



Los retos de la calidad en salud; los sistemas de gestión y otras reflexiones

The challenges of quality in health; systems of management and other reflections

Tipo de Artículo

Recibido: , 2017

Aceptado: 2020, 2021

Publicado plataforma ,
2021- completo 2024

Autor ROSSY PAOLA
TORRES MALAGÓN

Magister en

Administración en Salud

Docente Catedrática UPTC

rossy.torres@urosario.edu.co

Comment citer cet article:

Torres Malagón, R.P.(2018). Los retos de la calidad en salud; los sistemas de gestión y otras reflexiones. Salud y Sociedad Uptc Vol. 3 numero 3 Especial 2018



*Magister en Administración en salud. Docente Medicinal



Resumen

Existen diversas definiciones y enfoques sobre la calidad de la atención en salud, así como sistemas para su medición y gestión. La calidad es un atributo cualitativo y multifactorial de los servicios de salud, y su medición debe incluir componentes subjetivos y objetivos. Gestionar y evaluar estos componentes por separado ha generado problemas organizacionales y estratégicos. Para gestionar y evaluar la calidad, los sistemas deben tener claridad conceptual, metodológica e instrumental, estandarizando conceptos, componentes y herramientas de medición. Actualmente, existen sistemas de gestión con modelos de mejoramiento continuo y garantía de calidad, que varían según el tipo de reconocimiento: acreditación, certificación y evaluación. Las instituciones de salud deben definir bajo qué sistema operarán y qué calidad garantizarán en la atención.

Los desafíos de la calidad en salud incluyen estándares de evaluación, mecanismos de garantía y resultados de los diferentes abordajes. El sistema nacional de salud colombiano propone un modelo de mejoramiento continuo basado en la gestión y evaluación de procesos prioritarios, estableciendo evaluaciones y planes de mejoramiento para generar un ciclo continuo de calidad. Aunque ha habido cambios positivos, persisten brechas entre lo planeado y los resultados obtenidos. Es vital que las instituciones aborden la calidad como una cualidad inherente a los servicios de salud, más allá del requisito normativo, y como parte de su responsabilidad social hacia usuarios, colaboradores y comunidades.

Palabras Clave: Calidad en salud, Sistemas de gestión, mejoramiento continuo, garantía de la calidad, procesos

ABSTRACT

This paper discusses various definitions of health care quality, focusing on quality as a qualitative and multifactorial attribute. Quality measurement is challenging as it involves both subjective and objective components. Managing these components separately has led to organizational and strategic issues.

Standardizing concepts, attributes, and measurement tools is essential for clarity. Current management systems use models for continuous improvement and quality assurance, with approaches varying by recognition type: accreditation, certification, and evaluation. Health institutions must choose their operating system and quality guarantees.

Quality challenges include evaluation standards, guarantee mechanisms, and results from different approaches. The Colombian national health system promotes a continuous improvement model based on process management and evaluation, establishing evaluations and improvement plans for a continuous quality cycle.

Despite positive changes, the current Colombian health quality system is insufficient for optimal quality. There are significant gaps between planned outcomes and actual results. Institutions must view quality as inherent to health services, beyond normative requirements, and as part of their social responsibility towards users, collaborators, and communities.

3de30

Key Words: Quality in health, Management systems, continuous improvement, quality assurance, processes.

Introducción

Historia Global

Del concepto de calidad en la atención en salud, se han hecho innumerables revisiones y aportaciones; no solo desde el ámbito médico; sino, desde el punto de vista multidisciplinario y transdisciplinario. La calidad; entendida como un atributo cuali cuantitativo de los sistemas y servicios de la salud; tuvo sus orígenes con autores como Florence Nightgale 1820-1910 y Ernest Codman 1819 -1940. Pioneros y visionarios del tema, ya que consideraban, que el estudio de la operación diaria en la atención sanitaria, permitiría mejorar las prácticas, los procesos y los resultados en salud.

A través de la historia; la calidad ha tenido varias etapas y autores representativos, que han logrado trascender en el tiempo y proponer elementos e instrumentos que son utilizados en los diferentes sistemas de gestión de la calidad actualmente. Así las cosas; lo anteriormente enunciado podría resumirse de la siguiente manera: en la etapa artesanal; se conocieron las primeras prácticas del control de calidad de los productos, a través del código de “Hammurabi¹ donde el artesano, era el único responsable de las piezas producidas, desde su inicio hasta el final.

Luego vino la etapa de inspección; con autores como: Frederick Taylor, Henry Fayol y Radforf. Quienes introdujeron teorías acerca de la asignación de tareas, la producción de artículos en serie y el control de la calidad a cargo de los inspectores únicamente.

Hacia la década de 1930- 1940; tuvo lugar, la etapa del control estadístico de la calidad; con autores como: Walter Sheward; Harold Dodge, Harry Romíng y el departamento de guerra estadounidense. Quienes introdujeron elementos como el muestreo estadístico o método de muestreo y teorías como que el control se hacía sobre la productividad en términos de costo-beneficio.

En las décadas comprendidas entre 1940-1960; vino la etapa del aseguramiento de la calidad; Con autores como: Eduard Deming, Philip Crosby, Joseph juran, Kaoru Ishikawa, y Armand feingenbaum. Quienes con su contribución de teorías y conceptos como el movimiento cero defectos²; creado por Crosby; y herramientas como el ciclo PHVA y el diagrama de Ishikawa,³ dieron lugar a que la calidad fuera tomada como el secreto del éxito en los procesos y en las

¹ Su importancia radicaba en establecer la aplicación de sanciones por parte de un organismo estatal específico, reemplazando la venganza privada y compilando las costumbres de los sumerios, donde se regula la vida social y económica en todos sus aspectos, estableciendo un riguroso e implacable sistema penal.

² El movimiento CERO DEFECTOS, que se enfoca en elevar las expectativas de la administración y a motivar y concientizar a los trabajadores por la calidad.

³ El **Diagrama de Ishikawa** o **Diagrama de Causa Efecto**, conocido también como **Diagrama de Espina de Pescado**) consiste en una representación gráfica que permite visualizar las causas que explican un determinado problema, lo cual la convierte en una herramienta de gestión ampliamente utilizada dado que orienta la toma de decisiones al abordar las bases que determinan un desempeño deficiente.

instituciones. También impulsaron los costos de la no calidad, y la repercusión que estos tenían sobre la satisfacción del cliente y la competitividad de las empresas.

En las décadas de los 80 y 90; surge la quinta etapa y es la calidad como estrategia competitiva. Esto quiere decir que la administración debe involucrar en los planes de direccionamiento; las necesidades del consumidor final al momento de desarrollar sus productos, la competitividad empresarial y la mejora continua de los procesos; dentro de un contexto de alta calidad como mínimo. Por su parte Avedis Donabedian (1919-2000); considerado el padre de la calidad sanitaria moderna, enfoca sus estudios hacia la seguridad del paciente, toda vez que promulgaba la obtención del mayor grado **de beneficios** para la salud; sin aumentar los riesgos. Esto, a través del uso de la ciencia y la tecnología. Por consiguiente, para Donabedian; la medida en que se espera que la atención suministrada, logre el **equilibrio más favorable de riesgos y beneficios**; es lo que hoy en día se conoce como calidad en salud.

Ya en el nuevo milenio y a partir de la década del 2000; Se da origen a la etapa de la reingeniería; Cuyo fundamento es la renovación de los procesos y por ende de los sistemas para mejorar la calidad y la gestión de los costos. También se orienta a la gestión del conocimiento y al capital intelectual de las empresas. Dentro de un contexto de liderazgo como estilo de direccionamiento empresarial.

Historia de la calidad en salud en Colombia

En el territorio Colombiano; la calidad en salud, se originó dentro del marco de la ley 100/93⁴; la cual enuncio en sus artículos; 178, 180, 184, 193, 199, 216, 223 y 231, los primeros esbozos y conceptos; de lo que en adelante conformaría el sistema de calidad. Posteriormente, en el año 1996, aparece el decreto 2174, en el cual, se reglamenta por vez primera a la calidad, dentro de un sistema. Este sistema era aplicable a todas las personas naturales y jurídicas que conformaban el sistema general de seguridad social. Hacia el año de 2002; se da origen al decreto 2309, que deroga al anterior y establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud-SOGC, sus componentes y además reconoce a esta última como un atributo de múltiples características, (accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad). Por ultimo; en el año 2006; el ministerio de la protección social en Colombia; adopta el decreto 1011, el cual no deroga al anterior, sino que conserva su estructura general y establece una serie de recomendaciones para mejorar la comprensión en la implementación del sistema de calidad. En este último año 2006; también se adoptan algunas resoluciones complementarias al SOGC, como la 1043 y 1445; las cuales; reglamentan los estándares mínimos para llevar a cabo los procesos de habilitación y acreditación en salud.

El concepto

La calidad en la atención en salud, podría entenderse; como el conjunto de características mínimas e inherentes que deben tener los servicios de salud y, por ende, todos los procesos y procedimientos que en ella convergen. Tales características podrían resumirse en los siguientes conceptos:

⁴ Esta ley fue promulgada en el año 1993 por el congreso de la republica colombiano y creo el actual Sistema general de seguridad social en Colombia.

eficiencia, eficacia, seguridad, costo-beneficio, pertinencia, accesibilidad, Continuidad y satisfacción tanto del paciente como del profesional de la salud.

Por su parte, el actual sistema obligatorio de garantía de la calidad colombiano; tiene la siguiente definición: *provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.*

Otro concepto sería el de la OMS, y define que la calidad; consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

En este orden de ideas; puede notarse que la calidad en salud, al ser un concepto multifactorial; y al componerse de variables como la satisfacción usuaria /profesional. Es sujeta de interpretaciones tanto subjetivas como objetivas. Por consiguiente, debe abordarse y evaluarse desde un enfoque transdisciplinario; ya que esta implica la convergencia de múltiples actores y disciplinas; que al actuar de modo organizado y dentro de una organización o sistema, puede generar nuevas formas de conocimiento y por ende nuevos resultados en salud.

Cuando se habla de factores; debemos recordar que la salud no solo es la ausencia de la enfermedad, sino el equilibrio entre factores, físicos, mentales y sociales; que convergen en el ser humano y conforman el estado de salud individual. Estos factores que determinan la salud, pueden resumirse en cuatro grupos y son de tipo: ambiental, biológico-genético, institucional y de estilo de vida. Algunos de estos Factores van desde el acceso a servicios elementales como el agua potable, y otros como la distribución de los recursos para el acceso a los servicios de sanitarios; son los que finalmente, producen el nivel de salud del individuo y por consiguiente el de las comunidades.

Sistemas y modelos de gestión de la calidad en la atención en salud

La calidad sanitaria puede gestionarse a través de sistemas; cuyo objetivo varía de acuerdo al enfoque de su modelo. Esto quiere decir que existen sistemas con modelos basados en la evaluación de la excelencia, como el EFQM⁵; también basados en la certificación de los procedimientos; como las normas ISO⁶ y por último los sistemas basados en la acreditación de estándares, como el de la JOINT COMMISSION⁷.

⁵ Es un modelo de excelencia, que todo tipo de organizaciones puede utilizar y aplicar, tanto sanitarias como no sanitarias. Lo creó en 1988 la European Foundation for Quality Management de ahí las siglas con las que coloquialmente se denomina al modelo: EFQM. La gestión de este modelo se realiza por procesos y se apoya en la participación de todos los miembros de la organización, teniendo en cuenta aspectos éticos y sociales.

⁶ Organización for Standardization.

El modelo EFQM; está basado en la mejora continua de la calidad, a través de la autoevaluación; en la gestión de los procesos y en el liderazgo como premisa para el logro de objetivos. Se orienta al cliente a través de los resultados en las personas; en la empresa y en la sociedad. Se caracteriza por ser un modelo no prescriptivo e inespecífico que utiliza herramientas como el ciclo PHVA y permite visualizar todas las actividades de la empresa.

Por su parte, los modelos basados en normas ISO, pueden ser tanto de mejoramiento continuo, como de aseguramiento de la calidad; esto varía según la versión de la norma, puesto que la ISO 9000/1994, se enfoca en la garantía, y las ISO/9000/ 2000; lo hacen en el mejoramiento. El propósito de este modelo es certificar que un proceso, producto o servicio, es realizado, conforme a la norma referida. Es inespecífico, puede ser aplicado a cualquier empresa y evalúa la organización y su gestión en general.

Por ultimo; el modelo de acreditación internacional JOINT COMISSION; define los procesos clave o prioritarios de la institución y establece los estándares de evaluación en buenas prácticas. Los estándares, definen los niveles óptimos de atención al usuario y deben actualizarse como mínimo cada dos años. Se basa en la mejora continua de la calidad, en la atención al paciente y su familia y en la gestión de las organizaciones seguras y organizadas. Es específico en salud, evalúa la organización y gestión clínica y es realizado por personal del área de la salud.

Los retos de la calidad

Una vez expuesto el concepto de calidad en la atención en salud y los principales sistemas de gestión de la misma; el presente escrito; pretende exponer cuales serían los principales retos que esta misma presenta, como atributo cuali-cuantitativo de los servicios sanitarios; en términos de efectividad, eficacia y en post de los mayores resultados en salud.

La calidad en salud debe ser abordada desde la autogestión y autorregulación que a título individual; cada actor del sistema, debe imprimir en el cumplimiento de sus actividades. No pasara de ser un requisito normativo; sino se orienta al cliente y las necesidades reales de este. Es importante recordar que una de las principales características de la calidad, es la satisfacción del usuario; y que es aquí donde convergen aspectos como: el confort y apariencia física de las instalaciones, la disponibilidad de equipamientos, la empatía de los profesionales, la información que reciben de los profesionales (calidad y cantidad), las posibilidades de elección, la capacidad de respuesta de los profesionales y la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales.

Los actuales sistemas por su parte; miden la satisfacción; confundiendo este concepto, con el acceso a los servicios sanitarios y la concepción netamente subjetiva de lo que el usuario entiende como bueno, malo o regular del servicio. Así las cosas, se reitera que uno de los retos es educar al

⁷ Joint Comisión Internacional (JCI) identifica, mide y comparte prácticas de calidad y seguridad del paciente con el mundo. Normaliza y acredita procesos en salud, de acuerdo a bloques de procesos clave y estándares de buenas practicas.

usuario tanto interno como externo de los servicios sanitarios, para poder diseñar y aplicar herramientas que midan realmente las variables que componen el concepto de calidad.

De otro lado; encontramos que los sistemas de gestión de la calidad, se alimentan de los datos reportados por los responsables de tal actividad y por los líderes de determinado proceso. El reto que de aquí surge, es el de garantizar la veracidad de los datos, en post de obtener evaluaciones que muestren la realidad de las instituciones de salud.

En coonestacion; con lo anterior; al evaluar la seguridad del paciente; entendida como el conjunto de procesos, instrumentos y metodologías, científicamente probados y que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud. Es frecuente hallar subregistros de ocurrencia al interior de las instituciones; toda vez que la orientación dada a los eventos adversos, no es proactiva, sino por el contrario, se castiga y sanciona desde todos los ámbitos posibles. Es reto entonces de los sistemas de calidad; concientizar al profesional sanitario, para identificar y gestionar los riesgos desde una cultura de autocontrol. Esto quiere decir que además de reportar la totalidad de los eventos que ocurren en la operación diaria; estos puedan ser objeto de conocimiento e incremento en las curvas de aprendizaje de las instituciones.

En consecuencia, y en atención a los cientos de eventos adversos tanto prevenibles como no prevenibles, los sistemas de gestión de la calidad, deben diseñar herramientas que garanticen la información al usuario; para que este sea parte activa del tratamiento, y parte consciente de todos los resultados posibles.

Por ultimo; y a modo de concluir con la reflexión sobre los retos que presenta la calidad actualmente; Es evidente el escaso sistema de incentivos y recompensas que esta ofrece. Si bien en el actual sistema obligatorio de la calidad colombiano, se enuncian algunos incentivos; en la práctica poco se cumplen y presentan un escaso o nulo valor para los profesionales de la salud y las instituciones. En este sentido surge una reflexión y es acerca del cómo implementar la calidad de manera atractiva en las instituciones de salud y que esta sea inherente a la cadena productiva de servicios sanitarios, más allá del cumplimiento normativo y legislativo que regula el sector.

Bibliografía

1. Universidad Colegio mayor de nuestra señora del rosario, curso de calidad en salud II semestre de 2016. Disponible en <http://e-aulas.urosario.edu.co/course/index.php?categoryid>.
2. Crosby, Philip. 1987. La calidad no cuesta. Cómo administrar la calidad de manera que se convierta en fuente de utilidades para su negocio. México: Cecsa; 1987.
3. Sistema General de Seguridad Social. L. No. 100, Diario Oficial No. 41.148 (Dic 23, 1993).
4. Ministerio de Salud. Decreto 2174 de 1996. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Ministerio; 1996.

5. Ministerio de Salud. Decreto 2309 de 2012. **Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El Ministerio; 2002.**
6. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Por medio del cual se establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad para la prestación servicios en salud. Bogotá: El Ministerio; 2006.
7. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006. **Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.** Bogotá: El Ministerio; 2006.
8. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445 de 2006. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2006.
9. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud- CES Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Guías Básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2007
10. Kerguelén Botero CA. Calidad en salud en Colombia: los principios. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008.
11. Dierssen Sotos T. Gestión de la calidad asistencial: modelo basado en la mejora continua. EFQM [En línea]. España: Universidad de Cantabria [Citado 10 Ene 2017]. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/medicina-preventiva-y-salud-publica/materiales-de-clase-1/TEMA39_GESTION_CALIDAD
12. Comisión Internacional [En línea]. Illinois, USA: JCI; 2017 [Citado 20 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.jointcommissioninternational.org>
13. Fundación Europea para la Gestión de la Calidad [En línea]. España: EFQM; 2017 [Citado 21 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.efqm.org>.
14. International Organization for Standardization [En línea]. Geneva, Suiza: ISO; 2017 [Citado 25 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.iso.org/iso/home.html>.
15. Gaminde Inda I. La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes. Informe SESPAS 2002. Sevilla: SESPAS; 2002.
16. Gómez de la Cámara A. Medicina basada en la evidencia. Aspectos controvertidos. FMC. 1998; 5:185-96.

