

UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD AUTÓNOMA BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 52, PROMOCIÓN 12 UNAB



**EVOLUCION DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE
SALUD**

POR:
MARLENY PICO FERREIRA

***PROPUESTA DE MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORÍA EN SALUD***

BUCARAMANGA – SANTANDER – COLOMBIA

2013

UNIVERSIDAD CES - UNIVERSIDAD AUTÓNOMA BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 52, PROMOCIÓN 12 UNAB



**EVOLUCION DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE
SALUD**

POR:
MARLENY PICO FERREIRA

TUTORA:
Dra. CLARA INES SANCHEZ FRANCO

***PROPUESTA DE MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORÍA EN SALUD***

BUCARAMANGA – SANTANDER – COLOMBIA

2013

Medellín - martes, 11 de diciembre de 2012

Estudiante posgrado

Marleny Pico Ferreira

nylemar07@hotmail.com

Especialización en Auditoría en Salud - Bucaramanga

Bucaramanga

Asunto: Comunicación del Comité Operativo de Investigaciones.

Código:

Acta46Proy243

Proyecto: EVOLUCION DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Respetada estudiante:

En el Comité Operativo de Investigaciones de la Facultad de Medicina de nuestra Universidad se aprobó, como consta en el Acta No. 86 de diciembre de 2012, su solicitud de continuar con el proyecto “EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD”.

Debe ponerse en contacto nuevamente con la Dra. Clara Inés Sánchez en el correo electrónico csanchez@quimbaya.udea.edu.co.

Cordial saludo,

LILIANA PATRICIA MONTOYA VÉLEZ

Coordinadora Investigaciones

Secretaria Comité

Facultad de Medicina

Copia: Dra. Clara Inés Sánchez, Asesora (csanchez@quimbaya.udea.edu.co)

Dr. Hernán García, Coordinador Académico División Salud Pública (hgarcia@ces.edu.co)

AGRADECIMIENTOS

Ante todo mi primer agradecimiento es a Dios que gracias a su infinita misericordia me permitió llegar hoy hasta este punto, donde puedo demostrar mis capacidades como profesional y persona a través de mi conocimiento.

A mis padres y hermano, seres incansables, dedicados y sobre todo leales que siempre han creído en mí, por su apoyo incondicional, su motivación constante y su amor de padres que hoy gracias a ellos soy lo que represento de ellos.

A mis maestros y profesores, a mis compañeros, a todas y cada una de las personas que tuvieron fe en mí este logro maravilloso y que hoy puedo dar fe de su apoyo.

RESUMEN

TITULO: EVOLUCION DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

AUTORA: MARLENY PICO FERREIRA

La evolución de la calidad en la prestación de los servicios en salud a nivel mundial, ha tenido un impacto significativo en cuanto al seguimiento de la atención a sus usuarios, los servicios prestados, la calidad de los profesionales prestadores y la satisfacción del usuario quien es el último en quien estos servicios realmente se proyectan.

Sin embargo, esto no es aplicado en todos los centros terapéuticos, hospitalarios, empresas prestadoras de salud, empresas promotoras de salud o clínicas, existen aún falencias y errores administrativas que no permiten una correcta evolución y prestación satisfactoria de estos servicios, casos concretos se conocen en América Latina, concretamente Colombia como en este caso se puede involucrar, en el país existe una problemática reiterada año a año, los servicios son deficientes, la calidad de los servicios insuficiente, el personal de atención insuficiente y si de recursos o presupuesto se habla no hay cifras que puedan cubrir la demanda del servicio como tal.

En el presente documento se pretende dar una visión de esta problemática desde el punto de vista evolutivo, las causas y consecuencias de una mala gestión administrativa y las alternativas de solución que pueden llegar a aplicarse para realizar bajo unos estándares de calidad optimo un buen servicio de salud prestado.

Palabras clave: Servicio; Evolución; Salud; Estándares; Gestión; Satisfacción.

TABLA DE CONTENIDO

PAG.

1	JUSTIFICACION	10
2	OBJETIVOS	11
2.1	OBJETIVO GENERAL	11
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
3	METODOLOGÍA	12
3.1	TIPO DE INVESTIGACION	12
3.1.1	<i>Investigación Descriptiva</i>	12
4	MARCO TEORICO	13
4.1	HISTORIA SOBRE LA CALIDAD.....	13
4.1.1	<i>Cronología</i>	13
5	NORMATIVIDAD VIGENTE NACIONAL RELACIONADA CON LA EVOLUCION DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	18
5.1	ANTECEDENTES	18
5.1.1	<i>La Calidad y Los Fundamentos de Ley</i>	19
5.2	CRONOLOGÍA DE LOS DECRETOS	22
5.2.1	<i>Decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996</i>	22
5.2.2	<i>Decreto 2309 de octubre 15 de 2002</i>	23
5.2.3	<i>Decreto 1011 de abril 3 de 2006</i>	24
5.2.4	<i>Acuerdo 028 del 30 noviembre de 2011</i>	26
5.2.5	<i>Acuerdo 029 del 28 diciembre de 2011</i>	27
5.2.6	<i>Otras Disposiciones Legales</i>	27
5.2.7	<i>Definición de Roles de los Actores en el Sistema de Información de la Calidad</i>	28
5.3	DEFINICION DE CRITERIOS Y ESTANDARES DE CALIDAD	28
5.3.1	<i>Criterios</i>	29
5.3.2	<i>Clasificación de Criterios</i>	29
5.3.3	<i>Estándares</i>	30
5.3.4	<i>Estructura de los Estándares</i>	30
5.3.5	<i>Mejoría de la Calidad</i>	32
5.3.6	<i>Diseño de la Calidad</i>	32
5.3.7	<i>Ciclo de Mejora o PHVA</i> :.....	32
5.3.8	<i>Monitorización</i>	33
5.4	HERRAMIENTAS DE CALIDAD	33
5.4.1	<i>Diagrama de Pareto</i> :.....	34
5.4.2	Diagrama de Causa Efecto :	35
5.4.3	<i>Histogramas</i> :	35
5.4.4	<i>Diagrama de Dispersión</i> :	36
5.4.5	<i>Hojas de Verificación o Comprobación</i> :.....	37

5.4.6	<i>Estratificación:</i>	37
5.4.7	<i>Gráficas y Cuadros de Control</i>	38
6	PRINCIPALES ACTORES DE LA CALIDAD	39
6.1	ACTORES	39
6.1.1	<i>Edwards W. Deming (1900 – 1993)</i>	39
6.1.2	<i>Philip B. Crosby (1926 – 2001)</i>	41
6.1.3	<i>Joseph M. Juran (1904 – 2008)</i>	43
6.1.4	<i>Armand V. Feigenbaum nació 1922</i>	44
6.1.4.1	Liderazgo en Calidad:.....	44
6.1.4.2	Técnicas de calidad modernas:.....	44
6.1.4.3	Compromiso de la organización:	45
6.1.4.4	Kaoru Ishikawa nació en Japón (1915 – 1989).....	46
6.2	CONCEPTOS DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	48
7	RESPONSABILIDAD DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD CON LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA Y LOS USUARIOS DEL MISMO Y LAS RELACIONES QUE DERIVAN DE ESTA RESPONSABILIDAD.	52
7.1	SEGURIDAD DEL PACIENTE	52
7.1.1	<i>Lineamientos de seguridad del paciente</i>	54
7.1.2	<i>Estrategia 1: Estrategia Educativa</i>	55
7.1.3	<i>Estrategia 2: Promoción De Herramientas Organizacionales</i>	55
7.1.4	<i>Estrategia 3: Coordinación De Actores</i>	55
7.1.5	<i>Estrategia 4: Estrategia De Información</i>	56
7.2	POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	56
7.2.1	<i>Política Institucional De Seguridad Del Paciente</i>	56
7.3	HERRAMIENTAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	59
7.4	ASPECTOS RELEVANTES DE LA RESPONSABILIDAD DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD CON LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.....	60
7.5	OTROS RESPONSABLES DE LA CALIDAD EN LA SALUD EN COLOMBIA.	65
8	CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS, SOBRE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LAS IPS DEL PAÍS.	67
9	PUNTOS DE CONTROVERSA	70
10	RECOMENDACIONES	75
10.1	BENEFICIOS DE LA CALIDAD	75
10.2	HACIA DONDE VA LA CALIDAD	79
11	CONCLUSIONES	83
12	RECOMENDACIONES GENERALES	85
13	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	86

LISTADO DE FIGURAS.**PAG.**

FIGURA 1 DIAGRAMA DE PARETO.	34
FIGURA 2 DIAGRAMA DE CAUSA – EFECTO.....	35
FIGURA 3 HISTOGRAMAS.	36
FIGURA 4 DIAGRAMA DE DISPERSIÓN.	36
FIGURA 5 HOJA DE VERIFICACIÓN O COMPROBACIÓN.	37
FIGURA 6 ESQUEMA ESTRATIFICACIÓN.	38
FIGURA 7 FUNCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD.	61
FIGURA 8 EVOLUCION DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO.....	67

INTRODUCCION.

A lo largo de la historia el ser humano a través de sus constantes búsquedas de su propia existencia y conocimiento de su ser, ha intentado resolver los diferentes enigmas en cuanto a su evolución y desarrollo como tal, uno de ellos es la enfermedad, desde los comienzos de las diferentes civilizaciones, el hombre se ha caracterizado por encontrar respuestas, algunos basados en creencias, religiones, ídolos etc., el origen de sus dolencias y enfermedades es un tema que el hombre ha venido indagando para darle solución a su sufrimiento.

Los primeros seres civilizados que se tiene registro histórico que practicaron algo de atención en salud fueron los egipcios y sumerios, existen pruebas arqueológicas que determinan que estas civilizaciones a través de ritos y prácticas mágicas invocaban sus dioses para calmar dolores y enfrentar la muerte.

Sin embargo aún en la actualidad, estas prácticas se realizan, existen pueblos que datan sus experiencias a bebedizos, pociones y rezos para curar lo que se denomina hechicerías y brujerías, algunos conceptos médicos modernos no permiten que estas actividades, se lleven a cabo como son las atenciones a personas de etnias o indígenas, algunas culturas o religiones no permiten brindar atención medica por sus creencias; pero al igual que existe estos obstáculos también está el lado positivo del proceso, atenciones especializadas que permiten dar soluciones oportunas y rápidas a dolencias y enfermedades de impacto en la sociedad, se evita con ello el incremento de la mortalidad por prácticas no médicas, se brindan soluciones a tipos de pacientes especiales, como son adultos mayores, enfermedades crónicas y degenerativas. Entre otras.

Por lo anterior, se pretende realizar un análisis y una revisión bibliográfica sobre la evolución de la calidad en la prestación de los servicios en salud; desde sus inicios hasta la actualidad; haciendo énfasis en la cambios que han marcado la calidad de la misma en Colombia, permitiendo con ello orientar la investigación a descubrir las principales falencias del sistema y los logros más significativos del mismo.

1 JUSTIFICACION

En la actualidad el tema de calidad es de gran importancia para todas las instituciones de salud, la medición y evaluación brindada por los usuarios, son definitivas para la formulación de planes de mejoramiento, con el fin de que la entidad prestadora de servicios sea más eficiente, eficaz y competitiva.

La calidad en los servicios de salud es un tema que viene siendo tratado desde antes de 1930, y que se fundamenta en procesos y procedimientos controlados y vigilados en la actualidad de forma fehaciente y estricta, utilizando para ello los recursos humanos y legislativos que tiene a disposición.

Al revisar la evolución de la calidad en la prestación de los servicios de salud, se identifica el progreso y cambios que han impactado en esta área, y la importancia que han adquirido tanto profesionales y usuarios en llevar a feliz término y de manera equilibrada los objetivos que persigue el sistema obligatorio de garantía de la calidad, a la vez implementado por dichas instituciones, cuyo objetivo primordial es brindar una buena atención contribuyendo con la calidad de vida del usuario en Colombia como en el resto del mundo.

La Calidad se ha vuelto más que una herramienta administrativa al alcance de las empresas, una estrategia y una herramienta que permite a las mismas obtener mejores resultados y satisfacciones en sus clientes tanto internos como externos, es sin duda ahora mismo un cambio de actitud al momento de hacer las cosas. Mucho se ha escrito sobre el tema, y afortunadamente, y gracias a la popularidad de los medios de difusión, hoy en día la información relacionada con los temas de la Calidad, está al alcance de todos, es importante cuestionarse acerca de la aproximación que debería tener las empresas, con respecto a los Sistemas de Gestión de la Calidad, puesto que indiscutiblemente, se debería, además conocer las ventajas que en un momento dado pueda tener su implementación y conocer también los recursos a utilizar en su aplicación.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis y una revisión bibliográfica sobre la evolución de la calidad en la prestación de los servicios en salud; desde sus inicios hasta la actualidad; haciendo énfasis en la cambios que han marcado la calidad de la misma en Colombia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Revisar la normatividad nacional existente y relacionada con la evolución de la calidad en la prestación de los servicios de salud.
2. Establecer cuáles son los principales actores que aportan al tema de la calidad y cuál es su papel hoy en la evolución de la prestación de los servicios de salud.
3. Describir la responsabilidad del sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad con las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia y los usuarios del mismo y las relaciones que derivan de esta responsabilidad.
4. Establecer si ha habido cambios significativos durante los últimos años, sobre la calidad en la prestación de los servicios en las IPS del país.

3 METODOLOGÍA

Se realizará una revisión sobre el estado del arte de la Evolución de la Calidad en la prestación de los Servicios en Salud, en las principales fuentes de información, el impacto en la prestación de los mismos y los planes de mejoramiento implementados con éxito.

3.1 TIPO DE INVESTIGACION.

3.1.1 Investigación Descriptiva.

Para entender el propósito de la investigación se da a conocer el significado literal de la misma que relacionara el concepto con el objetivo de investigación:

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento (.¹)

¹ Conozca 3 tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa. Frank Morales [en línea] 2012. Octubre 07. [fecha de acceso 10 septiembre de 2013.]; URL disponible en: <http://www.creadess.org/index.php/informate/de-interes/temas-de-interes/17300-conozca-3-tipos-de-investigacion-descriptiva-exploratoria-y-explicativa>

4 MARCO TEORICO

4.1 HISTORIA SOBRE LA CALIDAD

4.1.1 Cronología.

Hablar de calidad es tan extenso como su aplicación en todas las áreas. La evolución del tema de calidad ha estado presente por décadas en las agendas de las instituciones. La preocupación por atender a los pacientes con la mayor calidad posible es tan antigua como la práctica clínica, tal como puede observarse en los siguientes hitos históricos y de los cuales se destacan:

Se encontraron diferentes literaturas que hablaban del tema, algunos manifestaban sus inicios históricos pasando por las diferentes etapas evolutivas del hombre, sin embargo, para dar una mejor apreciación sobre los antecedentes y trazabilidad de la evolución se tomaron en cuenta:

- ✓ El Código de Hammurabi en el año 1752 a.c. promulgaba en Babilonia el código que regulaba la atención médica y en el que incluía las multas que estos debían de pagar por los malos resultados de sus cuidados. “Ley Talión”
- ✓ En un Papiro en Egipto del año 2000 a. C. se encontró algunos de los primeros estándares referidos a la práctica médica. Los antiguos en la tumba thebas realizaron unos grabados que muestran como esculpían unos bloques de piedra y como posteriormente se verificaba dicho trabajo, ya existía la figura de inspector de calidad.
- ✓ El Tratado de Hipócrates 500 a. C, recoge las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos que aún hoy siguen vigentes
- ✓ Fabricación artesanal: en la época medieval la fabricación y venta era realizado en pequeños talleres, por artesanos que captaba directamente las quejas de los consumidores información que servía para mejorar el proceso y no volver a cometer fallos. En los siglos XVII y XVIII surgen en las grandes ciudades los gremios, estas organizaciones de artesanos

establecían unas especificaciones para los materiales con los que trabajaba, para los procesos y productos elaborados. A mediados del siglo XVIII se inició el uso de partes intercambiables en la fabricación de armas, para ellos se fabricaron máquinas y herramientas especiales y se impartieron cursos de formación a los trabajadores con el objeto de reducir las variaciones dentro del proceso de producción. Este uso de piezas intercambiables llevo finalmente a la revolución industrial.

- ✓ En China se encuentran documentos que datan de 1000 a. C. en el que se presenta el estado del arte de la medicina en aquella época y se regulan las competencias de los profesionales. (2)

La calidad total es toda una cultura empresarial que se remonta a Japón desde los años 50. La calidad es un fin en sí mismo, que se ha de lograr desde la primera acción que se realice en cualquier proceso, y que logra evitar desperdicio de costos en productos mal hechos con toda su consecuencia, esto quiere decir con pérdida de la confianza o la satisfacción del cliente.

Alrededor de los años sesenta nacen los auditores médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporo a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro. (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y

² Conceptos Generales de la Calidad. [Editorial] S [en línea] SF. [fecha de acceso 12 septiembre de 2013.]; URL disponible en: https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/mod_resource/content/1/TEMA_1.pdf

³ Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad en Salud Integrador de las Normas: Ntcgp 1000, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud E Iwa 1. Ingrid Cruzado Herrera Y Germán Darío Moreno Rodríguez. 2012. [en línea] [fecha de acceso 15 septiembre de 2013.]; URL disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/10882/2102/1/Cruzadoingrid2012.pdf> 28:28

la Administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplía su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.

En el año 1991 el servicio nacional del reino unido adopta una política formal de calidad y reconoció al Proceso de Mejoramiento Continuo como la manera más rentable de ponerla en práctica. El Plan de Mejoramiento Continuo y la administración Total de la calidad "TQM" se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa, Philip B. Crosby quienes fueron los pioneros a la calidad gracias a sus aportes.

En Colombia el ICONTEC (Instituto Nacional de Normas Técnicas) fue creado el 10 de mayo de 1963 por 18 personas, la mayoría de ellos empresarios, liderados por el Ingeniero Javier Henao Londoño.

ICONTEC es un organismo multinacional de carácter privado, sin ánimo de lucro, que trabaja para fomentar la normalización, la certificación, la metrología y la gestión de la calidad en Colombia. Está conformado por la vinculación voluntaria de representantes del Gobierno Nacional, de los sectores privados de la producción, distribución y consumo, el sector tecnológico en sus diferentes ramas y por todas aquellas personas jurídicas y naturales que tengan interés en pertenecer a él.

Desde 1991, ICONTEC trabaja conjuntamente con el sector empresarial nacional e internacional en la certificación de sistemas de gestión. Por esta razón, fue el primer organismo de certificación que otorgó un certificado de sistema de gestión de la calidad en Colombia.

Normas ISO 9000: A principios de la década de 1980 la International Standard Organization (ISO) inició un arduo trabajo para publicar un sistema normalizado de aseguramiento de la calidad: El ISO fue fundado en 1964 para desarrollar un conjunto de normas para el sector manufacturero, comercio y la comunicación. Esta organización inicio en Ginebra, está compuesta por 91 países y las industrias las adoptan y les aumentan requerimientos legales. El esfuerzo inicial culminó con la creación del Comité Técnico denominado TC-176, y por último con la publicación en el año 1987 de la Serie de Normas genéricamente referidas como ISO 9000. La norma ISO 9000 se concibió inicialmente con el objetivo de armonizar la gran cantidad de normas ya existentes, tanto nacionales como internacionales. El ISO 9000, " se utiliza

tanto en contractuales como no contractuales " (ANSI ASQC standard Q 90), en ambos casos la organización proveedora desea instalar y mantener un sistema de Calidad que le permita optimizar su competitividad y producir el producto terminado con la calidad requerida al menor costo. (4)

En lo referente a la acreditación en salud, esta es una herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad, con la cual las empresas de salud desarrollan un proceso continuo y sistemático de auto evaluación interna y externa que les permite detectar oportunidades de mejora y afianzar sus fortalezas.

A su vez, es un desafío para las instituciones de salud y ayuda a contribuir a la optimización de la prestación de un servicio vital para el desarrollo del país, en la medida en que cumpla factores fundamentales de la atención en salud como: relación costo-beneficio, accesibilidad, seguridad, soporte técnico, relación humana con los usuarios y sus familias, el equipo de salud y el compromiso de los directivos. (5)

Su objetivo, además de incentivar las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la acreditación. Este programa se encuentra acreditado por la Sociedad Internacional de la Calidad en el Servicio de Salud, ISQUA (por sus siglas en inglés).

En Colombia desde el año 2006 con el decreto 1011 con el sistema obligatorio de garantía de la calidad y sus cuatro componentes entre ellos SUA (Sistema Único de Acreditación), abrió las puertas a las Instituciones prestadoras de servicios en salud, para que estas emprendieran el camino hacia la nueva era, de este tiempo hacia acá ha sido la época del cambio, desde el año 2006 se empezaron a acreditar algunas instituciones y si damos una mirada atrás, son cuatro años en los cuales son pocas las instituciones acreditadas, pero no podemos darnos por vencidos, las

⁴ Normas Icontec. El taller de Ramiro Mojica. [Editorial] [en línea] [fecha de acceso 16 septiembre de 2013.]; URL disponible en: <https://sites.google.com/site/lostalleresderamiromojica/normas-icontec>.

⁵ Métodos de escritura Académica. Karla Riera y Johana Páez. 2010. [en línea]. [fecha de consulta: 19 de septiembre de 2013.] URL disponible en: <http://www.slideshare.net/Jomi20/trabajo-3-5534856> 19:20.

instituciones ya acreditadas continúan trabajando y se siguen manteniendo el logro alcanzado. El sistema obligatorio de garantía de la calidad tiene el objetivo más grande, lograr que las demás instituciones se motiven a trabajar en pro de la acreditación en salud.

5 NORMATIVIDAD VIGENTE NACIONAL RELACIONADA CON LA EVOLUCION DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.

5.1 ANTECEDENTES

La Ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La medida inicialmente estaba contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002, siendo derogada después por el Decreto 1011 de abril 3 de 2006.

El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad, que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina pre pagada que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación.

Los estándares que se aplicarán evalúan procesos tales como respeto a los derechos de los pacientes, acceso al servicio, atención clínica y soporte administrativo y gerencial, en las instituciones que prestan servicios de salud y que quieran participar en el proceso de acreditación. Estas disposiciones están reglamentadas en la Resolución 1474 y en su anexo técnico.

El Ministerio de la Protección Social, a través de la Resolución 003557 del 19 de noviembre de 2003, adjudicó el concurso de Méritos MPS-03-2003 que designa al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, como entidad acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA)

5.1.1 La Calidad y Los Fundamentos de Ley

Se parte de las bases contempladas en la Ley 100 de 1993, para luego mirar el contexto actual, en este caso, la ley 1122 del 9 de enero de 2007, la cual tiene como objeto realizar ajustes al Sistema general de seguridad social en salud, y no derogarlo. En el ámbito de ley, las primeras menciones que se encuentran sobre el tema están descritas en los fundamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS (artículo 153 de la ley 100). Específicamente plantean lo siguiente:

- La calidad como un atributo igualitario de la equidad (numeral 1 artículo 153)

En este numeral se habla de una serie de características que describen formas de cómo garantizar el fundamento de la equidad. Uno de estos hace mención especial a la calidad: "el Sistema general de seguridad social en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago".

- La calidad y sus atributos como garantía de integralidad de la atención (numeral 3 artículo 153 ley 100, artículo 23 ley 1122)

“El Sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan obligatorio de salud”. De esta manera, la norma plantea la necesidad de garantizar la calidad a través de un continuo de la atención en salud, basado en un enfoque sistémico e integral de la misma.

- La calidad y el control (numeral 9 artículo 153 ley 100, artículo 39 ley 1122)

En este aparte se plantean tres ideas. La primera es la calidad atada a mecanismos de control. La segunda idea, de la mano del párrafo anterior, es que los servicios deben tener unas

guías o parámetros de calidad que deben ser soportados por un nivel de conocimiento aceptado. Estos dos temas se pueden encontrar dentro del artículo 39 de la Ley 1122. La tercera, no menos importante, es que el gobierno tiene una responsabilidad frente a la definición de mecanismos para que las instituciones del sistema se acrediten (tema que se desarrolla en el capítulo 5. Esta última idea se complementa en la misma Ley 100 en el artículo 186: “El gobierno nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento”.⁽⁶⁾

- La calidad y las funciones de los órganos de dirección del sistema (artículo 172 Ley 100)
En las funciones de los órganos rectores descritas por la ley, se encuentra que existen responsabilidades que inherentemente se relacionan con la calidad.
- La calidad y las instituciones del sistema (artículos 178 y 180 Ley 100, artículo 185 Ley 1122)

Así como se encuentran funciones de dirección del sistema, y específicamente algunas de ellas directamente relacionadas con el tema de calidad, es necesario plantear la delegación de estas funciones hacia las organizaciones del sector.

- Calidad y financiación (artículo 182 ley 100, artículo 16 Ley 1122)

Hay que puntualizar que el artículo incluye dos elementos de discusión: la relación entre la calidad y un pago o reconocimiento económico a las EPS por cada uno de sus afiliados, el cual a su vez está íntimamente ligado a una connotación de la calidad, descrita como condiciones medias.

⁶ La ley 100.- SF, [Editorial] 2011. [En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre 25 de 2013] URL Disponible en: <http://www.slideshare.net/lfjaramillo56/la-ley-100-de-1993-sgsss>

- Calidad e incentivos (artículos 184 y 193 Ley 100)

Un tema adicional descrito en la Ley 100, y relacionado con la calidad, es el de los incentivos (relacionados en los artículos 184 “Los incentivos para un mejor servicio” y el artículo 193 “Incentivos a los trabajadores y profesionales en salud”. Normalmente, se relacionan los incentivos con el dinero, cosa que si bien es importante, es solo parcialmente cierta, tal y como se verá en el capítulo 3. Si bien en los artículos mencionados se habla de los incentivos, estos se describen más en función de los resultados que espera obtener (calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud, control de costos, aumento de productividad, asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia, racionalización del sistema de referencia y contra referencia de pacientes, ampliación del conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promoción de un servicio de mayor calidad al usuario) que de la forma como estos se organizan.

- Calidad e información a usuarios (artículo 199 Ley 100)

Uno de estos retos es, nuevamente, la definición de un conjunto de normas universales y explícitas que determinen qué cosas, y en qué cantidad, modulan la satisfacción de los usuarios, que para ciertos tipos de prestaciones están descritos y probados en la literatura desde hace mucho tiempo.

- La calidad y el derecho del usuario (artículos 216 y 231 ley 100)

Bajo este título se encuentran dos menciones, que aunque no definen elementos directamente relacionados con la calidad, potencialmente se constituyen en una herramienta de control social.

- Calidad y un sistema de garantía de calidad (artículo 227 ley 100)

La primera idea es que hace responsable al gobierno de liderar el tema de la calidad, por lo menos en la expedición de las normas y en su organización global, para que las organizaciones del sistema lo apliquen. Otra idea se refiere a que dichas normas deben dar paso a un sistema obligatorio de garantía de calidad. Este artículo ha sido uno de los pilares fundamentales que soportaron la expedición de sucesivos decretos (2174 de 1996, 2309 de 2002 y 1011 de 2006), que han promovido el desarrollo metodológico del sistema de garantía de calidad en Colombia.

5.2 CRONOLOGÍA DE LOS DECRETOS

Como se indica en los antecedentes una vez promulgada la Ley 100, comenzó el desarrollo normativo de una serie de contenidos que metodológicamente representaran algo para el sistema. Si bien existen algunas referencias legales que tenían que ver con calidad, como el Decreto 1917 de 1994, formalmente el Sistema obligatorio de garantía de calidad solo apareció hasta el año 1996, a través del Decreto 2174 de 1996 y, posteriormente, por el 2309 de 2002 y el 1011 de 2006. Cada uno de estos ha derogado a su antecesor. A continuación se presenta una breve descripción de los contenidos temáticos de cada uno de estos, para entender mejor cuáles temas fueron reglamentados de la Ley 100 y los cambios introducidos.

5.2.1 Decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996

Este decreto comienza por definir un campo de aplicación, el cual cobija a todas las personas naturales y jurídicas que integran el Sistema general de seguridad social en salud. Adicionalmente, define la atención en salud, refiriéndose tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud como a los de prestación de servicios de salud en todas sus fases y las características de la calidad de la atención en salud, las cuales están dadas por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la seguridad social en salud, bajo la

responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.

5.2.2 Decreto 2309 de octubre 15 de 2002

Este decreto, es producto de la etapa de reglamentación del proyecto de garantía de calidad y, en últimas, plantea los preceptos básicos de cada uno de los componentes desarrollados en dicho proyecto. Se debe entender que este decreto deroga completamente a su antecesor, aunque retoma algunos conceptos planteados por este último, dejando a su vez algunos temas de trascendencia por fuera, como es el caso del sistema de evaluación de tecnología biomédica.

De igual forma, el decreto se centra en cuatro componentes del Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud. En estricto orden de aparición en la norma, estos componentes son:

a). Sistema Único de Habilitación: definido como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema; las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

b). Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: entendido como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el único de habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina pagada.

c). Sistema Único de Acreditación: definido como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina pre pagada que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

d). Sistema de información para la calidad: el cual será implantado por parte del Ministerio, con el fin de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema. A lo largo de todo el decreto, se definen una serie de responsabilidades del ministerio, la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades departamentales, distritales y municipales de salud en el Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud.

5.2.3 Decreto 1011 de abril 3 de 2006

Este decreto, que deroga al 2309, se debe entender en unas circunstancias coyunturales. Lo primero es que no cambia radicalmente la estructura del Sistema obligatorio de garantía de calidad. Lo segundo se debe tener en cuenta que habían pasado cuatro años desde la promulgación del 2309, y mucho aprendizaje había surtido efecto en todos los involucrados dentro de la aplicación de la norma. Este aprendizaje fue el que cambió la estructura de redacción del nuevo decreto, pero no para derogar de manera tajante su contenido, sino para mejorar su comprensión.

De ahí que el orden y contenido del nuevo decreto sea muy parecido a su antecesor. El tercer elemento es la tarea realizada en el año 2005 por el PARS y un grupo de asesores del consorcio conformado entre el Centro de Gestión Hospitalaria y el Instituto de Ciencias de la Salud (CES), en un proyecto orientado a la generación de estándares para habilitación, acreditación y auditoría de servicios ambulatorios.

Adicionalmente a través de este decreto El Ministerio de Protección Social estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud, crea el observatorio de garantía de la calidad de la atención en salud brindando unas herramientas o guías para brindar servicios de salud con calidad.

El SOGC en la atención en salud se pretende generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, cuyas características son:

- a). Continuidad: Grado en que los usuarios las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.
- b). Oportunidad: Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que ponen en riesgo su vida o su estado de salud.
- c). Pertenencia: Grado en que los usuarios reciben los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos, de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- d). Accesibilidad: Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud, que le garantiza el Sistema de Seguridad Social en Salud
- e). Seguridad: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

- Los componentes del SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD o SOGCS son:
- **Habilitación:** Reglamentado en la Resolución 1043/06. Puerta de entrada al sistema, consistente en el cumplimiento de requisitos obligatorios para el funcionamiento.
- **Auditoria para el mejoramiento continuo:** Reglamentado en la Resolución 1043/06. Cuya estrategia para el desarrollo es el PAMEC (PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO) dispuesta para orientar la institución a la evaluación interna de la calidad de sus procesos de manera continua, previniendo y corrigiendo fallas de manera oportuna.
- **Acreditación:** Reglamentado en la Resolución 1445/06 Que busca desarrollar en las instituciones una cultura de calidad en la atención orientando todas sus acciones a que el resultado final sea la satisfacción del usuario y su familia.

Sistemas de Información: Reglamentado en Resolución 1446/06 Cuyo objetivo es el conocimiento de indicadores que se conviertan en una herramienta fundamental para la comparación entre instituciones que permita orientar a los usuarios a decidir quién los debe atender, sobre el criterio de calidad.

Los principios de la acreditación del Sistema Único de Acreditación en Salud se orienta por los siguientes principios: Confidencialidad, Eficiencia y Gradualidad, siendo el ICONTEC la entidad acreditadora seleccionada por el Ministerio de la Protección Social.

5.2.4 Acuerdo 028 del 30 noviembre de 2011

Que existe concepto favorable de la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de Salud y Protección Social en el que se señala que de acuerdo con la proyección del recaudo y

gasto de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga es posible financiar la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud y la igualación de los planes de beneficios para personas afiliadas mediante el esquema de subsidios parciales, con los beneficios consignados en el presente Acuerdo para los afiliados al Régimen Subsidiado.

Que existe concepto favorable del Ministerio de Hacienda y Crédito Público para la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud y la igualación del mismo para personas afiliadas mediante el esquema de subsidios parciales, con los beneficios consignados en el presente Acuerdo para los afiliados al Régimen Subsidiado.

5.2.5 Acuerdo 029 del 28 diciembre de 2011

Se da la unificación del plan obligatorio de salud pos contributivo y subsidiado, con sus respectivos anexos de procedimiento, medicamentos y rehabilitación o equipos médicos que se está aplicando en la actualidad.

5.2.6 Otras Disposiciones Legales

Hay otras disposiciones legales referentes a la calidad, entre ellas tenemos:

- ✓ Ley 1438 de enero 19 de 2011
- ✓ Decreto 2193 de julio 08 de 2004
- ✓ Circular 023 de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ✓ Circular 030 de la Superintendencia Nacional de Salud.
- ✓ Decreto 0019 del 10 de enero de 2012 capítulo VIII Trámite, procedimientos y regulaciones del sector administrativo de salud y protección social
- ✓ Certificación ISO 9001 de 2008

5.2.7 Definición de Roles de los Actores en el Sistema de Información de la Calidad

Tabla 1 Resumen Marco Legal

ROL	ENCARGADO	DISPOSICIÓN LEGAL
Definición de indicadores de la calidad.	Ministerio de la Protección Social	Decreto 1011 de 2006, artículo 48, parágrafo.
Obligatoriedad	EAPB, Prestadores, entidades territoriales	Decreto 1011 de 2006, artículo 48.
Recepción, validación y cargue de la información.	Superintendencia Nacional de la salud	Resolución 1446 de 2006, artículo 4.
Información a usuarios.	Ministerio de la Protección Social.	Decreto 1011 de 2006, artículo 45.
Vigilancia y control	Superintendencia Nacional de la salud, Direcciones departamentales y distritales.	Decreto 1011 de 2006, artículo 52.

Fuente: Autora.

5.3 DEFINICION DE CRITERIOS Y ESTANDARES DE CALIDAD

En la actualidad es una tendencia mundial la prestación de los servicios de salud, está enfocada hacia la búsqueda de la excelencia en la atención, esperando cada día cometer el menor número de errores o fallas en la prestación del mismo, permitiendo con ello dar satisfacción a los usuarios y retirar los costos innecesarios jurídicos en la resolución de demandas por estos errores.

5.3.1 Criterios⁷

El establecer criterios, permite definir patrones que permitan medir o calcular resultados esperados en estudios específicos, estos pueden ser el resultados de instrumentos estructurados que se basen en medidas y que sean válidos para ofrecer los indicadores esperados, así mismo, debe ser fiable, es decir, que pueda ser multiplicado para asegurar y aseverar el estudio planteado y el criterio establecido, de igual forma, estos deben ser sensibles, explicando que si aquello que se mide varía, el criterio debe ser capaz de detectar dicha variación.

Una vez se tiene claro los conceptos anteriormente explicados, se debe escoger y decidir sobre la escala de medición a utilizar. Definir una escala es hacer una proporción u ordenamiento de algo que en este caso es lo que se medirá. Las unidades de medida aquí no son universales; en control de calidad éstas van a depender de múltiples factores y pueden variar incluso para cada institución. Estas escalas deben estar de acuerdo con los planteamientos universales de medición.

5.3.2 Clasificación de Criterios.

Los criterios pueden ser clasificados en tres tipos:

- **Según el momento en que se formulan:** Si existen previamente al momento de medir un evento, estos se denominarán Explícitos, pero si por el contrario, surgen durante la medición del evento se denominaran Implícitos. Los criterios explícitos suelen tener mayor fiabilidad y validez que los implícitos, por lo que suelen ser más empleados.

⁷ Un criterio es una condición/regla que permite realizar una elección, lo que implica que sobre un criterio se pueda basar una decisión o un juicio de valor o una norma para acceder a la verdad.

- **Criterios específicos y generales.** Si la atención del criterio se centra sobre un aspecto parcial de la asistencia, como puede ser una enfermedad determinada, se habla de criterios ESPECÍFICOS. Por el contrario, si analizan aspectos más amplios del proceso asistencial, serían criterios GENERALES.

- **Criterios empíricos e ideales.** Al fijar un criterio basándose en la práctica y en los resultados que previamente han sido obtenidos, hay un criterio EMPÍRICO. Cuando se hace en términos absolutos o teóricos, teniendo en cuenta únicamente aquello considerado como la mejor asistencia posible, se fija un criterio IDEAL. Ambos presentan problemas, pues mientras que los empíricos pueden acarrear cierto conformismo con la realidad, los ideales pueden tener el efecto contrario.

5.3.3 Estándares

Es un Conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un proceso, de tal manera que éste cumpla o alcance las metas señaladas.

- **Objetivos:**
 - ✓ Obtener resultados previsibles en procesos repetitivos.
 - ✓ Estabilidad de los resultados de los procesos repetitivos.
 - ✓ Calidad previsible para el cliente.
 - ✓ Desarrollo humano mediante Autocontrol

5.3.4 Estructura de los Estándares

- ✓ **Estándares del proceso de atención a los usuarios** (Procesos asistenciales) Derechos y deberes, seguridad del paciente, acceso, registro de ingreso, planeación en la atención, evaluación de necesidades, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención, egreso y

seguimiento, referencia y contra referencia. (hospitalarios, ambulatorios, laboratorio, imagenología, rehabilitación con un número de estándares de 203).

- ✓ **Estándares de apoyo Administrativo o de Direccionamiento Gerencial** Gerencia, de recursos humanos, de sistemas de información, de ambiente físico, de Tecnología y IPS de red integradas (número de estándares 99).

- ✓ **Enmarcados en el Mejoramiento Continuo. M.C.**

Estándar es el valor que toma un criterio y que actúa como límite entre lo aceptable y lo inaceptable. El estándar, al igual que el criterio, puede ser IDEAL o EMPIRICO. A su vez, los estándares ideales pueden dividirse en «óptimos» y «absolutos». Mientras que los estándares ideales y absolutos únicamente aceptarían valores de 0 ó 1 o frecuencias del 100% o del 0%, los ideales y óptimos permiten valores intermedios o frecuencias intermedias que estarían basadas en los resultados de las mejores instituciones u opiniones de expertos.

Los estándares empíricos suelen ser resultados obtenidos en promedio de estadísticas o instrumentos estructurados aplicados a cierto tipo de grupos poblacionales, al decidirse por emplear estos estándares ya sean empíricos o ideales hay que tener en cuenta los problemas de conformismo o de frustración que respectivamente conllevan. Aunque es necesario fijar correctamente todos los estándares a utilizar, de poco servirá hacerlo si éstos no son consensuados y aceptados por los clínicos.

El personal de la rama de salud, médicos, enfermeras, auxiliares, y demás personal del sector, incide en los resultados del sistema, al controlar los factores de estructura y procesos que van de acuerdo a instructivos elaborados para tal efecto, lo que a su vez utiliza en la retroalimentación del sistema. Con frecuencia son valorados los resultados a través del impacto técnico (eficacia); el impacto social (efectividad) y el impacto económico (eficiencia).

5.3.5 Mejoría de la Calidad

Se puede analizar como punto de partida desde tres situaciones claramente diferentes el diseño de la calidad el ciclo de mejora continua y el monitoreo.

5.3.6 Diseño de la Calidad

Se habla de diseño de la calidad cuando se crea un nuevo servicio que antes no se prestaba o se modificara sustancialmente uno que ya existía, antes de ponerlo a funcionamiento se definen los criterios de calidad a cumplir, lo que forma parte de la estructura del diseño de este nuevo servicio.

- **Criterios de Estructura:** Lo que se necesita para cumplir con el servicio el cual se va a prestar
- **Criterios de Proceso:** la descripción paso a paso del proceso que se desarrollara
- **Criterios de Resultado:** describe las metas que esperamos conseguir, con la estructura que utilizamos y con el proceso que aplicamos.

5.3.7 Ciclo de Mejora o PHVA:

El ciclo de mejora se utiliza en los servicios que está funcionando, considerándose a las situaciones problema, como oportunidades de mejora. A estas situaciones se someten a análisis, ¿Qué funciona mal? ¿Por qué funciona mal?, con el fin de intervenir para mejorarlas. Este constituye el eje central de los programas de gestión de la calidad y requiere imprescindiblemente del compromiso y la participación de todos los actores implicados en la mejora

5.3.8 Monitorización

Se denomina monitorización a la medición periódica, planificada y rutinaria de una serie de aspectos donde se evalúen los indicadores de calidad.

La monitorización tiene el fin de controlar que los procesos se mantengan dentro de los niveles de desempeño deseables y sirve para identificar oportunidades de mejora cuando no se alcanzan los mismos.

5.4 HERRAMIENTAS DE CALIDAD

Todo proceso productivo es un sistema formado por personas, equipos y procedimientos de trabajo. El proceso genera una salida que es el producto que se quiere fabricar. La calidad del producto fabricado está determinada por sus *características de calidad*. El cliente quedará satisfecho con el producto si esas características se ajustan a lo que esperaba, es decir, a sus expectativas previas.

Por lo general, existen algunas características que son críticas para establecer la calidad del producto. Normalmente se realizan mediciones de estas características y se obtienen datos numéricos. Si se mide cualquier característica de calidad de un producto, se observará que los valores numéricos presentan una fluctuación o variabilidad entre las distintas unidades del producto fabricado.

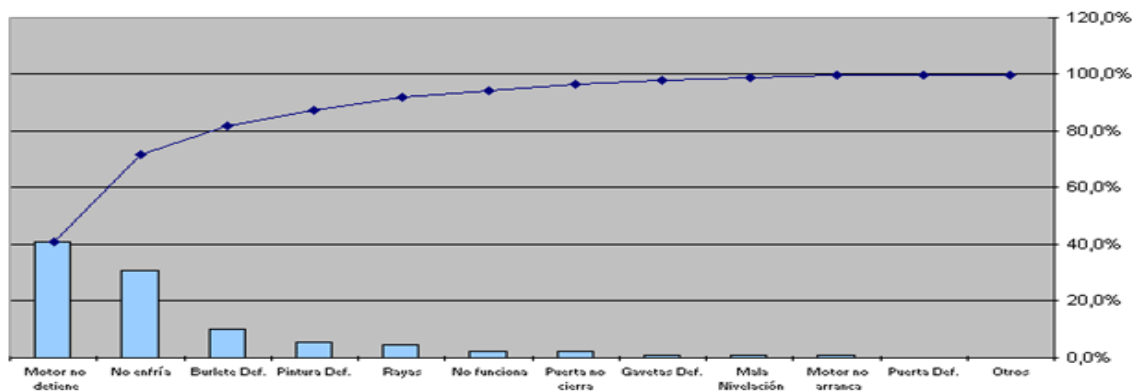
En la actualidad se utilizan los métodos estadísticos necesarios, con el fin de obtener la información necesaria, para saber en qué parte del proceso se está fallando y estas herramientas pueden ser utilizadas por funcionarios administrativos u operativos. Por otra parte, todas estas herramientas son visibles y tienen forma de gráficos o diagramas, además se utilizan habitualmente y permiten que se resuelva hasta un noventa y cinco por ciento de los problemas de una empresa.

Estas herramientas han sido de mucha ayuda para que cada empresa, haya mejorado en los procesos y por ende los resultados o productos cada día sean de mayor calidad. Estos son:

5.4.1 Diagrama de Pareto:

Lo creo Joseph Juran, el Diagrama de Pareto es un gráfico de barras verticales, que representa factores sujetos a estudio en forma ordenada de ocurrencia o de importancia, de mayor a menor, con el objeto de determinar qué problemas resolver y en qué orden realizarlos. Sirve para que se pueda asignar un orden de prioridades de no conformidades, reproceso reclamos, etc. Mediante el Diagrama de Pareto se pueden detectar los problemas que tienen más relevancia mediante la aplicación del principio de Pareto (pocos vitales, muchos triviales) que dice que hay muchos problemas sin importancia frente a solo unos graves.

Figura 1 Diagrama de Pareto.



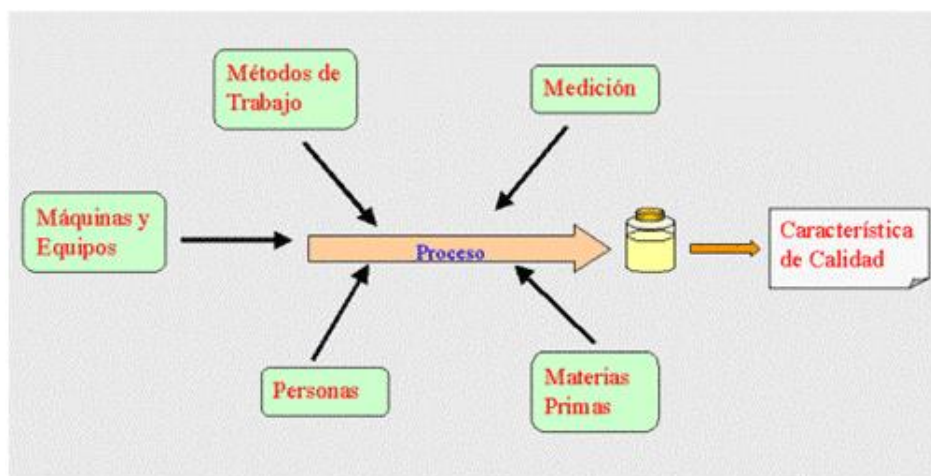
Fuente: Edmundo Guajardo Garza – Libro Calidad Total.

5.4.2 Diagrama de Causa Efecto:

(ISHIKAWA) Muestra la relación entre una característica de la calidad y sus factores causales.

El empleo de este diagrama facilita en forma notable el entendimiento y comprensión del proceso, ya que es necesaria la participación de todo el personal involucrado en el proceso para su construcción y uso. Además, este diagrama, ilustra claramente las diferentes causas que afectan un proceso, identificándolas y relacionándolas unas con otras. Para cada efecto surgirán varias categorías de causas principales que pueden ser resumidas en las llamadas 4 M's: Mano de obra, máquinas, métodos y materiales. Véase figura 2.

Figura 2 Diagrama de Causa – Efecto.



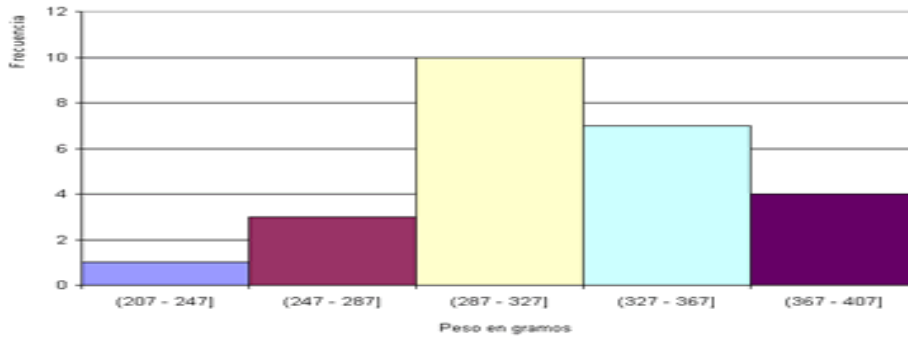
Fuente: Edmundo Guajardo Garza – Libro Calidad Total.

5.4.3 Histogramas:

Un histograma es un resumen gráfico de la variación de un conjunto de datos. La naturaleza gráfica del histograma nos permite ver pautas que son difíciles de observar en una

simple tabla numérica. Esta herramienta se utiliza especialmente en la Comprobación de teorías y Pruebas de validez.

Figura 3 Histogramas.



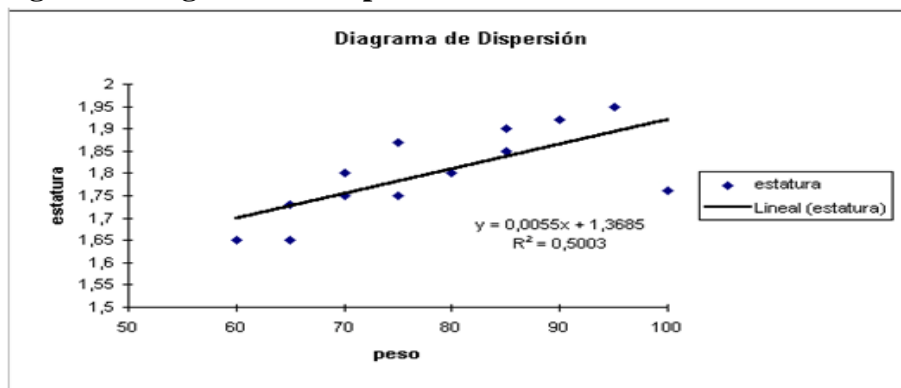
Fuente: Edmundo Guajardo Garza – Libro Calidad Total

5.4.4 Diagrama de Dispersión:

Un diagrama de dispersión es una representación gráfica de la relación entre dos variables muy utilizada en las fases de Comprobación de teorías e identificación de causas raíz.

Establecer el grado de correlación existente entre dos factores, dos variables o dos causa. Si existe correlación al controlar la(s) variable(s) independiente(s), se está controlando el efecto del factor dependiente.

Figura 4 Diagrama de Dispersión.



Fuente: Carlos F. Cuevas. Contabilidad de Costos.

5.4.5 Hojas de Verificación o Comprobación:

En el control estadístico de la calidad se hace uso con mucha frecuencia de las hojas de verificación, ya que es necesario comprobar constantemente si se han recabado los datos solicitados o si se hace efectuando determinados trabajos.

El esquema general de estas hojas es la siguiente: en la parte superior se anotan los datos generales a los que se refiere las observaciones o verificaciones a hacer en la parte inferior se transcribe el resultado de dichas observaciones y verificaciones.

Figura 5 Hoja de Verificación o comprobación.

DEFECTO	DIA				TOTAL
	1	2	3	4	
Tamaño erróneo	I		III	II	26
Forma errónea	I				9
Depto. Equivocado		I	I	I	8
Peso erróneo	I	III	III		37
Mal Acabado			I	I	7
TOTAL	25	20	21	21	87

Fuente: Edmundo Guajardo Garza – Libro Calidad Total

5.4.6 Estratificación:

Es una clasificación por afinidad de los elementos de una población, para analizarlos y poder determinar con más facilidad las causas del comportamiento de alguna característica de calidad. A cada una de las partes de esta clasificación se le llama estrato, la estratificación se utiliza para clasificar datos e identificar su estructura.

La estratificación generalmente se hace partiendo de la clasificación de los factores que indican en un proceso o en un servicio (5M: máquinas, métodos, materiales, medio ambiente y mano de obra) y los estratos que se utilicen, dependerán de la situación analizada.

Figura 6 Esquema estratificación.



Fuente: Edmundo Guajardo Garza – Libro Calidad Total

5.4.7 Gráficas y Cuadros de Control.

La gráfica de control es un método gráfico que ayuda a evaluar si un proceso está o no en un estado de control estadístico. Es decir, ver su comportamiento dentro de límites de especificación. Es muy parecida a las gráficas de línea o de tendencias, la diferencia esencial estriba en que las gráficas de control tienen los denominados "límites de control", que determinan el rango de variabilidad estadística aceptable para la variable que se esté monitoreando.

Si los puntos se mantienen dentro de los límites de control y presentan un patrón aleatorio, entonces se dice que "el proceso está en control", si por el contrario, se encuentran puntos fuera de los límites de control, o el conjunto de puntos muestra tendencias, periodicidad, o cosas anormales, entonces el proceso se diagnostica como inestable, o "fuera de control". Ante una situación de esta naturaleza, debe procederse a investigar las causas que estén provocando inestabilidad, e implementar acciones preventivas para evitar que vuelvan a presentarse.

6 PRINCIPALES ACTORES DE LA CALIDAD

6.1 ACTORES

6.1.1 Edwards W. Deming (1900 – 1993)

Estadístico considerado el padre de la calidad moderna, vivió la evolución de la calidad en Japón y de esta experiencia desarrollo los 14 puntos de Deming y las siete enfermedades mortales. En 1983 se instituyo el premio Deming.

Deming ofreció catorce principios fundamentales excepcionales para la gestión y transformación de la eficacia empresarial, con el objetivo de ser competitivo, mantenerse en el negocio y dar empleo. Los puntos se presentaron por primera vez en su libro "Out of the Crisis" ("Salir de la Crisis") y que se enumeran a continuación:

- ✓ Crear constancia en el mejoramiento de productos y servicios, con el objetivo de ser competitivo y mantenerse en el negocio, además proporcionar puestos de trabajo.
- ✓ Adoptar una nueva filosofía de cooperación en la cual todos se benefician, y ponerla en práctica enseñándola a los empleados, clientes y proveedores.
- ✓ Desistir de la dependencia en la inspección en masa para lograr calidad. En lugar de esto, mejorar el proceso e incluir calidad en el producto desde el comienzo.
- ✓ Terminar con la práctica de comprar a los más bajos precios. En lugar de esto, minimizar el costo total en el largo plazo. Buscar tener un solo proveedor para cada ítem, basándose en una relación de largo plazo de lealtad y confianza.
- ✓ Mejorar constantemente y por siempre los sistemas de producción, servicio y planeamiento de cualquier actividad. Esto va a mejorar la calidad y la productividad, bajando los costos constantemente.
- ✓ Establecer entrenamiento dentro del trabajo (capacitación).
- ✓ Establecer líderes, reconociendo sus diferentes habilidades, capacidades y aspiraciones. El objetivo de la supervisión debería ser ayudar a la gente, máquinas y dispositivos a realizar su trabajo.

- ✓ Eliminar el miedo y construir confianza, de esta manera todos podrán trabajar más eficientemente.
- ✓ Borrar las barreras entre los departamentos. Abolir la competición y construir un sistema de cooperación basado en el mutuo beneficio que abarque toda la organización.
- ✓ Eliminar eslóganes, exhortaciones y metas pidiendo cero defectos o nuevos niveles de productividad. Estas exhortaciones solo crean relaciones de rivalidad, la principal causa de la baja calidad y la baja productividad reside en el sistema y este va más allá del poder de la fuerza de trabajo.
- ✓ Eliminar cuotas numéricas y la gestión por objetivos.
- ✓ Remover barreras para apreciar la mano de obra y los elementos que privan a la gente de la alegría en su trabajo. Esto incluye eliminar las evaluaciones anuales o el sistema de méritos que da rangos a la gente y crean competición y conflictos.
- ✓ Instituir un programa vigoroso de educación y auto mejora.
- ✓ Poner a todos en la compañía a trabajar para llevar a cabo la transformación. La transformación es trabajo de todos. (⁸).

Deming plantea que las siete enfermedades de la gerencia consisten en:

- ✓ Falta de constancia en los propósitos
- ✓ Énfasis en las ganancias a corto plazo y los dividendos inmediatos
- ✓ Evaluación por rendimiento, clasificación de méritos o revisión anual de resultados
- ✓ Movilidad de los ejecutivos
- ✓ Gerencia de la compañía basándose solamente en las cifras visibles
- ✓ Costos médicos excesivos.
- ✓ Costo excesivo de garantías

⁸ Los 14 Principios de Deming En Relación Con La Educación. Javier Ollonarte. 2011. [En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre 20 de 2013] URL Disponible en: <http://elollonarteduca.blogspot.com/2011/03/los-14-principios-de-deming-en-relacion.html>

Edwards W. Deming dio unos aportes muy importantes para la industria, que posteriormente fueron utilizadas por las diferentes industrias como salud, buscando la eficacia empresarial, con el objetivo de ser competitivo, mantenerse en el negocio y dar empleo, lo cual se ha aplicado en salud y ha dado buenos resultados, también se empezó hablar del trabajo en equipo con el fin de mejorar en cada uno de los procesos de la institución, incluyendo calidad en el producto desde el comienzo del proceso, la motivación al personal, durante los últimos años se ha venido trabando fuertemente en las instituciones de salud sobre la cultura organizacional y la humanización.

6.1.2 Philip B. Crosby (1926 – 2001)

Comenzó su trabajo como profesional de la calidad en 1952 en la escuela médica, propuso el programa de 14 pasos llamado cero defectos y también que la calidad está basada en cuatro principios:

- ✓ La calidad es cumplir con los requisitos.
- ✓ El sistema de la calidad es la prevención.
- ✓ El estándar de realización es cero defectos.
- ✓ La medida de la calidad es el premio del incumplimiento.

Sus programas de 14 pasos a seguir si desea mejorar la calidad de sus productos son:

- ✓ Establecer el compromiso en la dirección o en la calidad
- ✓ Formar el equipo para la mejora de la calidad
- ✓ Capacitar al personal de la calidad

- ✓ Establecer mediciones de calidad
- ✓ Evaluar los costos de la calidad
- ✓ Crear conciencia de la calidad
- ✓ Tomar acciones correctivas
- ✓ Planificar el día cero defectos
- ✓ Festejar el día cero defectos
- ✓ Establecer metas
- ✓ Eliminar las causas del error
- ✓ Dar reconocimientos
- ✓ Formar consejos de calidad
- ✓ Repetir el proceso

Si analizamos el legado del Dr. Crosby es de gran interés su lema “lograr cero defectos” si miramos desde siempre la calidad de un producto depende del personal o talento humano de una empresa no de las cosas, el propone que las instituciones deben comprometerse con la calidad del producto a obtener lo cual es indispensable para lograr un buen resultado, conformar un equipo que trabaje en pro de la calidad, concientizar al personal, crear una cultura organizacional, capacitar al personal, establecer mediciones de calidad, evaluar los costos de la calidad y tomar acciones correctivas cuando lo ameriten, tener un plan de mejora continua, que en la actualidad se aplica.

6.1.3 Joseph M. Juran (1904 – 2008)

Su fundamento básico de la calidad, es que sólo puede tener efecto en una empresa cuando ésta aprende a gestionar la calidad. Su principal principio e idea es que la administración de la calidad se basa en lo que llama la filosofía de Juran o trilogía de la calidad.

Esta teoría establece tres puntos básicos para obtener, mantener y mejorar la calidad.

- ✓ **Planificación de la calidad:** Determinar las necesidades de los clientes y desarrollar los productos y actividades idóneas para satisfacerlas.
- ✓ **Control de la calidad:** Evaluar el comportamiento real de la calidad, comparando los resultados obtenidos propuestos para, luego, actuar reduciendo las diferencias.
- ✓ **Mejora de la calidad:** Establecer un plan anual para la mejora continua con el objetivo de lograr un cambio ventajoso y permanente.

Juran propone 10 medidas para la mejora de la calidad:

- ✓ Crear conciencia de la necesidad y oportunidad de mejorar
- ✓ Establecer metas para la mejorar
- ✓ Crear planes para alcanzar los objetivos
- ✓ Proporcionar capacitación
- ✓ Llevar a cabo proyectos para resolver problemas
- ✓ Informar sobre el progreso
- ✓ Dar un reconocimiento para el éxito
- ✓ Comunicar los resultados
- ✓ Llevar la cuenta
- ✓ Mantener el impulso

Joseph M. Juran hace un aporte muy significativo con su trilogía de la calidad: obtener, mantener y mejorar la calidad es lo que debe lograr cada institución en salud, ya que estas pueden estar en un proceso de acreditación, lograrlo pero “no pueden dormir sobre los laureles” deben seguir trabajando por mantener y mejorar cada día en la prestación del servicio que se le está ofreciendo al cliente. Lo más complicado es mantenerse y ser cada día mejor, para así poder ser competitivo con el mercado actual.

6.1.4 Armand V. Feigenbaum nació 1922

Introdujo la famosa frase “Control de calidad total”, su idea de calidad es un modo de vida corporativa, un modo de administrar la organización e involucra además la puesta en marcha. Tres pasos hacia la calidad

6.1.4.1 Liderazgo en Calidad:

Se debe tener en cuenta, y con especial importancia al énfasis en la administración y el liderazgo en calidad. La calidad tiene que ser minuciosamente planeada en términos específicos. Esta propuesta está más orientada a la excelencia que el tradicional enfoque hacia las fallas o defectos. Lograr excelencia en calidad significa mantener una focalización constante en la conservación de la calidad. Este estilo de enfoque continuo es muy exigente con la dirección. La implementación de un programa de círculo de calidad o de un equipo de acción correctiva no es suficiente para el éxito continuo.

6.1.4.2 Técnicas de calidad modernas:

El departamento tradicional de control de calidad no puede resolver el 80 a 90 por ciento de los problemas de calidad. En una empresa moderna, todos los miembros de la organización

deben ser responsables de la calidad de su producto o servicio. Esto significa integrar en el proceso el personal de oficina, así como a los ingenieros y a los operarios de planta. La meta debería ser libre de fallas o defectos. Las nuevas técnicas deben ser evaluadas e implementadas según resulte adecuado. Lo que hoy puede ser para el consumidor un nivel aceptable de calidad mañana puede no serlo.

6.1.4.3 Compromiso de la organización:

La motivación permanente es más que necesaria. La capacitación que está específicamente relacionada con la tarea es de capital importancia. Hay que considerar a la calidad como un elemento estratégico de planificación empresarial.

Armand V. Feigenbaum el control de la calidad total se puede lograr en cualquier tipo de empresa si se toma como una estrategia para administrar la organización, donde se tengan en cuenta aspectos importantes como: tener un líder en calidad, capacitar a otros para que lideren los procesos, involucrar a todo el personal a participar activamente en los diferentes procesos a cargo, incluso la parte administrativa, de esta forma cada grano de arena que aporta cada uno de los integrantes de la empresa, lleva a obtener un producto de calidad y de esta forma se logra un compromiso de toda la organización.

Desde el año 2006 con el decreto 1011 con el sistema obligatorio de garantía de la calidad y sus cuatro componentes entre ellos SUA, abrió las puertas a las Instituciones prestadoras de servicios en salud, para que estas se emprendieran el camino hacia la nueva era, de este tiempo hacia acá ha sido la época del cambio, desde el año 2007 se empezaron a acreditar algunas instituciones y si echamos una mirada a tras son cuatro años en los cuales son pocas las instituciones acreditadas, pero no podemos darnos por vencidos, las instituciones ya acreditadas continúan trabajando y se siguen manteniendo en logro alcanzado. El sistema obligatorio de garantía de la calidad tiene el objetivo más grande lograr que las demás instituciones se motiven a trabajar en pro de la acreditación en salud.

6.1.4.4 Kaoru Ishikawa nació en Japón (1915 – 1989)

Es el primer autor que diferencia estilos de administración japoneses y occidentales. Su hipótesis principal fue diferenciar las características culturales en ambas sociedades. Experto en control de la calidad cuyo aporte fue la implementación de sistemas de calidad adecuados al valor del proceso en la empresa a nivel gerencial y evolutivo. Se le considera el padre del análisis científico de las causas de problemas en proceso industrial, dando el nombre de diagrama Ishikawa.

Kaoru dio 7 herramientas básicas para la administración de la calidad que son:

- ✓ Gráficas de control (implican la frecuencia utilizada en el proceso, así como las variables y los defectos que atribuyen).
- ✓ Histogramas (visión gráfica de las variables).
- ✓ Análisis Pareto (clasificación de problemas, identificación y resolución).
- ✓ Análisis de causa y efecto o Diagrama de Ishikawa (busca el factor principal de los problemas a analizar).
- ✓ Diagramas de dispersión (definición de relaciones).
- ✓ Gráficas de control (medición y control de la variación).

Análisis de Estratificación

Los círculos de calidad que expuso, estos círculos de calidad varía dependiendo de los objetivos de cada empresa. En los círculos se les enseñan siete herramientas básicas que son: la

gráfica de Pareto, el diagrama de causa y efecto, la estratificación, la hoja de verificación, el histograma, el diagrama de dispersión y la gráfica de control de Shewhart. Las metas principales de los círculos de calidad son:

- ✓ Que la empresa se desarrolle y mejore.
- ✓ Contribuir a que los trabajadores se sientan satisfechos mediante talleres y respetando las relaciones humanas.
- ✓ Descubrir en cada empleado sus capacidades para mejorar su potencial.

Dentro de los principios de calidad de Ishikawa están los elementos clave de sus filosofías los cuales son:

- ✓ La calidad empieza con la educación y termina con la educación.
- ✓ El primer paso en la calidad es conocer lo que el cliente requiere
- ✓ El estado ideal del control de calidad ocurre cuando ya no es necesaria la inspección.
- ✓ Eliminar la causa raíz y no los síntomas.
- ✓ El control de calidad es responsabilidad de todos los trabajadores y en todas las áreas.
- ✓ No confundir los medios con los objetivos.
- ✓ Poner la calidad en primer término y poner las ganancias a largo plazo.
- ✓ El comercio es la entrada y salida de la calidad.
- ✓ La gerencia superior no debe mostrar enfado cuando sus subordinados les presenten hechos.
- ✓ 95% de los problemas de una empresa se pueden resolver con simples herramientas de Análisis y de solución de problemas.(⁹)

⁹ Aseguramiento de la calidad. Kaoru Ishikawa. 2012. [En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre 20 de 2013] URL Disponible en: <http://www.slideshare.net/eriksamkeit/aseguramiento-de-la-calidad-kaoru-ishikawa>

Kaoru Ishikawa experto sobre el control de la calidad, analista científico de las causas de un problema, retomo ideas como DR Edwards Deming, utilizando herramientas básicas para la administración de la calidad, además de él círculo de la calidad estos dos son el complemento ideal, para administrar una institución de salud o de cualquier índole.

6.2 CONCEPTOS DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La calidad tiene su origen en el latín y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios. En la actualidad existen un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas es según la sociedad americana para el control de calidad (ASQC): “Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”.

En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión.

- Florence Nightingale, posterior a la guerra de Crimea (1858), introdujo dos hechos fundamentales, por un lado apoyo la formación de enfermera y por otro realizó estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares logrando mediante el control del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40% a un 4%.
- En 1910 Abraham Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.
- En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normalización de los hospitales.

- En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.
- En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continua desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura (médicos, edificios, consultorios), análisis del proceso (interacción entre los pacientes y los servicios de salud) y análisis de los resultados (satisfacción o nivel de salud y proveedores del servicio).

Según los criterios del prestador con la consecuente adaptación a las especificación definidas por el productor. Prueba de esto es que hacia 1972, Levitt propone aplicar a la producción de los servicios definiciones y técnicas de control de calidad similares a las de la manufactura¹⁰. A este enfoque de la calidad se le conoce como calidad objetiva, que se refiere a la superioridad medible y verificable del servicio frente a un ideal estándar (Zeithalm 1988).

A partir de Grónroos 1982 a 1984 hay un cambio en la visión objetiva de la calidad del servicio, quien manifiesta que dada la inmaterialidad, los servicios requieren una activa interacción entre el comprador y el proveedor. Esta relación origina el concepto de calidad del servicio percibida, que implica el juicio subjetivo del cliente sobre el servicio que recibe. Introducir la percepción con lleva a formular el concepto de la calidad del servicio de la óptica del cliente (Gil 1995).¹¹

¹⁰ La intención de industrializar los servicios, por el ajuste de su calidad al cumplimiento de ciertas especificaciones, es cuestionado por Shostake (1977) quien considera que la característica especial es su intangibilidad y dificultan la aplicación de este enfoque.

¹¹ Creando una cultura de calidad Hospitalaria. Anette Rodríguez. 2013. [En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre 21 de 2013] URL Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5810>

La percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina de forma definitiva su nivel de calidad definición de (Grönroos 1984, Vandamme y Leunis 1993).

Zeithaml 1988 define la calidad como superioridad o excelencia; por extensión la calidad percibida se puede entender como el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio. Este concepto es diferente concepto de la calidad objetiva ya que se vincula la perspectiva del consumidor. Hace referencia a un nivel superior de extracción, más que a un atributo específico del producto o servicio, es una evaluación global similar a una actitud, relacionada pero no equivalente, a la satisfacción¹² y corresponde a un juicio hecho usualmente dentro de un conjunto evocado por el consumidor.

Desde la perspectiva de la mercadotecnia, existe un relativo consenso entre los investigadores acerca de que la concepción de la calidad del servicio debe ser personal y subjetiva, es decir debe considerar la percepción del cliente (Grönroos 1984). Desde esta óptica la definición goza de mayor aceptación entre académicos e investigadores es la propuesta por Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) para quienes la calidad del servicio, puede ser difícil de medir, es el resultado de la comparación de las expectativas o deseos del consumidor frente a un proveedor y sus percepciones con respecto al servicio recibido¹³.

El concepto de calidad en salud debemos enmarcarlo según Vanormalingen (1996) en cinco elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción, impacto final que tiene en la salud. Sin embargo, la calidad de la salud no está reducida a uno o algunos de estos elementos, necesariamente implica la integración de elementos de carácter técnico y también de procesos

¹² La actitud es la orientación afectiva permanente hacia un producto o proceso, en cambio la satisfacción es la respuesta o reacción emocional que sigue a una experiencia de des confirmación (OLIVER 1980).mientras la calidad percibida es un juicio global o actitud relacionada con la superioridad de un servicio, la satisfacción se relaciona con una transacción particular o con un punto específico de ella (Parasuraman, Zeithaml y Berry 1988).

¹³ Las expectativas son definidas por Oliver como pensamientos que crean en el consumidor un marco de referencia a partir del cual hace juicios comparativos entre lo esperado y lo percibido. Las percepciones son definidas como creencias (o ideas) del cliente con respecto al servicio recibido o experimentado (Parasuraman, Zeithaml y Berry 1985; Swartz y Brown 1989) y surgen de elementos como la operación total de servicio, la apariencia del proveedor o aspectos diversos relacionados con este (Siroh, McLaughling y vikkitin 1998).

objetivos y subjetivos; todos imbricados tienen como resultante la satisfacción de los usuarios y la eficiencia de la institución de salud.

El Boletín de la Organización Mundial de la Salud, en su número de junio de 2000, publicó uno de sus pocos manuscritos inéditos. En este documento Avedis reflexionaba sobre la evaluación de la competencia del médico. En la introducción a este artículo ponía énfasis en el impacto de la calidad en la atención.⁽¹⁴⁾

Concepto del seguro social: Desde la perspectiva de la EPS entendemos la búsqueda de la calidad como algo más que un propósito ligado a los principios éticos de la práctica profesional y la consideramos como una herramienta de la gestión gerencial; en este capítulo presentamos la forma como la EPS-ISS entiende el concepto de calidad. Es importante que los funcionarios y participantes en los procesos de mejoramiento lo tengan claro, porque la forma como se entiende la calidad explicita el nivel de desempeño propuesto para la EPS y su red constituyente, y define la dirección estratégica hacia la cual se orientarán las mediciones y acciones de mejoramiento. *“El grado en el cual los servicios brindados al cliente/paciente incrementan la probabilidad de obtener el máximo beneficio alcanzable consideradas la dimensión técnica y la interpersonal de la atención, y reducen la probabilidad de ocurrencia de efectos no deseados, tanto en el ámbito individual como en el de la población afiliada”.*

El Decreto 1011 de 2006, en su artículo 2, define la calidad de la atención en salud 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”.*⁽¹⁵⁾

¹⁴ La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Revista Cubana de Salud Pública. Coralia Massip Pérez; Rosa María Ortiz Reyes; María del Carmen Llantá Abreu; Madai Peña Fortes; Idalmis Infante Ochoa. 2008. [En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre 22 de 2013] URL Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662008000400013&script=sci_arttext

¹⁵ Seguimiento a la Salud pública. Así vamos en salud. [Editorial] 2013. [En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre 23 de 2013] URL Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/servicios-de-salud/grafica.ver/23>

7 RESPONSABILIDAD DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD CON LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA Y LOS USUARIOS DEL MISMO Y LAS RELACIONES QUE DERIVAN DE ESTA RESPONSABILIDAD.

7.1 SEGURIDAD DEL PACIENTE

Colombia impulsa una política de seguridad del paciente liderada por el sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGCS), con el objetivo de prevenir situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar la ocurrencia de eventos adversos y así contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente.

Históricamente siempre se ha tratado de prevenir la ocurrencia de eventos adversos y causar daño a los pacientes, como ejemplo si se revisa la trazabilidad del término se encuentra con:

✓ 1854 a 1856 Florence Nigthingale participó como Enfermera durante la guerra de Crimea, con el objetivo de reformar las condiciones sanitarias en los hospitales militares de campo y así disminuir la tasa de mortalidad por infecciones cruzadas, es desde aquí que se empieza a hablar de protocolos de aislamiento, disminución de riesgos, prevención de incidentes, entre otros.

En Colombia nace el decreto 1011 de 2006 para el sistema obligatorio de garantía de la calidad el cual abre las puertas al temas de seguridad del paciente.

A partir de este momento se crea el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud el cual se define como un espacio, que brinda un conjunto de herramientas y facilita la consolidación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en las instituciones de Colombia. Sus contenidos y salas temáticas parten del diagnóstico del estado de desarrollo del SOGC, así como del análisis de las fortalezas y necesidades de soporte en información y metodológico en las instituciones.

El Observatorio no genera o recopila información, sino que toma información y herramientas existentes en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, el Sistema de Información para la Calidad y otras fuentes e incentiva su utilización y difusión a través de Mesas de Trabajo, Red de Nodos, Formación en Línea, Boletín del Observatorio y Página Web. Se trata de un espacio para difusión y análisis, transparente, técnico, participativo y crítico de información e insumos relevantes sobre la calidad de la atención en salud.

El análisis que se presenta de manera organizada para que se constituya en insumo para la generación de políticas de calidad y de referente para la implementación y despliegue de los procesos de calidad en los actores cobijados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Colombia.⁽¹⁶⁾

En el observatorio y las instituciones participantes lo hacen en función de su interés por promover el tema de la calidad en salud en Colombia y son garantes de la calidad y transparencia de los procesos que se den en el Observatorio, sin la obligación de transferir recursos de una entidad a otra o al observatorio como tal.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos, por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el usuario y generando en ocasiones, los llamados eventos adversos.

¹⁶ SA. Gestión de la Calidad en Rehabilitación. Blog. [en Línea] 2011. [Fecha de acceso: octubre 2013]. URL Disponible en: <http://calidadrehabilitacion.blogspot.com/2011/11/observatorio-de-calidad-en-atencion-en.html>

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en él; es por ello que la Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implementar de manera constante actividades de mejora con el fin de solucionar las falencias presentadas en los diferentes procesos y así brindar una atención en salud con calidad.

En el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud en la página web encontramos link como cuadro de mando del SOGC, biblioteca de indicadores, caja de herramientas, experiencias e investigación, centro de seguridad del paciente, tecnologías sanitarias, información a usuarios.

7.1.1 Lineamientos de seguridad del paciente

La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba de ello son los niveles alcanzados en los programas de trasplantes de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros.

Sin embargo, los avances científicos de la medicina también pueden acompañarse de riesgos adicionales, sin que necesariamente eso signifique que haya habido una intención de hacer daño por parte de los trabajadores de la salud, más bien hay desconocimiento de los factores que generan las situaciones mórbidas. Ejemplo de ello son las experiencias de Florence Nightingale, en las cuales se disminuyeron las tasas de mortalidad de los pacientes atendidos en el Barrack Hospital del 32% al 2% ó las experiencias Dr. Ignacio Felipe Semmelweis en Viena con similares resultados. Aunque en ambos casos las altas tasas de mortalidad eran atribuibles a la atención en salud brindada, no encarnaban ninguna intención de hacer daño sino el desconocimiento de la existencia de unos factores de riesgo, una vez detectados e intervenidos, permitieron incrementar la efectividad de la atención en salud. Ejemplos similares se han dado a lo largo del desarrollo de la medicina y la evolución en la prestación de servicios de salud.

Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.⁽¹⁷⁾

7.1.2 Estrategia 1: Estrategia Educativa

- Línea de Acción 1: Formación de Multiplicadores de la Política de Seguridad del Paciente
- Línea de Acción 2: Formación de verificadores de habilitación con enfoque de riesgo
- Línea de Acción 3: Promoción en la Universidades de la formación y la investigación en Seguridad del Paciente
- Línea de acción 4: acciones educativas dirigidas al paciente, su familia y la comunidad

7.1.3 Estrategia 2: Promoción De Herramientas Organizacionales

- Línea de Acción 1: Promoción de estudios de prevalencia en prestadores y aseguradores
- Línea de Acción 2: Promoción de herramientas prácticas (reporte intrainstitucional, métodos de análisis, rondas de seguridad)
- Línea de Acción 3: Promoción del reporte extrainstitucional

7.1.4 Estrategia 3: Coordinación De Actores

- Línea de Acción 1: Constitución del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente y desarrollo de normas técnicas a través de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud
- Línea de acción 2: Coordinación de aseguradores y prestadores alrededor de la política de seguridad del paciente
- Línea de acción 3: Promoción de incentivos para la seguridad del paciente en el marco de la estrategia de incentivos para la calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Atención en Salud

¹⁷Seguridad del Paciente. Observatorio de la calidad de la atención en salud. 2008[En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre octubre 2013] URL Disponible en: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/ página 1.

- Línea de Acción 4: Coordinación de la acción de los organismos de Vigilancia y control con la política de seguridad del paciente

7.1.5 Estrategia 4: Estrategia De Información

- Línea de acción 1: Plan de medios
- Línea de Acción 1: Promoción de experiencias exitosas
- Línea de Acción 2: Difusión de Alertas de Seguridad del Paciente (¹⁸).

7.2 POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

7.2.1 Política Institucional De Seguridad Del Paciente

El minimizar los eventos adversos que se presentan en los diferentes procesos para la prestación de un servicio en salud es mejorar los indicadores de calidad, por ello en Colombia se ha planteado, en las diferentes instituciones, políticas de seguridad del paciente y la alta gerencia de las instituciones debe demostrar el compromiso con la implementación de esa política.

La política de seguridad debe procurar establecer en forma clara los propósitos de su formulación, que pueden ser:

- Instituir una cultura de seguridad del paciente: cultura justa, educativa y no punitiva pero que no fomente la irresponsabilidad.
- Reducir la incidencia de incidentes y eventos adversos.
- Crear o fomentar un entorno seguro de la atención.
- Educar, capacitar, entrenar y motivar el personal para la seguridad del paciente
- La creación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos.
- Garantizar la confidencialidad de los análisis.

¹⁸ Seguridad del Paciente. Observatorio de la calidad de la atención en salud. 2008[En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre octubre 2013] URL Disponible en: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/ página 2.

- Estrategias organizacionales para su operación: unidad funcional, equipo de trabajo, componente del sistema de calidad, programa o plan, definición de responsable, mecanismos de difusión, capacitación, entrenamiento.
- Homologar en la institución los conceptos y definiciones claves.
- Integración con otras políticas y procesos institucionales: Calidad, talento humano, recursos físicos, tecnológicos, información, etc.
- Como se va construye una alianza con al paciente y su familia.
- Como se integra con los procesos asistenciales.
- Definición de los recursos dispuestos para la implementación de la política.

Se debe tener unas metodologías para la evaluación de la frecuencia con lo cual se presentan los eventos adversos:

Según los resultados de los reportes realizados se efectúa monitorización para llevar a cabo unas medidas si estas cifra son cambiantes y poder plantear estrategias para mejorar.

Plantear la estrategia para profundizar la cultura institucional de Seguridad del Paciente:

Es una de las estrategias más difíciles ya que aquí se está iniciando a caminar y es cuando más tiempo y dedicación se requiere. El ambiente cultural al interior de las organizaciones debe favorecer:

- La reflexión organizacional sobre los temas de seguridad: las rondas de seguridad y las reuniones breves sobre seguridad del paciente.
- El carácter no punitivo de la vigilancia de la ocurrencia de un evento adverso.
- La sanción o al menos la desaprobación de la actitud de ocultar un evento adverso por impedir las acciones de mejoramiento
- La información y análisis de lo ocurrido con el paciente cuando fuere pertinente.
- El énfasis en los resultados que se obtienen antes que en las acciones formales que se desarrollan.

Realizar protocolos para el Manejo del Paciente:

La institución debe definir un protocolo para el manejo del paciente y su familia cuando ocurre un evento adverso. De las experiencias internacionales y nacionales, el observatorio da las siguientes recomendaciones:

- Educar al paciente e incentivarlo para preguntar acerca de su enfermedad, de su autocuidado y de los riesgos: transmitirle la idea de que la búsqueda de este, es algo positivo y no negativo.
- Promover la participación del paciente y su familia, como un integrante activo en la prevención de incidentes y eventos adversos.
- Sembrar, en el equipo de atención, la necesidad de concurrir hacia el paciente cuando ocurre un evento adverso, y no acompañarlo.

Cuando ocurre un evento adverso, el Manejo del Paciente debe estar orientado hacia:

- No negarle la ocurrencia del evento adverso; por el contrario, darle información y apoyarlo: definir qué se explica, quien lo hace, cómo y cuándo.
- Hacer todo lo necesario para mitigar las consecuencias del evento adverso
- Resarcir al paciente que ha padecido un evento adverso, entendido este como el reconocimiento, soporte y acompañamiento en lo que sea pertinente.
- Explicarle que es lo que se hará para prevenir futuras ocurrencias del evento adverso.
- Mostrar que no se eluden las responsabilidades ante la ocurrencia del evento adverso y que se tiene la voluntad de contribuir al resarcimiento de las consecuencias de este.
- Si la situación lo amerita: presentarle excusas al paciente y su familia por la ocurrencia del evento adverso.

7.3 HERRAMIENTAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Estas herramientas las expone el observatorio de calidad de la atención en salud para el mejoramiento de la gestión clínica y administrativa; se desarrolla mediante la implementación de herramientas estructuradas y diseñadas bajo lineamientos básicos con los instrumentos necesarios.

✓ Buenas prácticas para la seguridad del paciente lo compone protocolo del estudio IBEAS, Guía Técnica de Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente, paquetes instruccionales sobre las Buenas Prácticas recomendadas en la Guía entre ellas tenemos autocuidado, caídas, cansancio, paciente para manejo cirugía cardiovascular, manejo de paciente pre – durante y post quirúrgicos, comunicación, consentimiento informado, paciente en unidad de cuidado crítico, manejo de escaras, identificación del paciente, infecciones, toma de laboratorios, manejo de binomio madre y recién nacido, mal nutrición, administración de medicamentos, paciente con alteraciones mentales, y transfusiones sanguíneas.

- ✓ Herramientas para el análisis causal, está en el protocolo de Londres
- ✓ Cultura de seguridad del paciente se encuentra encuesta de Clima de Seguridad del Paciente, Rondas de Seguridad, Sesiones breves de seguridad del paciente, promociones de la cultura de seguridad del paciente
- ✓ Herramienta para promover la seguridad del paciente esta es para promover la estrategia de seguridad del paciente en el sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Con esta información, hoy en día el tema de la evolución de la calidad en la prestación de los servicios de salud, no hay motivo o excusa alguna para no trabajar por la seguridad del paciente en nuestras IPS.

Hace falta mano dura por parte del gobierno para exigir el cumplimiento de las IPS de brindar servicios de salud con calidad, realizar seguimiento a cada una de las IPS del país.

Las IPS que aún no despiertan con el tema de la seguridad del paciente el cual tiene un auge muy alto y que será el temas para muchos años más, deben empezar a informarse y actuar sobre este de lo contrario son IPS que corren el riesgo de salir del mercado por no ser competitivos

Los directivos de las diferentes IPS que aún no trabajan por la seguridad del paciente debe tomar la decisión de iniciar, nunca es tarde para empezar, dado que se trabaja para garantizar una mejor prestación del servicio de salud, no olvide cuál es su misión y visión.

El personal de salud que aun piensa que la seguridad del paciente no sirve para nada, piense que podría ser usted el paciente y le gustaría sentirse más seguro, todos debemos aportar un grano de arena y así podemos construir una mejor IPS.

7.4 ASPECTOS RELEVANTES DE LA RESPONSABILIDAD DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD CON LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.

En la época de los años noventa, Colombia experimento cambios importantes en el sector salud, estos buscaban transformar las dinámicas y las estructuras de un desarticulado sistema de salud, que entre otras cosas no lograba satisfacer las expectativas y mucho menos las necesidades de los usuarios del sistema y en general de la población. Estos cambios trataron e intentaron solucionar problemas de ineficiencia, la baja calidad de los servicios, la debilidad de la planeación, gestión y la desorganización (que aún existe) del manejo financiero.

Uno de esos cambios fundamentales se dio en el ámbito normativo, con la expedición de la Ley 100 de 1993, por medio de ésta se buscó reorganizar el sistema nacional de salud, y que hoy en día sigue con iguales o peores errores y problemas que en esa oportunidad.

Esta expedición de ley, dio inicio a la propuesta de nuevos actores, como se ha mencionado anteriormente, se establecieron entidades promotoras de salud (EPS), Administradoras de Riesgos Subsidiado (ARS), Administradoras de Riesgos profesionales o

Laborales (ARL), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y las Empresas Solidarias de Salud. (ESS).

Pero en términos generales, estos actores en su gran mayoría, asumió la bondad de los cambios practicados al sistema de salud, aunque consideraron necesario introducir ajustes que lo hiciesen más eficaz, equitativo o rentable.

Pero en ultimas cómo funciona la responsabilidad? Es una pregunta que en este punto se puede desarrollar y gestionar, se debe conocer de cerca el funcionamiento del sistema como tal.

Figura 7 Funcionamiento y Estructura del Sistema de Salud.



Fuente: Autora.

Conociendo los actores del sistema, se debe establecer ahora las dificultades del Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS) su principal problema es la falta de información, fenómeno que esta sobre diagnosticado desde hace años y que aun al día de hoy no ha sido resuelto.

Pero que significa responsabilidad? La responsabilidad, según algunos autores y psicólogos se define como: *“La responsabilidad es un concepto bastante amplio, que guarda relación con el asumir las consecuencias de todos aquellos actos que realizamos en forma consciente e intencionada. Se trata de uno de los valores humanos más importantes, el que nace a partir de la capacidad humana para poder optar entre diferentes opciones y actuar, haciendo uso de la libre voluntad, de la cual resulta la necesidad que asumir todas aquellas consecuencias que de estos actos se deriven.”*

El país ha hecho intentos aislados y desarticulados tratando de resolver este problema, una respuesta a esa falta de información fueron los RIAS (Registros individuales de Atención en Salud) que no son otros que registros de la atención prestada a los pacientes que ingresan al Sistema, estos tuvieron un impacto negativo por su diseño y forma de implementación. Sin embargo se siguen aplicando pero con algunas modificaciones, que pretende recopilar información de forma codificada.

A estos sistemas, se le suma la duplicación de usuarios, algunos han convertido el servicio de salud en una mercancía, el desarrollo de esta nueva falencia ha radicado en los pocos controles eficientes de los procesos que tienen como responsabilidad el sistema general de la calidad en seguridad social de la salud.

Entonces quien tiene la responsabilidad de velar por la buena atención, la correcta gestión y la distribución correcta de los recursos del sistema de salud? El artículo 366 de la constitución política colombiana, establece *“El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Sera objetivo fundamental de su actividad la solución a las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable”*. Por lo tanto la responsabilidad radica netamente en el Estado.

Ahora bien los principales problemas se radican en cuatro aspectos claves:

- ✓ Infraestructura
- ✓ Dotación – equipos
- ✓ Recurso humano
- ✓ Entidad trazadora

Pero los problemas no radican solamente allí, en la Ley 1122 de 2007, en su artículo 42, en el anterior gobierno, se radico la figura del defensor del usuario de servicios de salud, hace algo más de seis años, restando únicamente reglamentarla para que así existiera la instancia para la defensa de sus intereses y la vocería de sus quejas y reclamos.

Por más que en el 2008 la Corte Constitucional respaldó la creación de esa figura del defensor del usuario en salud para facilitar el trámite de las quejas de los afiliados ante las aseguradoras de los dos regímenes en salud, además de ejercer vocería ante las autoridades competentes, aclarando la Corte mediante sentencia que las labores para las que fue creada dicha figura no eran las mismas que adelantaba el Defensor del Pueblo, el tiempo pasó y no se estructuró el defensor del usuario en salud.

Sin embargo, el defensor del usuario de servicios de salud en la Ley 1438 de 2011, también estuvo presente con el actual gobierno, el proyecto se presentó con un título denominado “Defensor del usuario de la salud”, y que abordó nuevamente este tema y estableció los mecanismos de financiación para hacer realidad la existencia y operación de esa figura, tan necesaria para los ciudadanos de este país. Un año después de sancionada dicha Ley, el entonces Ministro de Salud y Protección Social, anunciaba para el año 2012 la creación del defensor del usuario del sistema de salud, “dando cumplimiento a la Ley de Salud 1438”.

El 2012 finalizó, llegó el 2013...y todavía no hay Defensor del Usuario de Servicios de Salud... lo que indica que esta figura nunca estará vigente y que las soluciones al sistema de salud que actualmente se solicitan a grandes gritos no llegaran.

Según el foro permanente de la calidad de la atención de la salud, de la universidad nacional de Colombia y la comisión Nacional de Salud, en un artículo titulado “Garantía de la calidad en el sistema de seguridad social en salud – el caso Colombiano”, elaborado por la licenciada Inés Gómez de Vargas – ex superintendente Nacional de Salud, en él se explica que la ley 100 buscaba prioritariamente regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población en todos los niveles de atención. Este servicio además de basarse en los principios de la Constitución política, para la prestación de la seguridad social (universalidad, eficiencia y solidaridad), debe cumplir nueve reglas consagradas por la ley como rectoras del SGSSS:

- ✓ Equidad
- ✓ Obligatoriedad
- ✓ Protección integral
- ✓ Libre escogencia
- ✓ Autonomía de las Instituciones
- ✓ Descentralización administrativa
- ✓ Participación social
- ✓ Concertación
- ✓ Calidad.

En el segundo libro de la ley se encuentra diez y siete (17) artículos relacionados directamente con la responsabilidad del ministerio de Salud, consejo nacional de seguridad social en salud (hoy el CRES), secretarías de salud Departamentales, Municipales y Distritales, entidades promotoras de salud, Instituciones prestadoras de salud y usuarios frente a la garantía de la calidad.

En la concepción de la ley el tema de la calidad inicialmente, ocupó un puesto de importancia, el cual fue perdiendo relevancia tanto en el proceso de reglamentación como en la implementación de la reforma. Múltiples factores tanto al interior como exterior de las instituciones y sectores, han incidido en la conformación de esta realidad, algunos de los cuales

serán objeto de análisis y reflexiones.

Ahora bien, la construcción de un sistema de garantía de la calidad, requiere de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, lo cual contrasta significativamente con lo hecho hasta el presente en el país. La reglamentación se inició de forma tardía, una buena parte de la normatividad no corresponde a la realidad nacional y/o regional, las decisiones son basadas en información coyuntural, se carece de indicadores mínimos, pero los básicos para la evaluación, la planeación estratégica ha estado ausente y es muy débil. Las fronteras de la responsabilidad institucional y de cada uno de los actores del sistema frente al tema se presentan a confusión y la participación social ha sido esporádica. ⁽¹⁹⁾

7.5 OTROS RESPONSABLES DE LA CALIDAD EN LA SALUD EN COLOMBIA.

Existen diferentes actores que hacen parte de la responsabilidad compartida de la atención de la salud en Colombia, que van desde el estado hasta el beneficiario o usuario final, sin embargo a esto se le suma la falta de oportunidades, la inexistencia de recursos físicos, económicos y humanos que ataca al sistema de salud actual en el país; pero esta dificultad de la prestación de los servicios no exime de la responsabilidad de ofrecer calidad en los mismos.

De lo anterior, se pueden desprender muchas razones, excusas para justificar el proceso y funcionamiento real y tácito del sistema actual de salud del país, no sin antes definir que son todos los involucrados quienes se ven afectados por el fenómeno de la no atención de calidad que se vive día a día en el territorio nacional.

Según el instituto de calidad en enfermería a nivel mundial, atendiendo el orden de ideas anteriormente expuestas, se puede deducir que en Colombia existe es un modelo de salud con una ética empresarial que no se plantea la pregunta por el ser humano y su condición, sino que simplemente concibe a las personas bajo la categoría de recurso humano o de cliente, que

¹⁹ Inés Gómez de Vargas. Garantía de la calidad en el sistema de seguridad social en Salud – El caso colombiano. Foro permanente – Libro la calidad de la atención de la salud. Universidad Nacional de Colombia. 2002. Pág. 119-121.

maximiza los recursos para generar ganancias, y cuyo discurso en salud tiene un fuerte acento economicista, amerita una profunda reflexión ética de cada persona en su condición de ser humano, de ciudadano y de profesional.

Ahora según esta percepción, los profesionales de la Salud, en Colombia están subutilizados y están propensos a rendir indicadores económicos de sus atenciones a los usuarios, y no de presentar resultados que alivie y seduzca las soluciones reales a la problemática de salud que tiene el país. Es claro que la responsabilidad puede ser considerada bajo una dualidad de perspectivas. Por una parte, está la responsabilidad individual correspondiente a la del profesional y, por otro lado, hay una responsabilidad social, colectiva o grupal que se relaciona con las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), el gremio, los trabajadores de salud, el Estado y la sociedad.

Al respecto, Victoria Camps apunta que “las acciones y decisiones moralmente relevantes, raramente son atribuidas a un solo individuo” .En esa medida, y de acuerdo con estas palabras, se puede afirmar que la acción individual cuenta con una cadena de insospechados precedentes, repercusiones e interrelaciones sociales que nos conducen a pensar, que la responsabilidad del sujeto moral se articula, también, a la perspectiva colectiva. A propósito de esta visión de las interconexiones, la autora se pregunta: “¿cómo responder de algo que siempre está conectado con otras muchas cosas y cuyo sentido global inevitablemente se nos escapa?”⁽²⁰⁾.

Ahora como un análisis final a estas reflexiones, que no tendrían fin en explicar las anomalías y responsabilidades en la atención sin controles, auditorias insuficientes, la falta de indicadores reales o actuales, sistemas de información poco fiables, en cuanto a la calidad de la atención en salud y de quien o porque existen estos errores, se debe realizar un profundo estudio de la normativa que no es otra cosa que un error significativo a la adopción de políticas que no se aplican, o si de hacerlo se recurre al beneficio de oportunidad dejando de lado el objetivo real y primordial del sistema: LA SALUD.

²⁰ Camps V. Una vida de calidad: reflexiones sobre bioética. Barcelona: Ares y Mares; 2001, p. 194.

8 CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS, SOBRE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS EN LAS IPS DEL PAÍS.

El sistema de salud colombiano ha recibido una serie de cambios importantes desde 1886, con la implementación de la constitución política y sus respectivas modificaciones, a continuación se presentan un resumen mediante la figura 8 que describe sus fundamentales cambios.

Figura 8 EVOLUCION DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO.



Fuente: Autora.

Pero en realidad, que ha pasado con la salud, son muchas las falencias del sistema, burocracia, mala atención, no hay recursos ni humanos, físicos, financieros y estructurales, un sistema que decae por la falta de atención de calidad, no existen responsables que den soluciones reales a una problemática que sume al país en paros, en decretos y leyes que entorpecen la justicia, a una próxima reforma de salud que no da esperanzas de solución real y unos usuarios insatisfechos y cada día menos atendidos.

Pero cuál es la situación real del país en términos de salud? Una pregunta que suscita muchas incógnitas asociadas, es cierto que se han hecho avances, según un estudio realizado por Carlos Alberto Calderón. Universidad nacional de Colombia. 2013. En él se describe los logros y dificultades de dichos cambios, desde la consolidación de un modelo de Atención Primaria centrado en el primer nivel, que incluye atención clínica por medio de consulta electiva, prevención (detección temprana y protección específica), promoción, vacunación, control prenatal y atención en el parto. Algunos indicadores ilustran estos resultados: En el lapso 2007-2009 se había logrado 0.95 consultas persona/año (p/a); 1.8 de otros servicios ambulatorios p/a; y, 0.35 servicios preventivos p/a (en todos los casos sin tomar en cuenta los controles). Por otra parte, se había logrado una cobertura del 92 al 99% en vacunación (3 dosis) en DPT y Polio, BCG y Sarampión; en el control prenatal y la atención del parto por personal entrenado o institucional. ⁽²¹⁾.

En los últimos 18 años se han presentado tendencias decrecientes en la mortalidad materna e infantil. A pesar de estos indicadores positivos, persisten las diferencias entre los Departamentos. Por último, debe indicarse que la mortalidad por Tuberculosis ha descendido de 3.0 a 2.5 por 100 mil habitantes, entre los años 2000 y 2007 ⁽²²⁾. Sin embargo, en el mismo lapso de tiempo se han mantenido relativamente estables las tasas de detección y curación de los casos

²¹ Glassman AL, Escobar ML, Giuffrida A, Giedión U, editores. Salud al alcance de todos: una década de expansión del seguro médico en Colombia: Washington, D.C: Inter-American Development Bank and Brookings Institution; 2010. Pág. 56-65.

²² Así vamos en salud. [documento en Internet] [consultado octubre 2013]. Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/media/santafe/publicacion/f96b25be9acfe082387b45f9d8408728.html>

de tuberculosis. Así podría decirse y nombrarse cada uno de los logros el más reciente la separación exitosa de los siameses de la ciudad de Bogotá, “*Cirujanos del Hospital de la Misericordia de Bogotá separaron con éxito y tras seis horas de intervención a unos siameses nacidos hace 30 días en una zona rural del centro de Colombia, informó hoy esta institución médica*”. Como lo expresaron algunos diarios y noticieros en el país, esto muestra que el avance tecnológico y de recursos humanos al servicio de la salud ha superado las expectativas médicas del país pese a la situación y obstáculos que esta se vive diariamente.

9 PUNTOS DE CONTROVERSA

“La calidad que se observa en las Instituciones Prestadoras de Salud, IPS, realmente está limitada a la competencia técnica, así mismo, la atención que se recibe por parte del personal es superficial, se ha mantenido en constante el uso de frases al interior de las capacitaciones en servicio al cliente como son: “mantenga contento al paciente”, “sea amable con el paciente”, “llámelo señor o señora”, “recuerde su nombre”, pero esto realmente es calidad en el servicio de atención en salud?. La idea que los usuarios deben involucrarse en su atención en general no es ejercida de la mejor manera. Hoy día se habla de autonomía del paciente, pero por lo general eso se traduce en abandono del paciente. El médico debe trabajar diligentemente con el paciente a fin de llegar a una solución que a fin de cuentas sea aceptable para éste, sin embargo, la realidad es diferente, las constantes denuncias de negligencia profesional, los ahora conocidos “paseos de la muerte”, la falta de estructura física que brinde una atención oportuna, y muchas otras falencias en el servicio que ahora se contemplan no solo se limitan al recibo del paciente, sino a todo lo que compete su correcta atención integral.”

Ahora, existe otro impase, mas importante fuera de los anteriormente mencionados, es el criterio y la adopción de la responsabilidad en la calidad de la atención de salud que se brinda, en oportunidades, esto ha llevado a que los profesionales de la salud, limiten su servicio con la excusa “*el sistema está mal*”, sin darse cuenta que hacen parte del sistema como tal, y que son por no olvidarse de su rol, parte fundamental del mismo.

El usuario no está educado, se ve a diario cuando acude al servicio de urgencias a consultar por cosas que no ameritan una visita a estos sitios donde se brinda cuidados en salud tipo emergencia o urgencia, lo que causan es congestión en estos servicios y no permite que los pacientes con patologías más graves sean atendidos oportunamente.

En las escuelas de medicina o enfermería no se enseña administración del sistema, solo a manejar su parte clínica, luego se pone a médicos y enfermeras a cargo de sistemas que suelen estar bajo presiones financieras de corto plazo, incluso es triste ver como dirigen el sistema salud

personal que no conoce sobre el tema “SALUD”, que pueden ser geólogos, físicos, entre otras carreras, ¿tiene idea alguna de que es estas presiones son reales?, pero el objetivo de los buenos sistemas debe ser lidiar con ellas.

La salud es una misión sagrada, no se posee o tiene un cliente que entiende todo ni toma elecciones razonables. Los médicos y las enfermeras son guías de algo muy valioso. Su labor es una suerte de vocación y no simplemente un trabajo; los valores comerciales no alcanzan a captar lo que ellos hacen por los pacientes y por la sociedad en su conjunto.

Como profesional de la salud, en mi propio criterio, he estado a favor de la práctica médica y cada día se busca promover la atención en salud, reducir las barreras al acceso e incrementar la equidad en la distribución de los servicios según el sistema general de seguridad social en salud, el SGSSS. Después de conocerse tantas teorías, conceptos y métodos sobre la calidad, y como se gerencia una empresa, se esperaría que estas funcionaran de maravilla, pero la triste realidad es que son pocas las instituciones que actualmente están trabajando por la calidad en la prestación de los servicios en salud, incluso pocas son las acreditadas. Si la parte administrativa de las diferentes IPS no le dan el grado de importancia el brindar servicios con calidad, destinar tiempo, recursos, y ser persistentes con el proceso, tampoco se llegara a tener un sistema de atención sano y digno para ser considerado como un Sistema de Salud.

De igual forma, he estado de acuerdo, que la base de las instituciones, su administración como tal, está diseñada con el objetivo de prestar atención en salud, no de reducir costos. No tiene nada de malo buscar eficiencia, pero la reducción de costos por sí sola no produce eficiencia y definitivamente no mejora al paciente. Las IPS de hoy son buenas para medir los costos, pero ponen poca atención a la medición de los efectos. Esta falla para ver los resultados, limita todas las razones por las cuales el usuario estaba interesado en conocer.

Aun hoy las IPS, si se quitaran las presiones financieras que se ejercen sobre los médicos, serian realmente eficientes y eficaces en lograr los objetivos sociales, económicos y financieros. El reto es conservar cierto control sobre los costos sin crear un conflicto de intereses con los

médicos al ligar su paga a la reducción de los costos de los pacientes. Mi solución estaría basada en la rectitud moral y científica de los practicantes más que en incentivos financieros.

La conciencia en los sistemas y el diseño de los sistemas son importantes para los profesionales de la salud, pero no bastan. Sólo son mecanismos potenciadores. Lo esencial para el éxito de un sistema es la dimensión ética de los individuos. A fin de cuentas, el secreto de la calidad es el amor. Uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión. Si tienes amor al “*compromiso*”, entonces puedes volver la mirada para monitorear y mejorar el sistema. El comercialismo no debe ser una fuerza central en el sistema.

La calidad más que una palabra es una cultura, un estilo de vida, cuantiosas empresas discuten el poder ofrecer productos o procesos de calidad, sin embargo en la mayoría de los casos esto discrepa mucho de la realidad. Para convertir una empresa en una organización con calidad, debe partirse desde lo más primordial de su ser: su equipo humano. El trabajar con valores y principios, que cumplan lo que comprometen tanto los empleados como las empresas, respetando el medio ambiente y la comunidad, asegurando que todos los productos y servicios funcionen desde el primer intento y que desde allí cumplan plenamente con la función para la que existen o fueron diseñados.

Hoy día, el concepto de cultura de calidad es muy extenso, ambiguo, intangible y por lo tanto difícil de detallar, por ello es necesario referirse primeramente a la definición de cultura, la cual indica que es un modelo por medio del cual todos los habitantes de una sociedad son educados, con principios que rigen la forma de actuar. Esta llega a ser dinámica, ya que cambia en función del tiempo, y de las circunstancias que rodean a la sociedad. Pero observamos que hay personas que no desean cambiar y esto en la cultura organizacional de una empresa, causa tropiezos grandes para la institución y sus procesos.

Las organizaciones que ambicionan enfrentar los retos vigentes necesitan cambiar de prototipo e incorporar el enfoque de calidad, tanto en la planeación, ejecución, control y en todos sus procesos de producción u otorgamiento de servicios. El cambio a dicho paradigma de la

calidad requiere de la existencia de un ambiente cultural, refiriéndome con ello, a una cultura de calidad tanto a nivel de las personas como de la propia organización, con el fin de adquirir compromiso con la empresa y ser más competitivos en el mercado.

Cuando no existe conciencia de la calidad en el equipo de salud, se cae en la típica personalización de la prestación del servicio esto es, que cada quien hace las cosas a su manera. Es común ver en un hospital a un grupo de profesionales dando manejo médico por “turnos”, se cambia constantemente el tratamiento del usuario sin que se le resuelva la condición, pasa de profesional en profesional sin que existan criterios establecidos, llevando a complicaciones y estancias prolongadas. En enfermería la situación no es diferente: procedimientos no fundamentados, desconocimiento del papel del profesional, realización de actividades de forma personal que carecen de criterios científicos, falta de claridad en las funciones, poca o nula autonomía, entre otras. Todo lo anterior recae en la prestación de servicios de mala calidad y usuarios insatisfechos.

Por otra parte, no basta con tener documentados los procedimientos hechos por enfermeras, médicos y personal asistencial y que estos sean conocidos por todos, pues no hay un seguimiento estricto, el control que asegure el cumplimiento de las actividades, un plan de mejoramiento continuo, donde se evidencie en que se falló, para así trabajar sobre ello, lo cual es primordial para saber si las instituciones en salud brindan día a día servicio de salud con calidad.

Las instituciones de salud acreditadas deben continuar trabajando, en ser mejores cada día. El no poseer acreditación, no es excusa para brindar servicios de salud de mala calidad o con tantos deficientes, ya que en muchas ocasiones incumplen requisitos mínimos como los de habilitación y así desean ser acreditados, la meta a nivel nacional es que todas las IPS deben estar acreditadas, tener un nivel competitivo bueno, cumplir con las cosas mínimas que exige SOGC y así tener la herramientas para enfrentar los nuevos retos.

Actualmente, con la aplicación de normas y estándares de calidad, el reto se impone y es aún más difícil, ya que el aplicarlo no es lo difícil, sino el mantenerlo es lo realmente importante.

La forma de estructurar un cuidado de enfermería de calidad, tal y como lo exige la reglamentación resulta interesante; determinar un servicio de enfermería y en general de salud basado en el cliente, cada organización debe tener un sistema de gestión de la calidad que se oriente en las expectativas del cliente y que éste forme parte fundamental de la organización, para lo cual las instituciones deben trabajar fuertemente en su día a día.

La mentalidad y en términos generales la cultura colombiana, ha llevado a considerar que el conformismo y la aceptación de cómo se ven y están las cosas, es lo que se debe llevar, es decir, se cuenta con recursos suficientes para llevar a cabo una atención de calidad significativa, que al ser comparados con otros países, Colombia no está atrás en tecnología, capacitación, innovación, etc, pero su éxito radica en la concertación y el gasto adecuado de esos recursos, caso que en el país no se realiza por que existen malversación de fondos, canalización de recursos para otros fines, financiación de uso y lucro de algunos que manejan los presupuestos de la salud. Etc.

El no tener claro la EPS que desea para la población afiliada, y el tener intereses personales, estos y otros factores afectan a las IPS en la prestación del servicio de salud, ejemplo cuando una IPS presta un servicio y pasan la cuenta de cobro, pero la EPS o ERP hace lo imposible por retrasar el pago, llevando a glosar varias cosas de la cuenta, esto afecta a las IPS ya que no ingresan los dineros y se desmejora en insumos, en pagos a los proveedores, pago al personal que presta el servicio en salud y los usuarios se van a ver afectado, ya que no se le brinda el servicio en salud como debe ser.

Algunas IPS en el país han venido trabajando mucho en los últimos 10 años, capacitando todo el personal de la institución, creando conciencia de cómo nos gustaría ser atendidos en una institución de salud, como debe ser un servicio de salud con calidad, se debe empezar por casa para poder brindar a los demás un mejor servicio.

10 RECOMENDACIONES

A continuación se presentan los puntos más importantes, a criterio de expertos y eruditos en el tema de la calidad en la salud, teniéndolos en a la hora de analizar la calidad en la atención de la salud en Colombia:

10.1 BENEFICIOS DE LA CALIDAD

El Decreto 1011 del 2006 “SOGC” ha traído muchos cambios, pero las instituciones en salud ha venido adaptándose y trabajando fuertemente por ser instituciones habilitadas, acreditadas, donde se brinden servicios de calidad. El prestar servicios de salud de calidad ha encaminado a estas instituciones a volverse competitivas en el mercado, con esto hemos podido ver que las diferentes instituciones en salud han tenido que esforzarse por cumplir con los requisitos mínimos para estar vigentes.

Con las nuevas reglamentaciones del estado, en cuanto a la prestación de servicios de salud y el establecimiento de sistemas de aseguramiento de la calidad, se han dado cambios dentro de las instituciones desde hace varios años, como la elaboración de guías, protocolos y procesos, por los cuales se ha trabajado fuertemente por parte de algunas instituciones, se han divulgado, capacitando al personal, con el fin de estandarizar los procesos y todos hablar un mismo idioma.

El estado a partir de la Ley 100 del 93 y posterior el Decreto 1011 de 06 abrieron las puertas al SOGC en salud en Colombia contamos con el observatorio de la calidad en salud el cual nos brinda las herramientas o pautas necesarias para trabajar en la calidad, gracias a estos cambios que se han presentado en la normatividad de nuestro país y por los avances que han tenido otros países Colombia ha visto la necesidad de avanzar o evolucionar en la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Además el S.O.G.C creo una herramienta la cual ayudaría a la diferentes IPS a manejar la seguridad del paciente al brindar un servicio. El Observatorio de Calidad de la Atención en Salud se define como un espacio que brinda un conjunto de herramientas para facilitar la consolidación e internalización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en las instituciones de Colombia. Sus contenidos y salas temáticas parten del diagnóstico del estado de desarrollo del SOGC, así como del análisis de las fortalezas y necesidades de soporte en información y metodológico en las instituciones²³.

El Observatorio no genera o recopila información, sino que toma información y herramientas existentes en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, el Sistema de Información para la Calidad y otras fuentes e incentiva su utilización y difusión a través de Mesas de Trabajo, Red de Nodos, Formación en Línea, Boletín del Observatorio y Página Web. Se trata de un espacio para la recopilación, difusión y análisis, transparente, técnico, participativo y crítico de información e insumos relevantes sobre la calidad de la atención en salud. Análisis que se presenta de manera organizada para que se constituya en insumo para la generación de políticas de calidad y de referente para la implementación y despliegue de los procesos de calidad en los actores cobijados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Colombia.

En el observatorio las instituciones participantes lo hacen en función de su interés por promover el tema de la calidad en salud en Colombia, y son garantes de la calidad y transparencia de los procesos que se den en el Observatorio, sin la obligación de transferir recursos de una entidad a otra o al observatorio.

De esta forma las diferentes IPS del país han venido trabajando por obtener este logro la calidad en la prestación del servicio, el estar certificado para una IPS tiene un valor muy alto ya que se capacitan y logran sobresalir ante otras instituciones y para ser competitivos en el mercado se ve la necesidad de competir y para ellos se debe aprender y capacitar a todo el personal de una institución, pero primero se debe tener compromiso de parte de la administración de la empresa, ya que sin esto no se puede lograr se pierde dinero y tiempo.

²³ Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. 2013.[en línea] [Fecha de consulta: octubre de 2013.] URL disponible en: <http://201.234.78.38/ocs/public/informacion/documentos.aspx>

Se tiene en Colombia varias IPS acreditadas en salud que han logrado mantenerse y aunque faltan varias se empezó bien pero el camino es largo y mantenerse es lo más complicado, la constancia, el interés, la cultura de la calidad, la capacitación continua es difícil mantenerla pero no imposible y tenemos varias IPS que son ejemplo a seguir Hospital Rafael Uribe Uribe de Medellín y la FCV de Oriente en Santander.

Cada institución de salud ha visto los beneficios que tiene el prestar servicios de calidad, ya que esto se ve reflejado en lo económico, la satisfacción del usuario, personal capacitado, todo con el fin de obtener un producto apto para satisfacer la necesidad del usuario.

Con el paso de los años hemos visto la necesidad de evolucionar en salud, Colombia no se podía quedar atrás y para ellos ha sacado leyes y ha realizado modificaciones el sistema general de seguridad social en Colombia, ha asignado personal para que trabajen el pro de la calidad de la atención en salud y por ellos, las mismas IPS han visto la necesidad de crecer, empezaron aplicar las diferentes herramientas que brinda el (S.O.G.C) sistema obligatorio de garantía de la calidad y sus componentes; han sido de útil ayuda para el desarrollo de las IPS.

En la actualidad se mide la calidad en los servicios de salud, por ellos se tiene en cuenta tres categorías:

- ✓ Calidad técnico científica: capacidad para utilizar el más avanzado nivel de conocimientos disponible para abordar los problemas de salud.
- ✓ Satisfacción del usuario: La satisfacción es una actitud positiva, producto de la interacción de las expectativas del paciente ("usuario") y la atención recibida. Los instrumentos más difundidos para medir satisfacción son las encuestas.
- ✓ La accesibilidad al servicio: Se denomina accesibilidad a la facilidad con que se obtiene atención sanitaria en relación a barreras organizacionales, económicas y culturales.

Estas tres categorías se complementan dando como resultado dos grupos de trabajo sobre la calidad, los que miden el nivel de calidad y los que analizan las causas hipotéticas de calidad deficiente en la atención en salud.

La calidad “cuando se habla de cultura de calidad, se hace referencia del conjunto de valores y hábitos que posee una persona”, que integrados con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el actuar diario, le permiten colaborar con su organización y superar los desafíos que se le presentan en el cumplimiento de su misión, el cual hoy día se trabaja por ello y es fundamental para el desarrollo de una institución.

La capacitación constante del personal de salud, ha llevado a obtener unos mejores resultados, con respecto a la atención del usuario, además se logra que el personal este más comprometido, con la institución para la cual trabaja, se mantenga actualizado en sus conocimientos, lo cual sirve como motivación profesional y personal.

El prestar servicios en salud de calidad ha llevado a la satisfacción del usuario, los cuales se han beneficiado en obtener una atención cálida, oportuna, con personal calificado, con tecnología actual, incluso hay un sistema de información al usuario que ya funciona en algunas instituciones, según la resolución 1446/06 y le permite al usuario obtener mayor información acerca de su IPS.

Los beneficios que puede obtener el país a un futuro son muy grandes, si se continúa trabajando por la calidad en la prestación de los servicios, si se aporta día a día un granito de arena, se puede llegar a competir a nivel internacional.

Beneficios ya habla de seguridad del paciente el centro en la prestación de un servicio de salud es la satisfacción del usuario, el observatorio nos brinda unas herramientas y lineamientos para la seguridad del paciente.

Además se establecieron unos indicadores con los cuales estamos evaluando la calidad del servicio prestado, ejemplo estancia hospitalaria giro cama, muchas veces un paciente dura mucho tiempo en una cama y no se le ha definido en manejo, hay que mirar en que se está fallando, porque no se le ha definido el manejo.

Se maneja las auditorías internas y externas en las IPS y estas sirven para hacer seguimiento a cada uno de los procesos que se llevan a cabo en la prestación de un servicio que se le da a un usuario y por ello se maneja el PAMEC programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad.

10.2 HACIA DONDE VA LA CALIDAD

Tradicionalmente en calidad primero se controla un proceso y luego se somete dicho proceso a un mejoramiento continuo. Éstas son las tradiciones de la calidad, y aunque son necesarios, ellos por sí solos no serán suficientes para asegurar la calidad en el tiempo. Habría que agregar innovación y transformación en esta etapa para adaptarla a los cambios que tenemos hoy en día y a los que vendrán.

El sistema de salud que escogió Colombia de hacer un esfuerzo en conseguir recursos destinados a la salud y luego dárselos a empresas privadas resultó muy costoso, porque se esperaba que la competencia entre ellas fuera a mejorar la calidad y eficiencia del servicio, lo cual no sucedió, no está sucediendo ni va a suceder. Los expertos en el tema recomiendan no crear EPS ya que se vuelven políticamente muy poderosas y consiguen frenar los esfuerzos para regularlas, pero después de creadas hay que darles el manejo administrativo correspondiente.

El derecho a la salud es un derecho fundamental, aclarando que esta pregunta tiene muchas connotaciones porque ¿Qué quiere decir que la salud sea un derecho fundamental? y la mejor respuesta que he encontrado es: “Quiere decir que el paciente reciba lo que necesite hasta cuando lo deje de necesitar”, pero como los recursos son limitados se necesita poner en práctica un debido proceso, que toma tiempo implementar, para asegurarse de que lo que quede excluido del POS sea aceptado y legítimo por la sociedad. Entonces pensar en un sistema de salud que

cubra en igualdad de condiciones todas las enfermedades de todos los colombianos no es posible, no hay un sistema financiero que lo resista.²⁴

Para ayudar a mejorar los servicios y la calidad de salud, se está trabajando en un proyecto piloto sobre un Manual de guías de práctica clínica, un proyecto conjunto del Centro de Investigaciones en Salud de la Fundación Santa Fe en conjunto con la Universidad de Harvard, financiado por Colciencias. La actividad que se está desarrollando es la de crear guías de práctica clínica, que consisten en revisar cuáles son las mejores prácticas conocidas para tratar una enfermedad y poner un estándar. Esto busca que la variación de la calidad de los tratamientos que ofrecen clínicas y doctores sea menor y que todas cumplan con unos estándares de calidad. De igual manera se está calculando el costo de incluir esas guías en el POS para revisar si son viables de implementar.

Así, por ejemplo, la guía para tratar la diabetes orienta al médico tratante y a la institución de salud sobre cómo es la forma óptima de enfrentar la enfermedad, según las condiciones del paciente. Así mismo, el manual provee una evaluación económica de las guías según la relación costo-efectividad. Es decir, establece hasta dónde utilizar la última tecnología en tratamientos médicos se justifica en términos de su costo, o hasta dónde usar una tecnología menos sofisticada puede prácticamente igual de efectiva a menores costos.

Los países con sistemas de salud financiados por el Estado son los que generalmente adoptan este tipo de guías. Como el reciente mandato de la Corte Constitucional obliga al gobierno a actualizar y unificar los POS de los regímenes subsidiado y contributivo, éste Manual constituiría un ingrediente importante en esa meta. Una vez se entregue el Manual, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá que producir las guías y la Comisión de Regulación en Salud será quien decida cómo se introducirán. Eventualmente, este esfuerzo investigativo deberá

²⁴ Lo mejor y lo más débil de la salud en Colombia. [En línea] [Fecha de consulta: octubre 2013] URL Disponible en: <http://www.semana.com/nacion/salud-seguridad-social/articulo/lo-mejor-mas-debil-del-sistema-salud-colombiano/104899-3>

contribuir a mejorar e igualar los estándares de atención médica, al igual que el uso más eficiente de los recursos, lo que se traduce en una mejor calidad de atención al usuario.

Un debido proceso en la salud debe cumplir cuatro requisitos: que sea transparente; que la gente conozca y entienda las decisiones que les afectan su servicio de salud. Segundo, que las decisiones tienen que ser legítimas; es decir, construidas, con la participación de los actores del sistema (médicos, hospitales, empresas, gobierno, asegurados), sobre un consenso básico. Tercero, lo que se decida debe ser revisable con el tiempo, a medida que cambie la tecnología, la ciencia entre otros Y cuarto que se pueda garantizar que el proceso en efecto, será transparente, legítimo y revisable.

Otra buena propuesta hecha por un experto en el tema sugiere por ejemplo desarrollar una EPS sin ánimo de lucro que realmente tenga un interés en servir a la gente y darle unos beneficios tributarios o créditos baratos por algunos años para que se consolide y pueda competir con las privadas. Se puede proyectar esta EPS como el estándar de calidad, la gente se afiliará allí y esto haría que las demás compitan con ella en calidad y costos. Claro para lograrlo se necesita de la voluntad política del gobierno de turno.

Ningún país del mundo puede darles a sus ciudadanos la mejor práctica clínica existente en el mundo médico del momento, pero sí la mejor posible dentro de lo que el país pueda sostener, según los recursos económicos y humanos de los que disponga. Esto podrá contribuir a definir hasta dónde una enfermedad poco común y muy costosa de tratar con calidad deberá o no ser incluida en el POS, dentro de un proceso más amplio de debido proceso como el que algunos expertos han descrito que definirá qué es legítimo incluir en un POS universal.

Con el cambio que se dio a partir de julio de 2012 la unificación del POS subsidiado y POS contributivo ayuda en una parte a que la población subsidiada no estén excluidos de muchos servicios, los cuales antes estaban clasificados como no pos para ellos, de esta forma ayuda a cumplir algunas características del sistema obligatorio de garantía de la calidad como la oportunidad y continuidad.

Finalmente el futuro de la calidad está en manos del gobierno nacional, sus entes responsables, IPS, EPS, personal de salud y usuarios del sistema de salud, son ellos quienes hacen que día a día sea mejor, por la inversión que deben hacer para lograr sacar adelante la salud en Colombia, todos deben aportar su grano de arena, para lograr una mejor calidad en la prestación de los servicios de salud y esta se verá reflejada en una mejor calidad de vida, para la población colombiana.

11 CONCLUSIONES

- ✓ Las herramientas y los programas de gestión de la calidad en salud, son accesibles a los profesionales y las instituciones en salud, puede ponerlos en marcha una gran institución, un centro de salud, un servicio, o un profesional individual. No necesariamente generan más gastos ya que como consecuencia de optimizar los procesos pueden llegar a lograr una utilización mucho más racional de los recursos. Muchas veces es más barato hacer las cosas bien y prestar un servicio con calidad y no causar un daño a una persona o perder un usuario y la buena imagen.
- ✓ La calidad desde mediados de siglo pasado tomo una gran fuerza, y esta ha servido como motivación para la humanidad ya que despertó el interés por ser mejores cada día y llevar a prestar mejores servicios y que sus productos sean buenos para poder competir con el mercado actual.
- ✓ El mercado empezó a moverse más, a ser más productivo y esto llevo a un impacto en la economía de cada ciudad, incluso a nivel mundial, aunque en algunos pueblos de Colombia, no han logrado levantar el vuelo con estos temas, aunque falta mucho camino por recorrer, se deben dar pasos y pasos firmes para mantenerse, la constancia, la dedicación y el trabajo en equipo hace que nuestras IPS se mantengan en el mercado y sean prestadores de servicio de salud con calidad
- ✓ Los usuarios, también han presentado cambios a raíz del tema de la calidad, por ello hoy en día estos son más participes del proceso que se da, en cada una de las instituciones de salud (SIAU).
- ✓ La parte administrativa de cada IPS, EPS o cualquier entidad en salud, ha visto la necesidad de tomar cartas en el asunto y empezar a trabajar sobre el tema de la calidad, para que sus instituciones sean competitivas en el mercado

- ✓ Para terminar vale recordar que cuando decidimos realizar un trabajo de calidad no tiene mucho sentido efectuar mediciones u otro tipo de valoraciones si no estamos dispuestos a intervenir para mejorar.

12 RECOMENDACIONES GENERALES

- ✓ Las instituciones prestadoras de servicios en salud, deben tener la disposición y disponibilidad de trabajar por la calidad en la prestación de los servicios de salud, ya que falta mucho de esto para que, las IPS arranque con este trabajo y se mantengan.

- ✓ Hace falta más participación del gobierno y sus entes gubernamentales con, respecto al sistema de garantía de la calidad, ya que todo se queda plasmado en un papel, pero no se ven resultados.

- ✓ Las universidades deben empezar a reforzar en el tema de la calidad en la prestación de los servicios de salud, el nivel educativo debe mejorar, para que desde allí se dejen granitos de arena, los cuales se vayan reforzando en el camino.

- ✓ Las IPS deben empezar a trabajarle más a la parte educativa de las comunidades o poblaciones para que estos, estén informados como acceder a un servicio de salud y a que tiene derecho, a la vez enseñar cuando se debe acudir a un servicio de urgencias, trabajar en la parte preventiva junto con las secretarías de salud o entes gubernamentales, ya que Colombia le apuesta más al tratamiento de un paciente, que a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

- ✓ Los costos en salud son muy altos, ya que los mismos entes gubernamentales, no han mejorado la parte de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en Colombia. No le invierten lo suficiente a la educación.

- ✓ El nivel de educación también influye en la salud, esta es otra falla del sistema.

13 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Conozca 3 tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa. Frank Morales [en línea] 2012. Octubre 07. [fecha de acceso 10 septiembre de 2013.]; URL disponible en: <http://www.creadess.org/index.php/informate/de-interes/temas-de-interes/17300-conozca-3-tipos-de-investigacion-descriptiva-exploratoria-y-explicativa>.
- (2) Conceptos Generales de la Calidad. [Editorial] S [en línea] SF. [fecha de acceso 12 septiembre de 2013.]; URL disponible en: https://ocw.uca.es/pluginfile.php/1039/mod_resource/content/1/TEMA_1.pdf
- (3) Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad en Salud Integrador de las Normas: Ntcgp 1000, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud E Iwa 1. Ingrid Cruzado Herrera Y Germán Darío Moreno Rodríguez. 2012. [en línea] [fecha de acceso 15 septiembre de 2013.]; URL disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/10882/2102/1/Cruzadoingrid2012.pdf> 28:28.
- (4) Normas Icontec. El taller de Ramiro Mojica. [Editorial] [en línea] [fecha de acceso 16 septiembre de 2013.]; URL disponible en: <https://sites.google.com/site/lostalleresderamiromojica/normas-icontec> .
- (5) Métodos de escritura Académica. Karla Riera y Johana Páez. 2010. [en línea]. [fecha de consulta: 19 de septiembre de 2013.] URL disponible en: <http://www.slideshare.net/Jomi20/trabajo-3-5534856> 19:20.
- (6) Los 14 Principios de Deming En Relación Con La Educación. Javier Ollonarte. 2011. [En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre 20 de 2013] URL Disponible en: <http://elollonarteduca.blogspot.com/2011/03/los-14-principios-de-deming-en-relacion.html>
- (7) Aseguramiento de la calidad. Kaoru Ishikawa. 2012. [En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre 20 de 2013] URL Disponible en:

<http://www.slideshare.net/eriksamkeit/aseguramiento-de-la-calidad-kaoru-ishikawa>.

- (8) Creando una cultura de calidad Hospitalaria. Anette Rodríguez. 2013. [En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre 21 de 2013] URL Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5810>
- (9) La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Revista Cubana de Salud Pública. Coralia Massip Pérez; Rosa María Ortiz Reyes; María del Carmen Llantá Abreu; Madai Peña Fortes; Idalmis Infante Ochoa. 2008. [En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre 22 de 2013] URL Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662008000400013&script=sci_arttext
- (10) Creando una cultura de calidad Hospitalaria. Anette Rodríguez. 2013. [En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre 21 de 2013] URL Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Opinion/5810>
- (11) La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Revista Cubana de Salud Pública. Coralia Massip Pérez; Rosa María Ortiz Reyes; María del Carmen Llantá Abreu; Madai Peña Fortes; Idalmis Infante Ochoa. 2008. [En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre 22 de 2013] URL Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662008000400013&script=sci_arttext
- (12) Seguimiento a la Salud pública. Así vamos en salud. [Editorial] 2013. [En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre 23 de 2013] URL Disponible en: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/servicios-de-salud/grafica.ver/23>
- (13) SA. Gestión de la Calidad en Rehabilitación. Blog. [en Línea] 2011. [Fecha de acceso: octubre 2013]. URL Disponible en: <http://calidadrehabilitacion.blogspot.com/2011/11/observatorio-de-calidad-en-atencion-en.html>

- (14) Seguridad del Paciente. Observatorio de la calidad de la atención en salud. 2008[En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre octubre 2013] URL Disponible en: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/ página 1.
- (15) Seguridad del Paciente. Observatorio de la calidad de la atención en salud. 2008[En Línea] [Fecha de consulta: Septiembre octubre 2013] URL Disponible en: http://201.234.78.38/ocs/public/seg_paciente/ página 2.
- (16) Inés Gómez de Vargas. Garantía de la calidad en el sistema de seguridad social en Salud – El caso colombiano. Foro permanente – Libro la calidad de la atención de la salud. Universidad Nacional de Colombia. 2002. Pág. 119-121.
- (17) Camps V. Una vida de calidad: reflexiones sobre bioética. Barcelona: Ares y Mares; 2001, p. 194.
- (18) Evolución del concepto de calidad [internet], Miranda González Francisco Javier, [consultado 10 febrero de 2013], disponible en: http://www.cosaslibres.com/libro/evolucion-del-concepto-de-calidad_21458.html
- (19) Evolución del concepto de calidad: el medico interactivo de Rico Menéndez J. [internet] de España, de organización nacional de trasplante; vol. 10, n° 3. Pág. 169, 171-172, [consulta 10 mayo de 2013]; disponible en: <http://www.cosaslibres.com/leer-online/?title=Tema+1%3A+Evoluci%C3%B3n+del+concepto+de+calidad&doc=http%3A%2F%2Fmercado.unex.es%2Fcalidad%2FPresentaciones%2FTema1.pdf>
- (20) Glassman AL, Escobar ML, Giuffrida A, Giedi3n U, editores. Salud al alcance de todos: una d3cada de expansi3n del seguro m3dico en Colombia: Washington, D.C: Inter-American Development Bank and Brookings Institution; 2010. P3g. 56-65.
- (21) Introducci3n a la gesti3n de la calidad de Miranda F. J., Chamorro Mera Antonio, 1ª ed, de Rosas (Madrid); 2007, PAG 1-8, 75 – 83 Y 183 – 184, [consulta 5 mayo de 1023], disponible en: books.google.com.co/books?isbn=8496477649

- (22) Origen de la norma de calidad ISO 9000 [internet], monografías.com, [consulta 17 febrero de 2013]; disponible en www.monografia.com/trabajo91/las-noormas-iso/las-normas-iso.shtm
- (23) El Concepto de calidad del seguro social [internet], proyecto 2, [consulta el 24 enero de 2013], disponible en: http://www.iss.gov.co/portal/downloads/UserFiles/File/Manual%20de%20Calidad/los_costos_de_no_calidad.doc.
- (24) Alianza mundial para la seguridad del paciente [internet], de García Berbeo Milagros, [consulta 25 enero de 2013], Barcelona España, disponible en: http://www.portalcecova.es/es/grupos/biologicos/pacientes/alianza_mundial_seguridad_paciente.pdf
- (25) Organización Mundial de la Salud. Quality of care: patient safety. A55/13. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.
- (26) Pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud del sistema obligatorio de garantía de la calidad [internet,] Bogotá, ministerio de la protección social, [consultado el 26 enero de 2013], disponible en: <ftp://190.60.238.130/NORMATIVIDAD/GUIAS%20Y%20PAUTAS/Pautas%20de%20Auditoria%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Calidad.pdf>
- (27) Administración [internet] historia de la calidad Gilbert J.R. Daniell 6ª; mexico, [consulta 18 mayo de 2013], pág. 230 a 241, disponible en: books.google.com.co/books?isbn=96888006854
- (28) Malangón Londoño, galán morera, pontón Laverde, garantía de la calidad en salud, editorial panamericana, 1ª ed., Bogotá 1999, pág. 17 – 32.
- (29) Lamprea Everaldo M. la constitución de 1991 y la crisis de la salud encrucijadas y salidas, editorial universidad de los andes, 1ª ed. Bogotá 2011
- (30) García Cardona Hernán, auditoria en salud, ces fondo editorial, 1ª edición, Medellín 2010

- (31) Patiño Restrepo José Félix, carrasquilla Gutiérrez Gabriel, foro permanente sobre la calidad de la atención de la salud, 1ª ed. Universidad nacional de medicina, Bogotá 2002