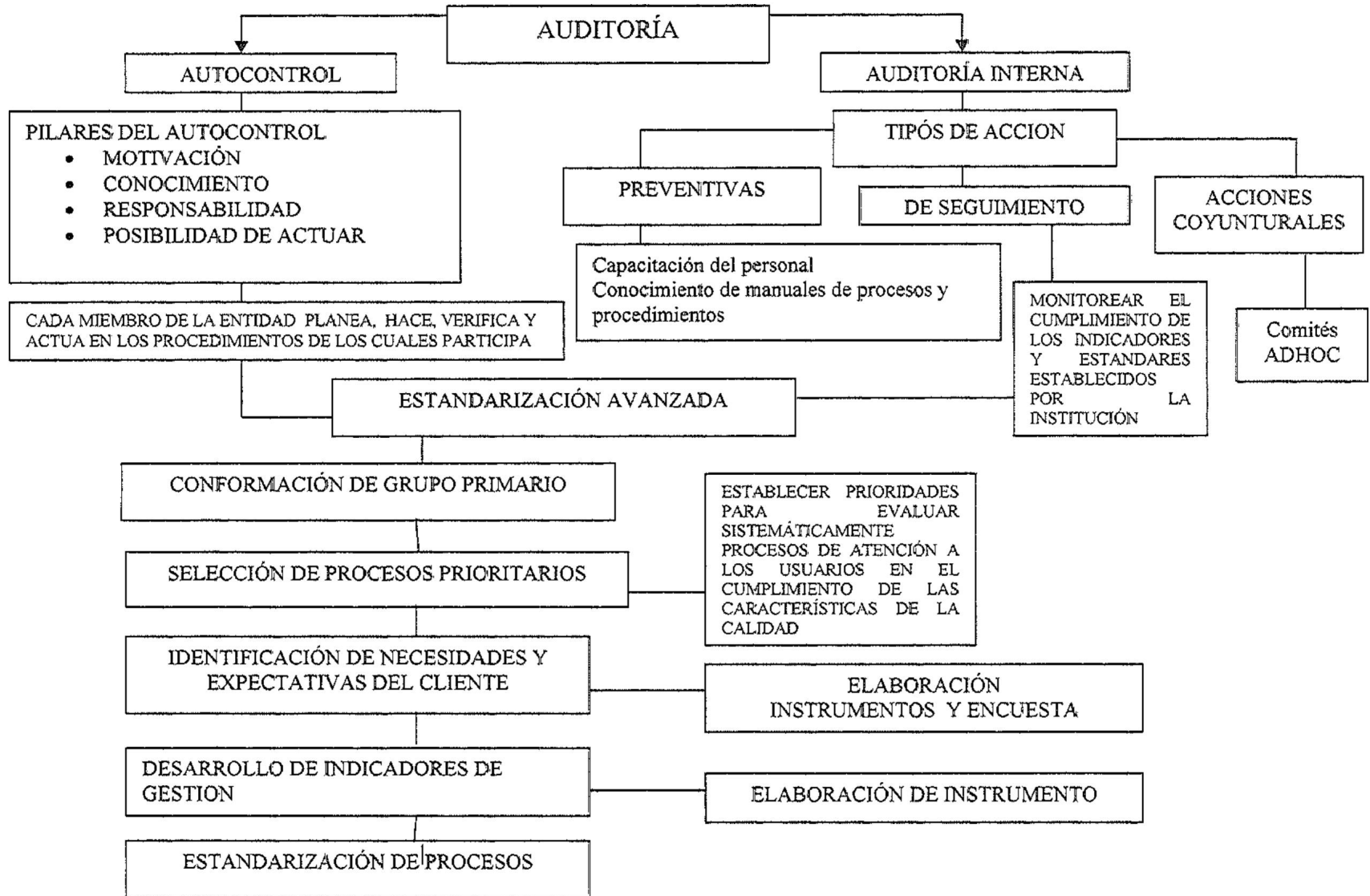


Figura 17. Auditor odontológico



BIBLIOGRAFÍA

CÁRDENAS RENDÓN, Carlos Enrique. Coordinador Educación Continua. En: Seminario Taller ¿Qué hay de nuevo en materia de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud? (7º: 2003: Medellín). CES. Facultad de Medicina, División Salud Pública, Educación Continua. Medellín Julio 9 y 10, 2003.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Serie de pautas indicativas para el desarrollo del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Documento 3. Pautas para la estandarización de comités, Versión preliminar. Bogotá, noviembre de 2002.

. Decreto 2309 del 15-10-2002 y Decreto 2174 de 1996 Artículo 8.

MEJÍA GARCÍA, Braulio. Auditoría Médica para la Garantía de Calidad en Salud. 2ed. Ecoe Ediciones. 1998,

MALAGÓN-LONDOÑO, GALÁN-MORERA, PONTÓN-LAVERDE. Garantía de Calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana. 1999.

SERRATTO, Mabel Yolanda. El Auditor Odontológico y la Calidad en los Servicios de Salud Oral. Available from Internet: [<URL:http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_30_JULIO_2_001>](http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_30_JULIO_2_001).

ROLDÁN ZULUAGA, Mauricio O.D. Administración y Auditoría Odontológico. Colección Colegio Odontológico Colombiano. 2002.

El camino hacia el mejoramiento de la Calidad. Available from Internet: [<URL:http://www.calidad.org/public/articles>](http://www.calidad.org/public/articles).

Mejoramiento basado en el autocontrol y la concertación. Available from Internet: [<URL:http: Z/ww\v.cgh.org.co/calidad/calidad.htm>](http://Z/ww\v.cgh.org.co/calidad/calidad.htm).

WILLIAMS I. Guillermo. Calidad de los Servicios de Salud. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Anexo A.
Encuesta de Autocontrol

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
Encuesta de Autocontrol

1. Están satisfechos con el ambiente laboral de la Universidad?

SI NO.

2. Existe estabilidad laboral y posibilidades de proyección?

SI NO

3. Reciben incentivos por parte de la Institución?

SI NO.

4. Se capacita al personal periódicamente?

SI NO

5. Existe participación del personal en la estandarización de procesos y procedimientos?

SI NO

6. Conoce los manuales de procesos y procedimientos de la institución?

SI NO

7. Conoce los principios y valores institucionales?

SI NO

AUDITOR _____

Anexo B.

Encuesta de identificación de necesidades y expectativas del cliente interno

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

ENCUESTAS DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS
DEL CLIENTE INTERNO

CARGO:

¿Cuáles son sus expectativas con relación a los pacientes que ingresan a las Clínicas
Odontológicas?

1.....

2.....

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.

ENCUESTAS DE IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS
DEL CLIENTE INTERNO

CARGO:

¿ Cuáles son sus expectativas con relación a los pacientes que ingresan a las Clínicas
Odontológicas ?

1.....

2.....

AUDITOR

Anexo C.

Encuesta de satisfacción al usuario

CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

EVALUACIÓN CLIENTE EXTERNO
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

1. ¿Por qué medio obtuvo la cita?

Teléfono Personal

2. ¿Cuánto tiempo paso desde la hora de la cita hasta que fue atendido por el odontólogo?

5min _____ 1 Ornin _____ 15min _____ > a 15min _____

3. ¿Qué espera de su cita?

4. ¿Qué espera usted del profesional que lo atiende?

5. ¿Quedó satisfecho con el trato de su odontólogo?

6. ¿Cómo se sintió durante el procedimiento?

7. ¿Califique de 1 a 5 la calidad del servicio, siendo 1 la menor y 5 la mayor calificación?

1 2 3 4 5

