

POLÍTICA PÚBLICA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD  
EN COLOMBIA.

FLORELEY MONTOYA OCHOA  
YANINA LUZ VÁSQUEZ BALLESTA

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA- UNAD  
ESCUELA DE CIENCIAS JURÍDICAS Y POLÍTICAS  
ECJUP  
PROGRAMA ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN PÚBLICA  
SAHAGÚN, COLOMBIA

2018

POLÍTICA PÚBLICA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD  
EN COLOMBIA.

FLORELEY MONTOYA OCHOA  
YANINA LUZ VÁSQUEZ BALLESTA

Monografía presentada para optar el título de especialista en Gestión Pública  
Directora. Msc. Catherine del Pilar Díaz Sanabria.

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA- UNAD

Escuela de Ciencias Jurídicas y Políticas

ECJUP

Programa Especialización en Gestión Pública

Sahagún, Colombia

2018

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

---

Firma del Presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

Montería, 1 de octubre de 2018

## **DEDICATORIA**

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más; a mi familia, mi esposo Raúl y a mis hijos Liseth Vanessa y Juan Sebastián, por haberme acompañado durante todo este proyecto de vida, a mis tutores, gracias por su tiempo, por su apoyo y por compartir y transmitir su sabiduría en el desarrollo de ésta formación.

Floreley Montoya Ochoa

A Dios porque me permitió bajo su dirección la gran bendición de presentar ante ustedes este trabajo, A mi familia que siempre creyeron en mí, dando ejemplo de superación, humildad y sacrificio y enseñándome a valorar la oportunidad de vivir y alcanzar los sueños y metas propuestas.

Yanina luz Vásquez Ballesta

## **AGRADECIMIENTOS**

Ante todo a Dios, quien guía mi vida; a mi familia por su apoyo incondicional para alcanzar un logro más; al SENA, institución para la cual laboro y que me ha ayudado alcanzar muchos sueños y a todas esas personas que con su valiosa colaboración hicieron posible el desarrollo de mi especialización.

Agradezco a Dios por la fortaleza que me ha dado durante toda mi vida y de esta manera permitirme alcanzar el crecimiento profesional.

A la universidad UNAD y cada uno de sus tutores por ser guía constante de nuestro aprendizaje, en especial a la sede UNAD de Sahagún- Córdoba.

Floreley Montoya Ochoa

Yanina Vásquez Ballesta

## Resumen

La política pública de calidad en Colombia, es una herramienta de mejoramiento continuo para el alcance de la acreditación de los servicios de salud, por ello, la monografía pretende compilar información existente acerca de la evolución y desarrollo de la política pública de la gestión de calidad en las instituciones de salud en Colombia. Metodológicamente se realizó una monografía de compilación, para ello, se analizaron aproximadamente 180 fuentes bibliográficas, de cuya población se tomó una muestra de 129 fuentes, entre las cuales se encuentran materiales documentales obtenidos de bases de datos académicas, se citaron 59 publicaciones científicas como artículos, revistas e informes de investigaciones publicados en revistas de investigación nacionales e internacionales. También se tomaron 18 registros de boletines, documentos o publicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, y 20 referencias de webs especializadas en temas del sector salud y 13 libros (SCOPUS, Medimed, proquest, legis, Medline, Biblioteca Virtual en Salud-BVS, Bibliomed, Scirus, LILACS, OMS y OPS). Así mismo se consultaron 20 normas (leyes, decretos, resoluciones y circulares) relacionadas con la temática, entre otras fuentes. Se inició con la fase heurística o de búsqueda y selección y se continuó con la hermenéutica o de asimilación/redacción de los textos por las autoras; Finalmente se redactó el análisis en el que se destacan la diversas normas en secuencia cronológica desde la Constitución de 1991, la Ley 100 de 1993 y sus tres reformas, pasando por los decretos que establecieron el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad desde el decreto 2174 de 1996 , el 2309 de 2001 hasta el 1011 de 2006, vigente a la fecha, Así mismo el desarrollo en cada uno de los componentes mostrando los beneficios y el progreso dados en el Sistema único de Habilitación, Acreditación , Información para la calidad y la auditoría para el

mejoramiento . La monografía propiamente dicha está compuesta por tres capítulos, en los que se compila información científica que da respuesta a los objetivos propuestos.

**Palabras Clave:** acreditación en salud, auditoría en salud, calidad de la atención de salud, gestión organizacional, instituciones de salud.

## **Abstract**

The quality public policy in Colombia, the monograph aims to compile information on the evolution and development of public policy of quality management in health institutions in Colombia. Methodologically a compilation monograph was carried out, for which approximately 180 bibliographical sources were focused, from its population a sample of 129 sources was taken, among which documentary materials obtained from academic databases were found, 59 scientific publications were cited as articles, magazines and research reports published in national and international research journals. Also 18 records of newsletters, documents or publications of the Ministry of Health and Social Protection, and 20 books of journals specialized in health sector issues and 13 books were taken (SCOPUS, Medimed, proquest, legis, Medline, Virtual Library in Health -BVS, Bibliomed, Scirus, LILACS, WHO and OPS). Likewise, 20 standards (law, decrees, resolutions and circulars) related to the subject were consulted, among other sources. It began with the heuristic or search and selection phase and continued with the hermeneutics or assimilation / writing of the texts by the authors; Finally, the analysis was drafted, which highlights the different norms in the chronological sequence from the 1991 Constitution, Law 100 of 1993 and its three reforms, going through the decrees that established the Obligatory System of Quality Assurance since 2309 from 2001, 2174 to 1011 of 2006, in force to date, as well as the development in each of the components plus the results and progress in the Single System of Enabling, Accreditation, Information for quality and audit for improvement. The monograph itself consists of three chapters, which compiles scientific information that responds to the proposed objectives.

**Keywords:** accreditation in health, health audit, quality of health care, organizational management, health institutions.

## Tabla de contenido

|   |    |
|---|----|
| Introducción  | 12 |
| 2. Planteamiento del problema   | 13 |
| 3. Justificación  | 16 |
| 4. Objetivos  | 17 |
| 4.1. General  | 17 |
| 4.2. Específicos  | 17 |
| 5. Marco conceptual y teórico   | 18 |
| 5.1. Marco conceptual   | 18 |
| 5.2. Marco teórico  | 20 |
| 5.2.1 Políticas públicas de calidad a nivel mundial y sistemas de gestión | 20 |
| 5.2.2 Políticas públicas de calidad a nivel latinoamericano               | 21 |
| 5.2.3 Políticas públicas de calidad a nivel colombiano                    | 23 |
| 6. Metodología  | 27 |
| 6.1 Tipo de estudio   | 27 |
| 6.2 Unidad de análisis  | 27 |
| 6.3 Población   | 27 |
| 6.4 Muestra   | 27 |
| 6.5 Fuentes bibliográficas de información                                 | 27 |
| 6.6 Organización de la información  | 27 |
| 6.7 Presentación de la información  | 28 |
| 6.8 Aspectos éticos   | 28 |
| 6.9 Aspectos de derechos de autor y propiedad intelectual                 | 28 |
| 7. Monografía   | 28 |

|   |    |
|---|----|
| Capítulo 1. Tipo de organizaciones, naturaleza y funciones con respecto a la política pública de calidad en el sistema de salud | 29 |
| Capítulo 2. Legislación sobre los componentes del sistema obligatorio de la calidad   | 33 |
| Capítulo 3. Evolución y estado actual de los componentes sistema obligatorio de la calidad                                      | 44 |
| 8. Consideraciones finales  | 55 |
| 9. Conclusiones   | 58 |
| 10, Recomendaciones   | 60 |
| Referencias bibliográficas  | 61 |

## **Lista de tablas**

Tabla 1. Indicadores trazadores para el monitoreo de la calidad

49

## **Lista de gráficos**

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1. Índice de políticas en las regiones del mundo   | 23 |
| Gráfico 2. Personas según opinión sobre la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que están afiliadas (Distribución porcentual) Total nacional Año 2016 – 2017 | 53 |
| Gráfico 3. Carácter de las instituciones acreditadas en Colombia 2.016.  | 54 |
| Gráfico 4. Carácter de las instituciones acreditadas en Colombia 2.016   | 55 |

## **1. Introducción**

La política de calidad en los servicios de salud en Colombia los ha establecido el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los colombianos. La prestación del servicio de salud, según estudios realizados por varias instituciones como del Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social y del Departamento Nacional de Planeación, así como los del Centro de Gestión Hospitalaria y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, entre otros, han evidenciado la problemática de los prestadores de servicios de salud. Entre otros la baja capacidad resolutiva, inflexibilidad del régimen laboral del sector público, pasivo prestacional de hospitales públicos y la inmadurez del sistema de calidad y el de información en salud; éstos llevaron al Ministerio de la Protección Social, conforme a la responsabilidad asignada en la normatividad vigente, a la problemática detectada y a las recomendaciones de los actores del SGSS, a formular la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, que determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia y fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC). Han pasado 13 años desde su formulación, y no existe un documento que compile información reciente sobre el desarrollo y la evolución del sistema. Por ello las investigadoras establecieron como objetivo determinar el desarrollo y la evolución de la política pública de gestión de calidad en las instituciones de salud en Colombia. Se consultó bibliografía referente a la temática, las cuales se presentan en tres capítulos que contienen los resultados de la compilación documental del estado de la política de calidad en Colombia, su normatividad desde el contenido de los pactos que se han realizado a nivel mundial, hasta la adopción que se ha realizado en Colombia a través de las leyes y lineamientos como respuesta al mandato constitucional y la situación actual.

## 2. Planteamiento del problema

Vargas (2009), define la política pública como un proceso integrador de decisiones, acciones, inacciones, acuerdos e instrumentos, adelantado por autoridades públicas con la participación eventual de los particulares, y encaminado a solucionar o prevenir una situación definida como problemática. La política pública hace parte de un ambiente determinado del cual se nutre y al cual pretende modificar o mantener. De igual forma, Álzate (2011), afirma que las políticas públicas responden a necesidades complejas que no tienen un origen específico y representan dinámicas que no tienen causales específicas o dinámicas claras.

Por otra parte, la atención en salud debe regirse por características inherentes al servicio, como son la calidad, idoneidad del personal, oportunidad, confianza e integralidad, sin embargo, en algunas ocasiones se presentan falencias debido al incumplimiento de las normas establecida para la prestación de un buen servicio (Ministerio de salud y protección social, 2007). La calidad brinda grandes beneficios tanto para los usuarios como para las organizaciones, generando un alto impacto en la prestación de los servicios, orientado hacia el incremento en la satisfacción de las expectativas y percepciones de sus clientes (Superintendencia de salud, 2014) (Superintendencia Nacional de Salud).

En Colombia el estado ha establecido como política su propio sistema de calidad mediante el Decreto 1011 del 3 de abril del 2006, el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud (SOGCS) para ser adoptado por las organizaciones del sector salud de manera obligatoria, con la finalidad de mejorar la prestación del servicio y garantizar la seguridad de los pacientes (Constitución política de

Colombia, 1991). Para evaluar su aplicabilidad, estudios han evidenciado que en Colombia existe un desmejoramiento del sector salud (Ministerio de Salud, 1993), en donde se enfrenta a grandes retos como son lograr la universalidad y alcanzar la excelencia en la prestación de servicios de salud, para así optimizar las condiciones de vida de la población (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Una de las herramientas para lograr el cumplimiento de la política pública de calidad de un servicio de salud de excelencia es la implementación del Sistema de Acreditación incentivando las buenas prácticas, aumentando la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionando información que permita tomar decisiones con base a los resultados (Borrero, Gómez; 2013). Así mismo, la acreditación permite evaluar de forma sistemática el desempeño en la atención de salud, siendo considerada una estrategia eficaz para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, permitiendo que las instituciones se encaminen hacia el desempeño con excelencia continua y prestar un servicio oportuno con altos estándares de calidad y centrado en el paciente (Jiménez, 2013). No obstante la importancia de la política pública de salud en Colombia esencialmente por tener como fin el garantizar la calidad de vida de la población colombiana, algunos estudios se han ocupado de examinar las desigualdades sociales y/o las inequidades que resultan de la falta de justicia social (Quintero, 2011) (Ley 10, 1990); otro tipo de estudios se ha ocupado de la relación entre distribución del ingreso y el avance del sistema de salud, en términos de afiliación, gasto y subsidio en salud (Ocampo, 1994) (Sánchez, 1998.) (Superintendencia Nacional de Salud, 2009) (Carcaño, 2017) (Vélez, 1996) (Ministerio de Salud, 2000).

Aunque desde 1993 en adelante la distribución general del ingreso en Colombia no

ha mejorado de manera sustancial, se ha indicado que entre 1980 y 1993 el nuevo sistema de salud ha contribuido a que el ingreso de la población más pobre se incremente en promedio en un 45 %, el gasto en salud pasó de 2,4% a 4,7% del PIB; el subsidio en el gasto en salud para el grupo más pobre de la población pasó de 0,42 a 1,3% y llegó a representar el 45% del ingreso de los hogares del quintil (Soberón, Naro; 1985) (Resolución 1118, 2001) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Otros estudios se ocupan de identificar las desigualdades en la distribución del gasto y del subsidio en salud (Cuevas, López, Manclares, 2018). Otros estudios se ocupan de las desigualdades e inequidades en el acceso, utilización y calidad de los servicios de salud (Decreto 1011, 2006) (Macías-Chapula, 2012).

Todo lo anterior sugiere resultados positivos con respecto a la cobertura, el acceso a consulta, la protección financiera y el salario, pero, la búsqueda evidencia que persisten vacíos en estudios que evidencien la evolución y desarrollo y estado actual, de la política pública de calidad en las instituciones de salud en Colombia. Por lo anterior a través de esta investigación, nace la necesidad de responder a los siguientes interrogantes: ¿Cuál es el desarrollo y la evolución de la política pública de gestión de calidad en las instituciones de salud en Colombia?

¿Cuál es el tipo de organizaciones del sistema de salud, su naturaleza y sus funciones?

¿Cuál es la legislación y el tipo de información investigativa que existe sobre la política pública de gestión de la calidad?

¿Cuál es el estado actual de los componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad?

### **3. Justificación**

Desde el punto de vista académico y dentro del estudio de la gestión de política pública, se hará una revisión documental en la que se permitirá vislumbrar mediante la aplicación de la teoría de sistemas, la implementación de la política en los sistemas de gestión de la calidad en las instituciones de salud en Colombia.

El estudio a realizar llenará vacíos investigativos con respecto al desarrollo y estado actual del desarrollo organizacional del actual sistema de gestión de calidad y se convertirá en línea de base para futuras investigaciones a nivel nacional, por lo cual se considera de gran relevancia académica. Así mismo, será de gran interés metodológico, ya que se compilará información científica, procedente de bases de datos, artículos, libros, normas cuyos resultados servirán de base para comparar con otras investigaciones similares. La relevancia e impacto social se deriva del aporte en la gestión del conocimiento por contribuir a un mejor entendimiento de la política de calidad y el desarrollo organizacional de las instituciones de salud, como también el crecimiento académico e intelectual de aquellas personas que deseen emplearlo como documento de referencia para futuras investigaciones.

Por lo aspectos académicos, jurídicos, de gestión del conocimiento e investigativos, anotados anteriormente, el estudio es pertinente y relevante ya que se analizará la implementación de políticas públicas que son de obligatorio cumplimiento para las instituciones que conforman el SGSSS. Finalmente es factible de desarrollar, ya que los investigadores cuentan con el acceso de bases de datos y otra información científica y los recursos financieros propios para lograr el desarrollo del estudio.

## **4. Objetivos**

### **4.1. General**

Determinar el desarrollo y la evolución de la política pública de gestión de calidad en las instituciones de salud desde 2006 hasta 2017 dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia.

### **4.2. Específicos**

Caracterizar el tipo de organizaciones del sistema de salud, su naturaleza y funciones. Identificar la legislación y el tipo de información investigativa que existe sobre la política pública de gestión de la calidad.

Describir la evolución y el estado actual de los componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad.

## **5. Marco conceptual y teórico**

### **5.1 Marco conceptual**

Dentro de los conceptos básicos en la comprensión del tema de la monografía se destacan los siguientes:

Atención de 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 (Decreto 1011, 2006).

Atención integral. Respuesta a las necesidades de salud individual, familiar y colectiva a través de la integración de las acciones inter- y transectoriales para propiciar la prosperidad en salud; el énfasis del SGSSS está dirigido a la promoción de la salud, la prevención de riesgos, la atención y la rehabilitación de la enfermedad, además de las acciones requeridas para garantizar la prestación de servicios de manera sistemática y ordenada.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. 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.

Calidad de la atención de salud. 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.

Calidad de vida. Percepción de un individuo de su posición en el contexto cultural y en el sistema de valores en que vive en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Es una construcción social.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

Componentes del SOGC: El SOGC está conformado por cuatro subsistemas denominados componentes (artículo 4, Decreto 1011 del 2006), que son: El Sistema Único de Habilitación (SUH), La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC), El Sistema único de Acreditación (SUA) y El Sistema de Información para la Calidad (SIC).

Política: El propuesto por Macías-Chapula (2009) como el conjunto de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo, que se llevan a cabo para lograr un determinado fin. Es un modelo coherente, unificador e integrador de decisiones, en términos de objetivos a largo plazo, programas de acción y prioridades en la asignación de recursos.

Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud (SOGC): Tiene como objetivo proveer 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.

## **5.2 Marco teórico**

### **5.2.1 Políticas públicas de calidad a nivel mundial y sistemas de gestión.**

Van y Le Moigne (1990), señalan que para que tenga lugar la conducta con propósito de un sistema, se deben dar un conjunto de requisitos entre los que se destacan que el objeto o propósito al cual se atribuye la conducta, debe ser parte del propio sistema. Esto es que se genera desde sus partes constitutivas. A su vez, es importante que esa conducta esté dirigida hacia un objetivo que tenga relacionamiento con los componentes internos del sistema y con el medio en que se desarrolla. Por otra parte, la elección de una determinada conducta debe conducir a un resultado expresado explícita o implícitamente, por la voluntad del administrador. Estas bases son importantes para comprender el funcionamiento de las organizaciones administradas, junto con la problemática de la interacción con el entorno. Lo que caracteriza a un sistema abierto no son precisamente sus componentes internos, es su relación con el entorno. El sistema no es la parte importante y el entorno se convierte en lo accesorio. Sistema y entorno, son igualmente importantes, para comprender el comportamiento del sistema funcionando. Según Luhmann (1990): "Los sistemas no sólo se orientan ocasionalmente o por adaptación hacia su entorno, sino de manera estructural, y no podrían existir sin el entorno. Se constituyen y se mantienen a través de la producción y el mantenimiento de una diferencia con respecto al entorno, y utilizan sus límites para regular esta diferencia". Un sistema abierto no existiría si no puede diferenciarse de su entorno. De

la misma manera, el entorno forma parte de la propia existencia y comportamiento del sistema, en la medida que esa interacción lo caracteriza como tal.

Montaña y Torrez (2015), manifiesta que la década de los ochenta, marca el comienzo de la era de la gestión de la calidad como disciplina, convirtiéndose en uno de los pilares indiscutibles de la gestión empresarial. Aunque varios autores argumentan que los cimientos de la disciplina datan de la era de la industrialización a finales del siglo XIX, no fue sino hasta la década de los ochenta donde se registra un número significativo de iniciativas operacionales y estratégicas explícitas en el tema, en empresas manufactureras estadounidenses, asiáticas y europeas (Fisher y Nair, 2009) (Juran y Gryna, 1995). En esta década se presentan las primeras normas de aseguramiento desarrolladas por la Organización Internacional de Normalización (ISO, por su sigla en inglés), que promueve el concepto de excelencia en la gestión de calidad a través del Premio Nacional a la Calidad ‘Malcolm Baldrige’ en los Estados Unidos y la difusión del paradigma de gestión de la calidad total (GCT). Para finales de la década de los ochenta, expertos reconocidos internacionalmente en el tema como Juran, Deming, Crosby, Ishikawa y Feigenbaum renovaron el paradigma empresarial imperante por medio de la exposición diáfana de los beneficios de la GCT, la necesidad de enfocarse en las exigencias de los clientes, el potenciamiento del recurso humano y otros temas relacionados con la mejor utilización de los recursos empresariales (Martínez-Lorente, Dewhurst y Dale, 1998).

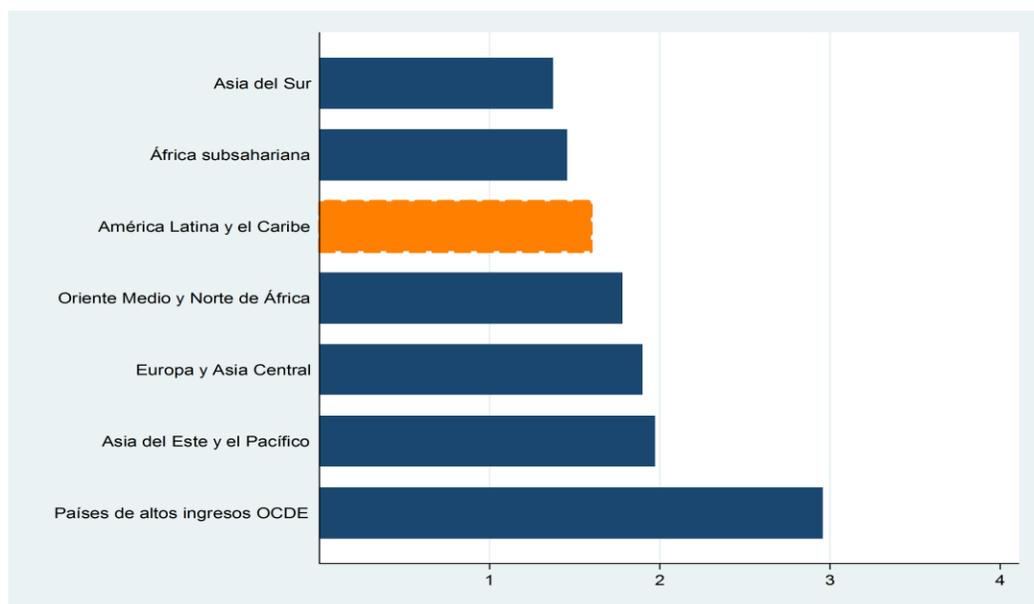
Desde entonces han surgido multitudinarias metodologías (p. ej., círculos de calidad, reingeniería de procesos, Seis Sigma, manufactura lean, entre otros) basadas en técnicas

estadísticas y avances en las ciencias conductuales, con el propósito de mejorar la productividad de las empresas.

### 5.2.2. Políticas públicas de calidad a nivel latinoamericano.

En Latinoamérica, el BID (2005), publicó un informe en el que se mostró que desafortunadamente, América Latina y el Caribe va a la zaga detrás de otras regiones del mundo en cuanto a la calidad de las características de las políticas que posibilitan procesos de formulación de políticas efectivos y a largo plazo. En el análisis más reciente, América Latina y el Caribe tiene puntuaciones sólo mejores que el de África Subsahariana y el sur de Asia en un índice general de políticas de siete regiones, como muestra el gráfico 1. (Franco y Scartascini, 2014).

Gráfico 1: Índice de políticas en las regiones del mundo



Fuente: Franco y Scartascini (2014).

Las políticas de América Latina, figuran en el tercer lugar en la variante de interés público, por detrás sólo de los países de la OCDE y de Oriente Medio y Norte de África debido a las altas inversiones en programas de protección social. Sin embargo, en el índice de coordinación, la región una vez más se sitúa en el tercer lugar pero desde abajo, marcada por la mala comunicación entre ministerios y otros niveles de gobierno. Su incapacidad de hacer cumplir las reglas y obligaciones contribuye a situarla nuevamente en tercera posición desde abajo en la categoría de implementación y vigilancia del cumplimiento.

En cuanto a las políticas de salud, al analizar los cambios legislativos recientes en materia de salud se advierte que los gobiernos han asignado prioridad a la reposición del papel del Estado, como prestador y regulador, en la descentralización de la gestión de los servicios, la promoción del sector privado y el control de la escalada de costos (Homedes y Ugalde, 2002). Se trata de una serie de transformaciones que tienden a una paulatina integración de los subsectores de la salud (público, de la seguridad social y privado), y a la articulación de los servicios públicos y privados, de los niveles nacionales, las instancias intermedias y los gobiernos locales o municipios. En varios países se ha avanzado en esta dirección, puesto que se han definido planes nacionales y objetivos sanitarios, que implican reestructuración de la política nacional de salud y de otras políticas específicas (Brasil, Chile, Honduras, Nicaragua, Panamá, Perú). Se trata de reformas de los sistemas de salud, los sistemas generales de seguridad social en salud y los modelos de atención integral en materia de salud (Argentina, Colombia, Costa Rica, Nicaragua, Paraguay, Perú).

### **5.2.3. Políticas públicas de calidad a nivel Colombiano.**

El Departamento Nacional de Planeación (2018), establece que la gestión pública podrá medirse por resultados, tendrá un accionar transparente y rendirá cuentas a la sociedad civil. Sojo (2000), establece que a pesar de sus sustanciales diferencias, los cambios de gestión de Colombia, por su parte, están insertas en un escenario de reforma que propicia conjuntamente la competencia y propugna los principios de solidaridad y universalidad, y que, inicialmente, al centrarse eminentemente en modificaciones del modelo de financiamiento, dieron un lugar subalterno a la gestión (Sojo, 2000). Del caso colombiano se destacan las complejidades excesivas que enfrenta el financiamiento hospitalario y como ello, aunado a déficits en materia regulatoria, coarta los cambios de gestión (Cosialls, 2003).

Debido a los acelerados cambios que se han presentado en el mundo frente a la calidad, en razón, a que cada día se hace más importante y trascendental garantizar el derecho a la vida y por ende, el derecho a la salud de las personas; de tal manera, que en Colombia en 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, 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”(Sojo, 2000). A partir de la Ley 100 de 1993, se produjeron cambios en la estructura administrativa y en la prestación de servicios de salud; estos cambios dieron lugar a la “creación del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud como 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.

Por otra parte, en el año 2008, el país impulsa la “Política de Seguridad del Paciente, (la cual es liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud) que tiene como objetivo prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, del mismo modo reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente” (Cosíalls, 2003). Es por esto, que “la calidad de la atención que debe brindar una institución de salud es percibida por las características del proceso de atención; la relación interpersonal, el contenido de la consulta, la duración, acciones clínicas de revisión y el diagnóstico; por el resultado en su salud, por las características de la estructura física, humana y organizacional, con condiciones relativas a la accesibilidad” (Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, 2016).

Por consiguiente, el Ministerio de Salud tiene las responsabilidades de reglamentar y revisar las normas operativas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud; difundir las normas y prestar asistencia técnica para su implementación, en especial a las direcciones departamentales y distritales de salud; conformar la base de datos nacional de la oferta de servicios de salud, con base en la información reportada del registro especial por la direcciones territoriales de salud; realizar el seguimiento de la implementación del sistema en el país y, si es del caso, realizar las acciones necesarias para direccionar el sistema en el logro de sus metas y objetivos (Resolución 4252, 1997).

En concordancia a la política pública de calidad a los hospitales, clínicas y en general las instituciones prestadoras de servicios de salud, tienen la responsabilidad y el compromiso de entregar a sus usuarios, servicios médicos seguros y de excelente calidad y para cumplir con este propósito “es necesario contar con las condiciones básicas de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud” (Ministerio de La Protección Social,2016).

Es importante destacar que el conjunto de las normas que respaldan el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Colombia evidencia el interés del Estado por el mejoramiento de la calidad del servicio de salud. Éste coincide con la toma de conciencia por parte de las instituciones de la importancia que hoy tiene rendir cuentas ante el usuario y la sociedad global sobre las condiciones internas de operación de las mismas con base en criterios que expresen en su conjunto, el nivel de desempeño esperable por parte de una institución de salud cualquiera, alcanzar la calidad y mantenerla es entonces el reto central (Álvarez y Hoyos, 2008.).

Por consiguiente, “el Gobierno, por medio del Ministerio de la Protección Social, quiere que las instituciones prestadoras de servicios de salud se acrediten y no sólo se habiliten, para buscar alta calidad del sistema de salud debido a que la acreditación nos puede servir para mejorar nuestro trabajo, optimizando los recursos aumentando la productividad, disminuyendo los costos y siendo finalmente más competitivos” (Moreno, 2010).

## **6. Metodología**

### **6.1 Tipo de estudio**

Monografía de tipo compilación.

### **6.2 Unidad de análisis**

La unidad de análisis de esta monografía es la bibliografía consultada sobre la política pública de calidad en salud en Colombia.

### **6.3 Población**

Se tomó como población para esta monografía un total de 180 bibliografías.

### **6.4 Muestra**

De las 180 bibliografías consultadas, 129 corresponden a la muestra tomada para la realización de esta monografía.

### **6.5 Fuentes bibliográficas de información**

-Primarias: Se analizaron materiales documentales obtenidos de bases de datos académicas, se citaron 59 publicaciones científicas como artículos, revistas e informes de investigaciones publicados en revistas de investigación nacionales e internacionales. También se tomaron 17 registros de boletines, documentos o publicaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, y 23 referencias de webs especializadas en temas del sector salud y 10 libros (SCOPUS, Medimed, proquest, legis, Medline, Biblioteca Virtual en Salud-BVS, Bibliomed, Scirius, LILACS, OMS, OPS algunos consultados en <https://bibliotecavirtual.unad.edu.co:2538>).

Asimismo se consultaron 20 normas (leyes, decretos, resoluciones y circulares) relacionadas con la temática, entre otras fuentes

## **6.6 Organización de la información**

La monografía propiamente dicha, está dividida en tres capítulos temáticos, cada una de los cuales integra información orientada en bloques de acuerdo con los objetivos, información teórica, investigativa, conceptual y legal y del estado actual de la política pública de calidad en salud en Colombia. Por último las consideraciones finales, en el cual el equipo autor plasma su visión e interpretación de la información obtenida en la primera fase. Este capítulo es producto de la etapa de organización y fundamentación; de él parten las conclusiones y recomendaciones.

## **6.7 Presentación de la información**

La información se presenta en la norma APA en texto, y se ilustran algunos datos con tablas y gráficos sobre la temática en estudio.

## **6.8 Aspectos éticos**

Esta investigación según la declaración de Helsinki está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

El presente trabajo de investigación consideró en su metodología la selección de documentos públicos sobre ley estatutaria y la política de calidad en salud en Colombia, de esta manera la presente monografía se clasificó como una investigación sin riesgo de acuerdo con lo establecido en el Artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

## **6.9 Aspectos de derechos de autor y propiedad intelectual**

Esta monografía es propiedad intelectual de Floreley Montoya Ochoa y Yanina Luz Vásquez Ballesta, las autoras autorizan a la Universidad Nacional Abierta y A Distancia- UNAD para dar a conocer los resultados en la biblioteca y en el portal web.

## MONOGRAFÍA

### **Capítulo 1. Tipo de organizaciones del sistema de salud, su naturaleza y funciones con respecto a la política pública de calidad en el sistema de salud.**

Tal como se observó en el avance cronológico, la calidad de atención en salud es una de las grandes preocupaciones de los sistemas de salud y un requerimiento de los usuarios de estos servicios, siendo la perspectiva del usuario una de las dimensiones de calidad más importantes, directamente relacionada con el estado de salud y el bienestar de la sociedad (Morales- Rivas, y Carvajal –Garcés, 2008).

La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud , tiene fundamento en el artículo 55 de la Ley 100 de 1993, en la que se estructuran claramente las siguientes entidades responsables, pero es el decreto 1011 de 2006, quien define las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS, así:

Ministerio de la Protección Social. Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente. También corresponde al Ministerio de la Protección Social velar por el establecimiento y mantenimiento de la compatibilidad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad. Así mismo, existe dentro del ministerio la dirección general de calidad de servicios, la cual se ocupa de

impulsar y coordinar el desarrollo del SOGC, en sus cuatro componentes, en coordinación con las entidades territoriales y demás funciones relacionadas.

Superintendencia Nacional de Salud. Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control dentro del SOGCS y aplicará las sanciones en el ámbito de su competencia.

Entidades Departamentales y Distritales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en las norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación y acreditación de las mismas.

Entidades Municipales de Salud. En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios.

La Entidades Promotoras de Salud (EPS) y EPS-S, son reglamentadas a través del artículo 177 de la Ley 100 de 1993, las cuales tienen la responsabilidad de la afiliación, registro y recaudo de usuarios del régimen contributivo y subsidiado, y por supuesto además de todas las funciones que determine la normatividad deben brindar atención en salud con calidad directamente o a través de una red de prestadores y para ello deben establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por los PSS.

Los Prestadores de servicios de salud, tendrán la responsabilidad de cumplir con los requisitos establecidas por las normas aplicables del sistema, realizar autoevaluación y mantener la calidad de los servicios ofertados.

Con respecto a la habilitación los Prestadores de Servicios de Salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. En caso de identificar deficiencias en el cumplimiento de tales condiciones, los Prestadores de Servicios de Salud deberán abstenerse de prestar el servicio hasta tanto realicen los ajustes necesarios para el cumplimiento de los requisitos. El prestador que declare un servicio, es el responsable del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares. Así mismo, en el programa de auditoría, estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Los usuarios, de acuerdo con lo planteado en el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, se les deben garantizar la prestación de servicios con calidad y así mismo ellos deben cumplir con deberes como procurar el cuidado integral de su salud y cumplir con las normas en procura del autocuidado. Igualmente podrán participar en el control social de la prestación del servicio, de acuerdo con lo establecido por la Constitución, la Ley 100 de 1993, Ley 715

de 2001 y la Ley 850 de 2003, por las cuales se describe la participación social como una herramienta fundamental para lograr las políticas públicas con transparencia.

Toro (2008), en su estudio sobre el modelo de simulación prospectiva establece que la ley 100 de 1993 “pretende separar funciones, introducir competencia regulada y fomentar la especialización institucional como mecanismos para obtener eficiencia y eficacia”, así mismo “busca separar los roles de dirección (regulación), aseguramiento y prestación de los servicios de salud. Las funciones de dirección y regulación del sistema están asignadas, a nivel nacional, al Ministerio de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). A nivel territorial, las deben asumir las respectivas autoridades departamentales, distritales y municipales, incluyendo los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Son estas entidades (y no el mercado libre) las que definen las variables más importantes en el desarrollo del sistema de aseguramiento. El aseguramiento en salud, entendido como las funciones de manejo del riesgo en salud y de la administración de la prestación de los servicios de salud, queda en manos de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el Régimen Contributivo y de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), en el régimen del mismo nombre. Estos aseguradores, de naturaleza pública, privada o comunitaria (tal es el caso de las Empresas Solidarias de Salud – ESS – que operan como ARS), deben, a cambio de un pago capitado por afiliado (la Unidad de Pago por Capitación – UPC – que obra como una prima de un seguro), garantizar la prestación completa del plan de beneficios ordenado por la Ley.

Mediante artículo 218 de la Ley 100 de 1993, se creó el Fondo de Solidaridad y Garantía del Sector Salud-FOSYGA, Fondo-Cuenta, adscrita al Ministerio de Salud y

Protección Social, manejado por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, con el propósito de administrar los recursos del SGSSS, que tienen destinación definida de conformidad con los preceptos consagrados en la ley y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 48 de la Constitución Política que garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

La Ley 1753 de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país” en el artículo 66 crea la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, (ADRES por sus iniciales) con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles. La Entidad hará parte del SGSSS, estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.

## **Capítulo 2. Legislación sobre los componentes del sistema de gestión obligatorio de la calidad**

El capítulo pretende realizar no solo una compilación normativa con respecto a la calidad en los sistemas de salud en Colombia, sino realizar una visión descriptiva del funcionamiento del sistema de calidad en cuanto a la evolución de su normatividad y la madurez que estas le han proporcionado y cuáles son los pilares normativos de la organización del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud (SOGC).

A nivel internacional según la International Organization for Standardization (ISO) (Molina y Ramírez, 2013), la Calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes a un objeto cumple con los requisitos. Así mismo, la OMS define que: la calidad

de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso (Hirmas, et al, 2013). En Colombia la primera norma en que se establecen asuntos diversos dentro de los que se incluye la gestión del medio ambiente, servicios de atención médica y que aún está vigente es la Ley 9ª de 1979, también denominado código sanitario nacional. Se incluyen normas relativas al control sanitario de los medicamentos.

A principios de los años noventa en Colombia el Sistema Nacional de Salud (SNS) se encargaba de la prestación del servicio de salud, mediante el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS), quien se encargaba de afiliación, recepción de la cotización, y la atención de la población. Es mediante la Constitución Política de Colombia de 1991, en los artículos 48 y 49, que se establece como responsabilidad del Estado colombiano la atención de salud, que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado y se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social y el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud en los términos que establezca la ley.

Por lo establecido en estos se dio apertura, entre otras cosas, a la fundamentación de la Ley 100 de 1993, la cual dio origen a la reforma del sistema de salud, mediante la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (Campo-Arias, Oviedo, y Herazo, 2014), así mismo a través de los artículos 186 y 227 establece la creación del

Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Es así como se pasó de un sistema que financiaba básicamente la oferta pública en salud a uno dirigido principalmente a subsidios a la demanda, por medio de los regímenes contributivo y subsidiado, logrando importantes avances en cobertura gracias al mayor aporte sectorial, y se ha ubicado a Colombia en Latinoamérica, como uno de los países con mayor gasto público sectorial y donde las familias presentan menor gasto de bolsillo. Sin embargo, persisten diversas limitaciones (Ballesteros, 2013). En donde la Ley 100 incluyó la solidaridad en todo el sistema, pero también permitió la inclusión de la lógica del mercado en el sistema. De ahí que la salud atravesase por una tensión entre prestarse como un derecho o como un servicio, lo cual nos remonta a hablar de ciudadanos, o de usuarios (Campo-Arias, Oviedo, y Herazo, 2014).

Según la Resolución 5261 de 1994 los servicios tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud. Los niveles de responsabilidad de la atención en salud en Colombia son: I, II, III y IV. Estos niveles corresponden a las actividades, intervenciones y procedimientos, no a las instituciones. El nivel de complejidad es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado por la especialización y tecnificación de sus recursos. Guarda relación directa con las categorías de establecimientos de salud. Mientras que el nivel de atención se refiere a los establecimientos de Salud con niveles de complejidad necesaria para resolver con eficacia y eficiencia las necesidades de salud.

De acuerdo con la complejidad de las actividades, procedimientos e intervenciones que se realizan en los organismos de salud se han planteado los siguientes niveles de atención:

El primer nivel, también conocido por nivel I, se caracteriza por la cantidad y nivel de formación de los prestadores del servicio; es así como la oferta es brindada por médico general, personal auxiliar y otros profesionales de la salud. En este nivel se desarrollan actividades, procedimientos e intervenciones de atención ambulatoria incluida la atención a la gestante por médico general (Ballesteros, 2013).

En el segundo nivel o nivel II la oferta está conformada por médico general con interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados. Dentro de las actividades, procedimientos e intervenciones se tiene la atención ambulatoria especializada (Ballesteros, 2013).

El tercer nivel o nivel III, cuenta con la Responsabilidad de médico especialista con la participación del médico general. En este nivel se desarrollan actividades, procedimientos e intervenciones: laboratorio clínico, Imágenes diagnósticas, exámenes especiales, otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos (Ballesteros, 2013).

El cuarto nivel o nivel IV, cuenta con la responsabilidad del médico especialista con la participación del médico general. Dentro de las actividades, procedimientos e intervenciones se tienen: imágenes diagnósticas, oncología (o tratamientos contra el cáncer y otros procedimientos de nivel IV (Ramírez y Gil, 2013).

La calidad toma gran importancia con el Decreto 2174 de 1996, donde se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) el cual fue definido como “un conjunto

de normas, requisitos y procedimiento que son de obligatorio cumplimiento por parte de todas las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con la finalidad de garantizar que los servicios que los usuarios reciben sean de óptima calidad, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible”. Este, fue derogado por el Decreto 2309 de 2002 norma nacional que define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Posteriormente, la Ley 715 de 2001 del Sistema General de Participaciones, establece que se debe definir, en el primer año de vigencia, el sistema de garantía de la calidad y el sistema de acreditación de IPS, EPS y otras instituciones que manejan recursos del SGSSS y establece la obligación de habilitar a las IPS en lo relativo a la construcción, remodelación y ampliación o creación de nuevos servicios. Su fin principal fue garantizar la sostenibilidad financiera de las empresas públicas y en red.

La Resolución 4252 de 1997 derogada por la Resolución 1439 de 2002. Prestadores de servicios de salud. En el cual se adoptan los formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales.

El sistema estaba creciendo y existían algunos aspectos que no estaban regulados por lo que en 2003, surge la primera reforma a la ley 100 de 1993, con la Ley 1122, la cual establece otros aspectos relevantes sobre la calidad en salud, pero a la vez concordantes, los cuales son: “La calidad y sus atributos como garantía de integralidad de la atención

(numeral 3 artículo 153 Ley 100; artículo 23 Ley 1122) “El Sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan obligatorio de salud. La calidad y el control (numeral 9 artículo 153 ley 100, artículo 39 ley 1122) el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia. Calidad y un sistema de garantía de calidad (artículo 227 ley 100) Por último, y sin pretender que existe un aparte más importante frente al tema de calidad, se encuentra el artículo 227 que dice: “es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público” (Ley 1438, 2011). En cuanto a la estructura, la organización y el funcionamiento, es a través del decreto 205 de 2003, “por el cual se determinan los objetivos y las funciones del Ministerio de la Protección Social” establece que “el Ministerio, tendrá como objetivos primordiales la formulación, adopción, dirección, coordinación y control y seguimiento del sistema de protección social, convirtiéndose así, en uno de los pilares de las políticas públicas de aseguramiento de la calidad, mediante la formulación e implementación de estrategias de

superación de los riesgos. Por su parte, la Política Nacional de Prestación de servicios de Salud, relaciona los factores que determinan la accesibilidad como son: la capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención; tipo y forma de organización de los servicios, para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral; las relaciones que se establecen entre la población, EPS, IPS, entes territoriales. Así mismo menciona cuatro dimensiones, para la accesibilidad de los servicios de salud, estas son:

- Dimensión geográfica: distancias, facilidades de transporte, condiciones topográficas, etc.
- Dimensión económica: capacidad de pago, costos de acceso al lugar de la atención, y de la prestación del servicio.
- Dimensión cultural: conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la utilización de los servicios.
- Dimensión organizacional: condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios

Finalmente se expide el Decreto 1011 de 2006, el cual define 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”. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud SOGCS, es reformulado como “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”. Las

características de la calidad de la atención en salud son una serie de cualidades que deben tener los servicios de salud, como:

**Accesibilidad:** posibilidad de acceder a un servicio de salud en términos geográficos y económicos, de acuerdo con las necesidades del usuario.

**Oportunidad:** Capacidad de satisfacer la necesidad de salud del usuario en el momento que requiere el servicio. La oportunidad es conceptualizada como la “posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios”. Según el Ministerio de la Protección Social, la oportunidad en la atención es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutivez es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención y disminuye la congestión en los servicios de urgencias (Ministerio de la protección social, 2011).

**Continuidad:** es la atención continua del usuario, a través de una serie de acciones del proceso de la atención y bajo el cuidado de un equipo de profesionales.

**Suficiencia e Integridad:** Es la satisfacción oportuna de las necesidades de salud del usuario, en forma adecuada a su estado de salud y de manera integral, entendidas con acciones de promoción y prevención, curación y rehabilitación.

Racionalidad Lógica y Científica: el conocimiento médico, optométrico y tecnológico se reúnen para atender un problema de salud, con criterios de lógica y optimización de recursos.

Efectividad: tratamientos en salud efectivos.

Satisfacción del usuario y atención humanizada: tener en cuenta una serie de necesidades de índole cultural, religiosa, estilos de vida que mantengan en alto la dignidad del paciente.

Se establecen como componentes, los siguientes: el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación, el Sistema de Información para la Calidad.

Posteriormente, la Ley 1122 de 2007 incluye en su definición de aseguramiento la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el goce efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario....”

Posterior a la formulación del decreto se han establecido resoluciones que han dado los lineamientos en cada uno de los componentes; así uno de ellos es el sistema único de habilitación, el cual se encuentra enmarcado en la resolución 2003 de 2014, en la que se tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución. Además se han formulado resoluciones, anexos técnicos

Resolución 1445 de 2006, por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora. Anexo 1 de la Resolución 1445 de 2006, por la cual se expiden los Manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación.

Decreto 4295 del 2007, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003. “Artículo 1o. Norma Técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007.

Resolución 2181 de 2008, por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para las IPS de carácter Público. En sus apartes reza, entre otras: “Implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio.

Resolución 123 del 2012, por el cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 del 2006 y Adopto los Manuales de acreditación.

Decreto 0903 de 2014, por el cual, deroga los artículos 41, 42, 43 Y 44 del decreto 1011 de 2006.

Resolución 2427 del 2014, Por el cual se inscribe una Entidad en el Registro Especial de Acreditadores en Salud y Resuelve inscribir al instituto Colombiano de NTC y Certificación Icontec.

Resolución 2082 del 2014, por la cual Deroga el anexo técnico 2 de la Resolución 1445/06 y a la Resolución 3960/2008.

Resolución 2003 del 2014, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Se define el Sistema único de Habilitación: El Sistema Único de Habilitación establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención. Así mismo, la ley estatutaria 1751 de 2015 consagra la salud como un derecho fundamental, lo que ratifica el que tiene el Estado en la adopción de políticas que mejoren el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad.

Resolución 0256 del 2016, Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

Circular 000012 del 2016, la cual imparte instrucciones en lo relacionado con el programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud y el sistema de Información para la Calidad.

### **Capítulo 3. Evolución y estado actual de los componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad.**

La Organización Mundial de la Salud (2009) señala que en la atención en salud se debe tener en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico para lograr la satisfacción del usuario. Dentro de los factores que influyen la percepción del usuario deben resaltarse las condiciones y las experiencias previas del paciente.

En Colombia la calidad constituye un objetivo clave del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en donde concurren aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios. Siendo trascendental en la reforma de dicho sistema. El Ministerio de Salud y Protección Social ha definido como atributos de calidad en la atención en salud la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción del usuario, definiendo a este último como el nivel del estado de ánimo del usuario-paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

El primer componente que deben tener todos los PSS y EAPB en Colombia es el SUH, definido por el decreto 1011 de 2006, como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB. se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad

tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB. Es considerado como la puerta de entrada y permanencia al sistema y para ello se deben cumplir con tres condiciones:

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.

Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

Condiciones de capacidad técnico administrativa. Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.

El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

El Sistema Único de Acreditación (SUA). Actualmente en Colombia se encuentran acreditadas 38 instituciones a nivel nacional que cumplen con las condiciones legales mínimas de calidades en sus servicios exigidas por las entidades acreditadoras, nacionales e internacionales. De las cuales 27 son privadas, 10 públicas y una mixta.

La Resolución 1446 de 2006 reglamentó inicialmente el Sistema de Información para la Calidad (SIC) y definió un conjunto de indicadores para IPS y EAPB centrados en aspectos relevantes como: oportunidad/accesibilidad, calidad técnica, gerencia del riesgo, y satisfacción/lealtad.

Lo anterior con el propósito de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base en la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad permitiendo materializar los incentivos de prestigio del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, los enfoques de calidad en salud han avanzado; estos ya no se centran exclusivamente en los atributos presentes en los servicios ni en la satisfacción de los usuarios, sino en que todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) intervengan en los resultados, lo que requiere que los modelos de gestión se

enfocuen en la excelencia del sistema. Es así como la creación de valor público se enfoca al desarrollo humano, para anticiparse a las necesidades en salud, a través del transcurso de la vida de todos los usuarios/pacientes. En coherencia con lo anterior, este Ministerio expidió la Resolución 256 de 2016, a partir de la cual se actualiza el Sistema de Información para la Calidad.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha establecido en su página web, el Observatorio de Calidad en Salud (OCS), como una instancia a cargo de la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social que dispone y divulga información sobre la calidad de la atención en salud que reciben los colombianos. Está creado como un sistema inteligente que estructura y organiza la disponibilidad de la información y evidencia sobre la calidad de la atención en salud y brinda un conjunto de herramientas para facilitar la consolidación y difusión del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en las instituciones de Colombia, estandariza indicadores y dispone de canales de acceso y para seguimiento y evaluación del desempeño del sistema de salud en términos de calidad, cobertura, acceso, oportunidad, seguridad y resultados en salud de la oferta sanitaria de las IPS, servicios de transporte Especial de Pacientes EAPB y Entidades Territoriales de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Así, por ejemplo emiten informes específicamente sobre indicadores, en los que se pueden tener cuadros en los que permite contrastar los resultados de la entidad con las metas definidas, se puede contrastar el resultado obtenido con la meta del indicador y establecer criterios de priorización.

Tabla 1. Indicadores trazadores para el monitoreo de la calidad

| DOMINIO (1) | CÓDIGO (2) | INDICADOR (3)  | RESULTADO OBTENIDO (4) | META INDICADOR (5) | Distancia a la meta % (6) |
|-------------|------------|--|------------------------|--------------------|---------------------------|
| Efectividad | P.1.1      | Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación | 40%                    | 60%                | 33%                       |
| Efectividad | P.1.2      | Proporción de gestantes con valoración por odontología   | 35%                    | 60%                | 42%                       |
| Efectividad | P.1.4      | Tasa de mortalidad perinatal   | 1.02                   | 0.02               | 5000%                     |
| Efectividad | P.1.5      | Relación Morbilidad Materna Extrema/ Muerte Materna temprana (MME/MM)  | 4.3                    | 3                  | 43%                       |
| Efectividad | P.1.6      | Proporción de recién nacidos con tamizaje para Hipotiroidismo  | 25%                    | 100%               | 75%                       |
| Seguridad   | P.2.1      | Tasa de Incidencia de Neumonía Asociada a Ventilador Mecánico (NAV)  | 2.3                    | 4.1                | 44%                       |
| Seguridad   | P.2.2      | Tasa de Incidencia de Infección del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC)                             | 3.6                    | 3.4                | 6%                        |
| Seguridad   | P.2.3      | Tasa de Incidencia de Infección del Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS- AC)                          | 5.7                    | 3                  | 90%                       |
| Seguridad   | P.2.6      | Tasa de caída de pacientes en el servicio de hospitalización   | 0.003                  | 0.001              | 233%                      |

Fuente: MSPS. Orientaciones técnicas de gestión resultado monitoreo de calidad.

El OCS, mantiene disponible un conjunto de indicadores, documentos, guías, protocolos, presentaciones que permiten a los usuarios, actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la información y el conocimiento disponible sobre la calidad en la atención en salud en condiciones de igualdad y transparencia. Además cuenta con Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento (ROSS) con el propósito de orientar la formulación de políticas e intervenciones en salud, a partir de un sistema único y representativo para el país, el cual, además ha sido materializado en el Sistema de Información Integral de la Protección Social (SISPRO). A través del SISPRO, el Ministerio recopila datos sanitarios de diversas fuentes de información, entre las que se destacan los registros vitales de nacimientos y defunciones del Departamento Nacional de Estadística (DANE), el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), la Encuesta

Nacional de Salud (ENS) y el Registro Único de Afiliados (RUAF), entre otras. (Ministerio De Salud y Protección Social, 2015).

Asimismo, el país cuenta con el Sistema de Información para la Calidad (SIC), el cual permite realizar el seguimiento y evaluación a la gestión de la calidad de la atención en salud, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). El SIC brinda información a los usuarios para elegir libremente sus proveedores en salud teniendo en cuenta la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano.

La evaluación de la calidad de la atención en salud desde la perspectiva del usuario es cada vez más relevante y necesaria, por medio de esta, se pueden adquirir información que beneficia a las organizaciones y sistemas de salud, al personal asistencial y a los usuarios.

La calidad percibida es una evaluación realizada por el usuario de la excelencia general del producto, siendo una variable evaluativa, basada en la experiencia previa con el sistema de salud. Su importancia radica en que mediante su evaluación permite modificar y mejorar las deficiencias y reforzar las fortalezas, desde la óptica de los pacientes respecto al manejo de la calidad del cuidado de la salud y a sus expectativas de resultado (Oliva, Hidalgo, 2004). Los significados que tengan los usuarios sobre la calidad son determinantes en la planificación de la salud, de manera que las políticas y estrategias respondan realmente a las necesidades de la población (Cano, Giraldo, Forero, 2016).

La reforma del sistema de salud en Colombia ha sido analizada en numerosas ocasiones mediante estudios, locales y nacionales. En relación con el acceso, su abordaje se ha centrado específicamente en el aumento de la cobertura (Alzate, 2011). Diversos estudios sobre equidad en el acceso a los servicios de salud han evidenciado mayor cobertura, especialmente en la población más vulnerable. Sin embargo, al analizar por regiones aún existen inequidades en el acceso a los servicios de salud y a los tratamientos entre la población, después de la reforma (Macías-Chapula, 2012). Así mismo, se ha observado un incremento en las tutelas por servicios de salud no cubiertos evidencian la realidad de la situación para los afiliados (Van y Le Moigne, 1990)

En el año 2000 se realizó un estudio con el fin de evaluar los efectos del nuevo sistema de salud sobre una de las características de la calidad, como lo es la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud, se compararon dos cortes transversales de la población antes de la Ley 100 de 1993 y después de la misma. Se evaluaron los cambios en la distribución de un indicador de equidad en el acceso a los servicios de salud: afiliación al SGSSS; adicionalmente, se compararon dos grupos de población en el corte de 1997, afiliados y no afiliados al SGSSS, con el fin de evaluar los cambios en la distribución de dos indicadores de equidad en la utilización de servicios: hospitalización y uso de servicios de salud en general. Se observó que entre 1993 y 1997, la cobertura del SGSSS aumentó del 23 % al 57 %, siendo más dramático entre los segmentos más pobres de la población. En cambio, los indicadores de concentración correspondientes a la utilización de servicios variaron muy poco inclusive luego del ajuste hecho por edad, género y necesidades. Estos resultados sugieren un impacto positivo del SGSSS sobre las inequidades en el acceso, pero

los efectos sobre las inequidades en la utilización de los servicios de salud no son claros (Grimaldo, 2014).

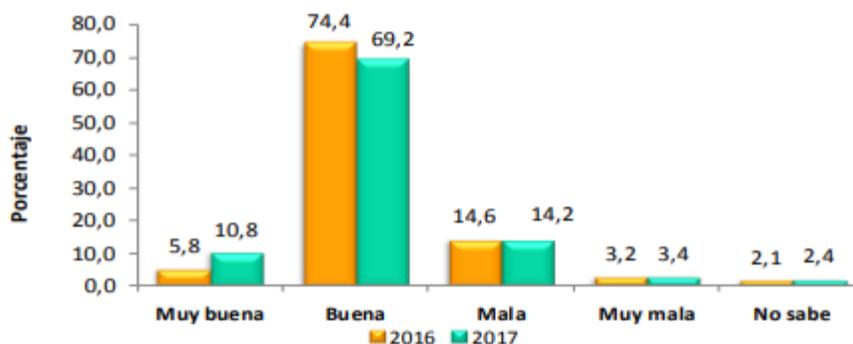
En 2014, la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social realizó el estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado (Sojo, 2000). El cual permitió indagar sobre la percepción de los usuarios con representatividad de 22,5 millones de usuarios de EPS. Se reportó que al año 2013 el 70% de la población estaba afiliada al SGSSS y que en relación con la calidad el 77% consideró que era buena, un 17% que mala.

Según el informe Nacional de Calidad(2015), a partir del año 2006, fecha en que se promulgó el último decreto y hasta la fecha han sido numerosos los desarrollos normativos y técnicos realizados por este Ministerio que contribuyen al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud: el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, las Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, los Análisis de Situación en Salud –ASIS–, la disposición de salidas de información de SISPRO, la nueva definición de un modelo de atención integral y la Ley Estatutaria de Salud, entre otras, que determinaron de manera directa o indirecta la necesidad de redefinir el Sistema de Información para la Calidad. En el informe consideraron las dimensiones de Equidad, Eficiencia, Acceso, Costo y Calidad. A su vez, la dimensión de la calidad presenta tres cualidades definidas: Efectividad, Seguridad y Experiencia de la atención. Estas últimas se pueden denominar cualidades intrínsecas de la calidad, y hacen parte inherente de los procesos de atención en salud, del aseguramiento y de la gestión del riesgo (Ministerio de Protección Social, 2009). Este informe incluye un conjunto de indicadores con 52 mediciones específicas, de las cuales 23 corresponden a la

dimensión de efectividad con la que se proveen atenciones en el país, 3 mediciones de seguridad del paciente y 26 mediciones de experiencia de las personas en su interacción con el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– para el periodo de análisis 2009-2014. Este informe pretende dar un panorama general de la calidad en salud en el país, para evidenciar no solo los logros en los últimos años sino también las oportunidades sectoriales de mejora.

En el año 2017, nuevamente se aplica la encuesta de calidad de vida realizada por el DANE, en la que el 94,6% de la población colombiana manifestó estar afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El 69,2% de las personas que manifestaron estar afiliadas a seguridad social en salud opinaron que la calidad del servicio de la entidad a la que están afiliadas es buena. Por su parte las personas que tienen una opinión negativa de la calidad del servicio de salud alcanzó el 17,6% (mala 14,2% y muy mala 3,4%).

Gráfico 2. Personas según opinión sobre la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que están afiliadas (Distribución porcentual) Total nacional Año 2016 – 2017

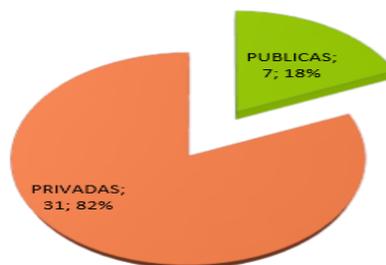


Fuente: DANE, Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) Año 2017

Como puede observarse existe un aumento significativo en la percepción de mejoría que tienen las personas afiliadas al sistema con respecto la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que están afiliadas. Este avance es debido a los logros que se ha tenido en cuanto al total de instituciones habilitadas y acreditadas.

De acuerdo con el ranking de instituciones acreditadas en América en 2015, de las 43 instituciones acreditadas, 22 son colombianas y 14 son acreditadas. En Colombia desde enero de 2005 hasta 2018, existen 38 instituciones acreditadas. Igualmente, Rodríguez (2016), informa que la mayoría son privadas en un 31.8% y públicas en un 7.18%.

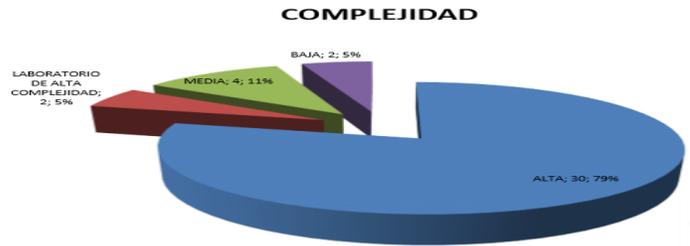
Gráfico 3. Carácter de las instituciones acreditadas en Colombia 2016.



Fuente: Informe de acreditación en salud. ICONTEC. 2016.

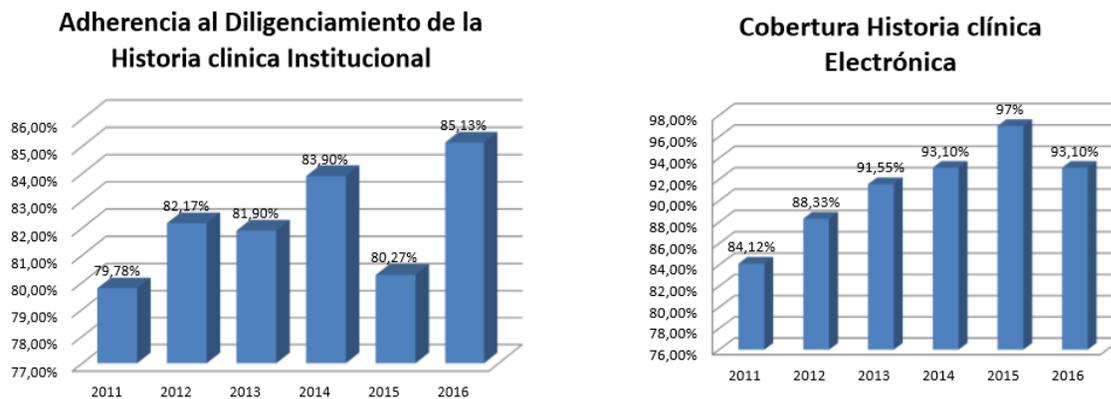
El informe de Rodríguez, además señala con respecto a la complejidad que en su mayoría son de alta complejidad en un 30.79%, le sigue de media con 4,11%, y baja con 2.5%.

Gráfico 4. Carácter de las instituciones acreditadas en Colombia 2016



Fuente: Informe de acreditación en salud. ICONTEC. 2016.

También hay un aumento desde el 2011 hasta el 2016, en el que se pasó de 35.756 camas acreditadas a 49.986. Con respecto a la calidad técnica, igualmente se observa un aumento en la adherencia al diligenciamiento de la historia clínica institucional y a las guías de práctica clínica, tal como se observa en el informe, igualmente se obtuvo un aumento progresivo.



Fuente: Informe de acreditación en salud. ICONTEC. 2016.

## **8. Consideraciones finales**

La reglamentación con respecto a la política pública de calidad en salud es densa y abundante, intervienen diferentes actores en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual lidera la responsabilidad de la calidad en la prestación de la atención en salud. Así mismo delega en las entidades distritales, territoriales y municipales la responsabilidad de la adaptación, adopción y garantía del cumplimiento de lo dispuesto a nivel nacional. Corresponde entonces a los prestadores la autoevaluación, inscripción, registro y cumplimiento de lo aplicable al SOGC, el cual ha evolucionado normativamente desde la Ley 100 de 1993 a través de las tres reformas, que promueven garantizar la calidad de la atención, además, mediante decretos, se ha proporcionado los lineamientos necesarios para el perfeccionamiento y las resoluciones, han permitido operacionalizar a través de sus anexos técnicos la implementación de los cuatro componentes: SUH, SUA, PAMEC Y SIC.

Se pudo establecer que existe un buen marco conceptual de la gestión de la calidad en el país, dado por la normatividad vigente, a partir de la cual se ilustra la situación actual a través de informes técnicos desde el DANE, en su medición periódica de la calidad en la prestación de los servicios de salud, como la forma en que los colombianos perciben las instituciones a las cuales están afiliados y les brindan los servicios de salud.

Así mismo existen otros informes realizados por el MSyPS, en los que muestran en forma fraccionada el impacto de las políticas públicas de salud, reflejada en el cumplimiento de indicadores definidos, como lo son, el primer Informe Nacional de Calidad INCAS 2009 y la evolución de los registros de las mediciones, un panorama de la calidad en el país durante el período 2009-2014 y los siguientes informes en los años 2015 al 2017.

A nuestro criterio en la actualidad, existe suficiente información emitida en forma regular y obligatoria, accesible en bodegas de datos especializados que brindan a los actores del sistema la oportunidad de consultar en forma de retroalimentación para lograr así la verdadera gestión del conocimiento.

Consideramos que ello, ha permitido, que la política pública tenga un nuevo enfoque de calidad, el cual ha avanzado, en la medida en que ya no se centran exclusivamente en los atributos presentes en los servicios ni en la satisfacción de los usuarios, sino que todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– intervienen en los resultados. De esta manera, los nuevos planteamientos se orientan a modelos de gestión de la excelencia del Sistema en su conjunto. En consecuencia, la política pública de prestación de servicio con calidad emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social ha superado paulatinamente la “visión medicalizada de la salud” que separa lo preventivo de lo curativo, lo biológico de lo social y lo individual de lo colectivo, e impide comprender que la salud no es el producto solo de lo que hace el sector salud, ni mucho menos de lo que hacen los servicios de atención en salud. El objetivo es, entonces, avanzar hacia reconocer que la salud es el resultado del quehacer en conjunto de la sociedad, sus determinantes sociales, sus instituciones y organizaciones públicas y privadas y la interacción, de doble vía, con los ciudadanos y que esta debe ser gestionada de forma inter y transectorial, escapando así al escenario meramente institucional de salud (Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021).

Finalmente, las autoras consideramos que el éxito de la implementación de una política pública de calidad en el sistema de salud colombiano, requiere no solo de buenas normas, conceptos, componentes, sino de actores involucrados enteramente en la

sensibilización y diagnóstico permanente de las necesidades y expectativas de las partes interesadas, lo cual llevará al sistema internamente a adoptar sus procesos para determinar la congruencia y el grado de satisfacción alcanzable en el sistema. De igual forma se requiere que los proveedores internos ejerzan el liderazgo efectivo, activo y comprometido a realizar bien su función sin importar el nivel jerárquico que ocupe en las instituciones que conforman el sistema.

## 9. Conclusiones

Una vez realizada la compilación monográfica con respecto a la política de calidad en salud en Colombia, se puede establecer que se lograron los objetivos propuestos, por ello se concluye:

La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene fundamento en el artículo 55 de la Ley 100 de 1993, en la que se estructuran claramente las entidades y actores responsables, la política de calidad es claramente definida por el Ministerio de la Protección Social, estamento que dicta las normas de calidad, expide la reglamentación necesaria y vela por su cumplimiento, delegando en los entes territoriales constituidos por las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud la inspección, vigilancia y control en su jurisdicción. Estas adoptan y adaptan lo reglamentado a nivel nacional y garantizan su cumplimiento. Otro actor importante son las EPS e IPS, quienes se inscriben ante el ente territorial una vez realizan los procesos de autoevaluación e inscripción en el sistema Único de Habilitación. Por último se definen los derechos y deberes de los usuarios que son los que al final consumen los recursos del sistema y pueden realizar la retroalimentación logrando con ello el cierre del ciclo del enfoque sistémico aplicado.

Los antecedentes legales encontrados, permiten describir en orden cronológico las normas a nivel internacional y nacional que establecen la política de calidad en las instituciones que conforman el SOGC. En este sentido Colombia, establece normas desde la Constitución Nacional, la cual introduce el principio de

obligatoriedad por parte de estado en la prestación del servicio público que debe ser prestado a los colombianos para garantizar su completo bienestar y debe hacerse con calidad. Una vez realizado el mandato constitucional, se expiden la ley 100 de 1993 con sus tres reformas, Ley 1122 de 2007, 1438 de 2011 y la última ley 1751 realizada en 2015 en la que se establece la salud como un derecho fundamental conexo con la vida. Así mismo los decretos 2174 de 1996, Decreto 2309 en el que se estableció el SOGC con tres componentes y finalmente el Decreto 1011 de 2006, el cual estableció los actuales componentes del SOGC, vigentes en la actualidad , los cuales son el SUH, SUA, PAMEC y SIC.

Igualmente se pudo identificar que el sistema de calidad ha evolucionado y madurado, la acreditación está jalonando procesos de calidad al interior de las instituciones, se avanzó de 3 instituciones acreditadas en 1997 a 39 en 2018. Las instituciones cuentan con un PAMEC en forma obligatoria que les articula sus procesos de calidad e informan a la base de datos del Ministerio a través del reporte obligatorio de indicadores de gestión.

Finalmente, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS) para el sector salud ha realizado enriquecedores aportes, 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.

## **10.Recomendaciones**

Con base en lo esbozado en la presente monografía, se establecen las siguientes recomendaciones para mejorar la política de calidad en Colombia:

Debe existir una mayor preocupación en la socialización de las experiencias exitosas de acreditación liderado por el Ministerio y sus modelos para que se constituyen un referente de sensibilización y como un incentivo, de tal manera que se generalice la preocupación por mejorar el impacto positivo de la calidad en los procesos de las empresas que conforman el SOGC, ante sus grupos de interés y su contexto para mejorar calidad de los servicios prestados.

Fomentar en la normatividad de educación superior la obligatoriedad de incluir en los planes de estudios de todos los profesionales de la salud, gerencistas y auditores de la calidad en salud los cursos que brinden las competencias de los atributos de la calidad y del sistema de reporte para mantener las estadísticas actualizadas para la toma de decisiones

## Referencias bibliográficas

- Álvarez, J. y Hoyos, A. (2008). Evaluación de la satisfacción de los usuarios. Apartadó, Antioquia.
- Alzate, S. A. (2011). Las políticas públicas en Colombia. Insuficiencias y desafíos. In Revista Forum. 1(1), 95-111.
- Ballesteros, M. (2013). Las barreras en el acceso a los servicios de salud en Argentina: reflexiones a partir del análisis de los resultados de dos encuestas nacionales. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud. (2013). Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe. Editorial Grupo Banco Mundial. Washington, 2017.
- Borrero J.A., Gómez, R. (2013). Estudio de caso: “la salud pública en Colombia (1990-2013) una aproximación temática” [Tesis para optar al título en estudios políticos y resolución de conflictos]. Santiago de Cali: Universidad de Valle.
- Campo-Arias, A., Oviedo, H., Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. Rev Colomb Psiquiatría, 43,162-7
- Cano, S M., Giraldo, A., Forero, C. (2016). Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Revista Facultad Nacional de Salud Pública 34.

Carcaño R. (2017). Auditoría Interna en el Sector Público [En línea]. [Consultado 2018 Junio 12]. Disponible en:

[http://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4\\_ven\\_cur\\_aud\\_sec\\_publ.pdf](http://www.oas.org/juridico/PDFs/mesicic4_ven_cur_aud_sec_publ.pdf)

Colombia. Ministerio de Salud - Superintendencia Nacional de Salud [En línea] Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/CIR07598.pdf>

Colombia. Congreso de la república, Ley 1438 de 2011. Diario Oficial 47957 de enero 19 de 2011.

Colombia. Congreso de la república. 2014. Resolución 2003 de Bogotá, D.C

Colombia. Congreso. (1990) Ley 10. Diario Oficial 39137

Colombia. Constitución Política (1991). Asamblea Nacional Constituyente, Bogotá.

Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín del aseguramiento en salud [En línea] Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/boletin-aseguramiento-i-trimestre-2017.pdf>

Colombia, Ministerio de salud y protección social. (2002) Decreto 2309

Colombia. Presidencia de la Republica. (2006) Decreto 1011. Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006

Colombia. Superintendencia Nacional de Salud. (2009) Circular 54. Diario Oficial 47.381

Colombia. Superintendencia Nacional de Salud.(2001). Resolución 1118. Diario Oficial No 44.453

Congreso de la República de Colombia.(1993) Ley 100. Diario Oficial No. 41.148

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2014) Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. México, DF: CONEVAL, 2014.

Cosials, I., Pueyo D. (2003). Organizaciones intensivas de información: auditoría operativa e informativa en hospitales [Internet]. [Consultado 2018 Mayo 13]. Disponible en: <http://www.uoc.edu/dt/20185/20185.pdf>.

Cuevas, L.C., López P.A. Manclares D.L. (2018). Impacto de la implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía y la Calidad en la prestación de servicios de salud en Colombia [Trabajo de investigación para optar al título de especialista en gerencia de instituciones de seguridad social en salud]. Universidad Santo Tomas. Bogota D.C.

DANE. (2016).Encuesta de calidad de Vida 2015 (ECV). Bogotá

Superintendencia Nacional de Salud. (2014) Decreto 019. Monitor estratégico, Vol. 5. Bogotá.

Franco-Giraldo, A. (2010). La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. Revista de Salud Pública

Fisher, N. I., & Nair, V. N. (2009). Quality management and quality practice: Perspectives on their history and their future. *Applied Stochastic Models in Business and Industry*, 25(1), 1-28.

Grimaldo, L.C. (2014). La importancia de las auditorías internas y externas dentro de las organizaciones [Documento elaborado como parte de la opción de grado para obtener el título de Contadora Pública]. Bogotá, D.C.: Universidad Militar Nueva Granada.

Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A.M., Aguilera, X., Delgado, I., Vega, Barreras J. (2013). Facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev. Panamericana de Salud Pública*.

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). (2016). Dirección de Acreditación en Salud. Bogotá, D.C.: Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=115&IdCat=29>.

Jiménez N.C.(2013) Análisis del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de la nueva gerencia pública [Monografía De Grado Presentada Como Requisito Para Optar Al Título De Politóloga]. Bogotá D.C.: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Jiménez- Oróstegui, O.L., Flórez- Dussán, N., Sanabria- Vásquez, L., Romero-Ortiz, J. (2014). Indicadores de oportunidad reportados por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) durante la vigencia 2012-2013.

Juran, J. M., & Gryna, F. M. (1995). *Análisis y Planificación de la Calidad*. Mc Graw Hill, México.

Luhmann, N. (1990). *Political theory in the welfare state*.

Macías-Chapula, C. A. (2012). Diseño de un modelo conceptual sobre la transferencia de resultados de investigación en salud pública en Honduras. *Salud pública de México*, 54(6), 624-631.

Martínez-Lorente, A. R., Dewhurst, F., & Dale, B. G. (1998). Total quality management: origins and evolution of the term. *The TQM magazine*, 10(5), 378-386.

Ministerio de la Protección Social. *Biblioteca Nacional de Indicadores de calidad en salud*

Ministerio de la Protección Social. (2010). Afiliación, pago y recaudo de aportes al Sistema general de seguridad social en salud [En línea]. [Consultado 2018 20 junio]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/APAGO%20Y%20RECAUDO.pdf>

Ministerio de La Protección Social. (2016). *Lineamientos para la implementación de la política de Seguridad del Paciente*. Bogotá, D.C.: En: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B2n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf>.

Ministerio de la Protección Social. (2005). *Política Nacional de prestación de servicios de salud*. Bogotá.

Ministerio de salud y protección social. (2006). Decreto 1011. Artículo 1.

Ministerio de salud y protección social, sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud –SOGCS

Ministerio de Salud y Protección Social. “Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. p168.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Análisis de situación de Salud. Colombia, Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud [En línea] [Consultado 2018 julio 12]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín del aseguramiento en salud No. 01 - Primer Trimestre 2017. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/atributos-de-la-calidad-en-la-atenci%c3%93n-en-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud (2015). Bogotá, D. C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Ley Estatutaria 1751

Ministerio De Salud y Protección Social. (2015) Oficina de Calidad. Informe de la calidad de la atención de las EPS.

- Ministerio de salud y protección social. (2017). Sistema de seguridad social en salud - Guía Informativa del Régimen contributivo..
- Ministerio de Salud. (1997). Resolución 4252 (. Bogotá, D.C
- Ministerio Salud y Protección Social. (2016). Documento Informe de Auto de 21 de abril de 2016. Seguimiento a la Sentencia T \_ 760 de 2008. Ordenes 21 y 22. Bogotá.
- Montaña Rey, A. P., & Torres Reyes, G. A. (2015). Caracterización de la cultura organizacional y lineamientos de intervención para la implementación de procesos de cambio en las organizaciones. Caso empresa sector financiero (Doctoral dissertation, Universidad del Rosario).
- Molina, G., Ramírez, A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009. Rev Panam Salud Pública.
- Morales- Rivas, M.; Carvajal -Garcés, C. (2008). Percepción de la calidad de atención por el usuario de Consulta Externa del Centro de Salud Villa Candelaria. Rev Medica. 24-28.
- Moreno, R. (2010). Diseño, implementación y evaluación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Atención en Salud para la habilitación del hospital San José. Trabajo de grado (Ingeniería Industrial). Bucaramanga: Universidad Industrial.
- Ocampo J.A. (1994). Historia Económica de Colombia. Santafé de Bogotá. Tercer Mundo Editores. Fedesarrollo.

- Oliva, C.; Hidalgo, C.G.(2004) Satisfacción Usuaría: Un Indicador de Calidad del Modelo de Salud Familiar, Evaluada en un Programa de Atención de Familias en Riesgo Biopsicosocial, en la Atención Primaria. Psykhe. vol.13(2), 173-186
- Organización Mundial de la Salud. (1999). Congreso de la Republica. Decreto 1804 Diario Oficial 43708 del 17 de Septiembre de 1999
- Organización Mundial de la Salud.(2009). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-050401-ab/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Cobertura sanitaria universal.
- Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021. Presidente de la República de Colombia.
- Quintero, D.P. (2011). La salud como derecho: Estudio comparado sobre grupos vulnerables. Bogotá. Siglo del hombre editores.
- Ramírez y Gil. Percepción de calidad en servicios de urgencias
- Rodríguez, C.(2016). Informe de acreditación en salud. ICONTEC.
- Sánchez, F. (1998). La Distribución del Ingreso en Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores.
- Sánchez-Vanegas, G. et al. (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública. 32(3).

- Soberón, G.A, Naro, J. (1985). Equidad y atención de salud en América Latina. Principios y dilemas. Bol. Of. Sanit. Panam. 99(1):1-9.
- Sojo, A. (2000). Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Cepal.
- Superintendencia de salud. (2014). [En línea] Disponible en:  
[https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Conceptos/CTO\\_SNS\\_0061839\\_2014.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Conceptos/CTO_SNS_0061839_2014.pdf)
- Tovar-Cuevas, L.M., Arrivillaga-Quintero, M. (2014). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 13(27):12-26.
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2002). Descentralización del sector salud en América Latina. Gaceta Sanitaria, 16(1), 18-29.
- Van, J.P, y Le Moigne, J.L. (1990). El diseño de un sistema de información de la organización: artefactos inteligentes para organizaciones complejas. Información y gestión, 19 (5), 325-331.
- Vargas, J, Julián, Molina M, Gloria. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Revista Facultad Nacional de Salud Pública.
- Vargas, C. S. (2009). La evaluación y el análisis de políticas públicas. Opera, 9(9), 23-51.
- Vargas, J.E., Sarmiento, A. (2000). Descentralización de los Servicios de Educación u Salud en Colombia.1997. Jornadas de Epidemiología Cali, Colombia, 11-13

Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, ML. Mogollón-Pérez, A. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. Salud pública. 12 (5): 701-712.

Vélez C.A. (1996). Gasto social y desigualdad. Logros y extravíos. Santafé de Bogotá. Departamento de Planeación.

### **Bibliografía complementaria**

Agudelo, A., Gómez, P., Montes, J., Pelayo, G. (2013). Barreras de acceso a los servicios de salud en el Régimen Subsidiado del Municipio de San Gil – Santander. (Trabajo de grado para optar al Título de Especialista en Gerencia de la Seguridad Social). Universidad Autónoma de Bucaramanga – Universidad CES.

Alvarez- Heredia, F. (2015). Calidad y Auditoria en Salud. Bogotá. ECOE Ediciones.

Álvarez, G.J., García, M., Londoño, M. (2016). Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. Revista CES Derecho. 7 (2).

Anderson, S., Auquier, A., Hauck, W.W., Oakes, D., Vandaele, W., Weisberg, H.I. (1980). Statistical methods for comparative studies. New York: John Wiley & Son.

Ariza-Montoya, J.F, Hernández-Álvarez, M.E. (2008). Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. Revista de Salud Pública, 10 (1):58-71.

Arrivillaga, M., Aristizabal, J.C., Pérez, M., Estrada, V. (2016). Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. Gac Sanit.30(6),415–420.

Arrivillaga, M., Borrero, Y.E. (2016). Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(5)

Ayala-García, J. (2014). Salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la Republica. Cartagena.

Bonet, K. (2015). Un análisis regional de la salud en Colombia. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional. Banco de la República. Centro de estudios económicos regionales CEER Cartagena. 222, 48.

Coronado-Zarco R, et al. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Rev Mex Med Fis Rehab*, 25(1):26-33.

Dye, C., et al. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra.

Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J.P., García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública*, 57 (2): 180-186.

Feinstein, JS. (1993). The relationships between economic status and health: a review of the literature. *Milbank*; 71, 279-315.

Fernández, P, Jeniffer., Mejía, O. (2010). Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28 (2), 132-140.

Figuroa- Pedraza D., Cavalcanti- Costa G.M. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enferm. glob.* 13 (33): 267-278.

Figuroa, D., Cavalcanti, G.M. (2014). Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enferm. Glob*; 13 (33): 267-278.

Forrellat- Barrios M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter*, 30 (2): 179-183.

Frenk, J. (2014). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), 438- 453.

Fresneda, O.(1993). Pobreza, políticas sociales y desarrollo en Colombia. 1972-1993. (Tesis Magíster en Economía). Facultad de Economía Universidad Nacional de Colombia.

Fuentes, S. (2017). El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Rev Cubana Salud Pública*, 43, 272-286.

Gavilanes, R. V. (2010). Hacia una nueva definición del concepto “política pública”. *Desafíos*, 20, 149-187.

Guzmán, K. (2014). Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER) Banco de la Republica, Cartagena.

Gonzalez, C. (2009). Conceptos generales de calidad total. Retrieved from <https://bibliotecavirtual.unad.edu.co:2538>

González, R. L. D. L. L. (2017). Procedimiento para la gestión integral de los costos de la calidad: aplicación en la empresa comercializadora y distribuidora de medicamentos.

Retrieved from <https://bibliotecavirtual.unad.edu.co:2538>

Henoa, H.S., Restrepo, R.V., Alzate, R., González, P. (2009). Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*.27(3):271-281.

Hernández, J.M., Et al. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6),1947-1958.

Jaramillo, I., et al. (2000). Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Revista de Salud Pública*, 2, (2), 145 -164.

Juárez-Ramírez, C., et al. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Rev Panam Salud Publica* 35(4).

Landini, F., González, V., D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad. Saúde Pública*; 30(2):231-244.

Llinás, A. (2010). Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud, un primer paso para la reforma del sistema. *Revista Salud Uninorte*. 26 (1).

Llop-Gironés, A., et al. (2014). Acceso a los servicios de salud de la población inmigrante en España. *Rev Esp Salud Pública*, 88,715-734.

López, P. (2015). Cobertura Universal en Salud y el caso cubano. *Rev Cubana Salud Pública*. 41(1).

Mogollón-Pérez, A.S., Vázquez, M.L. (2008). Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Rev cuadernos de salud pública*. 24(4), 745-754

Olavarría- Gambi M. (2005). Acceso a la salud en Chile. *Acta bioeth*, 11 (1): 47-64.

Ortega Velandia, M.C., López Díaz, L.V. (2016). Barreras de acceso en servicios de salud del régimen subsidiado Hospital Engativá (Monografía para optar el título de Auditoras de Salud). Universidad Santo Tomás, Bogotá Posgrados en Seguridad Social y Salud Pública.

Pereira, M.I. (2007). La prestación del servicio de salud en Colombia. Tensiones entre derechos y servicios en el acceso al sistema de salud en Colombia. <http://www.institut-gouvernance.org/fr/analyse/fiche-analyse-283.html>.

Pérez O., Hijuelos N. (2015). El acceso a los servicios de salud en Cuba: Un derecho constitucional, 19 (3): 515-520.

Pineda, F.Y, et al. (2012). Motivos de los reclamos interpuestos por los usuarios del sistema de salud colombiano ante la Superintendencia Nacional de Salud en el primer semestre del año 2012. *Monitor estratégico*.

Reina, Y. (2014). Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012). Documento de trabajo sobre Economía Regional, Núm. 200, Banco de la República, Cartagena.

Restrepo, J., Echeverri, E., Vásquez, J. y Rodríguez, S. (2006) El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Editorial Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.

Restrepo-Zea, J., Silva-Maya, C., Andrade-Rivas, F., y Vh-Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 13(27), 242-265.

Sánchez- Vanegas, G., et al. (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública. 32(3).

Tovar-Cuevas, L.M., Arrivillaga-Quintero, M. (2014). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 13(27),12-26.

Uribe, M. M. E. (2011). Los sistemas de gestión de la calidad: el enfoque teórico y la aplicación empresarial. Retrieved from <https://bibliotecavirtual.unad.edu.co:2538>

Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M.L., Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. Revista de Salud Pública 12, 701-712.

Yepes, F., Ramírez, M., Sánchez, L.E., Ramírez, M., Jaramillo, I. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia.