

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA
GARANTÍA Y LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN
COLOMBIA

LAURA CATALINA CUEVAS MALDONADO
PAULA ANDREA LÓPEZ SUAREZ
DIANA LUCIA MANCLARES BASTIDAS

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
DIVISIÓN DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
BOGOTÁ
2018

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE LA
GARANTÍA Y LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN
COLOMBIA

LAURA CATALINA CUEVAS MALDONADO

PAULA ANDREA LÓPEZ SUAREZ

DIANA LUCIA MANCLARES BASTIDAS

Trabajo de investigación para optar al título de especialista en gerencia de
instituciones de seguridad social en salud

Asesor

Edson Jair Ospina Lozano

Docente maestría en salud pública

Coordinación especialización en gerencia de instituciones de seguridad social en
salud

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
DIVISIÓN DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
BOGOTÁ
2018

TABLA DE CONTENIDO

GLOSARIO	4
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN	6
MARCO TEÓRICO	8
<i>EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE LA HISTORIA</i>	8
Decreto 1011 de 2006 – Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.....	11
<i>DEFINICIÓN DE CALIDAD EN SALUD</i>	19
DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	23
BIBLIOGRAFÍA.....	25

GLOSARIO

- **AGENTES DEL SISTEMA:** son aquellos que participan en el Sistema de Salud colombiano. Estos agentes son: el Ministerio de Salud y Protección Social, departamentos, distritos y municipios, Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud.
- **ARS:** son las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado en el Sistema de Salud colombiano.
- **CADENA DE VALOR:** se refiere a la capacidad para desarrollar las actividades que agregan valor a las personas.
- **CONPES:** es el Consejo Nacional de Política Económica y Social y asesora al gobierno en todos los aspectos relacionados con el desarrollo económico y social del país.
- **EAPB:** son las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.
- **EMPÍRICO:** es lo que se basa en la experiencia, en todo lo que se sabe y que es repetido continuamente teniendo o sin tener un conocimiento científico.
- **EPIDEMIA:** ocurre cuando una enfermedad afecta a un número de individuos superior al esperado en una población durante un tiempo determinado.
- **EPS:** pertenecen a las EAPB y son las Entidades Prestadores de Salud.
- **ESE:** son las Empresas Sociales del Estado que presta servicios de salud a beneficiarios y afiliados. Están a cargo del gobierno.
- **IPS:** son las Instituciones Prestadoras de Salud que son contratadas por las EPS para dar la prestación de servicios de salud directamente a la población.
- **OPS:** es la Organización Panamericana de la Salud que se especializa en la salud del sistema interamericano, encabezado por la Organización de los Estados Americanos (OEA) y también esta afiliada a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

RESUMEN

La calidad es un elemento que con el pasar del tiempo ha evolucionado, primero la calidad era determinada por el hombre al crear sus propios productos y pasó a ser determinado por el usuario al cual se le está ofreciendo el producto. En salud paso exactamente lo mismo, en un principio desde el Seguro Social la calidad la determinaban las instituciones más no el usuario. Debido a lo anterior se expidieron normas, leyes, decretos que permitieron que la calidad fuera un elemento obligatorio en la prestación de servicios en salud y que el usuario exigiera la calidad de sus servicios, por lo tanto, se crea el decreto 1011 de 2006 que establece Sistema Obligatorio de la Garantía y la Calidad.

Las fallas en este sistema no demoraron en presentarse, por lo cual el gobierno exige la construcción de un Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en el que se determinan los principales problemas presentados y esto se toma como base para el análisis y discusión de las causas por las cuales el impacto del sistema no ha sido del todo positivo y qué acciones se pueden realizar para trabajar en pro al mejoramiento de la calidad de la prestación de servicios en salud.

Palabras Clave: Calidad en salud, prestación de servicios en salud, salud en Colombia.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo busca evaluar el impacto de la implementación del sistema obligatorio de la garantía y la calidad en la prestación de servicios de salud en Colombia; este sistema “es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”⁸; por ende la calidad de la atención en salud tiene como objetivo principal la satisfacción de los usuarios por medio de la prestación de servicios de salud de manera accesible, equitativa, oportuna, segura, continua y pertinente.

La investigación de este tema nace por el interés académico de conocer como ha sido la evolución de la calidad en salud en Colombia y verificar cual ha sido el real impacto del sistema de calidad en la prestación adecuada de los servicios de salud a la población y así identificar si existen fallas que perjudican el proceso.

Esto se realizará por medio de revisión bibliográfica descriptiva que nos muestre la evolución que ha tenido la calidad desde la antigüedad a la actualidad para así conocer como llegamos a la creación y establecimiento del decreto 1011 del 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; por consiguiente, los objetivos de esta investigación son los siguientes:

- Mostrar la evolución de la calidad a través de la historia.
- Conocer la normatividad que rige la calidad en salud en Colombia.
- Indagar como es la estructura del sistema obligatorio de la garantía de la calidad.
- Analizar las falencias del sistema obligatorio de la garantía de la calidad.
- Definir el concepto de calidad.

Teniendo en cuenta lo anterior este trabajo está organizado de la siguiente forma: en primera instancia se encuentra el marco teórico donde se mostrará la evolución de la calidad a través de la historia. Se realiza una descripción de la calidad en el ámbito industrial desde una perspectiva general, cuando en el periodo primitivo el hombre establecía sus estándares de calidad al crear sus propios productos. Luego con la evolución de la organización social llega el periodo artesanal donde se empieza a practicar el trueque. Con el pasar del tiempo se llegó al periodo industrial donde el nombre de los fabricantes era muy importante para verificar la calidad de los productos; sin embargo, con la diversificación de productos e incremento del consumo se redujo la calidad. Por estas razones en el periodo moderno se usó la teoría de Taylor basado en 4 etapas con el objetivo de la gestión de la calidad total de los productos.

En la perspectiva específica se describe la historia de la calidad en Colombia desde la aparición de microempresas, fábricas y compañías hasta la evolución en la educación que permitió, por medio de los ingenieros, el mejoramiento continuo de

la calidad de los productos. Con estos cambios en 1963 se crea el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC que generan esquemas de calidad implantando la cultura de la calidad en Colombia.

En la época primitiva la salud en Colombia se basaba en lo mágico – religioso y por las prestaciones del chaman se le recompensaba con sustento y comida. Con los avances en salud se dio paso al pensamiento empírico que logró que se considerara el valor de la prestación de servicios, siempre y cuando fueran de valor para las personas. Con esta nueva implementación se empezaron a establecer normas para la práctica de la medicina. En Colombia cuando existía el Instituto de los Seguros Sociales, la calidad en salud se dejaba a un lado y el enfoque solo se centraba en la empresa. Lo anterior cambió con la Constitución Política y la ley 100 ya que se establece la calidad como algo obligatorio y como un principio; además, exige a las EPS e IPS establecer procedimientos para controlar la calidad de los servicios prestados, al Ministerio de Salud definir normas de calidad y a la Superintendencia evaluar la calidad.

Aunque la Constitución política y la ley 100 mencionan algunos aspectos de calidad el origen del Sistema Nacional de Calidad se da con el decreto 2269 de 1993 que fue modificado más tarde con el decreto nacional 1471 de 2014. Sin embargo, en el año 2016 se expide el decreto 1011 de 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud que está integrado por 4 componentes: sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, sistema único de acreditación y sistema de información para la calidad. Por otro lado, en el año 2011 se establece la ley 1438 que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y exige la definición e implementación de un Plan Nacional de Mejoramiento de Calidad donde se identifica los principales problemas de la calidad en Colombia, se plantean objetivos generales, específicos, metas y actividades. El marco teórico también nos muestra una descripción breve de la definición de calidad en salud; en ella se mencionan varias definiciones que se complementan entre sí para establecer una definición de calidad integral.

Luego del marco teórico tenemos la discusión donde se realiza un recuento muy breve de la evolución de la calidad en salud y se hace un análisis de los principales problemas y fallas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud y como esto afecta a la población colombiana; por otro lado, se analiza cómo se podrían realizar acciones para el mejoramiento de estas fallas. Luego se describen otras causas posibles que han influido en la inadecuada implementación de la calidad en salud en Colombia.

Por último, se encuentran las conclusiones del trabajo donde se plasman los puntos de vista obtenidos y se llega a una respuesta con respecto al problema planteado ¿Cuál ha sido el impacto de la implementación del sistema obligatorio de la garantía y la calidad en la prestación de servicios de salud en Colombia?

MARCO TEÓRICO

EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD A TRAVÉS DE LA HISTORIA

La calidad es un elemento que ha tenido una historia y evolución importante; desde el periodo primitivo el hombre ha establecido sus estándares de calidad al crear sus propios productos, determinando las características adecuadas que satisfaga las necesidades.

Como la organización social del hombre fue cambiando se dio paso a las aglomeraciones y ciudades que corresponden al periodo artesanal y al intercambio de productos que también es llamado como trueque. En el trueque “el problema de calidad se resolvía fácilmente porque el cliente, el fabricante y el producto o mercancía se encontraban presentes simultáneamente, y comprador podía identificar la calidad del producto”¹. A medida que iba pasando el tiempo el comercio fue cambiando reduciendo considerablemente el contacto entre el producto, el comprador y el vendedor por lo que “la calidad del producto se evaluaba con respeto a una garantía y unas especificaciones definidas sobre este”¹.

En el mundo se encuentran varios ejemplos donde se evidencia el elemento de calidad en los productos que se ofrecen; en la antigüedad los egipcios y los fenicios tenían normas muy precisas para las construcciones. Los griegos establecieron normas para la exploración física de los pacientes como también la adecuada anamnesis. Si observamos lo anterior encontramos que el objetivo de todas las culturas era ofrecer un producto de calidad.

Con el pasar del tiempo se llegó al periodo industrial donde el nombre de los fabricantes tomó relevancia a la hora de verificar la calidad de los productos; sin embargo “con la producción industrial se diversificaron los productos, expandió la manufactura y se incrementó el consumo; se redujeron los costos de producción, pero también la calidad de los productos”¹.

En el periodo moderno se habla mucho del método y teoría de Taylor que se basa en 4 etapas: Inspección de la calidad que consiste en comprobar la presencia de defectos del producto final a cargo de un grupo de personas específico. La segunda etapa es el control de la calidad en el que se realiza el análisis de las causas de los defectos de los productos permitiendo la autorregulación y la autocorrección. En la tercera etapa llamada desarrollo del aseguramiento de la calidad se realiza “mecanismos para el desarrollo de procesos de planificación y sistematización, necesarios para asegurar la calidad en el lugar de fabricación”². La última etapa llamada gestión de la calidad total se basa en el mejoramiento continuo donde el objetivo es anticiparse a las necesidades futuras del mercado.

En Colombia en 1830 aparecieron microempresas como talleres artesanales y los obreros; luego se establecieron fabricas de loza, algodón y ácido sulfúrico,

aprovechando el agua de los cerros para mover la maquinaria hidráulica; sin embargo, la calidad de los productos no era tan buena como la de los extranjeros. Debido a lo anterior en 1920 las compañías crearon mecanismos para autoabastecerse de energía obteniendo una mejor producción y oferta de los productos. Con los avances en la educación los profesionales de ingeniería aparecieron favoreciendo el mejoramiento continuo de la calidad de los productos.

En 1963 nace el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación ICONTEC donde Yañez (25) citado por Laverde et al.², comenta que “se generan esquemas de calidad, donde el objetivo era que las empresas fabricaran sus productos con mayor calidad, teniendo en cuenta la seguridad y satisfacción para los consumidores, iniciando así la cultura de la calidad en Colombia”.

Para entender el desarrollo del concepto de calidad en la prestación de servicios de salud fue necesaria la descripción de la calidad en la industria ya que tienen cierta similitud. En la época primitiva la base de la salud era lo mágico – religioso y los servicios de salud eran proporcionados por el brujo o chaman que era compensado con protección y alimentación por parte de la comunidad. Con el avance del conocimiento las cosas cambiaron y la salud se basaba en un pensamiento empírico que “llevó a dedicar tiempo y esfuerzo en la adquisición de conocimientos acumulados y por lo tanto a considerar un valor por la prestación de servicios de salud, siempre y cuando estos fueran de la calidad esperada por las personas”¹.

Con esta nueva implementación de calidad se empezaron a establecer normas para la práctica de la medicina como también entidades hospitalarias para la atención de enfermos en consecuencia a las epidemias. A raíz de lo anterior se desarrolló el método epidemiológico o método científico en salud; “estos dos avances perduran hasta nuestros días como elemento fundamental de la calidad del conocimiento científico y de la atención en salud”¹.

En el año 1946 se expidió la ley 90 de 1946 mediante la cual se creó el Instituto de los Seguros Sociales, Según el tiempo³ “operó como un ente monopólico de carácter estatal. Lo que marco su cultura organizacional y su estilo de atención al usuario”. La población estaba obligada a afiliarse al instituto y cotizar, así no usaran los servicios de salud; por ende, solo se enfocaban en su empresa más no en los afiliados dejando a un lado la calidad de servicios y satisfacción real de las necesidades en salud.

Lo anterior empezó a cambiar significativamente con la Constitución Política de Colombia y aún más con la ley 100. En la constitución política de Colombia⁴ en el artículo 48 se establece la calidad como algo obligatorio y dice que “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad y calidad, en los términos que establezca la ley”. Por otro lado, en el artículo 78 se establece que “La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad”⁴. Teniendo en cuenta lo

anterior observamos que en Colombia la calidad es un elemento constitucional que se debe cumplir a cabalidad.

Con la ley 100 de 1993⁵ se establece que el sistema de seguridad social tiene como una de sus funciones “el acceso equitativo a un paquete mínimo de servicios de salud de calidad” y tiene como uno de sus principios la calidad. Por otro lado, se exige a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) establecer procedimientos para controlar la calidad de los servicios prestados, al Ministerio de Salud definir normas de calidad y satisfacción del usuario y a la Superintendencia Nacional de Salud evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por las EPS e IPS. En el artículo 227 de la ley 100⁵ también nos dicen que “es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios”.

Aunque en la Constitución política y la ley 100 se mencionan algunos aspectos de calidad el origen del sistema nacional de calidad se da con el Decreto 2269 de 1993⁶ por el cual se organiza el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología y que tiene como objetivos “promover en los mercados la seguridad, la calidad y la competitividad del sector productivo o importador de bienes y servicios y proteger los intereses de los consumidores” y que fue modificado más tarde por el Decreto Nacional 1471 de 2014. Sin embargo, en el año 2006 se determinaron los lineamientos del Subsistema Nacional de la Calidad (SNCA) que nació con la expedición del CONPES 3446 del 2006. El Sistema Nacional de Calidad como lo dice Gallego et al.⁷ son “todos los marcos de la política (pública), legal, regulatoria y administrativa y los arreglos institucionales (públicos y privados) que se requieran para establecer y poner en práctica la normalización, la metrología, la acreditación y el conjunto de servicios a evaluar”. Como se menciona anteriormente el Sistema Nacional de Calidad tiene 3 pilares principales los cuales son: normalización que se encarga de la difusión, creación y acceso de normas técnicas nacionales e internacionales, acreditación que se asegura de una competencia técnica de laboratorios, ensayos, calidad de las certificaciones concedidas y entidades de inspección y la metrología que según Gallego et al.⁷ “se encarga de que los patrones nacionales de medición puedan tener su trazabilidad internacional y ejercer la función de transferir esa trazabilidad a los patrones secundarios e industriales”.

En el mismo año que se expidió el CONPES 3446 del 2006 también se expide el decreto 1011 de 2006 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este decreto actualmente es el pilar de la calidad de la prestación de servicios de salud en Colombia.

Decreto 1011 de 2006 – Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

Para empezar este decreto establece algunas definiciones de términos que se desarrollan a lo largo del mismo y estos son:

- **Atención en Salud:** es el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales que se prestan a toda la población.
- **Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud:** es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
- **Calidad de la atención de salud:** es 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.
- **Condiciones de capacidad tecnológica y científica:** son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que tienen como objetivo reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.
- **Empresas administradoras de planes de beneficios.** -EAPB- Son las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.
- **Prestadores de servicios de salud.** Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.
- **Profesional independiente.** Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.
- **Unidad sectorial de normalización en salud.** Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y

estándares de calidad de la atención de salud. Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Una vez se tienen claro los conceptos anteriores, es importante definir, según este decreto⁸, qué es el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud y este “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”.

La calidad de la atención en salud tiene como objetivo principal la satisfacción de los usuarios por medio de la prestación de servicios de salud de manera accesible que es la posibilidad que tiene una persona de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud, oportuna que significa la posibilidad que tiene un usuario de obtener los servicios que requiere sin retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud, segura que se basa en estructuras, procesos, instrumentos que minimicen el riesgo de sufrir un evento adverso y mitigar sus consecuencias, continua, es decir, la recepción de intervenciones requeridas de una manera lógica y racional; y por último pertinente que significa el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos; esta prestación de servicios debe estar a cargo de profesionales óptimos teniendo en cuenta los costos – beneficios.

En este sistema hay varias figuras responsables de su funcionamiento las cuales son: El Ministerio de la Protección Social que desarrolla las normas de calidad y garantiza la compatibilidad con otros sistemas de calidad, Superintendencia Nacional de Salud que vigila, inspecciona y controla y aplica sanciones, Entidades Departamentales y Distritales de Salud que deben cumplir y hacer cumplir las disposiciones del decreto en cuestión y brindar asistencias técnicas a los prestadores de servicios de salud, Entidades Municipales de Salud que deben realizar asistencias técnicas y auditorías con el fin del mejoramiento de la calidad de la atención de salud en los prestadores de servicios de salud.

Además de los elementos mencionados el Sistema está integrado por 4 componentes los cuales son:

Sistema Único de Habilitación: según el decreto⁸ este sistema es “el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema”.

Debido a lo anterior los prestadores de servicios de salud deben cumplir con los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social en cuanto a las condiciones de capacidad tecnológica y científica, condiciones de suficiencia patrimonial y financiera que básicamente tienen como objetivo la estabilidad financiera en el mediano plazo y su competitividad, influencia, liquidez y cumplimiento de obligaciones a corto plazo. Por otro lado, también deben cumplir con la capacidad técnico-administrativa que se conforma del cumplimiento de los requisitos legales con respecto a su existencia y representación legal; también deben cumplir con los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que cuentan con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes. Una vez el prestador de servicios de salud haya tenido en cuenta lo anterior debe realizar una autoevaluación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación para luego inscribirse en el registro especial de prestadores de servicios de salud, esta inscripción tendrá un término de vigencia de 4 años y la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación estará a cargo de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

Con respecto a la habilitación de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios también deben cumplir las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnica administrativa establecidos por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional será la entidad competente para habilitarlas. La habilitación a las EAPB se otorgará por un término indefinido.

La inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.

Es importante mencionar que el sistema único de habilitación está sustentado también por el decreto 0515 de 2004 donde se define el sistema de habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS. Según este decreto⁹ el objetivo es “definir las condiciones y procedimientos de habilitación y revocatoria de habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS”. Las entidades que prestan los servicios de salud deben cumplir las siguientes condiciones para garantizar la administración del riesgo en salud: Deben tener las condiciones de operación necesarias, deben tener las condiciones necesarias para la permanencia en el mercado. Dentro de las condiciones de operación y permanencia se incluye la capacidad técnico – administrativa, financiera, tecnológica y científica.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud: Los programas de auditoría deben ser concordantes con los estándares de acreditación y habilitación. Por lo tanto, la auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la

Atención en Salud Pública⁸ implica: “la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada que debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas” y por último seguir los planes de mejoramiento para su cumplimiento.

Existen varios niveles que se contemplan en el proceso de la auditoría y estos son:

- a) **Autocontrol:** en cada entidad se debe planear, ejecutar, verificar y ajustar sus procesos y procedimientos con su equipo de trabajo basándose en los estándares de calidad definidos por norma.
- b) **Auditoría Interna:** esta auditoria se realiza en la misma institución y consiste en la evaluación externa al proceso que se audita. Su objetivo es la de contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.
- c) **Auditoría Externa:** es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

Como la auditoría evalúa procesos y procedimientos y debe implantar acciones según los hallazgos encontrados, este decreto establece 3 tipos de acciones:

- a) **Acciones Preventivas:** Son aquellas acciones que se realizan sobre procesos prioritarios previamente a la atención de los usuarios y así garantizar su calidad.
- b) **Acciones de Seguimiento:** Son aquellas acciones que se realizan a la prestación de sus servicios de salud en los procesos prioritarios.
- c) **Acciones Coyunturales:** Son aquellas acciones que se realiza retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud.

La auditoría se aplica a 3 tipos de entidades; la primera es la EAPB la cual debe adoptar al igual que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud⁸ “criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos”; sin embargo las EAPB lo hacen para garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención en pro a la satisfacción de los usuarios, en cambio las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud lo hacen para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

En cuanto a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de salud tienen como responsabilidad asesorar a las EAPB y las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud en la implementación de programas de auditoría para el

mejoramiento de la calidad de la atención en salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento.

Los procesos de auditoría para las EAPB e IPS se basan en la autoevaluación de la red de prestadores de servicios de salud, mirando la suficiencia de red, desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia para las EAPB y las prioridades para evaluar los procesos de atención a los usuarios y la atención al usuario basada en el ejercicio de los derechos, acceso, oportunidad y calidad de los servicios en las EAPB y en las IPS en la calidad de los servicios y ejercicio de los derechos.

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Sin embargo, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Sistema Único de Acreditación: este decreto⁸ plantea que el sistema único de acreditación “es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, las EAPB y demás instituciones que voluntariamente decidan acogerse a este proceso”.

El sistema se orienta con los siguientes principios: Confidencialidad con la información o datos relacionados con las instituciones, eficiencia en el aprovechamiento de los recursos disponibles y gradualidad, es decir, que los estándares exigidos se logran progresivamente con el fin de lograr un mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de Protección Social que aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que proponga la Unidad Sectorial de Normalización. La inspección vigilancia y control del sistema único de acreditación estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud para realizar seguimiento del proceso de acreditación y su transparencia.

En el año 2014 se estableció el decreto 0903 de 2014 donde se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en salud. En este decreto¹⁰ básicamente “tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, así como definir reglas para su

operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales”.

Sistema de Información para la Calidad: El objetivo principal de este sistema es el estimular la competencia por la calidad en las diferentes instituciones y también orientar a los usuarios con respecto a las características del sistema, derechos y deberes y niveles de calidad de los prestadores de salud y EAPB para una mejor toma de decisiones informada.

Como objetivos principales del sistema de información de calidad tenemos el monitoreo de la calidad de los servicios ofrecidos por los actores, orientar la toma de decisiones de la población para la selección de EAPB y/o Institución Prestadora de Servicios, Servir de referencia competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB e instituciones prestadoras de servicios de salud y estimular la gestión de la calidad basada en hechos y datos. Lo anterior se realiza basados en los siguientes principios: gradualidad que significa el desarrollo y la implementación de información progresiva, sencillez que permitirá que la información sea comprendida y asimilada, focalización basa en los procesos de toma de decisiones para la selección de EAPB e IPS, validez siempre y cuando presente aspectos centrales de calidad y confiabilidad en cuanto mida la calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada, participación y eficiencia que se reflejará en la recopilación de información útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

En el sistema de información para la calidad las acciones de inspección, vigilancia y control estarán a cargo de las Direcciones Departamentales y Distritales y de la Superintendencia Nacional de Salud.

Para el monitoreo de la calidad en salud el Ministerio de salud establece el decreto 256 de 2016, por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Estos indicadores según el decreto¹¹ tiene un “enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho Sistema”.

Por lo anterior, actualmente en Colombia existe el observatorio de calidad de la atención en salud del Ministerio de Salud y Protección Social¹² que “dispone y divulga información de la calidad de la atención en salud que reciben los colombianos”; básicamente los objetivos del observatorio son gestionar, monitorear, desarrollar, implementar, promover y poner a disposición de los usuarios los resultados de los indicadores establecidos que evalúan la calidad en la atención en salud.

Por otro lado, en año 2011 se estableció la ley 1438¹³ “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud” y con las exigencias normativas dada por esta ley en relación a la definición e implementación de un plan

nacional de mejoramiento de calidad, impone al Ministerio de Salud y Protección Social condiciones frente al mejoramiento de la calidad en la atención y la obtención de resultados evaluables, reconocidos y direccionados para lograr el compromiso de todos los agentes del sistema; por tal razón en el año 2016 desarrollaron el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud¹⁴ que identifica los siguientes problemas en calidad y que los considera como los principales en la actualidad:

1. Dispersión de normas que no permiten la continuidad de lineamientos.
2. Mejoramiento continuo, centrado en los agentes del sistema y no en las personas (deshumanización).
3. Enfoque instrumental de la calidad que dificulta ciclos continuos de mejoramiento.
4. No hay articulación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad con los demás sistemas de gestión.
5. Limitación en los incentivos a los trabajadores de la salud y agentes para el mejoramiento continuo.
6. Deficiencias en la formación de talento humano.
7. Información inconsistente para la medición y monitoreo de la calidad de los agentes.
8. Dificultad de la población para el acceso de la información del sistema y así tomar decisiones informadas.
9. Falta de confianza y legitimidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad se basa en los siguientes elementos para el desarrollo de su marco conceptual: Su finalidad es la excelencia de la gestión y articulación de los agentes del Sistema de Salud en pro al mejoramiento y preservación de la salud de la población, sus directrices de calidad son la seguridad que se enfoca en la protección de los usuarios contra riesgos y amenazas y así obtener los mejores resultados, coordinación que se fundamenta en la articulación entre los agentes del sistema que permita la continuidad y atención integral a la población, y transparencia como directriz de las acciones de los agentes, previniendo actos de corrupción; por otro lado, su principio orientador es la humanización que centra la acción en las personas y a la protección de la vida. Para el fortalecimiento de la gestión de todos los agentes se realizarán ciclos de autoevaluación continua a través de dinámicas impulsadoras para el mejoramiento continuo y el logro de resultados en salud. Las dinámicas que se plantearon fueron 8 y se mencionan a continuación:

- Liderazgo y trabajo en equipo.
- Aprendizaje para la innovación.
- Gestión por procesos – cadena de valor.
- Gestión del talento humano.
- Planeación – Estratégica.
- Articulación.
- Gestión de recursos y alianzas.

- Enfoque en resultados al bien común.

El Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud¹⁴ en su marco estratégico plantea los siguientes objetivos estratégicos: “1. Centrar los esfuerzos del Sistema de Salud en las personas (usuarios y trabajadores), 2. Fomentar la cultura de la autoevaluación para el mejoramiento continuo del Sistema de Salud, 3. Enfocar la gestión al logro de resultados en salud y la generación de valor social” y para cumplir estos objetivos se plantean el mecanismo de acción de empoderamiento para propiciar una cultura de autogestión y el mecanismo de retroalimentación que propone establecer la continua revisión del proceso y de los resultados. Con base en lo mencionado se establecen los siguientes objetivos específicos enmarcados en los mecanismos de acción mencionados.

Empoderamiento

1. Promover cambios, normativos en materia de calidad que impulsen la humanización, la seguridad, la coordinación y transparencia en el Sistema de Salud.
2. Impulsar el enfoque sistemático en la gestión administrativa y clínica en los agentes del sistema para el logro de los resultados en salud.
3. Apoyar y fomentar la excelencia e innovación en el sistema de salud.
4. Desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano y en las instituciones de salud que contribuyan a humanizar la gestión de las organizaciones.

Retroalimentación

5. Incentivar la gestión del conocimiento mediante el fomento del aprendizaje y la innovación.
6. Empoderar a las personas mediante estrategias de comunicación y rendición de cuentas para que mejoren su comprensión, participación y experiencia con el Sistema de Salud.

Por consiguiente, cada agente del Sistema de Salud tiene responsabilidades específicas con respecto al Plan Nacional para el Mejoramiento de la Calidad en Salud; por ende, a continuación, se muestran estas responsabilidades por agente:

- **Ministerio de Salud y Protección Social:** se encarga de dirigir el monitoreo y evaluación del plan y del sistema de monitoreo de la calidad, como también desarrollar procesos de asistencia técnica territorial y propiciar una cultura de mejoramiento de la calidad de acuerdo con la normatividad vigente.
- **De los departamentos, distritos y municipios:** se encarga de adoptar, aplicar y socializar el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, adoptar y adaptar metodologías para la implementación y monitoreo del plan, realizar análisis y seguimiento a los resultados en salud del territorio, y

proponer acciones de mejoramiento continuo, promover el uso del Observatorio Nacional de Calidad.

- **Entidades Promotoras de Salud:** se encarga de adoptar, aplicar y socializar el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, adoptar y adaptar metodologías para la implementación y monitoreo del plan, realizar análisis y seguimiento a los resultados en salud en la red de prestadores, disponer para la ciudadanía información completa, oportuna, y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución del plan.
- **Instituciones Prestadoras de Salud:** Se encarga de adoptar y aplicar el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, Participar en la elaboración de metodologías, lineamientos e instrumentos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, realizar análisis y monitoreo a los resultados en salud y proponer acciones de mejoramiento continuo, disponer para la ciudadanía información completa, oportuna, y veraz de la forma como avanza la implementación y ejecución del plan.

DEFINICIÓN DE CALIDAD EN SALUD

Llegar a una definición de calidad en la prestación de servicios de salud es difícil debido a que la atribución de calidad depende del juicio que realiza el usuario o paciente y estos tienen estándares de calidad diferentes dependiendo de las necesidades de cada uno. Así se pueden encontrar diversas definiciones que se complementan entre sí; Donabedian ⁽⁵⁾ citado por Laverde et al ^(2 p 9) define la calidad de atención como “aquella que proporciona al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”. Por otro lado, Roemer y Montoya Aguilar ⁽⁶⁸⁾ citado por Álvarez ^(1 p 16) proporciona la siguiente definición de calidad como “desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben 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”. En cambio, la OPS ⁽⁶⁰⁾ citado por Álvarez ^(1 p 18) nos dice que la calidad en los servicios de salud “es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios y debe ser explicada y expresada por ellos” y según la ley 100 ⁵; la calidad debe centrarse en una atención continua, oportuna, integral y con un enfoque humanizado basándonos en estándares aceptados en la práctica profesional y en procedimientos; todo lo anterior se controla por medio de un sistema que establezca los mecanismos para hacerlo.

Por lo cual, así como lo expresan Laverde et al.², en el concepto de calidad se debe tener en cuenta ciertos elementos como la competitividad, costo, rentabilidad, excelencia, moral, productividad, beneficio, calidad del producto o servicio, volumen, resultados, seguridad y atención al entorno.

Debido a lo anterior actualmente las empresas se esfuerzan para que sus trabajadores conozcan el producto que se está realizando y mejoren día a día la calidad por lo cual como dice Álvarez¹, la calidad es la relación del hombre con el quehacer en el cual ha puesto su potencial intelectual cuyo objetivo es la satisfacción de necesidades.

Según nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud y la normatividad vigente¹⁵ la calidad de la atención en salud 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”. Lo anterior involucra aspectos de continuidad en la atención, pertinencia, seguridad, oportunidad y accesibilidad en la prestación de servicios de salud a la población.

Como podemos ver las definiciones mencionadas anteriormente engloban diferentes aspectos que son importantes en la calidad y que permite tener una visión más completa de lo que realmente significa este elemento en la prestación de servicios en salud.

DISCUSIÓN

A lo largo de la historia, Colombia ha sido un país que ha tenido una evolución importante en el tema de Calidad en salud, a través de la revisión realizada encontramos que en un principio con el Instituto de los Seguros Sociales no se manejaba absolutamente nada de calidad en la prestación de servicios de salud; sin embargo desde la Constitución Política de Colombia de 1991 se menciona el termino de calidad como un elemento constitucional y luego en 1993 con la ley 100 se realiza un cambio drástico del Sistema de Seguridad Social en Salud que establece la calidad como una función del sistema de seguridad social y se obliga a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) controlar la calidad de los servicios prestados, al Ministerio de Salud definir normas de calidad y satisfacción del usuario y a la Superintendencia Nacional de Salud evaluar la calidad de los servicios ofrecidos por las EPS e IPS.

Debido a lo mencionado el gobierno tuvo la necesidad de crear varios decretos que formalizaran la calidad como un elemento esencial y obligatorio para la prestación de servicios de salud. Un inicio fue el decreto 2269 de 1993 que organizó el Sistema Nacional de Calidad que promovió en los mercados la calidad de los bienes y servicios prestados. En el año 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad con el decreto 1011 de 2006 y se fortalece con el decreto 0515 de 2004 donde se define el sistema de habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado y con el decreto 256 de 2016 por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. A pesar de la

expedición de los anteriores decretos el cumplimiento de la calidad en la prestación del servicio no fue integral por tal razón en el año 2011 se establece la ley 1438 que realiza reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y exige la creación del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud en el cual se plantean los principales problemas de la calidad en Colombia y establece objetivos, metas y acciones para mejorar la situación de calidad en la prestación de servicios de salud.

Al analizar los problemas identificados desde el Ministerio de Salud y Protección Social podemos decir que de estos los que más afectan la calidad son: el mejoramiento continuo, centrado en los agentes del sistema y no en las personas, desarticulación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad con los demás sistemas de gestión, deficiencias en la formación de talento humano e información inconsistente para la medición y monitoreo de la calidad de los agentes. Cuando el mejoramiento continuo se centra solo en los agentes del sistema observamos que este es un enfoque general, más no específico; si el enfoque fuera específico trabajaríamos con las personas que realizan la atención en salud directa a la población e instauraríamos en ellos la calidad como un elemento primordial en la atención en salud y así evitaríamos la deshumanización en la prestación de servicios de salud.

Por otro lado, la articulación es un factor primordial para obtener resultados positivos y alcanzar los objetivos esperados; actualmente se encuentran falencias en esta articulación ya que cada agente trabaja por su lado, con objetivos diferentes afectando considerablemente la calidad de la atención en la salud siendo el usuario el más afectado. Otro factor indispensable es la capacitación continua de los trabajadores que prestan los servicios de salud a la población, ya que a pesar de que tienen una formación previa desde sus universidades o instituciones de enseñanza, salen con deficiencias que perjudican la atención en salud; si hacemos capacitaciones de refuerzo y actualización aseguramos una atención integral y podemos disminuir posibles errores o malas prácticas de atención. En cuanto al sistema de información para la calidad en salud se identifica que en la página del Ministerio de Salud y Protección Social con respecto a los indicadores de la resolución 0256 de 2016 dominio Experiencia de la Atención, indicador Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en las IPS, se encuentra que en el primer periodo del año 2016 el país está en un 92%, en el segundo periodo del año 2016 estamos en un 90% y en el primer periodo del año 2017 estamos en un 95%; no se cuenta con la información del segundo periodo del año 2017. Con los resultados anteriores vemos que aparentemente la mayoría de los usuarios están satisfechos con la prestación de servicios de salud y por ende de su calidad.

Sin embargo, al revisar los resultados de las encuestas de evaluación de los servicios de las EPS aplicadas desde el año 2012 publicadas en la página del Ministerio de Salud y Protección Social encontramos que por lo general en promedio la mitad de la población encuestada tiene una oportunidad en los servicios de salud adecuada, pero la otra mitad no, evidenciando problemas de calidad en la

prestación de servicios e inconformidad por parte de los usuarios; lo anterior no concuerda con los resultados publicados de los indicadores en la página del Ministerio mostrando inconsistencias en la información y por ende en los resultados reales de la percepción de los usuarios con respecto a la atención en salud en Colombia.

Pero los problemas mencionados anteriormente tienen una causa aún más preocupante y es que, aunque el derecho a la salud es un derecho fundamental que está estipulado en la Constitución política de Colombia (1991) ⁴ en los artículos 48 y 49 que afirman “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio (...) en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”; no se garantiza como es debido y por ende se evidencian inconsistencias serias en la estructuración y funcionamiento de su modelo de salud.

Los modelos de salud en esencia tienen funciones y componentes establecidos; por ende, para lograr la eficiencia se debe mantener un equilibrio entre los mismos y aquí es donde estamos fallando, no existe tal equilibrio en nuestro modelo que se puede considerar como un modelo segmentado; por lo tanto, así como menciona Londoño y Frenk (1997) ¹⁴ “Tal configuración del sistema de salud presenta muchos problemas. Primero, genera duplicación de funciones y desperdicio de recursos, especialmente en los servicios de alta tecnología. Segundo, generalmente conduce a diferenciales importantes de calidad entre los diversos segmentos”. Las diferencias mencionadas día a día se evidencian con las quejas, tutelas, EPS intervenidas por la superintendencia ya que no se están cubriendo las necesidades de la población y esto genera una carga financiera y una desigualdad importante en muchas familias o aun peor, la población más vulnerable ni siquiera puede acceder a ningún tipo de servicio de salud.

Los sistemas de salud tienen una función principal llamada modulación que según Londoño y Frenk (1997) ¹⁸ “Implica establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica”. Aquí es donde el Estado y la mayoría de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) o Entidades Aseguradoras de Planes de Beneficios (EAPB) están fallando ya que no tienen planteadas claramente las reglas de juego con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) o Empresas Sociales del Estado (ESE) que en resumidas cuentas son las que realizan directamente la prestación de los servicios a la población, por ende es muy importante intervenir en ésta función estableciendo claramente las reglas de juego en los anexos de contratación apoyándonos en la constitución política, leyes, decretos y resoluciones para así poder monitorear el cumplimiento de la prestación del servicio a la población desde la promoción y prevención hasta el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Con estas herramientas podemos controlar los pagos descontrolados a las IPS entablando incentivos o sanciones económicas y así en la medida de lo posible mantener nuestra población sana y los que ya tienen una patología instaurada mantenerlos estables y sin complicaciones que puedan aumentar el costo médico

que tanto aqueja a las EAPB actualmente. Con esta intervención podemos ayudar a mantener un equilibrio entre el financiamiento y la prestación; este equilibrio lo llamaríamos articulación.

Además de la intervención descrita anteriormente, es importante mencionar ciertas actividades que contribuyen a mantener el equilibrio como el análisis y organización de red de prestación de servicios. En esta actividad se presentan fallas debido a que no se hace un análisis adecuado de las necesidades en salud de cada región para identificar las prioridades a atender; con este análisis individualizado y no generalizado se logrará instaurar una red de prestación de servicios enfocada en lo que realmente la población de cada región necesita.

Por otro lado, estamos fallando en la vigilancia del cumplimiento de lo estipulado por la ley; así como se menciona en la ley 10 de 1990¹⁹ por el Congreso de Colombia (1990) en el artículo 9 apartado f): “La Dirección Nacional del Sistema de Salud, corresponderá al Ministerio de Salud, que cumplirá las siguientes funciones, específicas: (...) f) Vigilar el cumplimiento de las políticas, planes, programas y proyectos y las normas técnicas, administrativas y de calidad del servicio, adoptados para el sector salud, e imponer, si es el caso, las sanciones a que hubiere lugar”.

Lo anterior es muy importante porque en Colombia se presenta la corrupción, que afecta en resumidas cuentas a la población. El estado designa recursos financieros para la salud; a su vez estos son distribuidos en todos los distritos, municipios y departamentos y en este proceso de distribución se pierden los recursos y las personas encargadas no invierten el dinero en lo que deberían, sino que lo usan para beneficio propio. Es muy importante intervenir arduamente en este problema intensificando el seguimiento y control por medio de auditorías para así detectar las inconsistencias y judicializar a las personas implicadas.

CONCLUSIONES

La calidad en salud en Colombia ha tenido avances importantes de los cuales se han establecido bases y lineamientos que los agentes del sistema están en la obligación de implementar; sin embargo, estos agentes no han implementado estos lineamientos como debe ser y por ende la calidad de la atención en salud no es integral y las necesidades de la población no se han cubierto. Las principales causas que han perjudicado la adecuada implementación de los lineamientos de calidad en la atención en salud son:

- El enfoque que se ha usado para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud solo se centra en los agentes del sistema más no en las personas. Es indispensable que los profesionales, auxiliares o técnicos que están a cargo de la prestación de servicios de salud directa a la población comprendan que la calidad es un elemento indispensable en la atención de

salud, si ellos no tienen en cuenta lo anterior se presenta el trato deshumanizado.

- Los agentes del sistema actualmente están desarticulados; cada uno tiene fines y objetivos distintos, por lo cual cada uno trabaja por su lado y a su conveniencia. Es indispensable el trabajo en equipo entre los agentes para lograr resultados positivos y brindar una atención en salud de calidad.
- Actualmente se están presentando deficiencias en la formación de profesionales, auxiliares o técnicos en salud. Estas deficiencias aumentan las probabilidades de errores técnicos que ponen en peligro la salud o la vida de la población. Aunque en este aspecto el Ministerio de Educación tiene un papel importante para el cambio en los pensum académicos, se concluye que son indispensables las capacitaciones continuas a los profesionales, auxiliares, técnicos que atienden directamente a la población, para así reforzar conocimientos y realizar actualizaciones.
- El sistema de información para el monitoreo de la calidad en salud en Colombia tiene inconsistencias en la información. No concuerdan las fuentes de información, según la página del ministerio de salud y protección social la satisfacción de los usuarios esta en promedio en 95%; sin embargo, en las encuestas de evaluación de los servicios de las EPS aplicadas desde el año 2012 se encuentra que el 50% de usuarios encuestados están inconformes con la atención en salud recibida. Es importante que se realice un seguimiento más estricto de la información que proporcionan las EPS e IPS para la medición de los indicadores establecidos para medir la calidad de la atención en salud en Colombia por medio de auditorías continuas, ya que muestran unos resultados que no concuerdan con la realidad; si la población estuviera conforme con la atención recibida por parte del sistema de salud, no habría tantas quejas y tutelas en este momento.
- La principal causa de los problemas en el sistema de salud colombiano radica en la estructura de su modelo de salud. Se duplican funciones, se desperdician recursos y crea diferencias en la calidad en la atención en salud en las clases sociales que existen en Colombia. Actualmente se evidencia en las noticias como la población más pobre sufre por el acceso a la salud y si tienen acceso, sufren por la oportunidad en la prestación del servicio.
- Colombia es un país con una diversidad cultural y territorial muy grande; por ende, es indispensable que desde el Ministerio de Salud se realice un análisis de necesidades en salud individualizada por región y no generalizada por el país. Realizando lo anterior se logra identificar los principales problemas de la población por región y se puede diseñar una red de prestación de servicios de salud adecuada que responda a las necesidades de la población.

- Es indispensable que desde el Ministerio de Salud y Protección Social se aclaren cuales son las funciones específicas que cada agente del sistema tiene como responsabilidad, teniendo en cuenta que por ningún motivo las funciones deben estar duplicadas, ocasionando confusiones y obstáculos para el progreso del mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud en Colombia.
- La corrupción es un problema que ha afectado por muchos años el sistema de salud colombiano. La desviación de recursos económicos es lo que más se identifica y lo que más afecta la prestación de servicios de salud con calidad a la población; por tal razón por medio de controles, seguimientos y auditorías estrictas se puede contribuir en la detección de este problema.
- El impacto del Sistema Obligatorio de la Garantía y la calidad en la prestación de servicios de salud en Colombia, aunque no ha sido del todo positivo, por los problemas y deficiencias mencionadas a lo largo del trabajo, ha implantado los lineamientos obligatorios que se deben seguir y ha abierto la puerta para demostrar a los agentes del sistema, trabajadores y población la importancia de la calidad como el pilar para la adecuada atención en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Heredia F, Calidad y Auditoría en Salud 3ra edición; 1 de julio de 2015; ISBN 978-958-771-143-1: 4 – 6.
2. Laverde Sánchez M, García Loaiza A, Linares Beltrán D, López López A, Rincón Hernández P, Valencia Rodríguez N, Evolución de la Calidad de Salud en Colombia; revista de gestión, salud y trabajo, No 6 enero – marzo de 2013 – SNIES 1545: 6 – 11.
3. El Tiempo, El seguro Social, disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-812461>, 11 de septiembre 1998.
4. Asamblea Nacional Constituyente, Constitución Política de Colombia 1991, disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>.
5. Congreso de la republica de Colombia, ley 100 de 1993, disponible en: <http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD%20EN%20LEY%20100%20DE%201993.pdf>.
6. Presidente de la republica de Colombia, Decreto 2269 de 1993, disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=32037>.
7. Gallego J, Gutiérrez L, El sistema Nacional de Calidad en Colombia – Un análisis cualitativo del desarrollo del sistema, julio de 2016.
8. Presidente de la republica de Colombia, Decreto 1011 de 2006, disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>.

9. Presidente de la república de Colombia, Decreto 0515 de 2004, disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-0515-de-2004.pdf>.
10. Presidente de la república de Colombia, Decreto 0903 de 2014, disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-0903-de-2014.pdf>.
11. Ministerio de Protección Social, Resolución 256 de 2016, disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-0256-2016.pdf>.
12. Ministerio de Salud y Protección Social, Observatorio Nacional de Calidad en Salud - ¿Quiénes somos?, disponible en:
<http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Quienes-Somos.aspx>, enero de 2018.
13. Congreso de la república, ley 1438 de 2011, disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1438-de-2011.pdf>.
14. Ministerio de Salud y Protección Social, Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, diciembre de 2016, ISBN: 978-958-5401-18-1.
15. Kerguelén, C. Calidad en salud en Colombia, marzo de 2008, p. 11, ISBN: 978-958-8361-49-9.
16. Ministerio de Salud y Protección Social, Resultados Indicadores resolución 0256 de 2016, disponible en:
<http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx>, año 2017.
17. Ministerio de Salud y Protección Social, Estudio de evaluación de servicios de las EPS por parte de los usuarios, disponible en:
<http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/publicaciones/Paginas/default.aspx>, año 2012 – 2017.
18. Londoño, J. y Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo, 3-30, 1997.
19. Congreso de Colombia, Ley 10 de 1990, disponible en:
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf).