

**IMPORTANCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA CALIDAD EN
LAS ENTIDADES DE SALUD**

Ensayo

PRESENTADO POR:

YESENIA PULIDO ACUÑA

Código: D4013510



**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE ESTUDIOS A DISTANCIA (FAEDIS)
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA**

Bogotá, D.C.

2018

Tabla de contenido

RESUMEN3

SUMMARY3

INTRODUCCIÓN4

ANTECEDENTES6

DESARROLLO8

Políticas nacionales de calidad9

SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA10

ORGANIZACIÓN GENERAL11

FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD13

CALIDAD TÉCNICA15

SISTEMA DE CALIDAD16

ROLES Y RESPONSABILIDADES EN LA MEJORA DE LA CALIDAD18

Participación de los interesados19

Análisis situacional20

Desarrollo de objetivos de calidad22

Elegir intervenciones para la calidad22

Decidir sobre intervenciones23

Proceso de implementación25

CONCLUSIONES30

Referencias Bibliograficas32

RESUMEN

Este ensayo busca dar a conocer la importancia y las diferentes ventajas que tiene la implementación adecuada de un sistema de gestión de la calidad en las instituciones de salud en Colombia, mejorando el servicio al usuario y la eficiencia y funcionamiento de la institución de salud, permitiendo un mejoramiento del sistema general de salud en el país y de cada uno de sus ciudadanos. El paciente debe ser la prioridad en todas los hospitales y clínicas del país, y con un sistema de calidad, se estandarizarán los procesos y procedimientos que permitan lograr ese objetivo de la mejor y más eficiente forma que se pueda establecer, al igual que permite la continuidad y el control de las actividades para poder tomar las acciones correctivas necesarias para brindar la mejor atención.

PALABRAS CLAVES: Sistema, Calidad, Hospital, Salud, Institución, Servicio.

SUMMARY

This essay looks for the importance and the different advantages that the implementation of a quality management system in the health institutions in Colombia has, improving the service to the user and the efficiency and functioning of the health institution. an improvement of the general health system in the country and each one of its citizens. The patient should be the priority in all hospitals and clinics in the country, and the quality system, processes and results have been standardized so that it can be achieved. Also, continuity and control of activities to take the necessary corrective actions to provide better care.

KEY WORDS: System, Quality, Hospital, Health, Institution, Service.

INTRODUCCIÓN

La gestión de la calidad en la asistencia sanitaria es un requisito fundamental para las organizaciones de sanidad. Enfocar el sistema de calidad para que esté centrado en el paciente es lo primero. Adaptar e implementar estándares y herramientas es el próximo paso hacia esto.

La gestión de la calidad en el cuidado de la salud es de vital importancia para la industria de la salud y el paciente. Todos en el ciclo, desde los médicos hasta los profesionales para apoyar al personal, deben estar conscientes de la importancia de la gestión de la calidad en la atención sanitaria. El objetivo más básico de implementar un sistema de alta calidad en el cuidado de la salud es asegurarse que el paciente esté bien atendido. Para que esto suceda, el entorno sanitario debe implementar sistemas y procesos.

El sistema de gestión de la calidad se centra en la gestión de procesos. Si las organizaciones deben garantizar que se implemente una gestión de calidad significativa en el cuidado de la salud, tienen que adherirse a los procesos. La adaptación de los estándares y los procesos de instilación en el sistema de salud es la forma en que los proveedores de servicios de salud pueden garantizar la calidad en la atención médica.

Obviamente, el primer paso en la dirección de implementar una gestión de calidad en la atención médica es hacer que la atención y los procesos de la atención médica estén orientados al paciente. La gestión de la calidad en la atención médica comienza con el paciente y debe ajustarse completamente a sus necesidades. Como los requisitos y las expectativas de los pacientes varían con el tiempo, la gestión de la calidad debe seguir actualizándose para mantenerse al día con las necesidades y demandas cambiantes.

De acuerdo con esto, los siguientes medios pueden ser de gran ayuda para garantizar la gestión de calidad en la asistencia sanitaria:

El entorno de atención médica debe identificar los objetivos para garantizar la gestión de la calidad en la asistencia sanitaria. Cada departamento debe recibir metas mensurables para alcanzar.

La implementación de estándares de calidad contribuye en gran medida a garantizar que la gestión de la calidad en la asistencia sanitaria se imparta en la organización. Six Sigma, ISO 9001 y ANOVA son algunos de los estándares y herramientas populares que se utilizan en la industria de la salud.

Contratar a los profesionales adecuados es otro paso importante para las organizaciones de atención médica que están decididas a implementar una gestión de calidad en el cuidado de la salud. Un profesional certificado en calidad de atención médica es, por ejemplo, una persona que tiene el conocimiento adecuado para dirigir la organización de atención médica.

Este ensayo busca ilustrar la importancia de tener un sistema de gestión de la calidad en las instituciones de salud, con el fin de mejorar su desempeño y así poder brindar una mejor atención a los pacientes y ser más eficientes en el uso de los recursos de cualquier naturaleza.

ANTECEDENTES

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el objetivo global de Salud para todos en el año 2000. Como parte de este objetivo, la Organización Mundial para la Salud (OMS) desarrolló objetivos en 1984. Estos incluían la Meta 31, que instaba a todos los Estados Miembros de la OMS a crear mecanismos efectivos para garantizar la calidad de la atención al paciente para 1990 y, para 2000, proporcionar estructuras y procesos para garantizar mejora continua en la calidad de la atención de la salud y desarrollo y uso apropiados de las nuevas tecnologías (OMS, 2016).

En 1998, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una estrategia revisada para el siglo XXI que continúa enfatizando la disponibilidad, el acceso y la calidad de la atención. La estrategia promueve los sistemas de información para el monitoreo y exige una vigilancia activa por parte de los gobiernos nacionales, incluida la implementación de normas, estándares y regulaciones internacionales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) encargó este informe a la Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención de la Salud (ISQua) en 2000 para contribuir a ese objetivo, dando ejemplos en todo el mundo sobre estructuras y procesos de calidad que podrían informar el mejoramiento local de los servicios de salud, especialmente en los países en desarrollo (OMS, 2016). Esta tarea potencialmente infinita se hizo factible en el tiempo y los recursos disponibles mediante el uso de fuentes ampliamente accesibles que brindan información actual y reciente y que se dirigen a búsquedas bibliográficas más allá de los países de habla occidental e inglesa.

La revisión debía reflejar la fenomenología basada en la experiencia recientemente reportada. Debía ser descriptivo más que analítico; no buscaría ser integral en términos de historia, temas o geografía; y no haría recomendaciones. Preparado durante un período de seis meses de evaluación, este informe (OMS, 2016):

- Proporciona una descripción de las estructuras y actividades actuales utilizadas a nivel nacional e internacional en todo el mundo para promover la calidad en la atención de la salud;

- Cataloga los conceptos y las herramientas de calidad actualmente en uso local en el cuidado de la salud en varios países;

- Describe las iniciativas actuales en materia de acreditación de servicios de salud y analiza el funcionamiento de programas nacionales en funcionamiento en todo el mundo.

Para cumplir estas funciones, especialmente las dos primeras, era necesario hacer suposiciones sobre cómo se define la calidad y cómo se puede recopilar información sobre ella en todo el mundo. Para ser práctico, se decidió no tratar de definir una terminología "correcta", sino más bien utilizar la descripción general "mejora de la calidad" para incluir estructuras y actividades contribuyentes.

Se reconoce que este informe no es rigurosamente científico (no se intentó realizar una encuesta aleatoria estratificada de los Estados Miembros de la OMS), pero se basa en información de fuentes que se consideraron confiables. Además, no fue posible representar todas las actividades en todos los países, incluso si la información hubiera estado disponible; por lo tanto, se busca la comprensión de aquellos cuyas actividades no se mencionan.

DESARROLLO

Aunque la mayoría de las estrategias nacionales para la atención médica de calidad se basan en una combinación de actividades estatutarias y voluntarias, su capacidad de llegar a cada parte de cada organización depende en gran medida de la voluntad de las personas para participar. Un enfoque es exigir por ley nacional que se mantengan estructuras de calidad o actividades específicas. El cumplimiento de la legislación que cubre ciertos aspectos de la calidad está sujeto a inspección legal en la mayoría de los países (Blanco, 2005). Tales asuntos se refieren a la salud y seguridad pública y generalmente anulan las libertades nacionales, profesionales y personales sobre, por ejemplo, cuestiones de radiación, infección, higiene, transfusión, dispositivos médicos, fabricación de drogas, quejas y licencias de instalaciones. También incluyen el registro y, en algunos países, el nuevo registro del personal clínico.

Debido a que muchos países organizan y regulan los servicios de salud y el personal a nivel sub nacional, la legislación departamental a menudo se implementa a nivel de departamento, estado, provincia, región o condado. En casi todos los países, el gobierno ha establecido los principios y ha dejado que los compradores, proveedores y aseguradores locales los implementen (Blanco, 2005).

Varios gobiernos han establecido unidades de calidad dentro de su ministerio de salud o han convocado grupos consultivos de múltiples agencias. Muchos de estos grupos se establecieron específicamente para llevar a cabo un objetivo de reforma del gobierno predefinido, pero otros tienen el mandato de desarrollar una política nacional integral y coherente y de supervisar su implementación. Los representantes de consumidores, compradores y proveedores a menudo están incluidos.

La representación profesional, por ejemplo, de las asociaciones médicas y de enfermería, es variable, pero algunos organismos profesionales nacionales, como en Brasil, los cuales han desempeñado un papel principal en la promoción de la calidad en la atención de la salud. En los Estados Unidos, el Colegio Estadounidense de Cirujanos comenzó un programa de estandarización hospitalaria, que condujo a la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Médica (JCAHO). De manera similar, en Australia, fue la asociación médica la que impulsó la introducción de la revisión clínica y, junto con los gerentes de los hospitales, sentó las bases del Consejo Australiano de Estándares de Salud (ACHS). La Comisión Interinstitucional de Calidad de la Atención, Argentina, es única ya que está coordinada por un departamento universitario (Peteraf, 2012). El Foro Nacional de Calidad de los Estados Unidos también es excepcional, ya que surgió de una revisión nacional que señalaba la necesidad de que el gobierno reconozca la contribución de muchos intereses no gubernamentales y colabore con ellos para mejorar la calidad.

Políticas nacionales de calidad

Muchos gobiernos respaldan los valores de calidad como el acceso, la equidad y la efectividad en las declaraciones generales de política, pero pocos han publicado estrategias integrales para la mejora de la calidad en todos los ámbitos. Las propuestas y los planes tienden a ser respuestas específicas a los problemas actuales, en lugar de planes integrales proactivos a largo plazo que pueden atraer más a los académicos que a los políticos (Cardozo, 2010).

Para aquellos que pueden estar considerando adoptar una ruta similar, es desafortunado que el impacto final de los planes nacionales a menudo no se registre objetivamente ni se difunda tan ampliamente como los planes originales. El análisis de

los éxitos y fracasos de la planificación nacional de la calidad podría proporcionar una valiosa base empírica de evidencia para orientar la política futura en muchos países. En el transcurso de más de una década, varios grupos de expertos han desarrollado recomendaciones sobre programas nacionales para la mejora de la calidad. Estas recomendaciones tienen grandes similitudes a lo largo del tiempo y entre las diferentes regiones del mundo.

SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

La situación de salud de Colombia se encuentra en un estado de transición marcado por una mejora gradual pero desigual y la existencia de enfermedades transmisibles junto con enfermedades crónicas degenerativas, que impactan más severamente en los sectores más pobres de la sociedad, con diferencias de género manifiestas. El trauma y los homicidios han asumido proporciones epidemiológicas importantes. En 2010, la mayor proporción de muertes se debió a causas relacionadas con el sistema circulatorio, seguidas de causas externas, tumores, enfermedades transmisibles y trastornos del período prenatal (Minsalud, 2015).

La Ley 10 de 1990 sobre la municipalización de la salud marcó el inicio de un proceso de transformación destinado a fortalecer el sector de la salud a través de sus unidades territoriales. El proceso se ha implementado lentamente. Para el año 2010, 25 departamentos y distritos y 524 municipios habían sido certificados para la gestión autónoma de la salud. La reforma fue implementada por la Ley 60/1993, que descentralizó la autoridad y los recursos en salud y educación, y la Ley 100/1993 por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social, ambos destinados a ampliar la cobertura de salud pública y privada a través del sistema de seguros (Minsalud, 2015). El seguro es

administrado por las empresas promotoras de la salud en el sistema contributivo y por los administradores del sistema subsidiado en el sistema subsidiado.

El objetivo de la cobertura universal aún no se ha logrado, y la población de bajos ingresos que no está afiliada al sistema recibe atención médica a través de la red de hospitales públicos.

Originalmente, el sistema se basó en la libre elección de asegurador y proveedor, pero se vio limitado por las limitaciones en la expansión de la cobertura y las dificultades para encontrar un campo competitivo de aseguradores y proveedores en muchos de los municipios menos desarrollados. Para llevar a cabo la reforma sectorial, se creó una estructura funcional para el sistema que consiste en: la Junta Nacional de Salud de la Seguridad Social, que ejerce la función directiva en el sistema; y el Ministerio de Salud, que dicta las políticas, en las diversas áreas territoriales, está representado por los Servicios de Salud Seccionales y las Oficinas de Salud de los Municipios (Minsalud, 2015). Las finanzas del sistema se manejan a través del Fondo de Solidaridad y Garantía.

La Autoridad Nacional de Salud es responsable de la supervisión, vigilancia y control del sistema. La reforma del sector salud también involucra la conversión de hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado y la definición de mecanismos institucionales, legales, administrativos y operativos (Defensoría Pública, Autoridad Nacional de Salud, comités de supervisión comunitaria, tutela legal, etc.) para reforzar la participación de los usuarios del servicio en la gestión sectorial (Minsalud, 2015).

ORGANIZACIÓN GENERAL

La Constitución de 1991 otorgó mayores poderes a los municipios y fortaleció el papel de los Departamentos; además, consideraba la seguridad social como un derecho

inalienable de todos los habitantes y un servicio público obligatorio coordinado y controlado por el Estado, administrado de manera descentralizada y por niveles de atención. El sistema está organizado por la Ley 10/1990, "Municipalización de salud"; Ley 60 / 1993,13 que establece la autoridad y los recursos de las diferentes unidades territoriales; y la Ley 100/1993 creando el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS). Las Leyes 10 y 60 (y actualmente la Ley 715) asignaron la autoridad operativa para la atención de la salud en el nivel primario a los municipios, y para los hospitales de nivel secundario y terciario, a los gobiernos departamentales.

La Ley 100 modificó el sistema de prestación de servicios de salud, intercambiando el subsidio de suministro por un subsidio a la demanda, con una cobertura universal garantizada propuesta como meta para el año 2005 (Botero, 2008). La Ley 100 creó dos sistemas de afiliación: uno contributivo y el otro subsidiado. La población más pobre y vulnerable que no puede pagar los servicios se asigna al sistema subsidiado. Aquellos que no están afiliados a ningún sistema debido a la falta de proveedores o recursos se llaman participantes no asegurados, y el gobierno local de cada municipio asume la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud a esta población. Los principios rectores del proceso son la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación social. Se crearon Empresas Promotoras de Salud (EPS).

Las EPS planifican, organizan y llevan a cabo las actividades necesarias para controlar enfermedades y mantener la salud de la población asegurada. Estas entidades y el Ministerio de Salud Municipal contratan IPS (Proveedores de Servicios de Salud Institucionales) y ESE (Empresas Sociales Estatales - anteriormente los hospitales públicos) para la prestación de servicios a los beneficiarios. El nuevo sistema divide la responsabilidad de las diversas funciones en: Liderazgo (Junta Nacional de Seguridad Social, Ministerio de Salud, Direcciones Departamentales y Municipales),

Financiamiento (FOSYGA, Fondo de Solidaridad y Garantía); Administración (EPS, ARS); Servicio de entrega (IPS, ESE) y Vigilancia y control (Autoridad de salud) (Botero, 2008).

El sistema proporciona un Plan General de Beneficios que incluye un Plan Básico de Salud (PAB) y un Plan de Salud Obligatorio (POS). Los municipios administran el PAB, que incluye la vigilancia en salud pública, y diseñan un Plan Local de Salud para cumplir con sus responsabilidades en actividades de promoción y prevención a nivel de base. Las EPS deben proporcionar servicios de diagnóstico y tratamiento, además de las actividades individuales de promoción y prevención, tal como se definen en el POS y en el Plan de salud obligatorio subsidiado (POS).

FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

El Ministerio de Salud dicta la política y está representado a nivel territorial por los Servicios Seccionales de Salud y los Sistemas Municipales de Salud. Por ley, la Junta Nacional de Salud de la Seguridad Social (CNSSS) ejerce la función directiva en el sistema y administra el Sistema General de Salud de la Seguridad Social (Minsalud, 2015). Este sistema está bajo la dirección, regulación, supervisión, monitoreo y control del gobierno nacional y el Ministerio de Salud, que dicta las políticas y planes, programas y prioridades del gobierno que sirven de base para los planes territoriales bajo la Ley 715/2001.

El CNSSS también funciona como el Consejo de Administración del FOSYGA y es responsable de regular los sistemas contributivos y subsidiados, definiendo: el POS y los medicamentos esenciales que forman parte de él; los montos de la contribución y el valor de las Unidades de Pago de Capitación (UPC), con sus respectivos diferenciales basados en el promedio para diferentes poblaciones por edad, sexo y ubicación geográfica; el

sistema de copagos y deducibles; el sistema para determinar la elegibilidad y el pago de los beneficios por discapacidad y la licencia de maternidad; y medidas para prevenir la discriminación en la selección de suscriptores (Minsalud, 2015).

El secretario técnico del CNSS, que también es el Director General de Seguros del Ministerio de Salud, envía los resultados de los estudios técnicos al Ministerio para su consideración en la toma de decisiones. La Autoridad Nacional de Salud actúa como la entidad de vigilancia y control.

Las funciones del Ministerio de Salud son:

- Formular y adoptar las políticas y estrategias del SGSSS en conjunto con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, de conformidad con los planes de desarrollo económico, social y ambiental aprobados por el Congreso de La República.
- Establecer los estándares científicos para la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son obligatorios para EPS, IPS y unidades territoriales (oficinas regionales, locales y locales de salud).
- Emitir normas administrativas, que son obligatorias para EPS, IPS y entidades territoriales.
- Establecer los criterios para evaluar la eficiencia y aplicarlos a EPS, IPS y entidades territoriales.

El Instituto Nacional de Vigilancia de Drogas y Alimentos, encabezado por el Ministerio de Salud, ejecuta políticas de vigilancia sanitaria y control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos médicos y quirúrgicos, equipos dentales, productos naturales y biotecnológicos, reactivos de diagnóstico y otros productos que impactan la salud individual y colectiva.

CALIDAD TÉCNICA

La reforma sectorial ha despertado interés en los programas de calidad. Con este fin, el Ministerio de Salud y la Autoridad Nacional de Salud han desarrollado estándares de calidad en servicios clínicos y administrativos. Estos esfuerzos han sido apoyados por asociaciones profesionales, como el Centro de Gestión Hospitalaria y la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales. Según el Ministerio de Salud, 16.653 y la Autoridad Nacional de Salud, 18.767 instituciones de salud han cumplido con los requisitos básicos, incluidas las instalaciones para pacientes ambulatorios, laboratorios clínicos y centros de fisioterapia (Botero, 2008). El Ministerio de Salud preparó directrices y normas de atención para problemas nacionales de salud prioritarios.

Cuando la Organización Mundial de la Salud clasificó los sistemas de salud de 191 países, Colombia quedó en el puesto 22. Eso es mejor que Canadá (# 30) y Estados Unidos (# 37). Además de esto, cuando la publicación financiera América Economía compiló su última lista anual de los 43 hospitales más importantes de América Latina, 22 de esos hospitales tenían su sede en Colombia (Gram, 1995). Eso significa que la mitad de los principales hospitales latinoamericanos se encuentran en Colombia.

Cinco de estos hospitales están acreditados por la Joint Commission International, el estándar de oro en salud mundial. Dos se encuentran en Bogotá (Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología, y Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá), uno se encuentra en Medellín (Hospital Pablo Tobón Uribe), y uno está ubicado a las afueras de Bucaramanga (Fundación Cardiovascular de Colombia - Instituto del Corazón) (Gram, 1995).

Hay muchos, muchos hospitales y clínicas excelentes en toda Colombia que ofrecen servicios desde consultas y exámenes de rutina hasta procedimientos complejos como

reemplazos de articulaciones, trasplantes de órganos, servicios de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y tratamiento del cáncer.

SISTEMA DE CALIDAD

Una gran cantidad de conocimiento y experiencia en la mejora de la calidad de la atención de la salud se ha acumulado a nivel mundial durante muchas décadas. A pesar de esta gran experiencia, el problema que enfrentan con frecuencia los encargados de formular políticas a nivel de país, es saber qué estrategias de calidad, complementadas e integradas con iniciativas estratégicas existentes, tendrían mayor impacto en los resultados entregados por sus sistemas de salud.

Según Botero (2008), hay dos argumentos principales para promover un enfoque en la calidad en los sistemas de salud en este momento. El primero, el bienestar y atención al usuario; segundo, la importancia de estandarizar todos los procedimientos existentes en la empresa, para poder maximizar el uso adecuado de los recursos y mejorar el desempeño institucional.

Incluso cuando los sistemas de salud están bien desarrollados y cuentan con los recursos, hay pruebas claras de que la calidad sigue siendo una preocupación grave, con resultados esperados que no se logran de manera predecible y con amplias variaciones en los estándares de prestación de servicios de salud dentro y entre los sistemas de atención de la salud (Botero, 2008).

Cuando los sistemas de salud -particularmente en los países en desarrollo- necesitan optimizar el uso de los recursos y expandir la cobertura de la población, el proceso de mejora y ampliación debe basarse en estrategias locales sólidas de calidad para obtener los mejores resultados posibles de las nuevas inversiones.

A medida que la ciencia y la tecnología médica han avanzado a un ritmo acelerado, el sistema de prestación de servicios de salud ha flaqueado en su capacidad para proporcionar atención de alta calidad a todos. Esto implica que el aumento de los conocimientos y el aumento de los recursos no se traducirán en sí mismos en la alta calidad de la atención de la salud que las poblaciones y las personas esperan. El gasto en salud en los países industrializados se ha duplicado en los últimos 30 años; sin embargo, los países que más gastan no siempre son los que tienen los mejores resultados (Botero, 2008). Una de las razones es la fragmentación de sus sistemas de prestación de servicios de salud. Adoptar una perspectiva de sistemas y orientar los sistemas hacia la provisión y mejora de la calidad es fundamental para el progreso y para satisfacer las expectativas tanto de la población como de los trabajadores de la salud.

En el pasado reciente, ha habido un gran aumento en la ayuda internacional al desarrollo, que a menudo se organiza a través de programas específicos de enfermedades en organizaciones internacionales o mediante la creación de nuevas alianzas mundiales de salud. Actualmente hay más de 70 asociaciones mundiales de salud. Muchas de estas iniciativas han traído una mejora considerable en los países como Colombia (Botero, 2008). Sin embargo, estas iniciativas también han traído algunos desafíos.

Estos desafíos se relacionan principalmente con la coordinación de esfuerzos paralelos fragmentados y la falta de asistencia técnica que debe acompañar a este nuevo y ambicioso apoyo financiero. Una vez más, la prestación organizada de asistencia sanitaria será un componente clave para hacer frente a la creciente verticalidad de los proyectos en Colombia.

Trabajar a través del proceso de tomas de decisiones basadas en la calidad, creará una nueva agenda para el cambio, que se enfoca en mejorar la calidad del sistema de

salud. El alcance de esa agenda no puede anticiparse para cada aplicación, y siempre será el resultado de juicios y decisiones. En algunos casos, las intervenciones seleccionadas servirán para acelerar un proceso de mejora que ya está en marcha y se basará en los sistemas y modelos de organización existentes (Blanco, 2005). Las fuentes de seguridad para los responsables de la formulación de políticas son que controlan el uso del proceso, que el proceso involucra deliberadamente a una amplia gama de partes interesadas, y que puede surgir un consenso natural sobre la escala de cambio necesaria en el sistema de salud.

ROLES Y RESPONSABILIDADES EN LA MEJORA DE LA CALIDAD

Otra forma de pensar acerca de la calidad en los sistemas de salud es diferenciar entre roles y responsabilidades en las diversas partes de un sistema. La principal preocupación de este documento es apoyar el papel del desarrollo de políticas y estrategias. Esta actividad crítica deberá involucrar a todo el sistema de salud, pero las responsabilidades principales normalmente descansan a nivel nacional y departamental (Jiménez, 2013). Las principales preocupaciones de los responsables de la toma de decisiones en estos niveles serán mantener el rendimiento de todo el sistema bajo revisión y desarrollar estrategias para mejorar los resultados de calidad que se apliquen en todo el sistema.

Las responsabilidades principales de los proveedores de servicios de salud para la mejora de la calidad son diferentes. Los proveedores pueden ser vistos como organizaciones completas, equipos o trabajadores de salud individuales. En cada caso, estarán idealmente comprometidos con los objetivos generales de la política de calidad para todo el sistema, pero su principal preocupación será garantizar que los servicios que prestan sean de la mayor calidad posible y satisfagan las necesidades de los usuarios de servicios individuales, sus familias y comunidades.

Sin embargo, los proveedores de servicios de salud solo mejoran los resultados de calidad que han sido planificados. Las comunidades y los usuarios de los servicios son los coproductores de la salud. Tienen roles y responsabilidades fundamentales para identificar sus propias necesidades y preferencias, y para administrar su propia salud con el apoyo adecuado de los proveedores de servicios de salud. Si bien es importante reconocer estas diferencias en roles y responsabilidades, es igualmente importante reconocer las conexiones entre ellos.

Participación de los interesados

La mejora de la calidad se trata de cambio. Por esta razón, un importante primer paso en el proceso de toma de decisiones es determinar quiénes son los interesados clave y cómo se verán involucrados (Jiménez, 2013). Las partes interesadas clave normalmente incluirían líderes políticos y comunitarios, usuarios de servicios y sus defensores, organizaciones de prestación de servicios de salud, organismos reguladores y organismos representativos para los trabajadores de la salud. Otro grupo central de partes interesadas serían los altos funcionarios responsables de la calidad dentro del ministerio de salud. Dependiendo de cómo se asignen tales responsabilidades, puede haber varios líderes políticos que aborden diferentes aspectos de la calidad.

Un método clave de participación podría ser la formación de un consejo directivo o grupo directivo extraído de los grupos de partes interesadas, que seguiría involucrado en todas las etapas del proceso, incluida la implementación y la revisión del progreso. La junta o el grupo directivo podrían proporcionar el enfoque principal para la rendición de cuentas y la preparación de consejos para los responsables de la toma de decisiones, así como una comunicación más amplia con todas las partes interesadas. Los términos claros de referencia serían esenciales (Jiménez, 2013).

Para evitar confusiones, aquellos que lideran el proceso necesitarían saber claramente desde el principio quién tomaría las decisiones políticas y determinaría el rango de nuevas intervenciones de calidad.

Análisis situacional

La elección de nuevas intervenciones para la mejora de la calidad en un sistema de salud siempre tendrá lugar en un contexto de políticas y prioridades existentes, así como del desempeño actual del sistema de salud. Estos factores no pueden ignorarse y deben ser parte del proceso de pensamiento (Jiménez, 2013). Por esta razón, una parte crítica del ciclo es realizar un análisis situacional.

El análisis situacional es un proceso de mapeo que permite establecer una línea de base clara antes de considerar nuevas intervenciones o adaptar las existentes. Si bien el enfoque principal del análisis está en el sistema de salud, también necesita establecer conexiones entre la salud y otros sectores y los problemas que tendrán un impacto en el desempeño del sistema de salud.

El análisis situacional deberá abarcar muchas áreas, que pueden incluir las siguientes.

Estructuras y sistemas actuales dentro del Ministerio de Salud relacionados con la mejora de la calidad. ¿Existe un liderazgo y responsabilidad claros, y la calidad se gestiona de manera integrada en el centro o existe un problema de fragmentación?

Las políticas actuales en salud y en todos los sectores (por ejemplo, donde hay políticas nacionales de calidad que se aplican a todos los sectores, incluida la salud). El objetivo sería comprender plenamente las implicaciones de calidad de esas políticas, así como buscar el grado de alineación, los temas de política y los obstáculos, y las

oportunidades que se derivan de la actual agenda de política nacional. Esto se aplica a las políticas gubernamentales y profesionales.

Objetivos y prioridades de salud actuales. El objetivo aquí sería comprender la naturaleza de esos objetivos y prioridades, cómo se están abordando y, en particular, la contribución que la mejora de la calidad está haciendo a su logro.

El análisis situacional deberá abarcar muchas áreas, que pueden incluir lo siguiente.

Estructuras y sistemas actuales dentro del ministerio de salud relacionados con la mejora de la calidad. ¿Existe un liderazgo y responsabilidad claros, y la calidad se gestiona de manera integrada en el centro o existe un problema de fragmentación?

Rendimiento actual del sistema de salud. ¿Cómo se desempeña el sistema en general, y particularmente contra las dimensiones de calidad? ¿La asistencia médica es efectiva, eficiente, accesible, aceptable, equitativa y segura? ¿Cómo influye el sistema de pago en la calidad? ¿Cómo se compara el desempeño con el de otros países con circunstancias similares? El propósito de esta etapa del proceso no es analizar en exceso el sistema de salud de un país, sino simplemente obtener una descripción general del desempeño del sistema de salud. Aquellos que desean investigar más a fondo el desempeño actual de su sistema de salud pueden desear utilizar un conjunto de medidas tanto de proceso como de resultado que están diseñadas para comparar la calidad de varios sistemas de salud.

Intervenciones actuales de calidad. ¿Cómo está actuando el sistema ahora en los diversos dominios de la mejora de la calidad? ¿Qué efecto tiene en la información, el liderazgo, el compromiso con los pacientes y la población, el uso de la regulación y los estándares, el desarrollo de la capacidad organizacional y los modelos de atención? ¿Qué impacto tienen esas actividades actuales en la calidad de la atención de la salud y en los resultados?

Desarrollo de objetivos de calidad

Los objetivos de salud y las prioridades se confirmaron, y se completó un análisis situacional; el terreno está preparado para que se negocien y acuerden nuevos objetivos de calidad. Esto conducirá a la selección de intervenciones de calidad. La elección de los objetivos de calidad dependerá de los objetivos de salud acordados y se relacionará con las diferentes dimensiones de la calidad (U.Nacional, 2012). El proceso de cuestionamiento en relación con el objetivo de salud será preguntar lo siguiente

- ¿Cuáles son las deficiencias en efectividad?
- ¿Cuáles son las deficiencias en eficiencia?
- ¿Cuáles son las deficiencias en accesibilidad?
- ¿Cuáles son las deficiencias en aceptabilidad?
- ¿Cuáles son las deficiencias en equidad?
- ¿Cuáles son las deficiencias en seguridad?

Al responder estas preguntas, la evidencia reunida en el análisis de la situación debe ser invaluable. En particular, el análisis de la situación debe informar los juicios sobre la importancia de la evidencia general para un problema de salud particular. Por ejemplo, puede haber una percepción general de que el acceso a la atención médica es razonable. También puede haber evidencia de que las demoras en el acceso a la atención médica están afectando los resultados para poblaciones particulares.

Elegir intervenciones para la calidad

Los elementos anteriores en este proceso de toma de decisiones sugerido se centran en un análisis de la situación actual y en la definición clara de prioridades y objetivos. Por lo tanto, se trata mucho de los "qué" de un proceso de cambio. También proporcionan un componente crítico en cualquier estrategia de mejora: claridad sobre lo que la

estrategia está tratando de lograr. Este elemento mueve la atención del "qué" al "cómo". Requiere juicios sobre las intervenciones y un acuerdo sobre el proceso de implementación (U.Nacional, 2012).

Mapeo de los dominios

Después de haber realizado un análisis organizado de las necesidades y una determinación de los objetivos de salud y calidad, los responsables de la toma de decisiones deben trabajar a través de las opciones de intervenciones para construir una estrategia de calidad. Para ayudar en este proceso, es útil seguir un "mapa" simple de los dominios donde se podrían realizar intervenciones de calidad, y donde podrían ubicarse los problemas de calidad actuales.

Estos dominios genéricos no son hipotéticos. Se basan en gran medida en las estrategias de mejora de la calidad aplicadas en muchos sistemas de salud durante muchas décadas (Peteraf, 2012). Muchos países enfatizan mucho un solo dominio (por ejemplo, la regulación) en su trabajo sobre la calidad. El proceso en este documento sugiere que es necesario seguir un enfoque más integral en los diversos dominios que se muestran en el mapa.

Decidir sobre intervenciones

Determinar el "cómo", significa seleccionar esas intervenciones en calidad que proporcionarán los mejores resultados y beneficios que se buscan. Una vez más, el análisis de la situación debería proporcionar una base útil para hacer esos juicios. Por ejemplo, una intervención de liderazgo puede ser necesaria para abordar políticas mal alineadas o conflictivas que fueron identificadas en esa etapa.

Alternativamente, el análisis situacional puede haber identificado debilidades en el compromiso con los pacientes y la población, lo que podría socavar las intervenciones para mejorar los resultados en pacientes con una enfermedad particular. El marco de dominios para las intervenciones de calidad sugerido anteriormente pretende ser un simple aviso para los responsables de la toma de decisiones (Botero, 2008).

Es probable que la mayoría de los dominios necesiten refuerzo de una forma u otra. Sin embargo, cuando el marco se usa sistemáticamente -en relación con cualquiera de los objetivos acordados-, invita a identificar los dominios sobre los que los responsables de la toma de decisiones deben enfocarse y priorizar en este momento particular del proceso. Estos dominios son los siguientes.

1. Liderazgo
2. Información
3. Participación de pacientes y población
4. Regulación y estándares
5. Capacidad organizacional
6. Modelos de cuidado.

Otro resultado importante que se alcanzará en esta parte del ciclo es el acuerdo sobre el plan para la implementación de las intervenciones acordadas. Cualquier plan de implementación deberá cumplir con consideraciones locales, pero hay cuestiones genéricas que deben considerarse, como las sugeridas en las siguientes preguntas.

Proceso de implementación

La producción de una estrategia de mejora de la calidad acordada todavía es una etapa muy temprana en el proceso de cambio. Este elemento mueve el foco a la gestión del proceso de implementación. La estrategia habrá identificado un marco para la implementación y cubrió temas clave tales como liderazgo y rendición de cuentas, plazos e hitos, y el monitoreo del progreso. El éxito de las intervenciones dependerá entonces de mantener un enfoque claro en la implementación, mantener el interés y el compromiso, y tener la capacidad de tomar decisiones tácticas para modificar las actividades en respuesta a los comentarios (Jiménez, 2013). Todo esto es crítico para la sostenibilidad, ya que muchas iniciativas de mejora de la calidad encuentran resultados en declive porque carecen de un enfoque sostenido en la implementación.

Tener una junta de programa o un grupo directivo con una representación adecuada de las partes interesadas y los términos de referencia podría ser una forma efectiva de mantener un enfoque e interés en la implementación de la estrategia de mejora de la calidad. Las responsabilidades principales de dicha junta podrían incluir:

- Mantener bajo revisión el progreso en la implementación, el cumplimiento de los cronogramas y el logro de los objetivos y metas;
- Redirigir los recursos;
- Proporcionar una cuenta del progreso a las partes interesadas;
- Preparar el sistema de salud para ampliar donde se planifica un enfoque por etapas;
- Mantener nuevas pruebas bajo revisión y modificar los planes para tener en cuenta esa evidencia. modificar los horarios y los hitos.

Por todo lo anteriormente descrito, se puede apreciar la importancia de una adecuada implementación del sistema de calidad dentro de una institución de salud en Colombia, ya que no solo acarrea mejor atención al usuario, sino que también trae mejoras administrativas y operativas a dichas instituciones, obteniendo un beneficio mutuo que se refleja en la salud y atención a los colombianos.

Si las organizaciones tienen que garantizar que se está implementando un sistema de calidad significativa en la atención médica, tienen que adherirse a los procesos, adaptar estándares e inculcar procesos en el sistema de atención médica es la forma en que los proveedores de atención médica pueden garantizar la calidad en la atención médica, más humana y con énfasis en el paciente y el uso adecuado de los recursos.

Personalmente creo que la calidad de un sistema de salud aumenta cuando la atención prestada es lo más efectiva, segura y accesible posible, y en las condiciones más equitativas y eficientes posibles. Depende del personal que trabaja en las instalaciones de salud y atención médico-social para brindar atención, acciones diagnósticas y terapéuticas coherentes con los datos de la medicina, mientras se cuida de no generar negligencia o peligro, al costo más bajo al evaluar los beneficios esperados. Para hacerlo, se debe tener acción en desafiar las prácticas para perfeccionarlas. Será solo gracias a la constante movilización de todos los profesionales que se podrá garantizar a los pacientes y residentes el cuidado, la recepción, la seguridad y las condiciones de recepción en el momento más alto de lo esperado.

La adopción gradual de los principios de mejora continua de la calidad y el desarrollo de un enfoque de calidad institucional puede encontrar dificultades metodológicas, culturales o prácticas. Los aspectos humanos se refieren a la motivación y la participación de las personas que trabajan en la empresa en cuestión. Los métodos utilizados buscan

desarrollar una participación real y satisfacer la necesidad de reconocimiento de los profesionales teniendo en cuenta sus ideas, su creatividad, su sentido de responsabilidad. Esta motivación es esencial para avanzar en la calidad de los servicios.

Estos aspectos tienen en común una fuerte participación económica en la medida en que la motivación de las personas como el control de los aspectos técnicos genera más eficiencia, permite la reducción de los costos y el aumento de las cuotas de mercado por la lealtad de los clientes y la conquista de nuevos clientes. Es por este motivo que las empresas invierten en la calidad. El enfoque de calidad no es utópico. Es un medio de eficiencia económica que implica, entre otras cosas, una gran motivación de los trabajadores.

La comprensión y satisfacción de las expectativas y necesidades de los clientes son hoy una orientación fundamental del enfoque de calidad. Condicionan el desarrollo y sostenibilidad de las empresas. Escuchar y prestar atención a los usuarios debe estar presente en cada etapa de la vida de los procesos y procedimientos, desde su diseño hasta su uso por parte de los clientes y en todos los niveles de una institución. Esta preocupación decisiva guía no solo la actividad diaria de los profesionales, sino también las opciones estratégicas clave, especialmente el desarrollo de nuevos servicios.

La escucha del cliente es un componente indispensable de cualquier sistema de calidad. Proporciona información que puede utilizarse para identificar procesos clave, orientar objetivos, corregir disfunciones, mejorar productos o servicios existentes y diseñar nuevos productos o servicios. Para ingresar al proceso de escuchar a los clientes, un primer trabajo es identificar a los diferentes clientes externos, posiblemente con una ponderación de su importancia relativa con respecto a la política y los objetivos de calidad determinados.

Otro aspecto fundamental es el liderazgo. Este se ejerce en gran medida en el trabajo en grupo y se refleja en la conducción de reuniones efectivas, donde los participantes coordinan sus contribuciones específicas a las metas a través de la regulación del líder. El conjunto de principios subrayados destaca el papel fundamental del liderazgo de los gerentes en la realización del proceso de calidad. Un mayor grado de iniciativa, por lo tanto de responsabilidades, se da en todos los niveles. El liderazgo permite tomar decisiones que están lo más cerca posible de la entidad, en relación con la organización y el funcionamiento interno de los segmentos de negocios.

De igual forma, el logro de la calidad se basa en la capacidad de una organización para mejorar continuamente sus productos y servicios. La mejora de la calidad siempre se logra a través de la mejora del proceso paso a paso. Se puede buscar sin importar el estado inicial. El proceso es iterativo y apunta a mejoras sucesivas. Se refiere a la mejora continua.

La identificación de problemas y mal funcionamiento, su análisis y procesamiento, es un medio esencial para mejorar la calidad con un gran y rápido retorno de la inversión. La implementación de un enfoque de calidad debe conducir a una actitud sistemática de análisis y corrección de problemas y mal funcionamiento. La mejora continua se puede aplicar de varias maneras. Por lo tanto, es posible implementar cambios paso a paso, numerosos y repetidos, y también modificaciones más importantes realizadas a una velocidad mayor, como en el caso de métodos innovadores o la reconfiguración de procesos.

Este enfoque apunta a integrar todas las crecientes demandas de las instituciones de salud, aplicando los principios de mejora continua a todas las funciones y, en particular, teniendo en cuenta el factor humano, como el compromiso, la capacitación, la conciencia,

y la motivación. Esto busca movilizar y dinamizar a todas las partes interesadas mediante la adopción de sistemas de gestión cada vez más avanzados, que mejoran la calidad y el rendimiento teniendo en cuenta la prevención de todos los riesgos que son humanos, financieros o comerciales.

CONCLUSIONES

La satisfacción del cliente es el parámetro más importante para juzgar la calidad del servicio que presta una institución de salud, ya sea pública o privada. La retroalimentación positiva del cliente conduce a la buena voluntad de los proveedores de servicios en el mercado, lo que expande indirectamente el mercado, mientras que la retroalimentación negativa hace que se reduzca. Esta teoría también es aplicable a los proveedores de atención médica.

Hoy en día, los pacientes conocen sus derechos en términos de servicios de atención médica y la calidad de los servicios de atención médica que se les brindan. Hay varias herramientas o indicadores que se establecen para proporcionar la calidad de los servicios para los pacientes sin ninguna infección adquirida.

Los establecimientos de salud a menudo tienen dificultades para proporcionar la atención de emergencia rápida necesaria para manejar las complicaciones y el cuidado de los enfermos. Las causas comunes incluyen infraestructura inadecuada o antihigiénica; falta de personal competente y motivado; falta de disponibilidad o mala calidad de los medicamentos; cumplimiento deficiente de las intervenciones y prácticas clínicas basadas en la evidencia; y documentación deficiente y uso de información. Por lo tanto, es fundamental mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente si se quiere acelerar las reducciones en la mortalidad de los pacientes que acuden en busca de una atención oportuna y eficiente.

La mejora de la calidad en la atención médica es importante para el desarrollo del país y del bienestar de sus habitantes. Esta mejora está destinada a mejorar la seguridad, la eficacia y la eficiencia que se logra mediante la implementación de un sistema de calidad adecuado. La mejora de la calidad tanto cualitativa como cuantitativa se ha

convertido en un imperativo. Las características del cuidado de la salud se vuelven complejas con el tiempo y el requerimiento de métodos nuevos y mejorados se está volviendo inevitable. Esto reduciría los costos y también ofrecería acceso a nueva tecnología.

Referencias Bibliograficas

Blanco, J. (2005). *Administración de servicios de salud*. Madrid: Corporación para investigaciones biológicas.

Botero, C. K. (2008). *Minsalud*. Obtenido de Minsalud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/calidad-salud-colombia.pdf>

Cardozo, M. (2010). Práctica clínica basada en evidencias en servicios de salud. *Multiciencias*, 281-286.

Gram, N. (1995). *Calidad en el sistema de salud*. Apen: ASQ.

Jiménez, N. (2013). *Universidad del Rosario*. Obtenido de Universidad del Rosario: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4975/1016017915-2013.pdf>

Minsalud. (2015). *Ministerio de Salud*. Obtenido de Ministerio de Salud: www.minsalud.gov.co

OMS. (2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: www.who.int/es

Peteraf, T. (2012). *Administración Estratégica*. MCGraw Hill.

U.Nacional. (2012). *Universidad Nacional*. Obtenido de Universidad Nacional: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:4k1VTTPzWoUJ:www.virtual.una>

