



Estudio comparativo de los modelos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud en Colombia, Chile y Uruguay

Leidy Vanessa Castaño Pinzón

Anggie Lisbeth Montes Correa

Tutor

Mónica Franco

Monografía para optar al título de Especialista en Auditoría en Salud

Universidad Santiago de Cali

Facultad de Salud

Santiago de Cali

2019

Tabla de Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2.1.	Antecedentes históricos	6
2.2.	Situación actual	7
2.3	Pregunta de investigación	9
3.	JUSTIFICACIÓN	10
4.	OBJETIVOS	12
4.1.	Objetivo General	12
4.2	Objetivos Específicos	12
5.	MARCOS DE REFERENCIA	13
5.1.	Marco Teórico	13
5.2.	Marco Legal	15
5.3.	Marco Contextual	16
5.4.	Marco Conceptual	19
5.5.	Marco Ético	22
6.	METODOLOGÍA	24
6.1.	Tipo de estudio o diseño	24
6.2.	Población de estudio	24
6.3.	Muestra	24
6.4.	Unidad de Análisis	24
6.5.	Criterios de Selección	24
6.5.1.	Criterios de Inclusión	24

6.5.2. Criterios de Exclusión	25
6.6. Instrumento	25
6.7. Recolección de la información	36
6.7.1. Selección del tema y búsqueda de artículos	36
6.7.2. Selección de artículos para el análisis	36
6.7.3. Consolidación y Análisis	36
6.7.4. Discusión, Conclusiones y Recomendaciones	37
6.7. Fases de la investigación	37
6.8. Consideraciones Éticas	37
7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS	38
7.1. CARACTERÍSTICAS, COMPONENTES Y MARCO REGULATORIO DE LOS MODELOS DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, CHILE Y URUGUAY.	38
7.1.1. Chile	39
7.1.2. Uruguay	43
7.1.3. Colombia	46
7.2. CONVERGENCIA Y DIVERGENCIA ENTRE LOS MODELOS DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, CHILE Y URUGUAY	51
7.3. ACTUALIZACIÓN DEL MODELO COLOMBIANO DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, A PARTIR DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE CHILE Y URUGUAY	57
CONCLUSIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

INTRODUCCIÓN

En el contexto colombiano se han venido presentando avances significativos en materia de protección del derecho a la salud, los cuales se concretan, mayormente, en medidas legislativas y regulatorias que propenden por garantizarlo, tal es el caso de la sanción de la Ley 1751 de 2015¹, mediante la cual se reconoció este derecho como fundamental en el ordenamiento jurídico colombiano, asumiéndolo como autónomo e irrenunciable.

Este contexto remite a considerar que el derecho a la salud ha venido ganando cada vez mayor atención tanto a nivel gubernamental, político y jurídico, como social. Esta situación obedece a factores como el contraste existente entre las garantías que promueven las medidas legislativas y la realidad de los usuarios del Sistema de Salud, lo cual genera una serie de inquietudes y preocupaciones ante la evidente brecha que presentan la teoría y la realidad, en términos de la prestación de los servicios de salud.

Precisamente, ante estas discrepancias, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, se posiciona como parte del conjunto de mecanismos que contribuyen a la mitigación de los impactos de las desviaciones en el funcionamiento del Sistema de Salud. Esta apreciación parte de considerar que este tipo de auditoría es el “mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios”².

En este orden de ideas, a través de la presente monografía se tiene como objetivo general analizar la situación actual y perspectivas de los modelos de auditoría de la calidad en la prestación de los servicios de salud, tomando como contextos de estudio los modelos de Colombia, Chile y Uruguay; como parte de los procesos necesarios en la identificación de posibles tendencias de abordaje conceptual, teórico y metodológico; lo cual es imprescindible para cualquier proceso de implementación, evaluación o mejoramiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, teniendo en cuenta los diferentes lineamientos existentes desde las entidades regulatorias del Sistema como aquellos derivados de la academia.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio corresponde a una monografía de investigación, teniendo como muestra de análisis 50 documentos que abordan el tema en cuestión, concretamente artículos de investigación y trabajos de grados de los últimos cinco años, consultados en los siguientes buscadores: Scielo, Dialnet, Scopus, Redalyc, Ebsco.

Por lo anterior, en líneas siguientes se desarrollan dos bloques temáticos. El primero de ellos comprende los antecedentes de la investigación, el planteamiento del problema, los objetivos, la justificación, el marco de referencia y los aspectos metodológicos. El segundo bloque está integrado por los resultados de la investigación realizada y se presentan en cuatro apartados, a saber: 1.) Descripción de las características, componentes y marco regulatorio de los modelos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud en Colombia, Chile y Uruguay; 2) Evidencias de los puntos de convergencia y divergencia entre los modelos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud en Colombia, Chile y Uruguay; 3) Posible actualización del modelo colombiano de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, a partir de las buenas prácticas de Chile y Uruguay.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Antecedentes históricos

La auditoría en el ámbito de la salud, encuentra sus antecedentes en la evolución misma de la auditoría como proceso de evaluación o revisión. En este contexto, es importante mencionar que la auditoría presenta cuatro periodos históricos de desarrollo:

1. Prehistoria, la auditoría se originó como una actividad de fiscalización y verificación de los principios contables.

2. Edad media, en esta época los hacendados y los grupos económicos favorecidos, tenían que pagar su diezmo al virrey, iglesia y para su control estaban los auditores.

3. Edad industrial, a mediados del siglo XVIII en Inglaterra aparecieron las primeras máquinas hiladoras y de tejido, hecho que marcó el nacimiento de la Revolución Industrial y el nacimiento de las corrientes de auditoría como lo es auditoría anglosajona.

4. Edad informática, la Auditoría de los Sistemas de Información surgió a través de la toma de conciencia de las empresas, sobre la información que adquieren, conservan, procesan y emiten³.

Como se observa, la auditoría tuvo su génesis en los procesos contables, trascendiendo posteriormente a otros ámbitos de aplicación como es el caso de los servicios de salud, teniendo hitos como los siguientes:

- a. El primer programa de Auditoría Médica, fue instaurado en 1910 por Flexner, cuando da a conocer un informe denominado “cirugías, verdaderas trampas mortales”, en el que condena las intervenciones quirúrgicas realizadas por médicos generales, faltos de capacitación adecuada y sin pericia, sumadas a la deficiencia del sector hospitalario.

- b. En el siglo XVIII y el siglo XIX se consolidaron comisiones de acreditación de hospitales y se generaron reportes de auditoría de calidad anestésica, en países como Estados Unidos e Inglaterra, respectivamente.
- c. En 1985 se creó la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica⁴.

En el contexto colombiano, este proceso ha estado altamente ligado al desarrollo legislativo o normativo del sector salud, presentando como principales antecedentes la Constitución de 1991, así también la Ley 87 de 1993, la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, tal es el caso del Decreto 2174, que introdujo el concepto de “Auditoría Médica”⁴.

Posteriormente, se consolidó el esquema de regulación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reemplazando la Auditoría Médica por la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, que se concreta en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud (PAMEC)⁴.

Así también, la auditoría ha sido abordada desde diferentes enfoques, dando lugar a posturas que la asocian con: un factor clave de los procesos de acreditación⁵⁰; una metodología de prevención del riesgo^{43,49}; uno de los elementos fundamentales de los sistemas de gestión con diversas aplicaciones^{44, 45,47}; entre otros. A lo que se añade aquellas tendencias de investigación relacionadas con la auditoría de la información y del conocimiento en el ámbito de la salud^{39,40,41,42}; como también las que han empezado a analizar el impacto de la auditoría en la calidad de vida de los usuarios⁴⁶, o las características de los auditores⁴⁸.

2.2. Situación actual

La calidad en este ámbito no cuenta con una definición única o consensuada que logre integrar todos los aspectos y características que la representan, sin embargo, una aproximación a ello indica que la calidad de los servicios de salud es “el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”⁵.

Es por ello que la calidad llega a tener un alto grado de dependencia de la valoración que realiza el usuario sobre el producto o servicio que recibe, es decir, el paciente. Esta valoración puede ser un juicio objetivo basado en la relación entre la capacidad técnica y los avances en la atención óptima de los pacientes; mientras que en el juicio subjetivo la valoración del usuario es realizada a partir de sus expectativas y la satisfacción de las mismas, en lo cual intervienen sus razonamientos, la cultura y otros elementos⁶.

Sumado a ello, en los procesos de mejoramiento continuo, la calidad es abordada como una garantía de hacer las cosas correctas de la forma correcta, debiendo plantear acciones que permitan subsanar toda desviación en este debe ser de las cosas. En este ámbito, la atención está sobre el proceso, más que sobre el producto o servicio que se entrega al usuario.

Por lo anterior, la atención en salud hace parte de uno de los sistemas más complejos que pueden existir en términos de la prestación de servicios, esto obedece a la convergencia de múltiples factores y actores que, en las condiciones ideales, deberían articularse sinérgicamente para brindar una atención al usuario de excelente calidad. Sin embargo, el sistema de atención en salud se ve cada vez más expuesto a factores tanto internos como externos que redundan en una percepción de calidad deficiente sobre el sistema, como consecuencia, en gran parte, de la brecha existente entre los postulados legislativos o regulatorios y la realidad de la prestación de los servicios de salud.

En esta dinámica, los prestadores de servicios de salud se han visto abocados a implementar una serie de lineamientos enmarcados en el mejoramiento continuo y en la salvaguarda de la calidad en la prestación de dichos servicios. Sin embargo, y muy a pesar de contar con guías y modelos orientativos, la estandarización de los mismos implica pautas y procedimientos generales que en ocasiones no concuerdan con la

realidad y dinámicas de cada entidad. Esto implica que cada prestador de servicios de salud deba adecuar el modelo propuesto por el Ministerio de Salud a sus necesidades, recursos, posibilidades, objetivos de calidad y oportunidades de mejoramiento, sin apartarse de las exigencias y obligaciones que este plantea.

Por otra parte, es importante considerar las implicaciones de los procesos de auditoría de la calidad, especialmente los limitantes que pueden presentarse en su adecuada aplicación, tanto por reticencia y escepticismo ante estos procedimientos, como por la necesaria articulación de la misma con las exigencias del entorno para la entidad, lo cual debe traducirse en indicadores y acciones de administración del riesgo.

Es por ello que a través de la literatura se han podido identificar diferentes modelos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, evidenciándose la necesidad de profundizar en el conocimiento de las tendencias y perspectivas que presentan los modelos de auditoría a partir de las experiencias de Colombia, Chile y Uruguay.

2.3 Pregunta de investigación

¿Cuál es la importancia de los modelos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud en Colombia, Chile y Uruguay?

3. JUSTIFICACIÓN

Las investigaciones revisadas sobre el tema en cuestión han sido orientadas en gran medida hacia el diseño e implementación de planes de auditoría de calidad en prestadores de servicios de salud. Entre estos estudios se encuentra el realizado por Argel y Jaimes⁷, quienes diseñaron los aspectos técnicos y metodológicos básicos de un modelo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud para la Clínica Revivir S.A., constituyendo un antecedente relevante para el análisis tanto por su aporte en términos del modelo diseñado por los estudiantes como por la comparación que puede llegar a plantearse con estudios más recientes, presentándose puntos de convergencia y/o divergencia en términos de las orientaciones metodológicas que han guiado el diseño de los programas de auditoría.

Moreno y Petro⁸ también realizaron un estudio de interés para el análisis que se pretende realizar, este estuvo orientado hacia el diseño del PAMEC en una clínica dermatológica de la ciudad de Bucaramanga; presentando como principales aportes para el análisis que se espera realizar, lo relacionado con el modelo orientativo de los procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Otros estudios, se han orientado hacia el análisis de procesos concretos de la auditoría, tal es el caso del proceso de evaluación sistemática de la satisfacción de los usuarios respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos. Bajo esta perspectiva se encuentran un buen número de investigaciones que permiten identificar diferentes contextos institucionales donde se han aplicado los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el diseño, implementación y evaluación de los programas de auditoría, enfatizando en variables como la percepción del cliente externo sobre la calidad; entre estas investigaciones se encuentra la realizadas por Borré y Vega⁹ sobre la percepción que tenían los pacientes de un hospital frente a la atención de enfermería. También se encuentra el estudio realizado por Vargas¹⁰, relacionado con la medición de la percepción de la calidad de los servicios odontológicos; la investigación sobre la calidad de la atención médica en el servicio de consulta externa realizado por Cotes¹¹, entre otros. Así también sobre la percepción del cliente interno y su conocimiento

frente a la calidad de atención en salud, como es el caso del estudio realizado por Jiménez y Pérez¹², sobre el conocimiento del personal de salud de una clínica en Bogotá acerca del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

Es precisamente en los estudios aplicados a contextos concretos donde llegan a emerger aspectos clave que hacen parte de la evolución de los modelos de auditoría, trascendiendo de los conceptos y orientaciones teóricas generales hacia procedimientos y técnicas adaptadas a la realidad de cada entidad y proceso que pretende evaluarse o mejorarse. Evidencia de ello son los estudios que han pretendido analizar el impacto de elementos que, ante las dinámicas sociales de cada territorio, debieron ser incorporados en los sistemas de gestión de la calidad de las entidades prestadoras de los servicios de salud; tal es el caso del estudio realizado por Gaitán¹³ sobre el impacto de la humanización en el sistema de gestión de la calidad del Hospital de Fontibón en Bogotá, o la estimación de la calidad en los procesos de atención a pacientes de hemodiálisis y tratamientos de alto costo¹⁴.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Analizar la situación actual de los sistemas y modelos de auditoría de la calidad en la prestación de los servicios de salud en Colombia, Chile y Uruguay, en noviembre de 2019.

4.2 Objetivos Específicos

-Describir las características, componentes y marco regulatorio de los modelos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud en Colombia, Chile y Uruguay.

-Evidenciar puntos de convergencia y divergencia entre los modelos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud en Colombia, Chile y Uruguay.

-Plantear posible actualización del modelo colombiano de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, a partir de las buenas prácticas de Chile y Uruguay.

5. MARCOS DE REFERENCIA

5.1. Marco Teórico

Referirse a los sistemas y modelos de auditoría de la calidad en la prestación de los servicios de salud, implica considerar elementos clave que han sido parte de una evolución a nivel teórico y práctico. Esta apreciación parte de considerar que la noción de sistema de auditoría o de calidad, es relativamente reciente, siendo parte de la contemporaneidad de la evaluación y el control de la calidad que tuvieron lugar en el ámbito industrial.

En este sentido, la auditoría de la calidad en la prestación de los servicios de salud, contiene en sí misma, componentes y aspectos básicos de la calidad que han sido diseñados, principalmente, a partir de dos modelos:

- a. **El modelo industrial.** En este modelo la principal característica es el enfoque en el consumidor, al ser este quien determina si el producto o servicio satisface sus necesidades y expectativas⁶.
- b. **El modelo de servicios de salud.** En este modelo, también se presenta la obligación de satisfacer al usuario mediante servicios de calidad, aunque difiere del modelo industrial al tener que considerar las responsabilidades del sistema hacia los usuarios y la sociedad, es decir, es más amplio tanto su radio de acción como los factores que intervienen en él⁶.

Es por ello que, para la auditoría en salud, los atributos de la calidad son altamente relevantes, siendo aquellos que se concretan en indicadores de medición, pretendiendo valorar atributos o elementos de calidad como:

-Estructura. Son las variables que influyen directamente en el sistema, relacionados con la oferta, la demanda, la normatividad, dotación, recursos humanos, la infraestructura, entre otros⁶.

-Proceso. Son de índole administrativo o asistencial y está enfocado en las interrelaciones existentes en las actividades y procesos de la organización⁶.

-Resultados. Se refiere a la satisfacción del cliente externo (paciente) e interno (talento humano), en relación con la prestación de los servicios de salud⁶.

Sobre estos atributos y su valoración, Francisco Álvarez⁶ indica lo siguiente:

Estos atributos, ya sean de estructura, proceso o resultado, en la práctica deben concretarse en estándares, de tal manera que se pueda definir con exactitud si ante una atención existió o no oportunidad y a qué nivel o porcentaje de cumplimiento se alcanzó⁶.

Sumado a ello, debe considerarse el enfoque sistémico, el cual se concreta en Sistemas de Gestión de Calidad, estos son ampliamente utilizados dentro de las organizaciones y, entre estos, los más extendidos en el ámbito empresarial, tanto público como privado, se encuentran los de la familia de normas ISO 9000 y los modelos de excelencia como la *European Foundation for Quality Management (EFQM)*. Ambos sistemas de gestión promueven entre sus principios básicos la adopción de un enfoque o gestión por procesos para la obtención de manera eficiente de los resultados³⁶.

A partir de estos sistemas, cobra relevancia el enfoque por procesos, centrándose en la calidad de los métodos, en el mejoramiento continuo de los servicios de salud, y en la evaluación. Al respecto, se encuentra que el sistema más generalizado de evaluación de la estructura en nuestro medio ha sido la habilitación como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Ministerio de la Protección Social, 2006), así como la acreditación. Los resultados que también se pueden evaluar a través del impacto, han sido evaluados de manera tradicional mediante estudios de eficacia, efectividad o eficiencia y en las últimas décadas a través de valoración de la satisfacción de pacientes y de la calidad de vida relacionada con la salud. La evaluación del proceso se ha venido realizando con auditorias y monitoreo del comportamiento de ciertos indicadores. En el caso de los servicios de salud, una condición especial que la diferencia de otro tipo de organizaciones es que, en muchos casos, el servicio se produce y se consume al mismo tiempo, por lo que no admite un control de calidad y su evaluación sólo proporciona información para mejorar procesos posteriores. En estos casos el énfasis o cuidado radica en establecer previamente cual es el proceso más adecuado y cuál es el resultado esperado en cada caso concreto. Son las características intrínsecas al servicio en nuestro medio, las que nos obligan a planificar e instaurar procesos bien

definidos y controlados, de forma que se puedan prevenir los errores, garantizando procesos de alta calidad técnica, con resultados que deben ser evaluables en función de unos estándares definidos y considerados como satisfactorios por los pacientes. La metodología de gestión por procesos aporta las herramientas necesarias para ello, al facilitar el diseño del proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, unificando la actuación y la transferencia de información de todo el equipo que participa en el mismo (médicos, enfermería, personal no asistencial, etc.), permitiendo mejorar la eficiencia, efectividad y calidad del servicio. Al mismo tiempo, facilita la introducción de forma dinámica de la experiencia de otros clínicos, integrando en nuestro contexto experiencia, conocimientos, habilidades y lo que es más importante: sentido común³⁶.

5.2. Marco Legal

Considerando el propósito de la investigación, se tiene en cuenta el siguiente marco normativo:

Constitución nacional: derechos fundamentales a la vida y a la salud.

Ley 100 de 1993 (Ley Estatutaria).

Ley 1122 de 2007.

Ley 715 de 2001 (Ley Orgánica).

Ley 1164 de 2007 (THS).

Decreto 1011 de 2006 (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud).

Resolución 1043 de 2006 (Habilitación y Auditoría).

Resolución 2680 de 2007.

Resolución 3763 de 2007.

Resolución 1445 de 2006 (Acreditación).

5.3. Marco Contextual

De acuerdo a la normatividad vigente que rige para el territorio Colombiano, se hace obligatorio que todo prestador de servicios de salud, debe cumplir con un sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC) como lo reglamenta el Decreto 1011 de 2006; el cual consta de cuatro componentes: el Sistema Único de Habilitación (SUH), sistema de información para la calidad (SIC), la auditoría para el mejoramiento de la calidad con su herramienta (PAMEC) y el Sistema Único de Acreditación (SUA); que se implementa de manera voluntaria con el fin de alcanzar los máximos estándares de calidad⁸.

Este esquema de parámetros y lineamientos constituye los lineamientos que sustentan el mejoramiento continuo y el aseguramiento de la calidad de los servicios de salud en el país.

Al respecto, debe considerarse que, en las entidades prestadoras de servicios de salud, “la auditoría se ha convertido en una herramienta fundamental para saber cómo se hacen los procesos realmente dentro de ellas y así detectar oportunidades, problemas y brechas por mejorar. Este sector está experimentando una etapa de cambio y requiere de procesos que estructuren los datos con rigor y transparencia para que la toma de decisiones se base en datos confiables. Sin embargo, la subjetividad de los resultados está presente debido a la falta de estandarización del método”⁴⁴.

Sin embargo, este proceso ha tenido un amplio desarrollo legislativo y procedimental a través de los años en el país, pasando por etapas como las siguientes:

“Luego de la aprobación de Constitución Política en 1991, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios.

El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001. A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido. En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en

Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial. Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC).

Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002(derogado), en el que se dispone: El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

El decreto 1011 de 2006 establece la Calidad de la Atención en Salud, para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. En el mismo Decreto en mención se definen como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes: La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

En todo ello, emerge la auditoría para el mejoramiento de la calidad, como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilidadación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como

aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada”⁵⁰.

5.4. Marco Conceptual

Atención en salud: “conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”¹⁸.

Auditoría: “es el proceso de acumular y evaluar evidencia cuantificable de una entidad económica específica, realizado por una persona independiente y competente. Se podría definir también como: un proceso sistemático que se lleva a cabo para obtener, objetivamente, y evaluar la evidencia referida a ciertas afirmaciones acerca de acciones y hechos económicos; y así asegurar el grado de correspondencia entre dicha afirmación y los criterios establecidos, comunicando los resultados a los usuarios interesados”¹⁵.

Auditoría Interna: “Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna”⁸.

Auditoría Externa: “Evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa”⁸.

Auditoría clínica: “Como complemento a lo que se realiza en el proceso de auditoría en salud. Se presenta la definición de auditoría clínica referida a la acción específica de los

procesos de evaluación y de aseguramiento de la calidad de la atención en salud, orientada expresamente al examen integral de la atención brindada a un enfermo o a un grupo de ellos, análisis que, desde diferentes enfoques de estructura, proceso y resultado, incluye el juicioso estudio de la operación administrativa, de las decisiones clínicas y del costo del servicio”¹⁵.

Auditoría de servicios: Su aporte es que permite evaluar no solo la atención en los establecimientos de salud, sino que además analiza los procedimientos y resultados obtenidos a partir de ellos. A partir de la auditoría de servicios, se logra mejorar el acceso a la salud, así como el desempeño de los profesionales en cada una de las áreas de esta. También permite implementar y diseñar estándares de calidad al interior de las instituciones de salud⁶.

Auditoría de la calidad en la prestación de los servicios de salud. Teniendo en cuenta la conceptualización del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, este tipo de auditoría es aquella que presenta las siguientes características:

- La auditoría tiene un enfoque sistémico.
- La auditoría debe ser considerada como una herramienta de la gestión de calidad, y esta a su vez, como una herramienta de la gestión gerencial que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.
- La auditoría se fundamenta en dos pilares: el mejoramiento continuo y la atención centrada en el cliente¹⁶.

Sumado a ello, es aquella que se entiende “como la evaluación sistemática de la atención en salud enfocada principalmente hacia su proceso y resultado. Proceso que, además, hace parte del sistema obligatorio de garantía de la calidad de las entidades promotoras de salud y de las entidades que presten los servicios de salud”¹⁵.

Calidad de la Atención en Salud: “La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre

beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”¹⁸.

Elementos de la auditoría en salud: “el examen de las transacciones, sistemas contables e informes financieros que evalúan el cumplimiento de los requisitos legales y reglamentarios aplicables; y la revisión de la eficiencia, efectividad y economía en la utilización de los recursos, con el fin de determinar si efectivamente se han logrado los resultados esperados”¹⁵.

Mejoramiento continuo de la calidad: “La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; esto tiene implicaciones conceptuales y metodológicas:

- El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.
- El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.
- La filosofía de mejoramiento continuo nace en la industria como el resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad, por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y en el Japón, se introduce en salud a raíz de los trabajos de Donald Berwick⁵ en la década de los 90, integrándose y potenciándose con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial⁶, incluidos los planteamientos pioneros de EA Codman. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización.
- El MCC ocasiona una inversión económica relativamente pequeña, comparativamente inferior a la de otros enfoques, por cuanto implica una filosofía de vida laboral, personal y social, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos

aislados son pequeños, el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de constituir un modelo de bajo riesgo.

- El MCC procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso”¹⁸.

Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud: “estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que como mínimo autoevalúe el proceso de atención de salud priorizando procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad, y hará evaluación continua y sistemática en lo que concierne a la satisfacción de los usuarios teniendo en cuenta los servicios entregados”⁸.

5.5. Marco Ético

5.5.1 Principios éticos básicos: La investigación clínica es indispensable para el proceso de las ciencias aplicadas como el área de la salud. Sin embargo, implica la participación de seres humanos, lo cual tiene unos riesgos potenciales, que llevan a plantearse cuestiones éticas y legales. Toda investigación en la que participen seres humanos se debe realizar de acuerdo con cuatro principios éticos básicos:

- **Autonomía:** Es la capacidad de una persona para decidir por sí misma. En el caso de que esta capacidad esté reducida se considera sujeto vulnerable y debe ser tratado de forma especial. Por ej. los niños.
- **Justicia:** Consiste en que los beneficios y riesgos de una investigación, deben distribuirse de forma equitativa entre los potenciales participantes.

- **Beneficencia:** “Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento no está penado legalmente.
- **No maleficencia:** No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades, no hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

5.5.2 La Declaración de Helsinki: Es una propuesta de principios éticos para la investigación médica en seres humanos, incluida la investigación con material humano (muestras biológicas) y con información identificable (datos personales). Los principios de la declaración de Helsinki se han erigido como referente internacional en ética de la investigación, además de haberse incorporado a varias legislaciones.

La presente investigación tiene un riesgo mínimo, según referencias de las Resolución 8430 de 1993 y se acoge en lo pertinente a la investigación documental o revisión bibliográfica. En consecuencia, se veló por garantizar el respeto a los derechos de autor a través de la debida forma de citar y referenciar las fuentes consultadas mediante las normas de Vancouver, mismas que permiten la sistematización y verificación de la información; el tratamiento riguroso de la información y la veracidad en la presentación de los resultados.

6. METODOLOGÍA

6.1. Tipo de estudio o diseño

Corresponde a un estudio descriptivo, donde se realiza una investigación documental, el cual consiste en los estudios sobre un tema que ha sido poco explorado.

6.2. Población de estudio

La información que se encuentre en la literatura que comprende: artículos, libros, consultados en los siguientes bases de datos: Scielo, Dialnet, Scopus, Redalyc, Ebsco.

6.3. Muestra

Corresponde a los documentos que satisfacen los criterios de inclusión. Por ser una muestra no probabilística, se estima que sean 50 documentos.

6.4. Unidad de Análisis

Estará integrada por 50 documentos que satisfacen los criterios de inclusión.

6.5. Criterios de Selección

6.5.1. Criterios de Inclusión

La unidad de análisis serán estudios que cumplan los siguientes requisitos:

-Artículos de investigación publicados en fuentes validadas, como es el caso de revista indexadas o especializadas.

- Artículos de investigación y trabajos de grado cuyo contenido esté directamente relacionado con los modelos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud en Colombia, Chile y Uruguay.

-Publicaciones realizadas durante los últimos 5 años.

6.5.2. Criterios de Exclusión

De la unidad de análisis se excluirán los estudios que presenten las siguientes características:

-No es evidenciable la fecha de publicación.

-La fuente no posee validez científica.

-No son evidenciables los autores.

-La estructura y contenido del documento son insuficientes para realizar su análisis.

6.6. Instrumento

La sistematización de la información se realizará utilizando el siguiente formato:

Tabla 1. Ficha de consolidación de artículos seleccionados

Nombre del Artículo	País	Año	Objetivo del Artículo	Metodología	Descripción	Resultados	Objetivo que aporta
Congreso de la República	Colombia	2015	Legislación				Contexto legal
Auditoría para el mejoramiento de la calidad. 2018	Colombia	2018	Entregar un marco para la aplicación de la auditoría	N/a	Manual de carácter técnico y legal para	Modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad	

			de calidad en salud		aplicación de procedimientos de auditoria en calidad		
La Auditoria, Origen Y Evolución ¿Por Que En Colombia Solo Se Conoce A Través De Leyes?	Colombia	2016	Se analiza el origen legal de la auditoria en salud y los legados internacionales	Cualitativa. Revisión documental	Investigación universitaria, sobre la evolución de la auditoria en salud.	Hay tres capítulos un acercamiento conceptual, la evolución de la auditoria en diversos países y su impacto en Colombia	
Auditoría De Calidad Tradicional Vs Auditoría De Calidad Y costos En Salud. Una Revisión De Sus Elementos Diferenciadores Y Comunes	Colombia	2014	Identificar los elementos diferenciales y comunes entre el enfoque de auditoría de calidad tradicional y el que integra los conceptos de auditoría, calidad y costos en salud	Revisión de tema	Se trata de un documento de origen universitario, una investigación para optar al título de magister en calidad en salud	Se estableció que es necesario continuar con la profundización en las investigaciones sobre auditoría	
Mejora continua de la calidad en los procesos	Colombia	2003	Analizar los principios de mejora	Análisis documental	Artículo de investigación	Se establecen las actividades	

			continua de los procesos		sobre la calidad de los procesos	s necesarias para llevar a cabo el mejoramiento de los procesos	
Calidad y auditoria en salud	Colombia	2015	Buscar determinar los indicadores necesarios para medir la productividad de los servicios de salud		Libro sobre los diversos elementos de la auditoria en salud		
Modelo De Auditoría De La Calidad De La Atención En Salud, Para La IPS Clínica Revivir S.A.: Estructura Técnica Y Metodológica Básica	Colombia	2005	Diseñar los aspectos técnicos y metodológicos básicos de un modelo de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud para la Clínica Revivir S.A., que le ayude a evaluar, con el propósito supremo de contribuir a mejorarlos, sus	Revisión bibliográfica y análisis de procesos	Investigación in situ sobre la aplicación de modelos de auditoría en una IPS	Se encontraron fallas en los procesos y se hicieron sugerencias	

			procesos técnico-administrativos prioritarios, y que sea replicable a otras instituciones				
Plan de auditoría de la calidad de la atención en salud, para la Clínica dermatológica CUIDARTE S.A.	Colombia	2015	Diseñar los aspectos técnicos y metodológicos básicos de un modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud para la Clínica Dermatológica CUIADARTE S.A., que le permitan evaluar de manera sistemática y continua sus procesos prioritarios, con el propósito de alcanzar y	Revisión documental	Artículo de investigación, basado en un estudio de caso sobre la aplicación de la auditoría en una institución de salud	Autoevaluación Selección de procesos Priorización de procesos para mejorar Definición de la calidad esperada Medición del desempeño	

			mejorar los niveles de calidad predeterminados.				
Calidad Percibida De La Atención De Enfermería Por Pacientes Hospitalizados	Colombia	2014	Determinar la calidad percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en una Institución de Servicios de Salud de Barranquilla	Estudio descriptivo, de corte transversal, cuantitativo	Se analiza a través de entrevistas la calidad de la prestación de servicios de salud de pacientes	A través del SERVQHO S-E se encontró que aspectos sociodemográficos influyen en la percepción de la calidad	
La Medición de la Percepción de la Calidad de los Servicios Odontológicos como Herramienta para su Mejoramiento. Aplicación en las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá.	Colombia	2016	Conocer la percepción de la calidad del servicio de los pacientes de las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá	Estudio de tipo descriptivo basado en un método de investigación deductivo	Por medio de entrevistas se analiza la calidad de los servicios odontológicos y la construcción de un instrumento para recopilar la información	Se hacen una serie de recomendaciones para mejorar los hallazgos	

Calidad de la atención médica en el servicio de consulta externa desde la perspectiva de los usuarios del hospital Lorencita Villegas de Santos E.S.E primer trimestre del 2016 Samaniego - Nariño	Colombia	2016	Evaluar la calidad de la Atención Médica en el servicio de Consulta Externa del Hospital Lorencita Villegas de Santos E.S.E. del Municipio de Samaniego -Nariño, desde la percepción del usuario sobre la atención recibida.	Descriptivo y su Enfoque es Cuantitativo	La investigación busca establecer la calidad de la atención en una ESE	Se encuentra que hay claras deficiencias en la prestación del servicio	
Conocimiento del personal de salud de una clínica en Bogotá acerca del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud	Colombia	2016	Evaluar el conocimiento que tienen los funcionarios de la clínica N respecto al SOGCS.	metodología descriptiva y evaluativa con la que se estableció el grado de conocimiento que tiene el personal que labora en la clínica acerca de esta normatividad.	Se evalúa el conocimiento de los empleados con el fin de tener información de base para mejorar la calidad	Es necesario profundizar en el nivel de conocimiento de los funcionarios	
La humanización y su impacto en el sistema de gestión de la calidad del Hospital de	Colombia	2014	Explorar la implementación de la humaniza	Análisis bivariado	A partir de una serie de encuestas y de variables	Se encontró la adaptación de un modelo	

Fontibón en Bogotá.			ción y su impacto en el sistema de gestión de la calidad del Hospital de Fontibón II Nivel E.S.E.		sobre la calidad en el hospital se busca explorar el impacto de la humanización	basado en la importancia que tienen las emociones para los profesionales de la salud.	
Estimación de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes sometidos a hemodiálisis	Colombia	2018	Evaluar la calidad del cuidado de enfermería en una población de pacientes con tratamiento de hemodiálisis en la ciudad de Bogotá	Estudio descriptivo de corte transversal, mediante la aplicación de la adaptación colombiana del instrumento Care-Q que relaciona actitudes y actividades de cuidado que realiza el enfermero(a) y que fueron evaluadas por el paciente a través de una escala Likert	Se buscó medir la satisfacción de los pacientes frente a los cuidados recibidos por las enfermeras	Se encontraron altos niveles de satisfacción en todas las variables evaluadas	
Estado del arte del concepto de auditoría en salud.	Colombia	2018	Analizar las perspectivas teóricas del concepto de auditoría, sus componentes y el concepto de auditor	Diseño descriptivo/interpretativo, de tipo documental,	A partir de un estudio documental se buscaron palabras que determinan descriptores	Se encontró que no hay información amplia sobre aspectos como las funciones del auditor en salud.	

			con el fin de relacionar los como herramienta primordial para el mejoramiento de la atención en salud en Colombia				
Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud	Colombia	2007	Dar herramientas a las instituciones objeto de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	Mejoramiento de la calidad basándose en la construcción de relaciones de confianza entre los actores que contribuya a la implementación de los procedimientos de auditoría de forma más eficiente y efectiva		Diseño de guías para auditoría	
Decreto 1011 de 2006	Colombia	2006					
Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud	Colombia	2007					
Programa De Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención En Salud De La Institución	Colombia	2013	Diseñar e implementar el Programa de Auditoría para el	Estudio descriptivo prospectivo	Se busca elaborar un programa de auditoría	Se dio inicio a un nuevo ciclo de mejoramiento en la prestación	

<p>Prestadora De servicios De Salud "IPS famisalud premium S.A.S. Currulao (Turbo).</p>			<p>Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de la Institución Prestadora de Servicios de Salud "IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S" del Corregimiento de Currulao (Turbo).</p>	<p>para una IPS que opera en un municipio del país</p>	<p>de servicios</p>	
<p>Metodología: elaboración de planes de mejora continua para la gestión de calidad</p>	<p>Chile</p>	<p>2009</p>	<p>2.1 Sintetizar la mejor evidencia existente sobre metodologías, herramientas e intervenciones para generar y poner en práctica planes de mejoramiento.2.2 Desarrollar una Guía Metodológica, basada en evidencia para la generació</p>	<p>Revisión sistemática de la literatura sobre estudios que hubieran evaluado la efectividad de intervenciones para la mejoría de calidad en la atención de salud.</p>		

			n de planes de mejora continua que incluya su evaluación, implementación y seguimiento, como respuesta a las evaluaciones que se realizan en los establecimientos de salud, en el ámbito de la Gestión de la Calidad en las áreas (Infecciones Intrahospitalarias, Gestión Clínica, Seguridad del Paciente y otros).				
Acreditación de Calidad en Salud	Chile	2011					
Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial.	Uruguay	2018	Evaluar la calidad de las historias clínicas (HC) de los niños	Estudio de corte transversal mediante revisión de HC	Analiza la calidad de las historias clínicas de niños que	Es necesario promover la implementación progresiva de un	

Hospital Pediátrico			hospitalizados		estuvieron hospitalizados	sistema de auditoría continua de HC institucional y evaluar el impacto de las estrategias de mejora en la calidad de los registros.	
Mejora De La Calidad En La Salud En Uruguay Proyecto “Libro Blanco	Uruguay	2015	n/a	n/a			
Sistema nacional integrado de salud	Uruguay	2006	n/a	n/a			
Decreto Ley 15.903 de 1987	Uruguay	1987	N/A	N/A			
Propuesta de un modelo de auditoría de calidad en salud, basada en la Norma ISO 19011:2012 para el subsistema de salud de las fuerzas militares	Colombia	2019	Elaborar una propuesta de un modelo de gestión de auditoría de calidad en salud, basada en la ISO 19011:2012 para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares	Investigación documental	Se desarrolla una propuesta para la implementación de la auditoría en salud basada en las normas técnicas	Se encuentra la necesidad de mejorar algunos aspectos internos relacionados con las auditorías de calidad.	

6.7 Recolección de la información

6.7.1. Selección del tema y búsqueda de artículos

Durante esta fase se llevó a cabo la identificación del tema de estudio, optando por analizar la situación actual y perspectivas de los sistemas y modelos de auditoría de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

La búsqueda de artículos se realizará tomando como palabras clave las siguientes: auditoría, calidad, salud, Colombia, servicios, salud, Chile, Uruguay, modelos.

La búsqueda de artículos se realizará en bases de datos y revistas indexadas como: Scielo, Dialnet, Redalyc, Scopus, Ebsco.

6.7.2. Selección de artículos para el análisis

La selección de los artículos implica revisar que cada uno cumpla los requisitos de inclusión, de lo contrario, serán descartados.

6.7.3. Consolidación y Análisis

En esta etapa se sistematiza la información en la Ficha de consolidación de artículos seleccionados. Posteriormente, se analizará la información aportada por estos, conforme a los objetivos planteados en la investigación:

-Características, componentes y marco regulatorio de los modelos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud en Colombia, Chile y Uruguay.

-Puntos de convergencia y divergencia entre los modelos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud en Colombia, Chile y Uruguay.

-Posibles escenarios futuros de actualización del modelo colombiano de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, a partir de las buenas prácticas de Chile y Uruguay.

6.7.4. Discusión, Conclusiones y Recomendaciones

En esa última fase se realizan la discusión, comparando los hallazgos de la investigación con resultados de estudios similares; finalmente se exponen la conclusiones y recomendaciones.

6.7. Fases de la investigación

Fase 1. Revisión bibliográfica. Esta fase se desarrolló siguiendo los procedimientos descritos en el numeral 6.7.

Fase 2. En esta fase se desarrolla el objetivo número específico número uno, consistente en describir las características, componentes y marco regulatorio de los modelos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud en Colombia, Chile y Uruguay.

Fase 3. En esta fase se desarrolla el objetivo número específico número dos, siendo necesario evidenciar puntos de convergencia y divergencia entre los modelos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud en Colombia, Chile y Uruguay.

Fase 4. Considerando la información recolectada en las fases anteriores, se plantea la posible actualización del modelo colombiano de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, a partir de las buenas prácticas de Chile y Uruguay.

6.8. Consideraciones Éticas

Por tratarse de una investigación monográfica, las consideraciones éticas implican observar lo relacionado con los derechos de autor, debiendo acudir a la respectiva citación de las fuentes utilizadas.

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS

7.1. CARACTERÍSTICAS, COMPONENTES Y MARCO REGULATORIO DE LOS MODELOS DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, CHILE Y URUGUAY.

La calidad en la atención en salud se puede definir como:

(...) la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios¹⁷.

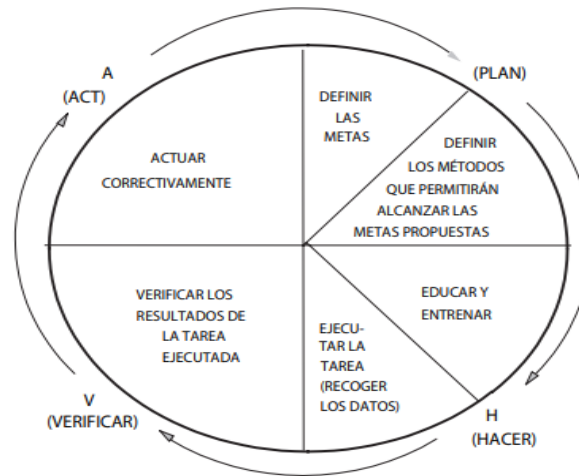
Esta definición tiene una serie de elementos fundamentales alrededor de los cuales se estructura el proceso de mejoramiento continuo y que deben ser tenidas en cuenta dentro de la auditoría en salud, en primer lugar, se debe tener en cuenta la relación entre beneficio, riesgos y costos, esto significa que la calidad debe tener una relación con los principios de eficacia, eficiencia y efectividad¹⁸.

Una forma adecuada de representar cómo funciona el mejoramiento continuo de la calidad en salud es a través del ciclo PHDV o Planificar, Hacer, Verificar y Actuar, que permite implementar procesos de mejoramiento continuo, debido a su dinamismo y aplicación sencilla, lo cual se evidencia en la siguiente gráfica.

En esta se puede evidenciar que este ciclo es continuo y se repite a través del tiempo por cada uno de sus cuadrantes. El cuadrante de planear tiene dos etapas relacionadas con las metas, como identificarlas y alcanzarlas. El hacer por su lado es la ejecución de las metas y se compone del cómo ejecutar y la segunda se centra en la ejecución en sí¹⁸.

El ciclo de verificar como su nombre lo indica permite evaluar los resultados a partir de los indicadores y de la información y datos recogidos y por último está el Actuar, que busca estandarizar los procesos que fueron efectivos o corregir los fallos encontrados.

Gráfica 1. Ciclo PHDV



Fuente: Ministerio de Protección Social¹⁸.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud lleva a cabo una comparación entre la calidad observada y la calidad deseada, con base a las normas técnicas existentes, contribuyendo de manera clara a alcanzar el mejoramiento continuo¹⁹.

7.1.1. Chile

El sistema de salud de Chile está conformado por el sector público (Fondo Nacional de Salud, FONASA) y el sector privado (Instituciones de Salud Provisional, ISAPRES). El Sistema Nacional de Servicios de Salud, hace parte del sector público y atiende a la mayor parte de la población, incluyendo a las personas de más escasos recursos. El sector privado brinda cobertura a un porcentaje menor de la población que corresponde a personas con mayores ingresos económicos.

El Ministerio de Salud de Chile garantiza a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a los servicios de salud. Asimismo, el MINSAL se encarga de conducir el Sistema de Salud, al establecer normas de acuerdo a las directrices del gobierno, y con el Código Sanitario. Una de las labores más importantes que desempeña el Ministerio de Salud de Chile consiste en supervisar a las organizaciones autónomas que operan en el

sector de la salud; y les otorga lineamientos y requisitos a las instituciones para que realicen su proceso de acreditación.

El MINSAL establece los requisitos que deben seguir los prestadores institucionales de salud, estos se encuentran consignados en el Decreto con Fuerza de Ley No. 1 de 2005, en la cual se determinan los estándares mínimos que permitan la prestación de servicios de salud con calidad y que abarcan aspectos tales como, condiciones sanitarias, seguridad en las instalaciones, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, entre otros²¹.

Por otra parte, se diseñó la ley de Autoridad Sanitaria, un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar; proceso que tiene como objetivo central la implementación de las herramientas necesarias para que los establecimientos que brindan servicios de salud cumplan con todos los requisitos establecidos en la normatividad de acreditación, fijados por el Ministerio de Salud²⁰.

La Acreditación en Chile, se define en el Decreto con Fuerza de Ley como: “el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares **mínimos** señalados, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones”²⁰.

El Sistema de Salud chileno, se destaca por ser uno de los mejores de América latina. Esto se refleja en la medición de indicadores en diferentes aspectos, tales como epidemiológicos, de cobertura, de morbilidad, entre otros, siendo el indicador de calidad de atención en salud uno de los más relevantes.

Las Garantías Explícitas en Salud (GES) son garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios, pues constituye un beneficio legal. Los servicios de salud para las GES, solo podrán ser otorgados por prestadores que se encuentren acreditados y que cumplan con lo estipulado en el DFL No. 1 de 2005; para esto

se desarrolló el Sistema Nacional de Acreditación de Calidad en Salud, en Chile, en la búsqueda de su obligatorio cumplimiento.

Las actividades relacionadas con el Sistema de Calidad en una institución prestadora de servicios de salud, deben estar a cargo de un funcionario nombrado por dicha institución. La asignación de responsabilidades puede hallarse incluida en los manuales de procedimientos que regulan la actividad, o bien pueden ir a parte, en documentos independientes. Es pertinente llevar un registro de todas las actividades de calidad, para facilitar tanto el control interno, como el control por parte de las entidades externas acreditadoras y así poder evidenciar la ejecución de los procesos.

Los componentes del Sistema de Calidad chileno están dados por:

- Manuales de procedimientos: Allí se exponen los aspectos básicos que debe incluir el instrumento, quién debe ejecutar las actividades, cómo deben hacerse, condiciones de calidad.
- Sistemas de registro: Aquí se incluyen elementos para la recolección y procesamiento de la información de procesos y/o resultados. Se verifica que estos elementos sean suficientes para las tareas de evaluación programadas.
- Estructuras organizativas: Son modelos de organización específicos dentro de una entidad, tales como comités o departamentos (asistenciales, financieros)²¹.

La evaluación del sistema de Calidad y mejora continua, debe tener un responsable dentro de la organización. Estas evaluaciones son mediciones periódicas de cumplimiento de indicadores, comparados con estándares de referencia consignados en los manuales institucionales que dictan el funcionamiento correcto de las prácticas que se quieren medir. El cumplimiento de los estándares se verifica por medio de fichas, registros y listas de chequeo; es

fundamental que este proceso se acompañe de planes de mejora, cuando se encuentren resultados de bajo desempeño, lo cual requiere reevaluar nuevamente los resultados, en un tiempo prudente. De las actividades de auditoría depende que el nivel de calidad de la institución mejore, por tal motivo todas las evaluaciones y sus acciones de mejora, deben quedar documentadas, para que haya constancia de su ejecución²¹.

Los indicadores que miden la calidad en la prestación de servicios de salud se evalúan a través de auditorías; en Chile se han establecido dos grandes grupos de indicadores de calidad: de procesos y de resultados. Son medibles y se relacionan con procesos de atención. Los indicadores Centinela, permiten identificar eventos que deben ser investigados de manera inmediata y garantizan la seguridad del paciente, son de baja incidencia y se atribuyen a fallas en la atención en salud²².

Los indicadores basados en proporciones, son la mayoría, miden el desempeño basándose en eventos que ocurren con más frecuencia. Determinan el nivel de rendimiento de una institución. Los indicadores de satisfacción, tienen que ver con el usuario y la calidad del servicio recibido. Los indicadores de proceso expresan la proporción en la cual se ejecutó una acción de acuerdo al patrón de referencia, en cuanto a los indicadores de resultado evalúan aspectos del ámbito clínico y se refiere de manera directa a lo observado en los pacientes o al funcionamiento de las áreas. Es importante llevar a cabo la comparación de los indicadores para observar las tendencias de tiempo o si se cumple con umbrales preestablecidos.²²

La auditoría de calidad o proceso periódico de evaluación en el Sistema chileno de Salud, busca establecer el cumplimiento de los estándares mínimos básicos de calidad, analizando su estructura física, organizacional y funcional, el aprovechamiento adecuado del recurso humano y material, señalados con base al tipo de institución y al nivel de complejidad de la prestación de servicios. Se trata de un proceso externo llamado Acreditación, que se materializa a partir de un certificado de garantía y debe renovarse cada tres años; dicho procedimiento se realiza de la siguiente manera:

Gráfica 2. Proceso de acreditación



Fuente: Velásquez, p.23.

7.1.2. Uruguay

El Ministerio de Salud Pública implementa el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con el objetivo de establecer la atención integral de todos los ciudadanos, garantizando una cobertura equitativa y universal. El SNIS está compuesto por un sector público y un sector privado. El principal prestador de servicios públicos es la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que cubre a la mayor parte de la población, básicamente las personas de escasos recursos sin cobertura de seguridad social.

La ASSE regula el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud que son propiedad del estado, más no existe una normatividad específica sobre la forma en la que estas instituciones deben funcionar, y tampoco se ha desarrollado una política concreta de Calidad de Atención en Salud.

Los procedimientos de alto costo y alta complejidad son trasladados a los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE), estas instituciones pueden ser de carácter público o privado. El Ministerio de Protección Pública ha implementado un manual de estándares de evaluación y cumplimiento para la mejora de la calidad de los Institutos de

Medicina Altamente Especializada, y obliga que al menos este tipo de instituciones se encuentren acreditadas para poder prestar sus servicios, ya que el Sistema Nacional Integrado de Salud cuenta con un programa de acreditación, pero este es netamente voluntario para los demás prestadores.

La Junta Nacional de Salud (JUNASA), administra el Seguro Nacional de Salud y vela por el cumplimiento de los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud. La Dirección General de Coordinación (DIGECOOR) tiene como objetivo integrar el sistema de salud, complementando el sector público con el privado; además se encarga de coordinar los directores de salud departamentales, que operan dentro del Ministerio de Salud Pública.

La DIGESE (Dirección General de Secretaría), brinda apoyo administrativo y financiero al Ministerio de Salud Pública, y se encarga, además, de la vigilancia epidemiológica y la regulación sanitaria. Lleva a cabo procesos de planificación, mejora continua de la calidad y gestión del recurso humano. La Dirección General de Salud (DIGESA), establece políticas de salud, instaura normas y decreta controles que garanticen la seguridad en salud, la oportunidad y el acceso a los servicios de salud para todos los habitantes.

En Uruguay, el tema de la calidad y la necesidad de una auditoría médica, que evalúe el desempeño, de acuerdo a normas previamente establecidas, con el fin de tomar acciones educativas más no punitivas, se está tratando desde la década de los años 50 con los primeros Comités de auditoría médica, uno de los elementos que componen el sistema es la auditoría de las historias clínicas la cual es una de las principales herramientas para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud²³.

Más adelante, se suscitan los conceptos de Garantía de Calidad y Acreditación de los servicios de salud, como actividades de implementación continua, que nacen de la necesidad de evaluar procesos asistenciales y administrativos.

La garantía de Calidad en Salud, está bajo la responsabilidad del Fondo Nacional de Recursos (FNR), sopesando estructuras, procesos y resultados, implantando indicadores de gestión, a mediano y largo plazo; tales indicadores avalan la acreditación de las instituciones IMAE, estableciendo estándares para procedimientos específicos, esto permitirá a que el Ministerio de salud pueda evaluar la calidad de la asistencia brindada,

ya que por su complejidad son áreas que imprescindiblemente deben ser objeto de evaluación⁵¹.

Instaurar un programa de calidad, garantiza que los servicios se fundamenten en protocolos basados en evidencia científica, con indicadores de medición para evaluar su cumplimiento, donde exista oportunidad de atención, y la medicina se logre llevar a un ámbito más preventivo que curativo.

Los métodos de control de la calidad asistencial, más comunes que se han adoptado en Uruguay son: La Memoria Anual, Informe detallado con estadísticas anuales y reportes de casos, que permiten analizar la gestión realizada; Encuestas de Satisfacción del Usuario, que facilitan el control directo de la calidad de los servicios; la Auditoría Externa, que evalúa el recurso humano, la gestión técnico-médica, administrativa, legal, financiera y el apoyo informático; la Acreditación, es un proceso voluntario, confidencial y periódico, que garantiza la calidad del prestador a través del cumplimiento de estándares que pueden ser mínimos o altos, dependiendo del nivel de atención ²⁵.

Se considera que dentro del SNIS del Uruguay, las auditorías forman parte de procesos de habilitación y renovación de habilitaciones, y son esenciales para conseguir la mejora en la calidad de las organizaciones de la salud. Por esta razón, ha llegado el momento de definir estándares de obligatorio cumplimiento, facilitar la introducción de las oportunidades de mejora que permitan alcanzarlos, y a través de un sistema de acreditación nacional, señalar a la rectoría sanitaria y retroalimentar a la sociedad sobre quienes ofrecen prestaciones de calidad reconocida (p. 23)²⁴. Estas se encuentran contempladas dentro del marco regulatorio de la asistencia médica, en especial en el Decreto ley 15.903 de 1987 que establece en su artículo 277, “Las instituciones de asistencia médica colectiva, dentro del plazo que establezca la reglamentación, deberán adoptar las modificaciones estatutarias de carácter general que disponga el Poder Ejecutivo, quedando sujetas a supervisión y auditoría en el campo de la atención médica y administración por parte del mismo.” ²⁶

Podría decirse entonces que la calidad en la salud debe contemplar tres componentes indispensables:

Aspecto técnico-científico: este tiene que ver con la aplicación de la ciencia y los recursos sanitarios. El enfoque es dado por los profesionales de la salud.

Aspecto interpersonal: debe tomar en cuenta la expectativa del usuario y la satisfacción de sus necesidades, incluyendo el entorno y el trato por parte del personal. El enfoque es dado por los usuarios²⁵.

Aspecto económico: el enfoque es dado por los administrativos.

Por medio de la implementación de Sistemas de Calidad basados en las normas ISO 9000, y mediante la aplicación del Modelo de Mejora Continua (MMC), numerosas organizaciones de diferente tipo han introducido mejoras en su gestión, lo que les permite brindar productos y servicios de calidad, obteniendo mayores resultados. En el área de la salud este proceso ha sido particularmente lento, siendo pocas las organizaciones que han adoptado alguna de estas estrategias. El INACAL (Instituto Nacional de Calidad), brinda pautas tanto para acreditación, como para certificación de las instituciones que prestan servicios de salud en Uruguay.

7.1.3. Colombia

El Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia, se reglamenta en la Ley 100 de 1993. En la actualidad el Decreto 780 de 2016, reúne todas las normas que regulan este sistema. El SGSSS es el encargado de regular el servicio público de salud y crear condiciones de acceso a toda la población y en todos los niveles de atención, para garantizar la cobertura de los servicios previstos en el Plan Obligatorio de Salud, tanto del régimen subsidiado, como del contributivo.

La rectoría del SGSSS a nivel nacional está en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social que tiene entre sus funciones, la formulación de políticas, planes y programas con el fin de mejorar la salud de la población; dirigir el funcionamiento del sistema y evaluar el resultado de las políticas ejecutadas. A nivel territorial, las Secretarías Seccionales de Salud y las Secretarías Locales de Salud ejercen algunas funciones de rectoría del sistema a nivel territorial, generan planes, programas y proyectos en armonía con las directrices nacionales y con las particularidades de cada

región; garantizan la prestación adecuada de los servicios de salud, ejercen funciones de vigilancia y control, y gestionan la salud pública en cada territorio. La inspección, vigilancia y control del SGSSS está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud que tiene como funciones: el seguimiento y evaluación del sistema; orientar, asistir y advertir a los diferentes actores del sistema sobre el cumplimiento de la norma y por último ordenar los correctivos y sanciones para mejorar las situaciones irregulares que se presenten en el sistema.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. El decreto 1011 de 2006 establece la Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad²⁷.

Los componentes del SOGC son los siguientes: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud (SICS).

Sistema Único de Habilitación: Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud.

La Auditoría para el mejoramiento de la calidad: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Sistema Único de Acreditación: Es el conjunto de procesos, procedimientos y estándares de autoevaluación y evaluación externa, encaminados a demostrar el cumplimiento de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, por parte los prestadores de servicios de salud. Su implementación es voluntaria y periódica, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Sistema de Información para la Calidad en Salud: Brinda información a los usuarios para elegir servicios de salud con base en la calidad de los mismos, y los orienta en el ejercicio de sus derechos y deberes; realiza seguimiento y evaluación de la calidad de atención en salud; y estimula la competencia por calidad entre los agentes del sector²⁷.

La auditoría a la calidad en la prestación de servicios se basa en los procesos establecidos en la Norma Técnica NTC ISO 19011, la cual la define como “un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias de la auditoría a través de registros, declaraciones o cualquier otra información para evaluarlas con el fin de establecer el cumplimiento de criterios de auditoría”²⁸.

El Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud (MCC), debe pensarse como un conjunto de principios que van más allá de un seguimiento, que sirve únicamente para la inspección, sino que mas bien debe tomarse como un proceso de autocontrol, enfocado tanto en el cliente externo, como en el cliente interno y sus expectativas, y que facilita la identificación de aspectos que sean susceptibles de mejoramiento, con el fin de satisfacer las necesidades del usuario. Estas acciones de mejoramiento deben involucrar a todo el personal dentro de la organización, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados²⁹.

Según el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en salud se trata de toda una estrategia que se operativiza en las instituciones a través del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC²⁹. Por tanto, el PAMEC es el plan que cada institución prestadora de servicios de salud, ajusta y pone en marcha para ejecutar el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. Sus niveles de operación son tres: Autocontrol, Auditoría

Interna y Auditoría Externa; las acciones para garantizar los servicios de salud son preventivas, de seguimiento y coyunturales.

las acciones de auditoría deben responder a un plan de mejora en el cual la fase de verificar se transforma en actuar en un continuo que repite cuantas veces sea necesario el ciclo de mejora hasta garantizar al usuario la prestación de servicios con calidad. Según el Decreto 1011 de 2016, los elementos de la auditoría de la calidad de la atención son:

1. Realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
2. Comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. Adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.
4. Identificación de problemas de calidad (procesos prioritarios) con base en el seguimiento a riesgos del sistema único de habilitación, la autoevaluación realizada frente a los estándares de acreditación, los indicadores y los eventos adversos trazadores del sistema de información para la calidad.
5. Establecimiento de la meta respectiva: definición de la calidad esperada.
6. Medición y seguimiento del desempeño de los procesos prioritarios: identificación de la calidad observada.
7. Aplicación y seguimiento de Acciones de Mejoramiento consistentes, tendientes a disminuir la brecha entre la calidad esperada y la calidad observada.
8. Aprendizaje organizacional para actualizar la planeación de la calidad en el proceso de mejoramiento continuo (Cierre del Ciclo PHVA) (pp. 32-33) ²⁸

Se busca que las auditorías sean integrales, por lo que se centra en procesos prioritarios del sistema, algunos de estos son, la red de prestadores, la atención al usuario, la prestación de servicios de salud. Para la identificación de los mismos, la institución podrá utilizar la herramienta que considere, siempre que cumpla con los criterios de validez, confiabilidad, respete el principio de la evaluación por pares y esté basado en evidencia.

Tabla 2. Ejemplo de programas e instrumentos.³⁰

ÁREA DE TRABAJO / TIPO DE AUDITORIA	PROGRAMA O INSTRUMENTO
Evaluación y mejoramiento de los resultados clínicos (AUDITORÍA DE LA EFECTIVIDAD CLÍNICA)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de guías de práctica clínica • Control de cumplimiento y variación en la aplicación de guías de práctica clínica y protocolos de atención • Programas de eventos centinelas y/o eventos adversos • Mortalidad institucional probablemente evitable • Mortalidad materna y perinatal evitable y mejoramiento de la atención al binomio madre-hijo • Programas de gestión clínica • Programas de infecciones nosocomiales} • Comités: Mortalidad, COVE, Historias Clínicas, AD-HOC.
Evaluación y mejoramiento de la adecuación de la utilización (AUDITORÍA DE LA EFICIENCIA)	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación y mejora de la adecuación de la utilización de la estancia hospitalaria • Cancelación de cirugías • Monitoría del paciente consultador crónico • Evaluación de la adecuación de utilización y dispensación de medicamentos • Evaluación de gestión de listas de espera
Evaluación y mejoramiento de la calidad en la dimensión interpersonal (AUDITORÍA DEL SERVICIO)	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas de satisfacción de usuarios • Grupos focales y otros métodos cualitativos • Programas de gestión de quejas y reclamaciones • Incidentes durante la atención

Fuente: Bejarano, p. 15

La auditoría en gestión de calidad en salud, se entrelaza con la Acreditación, ya que ambas se encuentran en la búsqueda permanente del mejoramiento de los servicios de salud, centrados en la seguridad del paciente y la satisfacción del usuario, con el fin de disminuir la brecha entre lo que dice la norma y la situación real de la organización, impactando en el estado de salud del paciente, respeto a sus derechos y optimización de los recursos.

La auditoría debe incentivar la cultura de la autoevaluación y el autocontrol ante los estándares de acreditación, así como promover el mejoramiento hacia niveles nuevos y superiores de cumplimiento.

7.2. CONVERGENCIA Y DIVERGENCIA ENTRE LOS MODELOS DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, CHILE Y URUGUAY

Es claro que los modelos de auditoría motivo de análisis tienen grandes diferencias entre sí, las cuales se fundamentan en buena parte en el sustento jurídico y legal sobre el cual se ha estructurado el sistema de salud de cada uno de estos países.

Tanto en Chile como en Colombia, la Calidad se apoya en procesos de acreditación; sin embargo, hay una gran diferencia, y es que, en Chile, el proceso de Acreditación se referencia en el cumplimiento de estándares mínimos fijados de acuerdo al tipo de prestador y su nivel de complejidad; mientras que, en Colombia la Acreditación, demuestra el cumplimiento de estándares de niveles de calidad superiores a los exigidos por la ley. Por lo anterior, podría decirse que la Acreditación en Chile, aunque es voluntaria, por sus estándares, es el equivalente al Sistema Único de Habilitación, en Colombia. En Uruguay, la Acreditación es obligatoria, únicamente para prestadores de alto nivel de complejidad.

En Colombia, la Acreditación y la Habilitación se complementan, su diferencia está en que el cumplimiento de los primeros es de carácter obligatorio y los segundos son voluntarios. En la habilitación, el papel del Estado es activo en su definición, legalización, adecuación y verificación, mientras que, en la acreditación su papel es más pasivo. La habilitación busca asegurar la protección de éste a través de una serie de elementos estructurales, mientras que la acreditación busca garantizar la calidad de la atención a través de la definición y mejoramiento de procesos. Los estándares de acreditación no involucran la necesidad de contar o incluir elementos estructurales como espacios físicos o tecnología, por el contrario, hace énfasis en el talento de los trabajadores y la cultura organizacional.³¹

En el caso de Chile la acreditación se basa en:

- Modelos de gestión asistencial, RRHH y económico.
- Orientación en el paciente.
- Nuevos canales de distribución.

- Nuevos servicios.

Una clara diferencia entre el diseño de la auditoría del sistema de salud de Chile se basa en que además de haber construido una Estrategia General de Salud para todo el país, también existen vertientes regionales, las cuales aportan estrategias de planificación a todo el sistema, lo que hace difícil la homogenización del Sistema de Calidad, dado que las condiciones pueden variar de un lugar a otro y no están especificadas³⁶.

Los Estándares de Calidad del modelo chileno se organizan en “Ámbitos”, los cuáles definen la intención de determinadas políticas institucionales en relación a la seguridad del paciente y la calidad de la atención. Cada Ámbito a su vez va desagregándose hasta llegar a requisitos más específicos que son las “Características”. Estas son las exigencias verificables por la Entidad Acreditadora en terreno. Algunas de estas características son de obligatorio cumplimiento para lograr el estado de acreditado. Por ejemplo, el Estándar para Prestadores de Atención Cerrada consta de 106 características, de las cuales 30 son obligatorias para los prestadores de alta u mediana complejidad³⁶. Estos estándares incentivan a los profesionales de la salud en la mejora continua de la calidad, fomentan la interdisciplinariedad, supone un prestigio para los que trabajan en centros asistenciales acreditados.

Por lo tanto, el modelo de auditoría de calidad en salud en Chile es integral y busca monitorear todos los aspectos y resultados del sistema de salud, esto se hace a través de una serie de indicadores e información relevante que muestre lo que sucede en el sistema de salud en un momento determinado.

Todo orientado a una atención sanitaria de calidad, este objetivo es claramente compartido por la legislación colombiana que busca tener un sistema con unos parámetros mínimos obligatorios de atención en salud, esto llevo a que en ambos países se diseñaran sistemas complejos para la prestación de servicios de salud.

En Colombia se denomina Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud, en Uruguay se llama Modelo de Garantías de Salud y sus bases conceptuales son las siguientes:

Tabla 3. Comparativo marco conceptual Colombia Vs. Uruguay

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud	Modelo de Garantías de Salud
Gestión integral en calidad	Garantía de oportunidad
Mejoramiento continuo	Garantía de acceso
Gestión centrada en el usuario	Garantía de protección financiera
Enfoque sistémico	Garantía de Calidad

Fuente: Construcción propia.

En ambos países se trata de un modelo estructuralista, que se orienta hacia la inspección, lo que hace que en los dos casos exista un exceso de estándares, que son difíciles de seguir y de cumplir por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud y ralentizan el sistema, debido en buena parte a que se orientan en la acreditación y/o certificación como una competencia y no como un camino para mejorar la atención en salud.

En los tres países, el sistema debe orientarse hacia una mejora continua, con el fin de que las instituciones acreditadas mantengan esta condición, la Acreditación se aplica en los tres, de manera voluntaria a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, a excepción de los IMAE en Uruguay, y los GES en Chile en los que dicho proceso es obligatorio. Es pertinente mencionar que, en los tres países, también se cuenta con procesos de certificación (voluntarios) por entidades privadas como el ICONTEC o la Joint Comission International.

El modelo de auditoría uruguayo retoma el enfoque por función, que permite identificar los criterios más relevantes para el conjunto de técnicas a evaluar:

- Relación con el usuario.
- Ejercicio de la dirección.
- Organización de la atención: Recursos humanos, gestión de insumos.
- Atención directa al paciente, continuidad asistencial y sus registros.

- Educación permanente y desarrollo personal.
- Servicios de apoyo.

Tabla 4. Principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay.

La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
La participación social de trabajadores y usuarios.
La solidaridad en el financiamiento general.
La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Fuente. ISAGS, p. 5

Para cada una de estas dimensiones, se expresan los estándares que reflejan la capacidad del servicio para proveer cuidado de alta calidad, medir la situación en el momento y hacer previsión futura de su condición para seguir brindándolo³⁴.

Todos estos elementos confluyen para construir la calidad en el servicio de salud por lo que se han diseñado procesos de auditoría de la calidad adaptados a cada uno de los componentes del sistema, este es el caso de la auditoría a las historias clínicas que

cuenta con especificaciones claras y se realizan en todas las instituciones, sin embargo, la aplicación de las auditorías es diversa, dependiendo de la complejidad de los centros médicos.

Uno de los puntos más importantes del sistema de calidad es la habilitación de los prestadores de servicio, condiciones que se establecen bajo una serie de parámetros que permiten garantizar la prestación de servicio bajo unos mínimos. En Chile esto se logra a través de dos puntos básicos, la primera la inversión directa por parte del gobierno en la infraestructura y en la capacidad instalada de los hospitales públicos. La segunda consiste en monitorear de manera permanente a los profesionales y técnicos de salud que brindan sus servicios a la comunidad, los cuales no solo deben estar registrados ante la Nación, sino que deben cumplir con los estándares de acreditación, con lo cual se garantiza la calidad de los servicios que estos brindan.

La habilitación y la acreditación se consiguen a partir de la implementación de una serie de estándares, que tienen un esquema similar para los tres países, en Chile los estándares vigentes en común con Colombia aplicados para la habilitación son los siguientes:

- Estándar general de acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada
- Estándar general de acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta
- Estándar general de acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Psiquiátrica Cerrada
- Estándar general de acreditación para servicios de apoyo no asociados con consultas, ni camas: servicios de diálisis, servicios de esterilización, servicios de imagenología, servicios de quimioterapia, servicios de radioterapia y laboratorios clínicos³⁷.

En Colombia los estándares para la habilitación son 7 en comparación con los 4 de Chile, lo que dificulta la labor auditora, igual sucede con los estándares de acreditación lo que

ha conllevado a que en Chile se hayan acreditado al año 2017 un total de 43 instituciones y en Colombia solo 30³⁷.

En Uruguay cada institución prestadora de servicios de salud lleva a cabo un proceso particular de acreditación, basada en una serie de criterios basados en el deber ser de la prestación del servicio, dentro de los que se destacan aspectos como el control de las infecciones intrahospitalarias, la epidemiología hospitalaria, la garantía de la calidad y su mejoramiento continuo³⁸.

Dentro de los procesos de acreditación desarrollados en cada uno de los países mencionados, es notoria la necesidad de revisar condiciones sociales de las comunidades. Deben vincularse mecanismos de construcción social que permitan ejercer la participación ciudadana. Prestar una atención de calidad, no implica únicamente contar con la mejor tecnología, o las instalaciones más lujosas; es además de ello, estructurar programas incluyentes, para condiciones particulares de cada grupo poblacional, que ellos sean la razón de ser de las mejoras.

Se evidencia que en muchas instituciones se manejan indicadores para medir procesos, de una forma competitiva dentro del mercado, y no se centran verdaderamente en el usuario y su bienestar social, lo que lleva a la deshumanización de la calidad.

Una de las principales diferencias radica en los resultados obtenidos a nivel general, en el caso de Colombia la calidad del sistema de salud es deficiente, esto se debe a que hay un desequilibrio entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado, y menos del 50% de la población se encuentra satisfecha con el servicio de salud recibido; aunque se estime que Colombia es uno de los países latinoamericanos con la cobertura más alta en salud, superando el 95% de su población, todavía se evidencian grandes fallas en la atención. Esto indica que a pesar de que se ha diseñado un sistema estructurado y se llevan a cabo las auditorias para garantizar la calidad, aun hay errores dentro de la estructura del servicio.

De acuerdo a la OMS, en la clasificación de los Sistemas de Salud mundiales, por su calidad y desempeño, entre 191 países, Colombia se encuentra en el puesto 22, Chile en el puesto 33, y Uruguay en el 65. Para estos tres países que sostienen sistemas de salud con doble sectorización, el establecimiento de entes que controlen los diferentes

programas de calidad y acreditación, se dificulta en la medida que cada uno determina estándares diferentes que se acomodan a sus necesidades y a la población que asiste a estas instituciones, contradiciéndose de esta manera el concepto de accesibilidad e igualdad para todos en el acceso a los servicios de salud. De igual forma es común, la presencia de varias instituciones que se encargan de los procesos de acreditación y de mejora de la calidad, lo cual restringe la vigilancia y control de la acreditación³⁶.

7.3. ACTUALIZACIÓN DEL MODELO COLOMBIANO DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD, A PARTIR DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DE CHILE Y URUGUAY

En Colombia existe una amplia normatividad sobre la auditoría para el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, esta se centra en un enfoque de tipo estructural, y cae en una serie de errores que no le permiten ser eficientes y cumplir con los parámetros de calidad en salud necesarios, algunos de estos son orientados a la inspección y no al mejoramiento continuo; tiene una gran cantidad de estándares y procedimientos redundantes. El cumplimiento por parte de las instituciones bajo el impacto de la aplicación de los estándares es precario en comparación con el esfuerzo que conlleva implementarlos.

El principal problema que se observa en las auditorías de calidad, es que la mayor parte de los prestadores de servicios de salud, han dado por hecho que, por ser profesionales de la salud, nadie conoce mejor que ellos lo que es más conveniente para los usuarios. Por tal motivo, la auditoría de calidad debe estar encaminada hacia el usuario, pero también, teniendo en cuenta las necesidades del personal, para que haya una motivación constante para la implementación de prácticas de mejora. Pudo evidenciarse la utilidad de las auditorías de calidad, como herramienta, no sólo como medida de eficacia, sino también como sistema de información del comportamiento del usuario necesaria para la planeación de estrategias.

La calidad del servicio de salud en Colombia se mide en función de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad que forman parte de todo un sistema y

de cada uno de los componentes del mismo y que tiene indicadores que permiten ser medidos a través de una auditoría. En este sentido han sido valiosos los aportes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para el sector, en especial del Sistema Único de Acreditación, el cual ha generado un aprendizaje importante en las instituciones prestadoras de servicios de salud y ha sido reconocido internacionalmente por sus aportes en el mejoramiento continuo de la calidad.⁵² Los componentes del SOGC, son individuales, pero funcionan de forma armónica e integrada, y son de carácter exhaustivo. Este es uno de las principales diferencias con los sistemas analizados, tanto la calidad de la salud en Chile, como en Uruguay se conforman de procesos de acreditación, pero estos son más integrales y a pesar de que es un sistema único, se entiende que las entidades que las conforman tienen características particulares que deben ser evaluadas en virtud de estas y no por los elementos que la constituyen.

En Uruguay por ejemplo se le da una gran importancia a la auditoría de las historias clínicas, pero no para evaluar cuantos medicamentos se pusieron o cuánto costó la atención del paciente, sino para medir la calidad y oportunidad de la atención, y además detectar los posibles errores que se cometan durante el llenado de la misma, lo que influye dentro del proceso de calidad de la atención en salud. Y es que en Colombia dentro de la auditoría habitual que se le realiza a las historias clínicas no se busca el mejoramiento de las mismas, para aumentar la calidad en la prestación de los servicios, esta revisión se basa en medir aspectos como el gasto, o las posibles causas de glosas, pues en muchos casos se produce una especie de enfrentamiento entre las Instituciones Prestadoras de Salud y las Promotoras por causa de los pagos que deben realizar estas últimas a causa de la prestación de los servicios a sus afiliados.

Algunas dificultades identificadas por los procesos de auditoría de calidad en Colombia, son: dispersión de normas, que han producido falta de continuidad en los lineamientos generales de la política pública, en materia de calidad; dificultades en el enfoque de mejoramiento continuo, centrado en los agentes del sistema y no en las personas, lo cual ha generado algunas prácticas deshumanizantes; deficiencias en la formación del talento humano en salud; asimetría de la información para el monitoreo de la calidad de los agentes, que ha dificultado la visión sistemática, y el análisis para la toma de decisiones;

limitación en los incentivos a los agentes y los trabajadores de la salud para el mejoramiento continuo; crisis de legitimidad y confianza: Enfoque instrumental de la calidad, que ha dificultado la implementación de ciclos continuos de mejora en la gestión y cierre gradual de brechas; desarticulación del SOGC con los demás sistemas de gestión; debilidad y falta de articulación en la gestión de los agentes, que dificulta el logro de resultados en salud.⁵³

Las estrategias optimizadoras basadas en la competencia no regulada entre los agentes han derivado en diferentes fallas: como la contratación selectiva y racionamiento desde el asegurador; inducción de demanda, barreras de entrada y captura del regulador desde los prestadores de servicios de salud, IPS; concentración de oferta y control de la formación desde los grupos médicos; riesgo moral y selección adversa desde los usuarios; aumento de la utilización y pago de servicios de alta tecnología (inducción de demanda de alta tecnología) y baja capacidad resolutive en el nivel primario. Se deben introducir mecanismos que privilegien e integren la atención primaria, la ambulatoria y la entrega de los servicios de salud pública, teniendo en cuenta las necesidades de las diferentes regiones del país y las condiciones de salud de la población. Los análisis del Ministerio indican una baja tasa de utilización del nivel básico (60%) con alta tasa de uso de la alta complejidad, por encima del 90%, lo cual puede conllevar a condiciones de insostenibilidad financiera.⁵⁴

La auditoría de calidad que se ejecuta en Uruguay sobre el Fondo Nacional de Salud, el cual es controlado a partir del Sistema de regulación de prestadores integrales y parciales que busca garantizar que se ejecute a cabalidad lo establecido en el Plan Integral de Prestaciones (PIP), el cual tiene como objetivos:

- Actividades de promoción y protección específica dirigidas a las personas de acuerdo a los antecedentes personales, familiares, sociales y comunitarios.
- Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los problemas de salud-enfermedad identificados
- Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos según corresponda.

Todo esto se orienta para que la prestación de servicios de salud se lleve bajo condiciones de calidad que se miden con indicadores definidos que se publican periódicamente y se vigila por la superintendencia de salud²⁵.

Esto quiere decir que se debe implementar un sistema de auditoria que vea el sistema de salud como uno solo, pero que pueda evaluar sus componentes como partes separados y establecer cuál de ellas presenta falencias para que sean corregidas de manera eficiente.

La Política de Atención Integral en Salud (PAIS), tiene como objetivo orientar el sistema hacia la mejora de las condiciones de salud de la población, regulando las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud), para garantizar el derecho a la salud, consolidando actividades de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. A partir de ello, se implanta un Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que implica un cambio en las prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los agentes a los objetivos de una regulación que centra el sistema en el ciudadano, su familia y su entorno. Esto implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo territoriales acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.⁵¹

Según la Ley 1438 del 2011, el Modelo Integral de Atención en Salud, que hace parte de la Política Integral de Atención en Salud, se plantea para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud y de la gestión del riesgo por parte de las EPS y disminuir la inequidad en el acceso a esos servicios. La exigencia normativa dada por la ley 1438 de 2011, en relación a la definición e implementación de un plan nacional de mejoramiento de calidad, impone condiciones al Ministerio de Salud y Protección Social frente al mejoramiento de la calidad en la atención y la obtención de resultados evaluables, reconocidos y direccionados para lograr el compromiso de todos los agentes del sistema. Dando cumplimiento a este mandato, la Oficina de Calidad del Ministerio ha construido el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS), el cual

estructura su propuesta en torno a tres ejes: las personas como centro y finalidad del sistema, la calidad a partir de un enfoque sistémico y, la transformación de la gestión del sistema mediante procesos de autoevaluación, dirigidos hacia capacidades de ajuste, mejora continua e innovación.⁵⁴

El PNMCS propone tres directrices de calidad para las acciones y procesos de gestión de los agentes del Sistema de Salud: Seguridad, que se oriente también en la protección de las personas contra las situaciones, riesgos o amenazas graves, para garantizar el mejor resultado final posible. Coordinación, la necesidad del trabajo articulado y colaborativo entre los agentes del Sistema que permita la integralidad y continuidad de la atención mediante la adopción de redes y rutas que fomenten el liderazgo y generen sinergias de cooperación. Transparencia, se reconoce la necesidad de la transparencia de los agentes del sistema como directriz en sus acciones, en el marco de lo definido por la Ley de Transparencia y del derecho a la información pública nacional. A su vez reconoce que esta debe orientarse principalmente a la prevención de actos de corrupción, al fomento de buenas prácticas de gestión y al cuidado de los recursos del Sistema de Salud por parte de los agentes y los usuarios.

El PNMCS aún se encuentra en su fase de implementación, por lo que todavía no es posible visibilizar sus resultados. Se han fijado unas metas y actividades de actualización del sistema a desarrollar, con plazo de cumplimiento hasta el año 2021. *“M1: A 2019, Colombia contará con un Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad actualizado que impulse la humanización, seguridad, coordinación y transparencia en el Sistema de Salud. M2: A 2021, se habrá implementado la actualización del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad”*⁵⁴.

El Gobierno Nacional decidió reagrupar y redireccionar el Modelo de Atención Integral de Salud, MIAS, a través del nuevo Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), que hace parte de la Política de Atención Integral en Salud, PAIS. El propósito del MAITE es priorizar y articular ocho líneas de trabajo: aseguramiento, prestación de servicios, salud pública, talento humano, financiación, enfoque diferencial para cada territorio, trabajo intersectorial y la gobernanza como participación social.

MAITE tiene como objetivo acercar el Ministerio a las regiones a través del diálogo directo con los actores, promoviendo el desarrollo de proyectos de salud, identificando las particularidades y soluciones para territorios que tanto requieren asistencia efectiva. La nueva plataforma estratégica comprende los siguientes ejes orientadores: una visión de largo plazo, énfasis en la calidad, trabajo en salud pública, reforzamiento del talento humano en salud, y garantizar la sostenibilidad financiera del sistema.

Por lo tanto, en Colombia es necesario en primer lugar implementar la simplificación de los procesos de acreditación y habilitación de la calidad en la salud, reduciendo el número de estándares, lo que facilitará el proceso auditor, así como su seguimiento y control, lo que a largo plazo redundará en la calidad del servicio, cumpliendo así con el fin de la auditoria. Otro aspecto que es necesario reevaluar es la aplicación de auditorías y procesos adaptados a los diversos tipos de instituciones prestadoras de servicios existentes, pues es claro que no se puede evaluar bajo los mismos criterios entidades de distinto nivel de atención. Por último, se debe actualizar la auditoria de cada uno de los procesos estructurales, enfocándose en la prestación del servicio y la calidad del mismo y no en la facturación.

CONCLUSIONES

Es claro que existen semejanzas entre los tres sistemas de calidad en salud y en los procesos auditores de los mismos, debido en buena parte en que se basan en aspectos legales y normativos que son de carácter obligatorio en muchos casos y que se manejan de acuerdo a estándares e indicadores que permiten su seguimiento, sin embargo, los tres sistemas presentan fallas y deben tomarse acciones pertinentes para modificarse.

Se requiere reconocer la necesidad de una transformación colectiva que impacte en la cultura actual y que impulse un verdadero compromiso de los agentes para el logro de los resultados en salud, en beneficio del desarrollo humano. El reto para los países de Latinoamérica se encuentra dado entre la mediación de las políticas y los procesos de acreditación que se han adelantado con la integración asertiva de las realidades de cada población. lo cual también se relaciona con un alto nivel de compromiso de los estados y de los entes acreditadores, en la introducción de presupuestos y en la asignación de los recursos de manera acertada, permitiendo una implementación de estándares de acreditación homogenizados que reduzcan al máximo interpretaciones ambiguas de los diferentes conceptos y directrices, de modo que los avances desarrollados permitan generar impacto positivo y posicionarse como prestadores de servicios con calidad.

Si el sistema de salud sigue girando en torno a las lógicas del consumo y el mercantilismo, se va a seguir dificultando la humanización de los servicios, siendo de este modo las acciones de promoción de la calidad insuficientes para mejorar las condiciones de salud en las poblaciones. Es tan importante el papel desempeñado por los miembros de la comunidad, como también es importante vincular seriamente a los trabajadores, empoderándolos de la relevancia de implementar las mejoras en calidad, así como magnificar la labor de la prestación de servicios de salud, desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano y en las instituciones de salud, que contribuyan a humanizar la gestión de las organizaciones. mejorando la ejecución de las actividades y redundado en el bienestar colectivo, para lo cual se debe establecer estrategias de capacitación de manera asertiva direccionándolas hacia todos los actores del sistema,

de manera que los procesos de calidad y acreditación se constituyan en una construcción conjunta.

Es indispensable promover cambios normativos en materia de calidad que impulsen la humanización, la seguridad, la coordinación y la transparencia en el Sistema de Salud, impulsar el enfoque sistémico en la gestión administrativa y clínica en los agentes del Sistema para el logro de los resultados en salud e incentivar la gestión del conocimiento mediante el fomento del aprendizaje, innovación e investigación, para orientar la toma de decisiones y la definición de políticas públicas que fortalezcan la calidad y la humanización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 2015.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Auditoría para el mejoramiento de la calidad. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx>
3. Florian, C. La auditoría, origen y evolución ¿Por qué en Colombia solo se conoce a través de leyes? [Artículo de investigación] [Bogotá]: Universidad Libre de Colombia; 2016.
4. Guzmán, A. Auditoría de calidad tradicional vs auditoría de calidad y costos en salud. Una revisión de sus elementos diferenciadores y comunes. [Trabajo de investigación de maestría]. [Medellín, Colombia]: Universidad CES; 2014.
5. García, M; Quispe, C; Ráez, L. Mejora continua de la calidad en los procesos. Industrial Data, vol. 6, núm. 1, agosto, 2003, pp. 89-94.
6. Álvarez, F. Calidad y auditoría en salud. ECOE Ediciones. 2015.
7. Argel, J. Jaimes, J. Modelo de auditoría de la calidad de la atención en salud, para la IPS CLÍNICA REVIVIR S.A.: estructura técnica y metodológica básica. [Tesis de especialización]. [Bucaramanga, Colombia]: Universidad Industrial de Santander; 2009.
8. Moreno, L. Petro, P. Plan de auditoría de la calidad de la atención en salud, para la Clínica dermatológica CUIDARTE S.A. [Tesis de especialización]. [Bucaramanga, Colombia]: Universidad CES/Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2015.
9. Borré, Y. Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla. [Tesis de maestría]. [Bogotá, Colombia]: Universidad Nacional de Colombia. 2013.
10. Vargas, O. La Medición de la Percepción de la Calidad de los Servicios Odontológicos como Herramienta para su Mejoramiento. Aplicación en las Clínicas

Odontológicas Integradas de Bogotá. [Tesis de maestría]. [Bogotá, Colombia]: Universidad Nacional de Colombia. 2016.

11. Cotes, Z., Tapie, S., Cabrera, E., Achicanoy, J. Calidad de la atención médica en el servicio de consulta externa desde la perspectiva de los usuarios del hospital Lorencita Villegas de Santos E.S.E. primer trimestre del 2016 Samaniego –Nariño. [Tesis de especialización]. [Pasto, Colombia]: Universidad CES Medellín –Universidad Mariana Pasto. 2016.

12. Jiménez, W. Pérez, A. Conocimiento del personal de salud de una clínica en Bogotá acerca del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Revista Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular. Volumen 15. Número 2. 2016.

13. Gaitán, E. La humanización y su impacto en el sistema de gestión de la calidad del Hospital de Fontibón en Bogotá. Revista Signos. Volumen 6. Número 2. 87-99 páginas. 2014.

14. López, V. España, E. Hernández, A. Estimación de calidad del cuidado de enfermería en pacientes sometidos a hemodiálisis. Revista Ciencia y Cuidado. 2018.

15. Arango, P. Flórez, P. Pérez, A. Rodríguez, C. Estado del arte del concepto de auditoría en salud. [Trabajo de grado]. Universidad Santo Tomás. 2018.

16. Ministerio de la Protección Social. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007.

17. Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006.

18. Ministerio de Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007.

Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

19. Burgos, M., Hernández, A. y Mieles, J. Programa De Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención En Salud De La Institución Prestadora De servicios De Salud “IPS famisalud premium S.A.S. Currulao (Turbo). Universidad CES. 2013.

Disponible en:

http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/2182/2/AUDITORIA_MEJORAMIENTO_CALIDAD_ATENCION_SALUD.pdf

20. Ministerio de Salud-Gobierno de Chile. Metodología: elaboración de planes de mejora continua para la gestión de calidad. 2009. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14451_recurso_1.pdf

21. Gobierno de Chile. Acreditación de Calidad en Salud. 2011. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/b644fa9a8af8d5cce040010164011221.pdf>.

22. Araujo, M. Elaboración de planes de mejora continua para gestión de calidad. Gobierno de Chile. 2009.

23. Casuriaga, A. y otros. Auditoría de historias clínicas: una herramienta de evaluación de la calidad asistencial. Hospital Pediátrico – Centro Hospitalario Pereira Rossell. 2018. Archivos de Pediatría del Uruguay, Vol. 84, No. 4.

24. Instituto Nacional de Calidad Uruguay. Mejora De La Calidad En La Salud En Uruguay Proyecto “Libro Blanco”. 2015. Disponible en https://inacal.org.uy/wp-content/uploads/2019/02/Libro_Blanco.pdf

25. Presidencia de la República Oriental de Uruguay. Sistema nacional integrado de salud. Disponible en <https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>

26. Congreso de la República Oriental de Uruguay. Decreto Ley 15.903 de 1987

28. Espinel, A. Propuesta De Un Modelo De Auditoria De Calidad En Salud, Basada En La Norma ISO 19011:2012 Para el Subsistema De Salud De Las Fuerzas Militares. 2019. Universidad Militar Nueva Granada.

29. Ministerio de Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007.

30. Bejarano, J., Cortés, A. y Pinzón, O. (2016). Alimentación hospitalaria como un criterio para la acreditación en salud. Perspectivas de nutrición humana, Vol. 18, No. 1. Disponible en

<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/view/26496/20791197>

31. Kerguelén. B. Calidad en salud en Colombia. Los principios. 2008. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

32. Aran, D. y Laca, H. Sistema de Salud de Uruguay. 2011. Disponible en <https://scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s265-s274/>

33. República Oriental del Uruguay. Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados Partes del MERCOSUR. 2013. Disponible en https://uruguay.observatoriorh.org/sites/uruguay.observatoriorh.org/files/webfiles/Perfil%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud_MERCOSUR_ROU.pdf

34. Sindicato Médico de Uruguay. Estudio sobre el desempeño y calidad de la atención en salud ubica a Uruguay en el puesto 68 del mundo. Disponible en <https://www.smu.org.uy/estudio-sobre-el-desempeno-y-calidad-de-la-atencion-en-salud-ubica-a-uruguay-en-el-puesto-68-del-mundo/>

35. Gattini, C. Necesidad de monitoreo y evaluación del sistema de salud chileno. 2018. Observatorio Chileno de salud Pública.

36. Camelo, J. Herramientas de auditoría en salud. Bogotá D.C., Fundación Universitaria del Área Andina. 2017

37. Rodríguez, L., Sánchez, A., Zamora, P., Araya, L. Análisis comparado de los procesos de calidad en fisioterapia/kinesiología de Colombia y Chile. Revista de ciencias de la salud. Disponible en <http://www.redalyc.org/jatsRepo/562/56238625004/html/index.html>

38. Grupo de trabajo multiinstitucional sobre Garantía de Calidad y Acreditación de Servicios de Salud. 2ª reunión nacional sobre garantía de calidad y acreditación de servicios de salud experiencias nacionales. 1998. Disponible en <http://ops-uruguay.bvsalud.org/pdf/serviciossalud.pdf>

39. González, M; de Zayas Pérez, M; López, J. Auditoría de información y auditoría de conocimiento: acercamiento a su visualización como dominios científicos. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud, vol. 26, núm. 1, enero-marzo,2015, pp. 34-52Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas Ciudad de La Habana, Cuba. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=377645760005>
40. Carabaloso, K; Romero, O; Castro, M. Auditoría de información como instrumento de gestión en la biblioteca de la Universidad de Sancti Spíritus. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud, vol. 26, núm. 2, abril-junio, 2015, pp. 107-124Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas Ciudad de La Habana, Cuba. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=377645761003>
41. Salas, G; Ponjuán, G. Auditoría del conocimiento orientada a procesos principales en un área biomédica. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud, vol. 25, núm. 3, 2014, pp. 303-316Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana, Cuba. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=377645758005>
42. González, M. V; Pinto, M; Ponjuán, G. Metodología integradora de la auditoría de la información y el conocimiento para organizaciones. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud, vol. 28, núm. 1, enero-marzo,2017, pp. 60-76Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Ciudad de La Habana, Cuba. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=377649597005>
43. Velásquez, P; Velásquez, S. M; Velásquez Lopera, M; Villa Galeano, J. Implementación de la gestión de riesgo en los procesos misionales de la Sección de Dermatología de la Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia) siguiendo las directrices de la norma ISO 9001:2015Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 16, núm. 33, julio-diciembre, 2017, pp. 78-101. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54553416006>
44. Camacho Cogollo, J.E.; Torres Vélez, D.M.; Chavarría, T. Gestión de equipos médicos: implementación y validación de una herramienta de auditoría. Revista Mexicana de Ingeniería Biomédica, vol. 38, núm. 1, enero-abril, 2017, pp. 76-92Sociedad Mexicana

de Ingeniería Biomédica. Distrito Federal, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=61949530006>

45. Cabrera Vallejo, M; Uvidia Villa, G; Villacres Cevallos, E. Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, para la empresa de vialidad. IMBAVIAL E.P. Provincia de Imbabura. Industrial Data, vol. 20, núm. 1, 2017, pp. 17-26 Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81652135002>

46. Díaz Cárdenas, S; Buelvas Montes, L; De La Valle Archibold, M; Bustillo Arrieta, J. M. Satisfacción de servicios de salud e impacto sobre calidad de vida en pacientes adultos. Archivos de Medicina (Col), vol. 16, núm. 2, julio-diciembre, 2016, pp. 290-303 Universidad de Manizales Caldas, Colombia. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273849945008>

47. Restrepo Sierra¹, L. H; López Ríos, M. Sistema de información para la calidad en salud: una realidad por explorar, para conocer y decidir responsablemente. Revista CES Salud Pública. 2015; 6: 52-62.

48. Vásquez Tejos, J; Torres Vallejos, J. Caracterización de los auditores de sistemas de gestión pertenecientes a empresas certificadoras en Chile. SIGNOS. Vol. 10. N.º 2. 2018. pp. 55-69

49. Torres Navarro, C; Malta Callegari, N; Zapata Casabón, C; Aburto Viveros, V. Metodología de gestión de riesgo para procesos en una institución de salud previsual. 2015. Universidad, Ciencia y Tecnología, 19(75), 98-109. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-48212015000200004

50. Betancourt, A; Trujillo, M. Desarrollo de procesos de acreditación en países de Latinoamérica y el Caribe. Universidad Nacional de Colombia. 2012.

51. Haretche, A; Scarpitta, C; Baldizzoni, M; Leiva, G; Gambogi, R; Primus, H; Gomez, L. Estándares para evaluación y seguimiento para la mejora de la calidad de los Institutos de Medicina Altamente Especializada. Vol. 2. Montevideo. 2012. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/libro_mejora_calidad_139_web.pdf

52. Moreno Gómez, G. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? Revista médica Risaralda vol.22 no.2 Pereira. 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672016000200001

53. Minsalud. Lineamientos para el mejoramiento de la calidad de la gestión en el sistema de salud. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021. Bogotá, D. C., Colombia, diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/02-lineamientos-calidad.pdf>

54. Minsalud. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) Plan Estratégico 2016-2021. Bogotá, D. C., Colombia, diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>