**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC): NORMATIVIDAD,
ANTECEDENTES, CONCEPTUALIZACIÓN DEL MODELO Y
APLICACIÓN ACTUAL EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE
SERVICIOS DE SALUD (IPS) PÚBLICAS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

KAREN ELENA PUENTES RODRÍGUEZ

Monografía para obtener el título de
Especialista En Auditoria En Salud

Universidad Santo Tomás, Bogotá
División de Ciencias Económicas y Administrativas
Facultad de Economía
2018

**PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC): NORMATIVIDAD,
ANTECEDENTES, CONCEPTUALIZACIÓN DEL MODELO Y
APLICACIÓN ACTUAL EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE
SERVICIOS DE SALUD (IPS) PÚBLICAS DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ**

KAREN ELENA PUENTES RODRÍGUEZ

Monografía para obtener el título de
Especialista En Auditoria En Salud

Tutor de Monografía:
ALEJANDRA VALENZUELA

Universidad Santo Tomás, Bogotá
División de Ciencias Económicas y Administrativas
Facultad de Economía
2018

TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
3. JUSTIFICACION.....	6
4. MARCO TEÓRICO:.....	7
4.1. Antecedentes:.....	7
4.2. Conceptos Generales.....	9
4.3. Los Principios En La Calidad De La Salud.....	11
4.4. Características del Sistema de Garantía de Calidad en Salud SOGCS:.....	12
4.5. Proceso De La Garantía De La Calidad.....	14
5. METODOLOGÍA.....	17
5.1. Fuentes de Información.....	17
5.2. Bases de Datos Usadas.....	18
6. RESULTADO:.....	19
6.1. Importancia del Sistema de Garantía de Calidad en Salud SOGCS.....	19
6.2. Dificultades Presentadas En Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) Para La Implementación y Funcionamiento Del Sistema De Calidad.....	23
7. DISCUSIÓN.....	24
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	28
BIBLIOGRAFÍA.....	30

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente monografía analizará, a partir del Decreto 1011 de 2006 (1), los estándares de calidad en la atención en salud, la implementación de la norma y acreditación superior por parte de ICONTEC en las diferentes IPS públicas de Bogotá.

En la actualidad, los usuarios del sistema de salud son conscientes de que su vida e integridad personal las ponen en manos de las diversas empresas prestadoras de salud (EPS) o instituciones prestadoras de salud (IPS), que hasta la presente no se evidencia una prestación del servicio eficiente ni de calidad por parte de las mismas, esto debido al andamiaje administrativo, y negligencia de la Instituciones Prestadoras de éste servicio, conllevando con ello insatisfacción de los usuarios al ser vulnerados sus derechos fundamentales en la prestación del servicio de salud y llegado el caso a demandas penales o civiles como consecuencia de esa ineficiencia.

En vista de la problemática en la atención del servicio de salud de calidad a los diferentes usuarios del sistema por parte de las IPS, es importante formular el presente interrogatorio, ¿si con la implementación del Decreto 1011 de 2006, las IPS que se han acogido a la norma, han mejorado y garantizado la calidad de la prestación del servicio de salud, de acuerdo a los estándares señalados por está, y cuáles ha sido la falencias en su ejecución en la ciudad de Bogotá?

Vale decir, que el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) decretado en el año 2006 a través del Decreto 1011(1), al cual se han acogido varias Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) busca mejorar la calidad de los servicios de salud de acuerdo a los nuevos lineamientos Constitucionales para beneficio de cada uno de los usuarios que hacen parte del sistema, y de esta manera satisfacer con calidad los requerimientos de los clientes, si se tiene en cuenta el cambio sustancial del enfoque en la atención de los usuarios de dicho servicio, 12 años después de elaborado, es útil realizar una revisión y análisis a la implementación de uno de sus ejes principales, en la ciudad con mayor número de habitantes como lo es Bogotá.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar el proceso de integración en la calidad de la salud de las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) de la ciudad de Bogotá, describiendo, a su vez, el papel que cumplen las entidades del Estado comprometidas en el desarrollo de la calidad en la prestación del servicio a partir del Decreto 1011 de 2006.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar la normatividad relacionada con la calidad en la prestación del servicio de salud y sus conceptos en la aplicación del modelo en las IPS de la ciudad de Bogotá.
- Enunciar los principios de la calidad en la salud que rigen en las instituciones prestadoras de servicios en Bogotá, definiendo la importancia y características del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).
- Evaluar las dificultades presentadas en las IPS de la ciudad capital, en relación con la organización e implementación del Sistema de Calidad en Salud.

3. JUSTIFICACIÓN

El campo de la salud en Colombia amplió su protección a partir de la Constitución de 1991 (2), donde se estableció que “la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado”, aplicando los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que, con la nueva disposición, se modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975.

El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993 (3), definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993 (4), creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, contemplando la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le debe brindar a la población colombiana, y señalando en el artículo 186 la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, disposición que fue ratificada por el Título III Sector Salud, capítulo 1, Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001 (5).

Es así, que a partir de este cambio normativo el Estado colombiano por ser un Estado Social de Derecho debe responder y asegurar los derechos asistenciales señalados en la Constitución de 1991, y que a partir de la Sentencia T-760 de 2008 (6) el derecho a la salud la Corte Constitucional lo definió como un derecho fundamental, en tal sentido se debe garantizar su calidad y eficiente prestación del servicio por parte de las diferentes entidades encargadas del sistema de salud.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Antecedentes

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (ASCOFAME, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un "Manual de Acreditación de IPS", tomando como referencia el "Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe", publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918 (7), en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174 (8), derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002 (9), en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución No. 1474 de 2002 como

uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) (10), siendo derogada por el artículo 8 de la Resolución 1445 de 2006 (11).

Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 (8) que fue derogado con el Decreto 2309 de 2002 (9).

Mediante el Decreto 4295 del 2007 (12), el Ministerio de la Protección Social fijó como Norma Técnica de calidad para las Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud la adoptada en el Decreto 1011 de 2006 (1) como una Norma Técnica Colombiana, en la que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del sector Salud, equivale al Sistema de Gestión de Calidad establecido mediante la Ley 872 del 2003 (13).

Un año después de promulgada la Ley, el Gobierno Nacional expidió el Decreto reglamentario 4110 del 9 de diciembre de 2004 (14), mediante el cual se adoptó la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000 de obligatoria aplicación y cumplimiento. El Decreto señala además la obligación de diseñar un sistema de seguimiento que incluya indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad y define que los procesos que revistan mayor importancia para los usuarios deberán estar permanentemente publicados en los respectivos sitios Web.

A efectos de unificar, dar alcance y compatibilizar los dos sistemas, el Ministerio de Protección Social expidió la Circular 000075 del 18 de noviembre de 2005 (13). En ella se estableció que “los dos sistemas (el propuesto por la Ley 872 y el establecido por la Ley 100) son compatibles, complementarios y entre ellos no existe oposición alguna (sic), más aún, si se tiene en cuenta que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud es específico para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y apunta a impactar favorablemente en los procesos y resultados de la atención en salud en nuestro país y el sistema de Gestión de Calidad, contemplado en la Ley 872, es de aplicación genérica y no tiene como propósito establecer uniformidad en la estructura y documentación del sistema de gestión de calidad de las entidades” (13).

En este sentido, las instituciones de salud de carácter público en Colombia deben cumplir con los lineamientos específicos adoptados para el Ministerio de Salud, desarrollando y cumpliendo la legislación en materia de calidad, específica, incluyendo el Decreto 1011 del 2006 (1) y las Resoluciones 1043 del 2006 (15) y Resolución 1445 del 2006 (11), aclarando que la Resolución 1043 de 2006, fue derogada por el artículo 19 de la Resolución 1441 de 2013 (16) y esta a su vez, fue derogada por el artículo 21 de la Resolución 2003 de 2014, ello debido a lo señalado en el Decreto 1011 de 2006 que indica en el párrafo 1 del artículo 4to, que se hace necesario ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diferentes componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de conformidad con el desarrollo del país y los avances del sector con el fin de mitigar los riesgos asociados a la prestación de los servicios de salud.

Adicionalmente el Ministerio de la Protección Social estableció la Resolución 2181 de 2008 (17), del 16 de junio, por la cual se expidió la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter Público.

Implementando así *La Calidad de la Atención en Salud* como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud.

En tal sentido el Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución No. 0003557 del 19 de noviembre de 2003 (18), designó a ICONTEC como entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión No. 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema.

La Resolución 1445 del 2006 (11), señaló las funciones de la Entidad Acreditadora, que en COLOMBIA es el ICONTEC (Instituto Colombiano de Normas Técnicas).

Con la Resolución 000123 del 2012 (19), se diseña un nuevo Manual de Acreditación en Salud Ambulatoria y Hospitalaria, para la evaluación de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), posteriormente y con el fin de definir las reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en salud y Riesgos Laborales se implementa el Decreto 903 de 2014 (20), que junto con la Resolución 2082 (21) del mismo año define los requisitos para entidades acreditadoras.

4.2. Conceptos Generales (1)

- Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Conjunto de obligaciones mínimas legales, requerimientos y exigencias de la entidad acreditadora, que deben cumplir las instituciones de salud que voluntariamente opten por presentarse al proceso de evaluación externa de la acreditación en salud.

- Sistema Único de Acreditación: Es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación periódica por parte de las Empresas Prestadoras de Servicios Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, utilizados voluntariamente para demostrar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos

obligatorios, para la atención en salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud, vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud y operación de las entidades inscritas en el Registro Especial de Acreditadores en Salud.

- Garantía de la calidad: Es el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad para generar, mantener o mejorar la calidad.

Construir un sistema de garantía de la calidad implica un conjunto de acciones sistemáticas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los mínimos riesgos posibles. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para analizar su desempeño y con las acciones que se emprendan para corregir sus deficiencias.

De otra parte, esa calidad depende de la normatividad que se encuentre vigente en su momento y de la expectativa de los usuarios en la prestación del servicio de salud por parte de los administradores y del personal para mejorar los procesos y servicios mediante el uso de técnicas cuantitativas e instrumentos analíticos, se puede tener como una guía para la definición de calidad la dada por el Dr. Avedis Donabedian, (1980) “La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios”.

O la indicada por - M. I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS, (1988) “... el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”.

- Mejoramiento Continuo (MCC): Es una filosofía y un sistema gerencial, que involucra a los gerentes, el primer nivel directivo y los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención para sus clientes/usuarios y sus familias (14).

- Acreditación: En Colombia debe entenderse como un Proceso voluntario y periódico de auto evaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizados para dicha función.

- **Procesos Seguros:** Es identificar los elementos que permitan generar barreras de protección en los procesos, evitando de esta manera, que los profesionales en salud comenten errores en su atención, procesos que deben ser monitorizados y controlados para verificar su eficacia y así identificar los eventos adversos y de esta manera crear cultura de seguridad.
- **Enfoque Sistemático:** Hace referencia en comprender el funcionamiento de los procesos, las organizaciones, la sociedad desde una perspectiva de interacción constante, integradora y determinante, sin que ello no quiera decir que se pueda analizar cada caso en particular.
- **Registro Especial de Acreditación en Salud:** Es la base de datos del Ministerio de Salud y Protección Social, donde se encuentran registradas las entidades que pueden operar el Sistema Único de Acreditación en Salud.

4.3. Los Principios En La Calidad De La Salud

El SGSSS, opera bajo los principios de equidad, universalidad, protección integral y libre escogencia de los usuarios (22).

4.3.1. Equidad. termino de equidad en el acceso de los servicios de salud se centra en la necesidad de un gobierno de asignar los recursos económicos que son bienes especiales y significativos para que sean distribuidos de manera equitativa para el acceso de la atención en la salud, (OMS, 1999) históricamente se ha venido usando como medida de una distribución justa, en parte, porque es más fácil medir y mejorar el acceso a los servicios, que alcanzar metas más ambiciosas como asegurar un cierto nivel de salud o de bienestar en la población y debido, también, a la histórica compartimentalización de los sectores sociales dentro de un gobierno, lo cual proporciona ventajas puntuales, pero que puede a veces limitar las actividades que parecen apropiadas para un sector en particular.

Además, existe la suposición implícita de que los servicios son un medio para mejorar la salud de población, una suposición que no ha sido lo suficientemente demostrada.

4.3.2. Universalidad, Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

4.3.3. Protección integral, Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley.

4.3.4. Libre escogencia, de los usuarios al SGSSS asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo de acuerdo a la Ley que para tal efecto la entidad deberá tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios que en su conjunto sea adecuado a los recursos que se espera utilizar, excepto cuando existan limitaciones en la oferta de servicios debidamente acreditadas ante la Superintendencia Nacional de Salud.

De otra parte operan los principios del Sistema Único de Acreditación que se orienta en:

1. Confidencialidad. La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales. No obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las instituciones acreditadas.
2. Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
3. Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

4.4. Características del Sistema de Garantía de Calidad en Salud SOGCS:

Las características principales son (1):

- ✓ Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ✓ Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- ✓ Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

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

En el mismo Decreto en mención se definen como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

- ✓ La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.
- ✓ La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las empresas prestadoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.
- ✓ La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las empresas prestadoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.
- ✓ El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud del Régimen contributivo y Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, en el decreto se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

4.5. Proceso De La Garantía De La Calidad

El proceso de la garantía de la calidad en salud se basa en un ciclo de procesos repetitivos que deben aplicar las diferentes entidades que se encuentren interesadas y comprometidas en mejorar la calidad de la prestación de servicio de salud a los usuarios, proceso que se debe hacer de manera paulatina partiendo del análisis y definición que realice cada entidad según la problemática en salud que este presentando, es decir, si por ejemplo presenta un enfoque de desnutrición infantil, su trabajo se debe desarrollar en primera instancia en tratar esa problemática y posteriormente ir aplicando la calidad en salud en otro tema relevante, si se tiene en cuenta que no es posible su aplicación de manera general para mejorar la calidad en todos los aspectos a la vez.

Este ciclo se inicia con el primer paso que es la planificación de la garantía de la calidad iniciando con el que genere más problema para así darle la prioridad en la atención, y poder determinar qué tipo de actividades se debe aplicar de acuerdo con las estadísticas y los responsables de las actividades iniciales.

Una vez planificado se procederá en la aplicación de la norma la cual constituye una descripción de la calidad del servicio que se espera a partir de la práctica profesional, los procedimientos administrativos, las especificaciones de los productos o insumos relacionados con la prestación del servicio de salud y las normas de cumplimiento, una vez definida la normatividad a aplicar, esta se debe dar a conocer a todo el personal comprometido con el sistema de salud.

Esto resulta especialmente importante si la capacitación y la supervisión cotidiana han sido flojas o si las normas han cambiado recientemente. La evaluación de calidad que se lleva a cabo antes de comunicar las normas puede conducir a culpar erróneamente a las personas por un mal desempeño cuando la culpa la tienen las deficiencias del sistema. Los administradores y el equipo del centro de salud comparten una responsabilidad mutua de calidad que debe comunicarse junto con las normas y las especificaciones a los diversos servicios.

No solo basta con la aplicación de la norma, es importante iniciar una vigilancia y control al proceso con la recolección y revisión de la información que sirve de guía para

evaluar si se está dando cumplimiento a las normas de los programas que se desarrollan para garantizar la calidad en la prestación del servicio. Con la vigilancia y evaluación de cada una de las actividades se puede garantizar la identificación de problemas específicos de la prestación del servicio de salud que requiere atención y así tener la oportunidad de su mejora el cual se puede obtener de acuerdo a las solicitudes de sugerencias a los trabajadores de salud, realización de análisis del proceso del sistema, revisión de las reacciones o las quejas de los pacientes y generación de ideas por medio de reuniones u otras técnicas grupales para fijar prioridades y así mejorar la calidad.

Una vez identificado el problema, se deben definir los términos operacionales en donde se indique de que trata y como se manifiesta, donde comienza y donde termina, y como se sabrá cuando éste solucionado, así tomar la decisión para formar un equipo que analice el problema específico llevando a cabo tres procesos – El análisis y el estudio del problema, la elaboración del plan para mejorar la calidad y la ejecución y la evaluación de la gestión de mejora de calidad – Es importante que el equipo se encuentre constituido por los participantes en las actividades en donde se encuentra el problema, así como por otros contribuyentes a la actividad suministrando insumos o recursos. Esto asegura la participación de quienes tienen más conocimientos del proceso y la consideración de las limitaciones y perspectivas de quienes apoyan o reciben el servicio.

Al trabajar en equipo se logra más efectividad en la solución del problema independientemente de ser un reto, si se tiene en cuenta que los equipos de los centros de salud a menudo necesitan capacitación en técnicas básicas para planear y facilitar reuniones, tener comunicación efectiva, adoptar decisiones por parte del grupo y resolver conflictos.

Conformado el equipo de trabajo se hace necesario el análisis y estudio del problema para identificar las causas de fondo. Dada la complejidad de la prestación del servicio de salud, la identificación clara de la causa exige un estudio sistemático y un análisis profundo. Los instrumentos analíticos tales como el modelo del sistema, el flujograma y el diagrama de causa y efecto pueden utilizarse para analizar un proceso o problema.

Una vez realizada una evaluación completa del problema y sus causas, el equipo debe estar listo para adoptar medidas a fin de analizar el problema y mejorar la calidad. Esto comprende la elaboración y evaluación de posibles soluciones en donde la elaboración de estas debe seguir siendo prioritaria y un esfuerzo de equipo, a menos que el procedimiento en cuestión sea la responsabilidad exclusiva de una persona.

Así mismo puede ser importante cambiar la composición del equipo para hacer participar a quienes tengan la responsabilidad de los procesos relacionados con la causa de fondo. El equipo de trabajo también debe explorar la posible oposición al cambio y hacer los planes del caso para minimizar la resistencia a la mejora de calidad.

Por último, se ha de tener en cuenta que la ejecución de la mejora de calidad exige una planificación cuidadosa en donde el equipo tiene que decidir quién estará encargado y determinar los recursos necesarios y el tiempo requerido. También tiene que decidir si la ejecución debe comenzar con una prueba piloto en un campo limitado o si se debe proyectar en una escala más grande. Si la solución exige recursos substanciales o si existe mucha incertidumbre sobre su eficacia, amerita un proyecto piloto.

De igual forma el equipo debe seleccionar indicadores con el fin de verificar si la solución es efectiva, deben escogerse para determinar si la solución se ejecutó en forma correcta y si resolvió el problema que estaba diseñado a solucionar. La vigilancia concienzuda debe comenzar cuando el plan de mejora de calidad esté instrumentado y debe seguirse hasta que la solución demuestre ser eficaz y continua o ineficaz y se abandone o modifique.

5. METODOLOGÍA

5.1. Fuentes de Información:

Son todos los recursos que contienen datos formales, informales, escritos, orales o multimedia. Se dividen en tres tipos: primarias, secundarias y terciarias (23).

➤ Fuentes De Información Secundaria:

Son publicaciones que contienen datos e información organizada según esquemas determinados, referentes a documentos primarios. Son producto del análisis de las fuentes primarias. Estas fuentes constituyen un conjunto amplio y variado al que pertenecen las bibliografías, boletines, resúmenes, catálogos, colectivos y de editores.

Con el avance de la tecnología, al conjunto de las fuentes de información secundaria se les han añadido una serie de productos derivados de la actividad, tales como bases de datos, bibliográficas o referenciales.

Cumplen dos funciones esenciales:

- Como repertorios que facilitan la búsqueda y recuperación retrospectiva de la información.
- Otra como difusión selectiva de la información, mediante la que se puede informar a los usuarios solo de aquellas cuestiones, definidas por él, que representan su interés concreto (24).

➤ Fuentes De Información Terciarias

Se consideran fuentes de información terciaria las que proceden del tratamiento de la información secundaria, y a veces, incluso de las primarias. Autores como Marcelle Beaudiquez, opina que esta categoría de fuentes corresponde fundamentalmente, al ámbito de la documentación y las bibliotecas especializadas (24).

Algunos autores los definen como compendios de fuentes secundarias: nombres y títulos de revistas, conferencias y simposios, entre otras. Ejemplos de fuentes terciaria son los buscadores de internet como Google, Yahoo, Lycos, etc (23).

5.2. Bases de Datos Usadas:

Icontec, Ministerio De La Salud Y La Protección Social, Facultad de medicina
Universidad Nacional.

6. RESULTADO

6.1. Importancia del Sistema de Garantía de Calidad en Salud SOGCS

Evaluar la calidad de los servicios en salud se hace necesario para un país en desarrollo como Colombia, ya que con ello permite asegurar que los recursos tengan un impacto óptimo en la salud y en el bienestar de la población. Los métodos de Garantía de Calidad (GC) pueden ser útiles a los directores de programas de salud para definir normas clínicas y procedimientos estándares de operación, evaluar el desempeño en relación con las normas selectas de ejecución y actuar con fines de mejorar el cumplimiento y la eficacia de los programas de prevención.

Para la IPS que haya tomado la decisión de acreditarse, implica una amplia responsabilidad con su organización, con sus usuarios, con el sistema de salud y con la entidad acreditadora. Esta decisión además de la voluntad política, envuelve un análisis interno de sus fortalezas y debilidades, del conocimiento del proceso de acreditación en sí, de su compromiso con el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud y su proyección en el marco Nacional e internacional.

Constituyendo así la importancia del Sistema de Garantía de la Calidad en salud, teniendo en cuenta que para dichos logros se requiere de la participan de aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios.

En este sentido, la generación, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención y su impacto sobre las condiciones de la salud y bienestar de la población, ha estado presente desde los postulados y desarrollo de la reforma de la norma desde su origen, es por ello, que la calidad de la atención, en el marco del SGSSS y la normatividad vigente, como sostiene Kerguelén, 2008 (22) se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios.

Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos relevantes como la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad, la pertinencia y la continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.

Fundamentos presentados desde la Constitución de 1991 (1) que trajo cambios significativos a todos los sectores del país, uno de ellos fue el tema de la salud, donde el Estado a través de la Constitución y la Ley 100 de 1993 (4) prestarían de manera

oportuna, eficiente y de calidad el servicio a los usuarios afiliados al sistema, determinando la forma para conseguir su efectividad de una manera real y sin discriminación (artículos 48 y 49), en tal sentido, la Ley 100 de 1993, cambio el paradigma que se venía brindando, sin embargo se continuaron presentando atropellos en la garantía de calidad de la prestación del servicio, es por ello que para dar cumplimiento a lo señalado en la Constitución y la Ley 100 de 1993, se aprobaron varias normas, con el fin de Garantizar la Calidad en Salud.

Entre las normas aprobadas en primera instancia fue el Decreto 1918 de 1994 (7) al cual no se le dio aplicación y el manual no fue difundido, es decir, que hasta ese año, aún no se garantizaba la calidad en la salud, tal como lo indicaba la Constitución y la ley, vulnerando así la prestación de un servicio de salud de calidad.

Entre tanto, el Estado con el ánimo de seguir trabajando para ofrecer a sus conciudadanos una mejor calidad del servicio promulga el Decreto 2174 de 1996 (8) que posteriormente fue derogado por el Decreto 2309 de 2002 (9), iniciándose así el proceso de mejoramiento de la prestación del servicio del sector salud, que de acuerdo a lo señalado en la Ley, permite ofrecer un sistema de salud integrado y de calidad, orientado y dirigido por una única Entidad Acreditadora, quien fijará los estándares de calidad según las normas ISO del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC) que a su vez, será el responsable de conferir o negar la acreditación a las entidades que se acojan a este proceso.

En el mismo año se expide la Resolución 1474 de 2002 (10), siendo derogada por el artículo 8 de la Resolución 1445 de mayo 2006 (11), que estableció las funciones de la Entidad Acreditadora, que en COLOMBIA es el ICONTEC (Instituto Colombiano de Normas Técnicas). La citada Resolución dispone 2 anexos técnicos, el primero dispone la filosofía, la estrategia, los procedimientos de autoevaluación interna y de evaluación externa, el sistema de calificación, el perfil y la conformación de la Junta de Acreditación en Salud.

El segundo anexo de la Resolución 1445 del 2006 (11) se fija los Manuales de Acreditación en Salud para Empresas prestadoras de servicios de Salud (EPS), Instituciones Hospitalarias, Ambulatorias, Servicios de Imagenología, Laboratorio Clínico y Entidades de Rehabilitación.

En tal sentido y con el fin de ajustar el mejoramiento en la prestación del servicio de salud se expide el Decreto 1011 de abril de 2006 (1), que se aplicará de manera obligatoria a las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas prestadoras de Servicios de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Así como a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 (4) y la Ley 647 de 2001 (25), excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), o con Entidades Territoriales.

El esquema particular y específico del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, se reconoció también en el Documento CONPES 3446 de octubre 30 de 2006 (26), en el cual se proponen lineamientos para una política nacional de la calidad y que a propósito del tema expresa: “El sector salud cuenta con un sistema propio de calidad... aunque el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tienen objetivos, finalidades y metodologías diferentes, ambos sistemas deben ser compatibles y convergentes entre ellos”.

El documento donde Rodríguez, s/f (13) aclara los mecanismos de relación entre los dos sistemas, destacando la Unidad Sectorial de Normalización en Salud, organismo reconocido por ambos sistemas y encargado de la coordinación entre los dos. La Unidad, tiene un rol vital para el modelo de calidad específico de salud, en especial frente a la actualización y consenso en los estándares aplicables.

Por otro lado se presentan una serie de modificaciones a la normatividad ya existente con el fin de facilitar el proceso de transición de la versión 2 de los estándares de acreditación señalados en la Resolución 1445 del 2006 (11) a la versión 3 de la Resolución 000123 del 2012 (19), es así que ICONTEC presenta un nuevo esquema para la solicitud de evaluación de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, que se vayan a presentar con la versión 2.

En la versión 2 mejorada se reduce el volumen de información solicitada, se elimina las duplicaciones existentes, se precisan los requisitos de entrada, se limita el número de páginas, se precisan algunos indicadores, se da alcance a indicadores de morbilidad y mortalidad de los últimos 4 años y se establece la información específica frente a los ejes de la acreditación.

Todo ello debido a que se venían presentando una serie de acciones constitucionales por parte de los usuarios del sistema donde las IPS y EPS vulneraban el derecho al acceso a la salud, así como el de la igualdad y la vida, en ese sentido, la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008 (6), señaló que el derecho a la salud es un derecho fundamental en donde todos los conciudadanos residentes en el país deben tener el mismo derecho de acceder al sistema de salud que se debe prestar y garantizar con calidad del servicio.

El Mejoramiento Continuo de Calidad (MCC) del sistema de salud se logra con la implementación de metas que permitan identificar y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios y de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad (10).

Para el éxito en la implementación MCC, la organización debe orientar sus acciones hacia los clientes, a cubrir sus necesidades y expectativas. Esta transición de los prestadores de servicios de atención hacia el enfoque de satisfacer a sus clientes implica un compromiso continuo de la organización para hablar de ellos, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con dichas expectativas.

Como en cualquier reorientación o readaptación de una institución, adaptarse a este enfoque implica cambios en la filosofía y cultura de la institución, en el tipo de liderazgo, en la planeación y compartir el conocimiento del negocio, en hacer cambios significativos en el trabajo diario, en los roles y apoderamiento de las personas y en las relaciones y coordinación del trabajo entre profesionales dentro de la organización.

Es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los demás para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social. Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

6.2. Dificultades Presentadas En Las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) Para La Implementación y Funcionamiento Del Sistema De Calidad

7. DISCUSIÓN

Con la implementación del Sistema de Gestión en la Calidad en Salud a través del Decreto 1011 de 2006 (1) y las diferentes modificaciones que se han presentado desde su vigencia, esto, con el fin de dar cumplimiento a lo señalado en el artículo 48 de la Constitución y la Ley 100 de 1993 (4) en el capítulo II, las diferentes entidades prestadoras del servicio de salud se han venido enfrentando a la competitividad, situación que les ha llevado a la ejecución de normas y ajustes en la gestión de la planeación para la medición y control de los diferentes procesos, haciéndose necesario señalar unos indicadores donde se puedan controlar los procesos, resultados intermedios y finales, así como su impacto, de igual forma a los responsables de los mismos.

De esta manera, el organismo de control dispone de información clara y precisa que permite evaluar el cumplimiento de los objetivos estratégicos organizacionales y los señalados en la ley.

Tarea que no ha sido fácil para muchas instituciones prestadoras de salud (IPS) que se deben acoger al sistema, debido en ocasiones, a las constantes reformas y complejidad de la norma, ocasionando con ello, desgaste administrativo, presupuestal y del recurso humano, no sin dejar de lado, la falta de conciencia e importancia que tiene la norma para el sistema de salud en algunos funcionarios.

Implementar el Sistema de Garantía en la calidad de Salud en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), requiere un presupuesto acorde a la IPS, que le permita crear una base documental a través de un software que le brinde la garantía y mecanismos para la construcción y entrega oportuna de los diferentes requerimientos estadísticos, y lo más importante, el recurso humano capacitado e idóneo para compilar y organizar la información que sea útil para las diferentes entidades de control interno y público en general, y que sirva para medir y mejorar la gestión administrativa de las IPS en la calidad y garantía de la salud.

Ese modelo de gestión administrativa es originario del sector de los servicios principalmente del privado, donde a través de la historia constantemente se encuentra en la competitividad, excelencia organizacional y evolución mundial del mercado que desarrollan, situación contraria para el sector de la salud, que se inicia a partir de la Ley 100 de 1993 donde las clínicas y hospitales fueron por así decirlo, concebidas a categoría de empresas, creándose de esta manera, la denominación de Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud, iniciando así el avance tecnológico y administrativo para incorporar los conceptos de empresa, sistema de información, de calidad, eficiencia, productividad y rentabilidad, sin que se llegue a desmembrar el presupuesto destinado a la salud, situación que resulta ser compleja en la implementación del

Sistema de Calidad, debido a los diferentes retos del diario vivir y el de su administración.

Además de un esfuerzo adicional para lograr una adaptación que permita su implementación al interior de las Instituciones Prestadoras de Salud, también un cuestionamiento que podría decirse que raya en lo ético, cuando nos preguntamos si es adecuado mirar la prestación de servicios de salud como un mero hecho económico donde su único objetivo es la productividad, eficiencia, efectividad y bajos costos, buscando a como dé lugar obtener una utilidad neta “al final del ejercicio” de cada período anual.

Este cambio, reiteramos, relativamente reciente, es lo que ha permitido y facilitado la imperiosa necesidad que hoy tiene el sistema de salud, de generar información que le permita “administrar” de la mejor manera posible, las empresas de salud, permitiendo conocer así sus costos, tiempos de producción, demanda de servicios, márgenes de contribución y de utilidad, entre otros. Igual circunstancia aplica con la calidad, considerada como pilar fundamental de toda empresa, pero mucho más si hablamos de una empresa de salud, cuyo impacto directo afecta el bienestar y la vida de los seres humanos. “En este contexto, aparecen las IPS como proveedoras de servicios de salud, y de éstas se exige eficiencia y calidad en la oferta de su producto hospitalario” (13).

Hay que destacar que uno de los problemas derivados de la gestión por procesos a nivel del sector salud en general, es la recolección y el análisis de la información dirigido al establecimiento de las actuaciones correctoras del sistema que permiten el cierre de los ciclos de mejora continua (27).

Todos estos cambios son los que han llevado a que Colombia cuente en la actualidad, con un sistema de calidad basado en la información y que las empresas de salud estén avanzando en la incorporación de diferentes metodologías que les permiten dar respuesta a las exigencias y necesidades que una empresa acreditada debe ostentar.

De acuerdo al análisis de la normatividad desarrollado en el presente trabajo, con el fin de implementar el Sistema Obligatorio de la Calidad en la Salud, esta se encuentra bien realizada, la problemática que se presenta en las IPS para que pueda ser plasmada, se debe a la falta de recursos económicos, de manera que permita ofrecer al usuario del sistema de salud todos los soportes médicos, técnicos y científicos para preservar la salud, así como la falta de profesionales en la misma.

Independientemente que el Decreto 1011 de 2006 (1) señale específicamente la calidad en la salud, no se ha podido trascender en el ámbito de los servicios asistenciales en su calidad, debido a la falta de compromiso por las entidades del Estado y los diversos sectores que manejan el presupuesto de la salud, y sin presupuesto, no se puede prestar el servicio de manera eficiente y con calidad, situación que se evidencia en el día a día a través de noticieros y las largas esperas de los usuarios para el suministro de medicamentos o de la atención en un servicio de urgencia, así los gerentes de las

IPS, pueden tener todas las intenciones y compromiso de gerencia por desarrollar el modelo de Gestión de Sistema Obligatoria en la Calidad en la salud.

La norma trae el concepto entre beneficios, riesgos y costos, lo que significa que debe estar basada en el conocimiento de la evidencia científica y en el establecimiento de una relación entre esos aspectos; pues la calidad no puede ser ajena a la eficacia, la efectividad y la eficiencia (22), pero para que se desarrollen esos parámetros, estos acarrearán costos, evitando así un riesgo y brindando un beneficio.

Por otra parte, para que se dé el Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) el cual se basa en el proceso de autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que permita identificar las falencias en la prestación del servicio y así brindar la calidad esperada; se debe partir de un recurso económico y equipo humano de profesionales, que no solo se ubique en el sector urbano, sino que su cubrimiento se preste en el sector rural, situación que en la vida práctica no se presenta.

Este Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) tiene una mejor aplicación al sector salud privado más no en el público el cual depende del presupuesto de salud del Estado, que a pesar de ser un Estado social de derecho, que implica estar regida por normas que se encuentran inmersas en la Constitución de 1991, donde se garantiza la efectividad de los principios, derechos y deberes de los ciudadanos, que además establece la dignidad de las personas y la protección de los derechos humanos que se desprende del concepto social, éste no brinda las garantías de igualdad, dignidad, entre otras; todo ello debido a que las entidades que deberían utilizar los recursos para garantizar esos derechos y bienestar de sus conciudadanos, sin interesar el estado socio-económico de cada individuo, cumpliera claramente con sus deberes de funcionario público, permitiendo de esta manera un sistema de salud más justo y equitativo.

A continuación, se transcribe el trabajo acucioso realizado por Bermúdez. 2012. (28) a través de su blog, donde se puede evidenciar ciertas falencias en la aplicación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

1. Falta de dedicación y tiempo por parte del personal con conocimientos y responsabilidad para desarrollar adecuadamente el soporte documental del sistema.
2. Diseño de procesos engorrosos.
3. Falta de coherencia entre lo que se dice y lo que se hace.
4. Procedimientos mal explicados, formatos inadecuados para registrar la información necesaria, etc.
5. Falta de un buen sistema de medición organizativa o indicadores.
6. Actitud de los evaluadores (inspectores, auditores externos, etc.) frente al evaluado.
7. Actividades que no se complementan.

8. Falta de formación de alto nivel e integral de los Responsables de Calidad.
9. Falta de asignación de un presupuesto o de recursos para la implantación del sistema.
10. Falta de planificación estratégica de organigramas y funciones de la empresa.
11. Imposibilidad de gestionar los procesos de Dirección por falta de liderazgo y compromiso.
12. Búsqueda de rentabilidad, basado en la disminución de costos en la compañía.
13. Excesivo interés por el certificado.
14. Falta de conocimiento de la importancia de tener un sistema de gestión de la calidad y sus beneficios desde el enfoque sistémico.
15. Fallo en la metodología de gestión del proceso de cambio organizacional que implica el desarrollo e implantación de un sistema de gestión de la calidad. Se trata de cambios de hábitos, de recetas, de actitudes, redefiniciones de puestos, de aprender y desaprender, etc.
16. Desinterés, lo cual lleva a la excusa de “no tener tiempo”.
17. Inadecuado sistema para medir la satisfacción de los clientes.
18. Resistencia de parte de la Dirección a que el personal participe activamente del proyecto.
19. Designación de un responsable sin la autoridad debida.
20. Ausencia de proactividad del coordinador, quien debe monitorear o ayudar a ello buscando la participación de los colaboradores.
21. Falta de un objetivo claro ¿por qué y para qué? Se han decidido a implementar un SGC.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Finalmente, cabe resaltar que una de las conclusiones que se pudo analizar en el desarrollo del presente trabajo, ha sido que el Decreto 1011 de 2006 es aplicable de manera obligatoria a los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, esto debido a que se deben llenar ciertos requisitos tanto económicos, de infraestructura, logística y recursos humanos donde muchas IPS no cuentan ni disponen de estos medios, evento que dificulta que el servicio de salud en Colombia cumpla con los estándares esperados a través de la Constitución de 1991 y el Decreto 1011 de 2006.

Para que la atención primaria en salud tenga éxito, se espera que los proveedores de atención y la comunidad evalúen en forma cooperativa las necesidades de salud y determinen qué enfoque permite optimizar la atención dadas las limitaciones de recursos.

La garantía de calidad promueve la confianza, mejora la comunicación y fomenta una comprensión más clara de las necesidades y las expectativas de la comunidad. Si los proveedores no ofrecen servicios de calidad, no lograrán granjearse la confianza de la población y las personas recurrirán al sistema de salud únicamente cuando estén en extrema necesidad de atención curativa.

Tal situación es especialmente desafortunada en los países en desarrollo, en donde la atención preventiva para salvar vidas tales como inmunización, vigilancia del crecimiento, planificación familiar y atención prenatal depende de la voluntad de la participación de las comunidades. Aún más, a medida que los programas de atención primaria de salud adoptan estrategias de recuperación de costo, la calidad del servicio debe ser suficiente para atraer la población a la clínica sobre la base de honorarios por servicios.

Es importante que cuando al Institución Prestadora de Salud, adquiere el certificado de Garantía de la Calidad en Salud, su personal administrativo, médico, enfermeras y demás auxiliares en salud, se esmere por obtener un óptimo comportamiento del control de calidad interno antes del procesamiento diario de cualquier actividad, esto permite tener confiabilidad en los equipos de trabajo y así dar una precisión del resultado generado. Además, mensual o quincenalmente se deben realizar controles externos de calidad que, al someterse a comparación internacional con ciertas Instituciones prestadoras de Salud, permita establecer la exactitud de cada una de las acciones realizadas.

Todos estos conjuntos de procedimientos permiten asegurar la confiabilidad y

estabilidad de las pruebas e incrementar la probabilidad de que cada resultado reportado por la Institución Prestadora de salud sea válido y pueda ser usado con confianza por el usuario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Presidente de la República. Decreto 1011 de 2006. [Online]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975> [Accessed 9 Nov 2017].
2. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de 1991. [Internet]. Alcaldiabogota.gov.co. 1991 [cited 7 Nov 2017]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
3. Congreso de la República. Ley 60 de 1993. [Online]. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85889_archivo_pdf.pdf [Accessed 7 Nov 2017].
4. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. [Internet]. Alcaldiabogota.gov.co. 1993 [cited 7 Nov 2017]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
5. Congreso de la República. Ley 715 de 2001. [Online]. Available from: http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty;jsessionid=qqF1xvgCLLqqkNg4IGZ8wl0wPRjrgjtLRcuB0v-P9vvdXWQ3vPmX!-1088947312?nodeId=/OCS/MIG_5817363.PDF//idcPrimaryFile [Accessed 8 Nov 2017].
6. Corte Constitucional. Sentencia N° T-760 de 2008. [Online]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia T-760/SENTENCIA T760 -2008.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia_T-760/SENTENCIA_T760_-2008.pdf) [Accessed 8 Nov 2017].
7. Presidente de la República. Decreto 1918 de 1994. [Online]. Available from: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Decretos/D1918_94.pdf [Accessed 8 Nov 2017].
8. Presidente de la República. Decreto 2174 de 1996. [Online]. Available from: http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/DEC2174_96.htm [Accessed 8 Nov 2017].
9. Presidente de la República. Decreto 2309 de 2002 Se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Online]. Available from: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=6829 [Accessed 7 Nov 2017].

10. Ministerio de Salud. Resolución No 1474 de 2002. [Online]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN%201474%20DE%202002.pdf [Accessed 7 Nov 2017].
11. Ministerio de la Protección Social. Manual de Estándares del Sistema de Acreditación - Resolución 1445 de 2006. [Online]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Manual-Estandares-Sistema-Acreditacion-Resolucion-1445-2006.pdf> [Accessed 8 Nov 2017].
12. Presidente de la República. Decreto 4295 de 2007. [Online]. Available from: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=27565 [Accessed 9 Nov 2017].
13. Ministerio de Salud y Protección Social. La Ley 872 de 2003 y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud en Colombia. [Internet]. Available from: <http://www.acreditacionensalud.org.co/Adm/ArchivosBoletines/57/Revista%20No%2079.pdf> [cited 9 Nov 2017].
14. ICONTEC. Evaluación de la Conformidad Preguntas Frecuentes. 2017. [Internet]. Available from: <http://www.icontec.org/Ser/EvCon/Paginas/Prf.aspx>. [cited 9 Nov 2017].
15. Ministerio de Protección Social. Resolución 1043 de 2006. [Online]. Available from: [https://www.invima.gov.co/Resoluciones – Medicamentos](https://www.invima.gov.co/Resoluciones-Medicamentos) [Accessed 8 Nov 2017].
16. Ministerio de Protección Social. Resolución 1441 de 2013. [Online]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268> [Accessed 7 Nov 2017].
17. Ministerio de Protección Social. Resolución 2181 de 2008. [Online]. Available from: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_2181_2008.pdf [Accessed 9 Nov 2017].
18. Ministerio de Protección Social. Resolución 3557 de 2003. [Online]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203557%20DE%202003.pdf [Accessed 8 Nov 2017].
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 000123 de 2012. [Online]. Available from:

- http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Res123_modificRes1445.pdf [Accessed 9 Nov 2017].
20. Presidente de la República. Decreto 903 de 2014. [Online]. Available from: [http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2014/Documents/MAYO/13/DECRETO 903 DEL 13 DE MAYO DE 2014.pdf](http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2014/Documents/MAYO/13/DECRETO%20903%20DEL%2013%20DE%20MAYO%20DE%202014.pdf) [Accessed 9 Nov 2017].
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2082 de 2014. [Online]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2082-de-2014.pdf> [Accessed 9 Nov 2017].
22. Kerguelén Botero C, Tono Ramírez T. Calidad de la salud en Colombia. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2008.
23. Revisión Bibliográfica - Metodología de la Investigación- 2018,[Internet]. Available from: <https://sites.google.com/site/researchmethodsfsiotherapy/Home/marco-teorico/revisin-bibliogrfica> [cited 7 Nov 2017].
24. Beaudiquez, M. Guide bibliographie generale. Methodologie et práqutique. París: K.G. Saur, 1983. p.32-33
25. Congreso de la República. Ley 647 de 2001. [Online]. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-86093_archivo_pdf.pdf[Accessed 9 Nov 2017].
26. Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES 3446 de 2006. [Online]. Available from: http://www.inm.gov.co/images/Normatividad/Leyes/2018/CONPES_3446_de_2006.pdf [Accessed 8 Nov 2017].
27. Cortes Martinez A. La Economía de la Salud en el Hospital. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas; 2010. [Internet]. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2625/12577> [cited 9 Nov 2017].
28. Bermudez L. Obstáculos en la Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001. 2012. [Internet]. Available from: <http://blogbvelearning.wordpress.com/2012/10/08/31> [cited 7 Nov 2017].
29. Miniterio de Salud y Protección Social. Antecedentes de Colombia. 2016. [Internet]. Available from: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/AntCol.aspx> [cited 9 Nov 2017].

30. Ministerio de la Protección Social. Guía de Instrucción Despliegue de la Estrategia Mediante el Cuadro de Mando Integral. Dirección de Calidad; 2008. [Internet]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Guia_de_uso_cuadro_de_mando.pdf [cited 9 Nov 2017].
31. Rooney A, van Ostenberg P. Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad- Garantía de Calidad de la Atención en Salud en los Países en Desarrollo. 1999. [Internet]. Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnach089.pdf [cited 7 Nov 2017]
32. República de Colombia. Sentencia T-770 de 2008. [Internet]. Available from: <http://www.corte.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2008/T-770-08.htm> [cited 7 Nov 2017].
33. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014. [Online]. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=70838> [Accessed 8 Nov 2017].
34. Bejarano-Daza JE, Hernández-Losada DF. Fallas del mercado de salud colombiano. Revista Facultad de Medicina Universidad Nacional. 2017;; p. 107-113.
32. Novegil Souto JV. Universidad de Vigo. [Online]. 2018. Available from: <https://sites.google.com/site/researchmethodsphysiotherapy/Home/marco-teorico/revisin-bibliografica>.