

MECANISMOS DE AUDITORIA QUE PERMITAN EL ANALISIS DE LA
CALIDAD EN SALUD PÚBLICA

LUZ ANGELA ESCOBAR LOTTA

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS

ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD

BOGOTÁ

2017

MECANISMOS DE AUDITORIA QUE PERMITAN EL ANALISIS DE LA
CALIDAD EN SALUD PÚBLICA

LUZ ANGELA ESCOBAR LOTTA

TRABAJO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTAS EN AUDITORIA EN
SALUD

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD

BOGOTÁ

2017

CONTENIDO

RESUMEN DEL PROYECTO	4
1. Planteamiento del problema	4
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. Objetivo General	6
2.2. Objetivos Específicos	7
3. JUSTIFICACION.....	7
4. ELEMENTOS CONCEPTUALES Y CONTEXTUALES	8
4.1. LA CALIDAD EN SALUD	8
4.1.1 <i>Características de la calidad de la atención en salud</i>	11
4.1.2 <i>Herramientas de la Calidad</i>	11
4.2 AUDITORIA EN SALUD.....	12
4.3 LA SALUD PÚBLICA EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	14
5 METODOLOGÍA.....	19
6 RESULTADOS	20
6.1 De la revisión bibliográfica: elementos para una adecuada auditoria en salud pública.	20
6.1 Aportes desde la experiencia	30
7 DISCUSIÓN.....	32
8 CONCLUSIONES O RECOMENDACIONES	33
BIBLIOGRAFIA	34

RESUMEN DEL PROYECTO

Este trabajo busca abordar los elementos conceptuales de calidad desde la visión de las organizaciones de salud pública como prestadores de servicio, es de allí que se plantea la necesidad de abordar algunos mecanismos que permitan analizar la calidad en la salud pública a partir de aportes de varios autores, entre los principales exponentes de las teorías de calidad encontramos a W. Edwards Deming, Joseph M. Juran y Philip Crosby quienes trabajaron sobre la calidad a nivel organizacional y Avedis Donabedian quién se enfocó en la calidad en la atención en salud resaltando la relación entre la calidad y el usuario; Deming hace un gran aporte desde los catorce principios de calidad, conceptos claves de la calidad en la mejora continua y la competitividad.

Otros autores como Juran aportan desde los tres procesos administrativos: planificación, control y mejora de la calidad, entre ellos el autor Crosby se basa desde los cuatro principios absolutos de la administración de la calidad. Luego seguimos los planteamientos del estudio por medio de entrevistas de algunos funcionarios de salud pública los cuales manifiestan las necesidades y falencias para prestar un servicio con calidad.

Por último, con este planteamiento, la revisión teórica y metodológica para la auditoria en salud pública, las experiencias descritas de algunos servidores públicos de salud pública, nos llevan analizar en la necesidad de transformar la realidad en acciones de mejora con calidad en los contextos de salud pública donde trabajamos; consiguiendo de ésta manera que impacten en la mejora de las condiciones de salud.

1. Planteamiento del problema

En la actualidad se evalúa la calidad de los servicios de salud con una gran preocupación y nos lleva a analizar la experiencia que han tenido los países desarrollados en su gran mayoría europeos los cuales en sus inicios se basaban en tres conceptos de calidad: Efectividad, costo y eficacia, cambiando en forma importante el concepto de calidad en la atención en salud.

Con el fin de contextualizar mejor el tema de la calidad en los servicios de salud en España los planes de mejoramiento en calidad están enfocados a la comunidad impulsando a una mejor atención en salud de acuerdo a las necesidades del paciente, apoyando al personal de salud en el fomento de la excelencia clínica y también en la implementación de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico disponible (1).

En América Latina, los programas de promoción y prevención que son garantía de la calidad en salud, se han basado en el desarrollo de procesos, estrategias intersectoriales, calidad técnica, mejoramiento continuo, orientación hacia los usuarios y la evaluación del desempeño del sistema (2).

Los modelos de los países desarrollados en concepto de calidad vinculan la satisfacción del paciente y la percepción de calidad como factores importantes de la atención asistencial para luego ser analizados y comparados con otras instituciones similares con el fin de mejorar cada día la atención en los servicios de salud (3).

En Colombia, a través de los años la atención en salud ha venido cambiando constantemente, en cuanto a su forma y naturaleza para contextualizar en 1990 sólo el 31% de la población tenía la oportunidad de estar vinculado en el sistema de seguridad social trayendo como principal problema la cobertura en salud (4).

La ley 100 por el cual se crea el sistema de seguridad social integral en salud para Colombia enfatiza el principio de la universalidad en la cobertura de salud entre los ciudadanos permitiendo la creación de las entidades promotoras de salud EPS que se encargarían de proporcionar los servicios de salud a los usuarios, mediante convenios con IPS públicas o privadas. Aunque existe una polémica frente al concepto de salud relacionado con el mercadeo el cual se obtienen ganancias en menor sin tener en cuenta la garantía de la calidad del trayendo como problema la inequidad, aumento de gastos y poco interés en el bienestar y la satisfacción de los usuarios y/o paciente (5).

Los atributos más importantes del sistema de salud en Colombia se basan en la provisión de servicios en la igualdad de condiciones, la oportunidad, efectividad y seguridad, en los que los estándares de calidad es un elemento fundamental para garantizar la atención.

Al pasar el tiempo hasta nuestros días el concepto de calidad en la atención en salud se ha enfocado en lo individual y lo colectivo, asegurando el derecho a los servicios de salud, logrando que los usuarios tengan una buena información en

salud, estén capacitados en temas de prevención y promoción de la salud y participen en la toma de decisiones para mejorar la atención aunque hoy en día el análisis de la calidad de atención se ha centrado en la dimensión técnica u objetiva, más que en la dimensión desde la perspectiva del usuario, la cual se considera subjetiva” (6).

En el año 2006 entra en vigencia el decreto 1011 el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud, que ha servido a las entidades de salud como una guía de funcionamiento, no solo para ser competitivos dentro del mercado, sino también para prestar un mejor servicio a sus usuarios brindando un servicio accesible y equitativo basándose en la relación entre beneficio, costo y riesgo (7).

Para resumir la satisfacción del paciente es un elemento deseable que debe estar presente en la atención de salud pero a pesar del esfuerzo que se hace por conocer la opinión de los usuarios no es suficiente para el mejoramiento de la atención (8).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Plantear mecanismos de auditoria que permita analizar la calidad en salud pública a partir de una revisión de literatura.

2.2. Objetivos Específicos

- Revisar los soportes teóricos y metodológicos para la auditoria en salud pública.
- Caracterizar las principales falencias en la auditoria en salud pública a nivel local.
- Proponer mecanismos de auditoria de la salud pública que conlleven un análisis más allá de los resultados.

3. JUSTIFICACION

Hoy en día las instituciones prestadoras de servicios de salud del país tienen la gran responsabilidad de crear estrategias, herramientas que permitan analizar, evaluar y hacer planes de mejoramiento que beneficien a los usuarios en la atención en salud cumpliendo con las metas, estándares de calidad y el alto

grado de competitividad, aunque es difícil por la falta de instrumentos, metodologías y estrategias prácticas de utilizar que se puedan aplicar en los diferentes servicios e instituciones de salud (9).

A pesar de las diferentes reformas sanitarias de los últimos años, no se ha podido avanzar en el desarrollo de sistemas de salud que garanticen la atención con oportunidad, igualdad, seguridad, calidad. Aunque se ha utilizado como estrategia disponer de nuevos fondos, recursos para las actividades y acciones en salud dirigida a los países más pobres del país que permitan mejorar las acciones sanitarias tanto individuales como colectivas (10).

Como actor activo del sistema de salud pública lo que pretendo es realizar un análisis crítico constructivo basado en la realidad de nuestro contexto evaluando la forma en las que se realiza las prácticas de la atención primaria en salud, relacionando el concepto de calidad y las acciones de salud pública. Este trabajo se realizará a través de una revisión teórica y vivencial donde se pueda plantear mecanismos que permitan mejorar los servicios de salud y generen impacto sanitario en la comunidad frente a las actividades de la salud pública.

La atención primaria en salud se fundamenta en el conjunto de intervenciones básicas de promoción y prevención y la oferta de servicios médicos por paquetes para la atención asistencial, aunque se tiene algunas visiones críticas el cual nos atañe que estas estrategias no aportan a la equidad y la corresponsabilidad por parte de la comunidad frente a estas actividades y acciones de salud pública.

Por lo anterior se ve la necesidad de aprender, comprender, e interpretar cómo funcionan los sistemas de salud, despejando dudas respecto al ¿por qué existen falencias en los sistemas de salud? ¿Qué alternativas pueden implementarse que permitan mejorar la atención primaria en salud? (11).

4. ELEMENTOS CONCEPTUALES Y CONTEXTUALES

4.1. LA CALIDAD EN SALUD

Con los avances de la medicina, el desarrollo de la humanidad, las falencias en el sistema de salud se hace necesario que todo el personal de salud esté capacitado frente a la humanización en la prestación del servicio, formación de profesionales óptimos con calidad y calidez humana que logren la satisfacción del usuario y su familia frente a la atención.

Para comprender mejor este concepto vale la pena mencionar brevemente los aportes de los principales exponentes de las teorías de calidad. W. Edwards Deming, Joseph M. Juran y Philip Crosby quienes trabajaron sobre la calidad a nivel organizacional y Avedis Donabedian respecto a la calidad en la atención en salud (12).

El autor Deming relaciona la calidad total a nivel industrial refiriendo: “un cliente insatisfecho, no necesariamente se queja para que se cambie, simplemente cambia de proveedor”. Desde este punto de partida se ve la necesidad de incluir la perspectiva del usuario para definir el concepto de calidad ya que es el usuario el eje central de cualquier proceso (13).

Dentro de sus numerosos aportes se encuentran los catorce principios de la calidad, entre los cuales cabe resaltar para efectos de éste trabajo, el propósito de una mejora continua relacionado con la competitividad con el propósito de alcanzar el concepto de calidad para luego ser aplicada en todos los procesos que se llevan en el sector salud, fortaleciendo la capacitación y autoevaluación del talento humano para actuar y lograr la transformación para efectos positivos en la prestación del servicio y la satisfacción del usuario. (14).

Aporte importante el de nuestro autor Juran, quien nos habla sobre eficiencia organizacional enfatizando en la sensibilización del personal de salud en la creación de conciencia como estrategia para la implementación de acciones de mejoras de calidad en los servicios de salud, ofertando capacitaciones en relación con los métodos de calidad, temas de resolución de conflictos, trabajo en equipo, liderazgo, comunicación asertiva elementos básicos para el éxito de cualquier empresa.

Su mayor aporte fue la llamada trilogía de Juran, la cual incluye tres procesos administrativos: planificación, control y mejora de la calidad. El primer proceso relacionado con las necesidades y expectativas del usuario, el segundo relacionado con la comparación de producto, metas y efectividad, y por último mejora de la calidad que incluye el proceso constante de mejoramiento en los procesos (15).

Las investigaciones de Crosby está relacionado con la administración referenciando los cuatro principios absolutos de la administración de la calidad: El primer principio refiere la calidad en términos de conformidad de acuerdo a

la necesidad del cliente, el segundo; la prevención de los defectos basado en la satisfacción de los clientes, en la prevención de causa raíz y la prevención de ocurrencia y el tercer principio relacionado con cero defectos basado en la revisión de estándares de proceso y el estado ideal del trabajo, por último el principio de los costos de la calidad relacionado con el producto o servicio acorde a las expectativas del cliente.

Crosby también plantea un proceso de mejoramiento continuo de la calidad resumido en catorce pasos. Los más relevantes son el compromiso frente al mejoramiento de la calidad, ejerciendo liderazgo en su implementación; la medición de la calidad, teniendo en cuenta las expectativas de los clientes; crear conciencia sobre la calidad en todos los trabajadores de la organización, informándoles las consecuencias sobre costos a largo plazo si no se realiza bajo el concepto de calidad ; y la planeación del programa de cero defectos, el cual hace parte de los principios absolutos anteriormente mencionados.

Por otro lado, Donbedian, uno de los principales exponentes en el año 1980 en el concepto de calidad de atención médica, define la atención de calidad como aquella que se espera maximice en gran medida el bienestar del paciente después de considerar el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas en el proceso de atención de todas sus partes (16).

Este autor resalta que los usuarios como parte integral y colaborador de la *garantía de la calidad* contribuye a varios aspectos, entre ellos el *concepto de la calidad* y lo que debería estar incluido en ella de acuerdo a sus necesidades y expectativas, *como evaluador* mediante la retroalimentación de la vivencia en la atención del servicio de salud, otro aspecto a tener en cuenta es ser *informante* de la calidad dando a conocer sus ideas, motivaciones y vivencias, como *productor* aportando con la información percibida su autocuidado, *vehículos de control* dando a conocer las alertas de acciones inapropiadas por parte del equipo de salud.

También los usuarios pueden ser llamados *reformadores de la atención médica* aportando a grandes cambios desde su participación directa e indirecta de acuerdo a su experiencia en los diferentes procesos de atención de los servicios de salud, además como *reguladores de mercado* en la medida en que se toma decisiones frente a la elección del prestador del servicio.

La relación entre la calidad y el usuario es abordada como un “Todo” que va desde la identificación de necesidades aportando a las diferentes ofertas de los servicios de salud.

4.1.1 Características de la calidad de la atención en salud

Todas las acciones sanitarias que realiza el Sistema Obligatorio de la garantía de la calidad en salud (SOGCS) se enfocan en el *usuario* del cual se abstraen criterios que van más allá de la forma y estructura como requisito de la prestación del servicio, esto con el fin de obtener mejores resultados en la calidad de las atenciones de la prestación de los servicios de salud.

A continuación mencionaremos algunas características que se deben tener en cuenta a la hora de evaluar y mejorar la calidad en los servicios de salud.

La *accesibilidad*, el cual permite al usuario utilizar los servicios de salud de manera fácil.

Oportunidad relacionada con el acceso en la prestación del servicio a tiempo sin poner en riesgo su vida.

Seguridad frente a los Instrumentos, guías y protocolos para llevar los diferentes procesos en los servicios de salud para prevenir eventos adversos.

Pertinencia basada en la utilización de los recursos de acuerdo con los parámetros y estándares de calidad.

Continuidad proceso continuo frente a los servicios requeridos por los usuarios.

Suficiencia e Integridad prestación oportuna del servicio de acuerdo a sus necesidades evaluando la satisfacción del usuario y la atención integral de las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Racionalidad Lógica y Científica basada en el conocimiento y el recurso tecnológico a utilizar de los profesionales de salud para atender cualquier problema de salud.

Satisfacción del usuario y atención humanizada basada en la toma de conciencia frente a las necesidades del usuario sin discriminar cualquier tipo de religión, estilos de vida entre otros.(17)

4.1.2 Herramientas de la Calidad

Existen factores importantes en la detección temprana de problemas en salud en salud que pueden ser la base para ser aplicada a la prestación de servicios con calidad, entre ellos tenemos:

La Oportunidad: Herramienta necesaria para la toma de decisiones adecuadas frente a las necesidades de los usuarios.

La confiabilidad reserva de la información generando confiabilidad en los pacientes

La productividad: Acciones determinadas por recursos.

Eficiencia: relación de los servicios ejecutados sobre recursos invertidos en los servicios de salud. (18)

4.2 AUDITORIA EN SALUD

El Ministerio de Protección social nos da un amplio concepto referente a lo que es auditoria refiriéndose como el mecanismo sistemático permanente de monitoreo, evaluación y mejoramiento de la calidad vivenciada respecto de la visión de calidad esperada en la atención de los servicios de salud.

En la actualidad existe una gran problemática referente a los procesos de calidad en los servicios de los sistemas de salud llevando a la necesidad de disponer de talento humano idóneo que a través de la experiencia, conocimiento y basados en hechos y datos objetivos puedan aportar en la buena utilización de los recursos e impacten con calidad en las estrategias o planes de acción desarrolladas por los prestadores de salud o entes territoriales. En el proceso de evaluación debe tener en cuenta la planeación, criterios predeterminados, un propósito y cohesión, un enfoque sistemático y orden cronológico determinado.

Para contextualizar la auditoría es una función de toda organización el cual debe ser coherente con la búsqueda de los mejores beneficios y disminución de riesgos para el usuario.

4.2.1 Tipos de auditoria en salud

Auditoría tradicional:

Tiene su énfasis en los aspectos relacionados con los aspectos financieros, como control de costos y a examinar procesos mecánicos donde se detecta deficiencias o errores. Su único y primordial propósito es la realización de un informe detallado de fallas e inconsistencias.

Auditoría Integral:

Se define bajo los criterios de la eficacia, eficiencia, y la economía con que se manejan la disponibilidad de recursos de una organización para el logro de unos objetivos en común y de ésta manera evaluar el uso de los recursos y el impacto que generan las actividades sanitarias desarrolladas.

Su propósito está enfocado a identificar fallas dentro de la organización y generar aportes que generen un valor agregado a la institución permitiendo analizar la efectividad en los servicios ofertados.

Auditoria Interna:

Es un elemento de seguimiento y control a nivel institucional que permite evaluar y mejorar a nivel institucional los procesos de salud.

Auditoria Externa:

Es un elemento de seguimiento, control y evaluación que permita verificar el cumplimiento, desarrollo de los procesos internos y el grado de efectividad de acuerdo a los objetivos de la institución (19).

4.2.2 Otras modalidades de auditoria en salud

Existen otras modalidades de auditoria que aportan al mejoramiento de los servicios de salud entre ellos podemos mencionar:

Las auditorías a sistema de gestión, las cuales hacen una evaluación de la efectividad del sistema de gestión frente al desarrollo de las actividades, estrategias, y políticas para el logro de los objetivos.

Las auditorias de proceso se enfocan en la evaluación de la efectividad de los procesos y procedimientos, practicas, aptitud, adecuación, normas, protocolos en cada uno de los procesos y el grado de satisfacción del usuario.

La auditoría a resultados del servicio consiste en la evaluación de la efectividad que se incluyen a cada uno de los procesos garantizando el cumplimiento de las actividades planeadas para cada uno de los servicios.

Concordancia entre la calidad del servicio: Requisitos del cliente, las especificaciones definidas en la legislación, la documentación que defina la manera de prestar el servicio.

La auditoría de registros tiene la finalidad de verificar que los registros cumplan con los requerimientos establecidos.

4.2.3 Etapas de la auditoria

Se basa en un ciclo que incluye cuatro pasos: planificar, Hacer, Verificar, y Actuar (PHVA), es una metodología de manera administrativa que se aplica a cualquier organización de acuerdo a la visión de la institución, su plan estratégico o proceso a desarrollar.

El primer paso a seguir es la realización de planes de mejoramiento de calidad basado en el ciclo **PHVA**, luego nos enfocamos en el **HACER** enfocado a la

capacitación del personal y buscar personas responsables en cada área o proceso a seguir de acuerdo a los planes, pero para que éste se cumpla y se logren las metas deseadas, es necesario **VERIFICAR** o hacer monitoreo evaluación y seguimiento de los planes de mejoramiento y verificar el comportamientos o las acciones en tiempo presente para que de forma inmediata se identifiquen las causas y posibles soluciones lo cual lo caracterizamos como el **ACTUAR** (20).

4.3 LA SALUD PÚBLICA EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

4.3.1 Breve reseña historia de la salud pública en el sistema de Seguridad social en salud

El desarrollo de la **Higiene Pública** se detuvo durante el feudalismo y comenzó a resurgir con la Revolución Industrial (xviii) con Raus, Ramazini y, sobre todo, **Johan Peter Frank**. Este último es considerado el "Padre de la Salud Pública" y estableció la **policía** médica.

En el año 1996 se hablaba del plan de atención básica (PAB) es el plan de salud pública enmarcado en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), que le permite al Estado, en cabeza del alcalde, cumplir con la función social de lograr la salud pública. Es el único plan para el que el Estado tiene la responsabilidad de planeación, financiación, funcionamiento, gestión, ejecución, vigilancia y control para dar respuesta a su función social, el cual tiene tres componentes: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la vigilancia y control de los factores de riesgo. (21)

Resumiendo algunos conceptos claves sobre la ley 1122 de 2007 referente a la salud pública podemos mencionar que se encuentra constituida por un conjunto de políticas que atreves de acciones de vigilancia, acciones de promoción y prevención de manera individual y colectiva bajo la responsabilidad del Estado y de los entes territoriales garantizan de manera integral, la salud y el bienestar de la población promoviendo la participación constante de la comunidad en estas acciones. (22)

En la resolución 425 de 2008 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social nos define la forma metodológica para realizar la elaboración de planes de acción, ejecución de las actividades, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial integradas en el Plan de intervenciones colectivas de Salud Pública el cual ésta bajo la responsabilidad de los entes territoriales

El plan de salud pública de intervenciones colectivas incluye un gran número de intervenciones, procedimientos y actividades que están encaminadas a

promover la salud y mejorar las condiciones en la calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y los daños en la salud aportando al cumplimiento de las metas de Plan Nacional de Salud Pública(23).

4.3.2 Marco general de salud pública: El plan decenal de salud pública 2012-2021

El Plan Decenal de Salud Pública es un compromiso social que mediante una guía metodológica nos permite hacia el futuro lograr el ideal de salud que quisiéramos todos los colombianos “Derecho a la salud con igualdad de condiciones”.

En el territorio Colombiano se ha adoptado e implementado el Plan Decenal en Salud Pública como política esencial del Estado, reconociendo y garantizando la salud como un derecho fundamental e irreversible imprescindible para lograr la paz y la equidad social, por medio de acciones individuales colectivas transectoriales y comunitarias.

El Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector y regulador del sistema general de seguridad social en salud y líder del modelo de gestión de la salud pública, establece unas líneas estratégicas para el desarrollo del plan decenal basados en la prevención, atención y rehabilitación, vigilancia en salud, gestión del conocimiento, gestión de la salud pública.

El Plan Decenal de Salud Pública se realizó a través de procesos de participación, discusión, reflexión y concertación donde participaron más de 900 municipios y aproximadamente 153.397 personas de nacionalidad Colombiana donde se desarrollaron 210 talleres beneficiando a todas las edades, de primera infancia , adolescente, juventud, personas adultas, adultos mayores, personal de instituciones de salud y otros sectores, poblaciones indígenas y víctimas de las diferentes clases de violencias los cuales aportaron a un capítulo étnico para víctimas en el anexo técnico del Plan departamental de Salud Publica 2012-2021.

Finalmente podemos decir que el Plan de salud pública recibió aportes de 65 expertos en salud pública y aportes de las agencias de cooperación internacional y de las Naciones Unidas en Colombia.

El Plan Decenal de Salud Pública es producto del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, el cual busca la reducción de la inequidad en salud y plantea los siguientes objetivos:

1. Garantía del derecho a la salud
2. Mejorar las condiciones de vida

3. Mantener en cero las mortalidades, la morbilidades y los eventos evitable.

El reto desafiante del Plan Decenal de Salud Pública, es reforzar el concepto de salud como resultado de las condiciones en las que el ser humano vive, analizando el factor biológico, mental, social y cultural y su entorno donde se desenvuelve con el fin de mejorar las condiciones y el bienestar en el desarrollo del ser humano.

Además el Plan Decenal de Salud Pública está constituido por ocho dimensiones específicas y dos dimensiones transversales cada una de ellas con una serie de actividades, acciones y metas a desarrollar dentro del plan departamental de salud pública y el plan de desarrollo municipal de cada ente territorial.

A continuación mencionaremos las dimensiones del plan decenal de salud pública.

- Salud Ambiental
- Convivencia social y salud mental
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Sexualidad y derechos sexuales reproductivos
- Vida saludable y enfermedades transmisibles
- Salud pública en emergencias y desastres
- Vida saludable y condiciones no transmisibles
- Salud y ámbito laboral
- Dimensión gestión diferencial de las poblaciones vulnerables
- Fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud.

Para concluir podemos decir que el Plan Decenal de Salud Pública, es la gran carta de navegación donde se plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y se brinda la orientación técnica para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de salud pública. (24).

4.3.3 Operación actual de la salud pública en los entes territoriales

La resolución 1536 de 2015, entra en vigencia al ser derogada la resolución 425 de 2008 en el cual el Ministerio de Salud y Protección Social establece las disposiciones para el proceso de Planeación Integral para la Salud a cargo de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal como de las instituciones del Gobierno Nacional donde se incluye las obligaciones que

tienen las EPS, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB y las Administradoras de Riesgos Laborales – ARL para cumplir con el proceso de planeación acogiendo e integrando en los insumos que permitan su ejecución.

Se define Planeación Integral para la Salud al conjunto de procesos que le permite a las entidades territoriales definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud – PTS.

El Plan Territorial de Salud (PTS) es el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que le permite a las entidades territoriales cumplir con las estrategias establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública.

Los instrumentos de ejecución o implementación del Plan Territorial de Salud son el Componente Operativo Anual de Inversiones –COAI y el Plan de Acción en Salud – PAS que permiten programar en cada anualidad durante el periodo de gobierno los recursos vinculados a los programas y proyectos viabilizados en el plan de desarrollo en el COAI y la programación trimestral de las intervenciones, actividades, recursos y responsables vinculados a las estrategias y metas de producto (o metas de componente) del componentes estratégico del Plan Territorial de Salud.

La Resolución 1536 en su capítulo II define la caracterización de la población que estará a cargo de las EPS, las EAPB y las ARL contemplados en el Plan de Beneficios; quienes deben identificar riegos, priorizar poblaciones dentro de las personas afiliadas y lugares dentro del territorio, para prevenir las intervenciones individuales necesarias para mitigar riesgos. (25)

La priorización de salud pública está a cargo de las Entidades Territoriales, departamentales, distritales y municipales, quienes deben utilizar la metodología *“Estrategias PASE a la Equidad en Salud”* la información se cargará a través de la plataforma habilitada del SISPRO.

El Sistema de Monitoreo y Evaluación del Plan Territorial de Salud (SME) es el conjunto de procedimientos y mecanismos integrados al SISPRO que tiene como fin reducir la variabilidad de los procesos de captura, procesamiento, análisis y entrega de información.

El monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública es responsabilidad de las entidades territoriales, de acuerdo con la metodología, condiciones y periodicidad definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y realice la evaluación al Plan y permita seguir el cumplimiento de objetivos y metas sanitarias propuestas en cada anualidad y cuatrienalmente, en cada una de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública a través de

tableros de control como apoyo en la toma de decisiones, medición de la gestión y evaluación de resultados en salud.

Este sistema permite a través de salidas parametrizadas en forma de tablero de control, hacer el seguimiento del cumplimiento de los objetivos y metas propuestas en cada una de las dimensiones del PDSP.

La resolución 518 de 2015 dicta disposiciones con relación a la Gestión de la Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.

Esta Resolución define al PIC como un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud – POS, que busca impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud e incidir en sus resultados por medio de la ejecución de intervenciones gratuitas colectivas o individuales sin importar el estado de aseguramiento desarrolladas a largo del curso de la vida, en el marco al derecho a la salud y lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública- PDSP.(26)

La nueva Política de Atención Integral en Salud (PAIS), busca recoger la esencia de la ley estatutaria en salud principalmente en la integralidad de la atención, donde el paciente sea el centro del sistema buscando eliminar el camino de autorizaciones a los que estaban obligados los pacientes para gestionar propia salud, por eso se busca que a través de la integralidad se definida una política que comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad.

Esta política se basa en las metas planteadas por el Plan nacional de Desarrollo la primera, que busca cerrar las brechas en resultados en salud, que actualmente presenta grandes diferencias entre el centro y la periferia; mediante la creación de un modelo diferencial entre regiones y la segunda, en la disminución del 8% de la mortalidad de enfermedades crónicas no trasmisibles que son prevenibles, a través de un enfoque distinto centrado en la prevención y no en la enfermedad.

Luego la resolución 0429 de 2016 nos habla de un Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), está el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS,) este modelo determina las prioridades del sector salud a largo plazo, y busca constituir “el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados” se centra en las personas, su bienestar y desarrollo, proponiendo intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad”

Este modelo se compone por 10 componentes operacionales que inician desde el conocimiento y caracterización de la población y su grupo de riesgo. De los cuales, hacen parte las Rutas Integradas de Atención en Salud (RAIS) que son las unidades básicas de regulación con las que se despliegan los demás componentes.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha realizado 17 Rutas Integradas en Salud de las principales enfermedades, en las que se especifica cómo debe ser la atención, y se clasifica de manera clara cuál debe ser el papel de cada actor, con el fin de mejorar la oportunidad, la seguridad y la calidad en la atención. Estas rutas están acompañadas de la habilitación de sub redes que determina los temas de medicina familiar y de atención en los primeros niveles y que son primordiales.

Con esto se eliminan los desequilibrios dentro del sistema, donde se paga mucho por atención de alta complejidad en los Hospitales y se deja a un lado un modelo de promoción y prevención en salud. (27)

5 METODOLOGÍA

La metodología utilizada durante este trabajo fue comprendida en dos fases, la primera fue la revisión teórica que se llevó a cabo en tres meses de artículos, informes, folletos, documentos, resoluciones de salud y la revisión de la plataforma del Ministerio de Salud y protección social SISPRO, lineamientos de salud pública y auditorías de calidad en salud pública.

La segunda fase se desarrolló mediante cinco entrevistas a personas con diferentes perfiles profesionales entre ellos psicólogas, administradores en salud, odontólogas y demás en el área de salud, profesionales que son de la región el cuál se les indagó sobre su ejercicio y experiencia como coordinadores Plan de intervenciones colectivas PIC realizando una breve descripción sobre la calidad de las actividades de promoción y prevención por parte de los ejecutores y las falencias durante las ejecuciones de los planes de acción en salud contratados con las E.S.E. y el impacto de éstas actividades en la comunidad.

Las personas entrevistadas identifican que existe un gran problema social a la hora de participar y desarrollar las capacitaciones, jornadas o campañas en salud debido a la falta de corresponsabilidad frente a la participación de la comunidad y por parte de algunas profesionales en su ejercicio práctico en el manejo de la temáticas a desarrollar, desarrollan actividades a la ligera sin tener en cuenta tiempo espacio y lo peor aún que generen impacto a la comunidad.

Entre las falencias descritas es la inhabilidad del ente territorial frente a la contratación directa para poder ejecutar actividades de promoción y prevención limitando un poco la organización y logística de algunas actividades como las movilizaciones o campañas masivas.

El cambio de personal de coordinadores de salud pública que no son de planta los cuales no se tiene una trazabilidad. Por otra parte de los ejecutores de las diferentes dimensiones los cuales muchas veces el proceso no es continuo y no se lleva trazabilidad de los procesos.

6 RESULTADOS

A continuación se destacan algunas fuentes bibliográficas más relevantes de los 30 artículos revisados durante la investigación de éste trabajo los cuales aportan frente a la calidad y auditoria en salud pública.

6.1 De la revisión bibliográfica: Elementos para una adecuada auditoria en salud pública.

De acuerdo a la revisión minuciosa la revista cubana de Salud pública "Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud" desde su visión crítica aporta a la evaluación de la calidad de los servicios en salud definiendo que la atención primaria en Cuba ha ido transformándose gradualmente hasta el perfeccionamiento que significó la extensión del modelo de atención del médico y enfermera de familia.

En relación con los servicios de salud, la evolución del control de la calidad ha sufrido diversas transformaciones; desde la tendencia a la inspección de la calidad mediante normas y medidas, predominante en la etapa de la Revolución Industrial, pasa por el control estadístico de la etapa de 1930 a 1949; el aseguramiento de la calidad mediante programas y sistemas en la etapa del 50 al 79, donde existía el convencimiento de que la calidad se construía desde la administración; hasta la etapa desde el año 80 hasta nuestros días, en que se habla de una administración estratégica de la calidad, con una movilización de toda la organización hacia el logro de la calidad, y el convencimiento en las organizaciones de que la calidad se administra.

Aporta que para aplicar los términos actuales de garantía de la calidad o mejora continua de la calidad, ninguna definición es de utilidad, si no va acompañada de cómo o con qué puede ser medida. Sin embargo, al existir gran cantidad de definiciones de calidad es de suponer que existían también gran variedad de esquemas de dimensiones, factores, componentes o atributos, que pueden ser medidos para tratar de caracterizar la calidad de un servicio asistencial, los atributos o dimensiones de mayor utilidad se refiere a la competencia y desempeño profesional, efectividad, eficiencia, accesibilidad, satisfacción, adecuación y continuidad.

Su metodología fue realizada en diferentes etapas como:

Preparación del proceso evolutivo donde se evaluó la selección de actividades y/o problemas de salud "trazadores" de la calidad de la atención apoyándose de una revisión documental entre ellos Documentos de análisis de la situación de salud ASIS, actas de reuniones de análisis de programas, consejos de dirección, comités, resultados de inspecciones o auditoria realizadas en la institución servicio o programas otro medio de apoyo son los relatos o entrevistas con el personal de salud, usuarios y proveedores, del servicio o programa a evaluar, las actividades o problemas de salud, tiempo de ejecución, experiencia de los evaluadores.

El incluir las diferentes dimensiones en más de un proceso evaluativo, permitió que la mejora de la calidad en el programa que se diseñó, sea paulatina, lo que lo hace más alcanzable. La calidad de la atención a la salud no sólo involucra al personal técnico y profesional, sino que incluye a todos aquéllos que dentro de la institución, servicio o programa, o en el contexto, tienen incidencia directa o indirecta en los resultados además se tuvo en cuenta la determinación de

criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación donde se consideró criterios de estructura, proceso y resultados.

De acuerdo con los criterios seleccionados, se podrá seleccionar los métodos evaluativos a utilizar como: Observación, auditoría médica a historias clínicas individuales, familiares o epidemiológicas, encuestas, entrevistas.

En la ejecución del proceso evaluativo se realizó la aplicación de los instrumentos diseñados para evaluar los criterios seleccionados, la determinación de las desviaciones existentes en relación con los estándares preestablecidos, clasificación de las desviaciones en: Problemas de competencia y desempeño; Problemas de organización y la determinación de medidas correctoras (programa de mejora continua de la calidad).

En el Seguimiento del proceso se utilizaron los mismos instrumentos diseñados para la evaluación inicial, y se realizaron las actividades de monitoreo y evaluación según lo planificado.

Como conclusión de este proceso de metodología permitió de forma paulatina, ir evaluando la calidad de la atención, tanto de diferentes problemas de salud como de los distintos atributos que la componen, garantizando una adhesión adecuada de usuarios y proveedores al programa de mejora de la calidad que se diseñe, ya que mantienen una participación activa desde el propio diseño de la evaluación que se realiza (28).

Otra investigación es la “*Evaluación de la calidad en salud de Colombia*” basado en un estudio de caso que se llevó a cabo en seis hospitales de un departamento de la zona suroccidental de Colombia, para evaluar los servicios de nutrición y dietética, fisioterapia, terapia respiratoria y fonoaudiología, al ser considerados fundamentales en la prestación de un servicio de salud integral y con calidad.

Este estudio se realizó bajo la premisa del concepto de calidad desde el triple enfoque de Donabedian y el modelo DOPRI propuesto por Galán Morera donde los resultados muestran una situación preocupante al encontrar valoraciones de la calidad de la atención entre insatisfactorias y precarias. Este estudio fue de tipo descriptivo exploratorio donde se utilizaron herramientas que propone el modelo DOPRI para la medición del contexto, la demanda, la oferta, los procesos, los resultados y la satisfacción en 6 instituciones de salud públicas de niveles 1, 2 y 3 de complejidad para poder así implementar procesos de mejoramiento continuo y de garantía de la calidad.

Este proceso investigativo tuvo el objetivo de evaluar la calidad de la atención en los servicios de nutrición y dietética, fonoaudiología, terapia respiratoria y fisioterapia en seis instituciones de salud pública el cual se llevó a cabo en un periodo de 8 meses comprendidos entre los años 1999 y 2000. Su metodología

fue la de realizar una descripción de las características de la atención en los cuatro servicios antes mencionados con relación al contexto, la demanda, la oferta, los procesos, los resultados y la satisfacción.

Se evaluó el perfil de capacidad interno y externo para cada servicio a partir de la utilización de la matriz DOFA para proponer lineamientos de mejoramiento de la situación encontrada a partir de las conclusiones sobre la evaluación generada del modelo DOPRI y las recomendaciones obtenidas de la matriz DOFA para los servicios de salud incluidos en el estudio. Luego se trascendió la simple aplicación del modelo de evaluación, y se establecieron las conclusiones generales frente a la practicidad de la utilización del modelo DOPRI en la evaluación de la calidad de la atención en estos servicios.

Las categorías que se utilizaron para evaluar la calidad de la atención en el estudio fueron:

Evaluación del contexto. Normas y políticas que regulan y orientan la prestación del servicio de salud y específicamente el servicio evaluado, las relaciones que tiene el servicio con otros servicios y otras profesiones dentro de la institución y las relaciones que establece con la comunidad.

Evaluación de la demanda. Relación entre el nivel de complejidad de la institución y la morbilidad atendida en cada uno de los servicios y una aproximación a la demanda efectiva, establecida a partir del porcentaje de pacientes atendidos en relación con el total de demandantes.

Evaluación de la oferta. La estructura orgánica, que corresponde a la inclusión del servicio dentro del organigrama (según su nivel de complejidad), la estructura funcional que analizó la existencia de manuales de funciones y procedimientos, su evaluación y cumplimiento y los procesos de inducción de personal dentro de cada servicio; la evaluación de los recursos físicos y los recursos económicos y los sistemas de información.

Evaluación de los procesos. Información sobre flujogramas de atención, tiempos de espera, sistemas de referencia de pacientes, diligenciamiento de historias y existencia de protocolos de manejo.

Evaluación de los resultados. Datos sobre oportunidad, utilización, gastos de atención y productividad, al ser considerados estos como las variables que permiten evaluar cuantitativamente los resultados del servicio.

Evaluación de satisfacción. El modelo DOPRI plantea la evaluación del impacto que debe incluir la utilización de perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad, la satisfacción de usuarios y la satisfacción de los proveedores internos del servicio donde se elaboró para cada una de las profesiones evaluadas sus propias plantillas de valoración con el fin de reunir en ellas los factores determinantes de cada indicador, de acuerdo con la realidad de su

quehacer, y teniendo en cuenta las particularidades de cada servicio con la diferenciación requerida para cada nivel de complejidad.

Los resultados obtenidos reflejan una situación preocupante en cuanto a la organización y funcionamiento de los servicios evaluados, y más aún de la situación de las profesiones comprometidas, que atraviesan hoy más que en cualquier otro momento, un desconocimiento de la importancia de su quehacer, que supone en los hospitales una priorización de los servicios de intervención directa por encima de los de apoyo terapéutico.

Para los servicios de nutrición y dietética la valoración general obtenida es insatisfactoria y obedece a fallas en las seis categorías del análisis, pero sobre todo en la estructura y en los procesos. Solo uno de los hospitales evaluados cuenta con un servicio establecido, otro funciona con un profesional vinculado medio tiempo, tres con actividades desarrolladas exclusivamente por practicantes y en una institución no existe el servicio y no hay vínculo de tipo docente asistencial que permita desarrollar las actividades que le competen.

Las seis instituciones evaluadas cuentan con servicio de fisioterapia, con una valoración general de la calidad de la atención satisfactoria, encontrando como principales fortalezas la satisfacción de los usuarios y profesionales frente al servicio, y serias dificultades y fallas en la organización de los procesos, con incidencia directa sobre los resultados del servicio.

La evaluación del contexto debe ser entendida no sólo como una manera de conocer el hoy, sino más bien de poder establecer la forma cómo el entorno puede afectar al servicio. Bajo este referente, se observó desarticulación en el contexto institucional, no sólo por el desconocimiento que los hospitales hacen de los servicios evaluados, sino también el que los mismos servicios tienen de lo que a nivel de legislación, políticas, planes y programas tiene la organización y el sector.

Esto definitivamente los limita en su capacidad de adaptación para responder a las demandas del medio (entendido éste no sólo como el medio externo sino como el entorno institucional).

Resulta llamativo encontrar las grandes deficiencias en la organización de los procesos más que en la oferta, con valores no tan precarios o insuficientes. Frente a la metodología utilizada, se reconoce como su principal beneficio la amplitud en la mirada de la evaluación, pues involucra de manera organizada diversas variables de análisis que permiten ampliar la visión de la situación de la calidad en la atención en un servicio específico.

En ella, se proponen diferentes enfoques y herramientas para alcanzar los objetivos, pero hay limitantes alrededor de su validez, innovación, costo, oportunidad, factibilidad y valores éticos que aún no hacen posible hablar del modelo “ideal” que garantice la obtención *objetiva* de los resultados y aporte

todos los elementos para su fácil implementación y adopción por parte de las instituciones de salud.

Por último, es importante hacer énfasis en que para cumplir con los objetivos de cada uno de los servicios de salud, se requiere que las instituciones permitan y faciliten su desarrollo, pero igualmente, que quienes los lideran, hagan ver la importancia del crecimiento en todas sus áreas, estén atentos a las oportunidades, se informen de los cambios externos e impulsen la transformación interna; además, se debe trazar la filosofía de trabajo, los objetivos y las políticas que vayan respondiendo a las necesidades de cambio, y determinar las funciones y procedimientos que se deben realizar para lograrlo.

Todo lo anterior, exige la acción decidida no sólo de quienes dirigen y orientan la prestación de los servicios de salud, sino además de quienes lideran la formación del talento humano responsable de la misma.(29)

El artículo “*calidad en salud pública*” refiere que la calidad implica el conocimiento de unas necesidades, la presencia de un modelo de referencia con el cual compara nuestra realidad y consigue, mediante esta realidad, la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente, añadiendo que la calidad de un producto o de un servicio no está predeterminada por la fatalidad, sino que puede ser programada, medida y mejorada e inclusive la calidad puede ser gestionada.(30)

El autor Acheson nos permite una adecuada aproximación práctica: «La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, mejorar, proteger y promocionar la salud y el bienestar mediante los esfuerzos organizados de la sociedad. Estos esfuerzos deben abordar tanto las políticas de salud y las causas últimas de la salud y la enfermedad como la provisión de servicios sanitarios efectivos. La salud pública trabaja con alianzas que cruzan disciplinas, profesiones y organizaciones, y explota esta diversidad mediante la colaboración, para suministrar en todas las áreas con impacto en la salud y el bienestar de las poblaciones, políticas basadas en la evidencia y la investigación.

A partir de lo anteriormente mencionado entenderemos la salud pública no como un ámbito del conocimiento, sino de la praxis y en la visión de las organizaciones de salud pública, generalmente vinculadas a la Administración, como organizaciones de servicios, entendiendo como servicio las actividades que producen un valor económico sin producir bienes materiales y como una organización de servicios cuya oferta está dominada por intangibles y cuya utilidad radica, principalmente, en la resolución de las necesidades de los clientes o los cambios que se operan en ellos.

El autor Zeithaml-et-al define como atributos característicos de este tipo de organizaciones, valorables por el cliente, la efectividad, la eficiencia, la

adecuación, la calidad científico-técnica, la satisfacción, la continuidad, la capacidad de respuesta, la flexibilidad, la aceptabilidad, la equidad, la participación, la ética, la credibilidad, la seguridad y la confianza el cual mediante un análisis factorial, se reducen principalmente a 5 atributos que influyen en la satisfacción del cliente: tangibilidad de las estructuras de prestación de los servicios, fiabilidad, respuesta, seguridad y empatía.

Para realizar una aproximación a la definición de la calidad en el terreno de la salud pública, será imprescindible establecer un modelo con el que compararse, escoger unas dimensiones (conjuntos de componentes) para valorar y definir unos criterios (condición que debe cumplir la práctica para ser considerada de calidad), tanto estructurales como de proceso y resultados, así como unos indicadores, unos valores estándares (de referencia) y unos valores índice (valores existentes en un momento dado), es decir la salud pública basada en la evidencia, definida como «un intento en el terreno de la salud pública en el cual se produce un informado, explícito y juicioso uso de la evidencia, derivado del uso de diversos métodos de investigación y evaluación científicos y de las ciencias sociales».

Se aplicaron 2 modelos en el sector de los servicios sanitarios: El modelo de certificación ISO 9000 y el modelo europeo de excelencia (EFQM).

La certificación ISO 9000 está encaminada a dar soluciones a situaciones repetitivas y sistemáticas, y consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas estandarizadas. No garantiza de manera ineludible la adecuación técnica ni tiene especialmente en cuenta el carácter de servicio que tiene la salud pública.

El modelo ISO está enfocado hacia la garantía de la calidad y toma como punto de partida, para el diseño y la elaboración del servicio, las demandas del consumidor. Tal como ya se ha mencionado, en salud pública no sólo es necesaria la satisfacción del usuario (calidad percibida), sino que hay que garantizar que el conocimiento científico se aplica de manera correcta (calidad científico-técnica).

El segundo modelo, el de la European Foundation for Quality Management (EFQM), nace en 1988 de la mano de 14 de las más importantes empresas europeas, industriales y de servicios, para potenciar la obtención de ventajas competitivas para Europa a partir de la aplicación de la gestión total de la calidad (TQM). De aquí surge el Modelo Europeo de Gestión de la Calidad y en 1991 se convoca el Premio Europeo a la Calidad, inspirado en los premios Deming (Japón) o Baldrige (Estados Unidos), como herramienta de reconocimiento de la gestión basada en la calidad total y enfocada hacia la excelencia.

En 1999 se produjo un cambio importante en la estructura del modelo y se dio mayor énfasis a las alianzas estratégicas, planteando una nueva matriz de puntuación denominada RADAR (resultados, enfoque, despliegue, evaluación y

revisión), más próxima conceptualmente a la clásica metodología PDCA (plan, do, check, action) esbozada por Dever y que se ha convertido en la base de la mejora de la calidad. Este Modelo Europeo se basa en un principio del tipo «si hacemos las cosas correctamente y de forma inspirada en la filosofía de la calidad total obtendremos resultados satisfactorios, tanto desde un punto de vista empresarial como social» donde se desprende la siguiente premisa: «La satisfacción del cliente, la satisfacción de los empleados y el impacto en la sociedad se consiguen mediante el liderazgo en política y estrategia, gestión del personal, recursos y procesos, que llevan finalmente a la excelencia en los resultados empresariales»

El diagnóstico basado en el modelo EFQM se basa en la autoevaluación, lo cual posibilita un alto grado de participación e implicación por parte de los profesionales.

En resumen podemos decir que el Modelo Europeo es un muy buen modelo de referencia, especialmente para los aspectos organizativos y de impacto empresarial. No obstante, los aspectos estrictamente técnicos, no empresariales, son de difícil plasmación en el modelo, lo cual, a nuestro juicio, hace que no resulte por sí mismo, en su forma actual, totalmente adecuado para la evaluación de la calidad en el campo de la salud pública

Existe falencia en ambos modelos porque no está definido qué debe hacer un servicio de salud pública para cumplir con su misión. Ambos parten de una definición previa, implícita, por parte de la organización de cuáles deben ser sus productos o servicios para cumplir con su misión.

En 1988, el Institute of Medicine definió las denominadas funciones de salud pública, entendidas como conjunto de actuaciones que deben ser realizadas con fines concretos, necesarios para la obtención del objetivo central, que es asimismo la finalidad de la salud pública, es decir, mejorar la salud de las poblaciones. Estas funciones son tres: evaluación, desarrollo de políticas y aseguramiento.

Luego aparece la propuesta APEX PH (Assessment Protocol for Excellence in Public Health) de la NACCHO (National Association of County and City Health Officials), iniciada en 1987 y publicada en 1991, el cual consiste en un proceso voluntario de autoevaluación de las organizaciones locales de salud pública respecto de su capacidad organizativa y del trabajo realizado junto con la comunidad para valorar y mejorar el estado de salud de los ciudadanos.

El Proyecto Nacional de Medición de Estándares y Desempeño de la Salud Pública en Estados Unidos (NPHPSP), iniciado en 1994 como una consecuencia del anterior, es el que más se aproxima a nuestras necesidades de definición de dimensiones y criterios para la práctica de la salud pública, definiendo 6 objetivos en salud pública: a) prevención de epidemias y propagación de enfermedades; b) protección frente a los daños ambientales; c) prevención de

daños; d) promoción y fomento de conductas saludables; e) respuesta a desastres y asistencia a comunidades damnificadas, y f) garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud. La aplicación de esta herramienta en una realidad concreta nos permite detectar y ponderar fortalezas y debilidades de nuestro sistema u organización de salud pública, así como plantear objetivos concretos de mejora, para la plasmación de los cuales los modelos ISO 9001-2000 o EFQM pueden ser herramientas adecuadas.(31)

El análisis del documento *“La aplicación de técnicas cualitativas en una auditoria de comunicación interna en atención primaria”*. Desarrollada entre los años 2001 y 2002, donde se optó por la combinación de la metodología cualitativa y cuantitativa para abordar el diagnóstico de situación de la Comunicación Interna en los servicios de Atención Primaria del Servicio Vasco de Salud, Área II del Insalud y servicios Andaluz y Canario de Salud.

Esta investigación implementó una primera fase en (enero-junio de 2001) aplicando técnicas cualitativas, concretamente entrevistas semi-estructuradas a profesionales sanitarios y no sanitarios de centros de Atención Primaria de los cuatro Servicios de Salud.

Una segunda fase de la investigación, (julio 2001- junio 2002), consistente en la aplicación de una encuesta de Cultura, Clima y Comunicación Interna (CCC) a una muestra representativa de profesionales de atención primaria (médicos y pediatras, personal de enfermería y personal no sanitario) en algunas áreas de cada Servicio Regional de Salud.

Los resultados de esta investigación fueron en primer lugar, la investigación cualitativa nos aportó la función esencial de la metodología cualitativa utilizada con fines exploratorios. En segundo lugar, nos revela las dimensiones del fenómeno analizado presentes en la percepción del mismo de los sujetos en estudio.

La metodología que utilizaron fue la realización de 19 entrevistas donde una sola persona correspondía a un miembro de personal administrativo de un centro de Atención Primaria. Su percepción de la comunicación en su centro y especialmente con la dirección de su área resultó ser tan destacadamente positiva con respecto a la valoración del resto de los entrevistados, que nos llevó a plantearnos una nueva hipótesis para su posterior comprobación a través de métodos cuantitativos: que el personal administrativo tiene una mejor percepción del funcionamiento de la Comunicación Interna en el sistema sanitario, debido a la mayor formalización de los canales de información con los que cuenta.

La metodología cualitativa permite sobre todo captar actitudes y sentimientos generados por diversos aspectos que constituye en nuestro tema de estudio, la comunicación interna. Así por ejemplo, el modo en que los profesionales inician

las entrevistas hablando de la comunicación como un elemento vital para la resolución de errores y conflictos y para la coordinación de tareas en el interior de las organizaciones, nos indica una actitud positiva de los profesionales hacia la comunicación.

En las técnicas cualitativas, el hilo del pensamiento lo conduce el entrevistado, evitando así este tipo de sesgos. Como hemos podido comprobar, todo lo que tenga que ver con sensaciones, sentidos, significados, sentimientos y organización del pensamiento, son aportaciones de la metodología cualitativa que la cuantitativa no puede sustituir.

Todo lo referente a vivencias internas, actitudes hacia algo, se debe recoger a través de técnicas cualitativas, de esta forma, nos ofrece una información rica y en profundidad sobre cómo los actores sociales implicados en el fenómeno de estudio viven, entienden e interpretan tal fenómeno, lo cual nos ayuda a teorizar sobre el tema, a elaborar un buen instrumento de recogida de datos cuantitativos, además de enriquecer el conocimiento de la realidad, analizada por medio de matices y elementos interpretativos aportados por los procesos de interacción discursiva con los sujetos en estudio.

La utilización combinada de las metodologías cualitativas y cuantitativas abre una vía de enriquecimiento del conocimiento de la realidad que no puede pasarse por alto (32).

El Ministerio de Salud de Canadá elaboró una Estrategia de Evaluación de la Renovación de la Atención Primaria de la Salud (APS), como premisa tomaron los aportes de Parsons quien identifica cuatro funciones esenciales de una organización de salud: el establecimiento de fines colectivos y la búsqueda de su consecución; la interacción con su entorno para obtener los recursos necesarios para su funcionamiento (adaptación al medio); la integración de procesos internos (normas y pautas de acción) para asegurar la productividad, y la construcción de instituciones orientadas a mantener la cultura, normas y valores que guían las tres funciones precedentes.

La organización del subsistema público es una secretaría de salud pública municipal que dirige y coordina una red de servicios propia conformada por efectores de primer, segundo y tercer nivel de atención destinada a brindar atención a alrededor de 350 000 personas sin cobertura de salud. La mayor parte de los centros de salud cuenta con un equipo integrado por médicos de las especialidades básicas (generalistas y/o pediatras, clínicos y tocoginecólogos y/u obstetras), enfermeros, administrativos y profesionales de salud de otras especialidades médicas y no médicas.

La secretaría orienta la acción de los centros de salud a través de la promoción de un conjunto de principios orientadores: equidad y universalidad en el acceso,

participación, resolutiveidad clínica y responsabilización. Bajo este marco cada centro tiene libertad para definir su propia modalidad de trabajo.

Las principales dificultades que enfrenta la estrategia de APS de la secretaría se relacionan con: la contención de una creciente demanda de servicios, la coordinación de los distintos niveles de atención y la captación de aquella población que por sus condiciones socioeconómicas y/o características culturales experimentan mayores barreras de acceso a los servicios.

Las estrategias utilizadas para el logro de sus objetivos son: el desarrollo de mecanismos de gestión participativa (dirigidos hacia los trabajadores y la comunidad), la consolidación de equipos de salud multidisciplinarios con fuerte vocación comunitaria y el fomento de la responsabilización de los equipos sobre su población. La APS en este escenario es considerada como una estrategia de organización del sistema de salud tendiente hacia el logro de la equidad en el acceso, la participación comunitaria, la programación local de los servicios y la democratización del sistema de salud y la sociedad.

Los principales desafíos que ha enfrentado la organización en los últimos 15 años están vinculados con la necesidad de controlar los costos y mejorar las condiciones de accesibilidad de la población afiliada, la calidad técnica, la coordinación de acciones con otros niveles de atención, la capacidad resolutive del primer nivel y la gama de servicios ofrecidos. La estrategia para hacer frente a estos desafíos ha sido la creación de un primer nivel de atención propio y la expansión de la gama de servicios, con miras a fortalecer la atención preventiva y el grado de resolutiveidad del primer nivel, así como mejorar la coordinación de la atención entre los diferentes niveles.

La APS en este escenario es considerada como una estrategia del primer nivel de atención a través de la cual es posible articular niveles de atención mediante un modelo de medicina familiar orientado a resolver y prevenir problemas de salud entre los afiliados.

La estrategia resultó clara y relevante en las tres organizaciones. Sin embargo, su pertinencia sólo fue alta para la organización pública. La comprensión de la APS como estrategia del sistema implicó por parte de la organización pública una identificación con la visión propuesta. En cambio las concepciones de APS como primer nivel de atención⁶ por parte del seguro social y la aseguradora privada supusieron una baja pertinencia de los componentes vinculados a la promoción de la participación comunitaria, el trabajo intersectorial y los determinantes de la salud (33).

6.1 Aportes desde la experiencia

Como actor activo en el sistema de salud desempeñándome manifiesto la vivencia que se ha tenido con las actividades desarrolladas durante este año y el cual me permitió recoger otras percepciones de personal administrativo de municipios cercanos que desempeñan cargos en Salud Pública en donde se encuentran los siguientes hallazgos.

Una de estas personas encuestadas menciona que existe un gran problema en cuanto a la contratación de las actividades de salud pública ya que la norma no permite hacer contratación directa con el ente territorial sino obliga hacer contratación con la E.S.E ya que las actividades de salud pública son actividades de promoción y prevención de la salud y ésta misión solo aplica para ser ejecutadas y contratadas por la E.S.E., limitando al personal de salud pública de los entes territoriales organizar un poco más equipo de trabajo de las gestoras de bienestar en salud y su equipo de profesionales en el cumplimiento de las actividades con calidad de la prestación de los servicios o de las actividades desarrolladas en cada una de las acciones a desarrollar.

Otro punto a tener en cuenta es que a veces en la selección del perfil de las profesionales de salud lleva a que exista deficiencia en los canales de comunicación entre el ente territorial y las E.S.E.

Un hallazgo importante es la a interrupción de los tiempos a ejecutar por las profesionales de salud que no permiten que el proceso sea continuo y tenga efectividad e impacto en la comunidad.

En cuanto a lo relacionado a las actividades desarrolladas con las movilizaciones sociales se demuestra que en la gran mayoría no se tiene un gran impacto debido a la falta de participación de la comunidad porque “realmente sino hay detalles regalos o cualquier otro estímulo la comunidad no participa” falta de empoderamiento de la comunidad en el cuidado de salud, se debe enfatizar en la importancia de la participación de la comunidad no es fácil llevar a la práctica el concepto de participación de la comunidad.

7 DISCUSIÓN

Este análisis obliga a reconocer la estructura administrativa y normativa de aquellas personas que han asumido la responsabilidad en salud pública, los elementos estudiados son aspectos fundamentales para la implementación del sistema de salud a nivel general.

Se hace mención en la estructura administrativa y normativa como eje central del análisis, partiendo de que la legislación constituye el mecanismo por medio del cual el Estado, en busca de un bien común, da las bases pero entre intereses competitivos a su vez ha tenido falencias frente a la manera acelerada y desordenada de ejecutar actividades que han impedido generar un impacto y llevar un buen desarrollo en el sistema de salud.

Se ve deficiencia en el seguimiento de las actividades ya que no existe una contratación o un doliente en planta en el ente territorial donde exista trazabilidad en los procesos de los funcionarios públicos que dirigen el proceso de salud pública.

El grado de corresponsabilidad por parte de la comunidad frente a la corresponsabilidad en la participación de las actividades campañas jornadas salud.

La percepción de los coordinadores es la falta de compromiso de los demás actores frente a la participación en los comités un avance significativo puede ser la participación constante a los Consejos Territoriales de Seguridad Social.

La experiencia de los profesionales teniendo el dominio del tema a desarrollar atributo importante de la prestación de servicio con calidad.

8 CONCLUSIONES O RECOMENDACIONES

La metodología realizada en este trabajo permite de forma paulatina, ir evaluando la calidad de los servicios de promoción y prevención en salud frente a las acciones de salud pública.

Como recomendación frente a la falta de compromiso de los actores de los comités sería un avance significativo la participación constante a los Consejos Territoriales de Seguridad Social, Red del buen trato y SPA comités con alto

grado de responsabilidad por parte de todos los actores de la administración municipal, sector educativo y sector familiar.

Tener en cuenta el perfil profesional y la experiencia del personal de salud a contratar para ejecutar las acciones en salud pública quien brinda aporte importante frente a la prestación del servicio con calidad que logre generar impacto frente a las actividades desarrolladas.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Gobierno de España; 2010 [cited 2017 Nov 27]. Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
2. Ross AG, Zeballos JL, Infante A. La Calidad y la Reforma del sector de la Salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2000 Agosto de 8(1):93–8.
3. Superintendencia de salud. Propuesta metodológica que permite evaluar la percepción de la calidad percibida desde los usuarios de salud [Internet].

Gobierno de Chile, Diciembre 2010 [cited 2017 Nov 27]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-7318_recurso_1.pdf

4. Santamaría M, García F, Rozo S, Uribe MJ. Un Diagnóstico general del sector salud en Colombia; Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación [Internet]. 2009. Disponible en: http://www.med-informatica.net/FMC_CMCB/VeeduriaCiudadana/CIDMEDvcacelapss/SaludRetosRegulacion_MauricioSantamaria_cap1_final.pdf

5. Vélez Marcela, una mirada a la crisis de las eps colombianas. Revista el espectador. 29 de febrero de 2016 [Internet] disponible en: <http://nota.elespectador.com/nodes/articulo/2016/02/n-619354.html>

6. Reyes Morales H, Flores Hernandez S, Saavedra Valenzuela AL, Vertiz Ramirez J, Juarez C, Wirtz VJ, et al. Percepción de los Usuarios sobre la Calidad de la Atención Ambulatoria en Servicios de Salud en México. Revista Salud Pública de México [Internet]. 2013 [cited 2016 Feb 7];55. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800005

7. Ministerio de la Protección Social. Guía práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGC. 2011. Available from: http://boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/cartilla_didactica.pdf

8. Morales Rivas M, Carvajal Garces CF. Percepción de la Calidad de Atención por el Usuario de Consulta Externa del Centro de Salud Villa Candelaria - Cochabamba , Bolivia. Rev Médica [Internet]. 2008 Jul [cited 2017 Nov 27];19(29). Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092008002900005&lng=es&nrm=iso

9. Roldán Piedad, Vargas Clara Ruth, Giraldo Clara Patricia, Valencia Gloria Esperanza, García Claudia Liliana, Salamanca Luisa Matilde. Vol. 32 Nº 1, 2001.pag 14 Colombia médica.Evaluación de la calidad en la atención en salud en Colombia - Un estudio de caso disponible [Internet]. 2001 [cited 2017 Nov 29] <http://www.redalyc.org/pdf/283/28332104.pdf>

10 Organización Mundial de Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Cap 7 sistemas de salud párrafo #2 disponible [Internet]. 2003. [cited 2017 Dic 4] Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/>

11. (ibidem) (op at) recuadro 7.2 la atención primaria en un entorno cambiante, párrafo 5. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index2.html>

12. Ministerio de Salud Pública. Castellanos Pedro L.Revisión de bases conceptuales para una politica nacional de calidad en el sistema nacional de salud. [Internet]. República Dominicana. Nov 2010. cited 2017 Nov 27]. Available from http://www.msp.gob.do/oai/documentos/Publicaciones/PUB_Anexo2RevisionConceptualPolNac_20120813.pdf

13. W. Edwards Deming. Calidad, Productividad y Competitividad: La Salida de la Crisis [Internet]. 3rd ed. Madrid, España: Díaz de Santos S.A.; 1989 [cited 2016 Feb 11]. Available from: https://books.google.com.co/books?id=d9WL4BMVHi8C&pg=PR5&hl=es&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false

14. Miranda Gonzalez F, Chamorro Mera A, Rubio Lacoba sergio. Introducción a la Gestión de la Calidad [Internet]. 1st ed. Madrid, España: Delta Producciones; [cited 2016 Mar 4]. Available from: https://books.google.com.co/books?id=KYSMQQyQAbYC&pg=PA44&dq=crosby+calidad&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=crosby%20calidad&f=false

15. Summers D. Administración de la Calidad [Internet]. 2nd ed. México D.F.: Pearson Educación; 2006 [cited 2016 Mar 5]. 424 p. Available from: https://books.google.com.co/books?id=xBgQ9R2io5oC&pg=PA30&dq=crosby+calidad&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=crosby%20calidad&f=false

16. Junta directiva de la Sociedad española de la calidad asistencial. Revista de Organo. Calidad Asistencial [Internet]. 2001 [cited 2015 Nov 5];16. Disponible en: <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%201parte.pdf>

17. Ministerio de salud y de Gobierno de Colombia. Decreto 1011 de 2006.sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud, sogcs. Cap 3 características del sogcs.

[Internet]. Recuperado a partir de:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>

18. Material de apoyo. Universidad Santo tomas. 2017. Especialización Auditoria en salud.

19. Material de apoyo. Universidad Santo tomas. 2017. Especialización Auditoria en salud. Tipos de auditoria en salud.

20. Ministerio Protección social. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. [Internet]. 2007 pág 66-67. [cited 2017 Dic 19]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>

21. Chavez Blanca Myriam, Sierra Oscar, Lopera Mónica María, Montoya Paula Cristina. El Plan de Atención Básica en los municipios descentralizados de Colombia, 2001-2003. Rev Facultad nacional de Salud Pública.2004 Julio pagina 79-86. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/633/545>

22. Ministerio de Salud y Protección social. Salud Pública. Ley 1122 de 2007. [cited 2017 Dic 16]. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

23 Ministerio de Protección social. Resolución 0425 de 2008 de 11 febrero. Disposiciones generales. Art 1 por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial.[Internet]. Recuperado a partir de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200425%20DE%202008.pdf

24. Ministerio de Salud y Protección social. Plan Decenal de Salud Pública. 2012-2021. Internet]. [cited 2017 Nov 15]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>

25. Ministerio de Protección social. Resolución 1536 del 11 mayo 2015. por el cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud.[Internet]. Recuperado a partir de:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201536%20del%202015.PDF

26. Ministerio de Protección social. Resolución 0518 de 2015. Por el cual se dicta disposiciones con relación a la Gestión de la Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC.[Internet]. Recuperado a partir de: http://biblioteca.saludcapital.gov.co/img_upload/03d591f205ab80e521292987c313699c/resolucion-0518-de-2015.pdf

27. Ministerio de Protección social. Resolución 0429 de 2016. Por el cual Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.[Internet]. Recuperado a partir de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

28. Dra. Leonor Jiménez Cangas, Dra. Rosa María Báez Dueñas, Dr. Benito Pérez Maza y Dra. Iliana Reyes Alvarez. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev. Cubana de Salud Pública versión On-line ISSN 1561-3127 Rev Cubana Salud Pública v.22 n.1 Ciudad de La Habana ene.-jun. 1996

29. (ibidem) (op at) pág. 15-18 Evaluación de la calidad en la atención en salud en Colombia - Un estudio de caso

30. Oliver Joan Guix. Calidad en salud publica_ España. Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España; Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España. Gac Sanit. 2005;19(4):325

31. (ibidem) (op at) pág. 326 a la 331_ Calidad en salud publica_ España.

32. Acedos Izaskun Bilbao, March Cerdá Joan Carles. Prieto Rodríguez María Ángeles. Diez aportaciones del empleo de la metodología cualitativa en una

auditoría de comunicación interna en atención primaria. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 483-492.

33. Yavich Natalia, Báscolo Pablo Ernesto, Haggerty Jeannie. Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. Salud Publica Mex 2010;52:39-45.