

**LAS CERTIFICACIONES DE CALIDAD EN INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SALUD, GARANTÍA DISCUTIBLE DE MEJORAMIENTO**

DIANA CAROLINA ORTIZ ROCHA

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD CIENCIAS ECONÓMICAS
ESPECIALIZACIÓN CONTROL INTERNO
Bogotá D.C, Noviembre 2013**

**LAS CERTIFICACIONES DE CALIDAD EN INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SALUD, GARANTÍA DISCUTIBLE DE MEJORAMIENTO**



DIANA CAROLINA ORTIZ ROCHA

**LUZ MERY GUEVARA
TUTORA**

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD CIENCIAS ECONOMICAS
ESPECIALIZACIÓN CONTROL INTERNO
Bogotá D.C, Noviembre 2013**

INDICE

	Pág
INTRODUCCIÓN	6
EMPRESAS DEL SECTOR SALUD	7
Marco Legal	7
Entidades Promotoras de Salud	10
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud	12
EL CONCEPTO DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN	13
Habilitación	14
Acreditación	16
Norma ISO 9001:2008	18
EVIDENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE MEJORAMIENTO	20
Procesos y formatos	22
¿Qué pasó con la mejora?	24
CONCLUSIÓN	25
REFERENCIAS	26

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Resultados - Régimen Contributivo	11
Tabla 2. Resultados - Régimen Subsidiado	12
Tabla 3 Grupo de estándares de habilitación	15
Tabla 4. Cumplimiento de requisitos de habilitación e implementación de modelos de mejoramiento	25

LISTA DE GRÁFICO S

	Pág
Gráfico 1. Ruta Critica PAMEC	16
Gráfico 2. Ruta Critica Acreditación	17
Gráfico 3. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos.	19

INTRODUCCIÓN

“Un puñado de hombres consigue hacerse ricos simplemente prestando atención a los detalles que la mayoría pasa por alto.” Henry Ford.

Esta frase se puede interpretar dividiéndola en dos ideas: La primera es *hacerse rico*; una empresa no es solamente rica porque tiene dinero en sus cuentas o porque posea una infraestructura extraordinaria, sino debe mantenerse en el mercado a través de mecanismos de mejoramiento permanente que asegure la estabilidad y continuidad en el tiempo de la entidad, acaso ¿No todas las empresas quieren ser exitosas? Pero para lograrlo deben saber qué quieren hacer y plasmarlo en una realidad.

Y retomando a Ford en la segunda parte de la frase “prestar atención los detalles que la mayoría pasa por alto”; lo cual implica conocer, planear y controlar los detalles del negocio; en este punto es donde algunas empresas se descuidan, la expresión tiene inmerso el concepto de control como: “El mecanismo para comprobar que las cosas se realicen como fueron previstas, de acuerdo con las políticas, objetivos y metas fijadas previamente para garantizar el cumplimiento” (Gobernación Valle del Cauca, 2013)

El sector salud en la actualidad presenta un panorama diferente al de una empresa exitosa: esta situación se veía venir desde la aparición de la ley 100 de 1993; dicha ley plantea como uno de sus principios la eficiencia e integralidad, sin embargo estos preceptos son poco implementados en las empresas colombianas. Algunas de las evidencias que soportan esta realidad son la gran cantidad de quejas, demandas y entorpecimiento permanente en las Empresas Promotoras de

Salud (EPS), Empresas Promotoras de Salud Subsidiada (EPS-S) y al interior de las mismas Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).(Gómez, 2013)

En el presente ensayo se pretende analizar porque las certificaciones en sistemas de gestión de la calidad que obtienen las IPS ofrecen herramientas de mejoramiento, sin embargo la evidencia de aplicación de las acciones que se proponen son mínimas. Para tal fin se dividirá el tema así: en la primera parte se hablará de las empresas del sector salud, en la segunda parte el concepto de los sistemas de gestión y en la tercera parte la evidencia de la implementación de las herramientas de mejoramiento y finalmente se elaborarán unas conclusiones que permitirán esbozar unas recomendaciones para que las empresas optimicen y aprovechen de forma más eficaz los procesos.

EMPRESAS DEL SECTOR SALUD

En esta primera parte se presentará el marco normativo que contempla el sistema de salud colombiano y las diferentes empresas que le conforman.

Marco Legal

Desde la declaración de los derechos humanos en 1948 se contempla que todos los miembros de la sociedad tiene derecho a la seguridad social y a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y la prestación de servicios de asistencia médica necesarios (Naciones Unidas, 2012). Para darle aplicabilidad en el ámbito nacional la Constitución Política Colombiana de 1991 en el artículo 48 declara que: “Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991) y más adelante en el artículo 49 define que:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Por consiguiente para darle estructura a estas declaraciones y como mecanismo de regulación nace en 1993 la ley 100; la cual contempla la conformación del Sistema General de la Seguridad Social Integral (Congreso De La Republica De Colombia, 1993); este pretende dar cubrimiento a las contingencias económicas, de salud y prestación de servicios sociales; como parte del modelo se Seguridad Social Integral en el libro II se describe el Sistema General de Seguridad Social en Salud en esencia este modelo se rige por los siguientes principios:

- a) Equidad: Se refiere a que la capacidad de pago de un colombiano no debe interferir en la calidad de la prestación del servicio de salud.
- b) Obligatoriedad: Todos los colombianos deben estar afiliados al sistema de salud.
- c) Protección integral: La atención debe cubrir las fases de educación, información y fomento de la salud, a través de los mecanismos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

- d) Libre escogencia: Los usuarios del sistema tendrán libertad para escoger entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)
- e) Autonomía de instituciones: Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) pueden ser de índole privado contemplándose al definir que cuentan con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.
- f) Descentralización administrativa: Se otorga el control del sistema en un modelo descentralizado donde los entes participantes: son las direcciones seccionales, distritales y locales de salud
- g) Participación social: Contempla que se estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema así la participación de los usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.
- h) Concertación: Participación de diferentes actores del sistema por medio de mecanismos como Consejos Nacional, departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud.
- i) Calidad: Se establecerán controles para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua.

Asimismo la Ley 100 presenta los miembros o grupo de organizaciones que participan en el sistema de salud, estos se pueden clasificar en:

- a) Organismos de Dirección, Vigilancia y Control: Los Ministerios de Salud y Trabajo, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional en Salud

- b) Los Organismos de Administración y Financiación: Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las direcciones seccionales, distritales y locales de salud, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).
- c) Las institucionales Prestadoras de servicios de Salud, públicas, mixtas o privadas
- d) Los cotizantes: Empleadores, trabajadores vinculados, los trabajadores independientes y los pensionados.
- e) Los beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en todas sus modalidades tanto los que contribuyen como los de régimen subsidiado.

A continuación se presentan realizará la descripción más amplia de las Entidades Promotoras de Salud y de las Instituciones Prestadoras de Salud.

Entidades Promotoras de Salud EPS

Son entidades privadas que afilian a los usuarios, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada Unidad de Pago por Capitación –UPC; a continuación se describirán algunas de las principales características de las EPS.

De acuerdo al tipo de población que afilian se pueden clasifican en: Entidad Promotora de Salud (EPS) para el régimen contributivo a través de afiliación de empleados y empleadores con capacidad de pago y Entidades Promotoras de Salud Subsidiada (EPS-S), para el régimen subsidiado que cubre a las personas que no cuentan con los recursos para realizar los aportes necesarios, tanto las EPS y EPS-S son las responsables de afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus aportes cuando aplica (régimen contributivo).

Por otro lado las EPS y EPS-S son las encargadas de realizar los contratos para prestación de los servicios con las Instituciones Prestadoras de Salud; por lo tanto también son responsables de organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS (Plan Obligatorio de Salud) con el objetivo de atender los servicios relacionados con enfermedad general.

Con el marco legal presentado junto con las responsabilidades de las EPS se podría considerar que el sistema de salud funciona, pero al revisar las evaluaciones realizadas en 2013 por el Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), se encuentra que existen debilidades para EPS y EPS-S, lo anterior basado en la clasificación realizada; como se observa en la Tabla 1 se puede determinar que la percepción de calidad tienen fallas para el régimen contributivo, lo cual no es diferente a la realidad que se presenta en la Tabla 2 del régimen subsidiado.

Tabla 1. Resultados - Régimen Contributivo

CODIGO	ENTIDAD	RESPECTO A LOS DERECHOS	EVALUACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS	PROCESO Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD
EPS001	ALIANSA SALUD	BAJO	ALTO	MEDIO - ALTO
EPS002	SALUD TOTAL	BAJO	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO
EPS003	CAFESALUD	MEDIO - BAJO	MEDIO - ALTO	ALTO
EPS005	SANITAS	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO
EPS008	COMPENSAR	ALTO	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO
EPS009	COMFENALCO ANTIOQUIA	MEDIO - BAJO	ALTO	ALTO
EPS010	EPS SURA.	MEDIO - ALTO	ALTO	ALTO
EPS012	COMFENALCO VALLE	MEDIO - BAJO	ALTO	ALTO
EPS013	SALUDCOOP	ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - ALTO
EPS014	HUMANAVIVIR	BAJO	BAJO	BAJO
EPS015	SALUD COLPATRIA	ALTO	MEDIO - ALTO	BAJO
EPS016	COOMEVA	ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - ALTO
EPS017	FAMISANAR	MEDIO - ALTO	BAJO	MEDIO - BAJO
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD (SOS)	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO
EPS023	CRUZ BLANCA	ALTO	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO
EPS033	SALUDVIDA	MEDIO - ALTO	BAJO	BAJO
EPS037	NUEVA EPS	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO
EPS039	GOLDEN GROUP	BAJO	BAJO	BAJO

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2013

Ninguna de las EPS y EPS-S evaluadas tiene una calificación alta en los tres ejes evaluados, se puede observar en la Tabla 1 y en la Tabla 2 que la calidad en la prestación de servicios no esta cumpliendo con las promesas de valor realizadas en el marco legal

Tabla 2. Resultados - Régimen Subsidiado

CODIGO	ENTIDAD	RESPECTO A LOS DERECHOS	EVALUACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS	PROCESO Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD	CODIGO	ENTIDAD	RESPECTO A LOS DERECHOS	EVALUACIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS	PROCESO Y RESULTADOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD
CCF002	CCF ANTOQUÍLA "CONFAMA"	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO	BAJO	EPSI01	DUSAKAWI (EPS-I CESAR Y GUAJIRA)	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO
CCF007	CCF CARTAGENA "CONFAMILIAR CARTAGENA"	ALTO	ALTO	MEDIO - ALTO	EPSI02	MANEXKA (EPS-I ZENU)	BAJO	MEDIO - BAJO	ALTO
CCF009	CCF BOYACÁ "COMFABOY"	ALTO	MEDIO - BAJO	MEDIO - ALTO	EPSI03	AIC - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA (EPS-I CAUCA)	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO	BAJO
CCF015	CCF CÓRDOBA "COMFACOR"	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO	EPSI04	ANAS WAYUU (EPS-I)	ALTO	BAJO	MEDIO - BAJO
CCF018	CCF CAFAM	BAJO	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	EPSI05	MALLAMAS (EPS-I)	BAJO	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO
CCF023	CCF DE LA GUAJIRA	BAJO	MEDIO - ALTO	ALTO	EPSI06	PIJIOS SALUD (EPS-I)	MEDIO - BAJO	ALTO	BAJO
CCF024	CCF HUILA "CONFAMILIAR HUILA"	MEDIO - BAJO	ALTO	MEDIO - ALTO	EPSS03	CAFESALUD	MEDIO - ALTO	ALTO	MEDIO - ALTO
CCF027	CCF DE NARIÑO	ALTO	MEDIO - BAJO	ALTO	EPSS14	HUMANAVIVIR	MEDIO - BAJO	BAJO	MEDIO - BAJO
CCF033	CCF DE SUCRE	ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO	EPSS33	SALUDVIDA	BAJO	BAJO	BAJO
CCF053	CCF CUNDINAMARCA "COMFACUNDI"	BAJO	BAJO	BAJO	EPSS34	CAPITAL SALUD	BAJO	BAJO	ALTO
CCF055	CCF ATLÁNTICO "CAJACOP"	MEDIO - ALTO	ALTO	MEDIO - ALTO	ESS024	COOSALUD	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO
CCF101	CCF COLSUBSIDIO	BAJO	BAJO	BAJO	ESS062	ASMET SALUD	ALTO	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO
CCF102	CCF CHOCÓ "COMIFACHOCÓ"	MEDIO - ALTO	MEDIO - BAJO	BAJO	ESS076	AMBUQ (BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO)	MEDIO - BAJO	ALTO	MEDIO - ALTO
EPS020	CAPRECOM	BAJO	BAJO	MEDIO - BAJO	ESS091	ECOOPSOS	MEDIO - BAJO	MEDIO - BAJO	BAJO
EPS022	CONVIDA	MEDIO - ALTO	BAJO	MEDIO - BAJO	ESS138	EMSSANAR	ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO
EPS025	CAPRESOCA	ALTO	MEDIO - ALTO	BAJO	ESS133	COMPARTA	MEDIO - ALTO	MEDIO - ALTO	ALTO
					ESS207	MUTUAL SER	ALTO	ALTO	ALTO

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2013

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS

Para continuar con la articulación del Sistema de Seguridad en Salud y después de haber visto las responsabilidades de las EPS, entre las cuales está la contratación con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud es importante tener clara la definición de estas últimas; desde el marco legal en la nueva Resolución 1441 de 2013 está definido que las IPS "Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Dentro de este grupo de empresas se pueden contemplar las clínicas, hospitales, laboratorios, servicios por especialidades como radiología, odontología en fin todas aquellas encargadas de prestar directamente al usuario los servicios relacionados en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Para la prestación de dichos servicios se puede tener contrato directo con la EPS o prestar los servicios de forma independiente a los usuarios.

EL CONCEPTO DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN

En esta segunda parte se hará un recorrido por los procesos de mejoramiento aplicables a las Instituciones Prestadoras de Salud hasta llegar a la evolución de las certificaciones actuales.

Habilitación

Mediante la aprobación del Decreto 1011 de 2006 se describe Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) el cual tiene 4 componentes que son: El sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad.

Para que las EPS y EPS-S puedan contratar con las Instituciones Prestadoras de Salud estas últimas deben estar habilitadas ante el gobierno, lo cual implica dar cumplimiento al Sistema Único de Habilitación (SUH) el cual está definido en el artículo 6 del Decreto 1011 (Ministerio de Protección Social, 2006) el cual define que el Sistema Único de Habilitación 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, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud

Con lo anterior se puede analizar que el Sistema Único de Habilitación presenta las condiciones básicas de funcionamiento, con el objetivo de garantizar el soporte financiero, infraestructuras, equipos y competencia científica necesarios para desempeñar el papel de prestadores de servicios de salud.

Para obtener dicho aval las IPS deben ante todo realizar una primera fase de autoevaluación comparándose con requisitos que defina el gobierno; hasta mes de mayo del presente año la norma que estuvo vigente fue la Resolución 1043 de 2006, pero a partir del 6 de mayo la norma en mención fue derogada por Resolución 1441 de 2013.

Cuando se tiene el resultado de la autoevaluación se da inicio a la segunda fase, en la cual la entidad hace la inscripción en las instituciones correspondientes como son las Secretarías de Salud; éstas actúan como entes de control y a la vez son las responsables de la tercera fase que consta de, la verificación de la autoevaluación que debe ser real al momento de la visita por parte de la Secretaría de Salud a la IPS inscrita.

Como se mencionó antes la autoevaluación se centra en las condiciones tecnológicas y científicas; para realizar esta dicha actividad se utilizan listas de chequeo definidas acorde al alcance de los servicios

prestados por la Instituciones Prestadoras de Salud, en la Tabla 3 se presentan las características de los grupos de estándares definidos por la Resolución vigente 1441 de 2013.

Tabla 3 Grupo de estándares de habilitación.

Estándar	Descripción
Talento Humano	Necesidades de personal para cada servicio
Infraestructura	Describe tanto áreas y mantenimientos necesarios.
Dotación	Equipo medico
Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos	Describe la gestión de medicamentos, productos biológicos, reactivos e insumos
Procesos Prioritarios.	Garantiza la existencia y socialización de guías, manuales, procedimientos propios de cada servicio.
Historia Clínica y Registros	Manejo de historia clínica por paciente y registros asistenciales.
Interdependencia	Relación entre servicios para el correcto funcionamiento de una institución.

Fuente: La autora.

Adicional al cumplimiento de los requisitos básicos de habilitación deben tener documentado e implementado un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC); este documento es revisado en la visita de verificación, esté programa consiste en un modelo de mejoramiento el cual debe realizarse acorde a lo definido por el artículo N° 32 del Decreto 1011 “Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación” (Ministerio de

Protección Social, 2006), en el Gráfico 1 se presenta la ruta con las fases de la implemetación de dicho modelo.

Este modelo se espera que sea dinámico, esto significa que terminando aprendizaje organizacional la información arroje este analisis deberia ser información de entrada para un nuevo ciclo PAMEC, en donde se de continuidad a los procesos de mejora.

Gráfico 1. Ruta Critica PAMEC.



Fuente: García, (s.f)

A continuación se presenta el concepto de acreditación, el cual aporta los estándares necesarios para la implantación del PAMEC mencionado.

Acreditación

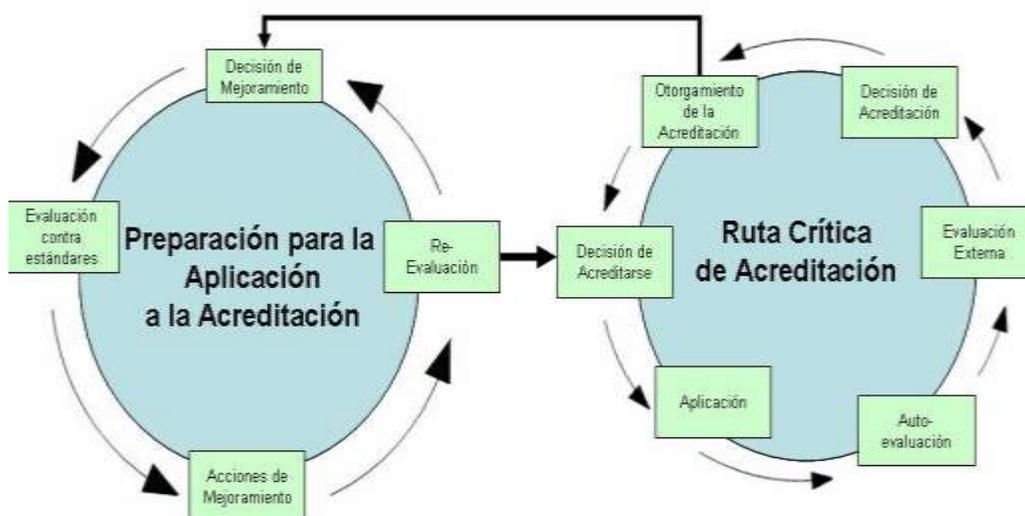
Avanzando en el análisis de la estructura del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) se realiza una breve descripción del componente denominado Sistema Único de Acreditación, el cual es definido en el Decreto 1011 en el artículo N° 41 (Ministerio de Protección Social, 2006) como: “El conjunto de entidades, estándares, actividades de

apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.

El año pasado se realizó un cambio en el Sistema Único de Acreditación a través de la Resolución 123 de 2012; en la cual se presentó el nuevo Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario; este documento describe los estándares del componente de Acreditación los cuales son similares a la requisitos de Habilitación con la diferencia que los primeros son más exigentes que los requisitos básicos para Habilitar una entidad.

Respecto al modelo del Sistema Único de Acreditación se encuentra definido por fases como se observa en el Gráfico 2. Vale la pena resaltar que en el esquema se presenta el proceso ciclico que la entidad Acreditada debe tener en cuenta y en efecto se observa la similitud con el ciclo PHVA de los sistemas de calidad de ISO.

Gráfico 2. Ruta Crítica Acreditación



Fuente: ICONTEC, (s.f)

Otra particularidad de la Acreditación radica en que es un proceso voluntario a diferencia de la Habilitación que es obligatoria; las dificultades que se han presentado para la implementación del modelo de acreditación son: En primera instancia el costo que implica cambiar la cultura organizacional y en segunda instancia el valor de la visita de verificación por parte del ente acreditador.

Norma ISO 9001:2008

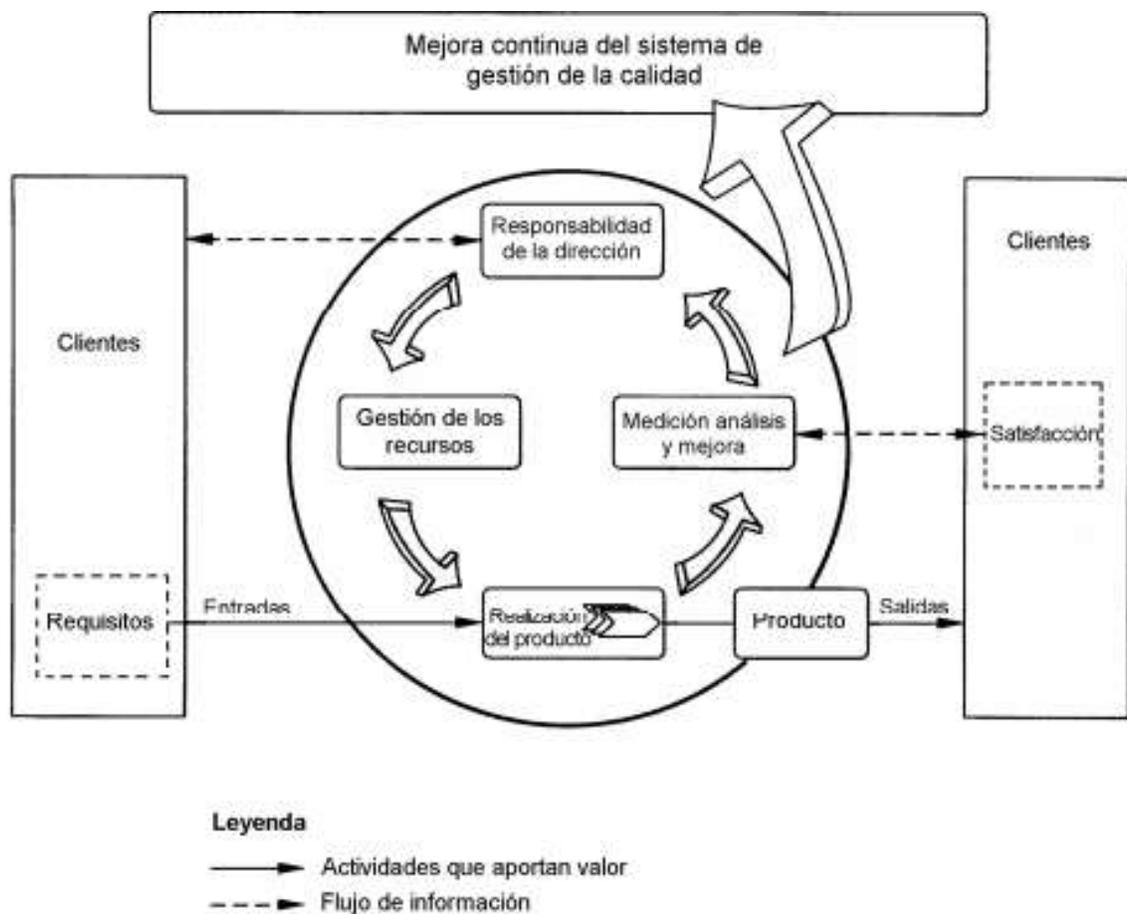
Hasta el momento se puede analizar que los procesos de mejora son abordados desde la Habilitación, donde se exige la existencia del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud; puesto que este programa está relacionado directamente con estándares de nivel superior como los requisitos del Sistema Único de Acreditación, surge la polémica entonces que si la normatividad colombiana brinda las herramientas necesarias para el mejoramiento ¿Por qué se llega a la certificación de sistemas?

Ahora bien si se analiza cronológicamente, las normas colombianas que regulan el sistema de salud son posteriores a la aparición de la familia de las normas ISO 9000; esto es evidente debido a que la primera edición de la norma ISO se publicó en 1987 y ha sido modificada en transcurso de los años de 1994, 2000 y 2008 siendo fecha la última la versión vigente.

Así pues para la implementación de un sistema de gestión de calidad (SGC) con el enfoque de ISO, se debe conocer el vocabulario y principios contemplados en la norma ISO 9000 (ISO, 2005), luego implementar los requisitos referenciados en la norma ISO 9001 (ISO, 2008) y para mantener un éxito sostenible de la organización, dar continuidad con la norma ISO 9004 (ISO, 2009); es importante resaltar que la única norma que otorga certificación es la ISO 9001:2008 las otras normas mencionadas son de apoyo para el SGC.

Ahora que se comprende la participación de la familia de las normas ISO 9000, se observa en el Gráfico 3, el modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos como lo define la norma ISO 9001; por un lado se observa que las actividades que aportan valor son las relacionadas con la realización del producto; mientras que por el otro, lado el flujo de información es permanente entre los requisitos y satisfacción del cliente junto con la responsabilidad de la dirección.

Gráfico 3. Modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos.



Fuente: (ISO, 2008)

Dado que estas normas son genéricas se han venido implementado en los diferentes de sectores económicos, inclusive el sector de prestación de servicios de salud específicamente en las IPS; entonces para lograr la integración del modelo del SGC con la normatividad nacional se ha definido algunas generalidades como: La de Cliente se refiere al paciente, las EPS y los entes de control; la prestación de servicios se han venido adaptando para crear procesos de las guías, manuales e instructivos de trabajos solicitados en la Habilitación.

No obstante mantener el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad fuera del enfoque por procesos ha sido una dificultad; para facilitar esta labor se suele integrar la medición de los planes de mejora a las acciones preventivas que tiene definida la norma ISO 9001; es importante resaltar que el PAMEC definido en el Decreto 1011 de 2006 en los artículos N° 33 y N° 34 tiene especificadas las clases de auditoría y acciones a tomar (Ministerio de Protección Social, 2006), las cuales no están en contravía de los conceptos de las normas ISO 9000:2005 e ISO 9001:2008; sino al contrario son similares al punto que facilita la integración de los requisitos de ley frente a un SGC.

Entonces retomando la pregunta de este capítulo respecto a ¿Por qué se llega a la certificación de sistemas? La respuesta se basa en que los requisitos de Habilitación son obligatorios, sin tener un factor diferenciador entre IPS y debido a la necesidad de demostrar mayor capacidad de satisfacer a sus clientes frente a la competencia, surge la necesidad de tener un aval como lo puede ser la Acreditación en Salud ; pero como se vio anteriormente, los altos costos causan que para algunas entidades sea inimaginable escalar éste componente del SOGCS; entonces la opción es el camino a las certificaciones de procesos, todo lo anterior con el ánimo de ser más competentes en el mercado.

A continuación se analizará la situación de las IPS que han adoptado los modelos del SGC; pero que las evidencias de mejoramiento en su implementación son mínimas.

EVIDENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE MEJORAMIENTO

Para la mayoría de colombianos es evidente que el sistema de salud desde el campo legal ha tenido una transformación en los últimos años, dicha evolución ha llegado hasta la implementación de modelos de calidad como la certificación de procesos, lo cual ha permitido tener mayor competitividad en el exigente mercado de las IPS para la obtención de contratos y reconocimiento en el sector económico.

La evolución del sector salud desde la Habilitación hasta la certificación de procesos por SGC, ha cambiado la percepción de calidad a nivel internacional; lo anterior basado en los análisis realizados por la revista América Economía, donde evalúa diferentes indicadores de calidad de servicio y tabula a los participantes en un ranking; los resultados muestran que la participación de IPS colombianas se ha incrementado año tras año; para el 2010 la participación fue de un 22% (América Economía, 2010), en el año 2011 la evaluación de la participación aumento a un 24,4% (América Economía, 2011) y el estudio más reciente refleja un considerablemente aumento de la participación representado en un 40% (América Economía, 2012).

La mayoría de entidades que están consideradas dentro de los rankings son de naturaleza privada, lo que les permite tener más facilidades en el manejo de recursos para la implementación de modelos de mejoramiento; dentro de dichos modelos se encuentra: La Acreditación en Salud Nacional, Acreditación

Internacional por la Joint Commission y certificación bajo la norma ISO 9001:2008.

El hecho que algunas entidades con implementación del SGC se encuentren dentro del ranking, permite reconocer que ha tenido un impacto positivo en el mercado; a continuación se analizarán algunos impactos negativos y/o carencia que han causado que los SGC no sean eficaces en sus proceso.

Procesos y formatos

La crisis actual del sistema de salud ha impactado a toda la Nación, como se vivió el pasado 29 de octubre con las protestas y cese de actividades de los trabajadores de la salud, quienes pedían ser escuchados frente a la reforma al sistema y también, como lo presenta Gómez en su artículo ¿De qué se quejan más los usuarios del servicio de salud? (2013), día a día se escuchan demandas y quejas contra las EPS y EPS-S involucrando a las Instituciones Prestadoras de Salud. Ella realiza una breve descripción de las quejas diciendo que:

Entre las cinco primeras causas están la dificultad para acceder a servicios incluidos en el POS; el maltrato y falta de humanidad para tratar a los enfermos; inconsistencia en la base de datos; la asignación de la cita o el tratamiento en sitios muy retirados de la vivienda del usuario, y la demora en el inicio de los tratamientos prioritarios y para las enfermedades de alto costo.

Tras esta situación, se re-evalúan las herramientas de mejoramiento que brindan los SGC, debido a que las evidencias existentes de su implementación podrían demostrar algunos tropiezos que se han presentado para garantizar la calidad. Partiendo de que la norma internacional es genérica y que permite que sea interpretada al libre albedrío, a continuación se presentarán los primeros

errores en la implementación del sistema y posibles causantes de las trabas al SGC.

Para comenzar se cree que documentar se refiere a crear compendios de toda clase de actividad por sencilla que sea como: tomar una fotocopia o servir un tinto; también al redactar los documentos se utilizan tecnicismos o estructuras complejas; lo cual causa dificultad en su comprensión y confusión a la hora de implementarlos. Del mismo modo existe la errada asociación entre registro y formato; las IPS suelen cometer el error de olvidar dos conceptos descritos en la norma ISO 9000 los cuales son: Numeral 3.7.6 los registros son “documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas” y numeral 3.7.2 documento es “información y su medio de soporte” (ISO, 2005); interpretando los conceptos correctamente, el registro se puede presentar en diferentes medios de soporte; la omisión de los conceptos mencionados causa que las IPS se rodeen de muchos formatos volviendo densa la implementación y mantenimiento de los sistemas de gestión.

Este exceso de formatos y procesos complejos causan demoras en la respuesta a las necesidades de los clientes; quienes en muchos casos también están desinformados o desconocen los procesos al interior de las IPS; de allí que las entidades cada día deben enfrentarse a situaciones en donde el reto constantes es la implementación y el mejoramiento como se presentara a continuación.

¿Qué pasó con la mejora?

El modelo de calidad habla de identificar las necesidades y expectativas de los clientes y las IPS para dar cumplimiento, al requisito toman lo descrito en el POS y los contratos con las EPS y EPS-S para identificar dichas necesidades,

pero ellas aún están en el camino de indagar acerca de las necesidades ocultas de los pacientes denominadas expectativas.

Entonces aún no se conocen en su totalidad las expectativas existe el riesgo de que se desencadenen quejas; para ello y con ánimo de escuchar la voz del cliente la norma internacional dice en el numeral 7.2.3 “La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a ... c) la retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas” (ISO, 2008), para dar cumplimiento a este requisito las IPS instalan buzones de sugerencias en todos los rincones de la empresa, crean y tabulan encuestas de satisfacción, pero la información de estas acciones es llevada a la revisión por la dirección a los seis meses e inclusive cada doce meses, justo cuando el ente certificador ha de realizar la visita correspondiente.

En esta cadena de situaciones en donde se desconoce las expectativas y la voz del cliente es escuchada tardíamente, se revisa a la luz del SGC el análisis de datos; en ese momento las IPS comúnmente muestran las fichas de indicadores como: satisfacción global, eventos adversos, oportunidades en la atención entre otros; dicha información es presentada a través de tablas de excel con una magnificas gráficas, pero no suministran información del significado de los valores obtenidos y tampoco presentan acciones respecto a la información reflejada.

Lo descrito anteriormente se puede reflejar en los datos obtenidos de una EPS, la cual desarrolló un ejercicio de auditoría durante el 2012 y 2013 a los servicio de apoyo diagnóstico de laboratorio clínico, patología y citología; en este proyecto se evaluaron los aspectos presentados en la Tabla 4. En la que se puede observar que las 116 IPS visitadas solo el 2,5% cumplían con los requisitos de ley aunque el 50% de empresas ha implementado algún tipo de modelo de mejoramiento como la norma ISO 9001:2008; también en la Tabla 4. Es evidente

que en algunas ciudades el cumplimiento de requisitos legales no se da plenamente como en Barranquilla, Cartagena y Santa Marta.

Tabla 4. Cumplimiento de requisitos de habilitación e implementación de modelos de mejoramiento

Ciudades	N° de entidades que cumplían los Requisitos de Resolución 1043/2006 al 100%	N° de entidades con implementación de Modelo opcional ISO 9001:2008 u otros modelos	Total de entidades visitadas
Bogotá	1 (2,4%)	22 (52%)	42
Medellín	3 (12%)	16 (64%)	25
Santa Marta	0	0	10
Barranquilla	0	11(52%)	21
Cartagena	0	9 (50%)	18

Fuente: La autora

CONCLUSIÓN

Como se puede evidenciar el mejoramiento es una parte esencial del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud, ya que desde la Habilitación se pretende identificar los procesos necesarios para garantizar la reducción de riesgos y un mejor servicio en la atención de los pacientes. Si bien en Colombia los SGC no funcionan a cabalidad se puede afirmar que han tenido una aplicación aceptable; esto basado en los reconocimientos internacionales que se tienen de los servicios de salud, pero aún existen brechas entre lo que dice la norma y lo que se está aplicando en el contexto nacional.

Así mismo al evaluar los diferentes modelos Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Gestión de la Calidad; se observa que los tres modelos comparten conceptos y objetivos como cumplir estándares superiores y lograr un aprendizaje permanente, lo anterior indica que se puede llegar a desarrollar un SGC que integre las otras normas.

Pero al realizar el análisis de las debilidades en la implementación de los SGC se puede confirmar que tener certificaciones no garantiza tener procesos de mejoramiento reales y eficaces; es sorprendente comprobar que en muchos casos aun teniendo un distintivo de calidad se sigue incumpliendo los requisitos básicos legales como los definidos por el Sistema Único de Habilitación.

La invitación es estandarizar la interpretación de la norma; no solo en el contexto de clientes, también ir más allá identificando las expectativas de los usuarios, definir realmente que registros y documentos necesita cada IPS para no tener un SGC en meros registros de papel y tramitología agobiante en donde el cliente queda al final. Para obtener el éxito en la implementación del SGC se deben analizar las diferentes herramientas definidas en la norma ISO 9001, y para dar continuidad éstas deben alinearse a las necesidades de mejoramiento de la IPS y estándares nacionales, para así dar una respuesta coherente con los conceptos de calidad que las empresas pretenden implementar.

REFERENCIAS

- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitucion Política De Colombia*. Bogotá, Colombia.
- América Economía. (2010). *Ránking 2010 Hospitales Y Clínicas*. Recuperado el 02 de Noviembre de 2013, de <http://rankings.americaeconomia.com/2010/clinicas/index.html>
- América Economía. (2011). *Los Mejores Hospitales De América Latina 2011*. Recuperado el 02 de Noviembre de 2013, de <http://rankings.americaeconomia.com/2011/clinicas/index.php>
- América Economía. (2012). *Hospitales Y Clinicas Ránking 2012*. Recuperado el 02 de Noviembre de 2013, de <http://rankings.americaeconomia.com/2012/clinicas-y-hospitales/>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitucion Política De Colombia*. Bogotá, Colombia.
- Congreso De La Republica De Colombia. (Diciembre de 1993). Ley 100. Santafé de Bogotá D. C, Colombia.
- García, J. (s.f.). *Secretaria de Salud Pública Manizalez*. Recuperado el 30 de Octubre de 2013, de P.A.M.E.C: http://www.manizalessalud.com/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=34
- Gobernación Valle del Cauca. (7 de Febrero de 2013). *Que es control*. Recuperado el 21 de Octubre de 2013, de Gobernación Valle del Cauca Colombia: <http://www.valledelcauca.gov.co/control/publicaciones.php?id=3425>
- Gómez, L. (01 de Marzo de 2013). *El Tiempo*. Recuperado el 28 de 10 de 2013, de ¿De qué se quejan más los usuarios del servicio de salud?: http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12629806.html
- Gómez, L. (01 de Marzo de 2013). *El Tiempo*. Recuperado el 02 de Noviembre de 2013, de ¿De qué se quejan más los usuarios del servicio de salud?:

http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12629806.html

ICONTEC. (f de s). *Sistema Único de Acreditación en Salud*. Recuperado el 30 de Octubre de 2013, de Ruta Crítica:

http://www.acreditacionensalud.org.co/ruta_critica.php

ISO. (2005). Norma Internacional ISO 9000:2005. *Sistemas De Gestión De La Calidad Fundamentos Y Vocabulario*.

ISO. (2008). NTC- ISO 9001. *Requisitos Sistemas De Gestión De La Calidad*.

ISO. (2009). ISO 9004. *Gestión Para El Éxito Sostenido De Una Organización*.

Ministerio de Protección Social. (3 de Abril de 2006). Decreto 1011 de 2006. *Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención*. Bogotá, D.C, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (Julio de 2013). *Ordenamiento (Ranking) de EPS-2013*. Recuperado el 28 de Octubre de 2013, de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Documento%20Ordenamiento%20para%20carta%20de%20desempe%C3%B1o%20de%20Empresas%20Promotoras%20de%20Servicios%20de%20Salud%20-EPS-%202013.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (06 de Mayo de 2013). *Resolución 1441*. Recuperado el 21 de Octubre de 2013, de <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/Sistema%20Unico%20de%20Habilitaci%C3%B3n%20anexos/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202013%20Ministerio.pdf>

Naciones Unidad. (2012). *Declaración Universal de Derechos Humanos*.

Recuperado el 28 de Octubre de 2013, de

http://www.un.org/es/documents/udhr/index_print.shtml

Parra, A. (s.f.). *Gerencie*. Recuperado el 31 de Octubre de 2013, de Auditoria de sistemas de información : <http://www.gerencie.com/auditoria-de-sistemas-de-informacion.html>