



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**CAUSAS DE LA NO HABILITACIÓN EN SALUD DESDE LA
PERSPECTIVA DE PROFESIONALES INDEPENDIENTES
PRESTADORES DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS Y DE
ORTODONCIA EN MEDELLÍN, 2019**

Autor
Johana Miledy Manco Herrera

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Publica
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2019



Causas de la no habilitación en salud desde la perspectiva de profesionales independientes prestadores de servicios odontológicos y de ortodoncia en Medellín, 2019

Johana Miledy Manco Herrera

Trabajo de grado para optar al título profesional en
Administración en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud

Asesora
Luz Adriana Muñoz Duque

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2019

Contenido

Contenido.....	3
Listado de figuras.....	5
Listado de anexos.....	5
Glosario.....	6
1. Introducción.....	10
2. Antecedentes y planteamiento del problema.....	11
3. Justificación.....	17
4. Objetivos.....	18
4.1 Objetivo General.....	18
4.2 Objetivos Específicos.....	18
5. Marcos de referencia.....	19
5.1 Marco geográfico e institucional.....	19
5.2 Referente conceptual.....	19
5.2.1 Habilitación de prestadores de servicios de salud.....	20
5.2.2 Plan Nacional de Salud Publica.....	25
5.2.3 Prestación de servicios de salud.....	26
5.2.4 Calidad en la atención en salud.....	29
5.2.5 Seguridad del paciente.....	29
5.2.6 Profesional Independiente de salud.....	29
5.2.7 Servicios de salud.....	30
5.2.8 Evento adverso.....	32
5.2.9 Falla en la atención en salud.....	33
Marco legal.....	34
7. Metodología.....	41
7.1 Tipo de estudio.....	41
7.2 Los participantes del estudio.....	41
7.2.1. Selección de los participantes.....	42
7.3. Proceso de recolección de información.....	42
7.4 Proceso de análisis de la información.....	43
7.5. El cuidado de la información.....	44
8. Consideraciones éticas.....	45

9. Descripción de hallazgos	47
9.1. Concepciones sobre el proceso de habilitación en salud	47
9.1.1. Ventajas y desventajas del proceso de habilitación	48
9.1.2. Proceso de habilitación y seguridad del paciente	50
9.2. Los actores de la habilitación en salud	51
9.3. Dificultades asociadas al proceso de habilitación en salud	54
9.4. Aspectos condicionantes de la habilitación	55
9.4.1. La separación entre lo clínico y lo administrativo	55
9.4.2. Habilidad en consultorios propios y no propios	56
9.4.3. La no habilitación en salud y las condiciones laborales de los odontólogos y ortodontistas	59
9.4.4. (Des)conocimientos sobre el proceso de habilitación	60
10. Discusión	64
11. Conclusiones	68
12. Recomendaciones	71
12.1. Sobre el cumplimiento por parte de los prestadores independientes de servicios de salud en el ámbito odontológico:	71
12.2. Sobre los entes de control	72
12.3. Sobre las universidades	72
12.4. Sobre los usuarios y pacientes	72
12.5. A las auxiliares en salud oral	73
12.6. A los odontólogos	73
13. Referencias bibliográficas	74
Anexos	

Listado de figuras

Figura 1. Ejemplo verificación del distintivo de habilitación de servicios por los pacientes.

Listado de anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de información
Anexo 2. Consentimiento informado

Glosario

AMSP: Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Fue creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2004, esencialmente para generar coordinación y difusión, en pro de la seguridad del paciente en todo el mundo, como también promover la colaboración de los países a nivel mundial y la acción de los Estados miembros, en conjunto con la Secretaría de la OMS (1)

Atención de salud: esta es definida como el conjunto de servicios que van dirigidos al usuario en el marco de los procesos propios, uno de ellos es el aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (2)

Calidad de la atención de salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (2)

Evento adverso (EA): Se entiende como lesión o complicación que extiende la estancia hospitalaria, que requiere procedimientos diagnósticos o terapéuticos complementarios, o que tiene referencia con fallecimientos o incapacidad luego de que al paciente se le da alta hospitalaria, ocasionado por un procedimiento médico durante el proceso de una enfermedad; comprendiendo por procedimiento médico aquella atención elaborada por el personal de salud que tiene acceso autorizado para realizar intervenciones sobre el paciente. Se han clasificado, entre otras, la causa básica u origen del evento, la severidad, discapacidad resultante, el componente de la atención donde se origina y el momento de la aparición del evento con respecto al tiempo. (3)

ENEAS: Estudio Nacional de eventos Adversos en salud.

IBEAS: Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), es el primer estudio sobre incidentes que ocasionan daño en la asistencia clínica que es realizado en gran escala en Latinoamérica. Consiste en valorar cuál es la condición de la seguridad del paciente en ciertos hospitales de Latinoamérica y buscaba obtener una primera visión de la dimensión del problema, analizar qué tipos de incidentes dañinos se producían reiteradamente, su gravedad, en qué momento se producían, cuál había sido su causa más probable, y estudiar la medida en que se podrían haber evitado y cuáles eran los factores determinantes.

Este estudio, es el primer estudio sobre incidentes que ocasionan daño en la asistencia clínica que es realizado en gran escala en Latinoamérica. Consiste en

valorar cuál es la condición de la seguridad del paciente en ciertos hospitales de Latinoamérica y buscaba obtener una primera visión de la dimensión del problema, analizar qué tipos de incidentes dañinos se producían reiteradamente, su gravedad, en qué momento se producían, cuál había sido su causa más probable, y estudiar la medida en que se podrían haber evitado y cuáles eran los factores determinantes (4).

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social. Es la que se encarga del sector salud de dirigir, orientar, regular y evaluar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia, además crea y establece los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la Protección Social. Sus objetivos, dentro del marco de sus competencias son formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en relación con salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo. (5).

OMS: organización Mundial de la Salud. El objetivo de la organización es construir un futuro más viable y saludable para las personas a nivel mundial. A través de sus oficinas que se encuentra en más de 150 países, esta trabaja en compañía con los gobiernos y asociados para que todas las personas obtengan nivel máximo de salud que se pueda lograr. Esforzados por luchar contra las enfermedades (6).

OPS: Organización Panamericana de la Salud. Es la organización internacional que se especializa en salud pública en América. Trabaja día a día con los países del territorio, su finalidad es enriquecer y preservar la salud de la población. Ofrece contribución técnica en salud a sus países miembros, lucha contra las enfermedades transmisibles y ataca los padecimientos crónicos y sus causas, refuerza los sistemas de salud y da respuesta ante situaciones de emergencia y desastres. A causa de su labor, promueve y apoya el derecho a la salud. La organización está constituida por 52 países. Bajo su liderazgo, se establecen las prioridades sanitarias de la región para enfrentar juntos problemas comunes que no respetan fronteras y que, en muchos casos, pueden poner en riesgo la sostenibilidad de los sistemas de salud. (7)

PIS: Profesionales independientes en salud, es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30/92, o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación de servicios de salud, para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar. (8)

Riesgo: Es la probabilidad de que un incidente o evento adverso ocurra. (9)

SOGC: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, es un conjunto de normas, requisitos, para mejorar y mantener la calidad de servicios de salud en Colombia, tiene como objetivo suministrar de servicios de salud a los usuarios de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, evidenciando un balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios. Está conformado por cuatro componentes: Habilitación, Auditoría, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud. (10)

SUH: Sistema Único de Habilitación, es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos por los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB). (EAPB). (11).

SP: Seguridad del paciente. Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias (12).

Resumen

En Colombia, el Sistema Único de Habilitación en Salud, como primer componente del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC), es una norma dirigida a los prestadores de servicios de salud, la cual es de obligatorio cumplimiento, por lo que permite la verificación y el control de procesos generados en la atención. Este estudio se enfocó en los profesionales independientes que prestan servicios odontológicos generales y de ortodoncia.

Desde la perspectiva de los odontólogos la habilitación en salud es un tema “complejo”; ellos afirman que realizar estos trámites les demanda mucho tiempo, en el cual dejan de generar ingresos económicos, de igual manera la normatividad no es clara y por ende las actividades que deben realizar y la actitud en la mayoría de los entrevistados, es de “desánimo”, tanto para los odontólogos que son propietarios de consultorios, como los que son contratados y dependen de un empleador; por tal motivo la decisión más factible es no habilitarse y prestar servicios sin su debida autorización y, con esto, no tener el compromiso de cumplir con las exigencias de la ley.

Objetivo general: Describir las causas de la no habilitación en salud desde la perspectiva de profesionales independientes prestadores de servicios odontológicos y de ortodoncia en Medellín, 2019.

Metodología: Estudio cualitativo, descriptivo, de corte transversal.

Instrumento de recolección de la información: Entrevista semiestructurada.

Resultados esperados: Explorar, identificar y profundizar acerca de las causas de no habilitación de los servicios de odontología y ortodoncia, desde la perspectiva de profesionales de salud independientes. Describir el grado de conocimiento que tienen sobre el tema y las acciones que realizan para promover la seguridad del paciente y la calidad en la atención. Igualmente, se espera que los resultados de este estudio puedan contribuir a la generación de información sobre esta problemática de salud pública en el país, como insumo para investigaciones futuras en el área y como herramienta o evidencia para la toma de decisiones correctivas en los niveles sociales, de políticas y legales en salud.

Palabras clave: habilitación en salud; calidad servicios de salud; sistema único de habilitación en salud; prestación de servicios de salud; seguridad del paciente; profesionales independientes; odontología; ortodoncia.

1. Introducción

Los pacientes deben recibir atención en salud de manera adecuada por parte de los prestadores, entre ellas, la seguridad y calidad en el funcionamiento de los servicios de salud. La Resolución 2003 de 2014 define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y habilitación de servicios de salud, sean estos IPS, profesionales independientes, transporte especial de pacientes o entidades de objeto social diferente que prestan servicios de salud; así como adoptar y adaptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud (13).

La creciente oferta de servicios de salud influye con la capacidad económica de los profesionales porque perciben menos ingresos, la calidad del servicio prestado, la facilidad para acceder en tiempos o distancias más cortas, entre otros, han permitido diversificar la oferta en la prestación de servicios sanitarios no vinculados a una institución de salud; es el caso de los profesionales de salud independientes, quienes pueden crear un establecimiento prestador de servicios de salud generales o especializados, algunos pueden ser formados en la academia solo en la parte clínica y no en la parte administrativa, de manera tal que el cumplimiento de la normatividad legal vigente pueda ser evitada por aspectos como el desconocimiento o la insuficiente comprensión de esta, el desinterés por la impericia en su aplicación y ciertos mitos que han surgido y se han esparcido durante su implementación; este tipo de irregularidades en el cumplimiento y control de la habilitación en salud puede conllevar a reducir la seguridad del paciente en los procedimientos asistenciales, que para esta investigación, se orienta a los prestadores independientes, en los servicios de odontología general y ortodoncia.

El alcance de esta investigación es identificar los aspectos que, desde la perspectiva de los participantes, son causas de la no habilitación de los prestadores de servicios odontológicos generales y de la especialización de ortodoncia, ante el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, mediante una metodología descriptiva de corte transversal, a través de la realización de entrevistas semiestructuradas a profesionales encargados de prestar el servicio en estos consultorios odontológicos. Se trata de una aproximación a las explicaciones de los participantes frente a las causas por las cuales no han realizado el proceso de habilitación en salud pertinente, además de conocer su grado de comprensión conocimiento en el tema e interés establecido en desarrollarlo, que pueda aportar a los profesionales independientes información y reflexión, encaminada al cumplimiento de la normatividad vigente, los requisitos mínimos exigidos y establecidos en el Sistema Único de Habilitación y sobre la seguridad del paciente.

2. Antecedentes y planteamiento del problema

Con el objeto de garantizar los beneficios establecidos por el sistema de salud colombiano, se han realizado esfuerzos para asegurar la calidad de los servicios de la red pública y privada, mediante el fortalecimiento del sistema de garantía de la calidad y de los sistemas de gestión (14). En 2006, se expidió el Decreto 1011 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y está integrado por cuatro componentes: Habilitación, Auditoría, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud (15). El artículo 6 de este Decreto plantea el Sistema Único de Habilitación (SUH), entendido como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos para el establecimiento, registro, verificación y control del cumplimiento de las condiciones básicas, que son indispensables para la entrada y permanencia de cualquier prestador en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a posibles riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento. En el caso en que los prestadores no cumplan con los requerimientos del proceso de habilitación, no podrán ofrecer ni contratar servicios de salud (2).

El SUH está reglamentado, a su vez, por la Resolución 2003 de 2014, la cual establece los procedimientos y condiciones de habilitación y adopta el Manual de Habilitación que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud, los servicios de transporte especial de pacientes y las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos de su actividad, brinden servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyen servicios de hospitalización ni quirúrgicos. El cumplimiento de las disposiciones contenidas en la resolución es de verificación obligatoria por parte de las entidades departamentales y locales de salud (12). Igualmente, es importante señalar que los prestadores de servicios de salud se enfrentan a cambios constantes en las condiciones tecnológicas y científicas (los estándares) de su habilitación, basados en los parámetros exigidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución 2003 de 2014.

De acuerdo con el boletín de prensa N° 134 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, la seguridad del paciente es el hilo conductor del Sistema Único de Habilitación de Servicios de Salud, pues este busca fortalecer los estándares de calidad en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud. El Manual de Habilitación de Servicios de Salud que adopta la Resolución 2003 de 2014, contiene criterios obligatorios de seguridad del paciente, que facilitan su implementación a través de paquetes instruccionales que se constituyen en herramientas de gestión y los cuales están en el sitio web del Ministerio de Salud y Protección Social, con libre acceso para los interesados. Esta Resolución obliga a los prestadores habilitados a realizar cada año su autoevaluación y, cada cuatro

años, a actualizar el proceso de habilitación, con el fin de fortalecer el mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud. La habilitación en salud implica criterios de talento humano, infraestructura, dotación y mantenimiento, medicamentos, procesos prioritarios asistenciales, historia clínica e interdependencia en un solo paquete por servicio (16).

Por su parte, el profesional independiente de salud es toda aquella persona natural egresada de una institución de educación superior de ciencias de la salud, con facultades para actuar de manera autónoma, en la prestación de servicios de salud. Esta podrá contar a su vez con personal de apoyo en los niveles técnico y/o auxiliar; en conformidad a la Ley 30 de 1992 (8). Para el caso de esta investigación, son estos profesionales quienes son entrevistados, ya que algunos prestan servicios sanitarios sin el cumplimiento de la habilitación en salud, lo cual dificulta la gestión de potenciales eventos adversos para la seguridad del paciente, entre otras inconformidades con la normatividad vigente.

Según la OPS, para el 2010, en Colombia se había generado un reforzamiento estructural y técnico de instalaciones de salud y, consecuentemente, la habilitación de 59.841 prestadores, la acreditación de 14 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y la implementación del Sistema de Información para la Calidad en 2.050 IPS y 62 Entidades Promotoras de Salud (EPS) (17). Según la información del Ministerio de Salud y Protección Social respecto a los prestadores de servicios de salud, al 6 de octubre de 2019, en Medellín habían 5583 profesionales independientes habilitados, de los cuales, de acuerdo con la información suministrada por el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, se encontraron habilitados 1978 establecimientos prestadores de servicios odontológicos generales y 807 establecimientos prestadores de servicios de ortodoncia (18).

Sobre la seguridad del paciente en los servicios odontológicos

En Colombia, desde 2008, se desarrolla la Política de Seguridad del Paciente y propende porque cada vez las instituciones y los profesionales sean más hábiles en identificar los errores más frecuentes, entre ellos, la exposición a riesgos químicos, físicos, psicológicos, hasta el desarrollo de enfermedades asociadas, durante o después de la consulta odontológica o de ortodoncia; y ofrece herramientas prácticas que aporten a su cotidianidad como prestadores de servicios de salud, para hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad, aprender a gestionarlos y prevenirlos para, progresivamente, instaurar la cultura de seguridad del paciente y su protección frente a riesgos evitables. (19)

Sin embargo, a pesar del creciente interés por la seguridad, todavía no se han tomado conductas generales en la mayoría de los consultorios odontológicos. De acuerdo con información del paquete instruccional para la evaluación de la frecuencia de ocurrencia de eventos adversos (20), es necesario trabajar en la

“cultura del error”, pues es el primer paso en el camino hacia la seguridad en la atención; sin embargo, la notificación, análisis y aprendizaje de la experiencia sobre los eventos adversos sigue estando pendiente, pues los profesionales no hacen siempre los reportes correspondientes y, no tener claridad frente a estas situaciones, dificulta la evaluación sobre la seguridad, lo cual demuestra fragilidad en la estructura administrativa y asistencial de los servicios de salud (21).

Un artículo del director del Observatorio Español para la Seguridad del Paciente odontológico (22) menciona que la seguridad del paciente es un área transversal que utiliza conocimientos establecidos en otras áreas. El objetivo fundamental de la seguridad del paciente es abordar los sucesos adversos evitables (accidentes, errores o complicaciones) asociados a la asistencia sanitaria, en este caso odontológica. Desde el punto de vista de la seguridad del paciente, la odontología tiene una serie de particularidades que la diferencian de otras profesiones del área de la salud, por ejemplo, los daños generados en los pacientes pueden ser más leves que en la asistencia médica hospitalaria, aunque pueden tener consecuencias serias para su salud; la dispersión de consultorios odontológicos por fuera de ámbitos hospitalarios estructurados y regulados, por lo cual los eventos adversos pueden no ser notificados; los pacientes son atendidos de manera ambulatoria, porque no siempre son detectadas las señales de posibles daños derivados de la atención; la asistencia odontológica es principalmente privada y hay desconocimiento sobre la seguridad del paciente. Además, aumentar la seguridad del paciente implica aumentar la seguridad legal de los odontólogos, lo cual supone su ajuste a las normas vigentes.

Algunos autores (23) han encontrado que, en Colombia, ha habido un considerable aumento de odontólogos, muchos de los cuales ejercen su profesión a través de la prestación de servicios independientes, a los que acuden los pacientes al encontrar en ellos una atención más rápida, con mejor trato por parte del profesional y ante la necesidad de servicios que no se encuentran en el plan obligatorio de salud. Los autores hallaron que, de 215 odontólogos participantes de su estudio, la mitad atienden en el mes hasta 80 pacientes; una tercera parte trabajan en varias sedes y el 59% de ellos han realizado formaciones de actualización relacionadas con seguridad del paciente; igualmente, concluyeron que buena parte de los odontólogos tienen conocimientos básicos al respecto. Sin embargo, la mitad de ellos señalaron no haber realizado ningún análisis de eventos adversos y generación de acciones correctivas en su consulta durante el año anterior al estudio. El 74% indicó tener una percepción positiva de la seguridad del paciente en sus consultorios.

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, se tiende a asumir que el trabajador de la salud atiende a los pacientes con ética y responsabilidad, sin la intención de producirles daño; incluso se ha creído que el tema de seguridad del paciente es algo implícito en el proceso de atención. No obstante, los sistemas de atención sanitaria son procesos complejos y, por lo tanto, las probabilidades de que

algo salga mal son significativas; por esto es necesario contar con barreras de seguridad para la prevención de fallos involuntarios que puedan presentarse durante la atención a un paciente (24); barreras como el contar con protocolos, guías de práctica clínica, adherencia a las normas de bioseguridad, reportes de esterilización, son asuntos incorporados en el proceso de habilitación en salud vigente en el país.

Sobre los procesos de habilitación en salud en profesionales odontólogos independientes

Son poco frecuentes las investigaciones que, en el país, buscan conocer las causas de la no habilitación en salud de los profesionales independientes prestadores de servicios generales de odontología y especializados de ortodoncia, pues en su mayoría los encontrados investigan otras áreas de la atención en salud como la enfermería, o pacientes de acuerdo con su patología. Respecto a la habilitación, hay estudios centrados en la implementación o actualización de servicios nuevos o ya existentes, pero no se indaga a mayor profundidad por las causas que conllevan a no realizar una oportuna habilitación de estos servicios. Además, no es posible conocer un dato exacto de los odontólogos independientes dedicados a la práctica clínica, pues los reportes del Ministerio de Salud y Protección Social informan sobre el número de prestadores habilitados, pero no hay una estimación de cuántos prestan servicios sin la debida autorización y vigilancia por las autoridades sanitarias. Estas situaciones llevan a pensar en la pertinencia de hacer estudios como el que se presenta.

La búsqueda de investigaciones relacionadas se realizó en bases de datos como Dialnet, Doaj, Ebsco, Lilacs, Redalyc, SciELO, Google Academic y OPAC UdeA. De las cuales los hallazgos tomados para construir parte de este planteamiento del problema se fundamentaron específicamente en las tres últimas bases de datos, ya que daban cuenta de un acercamiento latinoamericano y regional al problema.

De acuerdo con la OMS, cada año decenas de millones de pacientes en el mundo sufren daños o mueren como consecuencia de atenciones sanitarias no seguras. Como respuesta a esta situación, en distintos lugares se está haciendo un esfuerzo organizado para conocer los principales riesgos de la atención en salud, identificar sus causas y desarrollar e implementar soluciones efectivas a esas problemáticas. Sin embargo, este conocimiento es escaso en países de economías emergentes, y es necesario para proponer acciones de disminución de riesgos y daños asociados a incidentes involuntarios en los cuidados de salud (4, 18). En Colombia, muchas IPS y profesionales independientes no cumplen con las condiciones y requisitos que deben tener los prestadores de Servicios de Salud, y esta situación pone en riesgo la seguridad de los usuarios y la calidad en la prestación de los servicios. En el mes de abril de 2012 la base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social presentó registros a nivel nacional de 4.933 IPS públicas, 22.675 IPS Privadas y 59.363 profesionales independientes; el total de IPS registradas sumaba 27.608, de

las cuales habían sido verificadas el 45% (12.433) y solo el 31% (8.558) de ellas habían cumplido con los requisitos de habilitación. Para ese entonces, existía 14% de IPS (3.865) que no cumplían y habían sido objeto de cierres temporales de los servicios o, en menor proporción, del cierre total de la IPS (6).

Para el Ministerio de Salud y Protección Social, un problema relacionado con la no habilitación en salud es la dificultad para medir los eventos adversos, la cual está condicionada por el temor de los profesionales a perder la confidencialidad de los datos y lo que de ellos pudiera devenir en directa relación con la responsabilidad profesional. Es importante aclarar que los consultorios independientes prestadores de servicios de salud odontológicos o de ortodoncia pueden estar conformados por entre uno y más de 10 odontólogos, sin embargo, la habilitación se debe realizar individualmente, es decir, por cada uno de ellos, y aparece a nombre de cada profesional. Esto implica que es cada prestador quien debe garantizar la calidad del servicio prestado, los equipos e instrumentos usados y el entorno asistencial. Esta responsabilidad, de acuerdo con algunos autores, dificulta el registro y notificación de errores, pues deriva en una punición personal (20).

Frente a los estudios que han abordado el tema de la habilitación en salud, se halló uno realizado en un consultorio de la ciudad Medellín, el cual, para el momento de la investigación, se encontraba inscrito en el REPS y fue verificado en dos servicios iniciales. El servicio de consulta médica general presentó deficiencias frente al proceso, tales como el desconocimiento de las normas de habilitación, la no existencia de un proceso organizado y planeado para el cumplimiento de la norma, la escasa prioridad en la autoevaluación de los estándares de habilitación, lo que dificultó el análisis del estado de cumplimiento de estos. También, que las jornadas de trabajo del personal asistencial eran dedicadas exclusivamente a la atención de los usuarios, lo que dejaba poco tiempo para que estos se interesaran en realizar actividades de capacitación sobre la norma y su aplicación. Se evidenció compromiso con algunos procesos del Manual de Habilitación, sobre todo en aquellos de carácter asistencial como el manejo de la historia clínica y los protocolos de las causas de consulta. También indicó ausencia de evaluación de los estándares de habilitación, lo que impidió el análisis del estado de cumplimiento de estos y la elaboración de un plan de mejoramiento continuo (25).

Otros estudios que abordan el tema, específicamente relacionado con los servicios de odontología general y ortodoncia, se han centrado en realizar ejercicios de verificación del cumplimiento de los requisitos del proceso de habilitación, concluyendo que los consultorios estudiados se encuentran con un mayor o menor seguimiento de estos parámetros dados por la norma vigente. Por ejemplo, en distintos estudios realizados en varias partes del país, como Bucaramanga y Santa Marta, tienen en común que se han orientado a verificar estándares de habilitación, encontrando, en general, que las mayores dificultades para el cumplimiento se dan en términos de infraestructura; además de otros aspectos relevantes como incoherencias en las historias clínicas (26).

Es importante señalar que, en la revisión de antecedentes investigativos, no se encontraron estudios enfocados en las razones por las cuales algunos profesionales no realizan el proceso de habilitación en salud dictado por la norma.

De acuerdo con lo anterior, la información provoca inquietud sobre el panorama en habilitación en salud de los prestadores de servicios odontológicos y de ortodoncia no habilitados a nivel local. Se presta interés en estos servicios porque muchos de los procedimientos que ofrecen no son cubiertos por el plan básico de salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que hace que la alternativa para acceder a ellos sea la consulta a profesionales particulares.

Así, desde la perspectiva de profesionales en odontología que trabajan como independientes, este estudio busca identificar las causas de la no realización del debido proceso de habilitación, antes de abrir sus instalaciones y brindar atención en sus servicios, específicamente de odontología general y de especialización en ortodoncia. Asimismo, brindar información pertinente que facilite una reflexión sobre la importancia de una atención en salud segura y acorde al cumplimiento de la normatividad vigente que se les exige, en la que, la minimización de los riesgos es una parte primordial para brindar atención en salud, ya sea de baja o media complejidad, que es, por tanto, una relación directa con la seguridad de sus pacientes. Reconocer cuáles son los motivos del incumplimiento de la normatividad puede dar indicios para pensar medios efectivos para divulgar información que permita una comprensión clara y efectiva sobre la importancia y utilidad del proceso de habilitación, además de conocer sobre eventos adversos durante la atención o posterior a ella y riesgos potenciales en estos servicios, por lo que los hallazgos pueden constituirse en un llamado de atención sobre el cumplimiento del proceso de habilitación. En este sentido, la pregunta que orientó este estudio fue: ¿Cuáles son las causas de la no habilitación en salud desde la perspectiva de profesionales independientes prestadores de servicios odontológicos y de ortodoncia en Medellín, 2019?

3. Justificación

Desde la perspectiva de odontólogos generales y ortodoncistas, esta investigación pretendió indagar por las causas por las cuales no se realiza la habilitación en salud por los prestadores de servicios de salud independientes, particularmente de odontología y ortodoncia, lo cual resulta relevante considerando que actualmente existen servicios que no se ajustan a la normatividad vigente y otras investigaciones se han centrado en dar respuesta a esta situación realizando la habilitación de servicios y no han explorado profundamente los motivos que conllevan a los profesionales a no realizar la habilitación en salud.

El interés de realizar este estudio con estos profesionales prestadores de servicios odontológicos y de ortodoncia, radica en la necesidad de explorar este sector que ofrece muchas variantes en la prestación del servicio a un paciente, quien confía en que está siendo atendido de manera integral. A partir de los resultados de esta investigación, se pueden encontrar situaciones que generen alerta frente a la necesidad de abordar acciones para promover los procesos de habilitación en salud, y el cumplimiento de los requerimientos normativos, con el fin de mejorar las condiciones de servicios de salud a nivel local, de inculcar los derechos y deberes de los pacientes, además de contribuir a las políticas de seguridad del paciente.

Se han encontrado numerosos estudios enfocados en la implementación o mejora del SUH en establecimientos prestadores de servicios de salud, pero son insuficientes los que se han encontrado que se refieran a los motivos previos por los cuales es inexistente su habilitación o no se mantiene vigente. Partiendo de allí, conocer las causas puede ser un punto de partida para conocer a profundidad, en los servicios de odontología y ortodoncia, la necesidad de acompañamiento institucional y normativo efectivo por el bien común de la sociedad y de los pacientes.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Describir las causas de la no habilitación en salud desde la perspectiva de profesionales independientes prestadores de servicios odontológicos y de ortodoncia en Medellín, 2019

4.2 Objetivos Específicos

- Explorar las concepciones de los profesionales independientes participantes acerca de los procesos de habilitación en los servicios de odontología general y ortodoncia.
- Describir los conocimientos que tienen los participantes sobre el proceso de habilitación en salud en los servicios de odontología y ortodoncia independientes.
- Identificar las dificultades que, desde la perspectiva de los participantes, presentan los procesos de habilitación en salud para su aplicación en los consultorios odontológicos y de ortodoncia independientes.

5. Marcos de referencia

5.1 Marco geográfico e institucional

Medellín, capital del departamento de Antioquia, tiene una extensión 380,64 kilómetros cuadrados, 105,02 correspondientes al suelo urbano, 270,42 al suelo rural y 5,20 al suelo de expansión. La ciudad está situada en el centro del Valle de Aburrá (27). Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, Medellín contaba con una población de 2.376.337 habitantes y ha sido categorizada como la segunda ciudad más poblada de Colombia (28). Es una ciudad que cuenta con 16 comunas en la zona urbana, 5 corregimientos en la zona rural, 249 barrios urbanos oficiales y 20 áreas institucionales. Su economía se basa en los sectores financiero, comercio, industrial, de servicios y las actividades agrícolas y pecuarias (29).

Para el caso de este estudio, es importante señalar que, en la ciudad de Medellín, al 30 de septiembre de 2019, había 5583 prestadores de servicios de salud independientes, de los cuales 1978 son odontólogos generales y 807 ortodoncistas, de acuerdo con el REPS. El presente estudio abordó profesionales cuya práctica clínica se desarrolla en la ciudad.

5.2 Referente conceptual

Sistema Obligatorio de Garantía en Salud (SOGCS)

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) es un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país. Este está integrado por cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud. (Decreto 780 de 2016) (30).

Calidad en la atención en salud

En el pensamiento de Adevís Donabedian un gran estudioso de la calidad en la atención en salud, menciona que la calidad en la atención médica posee dos grandes puntos que son indispensables, un punto es el clínico y el otro es el organizativo. En lo clínico se encuentran los “procesos” que son los que generalmente proporciona el profesional en salud como lo que hacen los médicos y enfermeras y el organizativo el manejo del sistema de salud, “estructura” de aquí se desprenden los “resultados” que son las consecuencias de la atención brindada, según este pensamiento, estos puntos de proceso estructura y también los

resultados se unen, por ello se debe fortalecer en ofrecer atención eficaz, con condiciones óptimas, y sin errores, en la parte clínica, y en la parte organizativa como es el manejo de los gerentes y los administradores un punto en considerar es el monetario como uno de los elementos esenciales para la obtención de buenos insumos, buenos equipos, procesos documentados, utilización de ofimáticas que aporten a la organización utilidad en tiempo y organización de datos, como también formulación de políticas, que lleven a una atención clínica de excelente calidad. (31)

5.2.1 Habilitación de prestadores de servicios de salud

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2003 en Mayo 2014 (habilitación de prestadores de servicios de salud), esta norma define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, sea cual sea el ámbito, y también establece los procedimientos y condiciones de inscripción y de habilitación de los prestadores de servicios de salud, sean estos hospitales o clínicas, profesionales independientes, transporte asistencial de pacientes o entidades de objeto social diferente que prestan servicios de salud (12).

Su objetivo es fijar los criterios y condiciones básicas, que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud en el país, para garantizar estándares mínimos de obligatorio cumplimiento, con el objetivo de asegurar que no haya ocurrencias de riesgos en la atención, y trabajar en la seguridad en el paciente. Exigidos para su entrada y permanencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dependiendo de los servicios que presten, para esta investigación particularmente el enfoque se centra en los profesionales independientes, ellos deben dar cumplimiento a lo siguiente:

- Capacidad Tecnológica y Científica: Tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud. Hacen referencia a aquellos estándares de habilitación o parámetros ligados al talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica e interdependencia de servicios.

Se otorga inicialmente por un periodo de 4 años contados a partir de la fecha de la radicación ante la entidad Departamental o Distrital de Salud, cuando se compruebe el incumplimiento de las condiciones de habilitación. La inscripción del prestador podrá ser cancelada en cualquier momento por las Entidades Departamentales o Distritales de Salud.

Sin embargo, uno de los aspectos más importantes de la norma es que se incorpora, como un requisito obligatorio, y a partir de allí la autoevaluación que deben hacer

los prestadores cada año. En caso de no hacerlo, constituye una alarma para las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, encargadas de programar y ejecutar un plan de visitas de verificación de los servicios habilitados; pero también será causal que, al cabo de la vigencia de habilitación, el prestador deba nuevamente realizar su proceso de inscripción como nuevo prestador para continuar habilitado. El Plan de visitas de verificación es la herramienta fundamental a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud para controlar el cumplimiento de las condiciones de habilitación; y lo elaboran sobre la base de servicios prioritarios por sus características, pero también por el comportamiento evidenciado de los prestadores a través del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, dentro de lo cual, la autoevaluación anual es un parámetro indicativo de su situación.

La habilitación para profesionales independientes es una norma que registra verifica y también controla su capacidad tecnológica y científica es decir la revisión de los 7 estándares de calidad, que expide la Resolución 2003 de mayo de 2014, con sus respectivas actividades y la evidencia de dichos estándares, planes de ajuste y tiempo que se le da de corregir. Su finalidad es controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y las condiciones en que se ofrecen dichos servicios.

Artículo 4 de la resolución 2003 de 2014: todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado. La inscripción y habilitación debe realizarse en los términos establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, según la misma.

Artículo 5. de la resolución 2003 de 2014 autoevaluación de las condiciones de habilitación

- Verificación que hace el prestador sobre las condiciones de Habilitación del Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS.
- La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación.

Manifiesta la autoevaluación de las condiciones de habilitación, que consiste en la verificación que hace el prestador sobre sus condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción, y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación. Cuando el prestador realice la autoevaluación y evidencie el incumplimiento de una o más condiciones de habilitación, deberá abstenerse de registrar, ofertar y prestar el servicio.

La autoevaluación deberá realizarse en los siguientes momentos:

- De manera previa a la inscripción del prestador y habilitación del o los servicios.
- Durante el cuarto año de la vigencia de la inscripción inicial del prestador y antes de su vencimiento.
- Antes del vencimiento del término de renovación anual de la inscripción de que tratan los incisos segundo y tercero del artículo 9 de la presente resolución.
- De manera previa al reporte de las novedades señaladas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.
- En cualquier momento antes del 30 de septiembre de 2014, para renovar la habilitación por un año más, para los prestadores que les aplique el artículo 11.

Los requisitos para la inscripción y habilitación de servicios de salud en el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS) deberán cumplir con:

- Determinar el servicio o los servicios a habilitar, de acuerdo con el REPS, incluyendo la complejidad y el tipo de modalidad en la que va a prestar cada servicio.
- Realizar la autoevaluación y la posterior declaración en el REPS.
- Ingresar al enlace de formulario de inscripción disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, diligenciar la información allí solicitada y proceder a su impresión.
- Radicar el formulario de Inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud respectiva y los demás soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.

La inscripción inicial de cada Prestador en el REPS tendrá una vigencia inicial de cuatro años, contados a partir de la fecha de la radicación ante la entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente. Se considera radicado cuando haya agotado la totalidad del procedimiento de inscripción establecido en el artículo 7 de la Resolución. Esta podrá ser renovada por el término de un año, siempre y cuando haya realizado la autoevaluación y haya sido declarada en el REPS, durante el cuarto año de inscripción inicial y antes de su vencimiento. Las renovaciones posteriores tendrán vigencia de un año, previa realización de la autoevaluación de las condiciones de habilitación y su posterior declaración en el REPS, antes del vencimiento de cada año. Para el prestador de servicios de salud cuya inscripción en el REPS haya sido inactivada o cancelada y desee realizar su inscripción nuevamente, la vigencia de la inscripción será por un año, así como sus

renovaciones, previa realización de la autoevaluación de las condiciones de habilitación y su declaración en el REPS.

Artículo 6. Requisitos para la inscripción y habilitación de servicios de salud en el REPS.

Determinar el servicio o los servicios a habilitar, de acuerdo con el REPS, incluyendo la complejidad y el tipo de modalidad en la que va a prestar cada servicio.

- Realizar la autoevaluación y la posterior declaración en el REPS.
- Ingresar al enlace de formulario de inscripción disponible en el aplicativo del REPS publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente, diligenciar la información allí solicitada y proceder a su impresión.
- Radicar el formulario de Inscripción ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud respectiva y los demás soportes definidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.

Artículo 7. Procedimiento de inscripción de prestadores y habilitación de servicios en la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez recibido el formulario de inscripción con los soportes establecidos en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.

Se considera inscrito el prestador que cumpla el anterior procedimiento, momento a partir del cual el prestador podrá ofertar y prestar los servicios de salud correspondientes. Parágrafo: Una vez la Entidad Departamental o Distrital de Salud, autorice en el REPS la generación del distintivo de habilitación de los servicios, el prestador deberá descargarlo, imprimirlo y publicarlo.

Artículo 8. Responsabilidad.

El Prestador de Servicios de Salud que habilite un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que se habilite.

Artículo 9. Vigencia de la inscripción en el REPS.

- La inscripción inicial de cada Prestador en el REPS, tendrá una vigencia de cuatro (4) años, contados a partir de la fecha de la radicación.

Artículo 10. Consecuencias por la no autoevaluación por parte del prestador.

- Si el prestador inscrito en el REPS no realiza la autoevaluación de la totalidad de los servicios habilitados con su correspondiente declaración en el REPS, dentro del término previsto, se inactivará su inscripción.

Artículo 12. Novedades de los prestadores

Como cierre de servicios, cambio de domicilio y cambio de teléfonos y dirección, correo electrónico.

Las consecuencias de la no autoevaluación por parte del prestador de la totalidad de los servicios habilitados con su correspondiente declaración dentro del término previsto si se encuentra inscrito en el REPS, será que se inactivará su inscripción. Para los casos en que el prestador no haya autoevaluado uno o varios de los servicios habilitados, con su correspondiente declaración en el REPS, procederá la inactivación del servicio o servicios no autoevaluados en dicho registro.

Los Prestadores de Servicios de Salud estarán en la obligación de reportar las novedades que adelante se enuncian, ante la respectiva Entidad Departamental o Distrital de Salud, diligenciando el formulario de reporte de novedades disponible en el aplicativo del REPS, publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y, cuando sea del caso, deberán anexar los soportes correspondientes conforme a lo definido en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud. Se consideran novedades las siguientes: (12)

A. Novedades del prestador:

- Cierre del prestador
- Disolución o liquidación de la entidad
- Cambio de domicilio
- Cambio de nomenclatura
- Cambio de representante legal
- Cambio de director o gerente
- Cambio del acto de constitución
- Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, fax y correo electrónico)
- Cambio de razón social que no implique cambio de NIT

B. Novedades de la sede.

- Apertura o cierre de sede
- Cambio de domicilio
- Cambio de nomenclatura
- Cambio de sede principal
- Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, fax y correo electrónico)
- Cambio de director, gerente o responsable
- Cambio de nombre de la sede, que no implique cambio de razón social
- Cambio de horario de atención

C. Novedades de Capacidad Instalada.

- Apertura de camas
- Cierre de camas
- Apertura de salas

- Cierre de salas
- Apertura de ambulancias
- Cierre de ambulancias
- Apertura de sillas
- Cierre de sillas
- Apertura de sala de procedimientos
- Cierre de sala de procedimientos

D. Novedades de Servicios.

- Apertura de servicios
- Cierre temporal o definitivo de servicios
- Apertura de modalidad
- Cierre de modalidad
- Cambio de complejidad
- Cambio de horario de prestación del servicio
- Reactivación de servicio
- Cambio del médico especialista en trasplante
- Cambio del médico oncólogo en hospitalización
- Traslado de servicio

5.2.2 Plan Nacional de Salud Publica

Mediante el Decreto 3039 de 2007, se expidió el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP), basado en los enfoques poblacional, de determinantes y de gestión social del riesgo, buscando articularlos con el propósito de reducir la carga de la enfermedad y crear las condiciones para modificar la carga futura en la población. Contiene como líneas de política, la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de los riesgos, la recuperación y superación de los daños en la salud, la vigilancia en salud y la gestión del conocimiento y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del propio PNSP. Con estas líneas se busca armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas con miras a reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales. (13)

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú. Se define como un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia; cuenta con los objetivos estratégicos: alcanzar mayor equidad en salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y a discapacidad evitables (32).

5.2.3 Prestación de servicios de salud

El Estado colombiano a través de la Constitución Política de 1991 y la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud en concordancia a la Ley 1122 de 2007, construida para determinar los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios en Colombia y detalla las estrategias y líneas de acción establecidas para el logro de los objetivos propuestos. Tienen como propósito "garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población". Además, establece tres ejes:

- En el eje de acceso, se destacan las estrategias de consolidación de las redes de prestación de servicios de salud, el mejoramiento de la capacidad resolutoria en la prestación de servicios de baja complejidad y de urgencias, y el aumento de cobertura de aseguramiento a la población pobre y vulnerable.
- El eje de calidad está centrado en la adecuada implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad y el fomento al desarrollo del talento humano.
- El eje de eficiencia se refiere a la red de prestadores públicos de servicios de salud, de tal manera, que las estrategias se dirigen al mejoramiento de las condiciones de carácter. (33)

La política menciona que han sido múltiples las problemáticas y diagnósticos sobre los prestadores de servicios de salud en el país, y puede clasificarse en dos grupos, de una parte los problemas acumulados, que corresponden a situaciones que aún antes del nuevo sistema de seguridad social se identificaron y continúan vigentes, y los problemas emergentes, que se presentan como consecuencia de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano, los cambios político-administrativos de los últimos años o por las modificaciones en la situación de salud de la población.

Entre los problemas acumulados se encuentran:

- **Baja capacidad resolutoria:** Se ha evidenciado baja capacidad resolutoria de las instituciones de baja y media complejidad, con factores asociados a la deficiente actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura y la forma en que se determina e incorpora la tecnología en estas instituciones.
- **Inflexibilidad del régimen laboral del sector público:** El régimen laboral en los hospitales públicos, está regido por una legislación que dificulta la adaptación de las instituciones a los retos que le imponen los cambios en el sistema de salud, los cambios en el perfil epidemiológico de la población y en los modelos de prestación de servicios. Esta situación incrementa además los costos de operación.

- **Pasivo prestacional de los hospitales públicos:** Las instituciones públicas aún no han resuelto el tema del pasivo prestacional, en cuanto a clarificar la magnitud y establecer las posibilidades de financiación. Esto pone en riesgo la sostenibilidad y viabilidad de las instituciones del sector público.
- **Ausencia de mecanismos de evaluación e incorporación de tecnología:** El país no ha desarrollado los suficientes mecanismos que permitan identificar, evaluar, incorporar y gestionar la tecnología biomédica. En muchos casos la introducción e incorporación de técnicas, equipos o medicamentos costo efectivos se da de forma tardía por la ausencia de un sistema de evaluación de tecnología en el país.
- **Falta del sistema integral de información en salud:** La información sobre prestadores y prestación de servicios de salud es fragmentada y no responde a las necesidades del país. El sistema integral de información en salud y su componente de prestación de servicios está por desarrollarse, situación que limita el direccionamiento, la planeación y la gestión de los prestadores de servicios.
- **Ausencia de un sistema de rendición de cuentas:** El país no dispone de un sistema de rendición de cuentas cuyos ejes sean los resultados en salud y la gestión de la prestación de los servicios. El sistema debe partir de la evaluación a los responsables de las entidades territoriales, aseguradoras y prestadores.
- **Debilidad en los procesos de articulación departamento / municipio:** El desarrollo y organización de la red de servicios en las regiones y departamentos, en muchos casos no ha respondido a las necesidades y características de la región, lo que ha generado duplicidad e ineficiencia en la prestación de los servicios. Existen serias limitantes en la capacidad de gestión de las redes de servicios por parte de los departamentos, lo que se suma a las decisiones de municipios que no consultan la realidad local ni regional.
- **Debilidades en la gestión:** Existen debilidades de gestión en las entidades de dirección, aseguramiento y prestación de los servicios, tanto públicas como privadas. Las juntas directivas en general, no ejercen el rol de direccionamiento y evaluación, y los gerentes han dejado de lado el tema de la calidad de la gestión clínica y del talento humano.
- **No se ha logrado la universalidad en el aseguramiento:** Si bien se han hecho esfuerzos por aumentar las coberturas de aseguramiento y a 31 de diciembre de 2004 el 71% de la población se encontraba asegurada, trece

millones de habitantes no contaban con seguro de salud. Se requiere lograr universalización del seguro para obtener mejoras en el acceso a los servicios para la población pobre y vulnerable.

Entre los problemas emergentes se observan:

- **Fragmentación y atomización en la prestación de servicios:** La ausencia de articulación y direccionamiento de la oferta, mantiene a los usuarios con servicios fragmentados que limitan el acceso y la integralidad de la atención. En el país, los conceptos de redes de servicios y de modelos de atención en salud son la opción a la fragmentación y atomización en la prestación de servicios.
- **El sistema obligatorio de garantía de calidad no ha desarrollado el componente del sistema de información:** Si bien se definió en el país el SOGC, la información sobre la calidad de los servicios es incipiente y no existen mecanismos ni canales para determinar y divulgar la situación de la calidad de los servicios.
- **No se ha desarrollado un sistema de incentivos:** La política de incentivos se ha centrado en limitadas acciones para mejorar el prestigio de las instituciones. A la fecha no se ha consolidado una estrategia con incentivos positivos y negativos para los prestadores y aseguradores en el Sistema de Salud. No existen incentivos para la investigación científica y el desarrollo tecnológico.
- **Desequilibrio en la relación aseguradores/prestadores:** Existe una situación de permanente disconformidad y contradicción entre aseguradores y prestadores, por la forma en que los aseguradores definen precios y contratan a los prestadores de servicios.
- **Limitaciones en los sistemas de contratación y pago utilizados para la compra de servicios de salud:** Los mecanismos de pago actualmente utilizados entre aseguradores y prestadores, básicamente consultan precio, y responden más a ejercicios intuitivos basados en actividades históricas y precios indexados, que a estudios que consulten variables como calidad y costo efectividad.
- **Desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda:** Existen regiones del país con limitaciones de oferta y regiones con sobreoferta de servicios. Situación generada tanto por el sector privado como por el sector público.

En las que se puede considerar la vigencia o situación emergente de la no habilitación de los servicios, esto debido a no aspirar tener su proceso de

habilitación, siendo mejor puesto que no están registrados en el sistema y con esto no tendrían visitas programadas por medio de los entes de control.

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) Es la base de datos de las entidades departamentales y distritales de salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentren habilitados. Es consolidada por el Ministerio de Salud y Protección Social (34).

5.2.4 Calidad en la atención en salud

Todo persona afiliada o paciente sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, religión, opiniones políticas, origen social, posición económica o condición social tiene derechos.

5.2.5 Seguridad del paciente

Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias. (1)

La Política de Seguridad del Paciente que desarrolla Colombia es el conjunto de acciones y estrategias sencillas que está impulsando el Ministerio de la Protección Social para ser implementadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud las cuales propenden por ofrecer herramientas prácticas en la consecución del objetivo de hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la Atención en salud. Propende porque cada vez las instituciones y los profesionales sean más hábiles en identificar los errores más frecuentes que suceden durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y prevenirlos para progresivamente instaurar la cultura de seguridad del paciente (20).

5.2.6 Profesional Independiente de salud

Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar y no les será exigido el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. (PAMEC).

5.2.7 Servicios de salud

Conjunto de recursos, insumos, procesos y procedimientos organizados y autorizados con el objeto de prevenir las enfermedades, promover, mantener, recuperar y/o rehabilitar la salud de las personas. (excluye educación, vivienda, protección, alimentación y apoyo a la justicia (12).

El objeto de este estudio se basará en los servicios generales de odontología y especializados de ortodoncia y a continuación se expone información relevante:

5.2.7.1 Servicio de odontología

De acuerdo al perfil y competencias profesionales del odontólogo en Colombia del Ministerio de Salud y Protección Social del año 2013, el clínico que presta servicios en odontología general, como especialista en Colombia, fundamenta su ejercicio profesional en la aplicación de preceptos éticos, morales, sociales y humanistas, y en el conocimiento bioético, científico y técnico, que les permiten participar como ciudadano y como profesional, en la construcción y gestión de las políticas públicas del país, y desempeñarse en los ámbitos político, administrativo, social y clínico como parte de la salud pública, para contribuir con su trabajo a la disminución de las inequidades sociales y a la garantía de los derechos humanos con énfasis en el derecho a la salud.

Su gran desempeño lleva el fortalecimiento continuo de su formación técnica-científica, de sus capacidades comunicativas e investigativas, del trabajo en equipo, su actitud crítica y propositiva, su liderazgo y responsabilidad, y capacidad innovadora, para aplicar su conocimiento y experiencia tanto en lo individual y lo colectivo, en la construcción, transmisión y transformación de nuevo conocimiento, en el desarrollo de investigaciones aplicadas a la salud oral y su impacto en la salud general, en la planificación, gestión y evaluación de políticas y acciones sobre los determinantes que afectan la salud, en el fomento y promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico oportuno, el tratamiento y rehabilitación temprana, efectiva, y resolutive según sean los ámbitos de su desempeño profesional, haciendo el mejor uso de los medios disponibles a su alcance, a fin de mantener las mejores condiciones posibles de salud oral, como contribución a la salud general, al bienestar y a la calidad de vida de las personas y de la población.

En su ejercicio profesional es autónomo y responsable de las decisiones y de la autorregulación del alcance y limitaciones de su práctica, y es consciente del aporte que debe brindar dentro de los equipos transdisciplinarios, interinstitucionales y transectoriales de trabajo, reconociendo que dentro de ellos es líder responsable por naturaleza del equipo de salud bucal y que como tal asume las consecuencias de las acciones de dicho equipo. En sus interrelaciones personales y profesionales mantendrá conductas que dignifiquen la profesión, siendo ejemplo del cuidado de

su salud bucal y general , del de su familia, su sociedad y del entorno que lo rodea, así como ejemplo de respeto por el deber ser de la profesión, lo cual por ende no solo le permitirá evidenciar con sus actos su conducta y práctica, sino principalmente ser referente para ejercer los derechos y deberes que le asisten de participar activamente en el fortalecimiento de las organizaciones gremiales de la odontología, de las organizaciones sociales y políticas en los diversos niveles territoriales y contribuir con ellas a la construcción de condiciones con equidad que incluyen el trabajo decente para todos los trabajadores de la salud bucal del país.

Presenta las competencias transversales agrupadas bajo las dimensiones de: Ética y Humanismo, profesionalismo, contexto, gestión, investigación y docencia, en los siguientes dominios:

- Profesionalismo
- Contexto
- Ética y humanismo
- Gestión
- Investigación
- Docencia

Y en las competencias específicas presenta:

- Promoción de la salud en odontología
- Prevención de la enfermedad oral
- Diagnóstico de las condiciones de salud oral individual y colectiva
- Tratamiento de las alteraciones de la salud oral
- Seguimiento y evaluación para mejorar y mantener la salud oral a nivel individual y colectivo

Entre otras agremiaciones la odontología como profesión en el país cuenta con varios tipos de organizaciones gremiales y empresariales, tales como; el Tribunal Nacional de Ética Odontológica y la Federación Odontológica Colombiana que consta de 28 Seccionales territoriales y cuenta con diversas sociedades científicas como: Sociedad Colombiana de Endodoncia, Sociedad Colombiana de Ortodoncia, Sociedad Colombiana de Ortopedia Maxilar, Academia Colombiana de Odontología Pediátrica, Sociedad Colombiana de Prostodoncia, Sociedad Colombiana de Periodoncia, Academia Colombiana de Osteointegración, Sociedad Colombiana de Operatoria Dental y Biomateriales, Sociedad Colombiana de Cirugía Oral y Maxilofacial, Sociedad Colombiana de Odontología Legal y Forense y la más reciente vinculada la Asociación de Odontólogos Neuro focales (35).

5.2.7.2 Ortodoncia

Ortodoncia y ortopedia dentofacial es el nombre oficial de la especialidad de la odontología que se ocupa del diagnóstico, prevención, intervención, orientación y corrección de mordidas desalineadas. El propósito del tratamiento de ortodoncia es crear una mordedura correctamente alineada-dientes rectos que cumplen adecuadamente con los dientes opuestos en la mandíbula opuesta. Una mordedura correcta alineada hace que sea fácil para usted morder, masticar y hablar. (36)

En Colombia se ejerce la Ortodoncia como una especialidad de la Odontología a través de profesionales formados en el País o en el exterior, y que laboran a lo largo y ancho de todo el Territorio Nacional.

Tanto el ejercicio profesional de la Ortodoncia, como el sistema de capacitación de profesionales por las universidades colombianas, y la aceptación de los especialistas extranjeros; se realiza sin un debido estudio del recurso humano de la Ortodoncia en Colombia que informe como y cuantos profesionales forman y han formado las diversas Facultades de Odontología del País; qué seguimiento se les hace a esos profesionales con respecto a la forma como ejercen su profesión; qué tipo de ejercicio laboral llevan a cabo; a qué comunidades atienden y cuáles grupos están desprotegidos.

Por lo tanto, al no tener como base un estudio del recurso humano de la ortodoncia en Colombia; se carece de una metodología reproducible y confiable que sustente con una base sólida legal, social y epidemiológica los programas de postgrado en Ortodoncia y la aceptación de especialistas formados en el extranjero por el ICFES. (37)

5.2.8 Evento adverso

Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles:

- Evento adverso prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.
- Evento adverso no prevenible: Resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. (3)

5.2.9 Falla en la atención en salud

Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión) en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por, definición, no intencionales.

- Indicio de atención insegura: un acontecimiento o una circunstancia que pueden alertar acerca del incremento del riesgo de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- Fallas activas o acciones inseguras: son acciones u omisiones que tiene el potencial de generar daño o evento adverso. Es una conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud por miembros del equipo misional de salud (enfermeras, médicos, regente de farmacia, fisioterapeuta, bacteriólogos, auxiliares de laboratorio, auxiliar de enfermería, odontólogos etc.).
- Fallas latentes: son acciones u omisiones que se dan durante el proceso de atención en salud por miembros de los procesos de apoyo (Personal administrativo) (20)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en octubre del año 2004, creó una iniciativa especial denominada Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el propósito de constituir políticas necesarias para la seguridad de los pacientes, que pueden ser creadas por las instituciones gubernamentales y las mismas instituciones prestadoras de servicios de salud, en compañía de profesionales que apoyen y desarrollen sistemas más seguros para la prevención de los errores, entre ellos, reporte de eventos adverso ,y el programa de seguridad del paciente. (38)

	<p>habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. En su artículo 52 Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son: Regular el servicio público esencial de salud. Crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.</p> <p>()</p>
<p>Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</p> <p>Artículo 58 Ley 1438 de 2011</p>	<p>Esta Ley reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.</p> <p>Habilitación de prestadores de servicios de salud, deberán contar las condiciones necesarias para todo tipo de servicio de salud con calidad; para tal fin los reglamentos que el Ministerio de la Protección Social expida deberán garantizar la verificación de dichas condiciones y su periódica revisión.</p>
<p>Decreto 1011 de 2006 “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía para la Calidad, de la atención en salud, en el Sistema General de Salud”</p>	<p>Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía para la Calidad, de la atención en salud este contiene cuatro componentes, de los cuales los prestadores independientes deben dar cumplimiento a su primer componente El Sistema Único de Habilitación.</p>
<p>Resolución 2003 de mayo 2014 “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud”. Expedida por El Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Esta resolución define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud, y por ende si se habilitan su total cumplimiento, en el caso de los profesionales independientes su cumplimiento es de su capacidad tecnológica y científica, que es proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para su funcionamiento a partir de los</p>

<p>Estándares de Habilitación en salud.</p> <p>Estándar número 1: Talento humano Ley 1164 de 2007</p> <p>Artículo 17 Ley 1164 2007.</p> <p>Ley 3030 de 1992 Por medio de la cual se definen las especificaciones para el reporte de la información del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS)</p> <p>Ley 30 de 1992:</p> <p>Ley 1438: En su artículo 98</p>	<p>estándares de Habilitación que son principalmente de estructura y delimitan el punto en el cual los beneficios superan a los riesgos.</p> <p>Esta Ley dicta las disposiciones en materia del talento humano en salud.</p> <p>Este artículo especifica el desempeño y ética de los profesionales, su certificación y conocimientos, el ser y saber y hacer de sus acciones.</p> <p>Son las especificaciones para realizar el reporte en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (RETHUS), los prestadores deben registrarse aquí y estar continuamente actualizando sus datos.</p> <p>Da organización el servicio público de la Educación Superior” Es la que certifica que los profesionales de la salud desarrollaron su carrera en una institución de educación superior, legalmente reconocida por el Estado.</p> <p>Este artículo se refiere a la formación continua que debe el talento humano en salud, para llevar una atención con calidad.</p> <p>Son las condiciones mínimas del área o ambiente y de localización para la prestación del servicio.</p>
---	---

<p>Estándar número 2 Infraestructura</p>	<p>Dicta las normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, que refiere adecuar de manera segura la infraestructura donde prestaran los servicios de salud.</p>
<p>Resolución 4445 diciembre de 1996: Expedida por el Ministerio de Salud</p>	<p>Este estándar da cumplimiento a las condiciones y mantenimiento de los equipos biomédicos.</p>
<p>Estándar número tres Dotación</p>	<p>Por mantenimiento hospitalario se entiende la actividad técnico-administrativa que es principalmente realizada para prevenir averías, y a restablecer la infraestructura y la dotación hospitalaria a su estado normal de funcionamiento, así como las actividades tendientes a mejorar el funcionamiento de un equipo.</p>
<p>Circular Externa 029 de 1997 Superintendencia Nacional de Salud</p>	<p>Los profesionales en salud deben diseñar un instrumento de plan de mantenimiento de los equipos biomédicos, para el debido reporte de estos.</p>
<p>Circular 049 de 2008 Superintendencia Nacional de Salud</p>	<p>Se pide que los profesionales que cuenten con un programa de Tecnovigilancia, con el fin de identificar los eventos e incidentes adversos no descritos en la utilización de dispositivos médicos en el Territorio Nacional, cuantificar el riesgo, proponer y realizar medidas de salud pública y mantener informados a los usuarios, a los profesionales de la salud, a las autoridades sanitarias y a la población en general.</p>
<p>Resolución 4816 de 2008 Ministerio de la Protección Social</p>	<p>Son los procesos para la gestión de medicamentos y demás insumos, que utilicen la institución.</p>
<p>Estándar número 4 Medicamentos Dispositivos e insumos</p>	<p>Son los procesos para la gestión de medicamentos y demás insumos, que utilicen la institución.</p>

<p>Resolución 4002 de 2007 Ministerio de la Protección Social</p>	<p>Esta resolución adopta el manual de requisitos de capacidad de almacenamiento y/o acondicionamiento para dispositivos médicos”. Los prestadores deben describir el protocolo del manejo de los insumos y dispositivos.</p>
<p>Resolución 1403 de 2007 Ministerio de la Protección Social</p>	<p>Todos los prestadores de servicios de salud deben contar con un programa institucional de Farmacovigilancia, con una perspectiva especialmente clínica/individual que permita establecer y prevenir problemas relacionados con la indicación, efectividad y seguridad de los medicamentos.</p>
<p>Decreto 4725 de 2005 Ministerio de la Protección Social</p>	<p>Se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.</p>
<p>Estándar número 5 Procesos Prioritarios</p>	<p>Los procesos prioritarios son la existía, la socialización, de los procesos asistenciales, que condicionan toda la prestación de servicios y la calidad de estos, siempre evitando los riesgos en salud.</p>
<p>La Alianza Mundial para la Seguridad del paciente en octubre 2004.</p>	<p>Observatorio Nacional de calidad en salud Ministerio de Salud y Protección Social.</p>
<p>Normas complementarias</p> <p>Decreto 4747 de 2007 Ministerio de la Protección Social</p>	<p>Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. Guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente. Promoción de la cultura d seguridad del paciente. Paquetes instruccionales. Se define el sistema de referencia y Contrarreferencia</p>

<p>Decreto 351 de 2014: Capítulo I Art 4.</p> <p>Resolución 2183 2004 Ministerio de Salud y Protección Social</p> <p>Resolución 103 de 2016 Ministerio de la Salud y Protección Social</p> <p>Estándar número 6 - Historias clínicas Ley 594 de 2000</p> <p>Resolución 1995 de 1999 Ministerio de Salud</p> <p>Resolución 0058 de 2007 Ministerio de Salud</p> <p>Resolución 839 de 2017 Ministerio de la Salud y Protección Social</p> <p>Estándar número 7 Interdependencia de servicios</p>	<p>Se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades. Definiciones Bioseguridad.</p> <p>Adoptar las buenas prácticas de esterilización para prestadores de servicios de salud.</p> <p>Se establece el Plan para la Gestión Integral para los Residuos Generados en la Atención en Salud y otras actividades (PGIRASA)</p> <p>“Por medio de la cual se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones”</p> <p>Establece normas para el manejo de la Historia Clínica.</p> <p>“Se establecieron normas para el manejo de la Historia Clínica; y específicamente los referidos al diligenciamiento, administración, conservación, custodia y confidencialidad de las historias clínicas, se hace necesario derogar la Resolución 1715 de 2005.</p> <p>La presente resolución tiene por objeto establecer el manejo, custodia, tiempo de retención, conservación y disposición final de los expedientes de las historias clínicas.</p> <p>Se requiere de otros servicios externos para la oferta de servicios de los profesionales en la atención en salud.</p>
--	---

7. Metodología

7.1 Tipo de estudio

Este estudio se realizó mediante una metodología cualitativa, enmarcada en un estudio descriptivo y de corte transversal a partir de la realización de entrevistas semiestructuradas. Se eligió un enfoque cualitativo porque es un modo a la investigación social que permite encarar la interioridad de los sujetos y de las relaciones que establecen con los contextos y con otros actores sociales; es decir, aborda las realidades subjetivas e intersubjetivas como objetos legítimos de conocimientos científicos y busca comprender, desde esa interioridad, las lógicas de pensamiento que guían las acciones sociales de los actores y sus repercusiones en el comportamiento de los individuos, rescatando su diversidad y particularidad, y hace énfasis en lo local y regional. Además, los análisis cualitativos se centran en grupos pequeños, en casos o individuos que se seleccionan, cuidando que no sean excepcionales sino representativos, no estadísticamente, sino con criterios de comprensión, pertinencia y compromiso de participación en el estudio (40).

Por su parte, los estudios descriptivos se caracterizan por ser estudios observacionales

entonces se describen las características y/o frecuencia de un problema en salud en un momento dado o en un grupo de individuos; descripción que interesa en este caso. Igualmente, el estudio es de corte transversal, porque la recolección de la información se realizó en un único momento en el tiempo (41).

Esta investigación siguió un diseño de estudio de caso, el cual se refiere a una estrategia metodológica orientada a la comprensión de un fenómeno social. Un caso puede ser una persona, un grupo, una familia, una institución, en el cual interesa indagar por dinámicas singulares, dada su particularidad. (42) En el marco de este estudio se concibió como un caso a los odontólogos y ortodoncistas prestadores de servicios de salud independientes no habilitados, porque se trata de profesionales que tienen unas condiciones particulares asociadas a que, por lo general, trabajan en muchos lugares, es decir, rotan su práctica clínica en distintos y numerosos consultorios, muchos de los cuales no cumplen con los requisitos de habilitación, esto implica que en ocasiones estos profesionales no tengan conocimiento de los procesos administrativos y asistenciales que se llevan a cabo en esos lugares, más allá de la atención directa a los pacientes programados.

7.2 Los participantes del estudio

Según la información del Ministerio de Salud y Protección Social respecto a los prestadores de servicios de salud, para octubre de 2019 en Medellín había 5583

profesionales independientes habilitados, de los cuales, de acuerdo con la información suministrada por el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, se encontraron habilitados 1978 establecimientos prestadores de servicios odontológicos generales y 807 establecimientos prestadores de servicios de ortodoncia. (43) Además, no existen cifras exactas del total de profesionales de salud independientes que no cuentan con la habilitación en salud en sus servicios de odontología y ortodoncia.

En esta investigación participaron ocho profesionales, cuatro odontólogos generales y cuatro ortodoncistas, los cuales se encontraban sin realizar el proceso de habilitación en salud en algunos o en todos los consultorios particulares, ya sean estos consultorios propios o contratados en los que trabajan en la ciudad de Medellín.

7.2.1. Selección de los participantes

En este contexto, la selección de participantes se realizó por conveniencia. Odontólogos y ortodoncistas que realizan consulta independiente fueron invitados a participar de este estudio. Los profesionales participantes fueron seleccionados siguiendo criterios de inclusión: trabajar como odontólogo general u ortodoncista, en uno o más consultorios que en los cuales no estuvieran habilitados para la prestación de estos servicios asistenciales y cuyo funcionamiento no fuera inferior a un año, y participar voluntariamente del estudio.

Considerando que los prestadores de servicios odontológicos y de ortodoncia independientes que no cuentan con habilitación, no se encuentran en un registro o censo, estos debieron ser contactados por la investigadora, quien se acercó inicialmente a algunos que conocía, dado que ha trabajado en el medio como auxiliar de odontología y como administradora de una clínica odontológica. Tras hablarles del estudio, invitarlos a participar y obtener una respuesta afirmativa por parte de los profesionales, se acordaron espacios para los encuentros, generalmente en sus consultorios.

7.3. Proceso de recolección de información

Como técnica para la recolección de información se eligió la entrevista, porque es interactiva, de contacto directo y permanente con los actores y escenarios de estudio. Ofrece ventajas como el amplio espectro de aplicación, la posibilidad de centrar el tema hacia el objetivo determinado, de que los participantes den cuenta de observaciones propias y ajenas, y permite indagar por hechos presentes, pasados y situaciones planeadas a futuro. La entrevista es una conversación guiada por una de las partes intervinientes, pero producida en coautoría con el o los entrevistados, es variable caso a caso y permite descripciones situacionales o contextuales (44).

Para esta investigación se optó por realizar entrevistas semiestructuradas, porque presentan un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Se trata de una forma de entrevista que tiene la posibilidad de adaptarse a los sujetos, de motivar la conversación, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. También permite que, durante la conversación, el entrevistador tome decisiones que pueden alterar el curso de la entrevista (45).

Se realizaron ocho entrevistas semiestructuradas, previo a lo cual se construyó una guía inicial orientadora de los temas a abordar durante las conversaciones con los participantes (Anexo 1). Al inicio de los encuentros, se explicó ampliamente los propósitos, características y condiciones del estudio y, tras la lectura y firma del consentimiento informado (Anexo 2), fueron desarrolladas las entrevistas. Con la autorización de los entrevistados, las conversaciones fueron grabadas y posteriormente transcritas para el análisis. En la medida en que se realizaron las primeras entrevistas, se fueron ajustando algunas preguntas del instrumento y se fue evaluando la forma de entrevistar, con el fin de ir mejorando estos espacios de conversación con los participantes.

Los encuentros fueron presenciales y se realizaron en los lugares de trabajo (consultorios) de los participantes, dado que era lo más conveniente para ellos; salvo en un caso, en el cual hubo necesidad de recurrir a hacer la entrevista a través de Skype, por solicitud del participante, considerando sus tiempos disponibles. Tras los encuentros con los participantes, se escribieron notas de campo sobre aspectos relevantes de la conversación que llamaron la atención de la entrevistadora, asociados con los objetivos del estudio. Por su parte, la transcripción de las entrevistas consistió en el registro escrito de las conversaciones, fue detallada y fiel a los datos grabados; la llevó a cabo la investigadora, quien se entrevistó con todos los participantes; estas transcripciones fueron hechas durante la semana siguiente a la entrevista, de manera que la investigadora pudiera recordar detalles de la conversación. La premisa que se siguió es que lo que no estuviera registrado, no podría ser analizado posteriormente. Los nombres de los participantes fueron cambiados por seudónimos para proteger su identidad.

7.4 Proceso de análisis de la información

En la investigación cualitativa no se hace tanto énfasis en la definición de variables e indicadores precisos previo a la recolección de la información, para evitar sesgos en la aprehensión de las situaciones sociales. Se parte por lo general de un diseño mucho más flexible, en el cual las categorías de estudio se definen con el objetivo de guiar el proceso de recolección y durante el análisis (40). Partiendo de estos planteamientos, para el estudio se definieron unos temas de interés asociados con los objetivos propuestos, y las categorías de análisis emergieron de los datos en el proceso de análisis.

El análisis se realizó haciendo uso de las aplicaciones Word y Excel. Inicialmente se hizo un proceso de fragmentación de texto (de las entrevistas transcritas) y codificación abierta, procurando construir códigos descriptivos y fieles a la información dada por los participantes. Esta primera estrategia de codificación (en Word) permitió identificar y describir los temas, e ir avizorando algunos vínculos entre ellos, que fueron fortaleciéndose en las fases sucesivas de codificación, a partir de categorías más amplias y analíticas; este proceso de relacionamiento entre categorías se realizó haciendo uso de plantillas de Excel, que posibilitó una visión general de los datos y con ello, su comparación y comprensión (46).

En este sentido, los hallazgos producidos a partir del análisis de la información se realizaron mediante la descomposición de la información, a través de procesos de codificación que pasaron de un nivel textual a uno conceptual, donde se relacionaron las categorías surgidas de los datos. En estos procesos de análisis, algunas categorías se pueden considerar más significativas que otras para los objetivos del estudio, entonces requieren ser desarrolladas con mayor profundidad y pueden relacionarse con otras categorías o ejes temáticos, buscando una agrupación de temas hasta identificar acuerdos y desacuerdos entre los posicionamientos de los participantes (39, 40).

El análisis permitió realizar un proceso interpretativo y construir el relato que se presenta en la descripción de hallazgos y discusión de este informe de investigación.

7.5. El cuidado de la información

La información fue almacenada en USB o memoria expandible, en el computador de la investigadora y en la nube (almacenamiento virtual); además se hizo periódica. Fueron creadas algunas carpetas clasificadas de acuerdo con el tipo de información que almacenaban: grabaciones o transcripciones de entrevistas, notas, material bibliográfico; lo que facilitó el almacenamiento, manejo y uso de los datos (47).

8. Consideraciones éticas

La investigación se realizó siguiendo las disposiciones de la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, observando declaraciones del Capítulo II (de las investigaciones en comunidades), en los artículos 17 al 22, que aluden a:

- Las investigaciones asociadas con salud, llevadas a cabo en comunidades, solo son admisibles cuando se asegure el beneficio para estas y no sean puestas en riesgo.
- El investigador principal debe obtener aprobación de autoridades en salud y autoridades civiles de la comunidad de estudio, además del consentimiento informado de los participantes.
- La participación en la investigación es voluntaria. En casos en los que los sujetos no cuenten con la capacidad para comprender las implicaciones de vincularse en el estudio, el análisis y aval de su inclusión deberá ser dado por el Comité de Ética en Investigación de alguna de las entidades involucradas; si no se cuenta con esta autorización, la investigación no puede ser realizada.
- “Las investigaciones experimentales en comunidades solo podrán ser realizadas por establecimientos que cuenten con Comités de Ética en Investigación y la autorización previa de este Ministerio para llevarla a cabo, sin perjuicio de las atribuciones que corresponden a otras dependencias del Estado, y hubieren cumplido en todo caso con los estudios previos de toxicidad y demás pruebas de acuerdo con las características de los productos y el riesgo que impliquen para la salud humana”.
- La investigación debe ofrecer medidas de protección de los individuos y asegurar resultados válidos, en correspondencia con los lineamientos establecidos para el desarrollo del diseño de investigación del que se trate.
- En las investigaciones comunitarias, deben extrapolarse las consideraciones éticas aplicables para la investigación en humanos.

Esta investigación cualitativa se enfocó en conocer, desde la perspectiva de los participantes, las causas por las cuales los profesionales de salud independientes, prestadores de servicios de salud odontológicos y de ortodoncia no adhieren a la norma de habilitación en salud. No se incurrirá en riesgos para la salud; se identificaron riesgos de sanción en caso de que se supiera la identidad de los participantes, puesto que realizan actividades clínicas sin el necesario cumplimiento

de esta norma; por tal razón, se garantizó confidencialidad, haciendo uso de seudónimos en este informe.

Los criterios a continuación fueron tenidos en cuenta:

El estudio buscó producir información a partir de la realización de entrevistas y contó con el consentimiento informado (escrito) de todos los participantes, quienes tuvieron la potestad de decidir sobre su participación, así como la posibilidad de retirarse del mismo si lo consideraban pertinente, sin reparo alguno por parte de la investigadora, los participantes no aparecen con su nombre real, para ello se utiliza un seudónimo para cuidar su confidencialidad.

- Se garantizó intimidad y confidencialidad en el manejo de la información.
- Se consideró un estudio de riesgo mínimo por tener como propósito único la producción de información, y el cual no implicó intervenciones sobre el cuerpo o estado emocional de los participantes.
- No hubo beneficios directos, sin embargo, la participación en el estudio se torna en una posibilidad de contribuir a la comprensión de las dinámicas de la habilitación en salud. Se adquirió el compromiso de hacer devolución de los hallazgos a los participantes.

9. Descripción de hallazgos

En este apartado se presentan los hallazgos de este estudio, los cuales son desarrollados a partir de cuatro categorías centrales: una referida a las concepciones sobre el proceso de habilitación en salud, que incluye ventajas, desventajas y la relación de este proceso con la seguridad del paciente; otra asociada a los actores del proceso de habilitación en salud; luego, una categoría que menciona las dificultades que, desde la perspectiva de los participantes, están asociadas a este proceso, y una última que señalan los aspectos que condicionan la habilitación, como una división entre lo clínico y lo administrativo, la propiedad de los consultorios, las condiciones laborales de los profesionales y el (des)conocimiento sobre el proceso de habilitación.

9.1. Concepciones sobre el proceso de habilitación en salud

En las entrevistas realizadas, al preguntar a los participantes por el proceso de habilitación en salud, del cual deben ser objeto los servicios odontológicos que prestan, surgieron distintas formas de concebirlo. Para algunos, se trata de una exigencia por parte de la autoridad sanitaria; exigencia que es vista por algunos entrevistados como necesaria y ventajosa, mientras otros la interpretan no solo como innecesaria, sino también como excesiva. Esta concepción de la habilitación como exigencia implica que se trata de un proceso que debe ser llevado a cabo con el objetivo de cumplir la norma vigente, frente a lo cual hay una vigilancia de los entes de regulación en salud. En este sentido la habilitación también es vista como una estrategia de estas autoridades para ejercer control sobre los profesionales independientes.

Por otra parte, algunos participantes se refieren a la habilitación como una autorización para el trabajo, dada por las autoridades sanitarias como permiso para prestar servicios odontológicos independientes. En este sentido el trabajo sin habilitación es visto por ellos como un ejercicio de la profesión no ajustado a los requerimientos legales; así lo expresó un entrevistado: *“porque si no están habilitados los odontólogos, no creo que están cumpliendo como con la norma, o sea, estaríamos trabajando como bajo cuerda”* (Ernesto).

La habilitación también es concebida como una garantía para el paciente y para los dueños de consultorios que contratan los servicios de estos profesionales, porque se constituye en una prueba de su formación académica, en un contexto en el que, según los participantes, puede haber personas no idóneas realizando odontología general y actividades propias de especializaciones clínicas, por ejemplo, hay quienes prestan servicios de ortodoncia sin estar formados como ortodontistas. Uno de los participantes señaló:

“Digámoslo así y es una manera de los pacientes darse cuenta si el odontólogo sí es en realidad pues habilitado, si tiene todos los servicios en regla, y no llegar donde una persona que no es odontólogo ni nada de eso” (Sofía).

Sin embargo, en algunos casos, aunque la habilitación representa esta garantía, no genera beneficios directos para el odontólogo. Al paciente puede brindarle tranquilidad y confianza, por estar siendo atendido por un profesional, pero para el odontólogo esto solo implica una importante inversión de tiempo y dinero.

Por otra parte, algunos de los odontólogos participantes creen que llevar su diploma y recibir la resolución de su registro en la Secretaria Seccional de Salud, es un trámite suficiente para poder ejercer su profesión de manera independiente. Esto da cuenta de un desconocimiento tanto de la norma como del proceso de habilitación de los servicios que presta como profesional independiente, pues este es concebido como la obtención del registro del diploma. Es importante resaltar que la habilitación y el registro del diploma son dos obligaciones diferentes exigidas a partir de normas distintas: Por un lado, está el Decreto 1011 de 2006 con sus cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, Sistema de Información para la Calidad y Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, y la Resolución 2003 de mayo de 2014 (sobre habilitación en salud); y, por otro lado, está la Ley 30 de 1992, que en su artículo 24 expresa que una persona debe demostrar, a través de su diploma, que se ha capacitado en una institución de educación superior.

Además, algunos entrevistados se refieren a la habilitación como contar con la póliza de responsabilidad, o como tener aseguramiento en salud. Así lo manifestó alguien: *“Bueno primero estar con la parte de tener un seguro, como es que se llama eso, por esa parte creo que es un criterio que tenemos que tener los independientes, estar como acogidos por ese respaldo por si alguna cosa” (Ernesto).*

9.1.1. Ventajas y desventajas del proceso de habilitación

Además de que la habilitación es vista como garantía para el paciente y para quienes contratan a los profesionales, entre las ventajas del proceso de habilitación percibidas por los participantes, ellos también resaltan la necesidad de estar estudiando para actualizarse respecto de los cambios normativos y procesos administrativos correspondientes; de adecuar el consultorio en términos de infraestructura física, protocolos de atención, proceso de esterilización, custodia de historias clínicas, ambiente de residuos; de mantenimiento y mejoramiento de equipos. Otro beneficio manifestado por los entrevistados es que, al tener cumplidos los estándares de habilitación, se sienten más tranquilos ante una eventual visita de la Secretaria Seccional de Salud o de la Secretaria de Salud municipal, pues se evitarían un posible cierre de servicios y de consultorios, además de sanciones económicas; otra ventaja es el aprendizaje que dicen haber adquirido sobre los temas relacionados con la seguridad del paciente; igualmente, perciben como positivo el estar continuamente informados a través de correos electrónicos

enviados por estas Secretarías, que comunican sobre el proceso de habilitación y cambios en el mismo.

La habilitación en salud, en general, proporciona tranquilidad a los pacientes que asisten al consultorio odontológico, porque ellos pueden notar que se encuentran los distintivos de autorización de odontólogos con título, y cumplimiento de estándares de habilitación.

Sin embargo, la habilitación también es concebida como un proceso complicado, porque los odontólogos en su formación académica se enfocan únicamente en la parte clínica y, al momento de graduarse y salir a ejercer su profesión, muchos no comprenden la realización de este trámite obligatorio de habilitación en salud, entonces se ven en la necesidad de buscar quién les proporcione esta información y les ayude a estar habilitados; por ende, requieren de presupuesto para cancelar los honorarios de las personas que apoyan esta gestión de los procesos de habilitación. En este sentido, para los entrevistados, la habilitación es algo costoso y un proceso que requiere de tiempo para la construcción del Manual Único de Habilitación con los parámetros normativos que este exige, esto implica la presencia por parte de los odontólogos, para atender a la persona o asesor que contribuirá a preparar sus procesos y procedimientos asistenciales y administrativos, y dar cumplimiento a la norma.

Así, señalan que estos procesos son tediosos, porque dedicarles el tiempo requerido les acarrea la no atención de sus pacientes y, consecuentemente, no recibir ingresos económicos por estos períodos; de igual modo, los ven como “engorrosos” porque implican cambios en las agendas de atención. La dedicación a esta gestión es percibida como un desgaste y una pérdida, tanto de tiempo como de dinero. Además, manifestaron sentirse agobiados por tanta papelería que deben diligenciar, como los formatos de reporte del proceso de esterilización, de los residuos, de eventos adversos, sobre capacitaciones continuas y programas que demuestren que conocen y ejecutan estrategias para garantizar la seguridad del paciente. Asimismo, la habilitación es vista como “algo perezoso” porque les implica leer leyes, decretos, resoluciones, circulares y demás, como también estudiarlas; igualmente, dedicarle tiempo a “las carpetas”, es decir, a la gestión de evidencias del cumplimiento de estándares del Manual Único de Habilitación.

También refirieron sentirse confundidos, porque cada odontólogo puede interpretar la norma de manera diferente, por lo que esta no es clara para ellos y, en la mayoría de los casos, tienden a olvidarla. El proceso de habilitación implica tareas permanentes, pero la mayoría de los participantes señalaron no estar pendientes de gestionar continuamente el Manual. Así lo afirma un entrevistado: *“No sé, unas carpetas que hay en los consultorios... sí, como un montón de carpetas, creo que esterilización, guías clínicas, protocolos, y como de la parte física”* (Camilo).

Por otro lado, aparece el temor frente al anuncio o la visita inesperada de funcionarios de las Secretarías Seccional o local de Salud, pues conciben no estar suficientemente al tanto de cómo responder a estas visitas, puesto que muchos tienen la habilitación y el Manual realizado, pero no están constantemente pendientes de su ejecución y actualización.

Los entrevistados también manifiestan que encontrar un sitio que sea apto y que no tenga ningún problema para ellos poder habilitarse es algo complicado, esto los lleva a no querer habilitarse; es decir, no es fácil contar con un espacio que cumpla con los criterios de infraestructura y este es uno de los más grandes motivos por el que no quieren habilitarse. Así lo manifiesta la siguiente entrevistada:

“Que implica demasiadas, demasiado tiempo emm hacer las carpetas, estar informada, que el consultorio también esté como apto para para uno habilitarse, entonces por eso no me he preocupado mucho como por habilitarme allá” (Sara).

9.1.2. Proceso de habilitación y seguridad del paciente

Los profesionales entrevistados tienen claridad en la finalidad de la habilitación es brindar sus servicios primando siempre la seguridad del paciente dentro de la institución, para esto son conscientes de que hay algunos requisitos mínimos en procesos prioritarios, que corresponden al quinto estándar del Manual Único de Habilitación en Salud, que deben cumplir para garantizar una atención segura.

Aunque los participantes refieren que el proceso de habilitación puede llegar a ser algo complicado (y como se mencionará más adelante esto aumenta cuando laboran en consultorios no propios), por lo que implica dedicar tiempo y dinero para efectuar los estándares establecidos por la norma, estos están orientados a buscar la seguridad del paciente. Al respecto, por ejemplo, la norma exige que haya reuniones de capacitación en temas relacionados con la seguridad del paciente; los entrevistados entienden la importancia de prevenir un evento adverso dentro de la atención, pero en ocasiones reunirse no es fácil, porque cada odontólogo tiene horarios y consultorios diferentes donde prestan el servicio. Estas capacitaciones o comités muchas veces no son realmente ejecutadas, los temas a tratar no se dan verídicamente y después cuando cada uno vaya a ofrecer la consulta firma en el acta de asistencia, pero realmente la capacitación no se dio; solo se elabora esta acta para contar con una evidencia de que se está llevando un cronograma de capacitaciones. Todo esto se hace con el fin de tener la documentación en caso de que haya alguna visita de la autoridad sanitaria.

Aunque se señala que esta es una práctica en algunos consultorios, cabe aclarar que no todos los odontólogos la realizan, pues en algunos de los casos hay conciencia de la importancia de la realización de estos espacios. Una participante dijo que uno de los asuntos a los que presta atención es a *“hacer una charla cada mes, de seguridad del paciente” (Sara).*

La seguridad del paciente también se debe prever desde los insumos, materiales e instrumentos con que el profesional trabaja; es muy importante que se mantenga un control a los mismos, desde las fechas de vencimientos y su calidad. Igualmente, involucra una cierta infraestructura, vigilar los procesos de esterilización y manejo de residuos. Algunos participantes señalaron que, desde su experiencia, han podido ver cómo hay personas que prestan servicios odontológicos sin tener la titulación que los certifique para ejercer la actividad; por ejemplo, odontólogos generales prestando servicios de ortodoncia, rehabilitación, entre otras especialidades, lo cual pone en riesgo la salud de sus pacientes. Una participante dijo al respecto:

“la única persona que trabaja ahí es un señor que no sé ni siquiera si es ortodoncista, pero dice hacer de todo, entonces yo pienso que, partiendo de ahí, que si está mostrando tanta publicidad, pues se supone es que tiene habilitados todos esos servicios y que tiene los profesionales idóneos para cada especialización, o que hay un especialista, un multiespecialista, alguien que tiene todas las especialidades, y no es así, pues es una persona que realmente no sé si sea odontólogo, o si sea especialista y es una sola persona como para prestar tantos servicios, entonces no sé qué tan vigilado, porque la publicidad dice una cosa y yo pienso que la realidad es otra” (Luisa).

9.2. Los actores de la habilitación en salud

A los entrevistados se les hace difícil asumir que ellos deben ser los responsables de todos los procesos asistenciales y administrativos a los que da lugar la habilitación en salud, y por ello no quieren estar inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS); piensan que lo ideal es no tener que realizar este trámite y que con su diploma bastará para poder salir y atender a los pacientes como profesional independiente, en un consultorio odontológico ya sea éste propio de odontólogos, auxiliares o persona diferente no relacionada con una profesión en salud, o en el que se trabaje a partir de un contrato por prestación de servicios. Ellos afirman que ha sido muy difícil lo relacionado con la habilitación en salud, especialmente cuando no son propietarios de los consultorios en los que solo van a ofrecer la atención clínica una o dos veces al mes.

En efecto, los profesionales consideran que la responsabilidad de las ejecuciones de las tareas para dar cumplimiento a la norma no debe recaer en ellos únicamente, pues realmente no son quienes las realizan, pues esta labor generalmente la desempeñan las auxiliares en salud oral. En la mayoría de los casos, los profesionales no verifican si los registros se encuentran diligenciados verídicamente, tales como el control de temperatura y humedad, o el proceso de esterilización del instrumental. Los entrevistados, a su vez, dicen que es muy complicado revisar las tareas asignadas a las auxiliares y confiar el proceso de habilitación en ellas, porque en algunos casos ha sucedido que se inventan los reportes, y las evidencias del cumplimiento no son siempre ajustadas a la realidad. Los profesionales, indican, no siempre cuentan con el tiempo disponible para vigilar

la labor de estas personas, pero tampoco para ejecutar las tareas que les han delegado, porque su tiempo es para la atención al paciente. Dada esta situación, de acuerdo con algunos participantes, los odontólogos toman la decisión de no habilitarse para no asumir los compromisos implicados en este proceso, pues de esta manera, no aparecen en la base de datos de los entes territoriales, por lo que evitan estar en lista de espera para visitas de auditoría de estándares de habilitación.

Por otro lado, a su parecer “no es justo”, sobre todo en los casos donde no tienen el control porque no son propietarios, que sean responsables de procedimientos que se llevan a cabo en los tiempos en los que ellos no tienen presencia en el lugar; incluso, en ocasiones tienen claro que el consultorio puede estar incumpliendo en ciertos estándares de habilitación y que, ante una posible visita de la autoridad, de allí se pueden desprender cierres de la institución y multas al profesional. Ellos afirman que son empleados y, en este sentido, el propietario del consultorio o contratante, como en cualquier otra empresa, es el que debería asumir toda la responsabilidad. Sin embargo, esta idea se contrapone con la disposición normativa que concibe la habilitación como compromiso de cada prestador de salud.

Así, para los profesionales es mejor no realizar la habilitación en salud si esta no es un requerimiento del contratante para emplearlos; este es un asunto relevante, pues hay una tendencia, especialmente de los ortodoncistas, a ofrecer sus servicios en varios consultorios, “porque tienen necesidad de trabajar”. En este sentido, la habilitación se realiza solo en lugares en que es una exigencia del contratante, casos en los cuales, de acuerdo con los participantes, se ven forzados a contratar ellos mismos a alguien para adelantar el proceso ante la Secretaría Seccional de Salud, y dar inicio al cumplimiento de estándares con el Manual Único de Habilitación, puesto que ellos no conocen muy bien la norma y se trata de un proceso difícil. Esta entrevistada lo manifestó así:

“Pero gracias a que hay asesores y personas que están dedicadas a eso nada más, se nos facilita un poquito, debemos empaparnos del tema y yo he tratado de empaparme del tema lo más que pueda y también a mis auxiliares para que me colaboren que de verdad que es mucha información, muchos requisitos, muchas cosas que diligenciar, semanal, diariamente, mensual, semestral, es complicado”. (Luisa).

Por consiguiente, cuando los odontólogos son propietarios de los consultorios, la situación es diferente, pues informan que en estos casos sí asumen con un grado mayor de responsabilidad las tareas de la habilitación, aunque aclaran que no son ellos quienes las ejecutan, puesto que las asignan a las auxiliares en salud oral. Ejemplos de este mayor cuidado es que al ser propietarios procuran tener al día la licencia del equipo de Rayos X; los consultorios son más organizados en la parte de infraestructura y asepsia; cuentan con soportes y formatos de reporte; tienen el espacio debidamente rotulado, como los ambientes de residuos y áreas de consulta

externa o sala de espera; al instrumental le realizan el protocolo completo de esterilización; se manejan las evidencias, como el envío del control biológico del autoclave al laboratorio; toman medida de la temperatura y la humedad y hacen control de la cadena en frío; reportan los incidentes o eventos adversos; cuentan con programas de seguridad del paciente. Además, se capacitan “de vez en cuando”, sobre todo en los temas de seguridad del paciente.

Algunos odontólogos de este estudio han vivido la experiencia de cierres de servicios y sanciones económicas por algún incumplimiento o hallazgo negativo en la prestación de su servicio. Solo en esos momentos es cuando han asumido, en sus consultorios propios, el compromiso de organizar todo según la norma lo exige, y con esto no volver a tener cierres. Se han visto en la obligación de capacitarse, puesto que no lo hacían y solo firmaban la asistencia para tener una evidencia de los espacios de formación; también señalaron tener más sentido de pertenencia por su servicio, cada profesional conoce un poco más los temas de calidad en salud y esto ha generado cambios en su manera de pensar frente a los costos relacionados con el proceso de habilitación, ya no vistos como un gasto, sino como una inversión en seguridad y calidad en la atención, por ejemplo cuando se tiene que realizar algún pago asociado con los equipos, como las licencias de funcionamiento de los Rayos X (cada cuatro años), sus mantenimientos preventivos y correctivos en la periodicidad que ellos elijan, el mantenimiento de las unidades odontológicas, lámparas de foto curados, autoclaves, termo higrómetro, entre otros.

Asimismo, manifestaron realizar la separación en la fuente adecuada de los residuos que generan, llenar los formatos de reportes de estos y enviarlos a los entes de control. Ellos afirman estar más preparados, en caso de que algún paciente les instaure una demanda, porque cuentan con evidencias de su buena labor sobre la ejecución de los estándares de la habilitación en salud, como también si llegaran a tener una visita de verificación por parte de la Secretaría Seccional de Salud, o la Secretaria local de Salud; visitas que son interpretadas como “tensionantes”, pero a partir de las cuales los odontólogos actúan rápidamente y proceden a modificar lo exigido por los funcionarios, un ejemplo de esto es la necesidad de hacer cambios en la infraestructura, que aunque no es de mucho del agrado para los odontólogos, ellos afirman que aun así lo efectúan. De esta manera lo afirma una entrevistada:

“Me han exigido algo tan sencillo como un orinal en el baño público, y a mí por lo menos me han puesto a hacer ese gasto. Yo tuve que remodelar el consultorio y se me fue una cantidad de dinero porque entonces embaldosar, hacer nuevamente un baño, es una cantidad de cosas” (Luisa).

Otra de las entrevistadas afirma:

“Los consultorios son míos, entonces ahí sí trato de manejar muy bien la parte de habilitación” (Sara).

9.3. Dificultades asociadas al proceso de habilitación en salud

En este sentido, la responsabilidad que deben asumir los profesionales con respecto a la habilitación en salud, se les hace difícil, porque al tener su tiempo dedicado a la labor clínica, ya sea porque así está programada la agenda de la atención al paciente, o porque no hay un interés en la ejecución de las tareas en los consultorios, y al asignárselas a otra persona, esto implica una verificación de su cumplimiento, pero esta no siempre se realiza y, en muchos casos, estas personas, generalmente auxiliares, tampoco llevan a cabo estas actividades diariamente, y en el peor de los casos, al finalizar el mes inventan los reportes:

“A mí ya me paso una vez que nos cerraron el consultorio porque yo creí que estábamos cumpliendo con todo, y resulta que la auxiliar no me estaba cumpliendo con unas cosas básicas, por ese problema más exacto en esterilización, me cerraron el consultorio” (Ernesto).

Igualmente, otra de la dificultad para los profesionales es que carecen de capacidad para hacer revisión de los procesos que se realizan en los consultorios no propios, en muchos casos porque no les permiten hacerlo: *“porque uno no es dueño del local, del consultorio, entonces es muy maluco entrar a exigir y a pedir cosas... porque le dijeron “no, ustedes tienen que verificar y ya”, o sea, no podemos estar detrás de las auxiliares, es ridículo”* (Carolina). Los participantes afirman que no es posible hacer comprobaciones antes de la atención, ya sea porque la programación de pacientes es muy apretada y no hay espacios de reposo y para ir, por ejemplo, a revisar el ambiente de esterilización, pero también porque el cumplimiento de estándares implica criterios asociados con infraestructura, insumos, aseo diario, manejo de residuos, que, en un espacio no propio, no es posible realizar. Al respecto, afirmó un participante: *“No tenemos posibilidad de revisar si el personal a cargo del proceso de esterilización lo realiza adecuadamente”* (Camilo).

Esto generalmente sucede en los lugares a los que van una o dos veces al mes, donde son contratados por la modalidad de prestación de servicios; sin embargo, incluso cuando son propietarios de los consultorios, no siempre realizan la revisión, porque su tiempo es limitado, entonces ellos dicen sentirse “con las manos atadas”:

“Pues si yo estoy ahí sí, pero entonces el consultorio es el que tiene como todo de los procesos, por ejemplo, a ti te llevan el instrumental, o sea, pueden haberle no hecho el proceso [de esterilización], sino simplemente envolverlo y uno cómo hace para saber. Vos no estás todo el tiempo para ver cuándo esterilizan y aun así trabajando dentro del consultorio todo el día vos no sos quien lo hace, porque estamos atendiendo pacientes, y así suele suceder con todos los procesos” (Carolina).

Por lo anterior los odontólogos dicen sentir miedo cuando están próximos a recibir las visitas de los entes de control, porque saben que no están completamente

enterados de todos los procesos que ocurren en los consultorios. Una participante señaló: *“Entonces uno no sabe ahí en los consultorios, y que ya viene la visita y uno es aterrorizado”* (Luisa).

Es preciso señalar también otra dificultad que se han encontrado algunos profesionales, quienes afirman que en los pueblos en que han tenido experiencia con visitas del ente de control para la verificación de la habilitación en salud, la exigencia por parte de algunos funcionarios hacia ciertos prestadores no es la ideal, porque manifiestan que a unos odontólogos la exigencia es alta y que en otros no, un ejemplo de esto es con el servicio de Rayos X, muchos no cuenta con su habilitación y distintivo, y por ende con su equipo biomédico con todas las especificaciones técnicas; estos equipos deben contar con licencia de funcionamiento aprobada, pero por su alto costo algunos odontólogos no realizan este proceso, mejor lo esconden y cuando necesiten utilizarlo lo exhiben y lo manejan, y cuando terminan de tomar la radiografía peri apical en el paciente, de nuevo lo vuelven a ocultar. En este sentido, la dificultad es que no observan criterios claros y homologados de los funcionarios de la Seccional para el seguimiento al proceso de habilitación. Así lo afirma la siguiente participante:

“Tengo colegas que el Rayos X, simplemente por no sacar la licencia y todo lo que acarrea esto, lo esconden por allá en un cuarto, lo camuflan. Bueno, una cantidad de cosas que son como muy evidentes, pero que será que los de la Seccional entonces es que no se dan cuenta de eso, o le creen al profesional que tiene esos Rayos X ahí colgado de adorno, pero no lo usan” (Luisa).

En síntesis, las dificultades que los odontólogos ven en la habilitación en salud están asociadas al no poder vigilar siempre los procesos administrativos, asistenciales y clínicos simultáneamente, al no tener los suficientes conocimientos o no disponer del tiempo para ejecutar sus tareas, o dificultades relacionadas con el seguimiento a estos procesos por parte de la autoridad. En este sentido, la habilitación implica compromisos que algunos prefieren no asumir.

9.4. Aspectos condicionantes de la habilitación

Los odontólogos señalaron que, dadas estas dificultades y desventajas percibidas frente a la habilitación en salud, aunque saben que se trata de un incumplimiento normativo, han optado por no llevarla a cabo en muchos de los lugares donde trabajan. En este apartado se señalan otros aspectos que surgieron como condicionantes de la adherencia al proceso de habilitación.

9.4.1. La separación entre lo clínico y lo administrativo

Dadas las desventajas y dificultades interpretadas por los participantes, ellos señalaron concebir el proceso de habilitación como algo impertinente en su profesión, observándose que hacen una separación tajante entre los procesos

clínicos y administrativos. La mayoría señalaron que han sido formados para su práctica clínica, bien sea en los servicios de odontología general o en la especialidad de ortodoncia, por tanto, su labor debe enfocarse exclusivamente en una atención adecuada de los pacientes. Centrarse en labores administrativas, para las cuales no se han preparado y no tienen mucha información, implica dejar de lado esta atención. Esto se puede observar en la siguiente cita:

“Se necesita más información o capacitación, porque uno sale como odontólogo, como especialista clínico, ya la parte administrativa te encontrás con una serie de cosas que no te formaron para eso, entonces hay mucha desinformación... Por ejemplo, si yo quiero montar un consultorio, entonces por la parte administrativa, para la parte legal como tal, para habilitar un servicio, entonces uno sale como al ensayo y error, pues hay unas inscripciones, unos formatos. Uno sale enfocado a otras cosas, a la prestación del servicio porque uno es clínico meramente, meramente clínico” (Camilo).

Por consiguiente, el trámite de habilitación ante la Secretaria Seccional de Salud, como también el Manual Único de Habilitación, donde se expresa el cumplimiento de los estándares que exige la norma, es realizado, en el caso de los participantes, por terceras personas. Dado que se trata de un proceso administrativo al que son reacios los profesionales de la salud, estas personas o asesores se han dedicado a estudiar esta parte administrativa de habilitación en salud, como método o herramienta que facilita tranquilidad y apoyo a los odontólogos, en caso que los entes de vigilancia y control anuncien una visita de verificación y auditoría a sus instalaciones; así pues, se ha podido notar que los odontólogos están más enfocados en la parte clínica que en la administrativa, la cual no es de su agrado, y les proporciona desánimo y angustia. Una de las razones que los entrevistados señalaron frente a esta situación, es que en su formación no les capacitan profundamente sobre temas administrativos relacionados con la habilitación en salud. En este sentido, al iniciar su vida laboral como profesional independiente, el odontólogo se ve en la obligación de contratar a estos asesores o auditores expertos en habilitación en salud, lo cual les genera costos adicionales que no siempre están dispuestos a pagar, por lo que, de acuerdo con algunos participantes, la mejor opción es la no habilitación.

9.4.2. Habilitación en consultorios propios y no propios

La habilitación en salud normalmente es un tema que no es agradable para el odontólogo, sea este dueño de algún consultorio o sea contratado, porque la concepción que tienen ellos de la habilitación, es que es algo “tedioso” y “complicado”. Una de las razones es la normatividad, pues ellos afirman que es “extensa” y no es clara, como también tener un Manual de Habilitación como evidencia escrita, pero que no necesariamente leen, ni ejecutan o hacen seguimiento, pues argumentan que es algo que les quita tiempo, les implica dejar de atender pacientes y, en este sentido, implica disminuir los ingresos. Un ejemplo

es el diligenciamiento de los reportes de eventos adversos, porque ellos en ocasiones pueden llegar a cometer errores, pero no siempre conocen los pasos a seguir para registrarlos y mitigarlos, hacen caso omiso y continúan con su labor, poniendo en riesgo la salud del paciente. Entonces, los odontólogos que son propietarios muchas veces tienden a realizar contratación a personas externas o asesores, que les ayuden a implementar este proceso de habilitación, aclarando que remuneran la realización de este trabajo. En los casos de los participantes propietarios, esto ha sido fundamental para realizar las actividades que les permiten evidenciar la prestación segura de la atención; cuyo reporte y diligenciamiento diario es una tarea asignada a las auxiliares de salud oral. Sin embargo, en realidad quien debe responder por el servicio es el profesional prestador.

Los odontólogos también tienen claro que habilitarse es dar cumplimiento a todos los requerimientos exigidos por ley, pero hay requerimientos que para ellos son de difícil logro, como por ejemplo los de infraestructura: si se tiene escalas, que estas tengan antideslizantes, o disponer de un ambiente de residuos para almacenar los generados en el consultorio (tanto biológicos como ordinarios); o que todos los empleados tengan los procesos al día correctamente. Aunque se trata de requisitos vistos como excesivos, su cumplimiento ayuda a no tener problemas con las visitas de los entes de control, asunto que a los propietarios les interesa mucho; como también el orden de las áreas y ambientes de los consultorios, porque de esta manera se garantiza tranquilidad y confianza al paciente al momento de ir a la consulta.

En algunos casos en que el propietario contrata a otros odontólogos para trabajar en su consultorio, les exige adelantar el proceso de habilitación y los gastos de construcción de manuales corren por cuenta de los dos. En estos casos la habilitación es vista como un soporte que los certifica como profesionales que pueden atender los procesos odontológicos, y les permite estar preparados para la eventual visita de algún funcionario de la autoridad sanitaria; además, les ayuda a garantizar la seguridad al paciente en la consulta odontológica. Así, para algunos, todas las acciones implicadas en la habilitación en salud se han convertido en un “hábito”, pues está claro que “va encadenado a la minimización de los riesgos”.

Sin embargo, hay otros casos en los cuales la habilitación no es una exigencia del contratante o este la solicita, pero no da ningún soporte al profesional para realizarla. Los odontólogos que son contratados por la modalidad de prestación de servicio no quieren entrar en este proceso de habilitación, porque para ellos es algo que acarrea gastos, no lo ven como inversión asociada a brindar una atención con calidad; en estos casos, para ellos es preferible trabajar sin habilitación en salud, así no tienen que estar repitiendo este proceso en los diferentes lugares donde prestan sus servicios, y afirman que si no les piden iniciar con el proceso de habilitación, no hacen el más mínimo esfuerzo por acogerse a esta norma, pues es mucho mejor no aparecer en la base de datos de los entes de control, y no esperar visitas para su auditoría del servicio.

Ellos son conscientes que su conocimiento en este tema de habilitación en salud no es amplio, y argumentan que prefieren no realizar este proceso si el contratante acepta que trabajen así, se evitan gastos y aportes con algunos procedimientos a realizar en los consultorios, como la contratación de asesoría a personas externas sobre los temas de habilitación, cuyo pago de su propio bolsillo les parece “injusto” e innecesario, por no permanecer tiempo completo en el consultorio y porque ellos en realidad no saben cómo manejan los procesos y procedimientos en estos lugares durante el tiempo en que no están presentes, pues, como dicen, van “de entrada por salida”, por tal motivo no se quieren hacer responsable de un servicio sobre el que no tienen control. Por lo anterior, otro de los inconvenientes que tienen los profesionales al habilitarse en consultorios que no son propios es la falta de autonomía para poder realizar una revisión previa a la atención al paciente, los insumos e instrumental con el que se va a trabajar, que ellos observen que sí se cumple con criterios de higiene, esterilización, entre otros.

Generalmente en las IPS se cuentan con personal capacitado, quienes se encargan de los procesos administrativos. En estos casos es mucho más difícil para los odontólogos estar al tanto de que los procesos relacionados con la habilitación se estén realizando de forma correcta y en los tiempos pertinentes, no siempre se les brinda información que no sea relacionada con la parte asistencial.

En estos lugares no propios, en algunos casos puede que los profesionales reciban alto volumen de pacientes y obtengan una buena remuneración, pero en otras ocasiones el flujo de pacientes es bajo; cuando esto sucede, no reciben buenos ingresos, lo que se convierte en un motivo más de desánimo para desarrollar el proceso de habilitación en salud, sumado a la imposibilidad de verificar los procesos y procedimientos de todo el funcionamiento del consultorio, al que a veces, los llaman solo cuando los necesitan, o cuando solicitan un reemplazo, así se afirma en el siguiente testimonio:

“En realidad me parece que el trabajo de una habilitación es demasiado tedioso porque voy allá cuando me llaman, de pronto para hacer un reemplazo, entonces por eso la verdad no he hecho como mayor esfuerzo en habilitarme” (Sara).

Hay que mencionar además que hay odontólogos que van a los consultorios una o dos veces al mes, “entrada por salida”; ellos “van y vienen”, “trabajan en un lado y en el otro”. Únicamente se dirigen a la atención clínica, no tienen acceso a ninguna otra área del consultorio, el profesional no tiene la capacidad de un acercamiento para observar las condiciones en las que se encuentran los consultorios, a causa de esto pierden interés de iniciar con estos procesos administrativos. Una participante refirió:

“Entonces si no cumplen cierran el consultorio, multan el especialista, dígame si usted va a trabajar aquí, entonces usted también aporta con plata, porque a usted también lo van a sancionar. Dígame si no es injusto. Si usted no quiere trabajar así

hay miles que sí, así le han dicho a uno los administradores, a si usted no le sirve así hay muchos que si les sirve. Ni los pagos los podemos verificar nosotros, allá llegan los pacientes y pagan y después a ti te pagan al finalizar, ahora para decir que esterilización, que los insumos, que el manejo que le están dando al aseo, al consultorio, pues es imposible y ridículo no tenemos manera de hacerlo” (carolina).

En relación con la calidad y seguridad en la atención, algunos profesionales, al no haberse habilitado, no tienen implementado un programa de seguridad del paciente, ni mucho menos el conocimiento y adherencia de la norma. A su vez, otros profesionales afirman que en los consultorios donde van una o dos veces al mes, no tienen estos procedimientos bien planteados, aunque saben si los llegaran a visitar no cumplirían con muchas de las exigencias de la norma, un ejemplo es la parte de infraestructura, que es el estándar número 2 del Manual Único de Habilitación, que exige el ambiente de esterilización o el ambiente de residuos, y sus especificaciones correspondientes, según la Resolución 4445 de 1996, que señala que toda institución prestadora de servicios de salud, deberá cumplir con parámetros establecidos y debidamente implementados en todos sus ambientes y áreas, para generar así un localización segura para la prestación de servicios, como son las condiciones de pisos, techos, cielos rasos, y paredes, los cuales deben ser lavables para no contraer infecciones cruzadas, etc.

Simultáneamente estos requisitos de infraestructura se relacionan con el estándar número 5 del Manual Único de Habilitación, procesos prioritarios, de la Resolución 2003 de 2014, asociados con los procesos asistenciales, como los protocolos y guías de práctica clínica. Esto quiere que los odontólogos tengan claridad de aquello a lo que están expuestos y los perjuicios que les proporciona el no habilitarse y prestar los servicios sin certificar su atención, porque son conscientes de que si llegaran a tener una auditoría, aun siendo empleadores externos, si no están debidamente habilitados, lo más seguro es que los encuentren incurriendo en incumplimientos legales, lo que les generaría sanciones disciplinarias y económicas, lo cual también les produce “tensión”. En estos casos, ven mejor no estar registrados en las bases de datos de las autoridades sanitarias, para evitar estar en listas de espera de visitas de control.

9.4.3. La no habilitación en salud y las condiciones laborales de los odontólogos y ortodontistas

En este sentido, un condicionante del cumplimiento normativo de la habilitación en salud, está relacionado con las dinámicas y lógicas de trabajo de estos profesionales, porque aunque no tienen las mejores condiciones en términos laborales: inestabilidad, contratación por horas y labores, trabajo en múltiples lugares, remuneración al porcentaje y precaria, ante la autoridad sanitaria y en el proceso de habilitación, son ellos quienes son los responsables de la prestación de los servicios, lo que está en juego realmente es el nombre de cada odontólogo y todo el servicio ofrecido por él, incluyendo la posibilidad de seguir prestando el

servicio. Desde esta perspectiva, ellos prefieren omitir el paso de habilitarse en los lugares no propios en los que el proceso no se les exige, bajo la premisa de que se trata de un asunto injusto, que debería ser responsabilidad del contratante, como lo señala esta entrevistada:

“Literalmente lo que te digo es que los consultorios sean los que están habilitados y no el profesional, o sea, nosotros por qué tenemos que responder por algo de lo que deberían ser responsables nuestros jefes” (Carolina).

Por consiguiente, puede que trabajen en muchos lugares, pero no en todos están habilitados, así lo afirma este entrevistado:

“No en todos los consultorios estoy habilitado, solo en algunos estoy habilitado. Aproximadamente trabajo en ocho, y solo en cuatro estoy habilitado. La verdad no sé, no he hecho el esfuerzo de habilitarme allá y tampoco no me lo han pedido, entonces no, lo he hecho por eso, no me he interesado, no, no ha sido prioridad, no me lo piden y eso es muy largo entonces no me interesa hacer otra habilitación más” (Camilo).

Precisamente los odontólogos que laboran en diversos consultorios y no están habilitados, tienden a tener un mayor riesgo de incurrir en errores o eventos adversos, a razón de no contar con procesos documentados y no tener ningún conocimiento ni injerencia en las formas en las que se realizan los registros, los procesos de esterilización, en estos consultorios. En la mayor parte de los casos no conocen los procesos de manejo y condiciones de los insumos y equipos odontológicos. Los profesionales están siendo conscientes de tal situación y no están interesados en certificar su atención. Por tales razones, uno de los motivos fuertes de la no habilitación es su dinámica de contratación, la cual es, generalmente, por prestación de servicios, por horas o ante los llamados eventuales de los dueños de estos sitios; por lo general tienen honorarios mal pagos y condiciones laborales precarias, pues no hay posibilidad de acción y toma de decisiones, y su labor se limita únicamente a llegar al consultorio y atender a los pacientes programados. Lo grave de todo en este asunto, es que en muchos casos se pone en riesgo la seguridad del paciente, y esto puede derivar en problemas relevantes para el profesional, quien no tiene herramientas para defenderse, al estar incurriendo en un incumplimiento de la norma.

9.4.4. (Des)conocimientos sobre el proceso de habilitación

El conocimiento en la norma que rige los trámites administrativos y asistenciales de los odontólogos, que como prestadores de servicios de salud de manera independiente deben cumplir, es muy insuficiente, señalan no estar enterados de la norma que inicia desde el Decreto 1011 de 2006, que constituye el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención en Salud, y este a su vez supone cuatro componentes que deben ser cumplidos por los prestadores. El primero de ellos, el Sistema Único de Habilitación en Salud, permite instaurar el control de la

capacidad tecnológica y científica; más explícitamente, son las condiciones para llevar a cabo la habilitación en salud. La Resolución 2003 de 2014, por su parte, es la que define las condiciones para los prestadores de servicios de salud, para este caso los odontólogos. Sin embargo, para el caso de estudio, es evidente que no hay una asimilación completa de esta normatividad; es desconocida y quienes han escuchado hablar de ella, dicen que es muy larga y no la entienden. Ellos manifiestan solo tener conocimientos en la parte asistencial.

Igualmente, cuando se les pregunta sobre el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), que es la inscripción de los servicios que desean ofrecer al público, ya sea de odontología general u ortodoncia, es algo complejo porque les genera confusión. Un ejemplo de la no claridad es que consideran que su registro y diploma es suficiente documentación para emprender su vida laboral como clínicos independientes. Al preguntarles a los odontólogos por el REPS, las respuestas brindadas por ellos son negativas, la mayoría dicen no saber qué es, y son muy pocos los que alcanzaron a dar una respuesta ajustada a la norma, como se muestra a continuación en fragmentos de las conversaciones:

“No, cuál es ese” (Sofía)

“No sé” (Ernesto).

“Si he escuchado, pero no sé a fondo de qué se trata” (Camilo).

“He oído muy poquito, casi nada” (Sara).

“Es una plataforma muy pesada para entrar a habilitarse” (Carolina).

“Sí, como profesional de salud se debe inscribir en la Seccional para demostrar que es apta” (Marcela).

Se puede observar que los participantes no conocen que deben inscribirse en el REPS, aunque solo presten un servicio. Esto puede estar relacionado con la concepción de la habilitación solo como un aval y deber para los clínicos, pero el fondo de la norma no la saben, como tampoco cuál es el objetivo que se pretende con el cumplimiento de ella. También manifiestan que la habilitación se trata de llenar unos formatos y carpetas que hay en el consultorio. Sin embargo, es de aclarar que este no es el caso de todos los participantes, aunque son pocos los que manifiestan saber un poco más de la habilitación y dicen que sirve para dimensionar el riesgo que se maneja en la atención, y que con esto, en caso de una visita del ente de control, el odontólogo tiene herramientas para responder ante cualquier funcionario; de la misma manera que sirve para organizar el consultorio, aunque, como se ha mencionado, dicen sentir “desánimo”, porque implica mucha documentación. Una participante manifestó:

“Digamos pues, como unos parámetros establecidos, no solamente como carreta, sino que se ve en los consultorios... se ve la organización gracias a que se exige, por medio de esa habilitación, una cantidad de parámetros y de cosas” (Luisa).

Al respecto del nivel de complejidad de los servicios que ofrecen al público, tampoco se evidencia un conocimiento homogéneo y ajustado a las disposiciones normativas. Al respecto, varios entrevistados, odontólogos generales, señalaron lo siguiente:

“Nivel de complejidad, son nivel de complejidad altos” (Ernesto).

“Bueno, hay unos que sí tienen un nivel de complejidad alto por lo cual no los realizó, sino que se los remito al especialista, entonces en realidad yo hago odontología general, pero cosas básicas y que estén en mi capacidad” (Sofía).

“no, no sé, no estoy ubicado en el nivel que es” (Orlando).

“nivel 1” (Marcela).

Por su parte, un ortodoncista señaló lo siguiente:

“Nivel de complejidad, pues dependiendo de dónde los estamos mirando, porque como tal clínicamente puede haber un tratamiento que sea más sencillo uno que otro entonces la dificultad depende como tal de la condición de cada paciente” (Camilo).

Por lo anterior es notable que la mayoría de los participantes no tienen el conocimiento sobre el nivel de complejidad del servicio que prestan, cosa que es relevante, porque si ocurre un evento adverso (daño) en un paciente, el profesional no tiene claros los protocolos a seguir. Esto también da cuenta del poco acercamiento a la implementación y ejecución del Manual Único de Habilitación y, consecuentemente, a los temas relacionados con la habilitación en salud.

Por estos asuntos, los profesionales también se percatan de que requieren como mínimo de una capacitación, para estar enterados de los procedimientos a los que deben dar cumplimiento, aunque señalan que esto les implica una inversión de tiempo con el que no necesariamente cuentan, pues están centrados en las labores asistenciales. Sin embargo, ven como fundamental un mayor conocimiento normativo, tanto de ellos como de sus auxiliares, en función de ir logrando realizar tareas de manera más ajustada a estas disposiciones y a la realidad de las situaciones que ocurren en el día a día en los consultorios.

No obstante, cabe enfatizar en la insistencia de algunos odontólogos frente a su desacuerdo en que el que deba habilitarse sea el profesional, con nombre propio, y no el consultorio, lo que también desconoce los planteamientos de la norma en habilitación. Así lo señala una entrevistada:

“Literalmente lo que te digo es que los consultorios sean los que están habilitados y no el profesional. O sea, nosotros por qué tenemos que responder por algo que debería ser responsables nuestros jefes. Yo pienso que no deberíamos estar habilitados los profesionales, deberían estar habilitados los consultorios, o sea, que tengas, no sé, un carné de habilitación, una cosa así, pero el que debería estar habilitado es el consultorio” (Carolina).

Los odontólogos entrevistados manifiestan que esta tarea de la habilitación es cada vez más difícil debido a la complejidad que conlleva el proceso, y que con los años va aumentando a medida que la norma cambia; refieren que el proceso es cada vez más documentado, más riguroso de cuando ellos iniciaron su profesión. En este sentido, la capacitación sobre la norma debe ser permanente, para lograr ir integrando los cambios que esta presenta.

Por otro lado, y en tensión con esto, los profesionales refieren que el proceso de habilitación es algo que se debe aprender desde la formación de pregrado en odontología, puesto que al enfrentarse con el mundo laboral se encuentran sin bases administrativas para iniciar con el proceso. Debido a esto, en ocasiones los profesionales prestan sus servicios sin conocimiento de que la habilitación es un requisito para todos los prestadores que ejercen en el campo de la salud, por este motivo en el momento de presentarse una visita de la entidad departamental son impuestas sanciones o multas, así lo expresa el siguiente entrevistado:

“[Un problema es] no tener claro desde la academia lo de habilitación... no saber nada de habilitación cuando me gradué como odontólogo” (Camilo).

Bajo estas consideraciones, los odontólogos sienten que la habilitación debe llegar a ser un proceso transformado, que sea más ágil su trámite y que no lleve tanta documentación en el Manual Único de Habilitación, que les explique cómo se realiza y cómo se ejecuta, porque ellos dicen que la norma está ahí, pero no la entienden; porque inclusive entre los mismos colegas saben que no cumplen, como se mencionó anteriormente, lo que les importa a algunas instituciones es que los profesionales atiendan al paciente únicamente.

10. Discusión

Frente al proceso de habilitación en salud, como se ha mencionado, los participantes de este estudio han descrito el contexto en cuanto a los trámites y requisitos mínimos exigidos por la ley, que como prestadores de servicios de salud independientes deben cumplir, de la misma manera, la elaboración y ejecución del Manual Único de Habilitación, el cual es el soporte de evidencia escrita que les permite a los odontólogos demostrar las realidades y el ejercicio de su práctica, en cuanto a los procesos y procedimientos clínicos y administrativos llevados a cabo en los consultorios odontológicos.

En este contexto, los profesionales enfrentan un suceso al momento de dar terminación a su formación académica universitaria y al salir a iniciar su vida laboral, al encontrarse con un obstáculo: la interacción con la normatividad que los cobija, el Decreto 1011 de 2006, el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC), en vista de que su primer componente, el Sistema Único de Habilitación en Salud (Resolución 2003 de 2014), es de obligatorio cumplimiento por parte de todos los prestadores de servicios de salud. Ellos, por su parte, ven esta normatividad como una exigencia y, aún más, como un inconveniente en su práctica clínica, dado su escaso conocimiento de la norma, como también los procesos administrativos que esta implica, entonces la afrontan con incertidumbre y resistencia, y asumen una actitud de poco agrado hacia ella, aunque le reconocen algunos beneficios.

En una investigación revisada, se hallaron testimonios asociados a estos, en los cuales los profesionales asumen que el proceso de habilitación en los consultorios odontológicos les ha ayudado a organizarlos, pero les genera cierta frustración de acuerdo con la norma (48).

Para los odontólogos la habilitación en salud es un tema difícil, como se muestra en los resultados, tedioso y complicado, y que en ocasiones prefieren no realizar y prestar los servicios sin ello. Algunos han procedido a realizar todos los trámites para habilitarse, pero no se han comprometido en seguir su ejecución, con las actividades diarias que se requieren; en estos casos, se trata de cumplir una norma, pero no necesariamente hay conciencia de los beneficios de cumplir con todos los estándares y buenas prácticas para la prestación de los servicios, con el objetivo real de brindar una atención de calidad, con evidencias verídicas; en este sentido, algunos señalaron haber realizado el proceso de habilitación solo porque se los exigieron donde van a laborar, y lo aceptaron por no perder el trabajo. Así mismo se muestra en la investigación revisada anteriormente (45).

Hay que mencionar además que los odontólogos generales y los ortodoncistas que ofrecen sus servicios como prestadores independientes, participantes de este estudio, trabajan en diferentes consultorios, esto debido a la modalidad de contratación que es ofrecida, la cual es principalmente por prestación de servicios. Son remunerados al porcentaje, según los pacientes que hayan atendido, entonces se ven obligados a buscar trabajo en diversas partes, y así obtener un ingreso apropiado a su profesión, por tal motivo no quieren habilitarse en tantos consultorios, y mejor deciden ofrecer sus servicios sin contar con la debida autorización, más aún cuando les proponen que los gastos que este procedimiento necesita debe ser respaldados por ellos en su totalidad, o en otras ocasiones por el odontólogo y contratante, cosa que para ellos es “injusto” al no contar con un salario fijo.

Habría también que decir, de acuerdo con los autores, que esta modalidad de contratación con la que cuentan los odontólogos es una consecuencia de la Ley 100 de 1993, porque la salud pasa de ser algo social, a estar atada al empleo. Para los odontólogos fue un tema difícil, porque las personas o usuarios ya podían estar asegurados en algún régimen, sea contributivo o subsidiado, y se dirigen a realizar procedimientos odontológicos a sus IPS correspondientes, lo que les generó a los profesionales una disminución en los pacientes y por ende en tratamientos. Igualmente ellos, para estar dentro del Sistema de Seguridad Social, deben hacer sus propios aportes, pues los modos de contratación no garantizan las prestaciones básicas por parte del empleador; son empleados por horas y por cantidad de pacientes, su estabilidad laboral ya no es constante, deben buscar contratos en múltiples instituciones. En este contexto, no quieren habilitarse en tantos lugares, porque afirman que la habilitación en salud conlleva muchas tareas para las cuales ellos no cuentan con el tiempo para ejecutarlas, pues su labor como profesional es “meramente clínica no administrativa”(49).

Así también esta teoría es soportada en un estudio realizado por Emmanuel Nieto López, 1 Gloria Marina Montoya, 2 Elkin Mario Cardona 2 y Luis Fernando Bermúdez 2 (50), en la que advierten que la salud se ha modificado de un servicio a una mercancía, esto entonces pone al odontólogo a trabajar con terceros, y a ser dependientes de un contratante, con una fuerte carga de inestabilidad laboral. Las formas de contratación que se les brindan a los odontólogos están por fuera del código laboral y estas contrataciones también dan como producto una afectación enorme en sus salarios, como también un grado de desprotección en materia de seguridad social, pues no cuentan con ningún tipo de afiliación al sistema.

Otra investigación realizada por Cristo y Caballero (51) habla del impacto económico y laboral de los odontólogos después de la Ley 100 de 1993. La reforma cambia la perspectiva, la forma de ver las cosas en la práctica odontológica, pues los pacientes se convierten en clientes, aumenta la competitividad y disminuyen los

usuarios. Los autores señalan que desde 1993, la contratación de estos profesionales por prestación de servicios es la más común.

La odontología es una profesión liberal, porque puede desempeñarse aquí o allá; y porque es de manera autónoma su ejercicio, es decir no necesitan de una infraestructura o un equipo, un ejemplo claro es el servicio de hospitalización o el que ofrece una enfermera dentro de ella, los profesionales no se tienen que quedar ofreciendo sus servicios en una sola parte, a menos que los ingresos que reciban los odontólogos sea muy buenos y les alcancen para una vida digna; pero lastimosamente no es así. Aún los odontólogos siendo dueños de consultorios, deben salir a buscar donde más puede ofrecer sus servicios, lo que les genera desánimo para iniciar con una habilitación en salud. Al respecto, algunos entrevistados de este estudio, que son propietarios de consultorios en los que trabajan, afirman que se habilitan únicamente porque son dueños, y es de una u otra forma su manera de recibir ingresos, de lo contrario no se habilitarán.

Se debe agregar que el trabajo de los odontólogos es actualmente precarizado, por su inestabilidad laboral y las formas de contratación anteriormente mencionadas. Los profesionales están viviendo una situación de precariedad por estas formas de contratación; también relacionada con el deterioro de niveles de la remuneración y la sobre oferta de la mano de obra. Según la investigación de Jaramillo y Gómez (45), la odontología es una práctica laboral de exclusión, que ha perdido autonomía y ha establecido un marco de relaciones laborales de dependencia y sujeción en la producción del servicio, porque dependen del flujo de los pacientes su remuneración, de su llamado que les hagan ya sea una o dos veces al mes.

Además, este modelo que privilegia la competencia ha generado que el paciente tenga muchas opciones de escoger dónde se va a iniciar su tratamiento odontológico, entonces la decisión no es del odontólogo sino del paciente que lo elige.

Esto parece confirmar la desventaja de los odontólogos, en cuanto a la espera de pacientes que lleguen a visitar sus consultorios; o, por el trabajo en condiciones precarias, salir y buscar empleo en otras partes, o ir una o dos veces al mes a varios consultorios que no son propios. Este es otro motivo de peso que tienen los profesionales, y que los hacen ser reacios a realizar el proceso de habilitación, y mejor deciden no certificar su labor. Los odontólogos no siempre cuentan con ingresos fijos, estos varían según la asistencia y pago de los pacientes. En un estudio realizado por Díaz Silva (45) uno de los participantes de su investigación afirmó que es un irrespeto que los pacientes no asistan a consulta, cuando el profesional saca el tiempo para la atención, y ni siquiera llamen a cancelar la cita; el paciente no tiene en cuenta el espacio del odontólogo y no entiende que él tiene obligaciones financieras y gastos fijos.

Con respecto a la habilitación no todos los participantes la ven de manera negativa, también hay beneficios que ellos reconocen asociados a la garantía, principalmente para el paciente, de una atención de calidad y ofrecida por profesionales idóneos; así como la organización de los consultorios y la evitación de sanciones y cierres de estos, como también la interacción con los pacientes y la buena atención y el tiempo ofrecido. En correspondencia con esta percepción de beneficios, en el estudio realizado por Díaz Mosquera (45) trabajar como independiente permite a los odontólogos ofrecer lo que no ofrece el POS; además, la habilitación en salud es concebida como posibilitadora de satisfacción de los profesionales y especialistas, al evidenciar que la atención que brindan es de calidad.

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

Igualmente, en los estudios consultados, los participantes conciben el proceso de habilitación como confuso, complejo, se sienten en desconcierto, alto grado de frustración, mucho temor, y no están siendo coherentes con lo que hacen, y como lo dice la norma. (46, 52, 53, 45).

La habilitación en salud también es un tema ético por parte de los odontólogos, porque no solo es dejar al paciente con un buen tratamiento estético o funcional, es más importante cuidar de su salud y de los potenciales riesgos que el paciente puede llegar a sufrir si no se tiene una atención con calidad, como es un evento adverso, una infección cruzada, un afta, una hepatitis, un VIH, entre otros, de aquí se desprende la calidad en la atención que se está ofreciendo y que este caso los pacientes o usuarios que visitan los consultorios (consumidores de un servicio), que ellos perciban una gran variedad de la imagen de la atención, la ayuda proporcionada en la parte de la salud, como también el respeto que el profesional brinda cuando el paciente es atendido de manera higiénica (54).

11. Conclusiones

La no habilitación en salud fue el tema central de esta investigación, la cual buscó hacer un aporte a la comprensión de las formas en las que los odontólogos brindan sus servicios como prestadores de servicios de salud independientes, pues sus testimonios son un insumo para repensar el proceso de habilitación en salud.

Aunque, de acuerdo con la norma, la habilitación en salud debe entenderse también como la garantía de calidad en salud, los hallazgos de este estudio muestran que el que un prestador esté habilitado, no necesariamente da cuenta de una atención de calidad, en la medida en que el profesional, en muchos casos, no cumple en la cotidianidad y sistemáticamente con los reportes, criterios y tareas que han sido definidas por la autoridad en busca de un mejoramiento continuo de los servicios, que derive en calidad de la atención y seguridad del paciente. Contar con esta habilitación es una necesidad, pero también es una garantía solo si se presta con ejecuciones de la norma que se realicen de manera verídica, de lo contrario, se tiene la habilitación solo para cumplir con la ley, pero no para llevar un servicio de calidad.

Por otro lado, es importante destacar que la no habilitación está asociada a condiciones propias del proceso, como trámites, costos, dificultad, sistemas poco amigables; a situaciones del prestador, como desinformación, falta de capacitación para emprender el proceso, desinterés por las actividades administrativas asociadas a la prestación de su servicio; pero también a asuntos más estructurales, asociados a las formas de empleo privilegiadas en el país, al lugar que se le da a los profesionales de la salud y a su precarización.

A partir de los hallazgos de este estudio, es posible concluir que una de las causas de la no habilitación por los profesionales de salud independientes tiene que ver la concepción de una separación tajante entre los procesos clínicos y los administrativos internos del establecimiento prestador de servicios odontológicos y de ortodoncia. Mientras el profesional manifiesta la necesidad e interés de centrarse en las actividades asistenciales, muchos de estos establecimientos no cuentan con procesos, protocolos, manuales y formatos de documentación de procedimientos e información, relacionados, principalmente para este estudio, con el estándar 5, pues han ocurrido casos en los cuales la inhabilitación en salud genera irregularidades en aspectos tan importantes como el proceso de esterilización, manejo de los residuos y desconocimiento frente al registro de los eventos adversos ocurridos durante o después del desarrollo de las funciones asistenciales.

También se puede considerar una causa institucional, como la insuficiente contratación estatal que permita una adecuada inspección, vigilancia y control de

los establecimientos prestadores de servicios de salud en su totalidad, es decir, a nivel nacional, departamental y municipal, ya que actualmente solo se realizan las visitas a aquellos establecimientos que se encuentran registrados en el REPS. Una respuesta local frente a esta problemática puede ocurrir mediante el barrido del territorio por los profesionales sanitarios de la Secretaría de Salud de Medellín, que a nivel local realizan visitas de inspección y vigilancia a otros establecimientos como los farmacéuticos, centros estéticos, funerarias, entre otros; y en el aprovechamiento de este talento humano se ha observado la iniciativa de comprobar en los consultorios odontológicos y de ortodoncia, por ejemplo, el distintivo de habilitación de servicios. En este contexto se puede incluir también el carácter interpretativo de la normatividad vigente para llevar a su cumplimiento esperado.

Igualmente, influye el nivel de conocimiento del paciente sobre la prestación del servicio de salud, debido a que la falta de este conlleva a que los odontólogos se interesen menos en habilitar sus servicios, ya que no hay una exigencia notable, pese a su obligatoriedad legal por parte del Estado y, a su vez, de los pacientes a través de sus derechos como usuarios del Sistema General de Seguridad Social de Salud. Partiendo de esta premisa del desconocimiento en el tema, se puede considerar que la supervisión del paciente es necesaria, ya que se brindan medios como la verificación del distintivo de habilitación del servicio a través de páginas web, comunicación telefónica o por correo electrónico, entre otras. Como aparece a continuación.

La publicidad informativa en la temática también puede ser considerada una prioridad por las instituciones gubernamentales garantes de estas leyes, así como se realizan campañas de comunicación e información acerca de otras problemáticas en salud pública, también podría garantizar una disminución en las irregularidades de los servicios de salud y promover un mayor control ciudadano y entre instituciones que conlleve a un bienestar social.

Las universidades y establecimientos prestadores de servicios educativos no profesionales también pueden estar involucrados en el desconocimiento de la habilitación en salud para la prestación de servicios en la modalidad independiente, debido a que algunas enfocan sus conocimientos al área asistencial y se reduce la intensidad de los cursos de aprendizaje administrativo, que en el momento para un estudiante, puede no tener mucha importancia en relación al conocimiento asistencial de su quehacer profesional.

Otra preocupación en torno a los profesionales de salud independientes es la obtención de títulos y homologaciones educativas, debido a que en la actualidad se presentan con frecuencia casos en los que las especializaciones que realizan en realidad son cursos de corta duración y no avalan el conocimiento y la experticia en el tema, por ejemplo, la ortodoncia, que en los últimos años se ha conservado con ímpetu en el mercado comercial odontológico, y su rentabilidad económica genera

en estos profesionales independientes la demanda de prestar el servicio aún con poco tiempo disponible para realizar una especialización con todo lo demás que conlleva.

Otra de las dificultades ocasionadas en el entorno a la prestación sin habilitación de servicios de salud odontológicos y de ortodoncia son el manejo de residuos generados, el cumplimiento y la implementación del plan de gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades – PGIRASA, entre otros motivos legales, porque este respalda, entre otros aspectos sociales, la seguridad del paciente.

12. Recomendaciones

La trascendencia del Sistema Único de Habilitación, propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, vigilado y controlado por la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia y la Secretaría local de Salud de Medellín, pone énfasis en la necesidad de que los prestadores de servicios de salud, sea cual sea su modalidad y complejidad en el servicio que prestan, lleven una atención clínica y administrativa de la mejor manera, dando como herramienta la normatividad vigente, para llevar a cabo intervenciones de calidad y que garanticen la seguridad de los usuarios, para este caso, que requieran servicios odontológicos.

En vista de esas consideraciones y teniendo en cuenta los hallazgos de este estudio, se recomienda:

12.1. Sobre el cumplimiento por parte de los prestadores independientes de servicios de salud en el ámbito odontológico:

- Estudiar y comprender la norma que cubre a los odontólogos y que los obliga a cumplir unos mínimos requisitos para la prestación del servicio como profesionales independientes.
- Diseñar el Manual Único de Habilitación con base en las herramientas brindadas por la Resolución 2003 de mayo de 2014, con veracidad sobre sus requisitos y tareas por realizar, que da evidencia del compromiso con la atención que desean brindar, garantizando la calidad del servicio.
- Realizar el trámite de habilitación ante el ente territorial y, con ello, salir a prestar el servicio odontológico con la autorización correspondiente y con el distintivo de salud que les permite demostrar que son aptos para ello.
- Realizar continuamente, de manera cotidiana y sistemática, los pasos y ejecuciones de todo lo exigido por la norma, de manera sincera y no llevando reportes falsos de estos.
- Incentivar a la reflexión sobre la habilitación, no como un peso negativo en su prestación de servicio, sino como un proceso que les ayuda a llevar una atención que garantice calidad, tanto en su infraestructura, como también en sus protocolos asistenciales y administrativos. Pero estos deben ser conocidos por los profesionales, y ejecutados de manera responsable y ética.

- Que las tareas que se necesitan día a día y que son asignadas al personal de apoyo, las auxiliares de salud oral sí sean vigiladas por los odontólogos, como por ejemplo que lleven una buena esterilización del instrumental, cumpliendo con sus protocolos, y además que registren reportes y evidencien, con controles químicos y biológicos, la garantía de una atención segura y aséptica.

12.2. Sobre los entes de control

Dar más acompañamiento a los odontólogos que deseen prestar servicios de salud de manera independiente y verificar que sí están cumpliendo con los requisitos exigidos, porque en muchos de los casos, los odontólogos llevan la documentación que se les pide, les dan los formularios radicados, el distintivo y, con ello, ya empiezan a prestar servicios, pero no siempre los profesionales saben qué más deben seguir realizando cotidianamente. Ellos tienen la norma como herramienta, pero esta les resulta confusa y la interpretan de múltiples maneras. Muchas veces no tienen claro que deben construir un Manual que describe sus pautas y cumplimiento de estándares; esto no siempre es explicado a los odontólogos, ni revisado en visitas periódicas de la autoridad correspondiente. La Secretaría Seccional de Salud brinda capacitaciones, pero estas muchas veces no cubren a todos los profesionales, quienes no siempre se enteran de estos espacios.

12.3. Sobre las universidades

Se recomienda a las universidades que la formación en los odontólogos no sea solo enfocada en la parte clínica, sino también que se dé mayor relevancia a temas administrativos, pues los odontólogos, cuando terminan su carrera e inician una vida laboral como prestadores independientes en algún consultorio odontológico, ya sea porque serán contratados por prestación de servicios o decidan montar su propio consultorio, no tienen conocimientos suficientes sobre ello. Es importante que se enfatice en que, como primera instancia, los profesionales deben dirigirse a la Secretaría Seccional de Salud y habilitar su servicio. Algunos tienen una confusión porque piensan que solo basta con su diploma y la resolución de su registro para empezar a laborar, y es importante que esto empiece a aclararse desde la academia.

12.4. Sobre los usuarios y pacientes

Se recomienda a los usuarios o pacientes que necesitan y acceden a un tratamiento odontológico, que verifiquen que en el consultorio todo esté en regla, antes de poner en manos de una persona su salud; deben asegurarse de que se trata de un odontólogo, que demuestre que cuenta con un diploma y con la resolución que le

otorga un número de identificación como profesional de la salud; igualmente, que tengan el distintivo (estrella) del servicio que están ofreciendo, con nombre del odontólogo y dirección donde se están ofertando los servicios. El paciente también debe observar la infraestructura donde va a ingresar, que esté adecuada y limpia. El paciente tiene derecho a exigir que le demuestren que le van a ingresar a su boca, instrumental que haya pasado por un proceso de esterilización, y que no están trabajando con insumos reutilizados.

12.5. A las auxiliares en salud oral

Las auxiliares que tienen a su cargo tareas que se necesitan realizar en la parte de habilitación para demostrar que se está llevando una atención de calidad, deben ejecutarlas cotidianamente y sistemáticamente, pues está en juego la calidad del servicio y la seguridad del paciente, la posibilidad de continuar con el servicio y el consultorio en funcionamiento y el bienestar del odontólogo y su equipo de trabajo. Por ejemplo, se debe llevar de manera sincera el proceso de esterilización, un manejo adecuado de residuos y reportes de eventos adversos, con esto se pueden manejar las fallas y hacer mejoras en la atención.

12.6. A los odontólogos

A los odontólogos que trabajan sin habilitación en salud y en múltiples consultorios, se les recomienda realizar este trámite y todo lo que conlleva, pues estarían más tranquilos en la parte clínica y, de cumplir con los estándares como corresponde, la atención al usuario sería brindada con más calidad; el odontólogo estaría enterado de los protocolos y guías para una atención segura, y tendría mayores recursos para resolver una situación adversa, como una demanda por parte de pacientes o una sanción por parte de los entes de control.

A los odontólogos que sí cuentan con el trámite y el Manual Único de Habilitación, pero que no conocen a profundidad sus implicaciones y tareas y no hacen los seguimientos cotidianos y sistemáticos necesarios, se les recomienda apropiarse de su responsabilidad para con la ley y con los usuarios, más aún con ellos mismos, porque sí tienen todo esto, pero en caso de una visita de verificación no evidencian verdídicamente sus responsabilidades, también estarían expuestos a una sanción administrativa, económica, a cierres de servicios y del establecimiento.

13. Referencias bibliográficas

-
- ¹ Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [Internet] [Consultado 2019/02/01] Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/es/>
- ² Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; Bogotá: El Ministerio; 2006.
- ³ Ministerio de Protección Social. Herramientas para promover la estrategia de la seguridad del paciente en el sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención en salud. 2007 [Internet] [Consultado 2019/02/01] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Herramientas%20para%20la%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf>
- ⁴ Organización Mundial de la Salud. RESEARCH. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Hacia una atención más segura. 2010. [Internet] [Consultado 2019/02/01] Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
- ⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Objetivos y funciones. [Internet] [Consultado 2019/02/01] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/institucional-objetivos-funciones.aspx>
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. Acerca de la OMS Quiénes somos y qué hacemos. [Internet] [Consultado 2019/02/01] Disponible en: <https://www.who.int/about/es/>
- ⁷ Organización Panamericana de la Salud. Acerca de la OPS. [Internet] [Consultado 2019/02/01] Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=91:about-paho&Itemid=220&lang=es
- ⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Profesional Independiente. [Internet] [Consultado 2019/10/03] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/DispForm.aspx?ID=944&ContentTypeId=0x01003F0A1BD895162D4599DC199234219AC7>
- ⁹ Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. [Internet] [Consultado 2019/02/01] Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf

¹⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. [Internet] [Consultado 2019/02/01] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>

¹¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Único de Habilitación. [Internet] [Consultado 2019/02/01] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>

¹² Ministerio de Salud y Protección Social. Seguridad del paciente. [Internet] [Consultado 2019/02/01] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

¹³ Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Bogotá: El Ministerio; 2014.

¹⁴ OPS Colombia. Perfil de los Sistemas de Salud: Colombia. [Consultado: 2019/03/08] Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1241:perfil-de-los-sistemas-de-salud-colombia&Itemid=0

¹⁵ Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; Bogotá: El Ministerio; 2006

¹⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de Prensa No 134 de 2013, Listo Sistema Único de Habilitación de Servicios de Salud. [Internet] [Consultado 2019/04/15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Listo-Sistema-unico-de-Habilitacion-de-Servicios-de-Salud.aspx>

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los Sistemas de Salud: Colombia. [Internet]. [Consultado: 2019/04/09]. Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1241:perfil-de-los-sistemas-de-salud-colombia&Itemid=0

¹⁸ Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. [Internet]. Bogotá: [Consultado: 2019/04/09]. Disponible en:

https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/serviciossedes_reps.aspx

¹⁹ La cita aparece al final Ministerio de Salud y Protección Social. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. [Internet] [Consultado: 2019/03/05] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Evaluar%20de%20la%20frecuencia%20de%20los%20eventos%20adversos.pdf>

²⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos. [Internet] [Consultado: 2019/03/05] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Evaluar%20de%20la%20frecuencia%20de%20los%20eventos%20adversos.pdf>

²¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente. [Internet] [Consultado: 2019/05/04] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>

²² Perea, B. Seguridad del paciente y odontología. Cient. dent., [Internet] abril 2011; Vol. 8, Núm. 1, Págs. 9-15 [Consultado: 2019/03/05] Disponible en: https://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA_DENTAL/VOL8_NUM1/09-15.pdf

²⁴ Gaviria Z, Sierra GJ. Diagnóstico y plan de mejoramiento para el cumplimiento de los estándares de habilitación de la Resolución 1043 de 2006 en el Consultorio Médico Santo Tomás. Medellín, 2012. [Trabajo de Grado para optar al título de Administrador en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública; 2012.

²⁶ Rojas Viviana, Sarmiento Luis, Márquez Didier. Impacto de la estructura del mercado de salud oral sobre los profesionales del área, 2017. [Internet] Bucaramanga: Universidad Santo Tomás; 2017. [Consultado: 2019/03/05] Disponible en: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10788/Viviana%20Rojas-Luis%20Sarmiento-Didier%20Marquez-2017.pdf?sequence=1>

²⁷ Alcaldía de Medellín. Datos generales de la ciudad. [Internet] [Consultado: 2019/03/08] Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://6488ef50a6787e1fdb4e42e62a46a67>

²⁸ Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Medellín, Antioquia. [Internet] [Consultado: 2019/02] Disponible en:

<https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190709-CNPV-presentacion-medellin.pdf>

²⁹ Medellín Cómo Vamos. Medellín. [Internet] [Consultado: 2019/03/08] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/presentaciones-territorio/190709-CNPV-presentacion-medellin.pdf>

³⁰ Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá: El Ministerio; 2016.

³¹ Donabedian A: La investigación sobre la calidad de la atención médica. Salud Pública Méx., 1986; 28: 3La investigación sobre la calidad de la atención médica'24-327.

³² Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. [Internet]. [Consultado: 2019/11/04] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

³³ Departamento Nacional de Planeación. Prestación de Servicios de Salud. [Internet]. [Consultado: 2019/03/04] Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/prestacion-de-servicios-de-salud.aspx>

³⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. [Internet] [Consultado: 2019/03/08] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Lists/FAQ/DispForm.aspx?ID=940>

³⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Perfil y competencias profesionales del odontólogo en Colombia. [Internet] [Consultado: 2019/05/04] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Odontologia_Octubre2014.pdf

³⁶ American Dental Association. Ortodoncia. [Internet] [Consultado: 2019/05/04] Disponible en: <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/o/Orthodontics>

³⁷ Plataforma En Colombia. Estudio de recursos humanos de ortodoncia en Colombia. [Internet] [Consultado: 2019/05/04] Disponible en: <https://encolombia.com/medicina-odontologia/odontologia/estudio-de-recursos-humanos-de-ortodoncia-en-colombia/>

³⁸ Arch Argent Pediatr. La OMS y su iniciativa " Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente " The WHO and its " World Alliance for Patient Safety " iniciativa. Ceriani, Cern José M. 2009;107(5):385–6.

-
- ³⁹ Colombia. Corte Constitucional. Constitución Política de Colombia. Bogotá: La Corte; 2016.
- ⁴⁰ Galeano M. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. 2004. 1ª ed. Medellín: Fondo Editorial EAFIT, 2004.
- ⁴¹ Veiga J, Fuente E, Zimmermann M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med. segur. trab. [Internet]. 2008; 54 (210): 81-88 [consultado 2019 may 04] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=es.
- ⁴² Páramo Ph.D, Pablo. La investigación en ciencias sociales: estrategias de investigación. 2011
- ⁴³ Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. [Internet] Bogotá: [Consultado 2010 Oct 03] Disponible en: <http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
- ⁴⁴ Universidad Javeriana. Las categorías en la investigación social. Internet] [Consultado: 2019/05/04] Disponible en: <https://www.javeriana.edu.co/blogs/mlgutierrez/files/Rico-de-Alonso-Et-al-CAP%C3%8DTULO-4-Categor%C3%ADas1.pdf>
- ⁴⁵ Díaz-Bravo Laura, Torruco-García Uri, Martínez-Hernández Mildred, Varela-Ruiz Margarita. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación educ. médica [revista en la Internet]. 2013 sep. [citado 2019/05/04]; 2(7): 162-167. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es.
- ⁴⁶ Strauss A Corbin Jt. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
- ⁴⁷ Borda, P., Dabenigno, V., Freidin, B. and Güelman, M. Estrategias para el análisis de datos cualitativos. Vol 2. Buenos Aires: D – IIGG; 2017.
- ⁴⁸ Díaz SP, López RV, Sierra JL. Satisfacción e insatisfacción laboral: una oportunidad para pensar la profesión odontológica. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2014; 25(Supl): S39-S50.
- ⁴⁹ Jaramillo GH, Gómez GM. Efectos de la Ley 100 sobre el campo de estudio y el quehacer de los profesionales de la salud: la práctica odontológica y su caso. Rev. Fac Odontol Univ Antioq. 2006;18(1):95-102

⁵⁰ Nieto E, Montoya G, Cardona E, Bermúdez Luis. Perfil sociodemográfico y laboral de los odontólogos en la ciudad de Medellín. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2000;18(2):41-53. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/120>

⁵¹ Cristo, P., Caballero, R., Atanache, R., Bautista, W., Mahecha, A., Ortiz, C., Brijaldo, J., Ramírez, D., Galeano, L., Bastidas, C., Márquez, S., & Ibáñez, M. (2009). Impacto económico y laboral del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ejercicio profesional de los Odontólogos egresados del colegio odontológico colombiano 1979-1991. *CES Odontología*, 18(2), 29-36. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/view/43>

⁵² Estrada M., J. (2012). La formación por competencias y el mundo del trabajo: de la calificación a la empleabilidad. *Revista de Salud Pública*, 14(1s), 98-111. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000700009>

⁵³ Sánchez García, Ana Guadalupe, Los profesionales de ciencias de la salud en el mercado laboral. *Investigación en Salud* [Internet]. 2002; IV (1):0. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/14240107>

⁵⁴ Calidad en la prestación de servicios de salud: Parámetros de medición*
Vargas González, Vilma** Valecillos, José*** Hernández, Carmen

Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de información

Guía inicial de entrevista semiestructurada

Título del estudio. Incumplimiento del requisito de habilitación en el servicio profesional independiente de odontología general y ortodoncia. Medellín, 2019.

Saludo:

Vamos a tener una conversación sobre los temas relacionados con la habilitación en salud, es algo confidencial, su nombre no aparecerá en ningún momento, como lo leyó anteriormente en el consentimiento informado, puede tener plena tranquilidad.

¿Desea usted que utilicemos un seudónimo?

Usted mismo puede poner el que desee.

Preguntas generales de caracterización del participante:

- 1) Hábleme del servicio o servicios que usted presta en su consulta odontológica
- 2) ¿Cuál es el nivel de complejidad de estos servicios?
- 3) ¿Cuánto tiempo lleva prestando los servicios?
- 4) ¿Usted únicamente labora aquí o presta servicios en otras partes?
- 5) ¿Es propietario de este consultorio? ¿tiene otros?
- 6) ¿Cuántas veces a la semana viene al consultorio?
- 7) ¿Con cuántas unidades odontológicas cuentan en este consultorio para prestar el servicio?
- 8) ¿Cuántos odontólogos vienen aquí a trabajar?
- 9) ¿Quién se encarga de los procesos administrativos?
- 10) ¿Qué número de personas tiene usted a su cargo?
- 11) ¿Ha realizado algún otro estudio complementario?

Preguntas para explorar conocimientos sobre el proceso de habilitación en salud:

- 12) Doctor, ¿qué conoce usted sobre el proceso de habilitación en salud?
- 13) ¿Qué ha escuchado hablar de Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)?
- 14) Doctor, cuénteme ¿qué ha escuchado usted hablar sobre el Sistema Único de Habilitación en salud?

-
- 15) Doctor(a), ¿cuáles son los criterios que deben cumplir los prestadores de servicios de salud independientes?
 - 16) ¿Usted cuenta con algunos formatos o manuales procedimentales en su consultorio? (manejo de residuos, esterilización, etc.) ¿Cuáles?
 - 17) Doctor, ¿qué entiende usted por habilitación en salud?
 - 18) Cuénteme, ¿usted qué piensa de la habilitación que deben realizar los profesionales de salud independientes?
 - 19) Preguntas para indagar por la experiencia y opiniones con el proceso de habilitación en salud:
 - 20) Cuénteme, ¿qué experiencia ha tenido usted frente a los procesos de habilitación?
 - 21) Doctor, ¿usted qué acercamientos ha tenido con las normas que regulan la atención en salud?
 - 22) ¿Cómo cree usted que esto de la habilitación puede influir en su servicio odontológico?
 - 23) Cuénteme doctor, ¿qué dificultades ha tenido usted frente al proceso de habilitación?
 - 24) ¿Qué tan importante es todo el tema de habilitación al prestar el servicio?
 - 25) ¿Usted cree que es importante este asunto de la habilitación?, ¿cuál es su importancia?
 - 26) Cuénteme doctor, ¿qué opina usted sobre todo este tema de calidad en salud en Colombia?
 - 27) Cuénteme doctor, si usted quisiera implementar esos temas de calidad en su consulta odontológica
 - 28) ¿Usted ha escuchado hablar sobre la seguridad del paciente?
 - 29) ¿Qué opina usted sobre el tema de seguridad del paciente?
 - 30) ¿Cuál ha sido su experiencia frente a este asunto de la seguridad del paciente en su consulta odontológica?
 - 31) ¿Cuáles son sus expectativas frente a la habilitación en salud?

Preguntas de cierre:

- 32) ¿Quisiera usted contarme algo más frente al proceso de habilitación, que yo no le haya preguntado?
- 33) En caso de considerarlo pertinente, cuando esté analizando el contenido de la conversación ¿podría volver a contactarlo?

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento informado

Título del estudio: Incumplimiento del requisito de habilitación en el servicio profesional independiente de odontología general y ortodoncia. Medellín, 2019.

Investigadora: Johana Miledy Manco Herrera. Estudiante de pregrado.
Trabajo de grado para optar por el título: Administración en salud con énfasis en servicios de salud. Facultad Nacional de Salud Pública.
Correo: johana.manco@udea.edu.co
Teléfono: 29995354-3127429792

INTRODUCCION

Usted ha sido invitado(a) a participar en este estudio porque, dado su hacer clínico en odontología, puede compartirnos su experiencia con relación a los procesos de habilitación en salud. Antes de que decida participar en el estudio es importante que lea cuidadosamente este consentimiento, tras lo cual puede hacer a la investigadora todas las preguntas que tenga al respecto.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Actualmente se reconoce una alta oferta y demanda en el mercado de los servicios odontológicos y de ortodoncia en la ciudad y el país, y existe normatividad vigente para su regulación. En este contexto, el propósito de este estudio es conocer la experiencia de los profesionales clínicos que atienden estos servicios, con relación a los procesos de habilitación en salud.

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su participación en esta investigación se realizará mediante su colaboración en una entrevista. Esta conversación tiene una duración aproximada de 1 hora; sin embargo, es posible que requiera de más tiempo según la fluidez durante la misma, caso en el cual podremos concertar otro espacio. Usted podrá participar en este estudio si lo decide y tras la firma de este consentimiento.

PROCEDIMIENTOS

Durante la entrevista conversaremos sobre aspectos relacionados con el funcionamiento de los servicios que usted presta en su consulta y su experiencia con relación a los procesos de habilitación en salud.
El día y lugar de la entrevista será el acordado con usted.

RIESGOS O INCOMODIDADES

Su participación en esta investigación tiene riesgos mínimos, en el sentido en que en las conversaciones pueden surgir temas sensibles, que representen

incomodidad para usted; igualmente, los hallazgos del estudio pueden mostrar información delicada frente a la no habilitación en salud. Para mitigar estos riesgos, la investigadora se compromete a no divulgar los nombres de las personas participantes, los cuales serán cambiados por seudónimos en informes y posibles publicaciones. Usted puede estar tranquilo(a), ya que se garantiza la confidencialidad de la información, por lo cual a las entrevistas solo tendrá acceso la investigadora y su asesora, quien es docente de la Universidad de Antioquia. En ningún momento se evaluará el consultorio o su funcionamiento, solo se indagará por información pertinente al estudio, con un interés netamente académico y de contribución a la ciencia. Por otro lado, su decisión de participar en este proyecto no afectará las relaciones actuales o futuras con la Universidad de Antioquia.

BENEFICIOS

Este es un estudio con carácter académico, por cuya realización no se obtendrán recompensas económicas. En este sentido, su participación no le representará retribuciones económicas; no obstante, usted dispondrá de un espacio para conversar sobre los procesos de habilitación en salud y conocerá los hallazgos de la investigación una vez sean obtenidos, en un espacio de socialización que será diseñado a partir de los resultados mismos, de tal manera que se tornen en una posibilidad de reflexión y aclaración de dudas sobre tales procesos.

COSTOS Y COMPENSACIÓN

El estudio es completamente voluntario. Usted no recibirá ni pagará una compensación económica por participar en este. El investigador se desplazará hacia el lugar concertado con usted para realizar la entrevista.

DERECHOS

Su participación es voluntaria, es decir, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado ni perder los beneficios, si presenta incomodidad en responder alguna pregunta puede dejar de responderla parcial o totalmente. Solo necesitaremos su disposición. Apreciaremos su valioso aporte.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Si usted decide participar en este estudio, el investigador NO conseguirá información personal sobre usted, solo los datos generales pertinentes a los objetivos de la investigación, es decir, no incluirá información personal con la que pueda ser identificado.

Los resultados que produzca este estudio pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en eventos científicos como conferencias, seminarios y congresos, pero la identidad de los participantes no será divulgada.

Para ser contactado durante el estudio, requerimos nos proporcione un teléfono fijo o celular, o un correo electrónico donde podamos localizarlo. Esta información no será compartida con otras personas, entidades públicas o privadas de ninguna

manera, será usada exclusivamente para las condiciones mencionadas en el presente consentimiento.

La información puede ser revisada por el Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, que se conforma por un grupo de personas que realizarán la revisión independiente de la investigación según los requisitos reglamentarios.

La información que proporcione será almacenada de manera confidencial bajo parámetros legales. Este consentimiento informado es una autorización que confirma su participación en el estudio de acuerdo con lo establecido en él y tendrá vigencia hasta que finalice el estudio, a menos que usted decida terminar su participación anticipadamente, para lo cual puede contactar a la investigadora principal, exponiendo el motivo por el cual tomó la decisión. Si usted cancela esta autorización, el investigador principal no usará ni divulgará la información obtenida a través de las entrevistas.

PREGUNTAS

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre su participación usted puede contactar a la investigadora principal en la hora de 12 a 1 de la tarde en los días de lunes a viernes, y fines de semana durante todo el día.

Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante del estudio, usted puede contactar: Centro de investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Teléfono: 219 6830- 2196800.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus inquietudes. Si usted firma el consentimiento, está aceptando participar en este estudio, recibirá una copia firmada.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído de manera adecuada la información suministrada en este consentimiento. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido atendidas.

Yo autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este consentimiento para los propósitos descritos anteriormente.

Al firmar este consentimiento, no se ha renunciado a ninguno de los derechos legales.

Nombre del Participante

Firma del Participante Fecha

Firma del Investigador Principal

Fecha