

CONTEXTO EN SALUD Y CALIDAD EN COLOMBIA

Nancy Reinoso - Flor Ángela Gómez



AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED

ILUMNO

Contexto en Salud y Calidad en Colombia
Nancy Reinoso - Flor Ángela Gómez
Bogotá D.C.

Fundación Universitaria del Área Andina. 2018

Catalogación en la fuente Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

Contexto en Salud y Calidad en Colombia

© Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, septiembre de 2018
© Nancy Reinoso - Flor Ángela Gómez

ISBN (impreso): **978-958-5462-58-8**

Fundación Universitaria del Área Andina
Calle 70 No. 12-55, Bogotá, Colombia
Tel: +57 (1) 7424218 Ext. 1231
Correo electrónico: publicaciones@areandina.edu.co

Director editorial: Eduardo Mora Bejarano
Coordinador editorial: Camilo Andrés Cuéllar Mejía
Corrección de estilo y diagramación: Dirección Nacional de Operaciones Virtuales
Conversión de módulos virtuales: Katherine Medina

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de la Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.

BANDERA INSTITUCIONAL

Pablo Oliveros Marmolejo †
Gustavo Eastman Vélez

Miembros Fundadores

Diego Molano Vega
Presidente del Consejo Superior y Asamblea General

José Leonardo Valencia Molano
Rector Nacional
Representante Legal

Martha Patricia Castellanos Saavedra
Vicerrectora Nacional Académica

Jorge Andrés Rubio Peña
Vicerrector Nacional de Crecimiento y Desarrollo

Tatiana Guzmán Granados
Vicerrectora Nacional de Experiencia Areandina

Edgar Orlando Cote Rojas
Rector – Seccional Pereira

Gelca Patricia Gutiérrez Barranco
Rectora – Sede Valledupar

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

Eduardo Mora Bejarano
Director Nacional de Investigación

Camilo Andrés Cuéllar Mejía
Subdirector Nacional de Publicaciones

CONTEXTO EN SALUD Y CALIDAD EN COLOMBIA

Nancy Reinoso - Flor Ángela Gómez



AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED
ILUMNO

EJE 1

Introducción	7
Desarrollo Temático	8
Bibliografía	25

EJE 2

Introducción	27
Desarrollo Temático	29
Bibliografía	47

EJE 3

Introducción	49
Desarrollo Temático	50
Bibliografía	67

EJE 4

Introducción	69
Desarrollo Temático	70
Bibliografía	85

CONTEXTO DE LA SALUD Y LA CALIDAD EN COLOMBIA

Nancy Reinoso - Flor Ángela Gómez

EJE 1

Conceptualicemos

Sistema General de Seguridad Social en Salud

El SGSSS es un modelo diseñado a favor del mercado fundado en el aseguramiento, con el fin de prever los riesgos financieros del sistema. Su afiliación es obligatoria y se realiza mediante las **Entidades Promotoras de Salud** (EPS) del sector privado o público. Asimismo, es de libre escogencia y la atención es ofertada por las IPS. Se divide en dos regímenes, según la capacidad de pago: el **Régimen Subsidiado** (RS), que es el encargado de afiliar a la población sin capacidad de pago, a los más pobres, quienes se identifican mediante una encuesta del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (**SISBEN**), el cual permite la clasificación de 1 a 3 y organiza a las personas de la siguiente manera: quienes se encuentran en el SISBEN 1 y 2 no realizan ninguna contribución de copagos ni cuotas moderadoras. Los que clasifican en el nivel 3 tienen un subsidio parcial. Por su parte, el **Régimen Contributivo** (RC) está diseñado para la población trabajadora e independiente con capacidad de pago. Es el encargado de afiliar, recaudar las cotizaciones y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS), actualmente Plan de Beneficios, de acuerdo con la Resolución 6408 de 2016, modificada por la Resolución 1687 de 2017. Las **cuotas moderadoras** que recauda la EPS del RC tienen como objetivo regular la utilización de los servicios y estimular su uso racional, mientras que los **copagos** tienen como propósito ayudar a financiar el sistema.

Los servicios de promoción y prevención, así como algunos medicamentos para el tratamiento crónico de ciertas patologías, están exentos de cobro. En el RC el afiliado que cotiza no está obligado a realizar ningún copago por la atención, pero sí los beneficiarios que se encuentren dentro de su núcleo familiar.



Entidades Promotoras de Salud

Herramienta usada para el estímulo, persuasión y transmisión de mensajes de empresa a consumidor teniendo como objeto sus productos y servicios.

Régimen Subsidiado

Medio por el que se realiza la afiliación a los más pobres.

SISBEN

Instrumento que permite realizar una clasificación socioeconómica de los individuos.

Régimen Contributivo

Medio por el cual se permite la afiliación de los individuos con capacidad de pago al sistema de salud, mediante el aporte de cotizaciones.

Cuotas moderadoras

Aporte económico que deben realizar los cotizantes y beneficiarios al sistema de salud por la utilización de algunos servicios únicamente en el RC.

Copagos

Aporte que realizan únicamente los beneficiarios del RC y RS.



Figura 1. Prevención
Fuente: Shutterstock/226525450

Además de los dos regímenes mencionados, existen grupos que cuentan con otro sistema de seguridad social. Aproximadamente 4,9 % pertenecen a los regímenes especiales, como es el caso del Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional y quienes trabajan en las universidades públicas y en la Empresa Colombiana de Petróleos (Ecopetrol) (Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio y Vásquez, 2011).

Existen la población pobre no asegurada con subsidios a la demanda, que es identificada por medio del SISBEN en nivel de pobreza, pero que no ha sido cubierta con subsidios, y la vinculada no identificada, constituida por aquellas personas que no han sido encuestadas y no tienen un censo en el SISBEN, por lo cual no aparecen en el sistema de información.

Es importante mencionar que la Ley 100 de 1993 fue el resultado de la intervención de varios actores con diferentes enfoques ideológicos. Por una parte, estuvo el modelo de Bismarck, esquema de aseguramiento alemán basado en la financiación de los salarios de los trabajadores, y, por otra, el paradigma **neoliberal**, apoyado por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, creando un seguro universal obligatorio. Igualmente, la Ley 60 de 1993 impulsó las normas que dieron origen a la **descentralización** del sistema.

El financiamiento se compone de las **contribuciones parafiscales** y la **recaudación fiscal**, dirigidas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), en concordancia con el Decreto 1429 de 2016, encargada de administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el sector Salud (Fonsaet) y los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se divide en cinco subcuentas.



Neoliberal

Corriente basada en el mercado.

Descentralización

Conjunto de acciones delegadas a diferentes grupos para su administración.

Contribuciones parafiscales

Son los recursos económicos realizados por un grupo específico para financiar el sistema de protección social.

Recaudación fiscal

Es la acción que concierne a la recolección económica que será destinada a diferentes fines.

Subcuenta	Características
<p>Subcuenta de Compensación</p>	<p>Por medio de la cual se reconoce la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que fue regulada inicialmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y luego por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), creada con la Ley 1122 de 2007.</p> <p>Esta UPC es entregada a las EPS para financiar la prestación de los servicios del RC. Las EPS recaudan las cotizaciones de sus afiliados y el equivalente entre cotizaciones menos la UPC se trasladará al fondo de solidaridad. En caso contrario, el Fosyga consignará la diferencia a la EPS.</p> <p>Por otra parte, el porcentaje de cotización es del 12,5 %, del cual el 8,5% está a cargo del empleador y el 4 % lo asumirá el empleado. Sin embargo, los cotizantes independientes y los pensionados deben cotizar el total. Con la Ley 1250 de 2008 se establece que los pensionados pagarán el 12 % de su mensualidad.</p> <p>En concordancia con la Ley 1122 de 2007 se estableció que para los trabajadores independientes con vinculación de contrato por prestación de servicios su base máxima de cotización sería sobre el 40 % de su ingreso.</p> <p>Finalmente, con la Ley 1607 de 2012 se reemplaza la contribución que ocupaba el empleador en un porcentaje de los empleados por el impuesto sobre la renta para equiparar el denominado CREE, con el fin de financiar el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (2,2 puntos), el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) (1,4 puntos) y el SGSSS (4,4 puntos). Se exonera de este impuesto a las personas jurídicas que declaren renta, las personas naturales que empleen más de dos trabajadores y a quienes ganen hasta diez salarios mínimos legales vigentes (SMLV).</p>



Unidad de Pago por Capitación

Valor que el Estado realiza anualmente a cada EPS por cada afiliado dependiendo el grupo etario.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Organismo creado con la Ley 100 de 1993 con el fin de garantizar el aseguramiento de la población actualizar el Plan de Beneficios y definir la UPC.

Comisión de Regulación en Salud

Organismo creado con el fin realizar la actualización anual de la UPC y del Plan de Beneficios a partir del año 2007.

Persona jurídica

Ente responsable de establecer políticas de seguridad social y regular el funcionamiento del sistema y sus instituciones para garantizar los derechos de los beneficiarios.

Persona natural

Persona que lleva a cabo una actividad por sí misma o está a su cargo y se vale por sí misma.



Visitar página

Realizar lectura complementaria de esta ley.

Ley 1122 de 2007

Congreso de la República de Colombia

goo.gl/A9JGQ

<p>Subcuenta de Solidaridad</p>	<p>Con la Ley 1122 de 2007 esta subcuenta se financia con el 1,5 de la cotización del RC y los regímenes especiales, excepto en los pensionados que será de un 1 punto, los aportes del gobierno de \$287 millones y el monto de las Cajas de Compensación Familiar (CCF), el cual está reglamentado por los decretos 50 de 2003 y 780 de 2016. También se financia con el impuesto social de las armas, modificado en la Ley 1438 de 2011. Será utilizado para RS, violencia y discriminación contra las mujeres y fallos de tutela. De acuerdo con la Ley 1122 de 2007, se trasladará el 1,5 de la Subcuenta de Compensación a esta, al igual que regímenes especiales en concordancia con el Decreto 780 de 2016, a excepción de los pensionados que solo aportan un punto, según la ley 1250 de 2008. La asignación se reglamentó con el Decreto 971 de 2011, el cual se reemplazó con el Decreto 780 de 2016, que define realizar el pago directo a la EPS e IPS del RS.</p>
<p>Subcuenta de Promoción</p>	<p>Financia las actividades de promoción y prevención. La asignación se define anualmente y la realiza el Fosyga a la EPS, de acuerdo con el número de afiliados admitidos en el proceso de compensación, en concordancia con el Decreto 4023 de 2011. Esta asignación ha variado desde 1995 hasta el día de hoy, reduciéndose en gran medida, pasando del 0,50 del porcentaje del Índice Base de Cotización (IBC) al 0,225 en el 2016. Los recursos que financian esta subcuenta son un porcentaje de la cotización definido por el Ministerio de Salud y Protección Social sin que supere un punto de la cotización de los afiliados, los recursos asignados por el Ministerio y el impuesto de municiones y explosivos, según la Ley 100 de 1993, modificado en la Ley 1438 de 2011. Además de ser utilizados en todas las actividades de promoción y prevención, serán utilizados para la afiliación de la madres comunitarias al RC y su núcleo familiar.</p>
<p>Subcuenta de Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT)</p>	<p>Con la Ley 812 de 2003 se incluye la atención a la población en condición de desplazamiento forzoso sin capacidad de pago y a las víctimas de atentados terroristas y masacres ocasionados por el conflicto armado, de acuerdo con la Ley 782 de 2002. En relación con el Decreto 56 de 2015, se financiará con un porcentaje de la prima del SOAT, constituida por el 20 % del valor de las primas emitidas del bimestre anterior con una cobertura de hasta 800 SMDLV en las personas en accidentes de tránsito en servicio de salud cuando no exista cobertura por el SOAT, 180 SMDLV por indemnización por incapacidad permanente, 750 SMDLV de indemnización por muerte de la víctima y gastos funerarios, y 10 SMDLV de indemnización por gastos de transporte y movilización de la víctima al centro asistencial, también en eventos catastróficos y eventos terroristas. Para efectos del pago por la prestación de los servicios, se debe presentar la epicrisis de la historia clínica en eventos catastróficos. Además de la epicrisis, se debe presentar el certificado emitido por el consejo municipal. Del mismo modo, para el pago por incapacidad permanente se debe presentar el dictamen de porcentaje de pérdida de capacidad laboral. Por muerte, se debe presentar el certificado de defunción y el certificado emitido por el consejo municipal. Por movilización al centro de salud, se deben anexar la factura y el formulario emitido por el Ministerio.</p>

Subcuenta de Garantías para la Salud (Ley 4107 de 2011)

Se crea con el objetivo de que las instituciones del sector salud tengan liquidez, fortalecimiento patrimonial y aumento de capital para dar estabilidad a la prestación de los servicios. Los aportes se realizarán con recursos del presupuesto general de la nación y de las cotizaciones del RC. Con la Ley 1608 de 2013 los recursos podrán destinarse a la compra de cartera de IPS con EPS. Se reglamentan con las resoluciones 0889 de 2014 y 805 de 2016 el procedimiento, los criterios y los plazos para la compra de cartera.

Tabla 1. Subcuentas del Fosyga

Fuente: propia, con base en el Ministerio de Salud y Protección Social (2016)

Con respecto al RS, los recursos del Fosyga se suman a las transferencias fiscales anteriormente explicadas para completar la financiación de los servicios. Las EPS pagan a las IPS mediante distintas modalidades: **evento**, **grupo diagnóstico** o **capitación** a los prestadores.

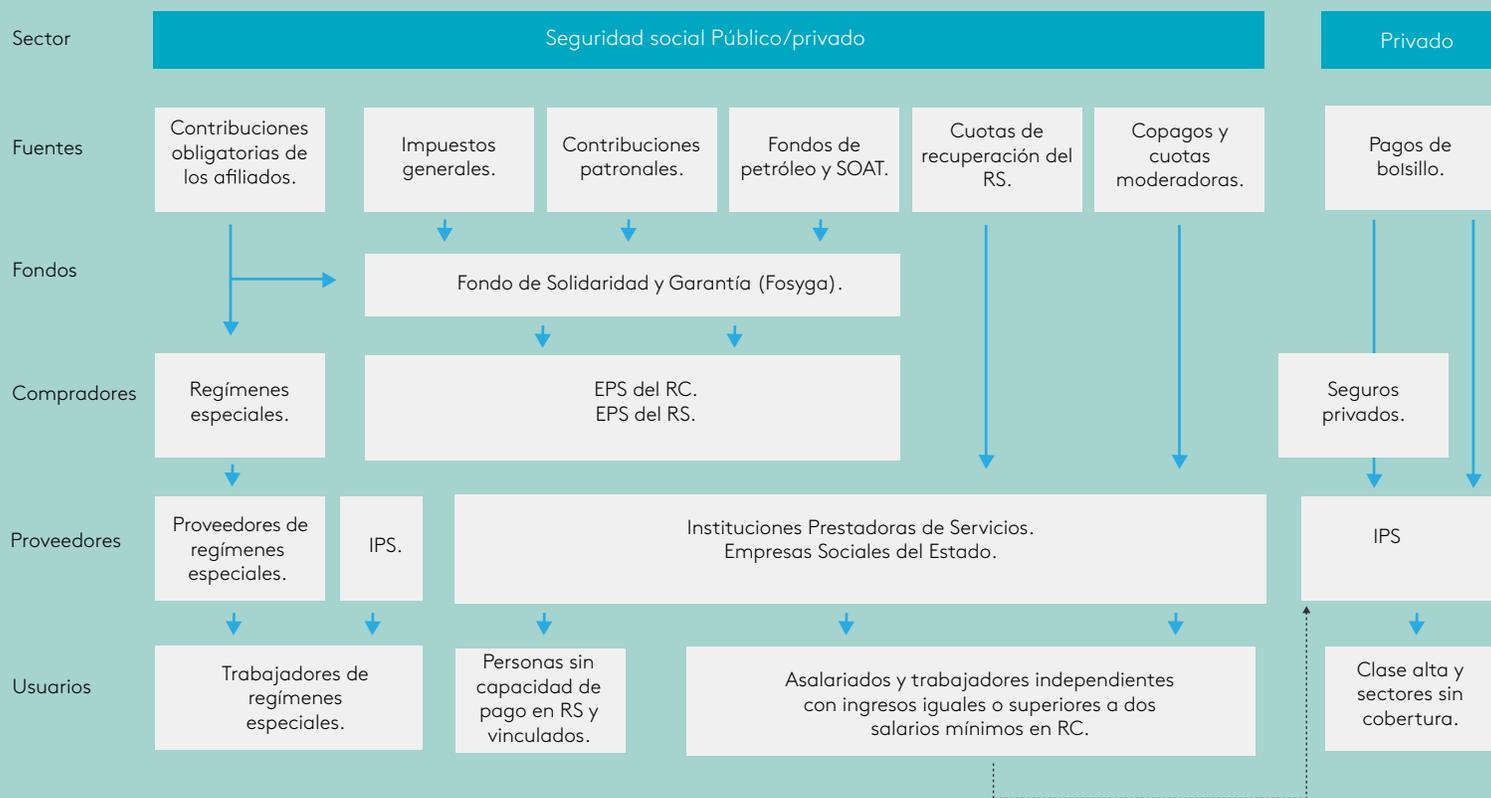


Figura 2. SGSSS en Colombia

Fuente: Guerrero, Gallego, Becerril-Montekio y Vásquez (2011)



Evento

Valor que se paga por una serie de actividades ligadas únicamente a un evento, de acuerdo con las tarifas pactadas.



Grupo diagnóstico

Retribución del pago de los servicios prestados de acuerdo con el grupo diagnóstico.



Capitación

Monto fijo causado de manera anticipada por las actividades pactadas y realizadas por persona durante un tiempo.

A continuación, realizaremos una breve explicación de la normatividad que ha modificado o complementado la Ley 100 de 1993.

Ley	Modificación o complemento
Ley 60 de 1993	Por medio de la cual se dictan la disponibilidad de recursos y se fortalece la descentralización del sistema de salud. Busca que se elabore un plan de desarrollo con el fin de crear infraestructura hospitalaria y establecer personal de planta. Se crea el fondo prestacional para garantizar el pago a los trabajadores. Del mismo modo, esta ley reglamentó que todas las IPS debían acreditar la capacidad tecnológica y administrativa. Lo más importante es la iniciativa que plantea para buscar acciones que lleven a realizar actividades de promoción y prevención.
Ley 715 de 2001	Establece algunas normas en cuanto a los recursos y la organización en la prestación de los servicios de salud, y a los recursos asignados a la salud de acuerdo con el Sistema General de Participaciones. Se establece la formulación de políticas y la definición del Sistema de Habilitación . Se refuerzan las actividades de salud pública. Se dictan disposiciones en cuanto a la asignación de subsidios, con el fin de lograr la cobertura total a los más pobres. Asimismo, se refuerzan los principios de equidad y eficiencia.
Ley 1122 de 2007	Por medio de la cual se realizan modificaciones al SGSSS buscando mejorar la atención en la prestación de los servicios y la racionalización. Se funda la CRES como una unidad administradora. Se incentiva el aumento de la cobertura por medio de afiliaciones al sistema y se establece el porcentaje de distribución de recaudo de las cotizaciones correspondiente al empleado y el empleador. Del mismo modo, se establecen las diferentes modalidades de pago de acuerdo con su naturaleza. Se pagará anticipado en el caso de capitación al 100 %, o 50 % cuando sea por grupo diagnóstico o evento. Además, se refuerza la garantía de la calidad en la atención y la prestación de los servicios a partir del POS. Por otra parte, se promulga la ampliación de la cobertura de subsidios totales o parciales.
Ley 1250 de 2008	Por medio de la cual se adiciona un artículo de la Ley 100, el cual establece la cotización del 12 % por parte de los pensionados y se suma el parágrafo de no obligatoriedad de cotización al sistema cuando los ingresos no superen el salario mínimo.



Acreditación

Proceso voluntario que realizan algunas instituciones con el fin de mostrar los altos estándares de calidad en sus servicios.

Habilitación

Proceso mediante el cual las instituciones dan cumplimiento a las normas básicas para su funcionamiento.

<p>Ley 1393 de 2010</p>	<p>Por la cual se establecen actividades para promover la generación de recursos y evitar la evasión de aportes en salud.</p> <p>Se establecen las tarifas de impuesto de la venta de cerveza, juegos de azar y suerte, tabaco, licores y vinos, y el porcentaje de contribución parafiscal al aseguramiento.</p>
<p>Ley 1438 de 2011</p>	<p>Por la cual se reforma el SGSSS con el fin de fortalecer el modelo de atención primaria en salud enmarcado en el modelo de prestación de servicio para el mejoramiento de la salud y disminuir las brechas de desigualdad. Se diseñan indicadores para medir los resultados en salud. El propósito es la unificación de un Plan de Beneficios para los dos regímenes. Se crea el Comité Técnico Científico (CTC), modificado actualmente por Mipres, realizado mediante un aplicativo regulado por la Resolución 0532 de 2017, con el fin de eliminar las barreras de acceso. Del mismo modo, se promulga la universalización del aseguramiento. Se establece la afiliación obligatoria al RC de las personas con capacidad de pago y se reconocen las características de los planes voluntarios en salud. Se instaure el financiamiento para las acciones de promoción y prevención y se prohíbe el pago de multas por inasistencia a citas médicas. Asimismo, se funda un sistema anti-trámites de salud para los usuarios.</p>
<p>Ley 1608 de 2013</p>	<p>Por la cual se establecen medios para mejorar la liquidez y los recursos en el sector salud. Se asignan recursos con el fin de pagar las deudas de RS y se crea un Fondo de Salvamento y Garantía para el Sector Salud (Fonsaet), administrado por el Ministerio de Salud y Protección de Social. De la misma manera, se crea un programa con el objeto de fortalecer su solidez financiera, cuya finalidad es dar continuidad a la prestación de los servicios de las empresas sociales del Estado.</p>



Comité Técnico Científico

Grupo de profesionales que se encarga de evaluar la aprobación de distintos tipos de procedimientos medicamentosos o insumos que no se encuentran contemplados en el POS.

<p>Ley 1751 de 2015</p>	<p>Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud como un derecho irrenunciable. El Estado formulará políticas con el fin de disminuir las brechas de desigualdad y evitar las inequidades regulando precios y garantizando acceso y oportunidades en la prestación de los servicios. Se enfatiza en la realización de evaluaciones en los resultados en salud. Se adopta el concepto “determinantes sociales”, con el fin de reducir las desigualdades. Se establece la autonomía profesional y se crean políticas para información en salud, política pública, política de innovación y política farmacéutica.</p>
<p>Ley 1797 de 2016</p>	<p>Por medio de la cual se regula la operación del SGSSS y se busca mediar las deudas del sector salud por medio del Fosyga y el mejoramiento del flujo de recursos y la calidad en la prestación de los servicios. De la misma manera, se establece otorgamiento de créditos y la modalidad de giro directo a las EPS del RC correspondientes a la UPC. Por último, se dictan las aclaraciones para la realización de la conciliación de cuentas pendientes entre IPS y EPS.</p>



Determinantes sociales

Medios que rodean a las personas que están ligados a su calidad de vida, como las condiciones socioeconómicas.

Tabla 2. Leyes que han modificado y complementado la Ley 100 de 1993
Fuente: propia, con base en el Ministerio de Salud y Protección Social (2016)



Instrucción

Lo invitamos a realizar la actividad “Pareo” y a consultar el recurso “Línea del tiempo” para fortalecer el aprendizaje del contenido de la tabla.

El gasto total en salud en Colombia se compone por el gasto público directo, el gasto en seguridad social en salud y el gasto privado. El gasto público es el que realizan el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales, dentro de las que se incluyen los hospitales públicos, con respecto al gasto en seguridad social de los afiliados del RS y en la administración. El gasto en seguridad social en salud que concierne al RC está fundado en cotizaciones. Por su parte, el gasto privado comprende el gasto atribuido a la atención por los seguros privados de medicina prepagada o planes complementarios y el gasto de las familias o gasto de bolsillo.

En el contexto del gasto público para la salud, en comparación con otros países de la región, Colombia presenta una mayor participación a partir del año 2004 con el 6 % del Producto Interno Bruto (PIB), seguida de Panamá y Argentina con el 5,2 %, y Perú y Venezuela con el 2 %. Así, se evidencia que es un aspecto importante en el mejoramiento de los indicadores de salud, como el aumento de la esperanza de vida y la disminución en la mortalidad. Sin embargo, deben tenerse en cuenta otras variables como la educación y el nivel de desigualdad entre los países (Santa María, García, Rozo y Uribe, 2011). Por esto, conocer el gasto en salud es importante dentro del contexto del sector.

El sector salud en Colombia es un bien de consumo y se mueve dentro de la sociedad con el concepto de mercado, por lo tanto, es significativo tener claros los conceptos de oferta, demanda y elasticidad para analizar los acontecimientos y las medidas económicas que afectan directamente el campo de la salud en la toma decisiones de producción y *marketing*.



Figura 3. La salud como bien de consumo
Fuente: Shutterstock/700974712

La oferta y su aplicación en el sector salud

Para los economistas, la oferta significa la relación positiva entre el precio de un bien y un servicio y la cantidad que los productores pueden y están dispuestos a ofrecer en el mercado. Esto significa que, si los precios suben, los productores estarían dispuestos y capacitados para ofrecer una mayor cantidad de bienes. Si, por el contrario, los precios bajan, ellos estarían dispuestos a ofertar una menor cantidad de dichos bienes. Esta es la llamada ley de oferta: a medida que aumenta el precio de un bien, la oferta aumenta.



Ejemplo

Un ejemplo podrían ser los proveedores: a mayor precio ofrecen, más servicios se dan a las diferentes EPS, y otro el pago realizado por diagnóstico comparado con el pago realizado por servicio.

El método de pago por servicio involucra una tendencia al aumento del gasto porque no existe ningún estímulo a la limitación de la oferta o la demanda. El paciente solicitará más servicios y la institución brindará la mayor calidad sin tener en cuenta el costo. La elección de pago por diagnóstico radica en hacer una evaluación del “costo aceptable” por paciente, obligando a un uso razonado del cálculo hecho (Hidalgo Vega, 2005).

La calidad se traduce en obtener indicadores adecuados para el comprador y el vendedor. En la prestación de servicios de salud, esto se extrapola al nivel en que los servicios mejoran la salud de las personas de manera conveniente con las pautas y recomendaciones de los profesionales, respondiendo adecuadamente a las perspectivas de los consumidores.

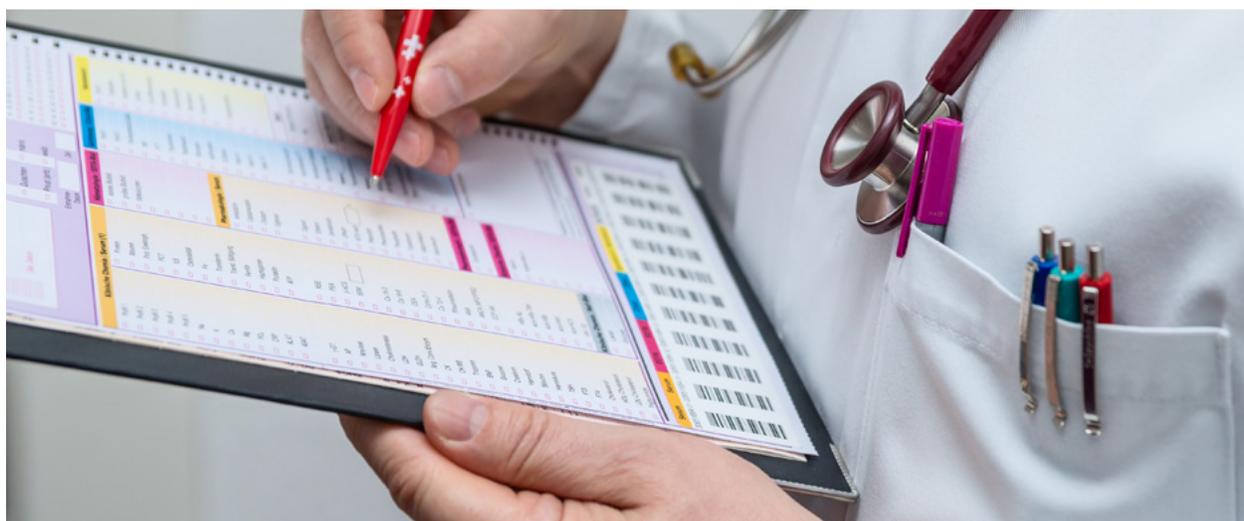


Figura 4. Indicadores de calidad
Fuente: Shutterstock/401415355

La demanda y su aplicación en el sector salud

La demanda se define como la cantidad de bienes o transacciones que los compradores pretenden adquirir en el mercado. Está determinada por variables que afectan la decisión de los consumidores, entre ellas está el precio, lo cual significa que a medida que esta variable cambia, la demanda también lo hace: si el precio sube, la cantidad de demanda disminuye y, cuando esta baja, la cantidad demandada por el consumidor sube (Hidalgo Vega, 2005).

Por tal razón, es importante resaltar que la curva de demanda calcula la cantidad de bienes y servicios que los consumidores están dispuestos a comprar. Los cambios relacionados con el precio se dan por las múltiples variables que pueden intervenir, por ejemplo, dos bienes sustitutos. Si la caída en el costo de uno de ellos genera resultados menos seductores, se compra el otro. Ejemplo: consulta externa versus consulta prioritaria.

Por otra parte, están los bienes complementarios: dos bienes se complementan cuando se consumen conjuntamente. La depreciación del precio de uno de ellos hace más atractiva la compra del otro. Ejemplo: consulta médica versus prescripción de medicamentos o demanda de laboratorios e imágenes diagnósticas.

Es relevante conocer y tratar estos temas, dado que nos enseñan a establecer un adecuado manejo de los procesos que conllevan una eficiente prestación de los servicios de salud.

Por lo mencionado, es importante tener claro que se debe realizar un proceso para maximizar el bienestar de la comunidad con un trabajo conjunto entre las disciplinas de la economía y la salud. Así, el proceso será eficiente y podremos lograr los objetivos para alcanzar un determinado grado de equidad y llegar al punto de equilibrio que la sociedad necesita.

La elasticidad y su aplicación en el sector salud

La elasticidad calcula la sensibilidad de la cantidad demandada ante la magnitud de la diferencia del precio. Ejemplo: número de cirugías bariátricas realizadas en un año y el precio de cada una de las cirugías.

La elasticidad se emplea con regularidad en la relación precio-demanda, la correlación renta-demanda y relación precio-oferta (Hidalgo Vega, 2005).

La elasticidad del precio de la demanda

En el mercado, si sube el valor de un producto, la cantidad solicitada de este bajará. Si baja el precio del producto, la cantidad requerida subirá.

Existen productos en los que el incremento del precio desencadena una variación poco significativa de la cantidad solicitada, lo que se traduce en que los consumidores adquirirán la misma cantidad, independientemente de la diferencia del precio. Así, la demanda de este producto es inelástica. Un ejemplo de esto es la insulina, puesto que los pacientes insulino dependientes deben continuar con el tratamiento, aunque varíe el precio.

Cuando se presentan oscilaciones mínimas en el precio se cambia, en muchas ocasiones, la cantidad demandada y, por consiguiente, se dice que la demanda del producto es elástica. Ejemplo: una IPS decide bajar los precios del parto natural en 3 %, en relación con otras IPS de su competencia. La ocupación aumenta en un 10 %, lo cual significa que la cantidad demandada varía proporcionalmente más que el precio.

Los economistas también utilizan otras elasticidades, como la renta de la demanda, para describir la conducta de los compradores en el mercado. La administración eficaz de los recursos es significativa, debido a que en el sector salud son escasos y limitados. En esto radica la importancia de pensar como economista y usar adecuada y eficientemente los recursos.

El estudio microeconómico en el área de la salud facilita el análisis de los determinantes del costo y los grados de eficiencia en la producción y distribución de los servicios. La tarea de educar a las familias, los análisis de costo beneficio en los programas de salud, las posibilidades entre los servicios asistenciales y los esquemas preventivos y muchas otras actividades diarias son aptas para el estudio económico, dado que este se emplea en casos diversos, siendo más comunes los estudios que miden la eficiencia de acuerdo con los recursos asignados para la obtención de mejores resultados.

En conclusión, las elasticidades de la demanda y la oferta ayudan a tomar decisiones en el gobierno, los negocios y la vida personal, por lo cual es esencial conocer la medida de la elasticidad. Muchas decisiones dependen de si la elasticidad en el precio de la demanda es superior o inferior a uno; otras dependen de la elasticidad de la oferta.

Pensar como un auditor integral en salud nos ayudará a analizar las falencias y los aciertos del sistema de salud y el papel que juegan las instituciones del sector. Por medio de ello, aprenderemos a brindar un servicio con calidad que beneficie a la población, mejorando los resultados en salud y la calidad de vida. También nos ayudará a desarrollar estrategias metodológicas a partir del análisis del costo beneficio y de la medición de indicadores para evaluar el resultado costo efectividad, que nos orientará a considerar varias opciones sobre una misma problemática, abriendo una serie de opciones para la evaluación de políticas alternativas en el sistema de salud.

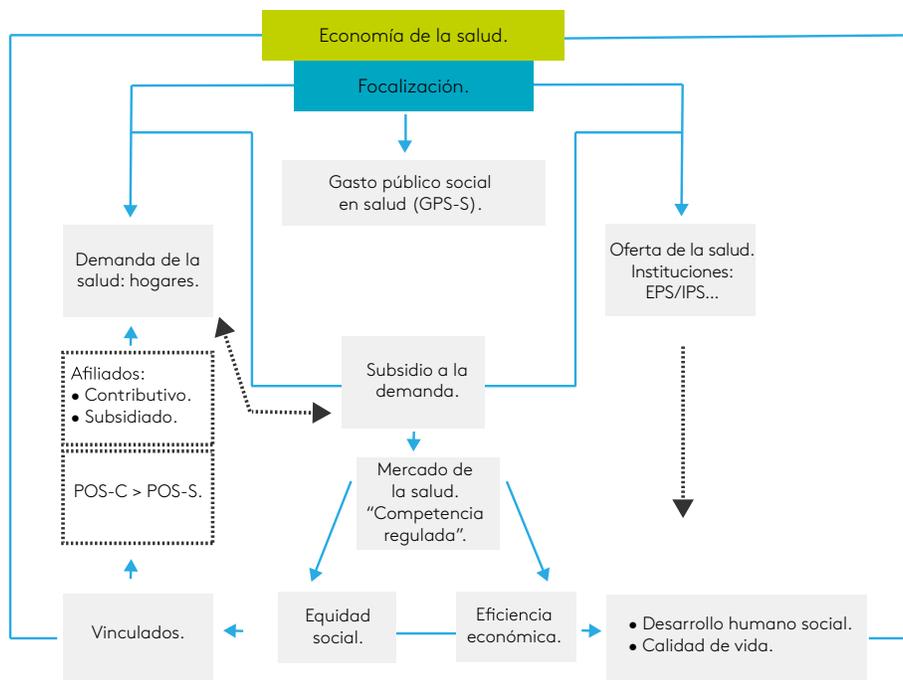


Figura 5. Estructura, valores y fines de la reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993
Fuente: Ospina (2008)

Impacto del sistema de salud en la población

Después de haber realizado una contextualización del SGSSS en Colombia hasta el día de hoy, describiremos parte del impacto que se ha generado en nuestra población. Empezaremos por decir que el acceso a los servicios de salud es aún desigual y racionado. El pobre recibe menos bienes y servicios en salud que el rico. Al respecto, Ramírez (2010) refiere:

” La segmentación de los derechos de propiedad sobre los beneficios de uso en los servicios de salud, incorporando en el Régimen Contributivo un plan que contiene una cobertura sobre la totalidad de riesgos en salud, un listado de medicamentos y casi la totalidad de las opciones tecnológicas de tratamientos e intervenciones y prestaciones económicas (como licencias de maternidad y de incapacidad general); no obstante, se limitaron los beneficios del Régimen Subsidiado a un conjunto de servicios básicos equivalentes a la mitad de los beneficios recibidos en el régimen contributivo (p. 29).

Con base en esta realidad, se reflejan las desigualdades con respecto al acceso a los servicios de salud, de acuerdo con el régimen de cada ciudadano, ligado a la capacidad de pago y las distintas maneras de obtener bienes y servicios.

Como se ha mencionado, la Ley 100 de 1993 fue concebida como una herramienta para lograr la cobertura universal, por medio de un aseguramiento que garantizara la eficiencia, el acceso y la calidad en la prestación de los servicios de salud. Se creó con una ideología neoliberal que arrojó un resultado final de la reforma, evidenciando que la prestación del servicio de salud se ha convertido en un proceso donde siempre existe un intermediario, incluso cuando el Estado había tomado la iniciativa de asumir la responsabilidad en la prestación de los servicios.

Las experiencias de otros países nos enseñan que la distribución en la atención en salud no debe estar ligada a la capacidad de pago, como se distribuyen otros bienes en el mercado, más bien nos llama a la reflexión sobre que estos servicios deben distribuirse por igual, independientemente de la capacidad de pago, motivo por el cual los sistemas de salud deben financiarse equilibradamente. Se plantea la opción de que esto se haga mediante impuestos generales y que se proteja al trabajador, en caso de asignar el impuesto a este grupo (Titelman Kardonsky y Uthoff, 2000). Del mismo modo, es importante resaltar que el gasto de bolsillo o la inversión en seguros privados para los que tienen la capacidad de pago refleja en gran medida la inequidad para ciertos grupos.

Por consiguiente, se podría afirmar que otra variable que mediría la equidad es la oportunidad de acceso a los servicios de salud independientemente de la capacidad de pago. Se calcularía de acuerdo con el nivel de ingreso versus la utilización de los servicios de salud. Las reformas neoliberales de los años 80 y 90 suscitadas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional suscitaron el aumento de las desigualdades (Almeida, 2002).

Se puede afirmar que, en algunos casos, las reformas implementadas fueron mucho más fundamentales que las de los países del norte, incluyendo varios ámbitos desde el financiamiento hasta la reestructuración de los sistemas de servicios. Con esas reformas se esperaba:



Lograr mayor transparencia y equilibrios financieros, mejorar la eficiencia en el uso de los recursos e incorporar nuevos mecanismos para ampliar la cobertura de dichos sistemas y adaptarlos a los desafíos de la transición demográfica y epidemiológica de la población (CEPAL, 2000, p. 56).

El país debe dirigirse de manera decidida hacia el desarrollo de un sistema con una base financiera única y en el que todos los colombianos puedan intercambiar bienes y servicios independientemente de su capacidad de pago. Lo que posiblemente veamos en Colombia será un sistema de salud con una base financiera única que favorezca la competencia entre los proveedores (el Estado y la empresa privada en la parte de los servicios directos de tipo curativo y preventivo, y el sector financiero privado y el público en el mercado de los seguros prepagados) que sea regulado por el gobierno en términos de calidad, eficiencia y equidad.

Contratación de los servicios de salud

Otro aspecto importante en el sistema de salud es la prestación de los servicios, la cual se encuentra regulada por el Decreto 4747 de 2007, por el cual se estipulan las características de las relaciones entre los prestadores y las entidades responsables de los pagos por la prestación de los servicios.



Lectura recomendada

En este punto, se recomienda realizar la lectura complementaria del mencionado decreto.

Decreto 4747 de 2007

Ministerio de la Protección Social

Por una parte, la EPS acordarán la prestación de servicios con las IPS en diferentes modalidades, según lo consideren más conveniente: por capitación, evento o grupo diagnóstico. Del mismo modo, las IPS deberán cumplir con requisitos para la prestación de los servicios dentro de los cuales deben estar habilitadas y contar con indicadores de calidad definidos por el SOGC. Por otra parte, deben tener una adecuada capacidad instalada. De la misma manera, las EPS deben facilitar la información general del grupo etario de su población afiliada, así como un esquema de la organización de la red de servicios que garantice la accesibilidad, al igual que los indicadores de calidad y un buen sistema de referencia y contrarreferencia. Además, la EPS debe tener un medio de comunicación dirigido a los usuarios donde difunda cuál es la red de prestación de servicios.

Este acuerdo de prestación de servicios entre las IPS y EPS se puede pactar mediante un contrato que estipule el término de duración, el mecanismo del contrato, ya sea por capitación o evento, así como las tarifas correspondientes a la prestación del servicio, la información de los usuarios de acuerdo con su perfil demográfico, el mecanismo de conciliaciones y las cláusulas que darán lugar a la terminación del contrato.

El proceso de atención se realizará con una clasificación inicial correspondiente al triaje, seguido de la verificación de derechos, informando a la EPS la atención inicial de urgencias del usuario sin que se excedan las 24 horas. Posterior a esto, la IPS realizará la solicitud de autorización de los servicios o procedimientos a la EPS. La respuesta por parte de la EPS para la atención posterior a urgencias no debe superar las dos horas. Para los servicios adicionales no debe superar las seis horas. Si superado este tiempo no hay una respuesta, se entenderá como autorizado y no podrá ser causal de glosa. En caso de no autorización, la EPS debe expedir una carta de negación. El servicio de referencia y contrarreferencia será obligación de la EPS que, a su vez, deberá garantizar la disponibilidad de los servicios solicitados. La responsabilidad del paciente estará a cargo de IPS hasta el lugar de recepción de la remisión.

Una de las herramientas más importantes para el adecuado funcionamiento del SGSSS es que este debe estar articulado con el SOGC, porque este ofrece los elementos orientadores que ayudarán a decidir sobre las instituciones y a brindar la mejor atención.



Lectura recomendada

Realice la lectura del Decreto 1011 de 2006, el cual se crea como un medio para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Decreto 1011 de 2006

Presidencia de la República de Colombia

Por otro lado, se evidencian diversos retos que se han erigido desde que se implementó la Ley 100 de 1993. Si bien es cierto que el Mipres pretende mejorar el acceso a los servicios de salud reemplazando el CTC y optimizar los tiempos de respuesta en las autorizaciones de medicamentos, procedimientos e insumos, logrando reducir el número de tutelas, por otro lado, se busca fortalecer la autonomía médica. Sin embargo, se sigue apegando solo a un Plan de Beneficios que no es integral. Además, la aplicación de esta herramienta está enfocada al RC, lo cual genera inequidades y desigualdades.

Otro gran reto es combatir la falta de liquidez de la EPS. Con la Ley 1797 de 2016 se quiere avanzar en el mejoramiento del flujo, el saneamiento de deudas y la calidad en los servicios; sin embargo, la corrupción que ha golpeado al sistema es la variable más difícil de combatir, sin entrar en detalles de todos los actores que están involucrados en la formulación de políticas y leyes donde priman los intereses personales.



Lectura recomendada

En este punto, realice la lectura y profundice en los aspectos que trata la ley.

Ley 1797 de 2016

Congreso de la República de Colombia



Instrucción

- Para afianzar los conocimientos adquiridos en este eje, revise los recursos “Organizador gráfico” y “Videorresumen”.
- Finalmente, realice la prueba objetiva del eje, en la cual se evaluarán los conocimientos adquiridos.

Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 905-925.

CEPAL. (2000). Equidad, desarrollo y ciudadanía. Versión definitiva. Recuperado de http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2686/S2006536_es.pdf?sequence=2

Congreso de la República de Colombia. (13 de julio 2016). [Ley 1797 de 2016].

Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V. y Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública de México*, 53, 144-155.

Hidalgo Vega, Á. (2005). Economía de la salud. Madrid, España: Pirámide.

Ministerio de la Protección Social. (7 de diciembre de 2007). [Decreto 4747 de 2007].

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>

Ospina, A. A. (2008). Reforma del sistema de salud en Colombia: focalización del gasto público social en salud. *Semestre Económico*, 11(21), 45-63.

Presidencia de la República de Colombia. (3 de abril de 2006). [Decreto 1011 de 2006].

Ramírez, J. (2010). *Derechos de propiedad del seguro obligatorio de salud en Colombia*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.

Santa María, M., García, F., Rozo, S. y Uribe, M. (2011). Un diagnóstico general del sector salud en Colombia: evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación. En M. Santa María (ed.). *Efectos de la Ley 100 en salud. Propuestas de reforma* (pp. 1-81). Bogotá, Colombia: Fededesarrollo.

Titelman Kardonsky, D. y Uthoff, A. (2000). El mercado de la salud y las reformas al financiamiento de los sistemas de salud. En German Agency for Technical Cooperation y NU. CEPAL. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia* (pp. 19-49). Santiago de Chile, Chile: Fondo de Cultura Económica/CEPAL.

CONTEXTO DE LA SALUD Y LA CALIDAD EN COLOMBIA

Nancy Reinoso - Flor Ángela Gómez

EJE 2

Analicemos la situación



¿Cómo los modelos y enfoques facilitan la mejora continua para el desarrollo de un sistema de gestión de calidad?

Hace muchos siglos, en el tiempo antes de Cristo, el concepto de **calidad** no se tenía en cuenta; sin embargo, se implementaron controles y sanciones para las personas que no ejecutaban correctamente sus labores. El *Código de Hammurabi*, por ejemplo, planteaba el compromiso que tenía un constructor en la elaboración de una casa. Si se presentaba alguna falla que comprometiera la vida de una persona, el constructor tenía que ser ejecutado. Por otra parte, en Fenicia, a los trabajadores que no efectuaban una buena labor se les cortaba la mano (Cubillos y Rozo, 2009).

A finales del siglo XIX, con la Revolución Industrial, se dio inicio a la **implementación** de sistemas de trabajo especializados para mejorar la calidad de los productos. Además, se plantearon nuevos esquemas productivos que generaron la importancia de la inspección en la producción para implementar productos con alta calidad.

En 1947 se estableció la International Organization for Standardization (ISO). Esta organización, conformada por 163 países, tiene tres principios fundamentales: el primero se basa en las opiniones de las personas interesadas en la **norma** y su consenso; el segundo tiene como objetivo satisfacer las necesidades de las organizaciones y de los clientes; y el tercero se basa en la participación voluntaria en la adopción de las normas planteadas por la ISO.

En 1950, Deming, padre de la calidad japonesa y presidente de la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (JUSE), dio conferencias sobre el control estadístico de calidad y el **modelo** administrativo para el manejo de la calidad, en las cuales explicó la responsabilidad del personal directivo para lograr este objetivo. En 1960, Deming da inicio a los sistemas de gestión y control de calidad por medio del ciclo PHVA (planear – hacer – verificar – actuar). Su principal guía fue la JUSE (Cubillos y Rozo, 2009).

En 1963, se creó el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (**Icontec**) como ente asesor del gobierno en materia de normalización técnica, mediante el Decreto 767 de 1964 (Jaramillo, 2015). En 1984, el Icontec es reconocido como el organismo nacional de normalización, mediante el Decreto 2746 de 1984 (Martínez, 2015).



Calidad

Conjunto de características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades del cliente

Implementar

Poner en práctica la planeación que se hizo del sistema de gestión.

Norma

Criterio orientado a ordenar la gestión de una empresa en sus distintos ámbitos.

Modelo

Prototipo que sirve de referencia y ejemplo. Puede ser adoptado.

Icontec

Organismo nacional de normalización. Da las normas técnicas y la certificación de las normas de calidad



Lectura recomendada

Le recomendamos realizar la lectura del decreto para tener mayor claridad.

Decreto 2746 de 1984

Presidencia de la República de Colombia

En 1987, se plantea la norma ISO 9000, la cual especifica los estándares del sistema de gestión de calidad (SGC) reconocido a nivel mundial. Además, brinda las definiciones del **sistema de gestión** (Cubillos y Rozo, 2009).

En el periodo 2003-2008, se da inicio al SGC total, basado en la excelencia de las organizaciones, es decir, va más allá de la calidad planteada por la NTC - ISO 9001, cumpliendo expectativas más altas (Arévalo y Avendaño, 2004).



Sistema de gestión

Herramienta que le permite a cualquier organización planear, ejecutar y controlar las actividades necesarias para optimizar sus procesos.



Instrucción

Antes de continuar, lo invitamos a revisar la línea de tiempo que ilustra la evolución descrita.

Modelos de calidad



Ciclo PHVA

Como se mencionó, el ciclo PHVA fue creado por Deming en los años cincuenta. Su principal objetivo es brindar herramientas para obtener un **mejoramiento continuo** y múltiples ventajas. Este ciclo se divide en cuatro etapas, cada una de ellas tiene pasos diferentes:

- **Planear:** se enfoca en conocer los principales aspectos por mejorar en la organización. Se deben proponer políticas y objetivos claros, y se debe planear cómo cumplirlos. Para este fin, es necesario conocer las necesidades de los clientes y escuchar al grupo operacional de la institución. Por otro lado, se pueden utilizar las 5W 1H: **who** (quién), **what** (qué), **when** (cuándo), **where** (dónde), **why** (porque) y **how** (cómo).



Mejoramiento continuo

Optimizar y aumentar la calidad de un producto, proceso o servicio.

Propuesta de plan de mejoramiento

Este es un ejemplo de cómo podríamos usar las 5W 1H para analizar un problema en la organización.



Figura 1. 5W 1H
Fuente: propia

- **Hacer:** esta etapa tiene como objetivo realizar la propuesta inicial de la planeación. Se deben realizar cada uno de los pasos de las 5W 1H.
- **Verificar:** la finalidad de esta etapa es medir por medio de indicadores los resultados obtenidos en el plan de mejoramiento.
- **Actuar:** para cerrar el ciclo, es necesario determinar en esta etapa si fue efectivo el plan de mejoramiento. De no ser así, es necesario comenzar nuevamente el ciclo PHVA con nuevas estrategias.



Figura 2. Ciclo PHVA
Fuente: <https://goo.gl/K6f8mA>

Como conclusión, este modelo nos permite realizar una planeación estratégica frente a los problemas que se presentan en una institución de forma organizada y clara. Además, nos permite conocer si la planeación está funcionando o no. Si no funciona, es necesario replantear las posibles soluciones y comenzar nuevamente un ciclo (García, 2003).



Instrucción

En este punto, lo invitamos a realizar la actividad práctica "PQR organizacional".

Modelo JCAHO

La calidad de la atención en salud basada en el modelo de la Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) fue creada en 1994. Al ser un éxito total, se unió con la **Organización Mundial de la Salud** (OMS). Hoy en día, son 90 países que trabajan sobre este modelo, cuyo enfoque principal es trabajar sobre el área de la salud por medio de rigurosos estándares de calidad.

Como muchos modelos, este se encamina a la mejora continua, su diferencia es que se enfoca en la seguridad del paciente. Además, brinda servicios de asesoría frente al liderazgo y la atención segura y con calidad de los pacientes, permitiendo que las entidades que quieren **acreditarse** lo hagan fácilmente. Los paneles de asesores son grupos de personas con alta experiencia y educación frente a los sistemas de gestión de calidad. Están conformados por médicos, enfermeros profesionales, administrativos y personas con conocimientos en políticas públicas. Los **paneles** deben conocer las políticas y normas de los países a auditar, ya que cada nación tiene una cultura y unas necesidades específicas.

A continuación, se mostrarán los programas que acredita la JCAHO y en qué se enfoca cada uno.



Organización Mundial de la Salud

Organización que gestiona políticas de prevención, promoción e intervención, específicamente en el área de la salud.

Acreditar

La Real Academia Española da tres definiciones:

1. Hacer digno de crédito algo, probar su certeza o realidad.
2. Afamar, dar crédito o reputación.
3. Dar seguridad de que alguien o algo es lo que representa o parece.

Paneles

Reunión entre varias personas que hablan sobre un tema específico.



Figura 3. Enfoque de los programas que acredita la JCAHO
Fuente: propia

Prepararse para la acreditación permite identificar, planear e implementar los principales pasos necesarios para lograrla (Revilla, 2004). La acreditación se da por medio de una evaluación, por esto, la organización deberá realizar una preparación estricta. Antes de realizar la evaluación, la comisión se encargará de brindar información clara sobre los **estándares** a evaluar y proporcionará asistencia continua en el proceso. Además, dará a conocer los procesos a evaluar y los principios que se deben cumplir frente a la seguridad del paciente, las políticas y la planificación de mejoras continuas (García, 2003).



Estándares

Conjunto de reglas que se deben cumplir frente a los productos y servicios



Lectura recomendada

Lo invitamos a revisar la lectura recomendada. Descárguela y téngala a la mano, dado que esta guía le será útil en la especialización y en la vida laboral.

Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica: "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud"

Ministerio de Salud y la Protección Social

A continuación, se mostrarán los pasos para la acreditación, según la JCAHO.



Figura 4. Pasos para la acreditación según JCAHO
Fuente: propia

Finalmente, el modelo JCAHO se enfoca en la seguridad del paciente por medio de asesorías frente a cada uno de los pasos de la acreditación, los cuales se encaminan a la mejora continua en la atención segura y con calidad de los pacientes.



Instrucción

En este punto, lo invitamos a realizar la actividad de control de lectura.

Normas Técnicas Colombianas ISO

Estas normas son herramientas cuyo objetivo principal es dar las pautas para garantizar la calidad en las empresas. Brindan grandes beneficios, ya que se basan en la mejora continua de los procesos internos y su constante reevaluación. Las normas tienen los siguientes principios de la gestión de la calidad y es necesario determinar:

Contexto de la organización	
Cuestiones internas y externas de la empresa	Determinar las cuestiones internas y externas para su propósito y dirección estratégica.
Necesidades y expectativas del SGC	Conocer y satisfacer las necesidades del cliente.
Alcance del SGC	Conocer los límites de la aplicación del SGC.
SGC y sus procesos	Establecer, implementar y mejorar el SGC.

Tabla 1.
Fuente: propia

Además, se debe establecer, implementar, mantener y mejorar de forma continua el SGC. Además, se deben conocer las entradas requeridas y las salidas esperadas en cada uno de los procesos. Debe contener:



Política

Actividades y compromisos orientados a la toma de decisiones.

Liderazgo en la organización	
Liderazgo y compromiso	La alta gerencia debe liderar y ser la principal encargada del SGC frente a la empresa y al cliente.
Política	Se debe desarrollar y comunicar la política de calidad de la empresa.
Roles, responsabilidades y autoridades	La alta gerencia debe asignar los roles pertinentes. Estos deben ser comunicados en la organización.

Tabla 2.
Fuente: propia

Para plantear un SGC es necesario que la alta gerencia sea la encargada de liderar el proceso y que este sea apropiado frente al propósito de la organización. La alta dirección debe encargarse de dar los recursos necesarios y asegurar su disponibilidad. También debe asignar las responsabilidades y los líderes de los procesos en cada área para la mejora continua.

El desarrollo de la política de calidad debe ser dirigido hacia el propósito de la empresa y frente a su contexto. Además, debe ser un marco de referencia frente a los objetivos planteados del SGC. Por otro lado, la construcción de la política de calidad debe contener las expectativas o requerimientos de los clientes y los propósitos de la organización.

Por último, es necesario establecer la necesidad de nuevos líderes, planteando nuevos roles y responsabilidades a los trabajadores de la organización, con el fin de estar al tanto de lo que ocurre en la empresa. Consta de:

Planificación	
Riesgos y oportunidades	Se deben conocer los riesgos y oportunidades, con el fin de que el SGC pueda lograr sus resultados.
Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué se va hacer? - ¿Qué recursos se necesitan? - ¿Quién será el responsable? - ¿Cuándo se finalizará? - ¿Cómo se evaluarán los resultados?
Planificación de los cambios	Siempre se deben realizar cambios cuando sean necesarios, pero de forma planificada y sistemática.

Tabla 3.
Fuente: propia

Para abordar los riesgos y las oportunidades de la organización es necesario que la empresa planifique la forma de abordar estos problemas e implementar acciones en sus procesos. Debe realizarse una evaluación, con el fin de conocer si se están disminuyendo los riesgos presentados.

Los objetivos de la calidad deben ser coherentes con la política; además, deben ser medibles y acordes con la satisfacción del cliente. Estos pueden ser modificados según las necesidades presentadas durante la implementación del SGC. Debe tener:

Soportes	
Recursos	<ul style="list-style-type: none"> -Personas. -Infraestructura. -Ambiente para la operación de los procesos. -Recursos de seguimiento y medición. -Conocimiento de la organización.
Competencias	Asegurarse de que los trabajadores sean competentes por medio de educación o experiencias adecuadas.
Toma de conciencia	Los trabajadores deben conocer y contribuir a la realización del SGC.
Comunicación	Se basa en la comunicación interna y externa de la empresa. Además, se debe saber qué, cuándo, a quién, cómo y qué comunicar.
Información documentada	La información documentada debe estar disponible y ser adecuada para su uso. Debe estar sujeta a cambios.

Tabla 4.
Fuente: propia

Es deber de la organización conocer y proporcionar los recursos necesarios, contar con el personal requerido y tener una infraestructura que permita la operación de productos y servicios adecuados para la implementación del SGC.

Dada la Norma Técnica Colombiana ISO 9001 de 2015, se debe tener la **información documentada** y, si es necesario, realizar cambios a la documentación.



Información documentada

Todo lo que se realiza en un SGC tiene que encontrarse por escrito en digital o papel.

Operación

Según la norma ISO 9001 de 2015, “la organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la producción” (Icontec, 2015). Se debe tener una comunicación constante con los clientes para conocer sus requerimientos e insatisfacciones. Además, se deben plantear acciones de contingencia en momentos específicos.

La organización debe asegurar que los procesos, los productos y los servicios suministrados sean supervisados hasta el momento de su entrega, con el fin de satisfacer los requisitos del cliente.

Tabla 5.
Fuente: propia

Para la mejora de los SGC se debe implementar cualquier acción necesaria, con el fin de lograr la satisfacción del cliente. Esto puede darse en los productos y servicios para optimizar el desempeño y la eficacia de la organización (Icontec, 2015).

Para tener mayor claridad sobre las diferencias que existen entre los enfoques ISO y JCAHO, contamos con la siguiente tabla:

Comparación de la preparación para la acreditación	
Joint Commission International (JCI)	Icontec
<ol style="list-style-type: none"> 1. Asesoría por la JCI. 2. Evaluación de la referencia. 3. Asistencia continua. 4. Evaluación simulada (de seis a ocho meses antes de la evaluación programada). 5. Evaluación programada. 6. Notificación de la decisión del comité. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoevaluación. 2. Presentación del informe de autoevaluación. 3. Solicitud de acreditación. 4. Evaluación. 5. Informe de evaluación de estándares. 6. Decisión de acreditación. 7. Notificación de la decisión de la junta de acreditación. 8. Apelación. 9. Seguimiento de la acreditación.

Tabla 6. Comparación de la preparación para la acreditación de Icontec y JCI
Fuente: Marín y Suárez (2010)

En conclusión, las normas técnicas nos dan una clara estructura sobre el sistema de gestión de calidad. Además, permiten el análisis completo de diferentes problemas que se presentan en la institución para una mejora continua; por otro lado, constituyen uno de los modelos más usados internacionalmente.

Modelo de calidad de la atención médica de Avedis Donabedian

Creado en 1966, el modelo establece estructuras y procesos; además, brinda como herramientas para los resultados los **indicadores de medidas**.

Según Donabedian, la calidad en la atención médica y la salud encierra varios componentes. Cuando alguno de ellos falla, se producen deficiencias en la prestación del servicio.



Indicadores de medidas

Elementos que se utilizan para medir algo que se propuso.



- **Componente técnico:** abarca la parte de tecnología y ciencia, y cómo se puede mejorar la satisfacción del cliente por medio de un diagnóstico claro y confiable. Por esto, en Colombia se tiene como base el SOGC, el cual especifica las condiciones de capacidad tecnológica y científica en el Decreto 1011 de 2006.
- **Componente interpersonal:** se basa en las comunicaciones interpersonales regidas por los valores y el respeto del personal de la salud hacia los pacientes, con base en las normas socialmente definidas. Es importante tener en cuenta la comunicación acertada del grupo de profesionales de la salud. Se debe tener un lenguaje unificado y claro que permita la satisfacción del paciente.
- **Aspecto de confort:** se enfoca en la satisfacción de la persona frente a su entorno, es decir, la necesidad de estar cómodo en el lugar donde se presta el servicio de salud. Por ejemplo, es diferente estar en un lugar sucio, frío y oscuro que estar en un sitio iluminado, limpio y cálido.

Figura 5. Componentes de calidad y salud médica.
Fuente: propia



Lectura recomendada

Lo invitamos a consultar el Decreto 1011 de 2006, el cual aborda el Sistema Único de Habilitación.

Decreto 1011 de 2006

Presidencia de la República de Colombia



Meta

Punto a donde se quiere llegar. Normalmente se mide por porcentaje.

Efectividad

Capacidad de lograr el efecto que se desea o espera.

Como síntesis, podemos decir que para lograr la satisfacción del cliente en un servicio de atención médica de salud es importante contar con los tres componentes. Si alguno falla, no será posible cumplir la **meta** establecida.

Este modelo permite realizar la medición de los objetivos propuestos, según los componentes expuestos. Cada uno de ellos tiene enfoques diferentes que brindan un completo análisis. Daremos a conocer cuáles son los indicadores:

- 1. Indicadores de estructura:** se enfocan en los recursos humanos y financieros en la prestación del servicio. Permiten determinar la disponibilidad de los recursos y si estos se encuentran organizados.
- 2. Indicadores de procesos:** miden el tratamiento que realizan los profesionales de la salud y su **efectividad**. Siguen el paso a paso de los procesos y determinan si estos se realizaron de forma adecuada.
- 3. Indicadores de resultados:** se orientan a la satisfacción del paciente y la expectativa de la persona frente a la prestación del servicio. Determinan el cumplimiento de los objetivos finales (Cendeiss, 2014).

En Colombia existe una base de medición de indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo nombre es Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud. Esta guía permite medir diferentes indicadores de servicio hospitalario y muestra la estructura que debe tener un indicador, además estos indicadores te servirán posteriormente como guía.



Visitar página

Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención en Salud

Ministerio de la Protección Social

<https://goo.gl/2GxvAX>

Por otro lado, la Resolución 256 de 2016 establece el seguimiento y la evaluación del Sistema de Calidad en la Atención de Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. El Estado exige a los prestadores de servicio de salud mostrar los resultados de los indicadores que se ha medido durante el año, con el fin de ejercer mayor control.



Lectura recomendada

Para más información, se puede consultar la siguiente guía:

Guía metodológica. Sistema Estándar de Indicadores Básicos de Salud en Colombia

Ministerio de Salud y Protección Social



Instrucción

En este punto, lo invitamos a consultar un caso modelo sobre lo expuesto.

Modelo EFQM (modelo de la excelencia)

Antes de comenzar, se aclara que los modelos ISO y JCAHO piden estándares mínimos de la calidad a diferencia del modelo EFQM, dado que su objetivo principal es el reconocimiento total de la organización, de su funcionamiento y de su estructura. Además, busca conocer sus falencias, con el fin de hacer un plan de mejoramiento por medio de un diagrama de causa y efecto.

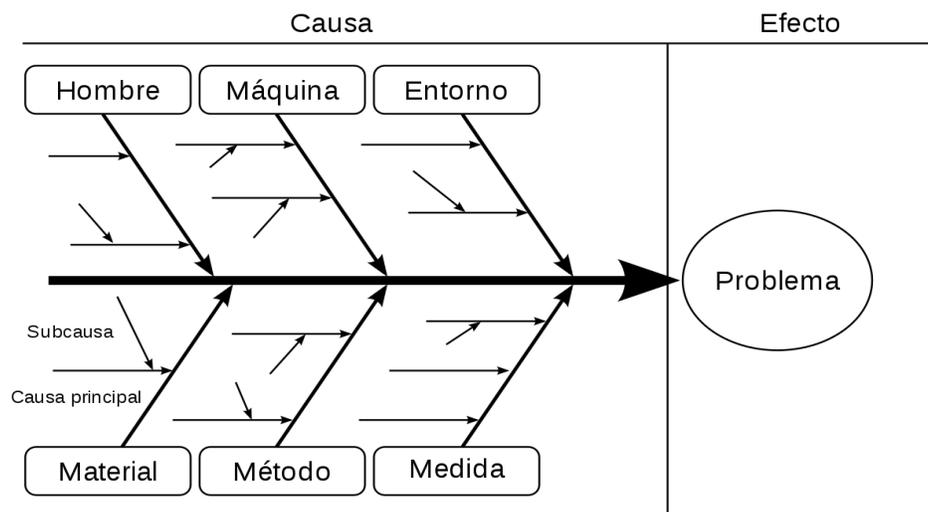


Figura 6. Diagrama de causa y efecto o de espina de pez ideado por el ingeniero Ishikawa
Fuente: VARGUX (Own work), vía Wikimedia Commons

Este diagrama consiste en identificar el principal problema. Luego, se determinan las causas, las cuales pueden ser por mano de obra, equipos tecnológicos, entorno externo, materiales, etc. Así, este método se refiere a cómo se están realizando las operaciones para tomar medidas.

Componentes del modelo

1. Valores de la excelencia: principios esenciales para llegar a una excelencia duradera en el tiempo.
2. Diagrama de causa y efecto: permite conocer los principales problemas de la organización para darles solución.
3. Esquemas Redes: permite analizar el rendimiento de la gestión.

Este modelo brinda un análisis claro y específico. Además, ayuda a realizar la gestión y a anticiparse a los cambios del entorno por medio de oportunidades de mejora y estableciendo prioridades con un trabajo en grupo.

Fases para aplicar el modelo



Figura 7.
Fuente: propia

- 1. Sensibilización y formación:** se debe formar un grupo con personas claves que sean líderes del proceso y estén entrenadas en el modelo. Deben existir equipos de autoevaluación y de mejora.
- 2. Asesoría y diagnóstico:** se da la primera autoevaluación, la cual determina cómo se encuentra la organización y cuáles son los aspectos por mejorar.
- 3. Mejora:** es la fase de aprendizaje, buenas prácticas y comparaciones.
- 4. Reconocimiento:** expone los múltiples beneficios que brinda obtener el sello de excelencia de EFQM.

Este modelo permite conocer el contexto externo de la organización. Si bien este no se puede cambiar, la organización puede prepararse para enfrentarlo con estrategias que eviten afectaciones. Por otro lado, permite formar líderes en los procesos para que garanticen una mejora continua.



Video

Antes de terminar, revise el videoresumen que encuentra en la página principal del eje.

Conclusiones

Existen varios modelos para conocer la estructura de un sistema de gestión de calidad y garantizar una mejora continua.

El ciclo PHVA es una herramienta clave frente a un plan de mejoramiento en un sistema de gestión. Si bien no es la única herramienta, es la más usada en el ámbito mundial.

Los modelos JCAHO e ISO tienen grandes similitudes en sus estructuras. Realizar una integración de estos modelos permite crear un SGC sólido y confiable que garantice la satisfacción del cliente por medio de la atención segura.

Uno de los primeros pasos para crear un SGC es establecer la política y sus objetivos. Así, se debe contar con el propósito de la empresa frente a su contexto, el cual debe ser un marco de referencia frente a los objetivos y contener las expectativas o requerimientos de los clientes, así como los propósitos de la organización. Por otro lado, los objetivos deben ser coherentes con la política, además, deben ser medibles y estar acordes con la satisfacción del cliente. Estos pueden ser modificados según las necesidades que se presenten durante la implementación del SGC.

Los indicadores establecidos por Avedis Donabedian son clave para la medición; sin embargo, es necesario establecer metas claras y objetivas en la organización. En Colombia, contamos con varias herramientas que nos permiten realizar fácilmente esta gestión.

Es necesario tener en cuenta que las acciones deben estar entrelazadas para realizar un correcto SGC y que todo debe estar en un ciclo PHVA, con el fin de lograr la mejora continua.

- Arévalo, M. y Avendaño, A. (2004). *Establecimiento de la estructura del Sistema de Gestión de Calidad para el Centro de Operaciones de Gaia Representaciones S. A. con base en la norma ISO 9001-2000*. (Trabajo de grado). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
- Cendeiss. (2004). *Introducción a la calidad en los servicios de salud en el nivel local. Curso especial de posgrado en gestión local de salud*. San José, Costa Rica: Cendeiss.
- Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993). [Ley 100 de 1993]. DO: 41.148.
- Cubillos, M. y Rozo, D. (2009). El concepto de la calidad: historia, evolución e importancia para la competitividad. *Revista Universidad de La Salle*, (48), 80-99.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Icontec. (2015). *Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9001. Sistemas de Gestión de la Calidad*. Bogotá, Colombia: Icontec.
- Jaramillo, F. (2015) *Antecedentes de certificación de calidad*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7765/El-Sistema-Nacional-de-Calidad-en-Colombia-un-analisis-cualitativo-del-desarrollo-del-sistema.pdf?sequence=1>
- Marín, A. y Suárez, E. (2010). *Documento práctico de preparación para la acreditación internacional del laboratorio clínico*. (Trabajo de grado). Universidad CES - Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (20 de abril de 2006). [Resolución 1416 de 2006]. DO: 49.850.
- Quintero, C. y Pineda, I. (2015). *Diseño de un sistema de gestión integrado QHSE en la empresa Icico S.A.S. en el sector de hidrocarburos en Casanare (Colombia)*. (Trabajo de grado). Escuela Colombiana de Ingeniería Julio Garavito, Bogotá, Colombia.
- Revilla, F. (2014). *Acreditación de calidad basada en el modelo de la Joint Commission International*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.

CONTEXTO DE LA SALUD Y LA CALIDAD EN COLOMBIA

Nancy Reinoso - Flor Ángela Gómez

EJE 3

Pongamos en práctica



¿Qué evaluación realizaría usted para conocer si su institución cumple con los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud?

El sistema de salud colombiano está en crisis. Las constantes quejas de los usuarios con respecto a demoras en la atención, las interminables filas para reclamar medicamentos y la cantidad de trámites para acceder a muchos servicios son apenas algunos aspectos de la problemática que enfrentan muchas personas cuando se ve afectada su salud. Otro aspecto importante es el gasto de bolsillo que tienen que asumir las personas para subsanar por un tiempo o parcialmente su estado de salud.

Por esta razón, la adecuada implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) busca mejorar las prácticas que día a día desarrollan las instituciones, con el fin de satisfacer las necesidades de la población e incentivar una mayor ventaja competitiva frente al mercado.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud



En primer lugar, para comprender el SOGCS es necesario conocer la legislación vigente en Colombia, como se contempla en el Decreto 1011 de 2006 (Presidencia de la República de Colombia, 2006).

Para empezar, definiremos el SOGCS como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos obligatorios y sistemáticos que contiene el sector salud para crear, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud (Ministerio de la Protección Social, 2011).

En el Decreto mencionado también se define la atención en salud como la prestación de servicios en salud, lo cual incluye todas las actividades en pro de mejorar el estado de los pacientes en los procesos de salud-enfermedad.

Asimismo, se define la calidad de la atención en salud como la prestación de los servicios a los usuarios de forma accesible y equitativa para lograr una atención integral con adherencia al sistema.

El objetivo consiste en facilitar y suministrar los servicios de salud a los usuarios con un recurso humano profesional adecuado para satisfacerlos por medio del mantenimiento y del mejoramiento de la calidad. Teniendo en cuenta lo anterior, este sistema deberá cumplir con los siguientes atributos:

Atributo	Definición
Accesibilidad	Utilización real de los servicios de salud.
Oportunidad	Tiempo real en que se accede a los servicios sin que se presenten retrasos en la atención.
Seguridad	La prestación del servicio minimizando la probabilidad de sufrir un evento adverso.
Pertinencia	Asertividad en los servicios que realmente requiere el usuario.
Continuidad	La adherencia de los usuarios y el seguimiento que realiza el sistema con la utilización de los servicios sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias.
Satisfacción	Percepción positiva que tienen los pacientes de la atención recibida.

Tabla 1. Atributos del SOGCS
Fuente: propia



Figura 1. Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS
Fuente: propia

Como observamos en la figura, se puede deducir que las entidades encargadas del funcionamiento adecuado del SOGCS son: el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual expedirá y creará las normas de calidad. Además, está encargado de mantener actualizada esta reglamentación y brindar asistencia técnica a los prestadores. Por otro lado, la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) realizará las funciones de vigilancia, control e inspección del SOGCS y, en caso de ser necesario, aplicará sanciones. Las entidades departamentales y distritales estarán encargadas de brindar la asesoría pertinente sobre la norma y de hacer cumplir esta legislación, así como de su divulgación a los prestadores de servicios. Por último, las instituciones municipales son las responsables de realizar la asesoría técnica para la implementación y ejecución de la auditoría para el mejoramiento en la calidad de la atención de salud.

Los componentes del SOGCS, los cuales se encuentran contemplados en el Decreto 1011 de 2016, son:

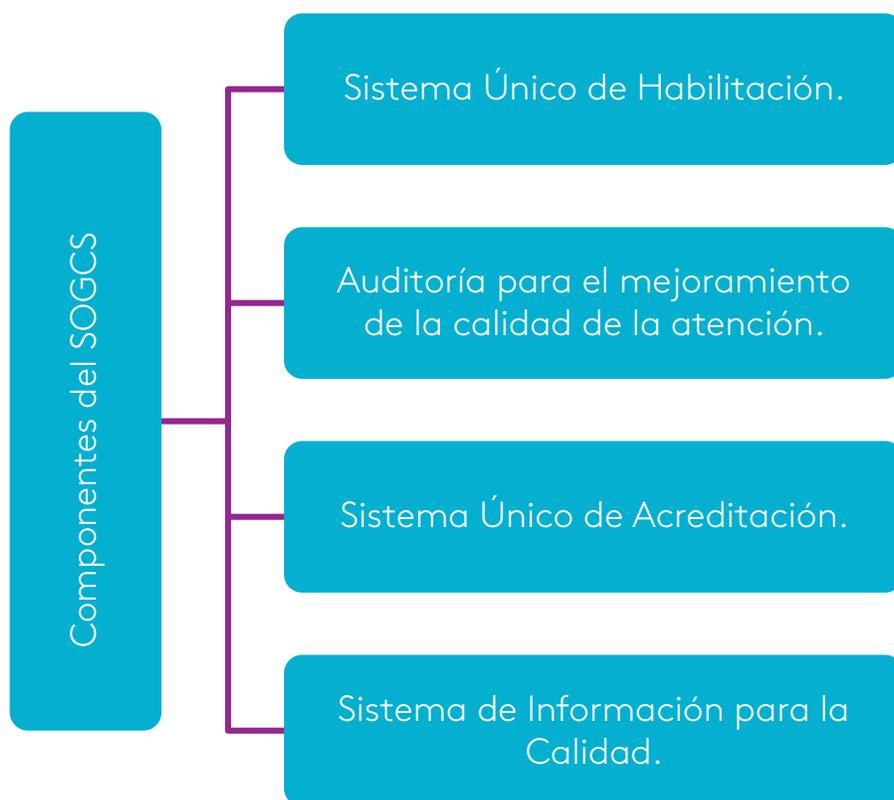


Figura 2. Componentes del SOGCS
Fuente: propia

Sistema Único de Habilitación

Está definido como el instrumento por el cual se realizan las normas, los requisitos y los procedimientos, así como las actividades por las cuales se verifica, registra y controla el cumplimiento de las condiciones mínimas requeridas para permanecer en el sistema, cuya finalidad es garantizar la calidad en la prestación de los servicios. En la práctica, el proceso de habilitación busca dar a los usuarios seguridad y tranquilidad ante los posibles riesgos producidos por la atención.

Por otro lado, para la habilitación de los prestadores de servicios es necesario que estos cuenten con condiciones básicas como **capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera** de las IPS y capacidad técnico-administrativa, que comprenda un área de contabilidad para la realización de los resultados financieros de las instituciones. Asimismo, es necesario el registro especial de los que prestan los servicios, el diligenciamiento del **formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores** y la autoevaluación de la ejecución de los estándares para la habilitación.



Capacidad tecnológica

Son los conocimientos y habilidades aportados por el recurso humano a la institución.

Capacidad científica

Es la construcción de los conocimientos para llegar a ser aplicados.

Suficiencia patrimonial y financiera

Es la construcción de los conocimientos para llegar a ser aplicados.

Formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores

Es la construcción de los conocimientos para llegar a ser aplicados.

- ¿Quiénes se habilitan?
 - IPS.
 - EPS, RC y RS.
 - Servicio de transporte especial de pacientes.
 - Redes integradas de servicios.
 - Profesionales independientes.

- ¿Qué condiciones deben cumplir?
 - Suficiencia patrimonial.
 - Capacidad técnico-administrativa.
 - Capacidad tecnológica y científica.

- ¿Qué procesos comprende?
 - Autoevaluación.
 - Declaración.
 - Registro.
 - Verificación.

En la habilitación, las IPS se hacen garantes de la autenticidad de la información suministrada, así como de las situaciones declaradas. Del mismo modo, se debe permitir la verificación, reportar las novedades y renovar la inscripción. Los pasos de renovación, registro de las novedades e inscripción son gratuitos.

En el proceso de evaluación, los prestadores son los que evalúan sus propias condiciones, de acuerdo con los estándares definidos en la Resolución 2003 de 2014, excepto en los casos de centros de drogadicción y farmacodependencia o telemedicina, los cuales adicionan las resoluciones 1315 y 1448 de 2006 y la Resolución 1448 de 2006 para el campo específico de telemedicina.



Lectura recomendada

Se recomienda hacer la lectura complementaria de la Resolución 2003 de 2014, específicamente de las páginas 1-10.

Resolución 2003 de 2014

Ministerio de Salud y Protección Social

Cuando la inscripción está inactiva por algún tipo de incumplimiento en la actualización de información, los prestadores deberán realizar una autoevaluación como proceso inicial a la inscripción en el **Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)**. Otro aspecto importante es que cuando una IPS quiere abrir un nuevo servicio, como urgencias, nefrología, diálisis, unidad de trasplante y unidad de cuidado intensivo (UCI), es obligatoria una visita previa de los entes territoriales. A diferencia del servicio de oncología que se hará a través del gobierno nacional. Posterior a esto, el prestador debe mostrar los soportes a la dirección departamental o distrital de salud. Adicionalmente, las IPS deben llevar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC) en medio magnético para la asignación de un código, con el fin de soportar la inscripción que más adelante será registrada en la base de datos de los prestadores.

Posterior a la inscripción, la dirección departamental o distrital agenda una visita para confirmar el cumplimiento de las condiciones de habilitación. En caso de cumplir, se certifica; en caso contrario, se revocará el proceso de habilitación, lo que se traduce en el cierre o la sanción de los servicios.

En el registro se deben incluir los datos del prestador, la ubicación geográfica del sitio o sitios de prestación de servicios, la **capacidad instalada** y los servicios ofertados, teniendo en cuenta su nivel de complejidad. Este registro se realiza en un formulario el cual discrimina por modalidad, ya sea **intramural**, **extramural** u otros.

Los que aplican en otras categorías son centros de drogadicción, rehabilitación, acondicionamiento físico o de estética y medicina reproductiva. Para poder contratar un servicio, es obligatorio que estos se encuentren habilitados.

Es un deber reportar las novedades en el formulario del REPS en caso de alguna modificación en la sede, la apertura de un nuevo servicio, el cambio de gerente, el cierre de un servicio —aunque sea temporal—, la ampliación de un servicio, la liquidación de la institución, así como lo cambios del horario de atención. Esto se realizará ante la entidad departamental o distrital.



Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Registro contenido en la base de datos de las instituciones habilitadas (Presidencia de la República de Colombia, 2006).



Capacidad instalada

Hace referencia a la disponibilidad necesaria de la infraestructura para la prestación de los servicios.



Intramurales

Son los servicios prestados dentro de las instalaciones de la institución.



Extramurales

Son los servicios prestados fuera de las instalaciones de la institución, por ejemplo, la atención médica domiciliaria.

El proceso de habilitación se debe realizar de acuerdo con los estándares establecidos en la Resolución 2003 de 2014, los cuales muestran las expectativas a cumplir por los servicios a habilitar, como el desempeño, la estructura o los procesos que son importantes para ofrecer un buen servicio en las diferentes instituciones y mejorar la calidad en la atención.



Lectura recomendada

Ahora, le sugerimos continuar con la lectura de las páginas 21-35 de la Resolución 2003 de 2014.

Resolución 2003 de 2014

Ministerio de Salud y Protección Social

Estos estándares de habilitación hacen parte de los requisitos mínimos que deben aplicar las instituciones prestadoras de servicios, con el fin de brindar una atención segura a los usuarios.

Talento humano

Corresponde al personal requerido para la prestación de los servicios.

Infraestructura

Hace referencia al mantenimiento de las instalaciones y los requerimientos para funcionar.

Dotación

Son todos los elementos necesarios para el adecuado funcionamiento de los servicios de manera segura para el paciente.

Medicamentos y dispositivos médicos

Son todos los requerimientos y especificaciones con los que deben contar los dispositivos y medicamentos disponibles para la atención segura de los pacientes.

Procesos prioritarios

Son todos los procesos y estrategias realizados por las instituciones, con el fin de asegurar la prestación al paciente con la mayor calidad y reduciendo al mínimo cualquier evento derivado de la atención.

Historia clínica y registros

Establecen todos los requerimientos con los que debe contar la historia clínica durante la atención del paciente, desde la apertura hasta la conservación.

Interdependencia

Es la seguridad de la prestación de otros servicios derivados de la atención, con el fin de brindar una atención integral.

Figura 3. Estándares de habilitación
Fuente: propia

Las entidades departamentales y distritales deben tener los datos de los registros especiales de prestadores. Asimismo, el ministerio se compromete a mantener actualizada la base de datos, de acuerdo con los reportes realizados por los prestadores. Estas entidades son las encargadas de realizar visitas de verificación, con el fin de observar el cumplimiento de las condiciones exigidas. Estas visitas son realizadas por un equipo interdisciplinario, el cual está ampliamente capacitado por una institución educativa certificada. Queda soporte de la visita mediante actas. Por último, esta visita se realiza, como mínimo, una vez en los cuatro años que tiene como vigencia el periodo de habilitación. Posterior a esto, se realiza el envío del certificado de cumplimiento de las condiciones en un tiempo de 15 días.

Si en la contratación de los prestadores se detecta algún tipo de incumplimiento de las condiciones, se informará a las entidades, las cuales, en un plazo no mayor a sesenta días, tomarán las medidas que sean necesarias.

Los prestadores se encargan de colocar en sitios visibles los servicios habilitados por el ministerio. La habilitación de las **Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)** está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, pero el ministerio es el ente que lleva a cabo el procedimiento en cuanto a la verificación, el registro y el control. La habilitación de estas instituciones está dada por término indefinido, pero deben actualizar los requisitos mencionados.



Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

Son consideradas las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado y las empresas de medicina prepagada (Presidencia de la República de Colombia, 2006).



Instrucción

Para conocer más, lo invitamos a revisar la línea de tiempo que se encuentra en los recursos del eje.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud

Este componente se caracteriza por ser propio de la institución, mediante la realización de auditoría interna continua, con el fin de dar cumplimiento a los estándares de calidad mínimos que debe contener el Sistema de Habilitación.

Este proceso es obligatorio para todas las direcciones departamentales, distritales y municipales, así como para las instituciones aseguradoras del Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, IPS y empresas que presten servicios adicionales al Plan de Beneficios.

Las actividades realizadas por la auditoría interna deben estar alineadas con los estándares de acreditación, de manera que este proceso implique que se realicen actividades de evaluación, seguimiento y planes de mejora. Así, las entidades están obligadas a realizar procesos de auditoría, con el fin de mejorar la calidad y brindar una mayor satisfacción a los usuarios.

El proceso de auditoría debe operar en los siguientes niveles:

1. Autocontrol: cada funcionario mide, planea, ejecuta, verifica y ajusta las operaciones para que se realicen de acuerdo con los estándares de calidad.
2. Auditoría interna: es la evaluación realizada por la misma institución, por un área externa al proceso que se audita, con el fin de aportar para que se logre la cultura del autocontrol.
3. Auditoría externa: es la evaluación que realiza un externo a la institución, con el fin de verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol.

Este modelo es ejecutado por medio de las siguientes acciones:

1. Acciones preventivas: se realizan teniendo en cuenta los procesos prioritarios definidos por la institución. Se deben hacer de manera previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad.
2. Acciones de seguimiento: son los mecanismos de auditoría que realizan los colaboradores y las instituciones en la prestación de sus servicios de salud sobre los procesos detectados en el anterior paso.
3. Acciones coyunturales: son realizadas por los funcionarios y la institución retrospectivamente, con la finalidad de analizar la ocurrencia de los eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de planes de mejoramiento orientados a la solución inmediata.

El modelo de auditoría será implementado según el tipo de entidad de la siguiente manera:

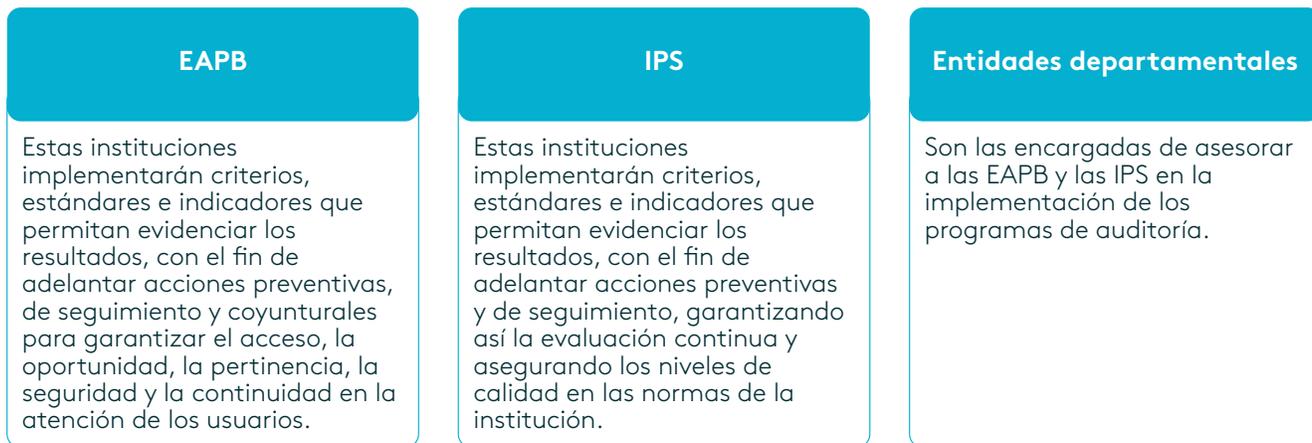


Figura 4. Implementación del modelo de auditoría
Fuente: propia

Sistema Único de Acreditación

Es una herramienta de evaluación externa que se realiza de manera voluntaria con el objetivo de demostrar, evaluar y comprobar la capacidad de excelencia con niveles superiores de calidad que tienen las instituciones prestadoras de servicios.

El objetivo de la acreditación es buscar estrategias para aumentar la eficiencia y la efectividad, mejorando el desempeño del Sistema de Seguridad Social y logrando una mayor satisfacción del usuario. El sistema está diseñado para que las instituciones se certifiquen en la prestación de servicios con estándares de mayor calidad, por medio de evaluaciones que demuestren el cumplimiento de los estándares por parte de las IPS, las EPS del Régimen Contributivo y del Subsidiado, y las empresas de planes adicionales al Plan de Beneficios que voluntariamente opten por esta herramienta.

La acreditación en salud en Colombia está enmarcada en el SOGC como una herramienta de mejoramiento institucional, concebida para afectar de manera positiva la eficiencia de los procesos al servicio del usuario y generar un incentivo de mercado al dar una señal positiva del reconocimiento público a la buena gestión.

De acuerdo con el Decreto 903 de 2014, los principios que hacen parte de este sistema son:

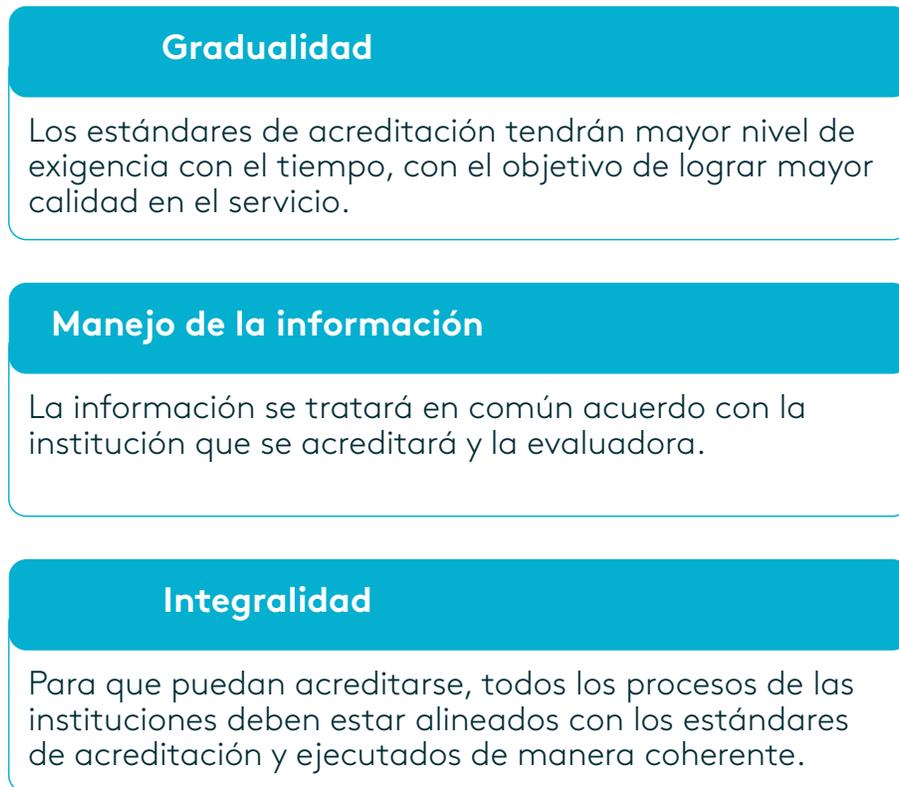


Figura 5. Principios del SOGC
Fuente: propia

Las entidades evaluadoras que realizan el proceso de acreditación deben cumplir con la acreditación por ISQUA (International Society for Quality in Healthcare) y deben tener cinco años de experiencia en estos procesos. Finalmente, el ente que expide el certificado es el Icontec.



Instrucción

Para afianzar los conocimientos adquiridos hasta el momento, lo invitamos a desarrollar el crucigrama que encuentra en la sección de actividades el eje.

Sistema de Información para la Calidad

Por medio de esta herramienta se busca generar mayor competencia entre los diferentes actores del sector y brindar herramientas a los usuarios, con el fin de que conozcan sus derechos y deberes. Además, se busca lograr que los prestadores aumenten sus niveles de calidad y generar el mismo efecto en las empresas que ofertan servicios adicionales al Plan de Beneficios, con el fin de que los usuarios cuenten con una amplia gama de opciones al momento de ejercer sus derechos en el sistema salud.

Este sistema de información estará disponible en una página web suministrada por el ministerio, con el propósito de que los usuarios tengan acceso sobre los estándares calidad de los servicios de las diferentes instituciones, contribuyendo así a orientar la conducta de la población para la selección más adecuada de la IPS (Ministerio de la Protección Social, 2011).

Los objetivos del sistema de información contemplan las siguientes funciones:

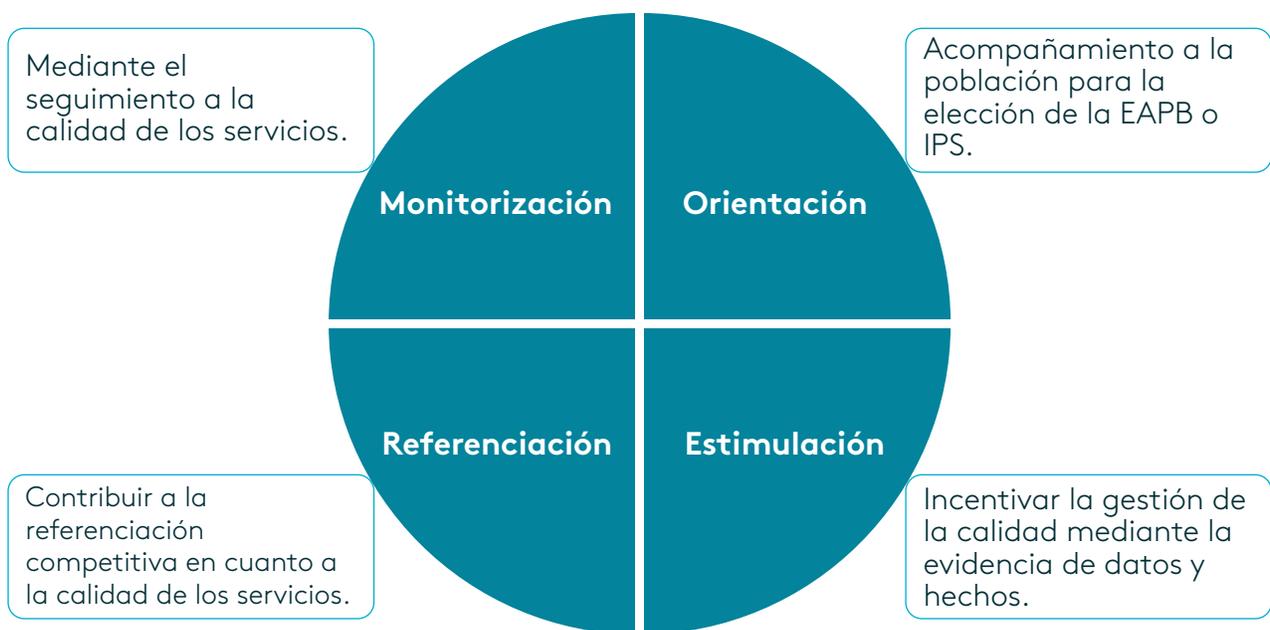


Figura 6. Objetivos del Sistema de Información para la Calidad
Fuente: propia

Como última función respecto a este componente, se tiene que está dirigido a las entidades e instituciones, las cuales deben realizar los reportes de los indicadores de calidad ante la Superintendencia de Salud, con el fin de evaluar la oportunidad en la que se prestaron los servicios a los usuarios. Asimismo, con estos reportes se busca observar qué barreras se presentaron para acceder a los servicios de salud, determinar si la atención del paciente fue segura y evaluar qué percepción tuvo el paciente de la atención.



Instrucción

Como parte del aprendizaje, consulte el recurso “Nube de palabras” en la página principal del eje.

En este punto, es importante resaltar que el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud es crucial en la gestión de la política de seguridad del paciente. Para la gestión de esta política, es necesaria la colaboración de los distintos actores, con el fin de sensibilizar, coordinar y promover acciones que generen impactos positivos en la salud de la población. Esta política parte del resultado arrojado por la atención brindada por el profesional de la salud; por esta razón, es importante contar con su participación, debido a la complejidad que resulta de este proceso, con el fin de defender los señalamientos injustificables.

La seguridad del paciente está definida por el ministerio como el grupo de elementos, procesos e instrumentos basados en la evidencia científica probada para minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención o aminorar sus consecuencias (Ministerio de la Protección Social, 2011).

El primer paso al que se hace referencia es la atención en salud, definida como los servicios recibidos por los usuarios con la finalidad de promover la salud. El indicio de la atención insegura es la ocurrencia de un suceso que puede advertir el incremento de los incidentes o eventos adversos.

La prestación inadecuada de la atención es el resultado de la deficiencia para llevar a cabo una acción prevista, la cual se evidencia por medio de la mala ejecución en los procesos y en las fases de planeación o de ejecución de manera no intencional. El riesgo lo definimos como la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso. El evento adverso es el resultado no intencional de producir daño. Estos eventos se clasifican en prevenibles y no prevenibles. Los prevenibles son aquellos resultados no intencionales que se podrían haber evitado. Los no prevenibles son resultado del sistema de gestión del evento adverso, como las acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla en la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

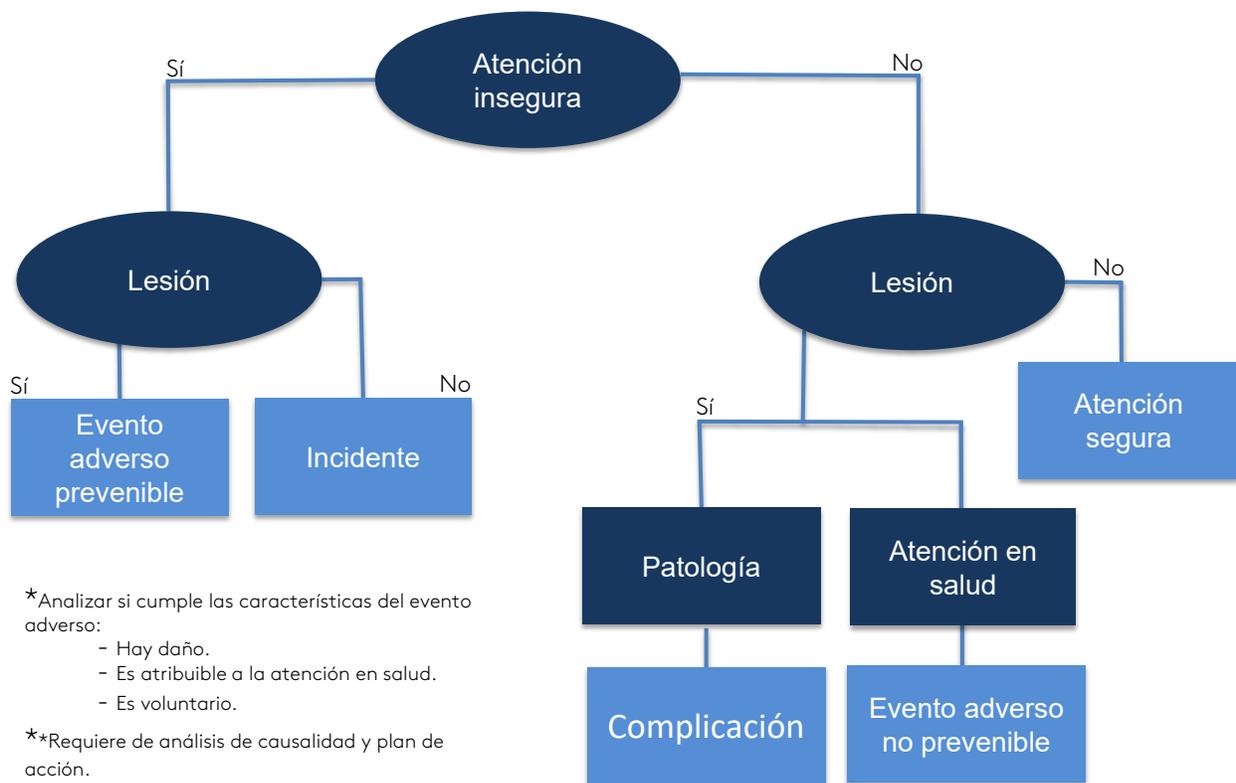


Figura 7. Modelo conceptual de la política de seguridad del paciente
Fuente: Ministerio de la Protección Social (2011)

Los objetivos de esta política se proponen para diseñar procesos de atención en salud que promuevan una atención en salud segura disminuyendo el riesgo de que ocurra un evento adverso, por medio de la implementación de estrategias exitosas respaldadas por evidencia científica y de la adopción de herramientas prácticas que impulsen un entorno seguro de la atención en salud, con ayuda de la coordinación de los distintos actores del sistema.

Otro punto fundamental en el que las instituciones deben enfocarse es la educación de los pacientes y sus familias, con el fin de aportar conocimientos sobre los factores para mejorar la seguridad de los procesos de atención a los que pueden estar expuestos los pacientes.

Los pasos a seguir para llevar a cabo la política de paciente seguro consisten, en primer lugar, en la planeación estratégica de la seguridad a cargo de cada institución, con la que se logren aplicar las buenas prácticas; en segundo lugar, se busca fortalecer esta política por medio de la capacitación y sensibilización de todo el personal; y, por último, se busca la implementación de procesos seguros, por medio del análisis de los eventos y la realización de un plan de mejora que impacte los resultados producidos en la atención prestada.

Esta política brinda herramientas transversales que orientan la implementación de acciones para optimizar los resultados.

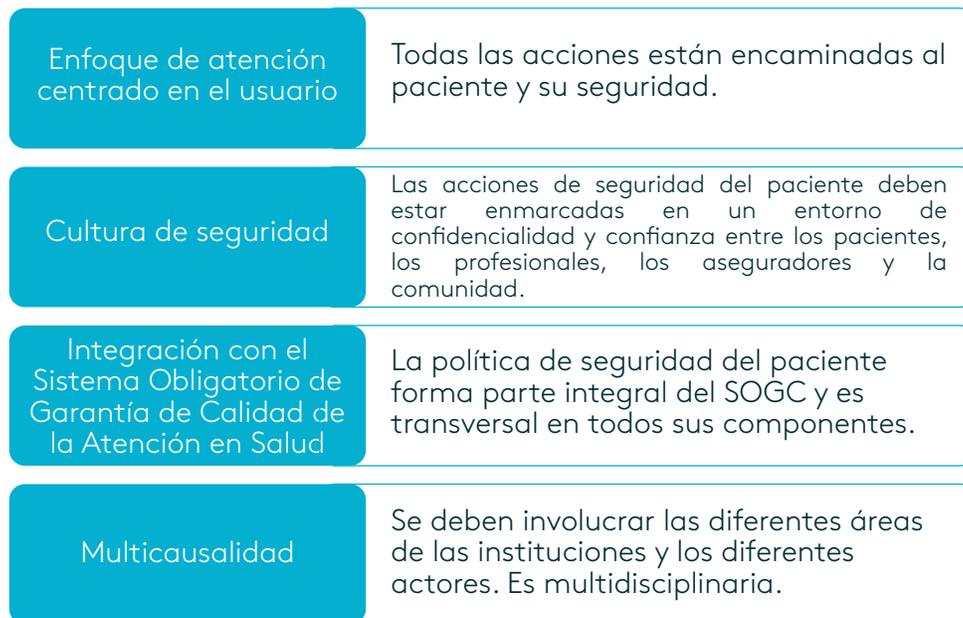


Figura 8. Herramientas transversales de la política de seguridad del paciente
Fuente: propia

El esquema muestra los principios orientadores en la implementación exitosa de esta política, partiendo del enfoque principal, el cual debe estar centrado en la atención al usuario hasta llegar al principio de multicausalidad, en el cual se deben implicar las diferentes áreas de las instituciones.

Esta política debe tener validez para que genere impacto. Se requiere efectuar metodologías soportadas en la evidencia científica, en este orden, el desarrollo de estos principios se debe hacer en compañía del paciente y su familia para involucrarlos en las acciones de mejora.

En comparación con los eventos adversos documentados en los diferentes sistemas de prestación de servicios de salud del mundo, existen múltiples estudios que evalúan la frecuencia con la que se presentan y se aplican diversas modalidades epidemiológicas para detectarlos. Estas experiencias se han desarrollado en dos momentos: en primer lugar, se aplican técnicas de tamizaje por parte del personal de enfermería para descubrir alertas que podrían indicar una alta posibilidad de que se presente un evento adverso, teniendo en cuenta que es el área de enfermería la que está en contacto continuo con los pacientes. En un segundo momento, se realiza un análisis por los diferentes profesionales de distintas áreas para ratificar si en el anterior tamizaje se muestra la ocurrencia de un evento adverso, con el fin de clasificar y explorar su causalidad.

En la política de seguridad del paciente se deben tener la identificación y el análisis de los eventos adversos y los incidentes para reconocer sus causas y las acciones para intervenirlos.

A partir del análisis, se crean e implementan políticas seguras en los diferentes procesos. Dentro de las prácticas seguras que utilizan las instituciones para disminuir la probabilidad de ocurrencia del evento adverso se encuentran:

- Actividades orientadas a garantizar la atención para reducir al mínimo la ocurrencia de eventos.
- Actividades orientadas a prevenir errores en la administración de medicamentos.
- Actividades individuales y organizacionales orientadas a minimizar las fallas agregadas al componente humano, como son el cansancio, el desconocimiento de las guías, la mala comunicación y la falta de entrenamiento.
- Programas para prevenir las caídas de pacientes.
- Protocolos para el proceso de remisión de pacientes.

Las instituciones deben implementar estrategias orientadas a mejorar la seguridad del paciente. Estas se deben desarrollar de manera sistemática, mediante la implementación de guías prácticas.



Instrucción

Para finalizar, observe detalladamente el organizador gráfico, en el cual encontrará los aspectos relevantes del eje.

En síntesis, es importante tener en cuenta que en las instituciones de salud todas las áreas directivas, asistenciales y administrativas, así como el personal en formación, deben estar comprometidos con la política de seguridad del paciente como estrategia imprescindible para lograr un entorno seguro e incentivar la generación de una cultura de seguridad.

La política debe establecer en forma clara los propósitos de su formulación, dentro de los cuales es importante instituir una cultura equitativa de seguridad del paciente que fomente la responsabilidad de todas las áreas. Esta política debe contener los objetivos en aras de disminuir los incidentes y eventos adversos, así como promover un entorno seguro de atención.

De la misma manera, se deben crear estrategias de educación, capacitación, entrenamiento y motivación del personal para poner en práctica todas las estrategias, con el fin de mitigar los efectos en el paciente y generar los planes de mejoramiento. Así, se podrán minimizar los posibles efectos adversos e incidentes en la prestación de los servicios.



Instrucción

Por último, lo invitamos a complementar este tema con la realización de la prueba objetiva.

Ministerio de la Protección Social. (2008). *Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente*. Recuperado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Documents/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2011). *Guía práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud*. Recuperado de http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de mayo de 2014). [Resolución 2003 de 2014].

Presidencia de la República de Colombia. (3 de abril de 2006). [Decreto 1011 de 2006]. DO: 46.230.

CONTEXTO DE LA SALUD Y LA CALIDAD EN COLOMBIA

Nancy Reinoso - Flor Ángela Gómez

EJE 4

Propongamos



¿Cómo podría una organización obtener una mejora continua con base en los principios de calidad?

El siguiente referente de pensamiento permite conocer los principios de calidad de un sistema de gestión. Es importante tener en cuenta que estos principios están relacionados con todas las partes interesadas (clientes, trabajadores, sociedad, prestadores de servicios y entes gubernamentales), las cuales comparten el mismo objetivo: lograr la mejora continua y la satisfacción del cliente.

Por otro lado, estos principios permiten realizar un sistema de gestión de calidad basado en un ciclo PHVA, conociendo los problemas de la organización, y hacer cambios y seguimientos sobre estos por medio de indicadores de medida. Además, si la planeación no fue la esperada, permiten replantear las soluciones.

Principios de la gestión de calidad



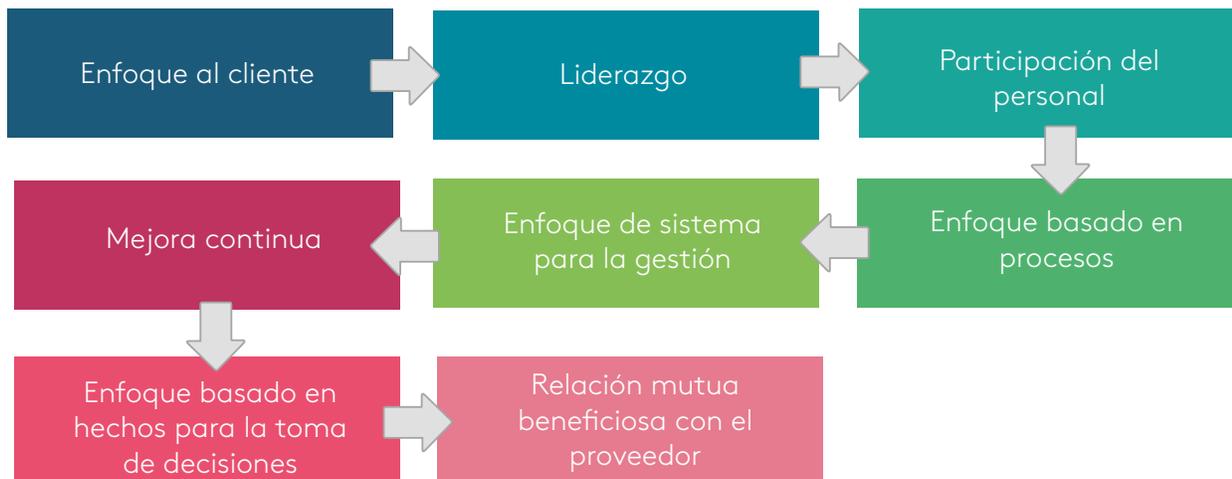


Figura 1. Principios de la gestión de calidad
Fuente: propia



Instrucción

Antes de continuar, escuche el *podcast* sobre los principios de gestión de calidad y responda las preguntas planteadas.

1. Enfoque al cliente

Este principio se encamina a la satisfacción del cliente. Es necesario conocer las necesidades del paciente, sus expectativas frente a la prestación del servicio, sus creencias religiosas, su cultura y su estilo de vida.

Muchas empresas de salud realizan una encuesta de satisfacción para conocer si el paciente se encuentra satisfecho con el servicio prestado. De no ser así, se debe realizar un plan de mejoramiento.

En este principio se debe realizar una **planeación estratégica** que permita llegar a un acuerdo entre la organización y luego pasar a un consenso entre las dos partes (Mettler Toledo, 2014).



Planeación estratégica

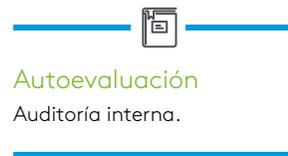
“Es la elaboración, desarrollo y puesta en marcha de distintos planes operativos por parte de las empresas u organizaciones, con la intención de alcanzar objetivos y metas planteadas” (Pérez, 2008).

En la norma ISO 9004 de 2009 (Icontec, 2009) se enfatiza en el enfoque al cliente y se expresa: “El éxito sostenido de una organización se logra por su capacidad para satisfacer las necesidades y las expectativas de sus clientes y de otras partes interesadas a largo plazo y de un modo equilibrado” (p. 6).

Para lograr la satisfacción del cliente, es necesario trabajar con todo el grupo organizacional con conciencia, aprendizaje e innovación en la prestación del servicio (Icontec, 2015).

1.1. Análisis DOFA

Para iniciar la planeación del principio del enfoque al cliente, se debe realizar la **autoevaluación** de todos los procesos y recursos, la cual se puede dar por medio del análisis DOFA (debilidades, oportunidades, fortalezas, amenazas) (Icontec, 2009). Este análisis es una herramienta que permite conocer los factores internos y externos que afectan o dan ventajas a la organización.



Los factores internos son las fortalezas y debilidades que presenta la organización y que pueden tener cambios, según las estrategias de la empresa. Los factores externos son las oportunidades y amenazas. Estos factores no pueden modificarse, pero su análisis le permite a la organización prepararse para las situaciones que se pueden presentar (Icontec, 2015).

- **Debilidades:** se refieren a los aspectos por mejorar de la empresa. Por ejemplo, la alta rotación del personal, lo cual implica la pérdida de información y el aumento de los gastos.
- **Oportunidades:** son situaciones externas que puede aprovechar la empresa. Por ejemplo, una clínica de oncología tiene como oportunidad que hay poca competencia en el mercado.
- **Fortalezas:** son los elementos positivos con los que cuenta la empresa que le permiten tener mejores oportunidades sobre otras organizaciones, como ejemplo, la alta solvencia económica.
- **Amenazas:** son los aspectos externos que afectan a la organización y que no pueden ser cambiados. Por ejemplo, una IPS que no pueda pagar la nómina a sus empleados porque su cliente de la EPS no ha pagado.

A continuación, se muestra una figura que explica por medio de un ejemplo la correlación que debe haber entre las debilidades, las oportunidades, las fortalezas y las amenazas.

Análisis DOFA	Oportunidades	Amenazas
	Poca competencia en el mercado.	Nueva normatividad sobre pacientes paliativos.
Fortalezas Exclusividad en la prestación del servicio.	Estrategias FO Desarrollo de nuevos servicios acordes con las necesidades del paciente.	Estrategias FA Diseñar servicios que cumplan con la normatividad vigente.
Debilidades Poca comunicación entre los trabajadores.	Estrategias DO Iniciar una capacitación con el fin de mejorar la relación entre el personal para aprovechar la poca competencia en el mercado.	Estrategias DA Diseñar un plan de mejoramiento, según lo establecido en el Decreto 1072 de 2015.

Figura 2. DOFA
Fuente: propia

Después de la autoevaluación, por medio de la DOFA se debe continuar con la formulación de la estrategia y la política de la organización (Icontec, 2015).

1.2. Plataforma estratégica y política organizacional

La planeación estratégica contiene la misión, la visión y los valores de la organización, según sus necesidades, expectativas y objetivos.

Veamos cómo se pueden ejecutar las partes de la plataforma estratégica de una organización y qué debe llevar en su contenido.

Misión	Visión	Valores
Qué función realiza la organización de forma concreta.	Debe tener una fecha establecida, preferiblemente no mayor a cinco años.	Enfocados en una cultura empresarial.
Cuáles son sus prioridades.	Conocida por sus empleados.	Que promuevan cambios de pensamiento en sus trabajadores.
Enfocada a sus clientes.	Debe tener una fecha establecida, preferiblemente no mayor a cinco años.	Que eviten conflictos interpersonales.
Propósitos de todos los elementos de la organización.	Debe ser ambiciosa y poco conformista.	Se enfocan en la mejora continua.
Romper barreras organizacionales.	Debe ser clara con palabras sencillas.	Identifican a la empresa.

Tabla 1. Cuadro comparativo entre misión, visión y valores
Fuente: propia

La política de calidad debe:

1. Estar dirigida hacia el propósito de la empresa y frente a su contexto.
2. Ser un marco de referencia frente a los objetivos planteados del SOGC.
3. Contener las expectativas o requerimientos de los clientes y los propósitos de la organización.
4. Estar basada en la mejora continua.
5. Involucrar a las partes interesadas.
6. Estar comprometida con la responsabilidad social.
7. Estar comprometida con la normatividad vigente.
8. Estar firmada y fechada por la alta gerencia (Icontec, 2015).



Ejemplo

Veamos un ejemplo propio de una política de calidad.

“A su salud” es una entidad prestadora de servicios de atención médica hospitalaria, la cual está comprometida con satisfacer las necesidades de sus clientes y usuarios, así como de sus familias y cuidadores, brindándoles una atención humana y personalizada, todo esto con base en una filosofía de prevención, mejora continua y desarrollo integral del personal, haciendo partícipes a todas las partes interesadas y comprometida con la responsabilidad social, además, dando cumplimiento a la normatividad vigente.

Esta política se realiza el día 11 de octubre de 2017

Firma _____

Gerente General

1.3. Recursos

Acto seguido, se debe realizar un análisis frente a los recursos de la institución. Estos recursos son: financieros, personal, proveedores, infraestructura, ambiente de trabajo, conocimientos y tecnología y recursos naturales (Icontec, 2015).

Financieros	Monetarios, dinero.
Personal	Crecimiento personal, aprendizaje, transferencia de conocimientos y trabajo en equipo.
Proveedores	Personal aliado de la organización, prestador de servicio.
Infraestructura	Adecuadas instalaciones frente a la prestación del servicio.
Ambiente de trabajo	La organización debería proporcionar y gestionar un ambiente de trabajo adecuado para alcanzar el éxito sostenido (Icontec, 2015).
Conocimiento y tecnología	Gestionar los conocimientos, la información y la tecnología como recursos esenciales.
Recursos naturales	Uso de energía, acueducto.

Tabla 2. Recursos
Fuente: propia



Instrucción

Antes de continuar, lo invitamos a desarrollar el recurso interactivo “Podcast con preguntas”.

2. Liderazgo

Este principio se caracteriza por el compromiso de la alta gerencia de la organización. La alta gerencia debe conocer el sistema de gestión de calidad total, además, debe conocer las necesidades de los pacientes y todas las partes interesadas (empleados, proveedores, sociedad, clientes, propietarios, etc.) para lograr su satisfacción.

Por otro lado, tiene que establecer objetivos y metas claras que deben ser conocidos por todas las **partes interesadas**. Igualmente, debe establecer responsabilidades a sus trabajadores.



Transferencia de conocimientos

Son los conocimientos que se dan a los empleados sobre la organización y su funcionamiento.

Éxito sostenido

Se refiere al momento en que se alcanzan las metas y se sostienen durante mucho tiempo.

Partes interesadas

Clientes internos y externos, proveedores, prestadores de servicio, empleados y gobierno.

Los beneficios que se pueden obtener cuando se cuenta con un buen líder son: motivación del personal, satisfacción del cliente, correcta planeación frente a la prestación del servicio y mejora continua por medio de un **desarrollo sostenible** (Icontec, 2015).



Desarrollo sostenible

Se refiere al logro de metas establecidas por varios años.

3. Participación del personal

Como se mencionó, la alta gerencia debe definir responsabilidades a sus trabajadores. Además, debe garantizar las competencias de todos, con el fin de que realicen correctamente sus labores.

Auditoría interna

Evaluación que realiza la empresa para conocer el estado de todos los procesos.

El estímulo frente al personal no es tarea sencilla, ya que se debe crear un sentido de pertenencia. Por otro lado, se deben identificar las limitaciones que tienen los empleados en el desempeño de sus tareas.

El trabajo en grupo es esencial en una organización. Por tanto, es necesario realizar evaluaciones de desempeño de forma periódica y **auditorías internas**, dado que esto ayuda a dar soluciones eficaces y oportunas.

Una pregunta que se hacen todos los líderes de procesos es: ¿cómo puedo estimular a mi personal? Hoy en día, existen muchas estrategias que permiten dar solución a esta pregunta, dado que un personal motivado logra involucrarse y comprometerse con su organización logrando una mejora continua (Icontec, 2015).

4. Enfoque basado en procesos

Para comenzar, se debe saber que un proceso “es un conjunto de actividades que están interrelacionadas y que pueden interactuar entre sí. Estas actividades transforman los elementos de entradas en resultados para ello es esencial la asignación de recursos” (Icontec, 2015, p. 20)

Los procesos constan de:



Figura 3. Gráfico de entradas y salidas
Fuente: propia

Este es un ejemplo del análisis que se debe hacer para los procesos de una organización. Es importante saber que los procesos pueden ser tangibles, como la fabricación de algún producto, o intangibles, como la prestación del servicio en el área de la salud.

Estos procesos deben involucrar a sus clientes y las partes interesadas para definir los resultados esperados. Si los resultados no son los esperados, se deben replantear todos los procesos, identificar dónde estuvo el error y hacer las respectivas acciones correctivas o de mejora.



Figura 4. Gráfico de entradas y salidas con retroalimentación
Fuente: propia

Este enfoque cuenta con los siguientes beneficios:

- Alinea los procesos para lograr los resultados esperados.
- Mejora del desempeño de la organización.
- Involucra todas las partes interesadas.
- Conoce las falencias que se presentan para darles una acción correctiva oportuna.
- Estimula la participación de los empleados para una mejora continua.

5. Enfoque del sistema para la gestión

El objetivo principal del sistema de gestión de calidad es la satisfacción del cliente. Este enfoque permite conocer la organización a profundidad, identificar los principales problemas y tomar **acciones correctivas** pertinentes.



Acciones correctivas

Acciones que debe realizar la empresa para corregir errores en los procesos.

La organización debe trabajar con un efecto dominó, es decir, todas las áreas deben actuar en grupo y con un mismo objetivo para llegar al éxito. Si un área presenta algún problema, esto afectará toda la producción o prestación del servicio (Icontec, 2015).



Figura 5. Efecto dominó
Fuente:Shutterstock/252210178

6. Mejora continua

Durante la implementación del sistema de gestión de calidad pueden surgir errores que afecten la prestación del servicio. Si bien el sistema no garantiza que no existan falencias, sí permite identificarlas oportunamente, conocer dónde están y disminuir su porcentaje.

Para conocer el error y su porcentaje, es necesario realizar medidas con indicadores, hacer revisiones periódicas, establecer metas e implantar modificaciones de los procesos que correspondan (Icontec, 2015).

7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones

Este principio se enfoca en el análisis de los datos, el cual se debe realizar constantemente con el fin de identificar si se están obteniendo los resultados esperados. De no ser así, se deben tomar decisiones para corregir los errores y proponer ideas para un mejoramiento continuo.



Figura 6. Toma de decisiones
Fuente: Shutterstock/5180701540

Según la norma ISO 9001 de 2015, con este principio “se alcanzan ventajas competitivas como la toma de decisiones fundamentada en información veraz y fiable, y el incremento de la capacidad para demostrar la eficacia de las decisiones” (Icontec, 2015, p. 17).

Así, es necesario conocer cómo estructurar un indicador de medida, los tipos de indicadores y su medición:

7.1. Indicadores de medida

1) Indicadores de estructura: se enfocan en los recursos humanos y financieros que se enfatizan en la prestación del servicio. Permiten determinar

la disponibilidad de los recursos y si estos se encuentran organizados.

2) Indicadores de procesos: miden el tratamiento que realizan los profesionales de la salud y la efectividad. Además, hacen seguimiento a los procesos y determinan si estos se realizaron de forma adecuada. Miden el inicio y el final del proceso.

3) Indicadores de resultados: se orientan a la satisfacción del paciente y a sus expectativas frente a la prestación del servicio. Determinan el cumplimiento de los objetivos finales (Cendeiss, 2014).

Los indicadores son herramientas que permiten conocer el estado de la organización y saber si se están cumpliendo los objetivos establecidos, así, representan un **lenguaje común** en la organización.

La medición se realiza de forma cuantitativa, estableciendo metas y tiempos. La pregunta ahora es: ¿cómo puedo formular un indicador de medida? Lo primero que se debe hacer es conocer el objetivo del indicador, qué es lo que se quiere medir y cómo se va a realizar. Luego, se plantea la meta por cada indicador, la cual se mide por porcentaje. Después se colocan el nombre del indicador, la formulación y la interpretación.



Lenguaje común

Se refiere a la comunicación acertada de la empresa con un lenguaje que todos los trabajadores conozcan.



Ejemplo

- **Objetivo:** capacitar a todos los profesionales del área sobre la seguridad de paciente.
- **Meta:** 100%
- **Nombre del indicador:** capacitaciones en seguridad del paciente.
- **Formulación:** número de profesionales asistentes a la capacitación/número total de asistentes programados x 100.
- **Numerador:** número de asistentes a la capacitación.
- **Denominador:** número total de personas programadas para la capacitación.
- Las personas que asistieron fueron 85 y se programaron 120 personas.
- **Total:** $85/120 = 0,70$. Se multiplica por 100 el resultado. Así, 70 % es el porcentaje de las personas que asistieron a la capacitación programada.

Si este porcentaje no se ajusta a la meta, se debe realizar un plan de mejoramiento, por ejemplo, con motivación económica: se ofrece dinero a los trabajadores para que asistan a las capacitaciones o, por el contrario, se descuenta dinero a los trabajadores que no asistan.



Instrucción

Antes de continuar, revisemos el caso modelo de una empresa de salud que no cumplió con los indicadores de resultados.

8. Relación mutua beneficiosa con el proveedor

Este principio muestra la importancia de las buenas relaciones con los proveedores y subcontratistas, ya que de esto depende una mejor prestación del servicio. Una organización debe contar con buenos proveedores, dado que, si se presenta una falla, se puede afectar todo el sistema de gestión (norma ISO 9001 de 2008). La versión de la norma ISO 9001 de 2015 se enfoca en la participación en el sistema de gestión de calidad de todas las partes interesadas.

Los beneficios de este principio son:

- a. Establecer relaciones estrechas que garanticen el cumplimiento de los objetivos.
- b. Establecer una comunicación abierta.
- c. Crear compromiso institucional.
- d. Dar respuesta rápida frente a las necesidades de la organización.
- e. Optimizar costos y recursos (Icontec, 2015).

Estándares universales para la prestación de servicios de salud



Figura 7.

Fuente: Shutterstock/207470422

Los estándares universales para la prestación de servicios de salud son indicadores de medidas establecidos por el gobierno, con el fin de llevar el control sobre la situación de la salud de Colombia. Permiten tomar decisiones oportunas y realizar planes de mejoramiento ante falencias en la prestación del servicio.

Los datos generados por todas las entidades prestadoras de servicios de salud permiten gestionar la información suministrada, tener conocimiento sobre las principales enfermedades que acechan al país y analizar las principales necesidades en salud. Por otro lado, permiten conocer los grupos de población prioritarios.

Para asegurar que las IPS y EPS reporten estos indicadores, se establece el Sistema de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales (ROSS) del Ministerio de Salud y Protección Social. Según este ente, este sistema consiste en la conformación de grupos interdisciplinarios sobre distintas temáticas de interés para la salud pública, las cuales han sido priorizadas para responder de manera oportuna y eficiente a los principales retos y necesidades de información y conocimiento que surgen de las condiciones de salud de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

- **Indicadores**

Principalmente, el ROSS evalúa la mortalidad, la morbilidad, los factores de riesgo, la accesibilidad a la prestación de servicios, entre otros.



Lectura recomendada

A continuación, se recomienda la siguiente lectura, la cual permitirá analizar la normatividad que existe en Colombia.

Guía metodológica para Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento en Salud. ROSS Colombia (pp. 3-17)

Ministerio de Salud y Protección Social

Para realizar un sistema de gestión de calidad en salud es necesario conocer detalladamente las normas, con el fin de realizar un sistema adecuado. Muchas de las normatividades dan las herramientas para efectuar con éxito esta gestión.



Lectura recomendada

En este punto, se recomienda leer el siguiente documento legal.

Resolución 1281 de 2014 (pp. 10-20)

Ministerio de Salud y Protección Social

- **Indicadores**

1. Mortalidad: 123 especificaciones.
2. Morbilidad: 86 especificaciones.
3. Socioeconómicos: 17 especificaciones.
4. Demográficos: 23 especificaciones.
5. Factores de riesgo, oferta de servicios y determinantes de salud (cobertura universal, situación de salud, desigualdades sociales, diferencias regionales): 49 especificaciones.

Los objetivos principales de los estándares universales son:

1. Promover políticas estratégicas.
2. Identificar prioridades para planes de acción.
3. Gestionar la asignación de recursos.
4. Conocer las principales falencias para preparar programas especiales.
5. Orientar las prioridades.
6. Dar a conocer el estado de salud de cada país y región.

Con esta información se puede concluir que es necesario establecer un sistema de gestión que integre todas las partes interesadas, conociendo las necesidades de la organización y estableciendo la misión, la visión, los valores, la política de calidad y de seguridad del paciente, y objetivos que se entrelacen con la política y sean medibles. Además, se deben brindar indicado-

res confiables con metas claras y reales, de no ser así, se deben establecer planes de mejoramiento que garanticen un desarrollo sostenible.

A continuación, se establece un ejemplo sobre cómo se entrelazan la política, los objetivos y los indicadores, y sobre cómo se podría realizar un plan de mejoramiento.



Ejemplo

Ejemplo de política de seguridad del paciente

“A su salud” se compromete con los pacientes a brindar un entorno seguro, en donde el riesgo de ocurrencia de un evento adverso sea minimizado a partir del control del proceso de atención, de la implementación de barreras de seguridad eficientes y de la consolidación de una cultura institucional, dando a conocer la política de forma proactiva a los trabajadores y estimulando a realizar el reporte de incidentes, contribuyendo así al aprendizaje organizacional, todo con el compromiso del cumplimiento legal.

● **Objetivos de la política**

- 1) Dar a conocer a los trabajadores la política de seguridad del paciente.
- 2) Establecer un entorno seguro para la atención en salud dentro del hospital.
- 3) Educar a los pacientes y su núcleo familiar acerca de los factores que pueden incidir en su seguridad durante el proceso de atención en salud.
- 4) Minimizar el riesgo de la atención en salud institucional.
- 5) Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en el proceso de atención, mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de barreras de seguridad.

- **Objetivo a analizar**

- Meta: el 100 % de los empleados debe conocer la política de seguridad del paciente. El tiempo de medición será cada seis meses.

- **Indicadores**

- Número de trabajadores que conocen la política de seguridad del paciente/número total de trabajadores x 100.

Si no hay cumplimiento de la meta, se establecerá como plan de mejoramiento el compromiso de todos los trabajadores para aprenderse de memoria esta política, la cual será evaluada cada seis meses. Los trabajadores que se aprendan la política se recompensarán con media jornada laboral libre.



Instrucción

Veamos una demostración de roles que ilustra una situación común a resolver en una empresa de atención médica.

Cendeisss. (2004). *Introducción a la calidad en los servicios de salud en el nivel local. Curso especial de posgrado en gestión local de salud*. San José, Costa Rica: Cendeisss.

Icontec. (2009). *Norma Técnica Colombiana ISO 9004 de 2009*. Bogotá, Colombia: Icontec.

Icontec. (2015). *Norma Técnica Colombiana ISO 9001 de 2015*. Bogotá, Colombia: Icontec.

Mettler Toledo. (2014). *Conocer y cumplir los requisitos finales de la FSMA. Enfoque al cliente*. Barcelona, España: Mettler Toledo.

Ministerio de Salud y Protección Social. (11 de abril de 2014). [Resolución 1281 de 2014]. DO: 49.125.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Guía Metodológica. Sistema Estándar de Indicadores Básicos de Salud en Colombia*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/IBS_001.PDF

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Guía metodológica para Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento en Salud. ROSS Colombia*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ROSS_001.11.2013.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2009). *Lineamientos metodológicos para la construcción de indicadores de desempeño*. Santiago de Chile, Chile: ONU.

Presidencia de la República de Colombia. (10 de diciembre de 1984). [Decreto 2746 de 1984]. DO: 36. 807.

Presidencia de la República de Colombia. (3 de abril de 2006). [Decreto 1011 de 2006]. DO: 46.230.

Esta obra se terminó de editar en el mes de Septiembre 2018
Tipografía BrownStd Light, 12 puntos
Bogotá D.C,-Colombia.



AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED

ILUMNO