

“Garantía de la calidad en el Sistema de Salud colombiano”

Catalina Maz Mutis

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Jurídicas

Bogotá

2015



“Garantía de la calidad en el Sistema de Salud colombiano”

Catalina Maz Mutis

Trabajo de grado para optar por el título de:

Abogado

Director: Angélica Molina Higuera

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Jurídicas

Bogotá

2015

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de tesis. Solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y por qué las tesis no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

Tabla de Contenido

Página

I.	Introducción	6
II.	Objetivos	11
1.	Marco Normativo y Jurisprudencial	12
1.1.	Marco Normativo frente a la calidad	12
1.1.1.	Constitución Política de Colombia de 1991	13
1.1.2.	Ley 100 de 1993	17
1.1.3.	Decreto 1011 de 2006	22
1.1.4.	Ley 1122 de 2007	25
1.1.5.	Ley 1438 de 2011	27
1.1.6.	Ley Estatutaria por la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud número 1751 de 2015	30
1.2.	Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Observación General	14 34
1.3.	Jurisprudencia Constitucional en materia de calidad en salud	37
2.	Calidad en el Sistema de Salud	39
2.1.	Garantía en la calidad de salud	42
2.2.	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud (SOGCS)...	45
2.2.1.	Funciones de los integrantes	45
2.2.1.1.	Ministerio de Salud y Protección Social	45
2.2.1.2.	Superintendencia Nacional de Salud	46
2.2.1.3.	Entidades Departamentales, Municipales y Distritales de Salud	48
2.2.2.	Mecanismos que garantizan la calidad	49
2.2.2.1.	Habilitación	50
2.2.2.2.	Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	55
2.2.2.3.	Sistema de información para la calidad	57
2.2.2.4.	Acreditación	58
2.2.3.	Proceso para la Acreditación en Salud	60
2.2.3.1.	Autoevaluación.....	62

2.2.3.2 Solicitud de Acreditación	63
2.2.3.3 Visita de Evaluación	64
2.2.3.4 Informe de Evaluación	64
2.2.3.5 Decisión de Acreditación	65
2.2.3.6 Notificación de la decisión	65
2.2.3.7 Apelación	66
2.2.3.8 Conclusión	66
3. Trabajo de Campo	67
3.1. Encuestas	68
3.2. Resultados	69
3.2.1. Hospital San Ignacio	71
3.2.2. Hospital Simón Bolívar	75
3.2.3. Hospital de Kennedy	78
3.2.4. Hospital de Meissen	82
3.2.5. Total	85
3.3. Diferencias entre los hospitales	90
3.4. Conclusiones resultados	94
III. Conclusiones	96
IV. Bibliografía	100

Resumen:

Este trabajo analiza la calidad que se ofrece hoy en día en el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Se percibe la calidad del servicio de salud como un componente determinante del cumplimiento y garantía del derecho a la salud. Se resalta la definición de Salud y Calidad y se presenta la normativa y jurisprudencia que trae el sistema de garantía de calidad en Colombia, resaltando el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud, específicamente en cuanto a la acreditación de las entidades. Finalmente se realiza un trabajo de campo en donde se muestra la percepción que tienen los usuarios de la calidad en el sistema de salud.

Palabras clave: Salud, Garantía, Calidad, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud.

I. Introducción

Según la Real Academia Española (RAE), la salud es “*el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.*”¹ Como bien se sabe, históricamente la salud de las personas ha preocupado a la sociedad y ha sido fundamental para la vida. A medida que pasan los años y avanza la tecnología se han podido desarrollar tecnologías médicas y medicinales cada vez más avanzadas para proteger la salud y la vida de las personas, sin embargo por más que existan desarrollos tecnológicos éstos no van a servir si no se garantiza una óptima calidad en la prestación del servicio de salud. En términos generales, la calidad puede definirse como “*el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente.*”²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.*”³ Por otro lado, la Observación General 14, sobre la cual se hará énfasis en el capítulo 1.2 de este trabajo⁴, establece que:

“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos

¹ Real Academia de la Lengua Española, Diccionario, [en línea:], disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=salud>, recuperado: Noviembre 10 de 2014.

² Revista Panamericana de Salud Pública, “La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe” [en línea:], disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892000000700012&script=sci_arttext, recuperado: Diciembre 1 de 2014.

³ Organización Mundial de la Salud, [en línea:], disponible en: <http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/Organismos%20Especializados/OMS.aspx>, recuperado: Diciembre 18 de 2014.

⁴ Cuando se hable del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Observación General 14, toda vez que esta Observación es un documento emitido por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC), que desarrolla el derecho a la salud, consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de DESC el cual fue ratificado por Colombia el 29 de Octubre de 1969.

complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.”⁵

Durante las últimas décadas la calidad en el servicio de salud se ha convertido en un área de gran y especial interés debido al impacto que se ha venido viviendo desde los últimos años en nuestro país. Es necesario tener una regulación clara del tema para que se garantice una calidad adecuada, pues garantizándose ésta se está protegiendo al mismo tiempo el derecho a la vida, ya que el derecho a la salud está ligado directamente con el derecho a la vida.

Kerguelén define la calidad como “*la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios.*”⁶ En la Ley 100 de 1993, la calidad en el servicio de salud es un punto crítico pues fija a los proveedores del servicio la obligación de establecer ciertos mecanismos que puedan medirla y de la misma manera que responda de forma efectiva a las metas de la prestación del servicio.

Aspectos como calidad, eficiencia y eficacia en temas de salud son pilares fundamentales en el sistema, pues son éstos los que marcan las pautas para garantizar a los usuarios la prestación de un buen servicio. La eficiencia es la relación que se tiene

⁵Observación General 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” [en línea:], disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>, recuperado: Enero 8 de 2015.

⁶ Kerguelén Botero, Carlos Alfonso (2008), “Calidad en Salud en Colombia”, [en línea:], disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>, recuperado 13 de Noviembre de 2014.

de los recursos utilizados y los logros que se consiguen; cuando se utilizan menos recursos para lograr el fin deseado se llega a la eficiencia. Por otro lado la eficacia es la capacidad de llegar al fin deseado desde un principio. Por lo tanto si se considera que el sistema es eficiente y eficaz, se podrá considerar que el servicio es de buena calidad.

Estos elementos deben ser tenidos en cuenta y monitoreados constantemente, pues la mayoría de las prestadoras del servicio de salud tienden a optar por una prestación del servicio con una calidad mediocre, ya que les interesa más las ganancias y el provecho que le pueden sacar al sistema, dejando en un segundo plano la importancia que tiene la calidad del servicio. Al mismo tiempo no se tienen en cuenta los aspectos de eficiencia y eficacia, pues generalmente los recursos utilizados son muchos y no se logra el fin deseado, es decir que la percepción de la calidad se queda en una calidad observada y no en la calidad deseada.

En este sentido se puede hacer una clasificación de la calidad en cuanto a la prestación del servicio de salud entendiendo en primer lugar la calidad percibida por los usuarios, la cual es aquella calidad que clasifica el usuario al momento de ser atendido y por esta razón tiene un componente subjetivo. En segundo lugar se puede encontrar una clasificación de calidad técnica que se analiza desde la perspectiva de los prestadores de salud y desde la perspectiva de los propios usuarios. De acuerdo con Ross, Zeballos e Infante, se entiende que:

“La calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios; y la calidad

percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan.”⁷

De lo anterior se puede desprender que la calidad técnica está determinada por la normatividad en la materia, pues la norma indica unos parámetros, a los cuales se hará referencia más adelante y a los que deben sujetarse las entidades al momento de prestar el servicio de salud.

En tercera instancia y relacionada con la calidad técnica, puede hacerse referencia a la calidad deseada que es aquella a la que deben llegar todas las empresas prestadoras del servicio de salud siguiendo todos los parámetros establecidos para la habilitación, auditoría, acreditación e información, a los cuales se hará alusión más adelante al revisar los mecanismos que garantizan la calidad. Finalmente, podría también hablarse de una calidad observada entendida como aquella considerada por un tercero evaluador en donde se determina la calidad que se le está brindando al usuario al momento de prestar el servicio y que está dirigida a que una vez hecha una autoevaluación por parte de la entidad y una evaluación externa, se tomen las medidas necesarias para llegar a la calidad deseada.

En efecto, existe un proceso amplio de acreditación en donde se afrontan dos evaluaciones, por un lado la autoevaluación de cumplimiento de los estándares de calidad que realiza internamente la empresa y la evaluación que hace el ICONTEC

⁷ Anna Gabriela Ross, José Luis Zeballos, Alberto Infante, Revista Panamericana de Salud Pública, “La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe” [en línea:], disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-4989200000700012&script=sci_arttext, recuperado: Diciembre 18 de 2014.

(calidad observada), con el fin de tener unos resultados que ayuden a la entidad a establecer planes de trabajo para mejorar la calidad en la prestación del servicio (calidad deseada).

Es importante resaltar el carácter fundamental y autónomo que la jurisprudencia colombiana en los últimos años ha reconocido al derecho a la salud. Lo ha considerado como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (...) el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.”*⁸ En repetidas ocasiones la Corte Constitucional ha manifestado que el derecho a la salud *“es un derecho fundamental que debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos”*⁹, y al mismo tiempo en repetidas ocasiones, como se mencionará más adelante, ha hecho énfasis en que la prestación del servicio de salud se debe prestar con calidad.

El gobierno, teniendo en cuenta los pronunciamientos y demandas de la sociedad, presentó un Proyecto de Ley que se materializó en la Ley Estatutaria de Salud en donde se establece la salud como derecho fundamental y se menciona la calidad como elemento esencial del mismo. Sobre este tema se hará mención ampliamente más adelante.

⁸ Colombia, Corte Constitucional. (Abril 2013), (Sentencia T-180), M. P., Jorge Ignacio Pretelt Chaljub Bogotá.

⁹ Colombia, Corte Constitucional. (Octubre 2007), (Sentencia C-811), M. P., Marco Gerardo Monroy Cabra Bogotá.

Para desarrollar el tema de calidad en el sistema de salud colombiano se mostrará en primer lugar la estructura del sistema normativo que existe hoy en día en Colombia en cuanto a la salud y más específicamente en cuanto a la calidad del servicio del mismo. En segundo lugar se abordará la calidad en el sistema de salud haciendo énfasis en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), en aras de identificar los mecanismos que garantizan la calidad, como lo son la habilitación, la acreditación, la auditoría e información que deben manejar las entidades a la hora de prestar el servicio de salud. Para ampliar el concepto de acreditación, se hará mención a todos los pasos que se necesitan para que una empresa que preste servicios de salud se acredite. En tercer lugar se presentarán los resultados del trabajo de campo realizado en diferentes hospitales de la ciudad de Bogotá con el fin de saber la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad del servicio en salud para así poder realizar un análisis práctico y real de las experiencias que tienen los usuarios frente al sistema. Finalmente con base en toda la información recopilada a lo largo del trabajo se presentarán unas conclusiones sobre la calidad en el sistema de salud colombiano.

II. Objetivos

En este trabajo se pretende investigar sobre la calidad del servicio de salud que ofrece hoy en día el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El objetivo general es estudiar y describir la calidad del servicio de salud como un componente determinante de la realización efectiva del derecho a la salud, con el fin de identificar los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud, en particular de la acreditación a la que pueden acceder las entidades.

Los objetivos específicos son estudiar el marco normativo acerca del tema de calidad en cuanto a los servicios de salud para saber cómo se ha regulado este tema a nivel nacional. Así mismo, en relación con la normatividad se quiere explicitar lo referido por el Pacto de los Derechos Económicos Sociales y Culturales y la Observación General número 14 en lo relacionado con la calidad en salud. Además del objetivo anterior, se explicará el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud, y más ampliamente el mecanismo de acreditación. Otro de los objetivos específicos es realizar un trabajo de campo con el fin de mirar la calidad del servicio desde la perspectiva de algunos usuarios, pues en la medida que usan el servicio perciben cómo funciona la calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Finalmente se concluirá frente al componente de la calidad en el SGSSS.

1. Marco Normativo y Jurisprudencial

En Colombia existe un marco normativo y jurisprudencial que regula la calidad del servicio de salud de los colombianos, ya que es un tema de gran importancia, pues como se sabe, la salud está ligada a la vida y una de las claves para garantizar efectivamente el derecho a la salud es que el servicio de atención en salud se preste con calidad.

1.1 Marco Normativo frente a la calidad

A lo largo de los últimos años se ha tenido un avance importante tanto en la legislación como en la jurisprudencia sobre la calidad en la prestación del servicio de salud en Colombia. En primer lugar, hay que tener en cuenta la Constitución Política de 1991 pues ésta es norma de normas y el eje fundamental de nuestro sistema hoy en día, de donde se llegan a desarrollar leyes claves e importantes en este tema como la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, sancionada recientemente.

Al mismo tiempo hay que tener en cuenta la regulación internacional que se ha dado sobre este tema, especialmente en los tratados internacionales sobre Derechos humanos, en concreto, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Observación General 14, sobre los cuales se hará mención más adelante.

1.1.1. Constitución Política de 1991

El derecho a la salud se ve reflejado en los artículos 44 y 49 de la Constitución Política y se entiende como un derecho inherente al ser humano. Mediante varios pronunciamientos que ha hecho la Corte Constitucional, el derecho a la salud se ha considerado como un derecho fundamental autónomo, por lo tanto debe ser protegido constitucional y legalmente. Para hablar acerca de la calidad y el acceso al servicio de salud, debemos referirnos a la Constitución Política, las decisiones jurisprudenciales adoptadas por la Corte Constitucional y las demás normas que buscan la protección de los derechos de los ciudadanos, más concretamente en cuanto a la salud y la calidad del servicio.

Toda persona goza del derecho fundamental a que se le garantice el acceso a los servicios de salud que éste requiera cuando esté en peligro su mínimo vital y su dignidad como persona, por lo tanto es necesaria una atención efectiva en el momento que se encuentre comprometida la vida e integridad del ser humano y del mismo modo que se preste con una excelente calidad.

En sentencia T-760 de 2008, la Corte indicó que:

“[E]l derecho a la salud es un derecho fundamental, de manera autónoma, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho. Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha

señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo.”¹⁰

Teniendo en cuenta lo anterior y como lo señala el autor Jaime León Gañán, el derecho a la salud se considera un derecho fundamental, pues tiene una relación directa con la dignidad humana por ser universal, irrenunciable, estar inherente al ser humano, por ser universal, indisponible, por tener libertades y derechos, lo cual deja claro que el derecho a la salud es un derecho fundamental y como tal se debe garantizar.¹¹

Sin embargo no basta con establecer que la salud es un derecho fundamental autónomo y que se pueda proteger constitucional y legalmente, hay que ir más allá, pues es necesario que el servicio se preste con una excelente calidad para que el derecho fundamental no se vea vulnerado.

El preámbulo de la Constitución Política menciona que uno de los fines del Estado es “*garantizar a sus integrantes la vida, considerada ésta como un derecho fundamental.*”¹² Para tener una vida digna es necesario que se garanticen otros derechos, como lo es el derecho a la salud, pues la vida está directamente ligada a la salud y al bienestar del ser humano. Sin embargo, para poder garantizar el cumplimiento del derecho a la salud, y de este modo que el derecho a la vida no sea

¹⁰ Colombia, Corte Constitucional. (Julio 2008), (Sentencia T-760), M. P: Manuel José Cepeda Espinosa, Bogotá

¹¹ León Gañán Ruiz Jaime, (2011) “Los muertos de Ley 100: Prevalencia del derecho a la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: Una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud régimen Contributivo. De la naturaleza jurídica del Derecho a la Salud en Colombia”, [en línea:], disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/research/colombia/Los%20muertos%20de%20la%20Ley%20100-Libro.pdf>, recuperado: 8 de Octubre de 2014.

¹² Colombia (2008), Constitución Política, artículo 11, Bogotá, Legis.

vulnerado, es necesario que el servicio de salud se preste con una excelente calidad, pues de lo contrario no se estarían cumpliendo las normas establecidas para la prestación del servicio y éste no sería eficiente ni eficaz. En este sentido, la Corte ha mencionado que:

“La garantía constitucional de toda persona a acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, contemplada dentro del derecho a la salud (art. 49, CP), ha sido desarrollada por la jurisprudencia constitucional, haciendo énfasis en condiciones de calidad, eficacia y oportunidad con que las que los servicios deben ser prestados.”¹³

La Constitución Política de Colombia en su artículo 49 consagra que *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.”*¹⁴ Es importante resaltar que la Constitución Política establece que es el Estado quien debe organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, además de establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Se debe precisar que la Constitución busca proteger el derecho fundamental a la salud y lo hace a través de la enunciación de protección a otros derechos, como el derecho a la vida.

Como desarrollo del derecho a la salud, recientemente se expidió la Ley Estatutaria en Salud, en la cual se señala expresamente que el derecho a la salud es fundamental y autónomo.

¹³ Colombia, Corte Constitucional. (Julio 2008), (Sentencia T-760), M. P: Manuel José Cepeda Espinosa, Bogotá.

¹⁴ Colombia (2008), Constitución Política, artículo 49, Bogotá, Legis.

Por otro lado en el artículo 48 de la Constitución de 1991¹⁵ se establece la Seguridad Social como servicio público de carácter obligatorio el cual, según la Ley 100 de 1993 se llevaría a cabo a través de la afiliación de toda la población al régimen subsidiado o al régimen contributivo. Con base en esta norma, el Estado debe suministrar la salud a las personas que no puedan proveérsela, pues el artículo 3 de la Ley 100 de 1993 menciona que “*se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.*”¹⁶ Éste es uno de los grandes problemas que se tienen ya que el Estado la mayoría de veces no cumple su función, pues es claro que hay una población la cual aún no está cubierta y no tienen acceso al sistema, o en caso que tenga acceso al mismo, no se les brinda la calidad adecuada y el servicio no se presta como debería prestarse.

Se debe precisar que la Constitución Política busca proteger el derecho fundamental a la salud y lo hace a través de la enunciación de principios que se deben cumplir para que este derecho se lleve a cabalidad. Éstos están ligados a la calidad del servicio, específicamente a la eficiencia así como a la universalidad y la solidaridad. No es suficiente que a una persona se le prometa que puede tener acceso a la salud sino que se le debe garantizar el mismo con una buena calidad.

¹⁵ “Artículo 48. La seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley”.

¹⁶ Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993. DO. N° 41148

Es preciso señalar que siendo esta una norma de carácter superior a las demás, no se evidencia el cumplimiento de la misma pues existe una amplia interpretación de las normas de menor jerarquía que no permiten que se lleve a cabo la finalidad de la misma Constitución Política. A pesar de que sí existe una regulación sobre el tema, no se encuentra un efectivo respeto del derecho a la salud en lo que a calidad se refiere, pues existen deficiencias en la calidad del servicio de salud, por lo tanto se puede afirmar como lo ha mencionado la Corte Constitucional que el derecho fundamental a la salud no está siendo desprotegido sino que se está irrespetando.¹⁷

1.1.2 Ley 100 de 1993

Los artículos de la Constitución mencionados anteriormente fueron desarrollados por la Ley 100 de 1993¹⁸ la cual implementó un Plan Obligatorio de Salud (POS) con el fin de que los afiliados a este sistema tuvieran una serie de servicios de calidad para el cuidado de su salud.

La Ley 100 de 1993 contempla la calidad del sistema como un principio fundamental de la atención en salud que se les debe brindar a las personas, por lo tanto la evaluación y mejoramiento de la calidad del servicio genera un impacto en las condiciones de salud y al mismo tiempo en el bienestar de la población. Teniendo en cuenta lo anterior, se ven ligados a la calidad una serie de conceptos como lo son la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad, la equidad, entre otros, los cuales deben tenerse en cuenta al momento que se va a prestar el servicio de salud a la población.

¹⁷ Colombia, Corte Constitucional. (Julio 2008), (Sentencia T-760), M. P: Manuel José Cepeda Espinosa, Bogotá

¹⁸ Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.

El Plan Obligatorio de Salud (POS) nace como una necesidad básica de prestación de un servicio que implica un derecho fundamental como lo es la salud. La Ley 100 de 1993, se refiere al POS desde el capítulo III titulado “*EL REGIMEN DE BENEFICIOS*”. En el artículo 162 de la ley se habla del POS como:

“[A]quel programa de salud que cubrirá a todos los ciudadanos del territorio nacional antes del 2001 y como aquel programa que los protege de la enfermedad y de situaciones que requieran de atención médica general y especializa.”¹⁹

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene dos regímenes de afiliación, el primero es el contributivo²⁰ para aquellas personas con capacidad de pago donde éstas pagan una cotización, y el segundo es el subsidiado²¹, para la población más pobre y vulnerable en donde las personas no tienen la capacidad de pago para contribuir al sistema, por lo tanto el Estado les brinda el acceso al servicio por medio de un subsidio.

El artículo 153 de la Ley 100 de 1993 menciona los fundamentos del Servicio Público y en su numeral 1 dice que “*El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en*

¹⁹ Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993. DO. N° 41148, Artículo 162. Plan de Salud Obligatorio. “El sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familiar a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan”.

²⁰ *Ibíd.*, Artículo 157, literal A, numeral 1, “(...) son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.”

²¹ *Ibíd.*, Artículo 157, literal A, numeral 2, “(...) son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el sistema general de seguridad social en salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana”.

*Colombia independientemente de su capacidad de pago.*²² Esto es un reto muy importante ya que se pueden plantear varias alternativas para llegar a establecer los servicios de igual calidad para los servicios que se prestan en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado, sin embargo es importante saber quién define dichos estándares de calidad. Es claro que el Estado necesita de ayuda de las organizaciones públicas y privadas para poder llegar a estos resultados, es decir, llegar a obtener una óptima calidad en el sistema de salud colombiano.

La Ley 100 de 1993 trajo consigo principios muy importantes como la eficiencia, eficacia, universalidad, acceso y equidad, los cuales tienen una relación con la calidad, en la medida que se cumplan dichos principios se estará garantizando una buena calidad en el servicio.

La Ley 100 de 1993 reguló el servicio público de la salud bajo unos principios constitucionales básicos muy importantes con el fin de garantizar los derechos irrenunciables, como el derecho fundamental a la salud de las personas para lograr obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana. Así lo señala el artículo 1: *“El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.”*²³

²² *Ibíd*, artículo 153, numeral 1.

²³ Colombia, Congreso Nacional de la República (1993, 23 de Diciembre), “Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”, en Diario Oficial, núm. 41148.

La Ley 100 de 1993 identifica como principios relevantes relacionados con la calidad del servicio de salud los siguientes:

- **Equidad.** Al prestarse el servicio de salud debe existir una igualdad en la misma, entendiendo en este caso como equidad, darle a cada quien lo que le corresponde. El acceso que se le garantiza a toda la población a los servicios de salud debe ser equitativo. Al igual que lo menciona el numeral 1 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993²⁴ se le garantizará a toda la población servicios de igual calidad, es decir que hay una equidad tanto en la prestación del servicio como en la garantía de la calidad del mismo.
- **Eficacia.** Los servicios que se consideran eficientes son aquellos donde se satisfacen todas las necesidades requeridas de manera rápida, es decir que se logra el fin deseado. Generalmente el usuario es atendido y el sistema logra solucionarle sus requerimientos de salud, sin embargo, la calidad del servicio no es la mejor. Como se verá más adelante, la mayoría de los usuarios consideran que la calidad del servicio en salud es muy baja, por lo tanto no podría considerarse que hay una eficacia en el sistema, pues una de las cosas más importantes en cuanto a salud es que el servicio se preste con una excelente calidad.
- **Eficiencia.** Como lo menciona el literal a del artículo 2 de la Ley 100 de 1993, la eficiencia “*es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la*

²⁴ Se hará énfasis en este artículo en el capítulo siguiente.

seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.”²⁵ El seguimiento y la vigilancia que debe hacer el gobierno es clave para que se garantice que la calidad del servicio se cumpla y al mismo tiempo que se garantice una eficiencia, pues como se ha venido viendo en los últimos años los escándalos en salud son cada vez más ya que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) hacen del servicio un negocio.

- **Acceso y universalidad.** Uno de los propósitos de la Ley 100 de 1993 es garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población colombiana en cualquier momento de su vida. Como lo menciona el literal b del artículo 2 de la Ley 100 de 1993, la universalidad es *“la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.”*²⁶ El derecho a la salud se debe cumplir sin discriminación alguna y debe ser prestado a toda persona que necesite del servicio. Al mismo tiempo es necesario que dicho servicio se preste con calidad, pues se está hablando de temas que están vinculados directamente con la vida y si se le garantiza a todas las personas el acceso al servicio de salud, esto no quiere decir que el servicio se preste con menor calidad sino que por el contrario, cada vez se debe prestar con mejor calidad para que el usuario quede satisfecho y se le solucionen sus problemas de salud.

Estos principios son la base fundamental en que la Ley 100 de 1993 se soporta y nos muestran que la calidad siempre debería estar presente cuando se presta el servicio de salud, ya que por más que se garantice la prestación del servicio a toda la población y

²⁵ Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diciembre 23 de 1993. DO. N° 41148

²⁶ *Ibíd.*

se logre satisfacer los requerimientos de los usuarios, si el servicio se presta con una mala calidad no va a lograr el fin deseado y no se estará cumpliendo con el objetivo el cual es garantizar de manera integral el derecho a la salud.

Como lo menciona el autor Carlos Alfonso Kerguelén *“La reforma del sector en la década de los noventa, que creó el Sistema general de Seguridad Social en Salud contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población”*²⁷, por lo tanto desde un inicio se tuvo en cuenta que uno de los temas que se debían regular era el referente a la calidad del sistema.

1.1.3 Decreto 1011 de 2006

Una vez se promulgó la Ley 100 de 1993 empieza a darse un desarrollo normativo importante en cuanto al tema de calidad en el servicio de salud. El Sistema Obligatorio de garantía de calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud solo apareció hasta el año 1996 a través del Decreto 2174 de 1996 el cual fue derogado por el Decreto 2309 de 2002 que a su vez fue derogado por el Decreto 1011 de 2006²⁸ vigente al día de hoy.

Es el Decreto 1011 de 2006 la norma que regula el Sistema Obligatorio de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo la derogatoria del Decreto 2309 de 2002 no es en cuanto a las definiciones, conceptos

²⁷ Kerguelén Botero, Carlos Alfonso (2008), “Calidad em Salud en Colombia”, [en línea:], disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>, recuperado 23 de Octubre de 2014.

²⁸ Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006, 3 de Abril), “Decreto número 1011 del 3 de Abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en Diario Oficial, núm. 46230, 3 de Abril de 2006, Bogotá.

o principios, sino que simplemente fue una derogatoria con el fin de mejorar la comprensión de la norma, por lo tanto el contenido del Decreto 1011 de 2006 es muy similar al Decreto 2309 de 2002 que derogó. Entonces el Decreto 1011 de 2006 regula todo lo pertinente a la calidad en la prestación del servicio de salud, en cuanto a su desarrollo, cumplimiento y vigilancia.

Para el Decreto 1011 de 2006, la calidad de la atención en salud se define en el artículo 2 en los siguientes términos:

“[S]e entiende 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.”²⁹

Un tema fundamental que desarrolla este decreto es el Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad en Salud (SOGCS). El SOGCS tiene como objetivo proveer de servicios a todos los usuarios de manera accesible, equitativa y oportuna por medio de un sistema profesional y óptimo con el fin de darles seguridad a los usuarios.

El artículo 3 del Decreto 1011 de 2006 menciona como características del SOGCS las siguientes:

1. **“Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema de seguridad social en salud.
2. **Oportunidad:** 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

²⁹ *Ibíd.*

servicios con respecto a la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. **Seguridad:** *Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.*
4. **Pertinencia:** *Grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.*
5. **Continuidad:** *Grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.*³⁰

Al mismo tiempo, el Decreto 1011 de 2006 explica en el artículo 7 los cuatro componentes del sistema los cuales son:

1. **“Sistema único de habilitación:** *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; las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.*
2. **Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud:** *Entendido como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.*
3. **Sistema único de acreditación:** *Definido como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las*

³⁰ *Ibíd.*

entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

4. ***Sistema de información para la calidad:*** *El cual será implantado por parte del Ministerio, con el fin de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema.*³¹

Teniendo en cuenta los anteriores conceptos, es claro que se tiene una regulación sobre la calidad con la que se debe prestar el servicio de salud. Desde la identificación de estos componentes del Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, es necesario hacer un seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada o percibida, pues de este seguimiento se podrán tomar acciones o medidas que permitan proteger los derechos del paciente y se garantice una buena calidad en la prestación del servicio.

1.1.4 Ley 1122 de 2007

El 9 de Enero de 2007 fue sancionada la Ley 1122 de 2007, con la cual se introdujeron cambios al sistema de seguridad social en salud, con el fin de consolidar y mejorar las condiciones de salud en el país para que se lograra, entre otras cosas, garantizar la calidad de la prestación del servicio de salud.

Entre sus disposiciones, esta ley sustituyó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por una Comisión de Regulación en Salud (CRES), la cual modificó sustancialmente el funcionamiento del sistema de regulación y dio algunas funciones adicionales al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de

³¹ *Ibíd.*

Salud. Sin embargo el Decreto 2560 de 2012 suprimió la CRES, ordenando su liquidación y pasando las funciones de ésta al Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio fue encargado de establecer mecanismos para evaluar la gestión de todas las entidades del SGSSS por medio de indicadores en salud y resultados en salud y bienestar. Con base en estos resultados, *“el Ministerio fue encargado también de definir el camino que seguirá cada entidad en la corrección de los problemas identificados y de solicitar la intervención de la Superintendencia Nacional de Salud para tomar los correctivos pertinentes.”*³²

En este sentido, el artículo 23 de la Ley 1122 del 2007 establece que:

*“[L]as Empresas Promotoras de Salud (EPS) deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del sistema. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de las EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente”*³³.

La norma planteada le apunta a la necesidad de garantizar la calidad a través de la prestación continua del servicio de salud y al mismo tiempo las aseguradoras tienen la obligación de prestar el servicio con calidad y de garantizar la integralidad en las prestaciones del servicio.

Por otro lado el literal d del artículo 39 de la Ley 1122 del 2007 establece que:

³² Oviedo (2007), “Análisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Territorio Nacional”, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

³³ Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 9 de 2007.

“[U]no de los objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud es proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.”³⁴

Como se pudo ver, la Ley 1122 de 2007 fue enfática en establecer que el servicio de salud se deberá prestar con calidad para que así se garantice el cubrimiento y la prestación continua y oportuna.

1.1.5 Ley 1438 de 2011

Con la Ley 1438 de 2011 se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Hay que resaltar que el objeto fundamental de la ley es:

“[F]ortalecer el sistema a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, permita la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo.”³⁵

Es claro que la intención fue generar una mejor calidad en el sistema para que se pueda fortalecer el mismo y que el servicio se preste de manera incluyente y equitativa.

La Ley 1438 de 2011 hace algunas modificaciones frente a los principios incluidos en la Ley 100 de 1993 que irradian todo el sistema de salud. Incluye 15 principios a los 6 existentes en la Ley 100 de 1993.³⁶ Así, la ley es abundante en principios y un buen

³⁴ Ibíd.

³⁵ Colombia, Congreso Nacional de la República (2011, 19 de Enero), “Ley 1438 del 19 de Enero de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, artículo 1, en Diario Oficial, núm. 47957

³⁶ La Ley 1438 de 2011 en su artículo 3, incluye los principios de igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, participación social, progresividad, libre escogencia,

número de ellos se correlacionan en forma directa con la calidad, como lo es por ejemplo, el principio de equidad mencionado en el numeral 3.7 del artículo 3, el cual establece lo siguiente:

“[E]l Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.”³⁷

De acuerdo a lo anterior, independientemente de la capacidad de pago de las personas, se les garantizará el acceso de una manera igual a todas las personas, por lo tanto, el servicio y su calidad se debe prestar de una manera equitativa también.

Específicamente la Ley 1438 de 2011 incluye como principio el de la calidad el cual quedó resumido de la siguiente forma en el numeral 3.8 del artículo 3: *“Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente, de acuerdo con la evidencia técnico científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.”³⁸* Se mencionan otros principios relacionados con la calidad, como lo es la igualdad, eficiencia, participación social, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, entre otros, los cuales tocan elementos de auto-cuidado y uso racional de los servicios.

En el numeral 3.9 del artículo 3, se define el principio de eficiencia como *“la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y*

sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad.

³⁷ Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 19 de 2011.

³⁸ *Ibíd.*

calidad de vida de la población.”³⁹ En este numeral la ley hace mención a la calidad del sistema, es decir que, si se cumple el principio de eficiencia se estará cumpliendo el de calidad, pues con los recursos disponibles se pueden satisfacer las necesidades de los usuarios con una calidad adecuada.

De otro lado, la Ley 1438 de 2011 se orienta a unificar el plan de beneficios, garantizar la universalidad del aseguramiento, la prestación de servicios en cualquier lugar del país y asegurar la sostenibilidad financiera, entre otros temas que han sido motivo de reclamación permanente. Es indudable que estas orientaciones, de hacerse realidad, mejorarían la calidad del sistema de salud de Colombia y reducirían problemas suficientemente discutidos como la discriminación generada por múltiples planes de beneficios o los problemas de acceso relacionados con la disponibilidad de redes de servicios.

Según lo ordenado por el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011 es responsabilidad del Ministerio desarrollar un Sistema de Evaluación y Calificación de los actores del sistema con el fin de dar a conocer la información relacionada con la calidad en la atención en salud, calidad técnica y la satisfacción del usuario frente a los actores del Sistema entre otras cosas.

Los retos en materia de calidad apuntan a que se fijen los requisitos específicos que los equipos de trabajo de la atención primaria deben cumplir, las especificaciones técnicas sobre cobertura y calidad de las redes de servicio que se constituyan, los requisitos de

³⁹ *Ibíd.*

habilitación, los estímulos a la acreditación, las metas e indicadores de resultado, entre otros elementos establecidos en el artículo 2 de la ley.

Es claro que la Ley 1438 de 2011 hace énfasis en la calidad del servicio de salud y que la misma se debe garantizar para que así se logre la eficiencia y eficacia de la prestación del servicio. Como se vio, la Ley 1438 de 2011 trae varios principios relacionados con la calidad, pero a pesar de su existencia, algunos no se aplican como se deberían aplicar, pues se ve que día a día los usuarios tienen la necesidad de acudir a la acción de tutela y al derecho de petición para que se cumplan dichos principios y se les garantice su derecho a la salud.

1.1.6 Ley Estatutaria por la cual se regula el Derecho fundamental a la salud No. 1751 de 2015

Se necesitaba en el marco jurídico nacional una ley que reglamentara la salud desde su concepción de derecho fundamental y desde ahí derivar todos los criterios de un nuevo modelo de salud que se complementara y mejorara en su intermediación tal como lo previó la Ley 100 de 1993. El fin de esta norma es “*garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.*”⁴⁰

La Corte Constitucional en Sentencia C-313 de 2014 declaró exequible el Proyecto de Ley Estatutaria No. 209 de 2013 Senado y 267 de 2013 Cámara “*Por medio de la cual*

⁴⁰ Ley 1751 de 2015, artículo 2. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Febrero 17 de 2015.

se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”⁴¹, el cual fue aprobado por el Congreso de la República, y sancionado por el Presidente el 17 de febrero de 2015. La Corte fue enfática en su pronunciamiento diciendo que, frente a los inconvenientes en el funcionamiento del sistema de salud se tiene:

*“[U]n acceso inoportuno a los servicios en los diferentes niveles, los problemas de calidad en la prestación del servicio, la ineficiencia en el uso de los recursos, el énfasis curativo antes que en el promocional y preventivo, la iliquidez y dudas en relación con la sostenibilidad del sistema, la explosión tecnológica en salud que ha elevado costos, entre otros.”*⁴²

Con lo anterior es claro que hay un problema de calidad en el sistema y que con esta nueva ley lo que se propone es mejorar, entre otras cosas, la calidad y garantizarle al usuario que se prestará un buen servicio y estará satisfecho con el resultado. Es por esto que la Corte Constitucional en la sentencia citada anteriormente menciona que:

*“En cuanto a la calidad en materia de acceso, continuidad y progresividad del servicio, son varios los mandatos de la Ley aprobada, establecidos en dicho sentido, así por ejemplo, el artículo 2, al indicar lo que comprende el derecho, exige la calidad en el acceso a la prestación de los servicios en materia de salud, el artículo 5, inciso 1, literal d) exige calidad e idoneidad profesional como elementos del derecho fundamental a la salud. En el artículo 6, los literales d) y g) se refieren a la continuidad y la progresividad como principios del derecho en regulación.”*⁴³

Por otro lado esta ley reconoce a la salud como un derecho fundamental y es una ley garantista que tiene como fin la progresividad de los derechos. En efecto, en el artículo 2 de la Ley Estatutaria de Salud se menciona que,

“[E]l derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, al mismo tiempo comprende el acceso a los

⁴¹ *Ibíd.*

⁴² Colombia, Corte Constitucional. (Mayo de 2014), (Sentencia C-313), M. P: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

⁴³ *Ibíd.*

servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.”⁴⁴

El artículo 6 de la ley se ocupa de los elementos y principios del derecho a la salud. En su literal d se menciona el elemento de calidad e idoneidad profesional como un elemento esencial del derecho a la salud, bajo el entendido que:

“[L]os establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder los estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas.”⁴⁵

El Ministerio de Salud y Protección Social señaló que los principales retos que impone la Ley Estatutaria son los siguientes:

1. “Diseñar progresivamente un esquema de protección del derecho a la salud basado en primordialmente exclusiones.
2. Definir un mecanismo de exclusiones legítimo que cumpla con los requisitos constitucionales y sea acatado y respetado por la ciudadanía, las autoridades judiciales y los agentes del sector.
3. Fortalecer las políticas de transparencia y uso racional de tecnologías en salud en el marco de la autorregulación médica.
4. Fortalecer la política farmacéutica y control de precios con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social”⁴⁶.

El Comunicado del 21 mayo 29 de 2014 explica que:

“El Ministerio de Salud y Protección Social deberá divulgar evaluaciones anuales sobre los resultados del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de los elementos esenciales de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad⁴⁷. El fin de estas evaluaciones es implementar políticas públicas para mejorar las condiciones de salud y la prestación del servicio a la población.”⁴⁸

⁴⁴ Comunicado 21 mayo 29 de 2014.Expediente PE-040 Sentencia C-313 del 29 de Mayo de 2014. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

⁴⁵ Ley 1751 de 2015, artículo 2. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Febrero 17 de 2015.

⁴⁶ *Ibíd.*

⁴⁷ Comunicado 21 mayo 29 de 2014.Expediente PE-040 Sentencia C-313 del 29 de Mayo de 2014. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

⁴⁸ *Ibíd.*

Esta ley estatutaria se puede considerar ahora como la columna vertebral de la reforma al sistema de salud que rige desde 1993. Es claro que deberá garantizarse la calidad en el sistema de salud, es decir, en todos los procedimientos e intervenciones desde la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la recuperación y la rehabilitación de cualquier enfermedad que padezca el usuario. En este sentido es claro que todos esos servicios se deben prestar siempre con una óptima calidad para que se garantice siempre el derecho fundamental a la salud y al mismo tiempo el derecho a la vida.

Como lo menciona Kerguelén:

“Hay una serie de factores que inciden sobre la calidad, tales como la infraestructura de los sistemas de salud, entendiéndose por esto un complejo sistema de recursos, y la forma como está organizado el sistema de prestación de servicios, los recursos económicos del sistema y la gestión misma de estos recursos.”⁴⁹

Una vez descrita la normatividad nacional, resulta claro que existe reglamentación sobre la calidad de la prestación del servicio en salud en Colombia y que el Estado tiene la obligación de reglamentar todo lo que sea necesario para que el derecho fundamental a la salud sea efectivo y se garantice su cumplimiento. En este sentido, la reglamentación de la calidad en los servicios de salud debería permitir y garantizar que en la práctica, todos los servicios de salud se prestarán con calidad.

No se puede hablar de calidad simplemente si se considera que los usuarios quedan satisfechos con la prestación del servicio, sino como se ha mencionado, la calidad va ligada a muchos temas más como la infraestructura del lugar, las tecnologías de los

⁴⁹ Ibíd. Pág. 79.

equipos, la competencia del personal médico a la hora de atender a los usuarios, entre otras cosas. Por lo tanto es importante que las autoridades de la salud estén al tanto de si se cumplen o no las condiciones de calidad exigidas en la normatividad. En conclusión es necesario revisar cada factor que incide en el servicio de salud para saber si la calidad es adecuada o no.

1.2. Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Observación General 14.

Además de la normatividad nacional, en el marco internacional de los derechos humanos se identifican algunas normas que tienen relación directa con el aspecto de la calidad en el Derecho a la salud.

En efecto, varios instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios necesarios.”*⁵⁰ Por otro lado, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁵¹ menciona en el párrafo 1 del artículo 12 que los Estados partes reconocen *“el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.”*⁵²

⁵⁰ Declaración Universal de los Derechos Humanos. [en línea:] disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>, recuperado: Diciembre 3 de 2014.

⁵¹ Ratificado por Colombia el 29 de Octubre de 1969.

⁵² Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [en línea:] disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0014>, recuperado: Diciembre 4 de 2014.

La Observación General 14 es el pronunciamiento del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), en el cual se reitera que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.⁵³ Esta observación desarrolla el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales así:

“El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

- a) **Disponibilidad.** *Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos en salud y centros de atención de la salud, así como de programas (...)*
- b) **Accesibilidad.** *Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:*
 - i) *No discriminación*
 - ii) *Accesibilidad física*
 - iii) *Accesibilidad económica*
 - iv) *Acceso a la información*
- c) **Aceptabilidad.** *Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.*
- d) **Calidad.** *Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ellos requiere, entre otras cosas, personas médico capacitados, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.”⁵⁴*

⁵³ Colombia, Corte Constitucional. (Mayo de 2014), (Sentencia C-313), M. P: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo

⁵⁴ Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22 periodo de sesiones, 2000), en línea:] disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>, recuperado: Diciembre 5 de 2014.

De acuerdo a lo anterior se puede ver que la calidad hace parte de uno de los elementos esenciales del derecho a la salud y debe estar interrelacionado con los demás elementos esenciales y principios. La calidad es un elemento que no se debe dejar de lado ya que es determinante para la realización plena y efectiva del desarrollo del derecho a la salud. Cuando se habla de calidad en la prestación del servicio, hay que tener en cuenta que esto incluye una buena calidad en los equipos utilizados, en los medicamentos, que los médicos seas competentes y estén capacitados al momento de prestar el servicio, entre otras cosas.

Teniendo en cuenta lo anterior la calidad en el sistema de salud es un tema que ha tomado gran importancia en los últimos años, pues es evidente que las instituciones que prestan el servicio de salud están comprometidas con la comunidad a que estos servicios se presten con una alta calidad con el fin que éstos sean efectivos, eficientes, oportunos y equitativos para que se pueda gozar del derecho a la salud como está regulado en la ley y que los usuarios queden satisfechos con los resultados. Para que se garantice que las instituciones prestan el servicio con una alta calidad, es necesario que se vigilen, controlen, y pasen por ciertos pasos de habilitación y acreditación los cuales se mencionarán más adelante.

1.3. Jurisprudencia Constitucional en materia de Calidad en Salud

Repetidas veces en Sentencia T-760 de 2008, la Corte menciona que “*el derecho a la salud comprende entre otros, el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad*”⁵⁵, es decir que además de prestarse los servicios oportuna y eficazmente, siempre tendrán que prestarse con una óptima calidad, pues es

⁵⁵ Colombia, Corte Constitucional. (Julio 2008), (Sentencia T-760), M. P: Manuel José Cepeda Espinosa, Bogotá

necesario que los servicios se presten con calidad para poder garantizar el derecho fundamental a la salud.

Respecto a lo anterior la Corte Constitucional en la sentencia señalada dijo que:

“Ahora bien, han de hacerse dos anotaciones acerca de las órdenes descritas en el párrafo anterior. En primer lugar, el buen funcionamiento del sistema de salud depende de su adecuada administración, lo que a su vez obedece a que el Estado regule adecuadamente el equilibrio entre los ingresos de recursos del sistema por un lado, y la prestación de servicios de calidad por el otro. Así, no sólo es legítimo sino es necesario que se adopten medidas para racionalizar el acceso a los servicios establecidos en los planes obligatorios de salud, siempre tomando en cuenta la satisfacción del derecho a la salud y el efectivo acceso a los servicios que sean requeridos con necesidad.”⁵⁶

Por otro lado frente a la calidad de la prestación del servicio de salud, la Corte Constitucional ha considerado que ésta no puede ser considerada como el único referente para la prestación del servicio, pues debe tenerse en cuenta la transparencia y efectividad del servicio de salud. Así lo menciona en Sentencia T-686 de 2006:

“La calidad, transparencia y efectividad del servicio de salud dependerá, en gran medida, de la capacidad que tengan las entidades prestadoras encargadas de prestar tal servicio de intervenir de modo oportuno por medio de médicos especializados y luego seguir con diligencia y cuidado la historia clínica de sus afiliados a fin de garantizar una atención adecuada y eficaz.”⁵⁷

Del mismo modo la Corte ha dicho que el derecho a la salud deberá expresarse siempre en términos de universalidad, integralidad, oportunidad, eficiencia y calidad. Es decir que el principio de calidad en salud siempre va ligado a los demás principios.

⁵⁶ Colombia, Corte Constitucional. (Julio 2008), (Sentencia T-760), M. P: Manuel José Cepeda Espinosa, Bogotá

⁵⁷ Colombia, Corte Constitucional. (Agosto 2006), (Sentencia T-686), M. P: Humberto Antonio Sierra Porto, Bogotá

Al respecto la corporación mencionó lo siguiente:

“Conforme a lo expuesto, la continuidad en la prestación del servicio debe garantizarse en términos de universalidad, integralidad, oportunidad, eficiencia y calidad. De su cumplimiento depende la efectividad del derecho fundamental a la salud, en la medida en que la garantía de continuidad en la prestación del servicio forma parte de su núcleo esencial, por lo cual no resulta admisible constitucionalmente que las entidades que participan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- se abstengan de prestarlo o interrumpan el tratamiento requerido, por razones presupuestales o administrativas, desconociendo el principio de confianza legítima e incurriendo en vulneración del derecho constitucional fundamental.”⁵⁸

En sentencia T-206 de 2003 la corporación expresó que:

“De forma similar, los servicios de salud que se presten a las personas deben ser de calidad. Para las entidades obligadas a garantizar la prestación del servicio, respetar ese derecho, supone, por ejemplo, que a la persona no se le debe entregar un medicamento u otro tipo de servicio médico de mala calidad, que desmejore la salud de la persona.”⁵⁹

Cuando la Corte Constitucional desarrolla el derecho a la salud como derecho fundamental, siempre se tiene en cuenta el principio de calidad para la prestación del servicio. En este sentido ha mencionado en sentencia T-020 de 2013 lo siguiente:

“La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental de la salud como derecho autónomo, definiéndolo como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, y garantizándolo bajo condiciones de oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de acuerdo con el principio de integralidad.”⁶⁰

De acuerdo a lo anterior es claro que la Corte Constitucional en varias oportunidades se ha pronunciado sobre el aspecto de la calidad en la prestación del servicio de salud.

⁵⁸ Colombia, Corte Constitucional. (Junio 2014), (Sentencia T-361), M. P: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, Bogotá

⁵⁹ Colombia, Corte Constitucional. (Abril 2013), (Sentencia T-206), M. P: Jose Ivan Palacio Palacio, Bogotá

⁶⁰ Colombia, Corte Constitucional. (Enero 2013), (Sentencia T-020), M. P: Luis Ernesto Vargas Silva, Bogotá

Es evidente que si no hay una calidad adecuada en la prestación del servicio de salud, no se está protegiendo del todo el derecho fundamental a la salud ya que no se puede hablar de garantizar este derecho si no se está prestando con la calidad con la que se debería prestar y al mismo tiempo se debe tener una interrelación entre el principio de calidad y los demás principios que menciona la ley, pues los principios son la base del derecho.

2. Calidad en el sistema de salud

Ya se ha puesto de presente que, a pesar que luego de la Constitución de 1991 y la Ley 100 de 1993 el tema de salud en Colombia crece sustancialmente, es claro que la calidad del sistema aún sigue siendo cuestionada, “*ya que si bien es cierto se incrementa la cobertura, persisten problemas de inequidad, eficiencia y, sobre todo, resultados.*”⁶¹ Esto puede tener varias causas, una de las cuales es sin duda el enfoque rentístico que se le da a la salud en el país lo cual mantiene y reproduce la inequidad.⁶² De esta forma hay que tener en cuenta qué es lo que implica tener servicios de igual calidad para todos los habitantes. En cuanto a esto el Ministerio de Salud y Protección Social ha mencionado las siguientes alternativas:

“Estándares de calidad uniformes que se aplicarán a todas las organizaciones y personas que prestan servicios de salud, que ayuden a definir unos criterios uniformes de entrada y permanencia en el sistema de salud, tanto de estructura como de procesos mismos de atención.

Definir guías y procesos de atención que sea conocidos e implementados por igual en todas las organizaciones.

Generar indicadores explícitos de medición de la prestación de los servicios, con el fin de conocer si la mencionada igualdad se encuentra a través de estratos sociales, etnias, sitios geográficos, etc.

*Predecir cuales son los resultados clínicos que se obtendrán una vez de atiendan las personas, los cuales tendrán que ser iguales o con muy pocas variaciones entre grupos poblacionales con características similares.”*⁶³

A pesar que el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 prevé que el Sistema General de Seguridad Social debe establecer mecanismos de control de los servicios para

⁶¹ Cardona, J., Hernández, A. y Yepes, F (2005), “La reforma a la seguridad social en salud en Colombia: ¿avances reales? Revista Gerencia y Políticas de salud”, pag. 81.

⁶² Losada Otálora, Mauricio, Rodríguez Orejuela, Augusto (2007), “Calidad del servicio de salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing”, [en línea:] disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v20n34/v20n34a11.pdf>, recuperado el 15 de Noviembre de 2014.

⁶³ Ministerio de Salud y Protección Social. [en línea:] disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>, recuperado: Diciembre 21 de 2014.

garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos de práctica profesional, algunos estudios revelan porcentajes no satisfactorios de calidad. En efecto, el estudio realizado por Velandia, Ardón, Cardona y Jara afirmó que:

“[U]n estudio sobre oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en el país revela que el 64.7% de las personas identificadas como enfermas por causa crónica o no crónica, que no usan los servicios de atención médica, mencionan razones para no hacerlo asociadas con problemas en la calidad.”⁶⁴

El tema es preocupante pues el Ministerio de la Protección Social (Hoy Ministerio de Salud y Protección Social) entre el 2002 y 2006 había sancionado a más de 2.400 prestadoras de salud en Colombia y anualmente los usuarios presentaron entre 80.000 y 90.000 acciones de tutela para que se les garantizara el servicio de salud por parte de los proveedores.⁶⁵

En un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo se llegó a la conclusión de que a pesar que los niveles de oportunidad y satisfacción son relativamente buenos, es claro que en urgencias los resultados fueron bajos, pues *“se presentan negaciones o demoras injustificadas, no obstante su dramática relación con el objetivo de la preservación de la vida ante un riesgo inminente.”⁶⁶*

⁶⁴ Velandia, F., Ardón, N., Cardona, J. M. y Jara, M. I (2005), “Comparación de la forma como las encuestas de calidad de vida en Colombia indagan sobre la calidad de los servicios de salud”. Revista Gerencia y Políticas de Salud. P. 116.

⁶⁵ Revista Dinero (2007) Edición No. 275.

⁶⁶ *Ibíd.*

De acuerdo con lo anterior, los resultados de la encuesta arrojan *“una calificación global para el Sistema General de Seguridad Social en Salud de 6.09 sobre 10, valor que registra apenas el nivel mínimo de aceptabilidad”*⁶⁷ en cuanto a la calidad que se presta en los servicios de salud en diferentes ciudades del país.

No resulta suficiente que se garantice únicamente el acceso al sistema de salud, sino que además debe garantizarse que el acceso será en condiciones de calidad, toda vez que el acceso solo será real si además de recibir atención, la misma es satisfactoria en relación con la garantía del derecho integral a la salud. Evidentemente el componente de accesibilidad está relacionado con el de calidad.

2.1. Garantía en la calidad de salud

Desde el inicio de constitución de una empresa se debe de tener presente el ámbito de la calidad en el servicio, en este caso, la calidad en el servicio de salud. En este sentido, la calidad debe plantearse desde la capacitación del personal, los recursos tanto físicos como materiales que se utilizan, la dirección para llegar a una garantía de la calidad, entre otras cosas. Es muy fácil hablar de una garantía de la calidad en el servicio de salud, pero al momento de alcanzar dicho objetivo resulta más desafiante de lo que se pensaba, pues si se omite cualquier detalle o cualquier paso es menos posible alcanzarla.

Ishikawa describe la garantía de la calidad como: *“asegurar la calidad de un producto de modo que el cliente pueda comprarlo con confianza y utilizarlo largo tiempo con*

⁶⁷ *Ibíd.*

confianza y satisfacción.”⁶⁸ Es decir que la garantía de la calidad es cuando una empresa logra ofrecer un servicio confiable de manera eficaz y eficiente a los usuarios y que éstos queden satisfechos con el mismo.

En cuanto a la garantía del servicio de salud las empresas tienen una exigencia mucho mayor y mucho más estricta, pues el servicio va dirigido a la salud de los usuarios que se puede considerar como lo más preciado ya que es la preservación y el cuidado de la vida. De acuerdo a lo anterior es necesario que las empresas que presten los servicios de salud sigan unas pautas establecidas en la ley para que se garantice la calidad en el servicio.

Prestar el servicio con calidad no quiere decir que desde el inicio de constitución de una empresa se empiece con los niveles más bajos de calidad, por el contrario, se deben cumplir con unos parámetros especiales que permitan cumplir satisfactoriamente el objetivo y desde ese momento empezar a mejorar cada día más la calidad de la prestación del servicio y así poder garantizársela al usuario. Estos parámetros están establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud, el cual se explicará en el capítulo siguiente.

Malagón menciona que la planeación de la calidad se identifica con los siguientes factores:

1. *“Visión: Resulta de un estudio y consideraciones sobre pertinencia, oportunidad, ventajas, desventajas, localización, viabilidad y posibilidades del programa.*

⁶⁸ Citado en: Malagón Gustavo, “Garantía de calidad en salud” (en línea), disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zNizAARgYZEC&oi=fnd&pg=PR15&dq=calidad+en+salud&ots=WluRK-eErC&sig=p-t40uYQULg_QajvZXfaou_P4AQ#v=onepage&q&f=false, recuperado el 12 de marzo de 2015.

2. *Misión: Es el objetivo o meta del programa, alrededor del cual debe volcarse todo esfuerzo de planificación y programación.*
3. *Formulación estratégica: Representa el conjunto de medidas o acciones que permiten el cumplimiento de la misión, dentro de las posibilidades y limitaciones de la empresa.*
4. *Ingeniería de servicios: Disposición del recurso humano y de facilidades materiales para el cumplimiento del plan. Es la distribución racionalizada de actividades que deben cubrir los diferentes cargos. Se apoya en el manual de normas y procedimientos y está de acuerdo con las estrategias trazadas.*
5. *Implementación: Cumplimiento permanente de las normas para el logro de la misión con el mejoramiento continuo en los procedimientos empleados.*
6. *Operación: Acción de conjunto de todos los medios al alcance para obtener la meta fijada.*
7. *Orientación al cliente: Representa uno de los aspectos más importantes para lograr el éxito del programa. El cliente debe saber qué va a recibir y cómo lo va a recibir. Pero además es importante que el cliente espere el producto o servicio con positividad y motivación suficiente.”⁶⁹*

De acuerdo con lo anterior resulta claro que la calidad es un componente complejo en donde se identifican varios conceptos los cuales conjuntamente hacen que la calidad se materialice al momento de prestar el servicio.

Como se hablará en el capítulo siguiente, hay un tema muy importante en este aspecto y es el de la auditoría en salud. Pues esto hace que haya una garantía para el usuario en donde realmente se está haciendo un control, interno y externo, sobre la calidad en el servicio de salud que presta la entidad.

En este sentido Malagón explica que:

“Cuando se refiere específicamente al control de calidad en salud, sin referirse al conocido como control interno que es el mecanismo de vigilancia de la ejecución

⁶⁹ Malagón Gustavo, “Garantía de calidad en salud” (en línea), disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=zNizAARgYZEC&oi=fnd&pg=PR15&dq=calidad+en+salud&ots=WluRK-eErC&sig=p-t40uYQULg_QajvZXfaou_P4AQ#v=onepage&q&f=false, recuperado el 12 de marzo de 2015.

presupuestal y el manejo en general de los recursos económicos y financieros, se habla de la auditoría en salud, para referirse al esquema de vigilancia permanente de las normas y su aplicación en todas las áreas de la institución, que es útil y fundamental para prevenir posibles fallas, alertar sobre debilidades, hacer recomendaciones para mejorar ciertos pasos del proceso general y como organismo asesor permanente para mirar todos los pasos, todos los aspectos, todos los componentes destinados a la meta única del programa que es la satisfacción del usuario.”⁷⁰

Es importante realizar la auditoría, pues con ésta se está garantizando que el servicio se esté prestando con calidad, en caso contrario se deben establecer mecanismos para la mejora de la calidad en la prestación del servicio y que se garantice realmente con el fin de que el usuario quede satisfecho.

2.2. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud (SOGCS)

En el año 2006 el Ministerio de Protección Social expidió el Decreto 1011 para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las prestadoras de salud, en donde se definió la Acreditación de las entidades como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de dichas entidades con base en estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud. Por otro lado se tienen otros componentes, además del de Acreditación, como el de Habilitación, Auditoría y Sistemas de la Información para la Calidad en Salud, los cuales se basan en proveer de salud a todos los usuarios, brindándoles un servicio accesible y equitativo.

2.2.1. Funciones de los integrantes del sistema

⁷⁰ *Ibíd.*

El Decreto 1011 de 2006 establece en su artículo 5 que las entidades responsables del funcionamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) son el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, las Entidades Departamentales y Distritales en Salud y las Entidades Municipales de Salud.

2.2.1.1. Ministerio de Salud y Protección Social

El Ministerio de Salud y Protección Social tiene como fin dirigir el sistema de salud y protección social en salud por medio de políticas de promoción en salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento. Todo lo anterior lo debe hacer bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad para así poder mejorar la salud de los colombianos.

En cuanto al funcionamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Decreto 1011 de 2006 en su artículo 5 establece que el Ministerio de Salud y 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.”⁷¹

⁷¹ Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006, 3 de Abril), “Decreto número 1011 del 3 de Abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en Diario Oficial, núm. 46230, 3 de Abril de 2006, Bogotá.

En el 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 1441 en donde se adoptó el “*Manual de Habilitación de Servicios de Salud*”, en el cual se establecen las condiciones para estar al tanto de la prestación de los servicios de salud que prestan todas las entidades.

2.2.1.2. Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia Nacional de Salud es el organismo a nivel nacional encargado de vigilar, inspeccionar y controlar el sistema de Seguridad Social en Salud.

Un mecanismo fundamental para complementar el componente de auditoría, el cual se mencionará más adelante, y para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, es el de vigilar los eventos en donde los resultados puedan estar afectando la calidad del servicio que presta la organización.

El artículo 49 del Decreto 1011 de 2006 menciona que:

“[L]a inspección, vigilancia y control del Sistema único de Habilitación será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21⁷² del presente decreto, correspondiente a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones.”⁷³

Al mismo tiempo, el artículo 51 del Decreto 1011 de 2006 establece que:

⁷² Artículo 21. PLAN DE VISITAS. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.

⁷³ Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006, 3 de Abril), “Decreto número 1011 del 3 de Abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en Diario Oficial, núm. 46230, 3 de Abril de 2006, Bogotá.

“Para efectos de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Acreditación, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica, necesarios para realizar el seguimiento del proceso de acreditación y velar por su transparencia.”⁷⁴

La inspección, vigilancia y control dan seguridad a los usuarios del sistema, pues es claro que se establece una meta de una calidad esperada y por medio de estos mecanismos se determina si se está cumpliendo o si hay que implementar un plan de mejoramiento para disminuir la brecha existente entre la calidad observada y la calidad esperada.

La Superintendencia Nacional en Salud puede desconcentrar sus funciones en entidades departamentales, distritales o municipales. Cada una de estas entidades deberá cumplir su función en su jurisdicción correspondiente.

2.2.1.3. Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud

El artículo 5 del Decreto 1011 de 2006 establece que a las Entidades Departamentales y *Distritales*:

“[L]es corresponde cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, divulgar las disposiciones contenidas en esta 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 de las mismas”⁷⁵.

⁷⁴ *Ibíd.*

⁷⁵ *Ibíd.*

En cuanto a la Entidades Municipales el artículo 5 anteriormente mencionado establece que éstas:

“En desarrollo de sus propias competencias, les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada”⁷⁶.

Así mismo las Direcciones Departamentales y Distritales en Salud tienen a su cargo la inspección, vigilancia y control del Sistema único de Habilitación, el cual se explicará más adelante, y lo harán mediante la realización de visitas de verificación⁷⁷ con el fin que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, estén cumpliendo con las condiciones que le son exigidas.

Todas las instituciones tienen a su cargo una tarea muy importante en cuanto a velar por la calidad del servicio que presten las entidades. Estas instituciones tienen que estar al tanto de que la normatividad se cumpla y de hacerle un seguimiento a cada una de las entidades que prestan servicios de salud para garantizar que la calidad con la que se está prestando el servicio sea óptima.

⁷⁶ *Ibíd.*

⁷⁷ Artículo 49, Decreto 1011 de 2006, “ARTÍCULO 49º.- INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN. La inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación, será responsabilidad de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la cual se ejercerá mediante la realización de las visitas de verificación de que trata el artículo 21 del presente decreto, correspondiendo a la Superintendencia Nacional de Salud, vigilar que las Entidades Territoriales de Salud ejerzan dichas funciones”.

2.2.2. Mecanismos que garantizan la calidad.

El SOGC está conformado por cuatro subsistemas que se denominan componentes y están mencionados en el artículo 4 del Decreto 1011 del 2006 de la siguiente manera:

1. *“El Sistema Único de Habilitación (SUH)*
2. *La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC)*
3. *El Sistema único de Acreditación (SUA)*
4. *El Sistema de Información para la Calidad (SIC).”*⁷⁸

Estos componentes se interrelacionan y el cumplimiento de los estándares de Habilitación y la implementación del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad en Salud, son pre requisitos para llegar a la Acreditación en Salud ante el ICONTEC.

Como se mencionó anteriormente, el Decreto 1011 de 2006 establece los componentes del Sistema de Garantía de Calidad de la atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud, los cuales son el sistema único de habilitación, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad. A continuación se expondrán cada uno de éstos subsistemas que conforman el Sistema Obligatorio de Calidad en Salud.

2.2.2.1. Habilitación

La habilitación por un lado, le da seguridad al usuario el cual puede constatar que la entidad que lo está atendiendo cumple con los estándares establecidos para prestar el servicio de salud. La acreditación, por otro lado, va más allá de los estándares

⁷⁸ Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006, 3 de Abril), “Decreto número 1011 del 3 de Abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en Diario Oficial, núm. 46230, 3 de Abril de 2006, Bogotá.

mínimos requeridos, pues se dan procedimientos de autoevaluación con el fin de evaluar y comprobar el cumplimiento de los niveles de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

El artículo 6 del Decreto 1011 de 2006 establece que el Sistema Único de Habilitación es:

“[E]l 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 Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).”⁷⁹

Entonces las condiciones de habilitación son el conjunto de requisitos y criterios que los prestadores del servicio de salud deben cumplir para entrar y permanecer en el Sistema General de Seguridad Social, todo esto con el fin de darle a los usuarios seguridad en cuanto a los diferentes estándares de habilitación exigidos a los prestadores del servicio.

El artículo 12 del Decreto 1011 de 2006 y el artículo 4 de la Resolución 1441 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social establecen que los prestadores de servicios en salud deberán realizar una autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, la cual consiste en la verificación del cumplimiento de las condiciones de

⁷⁹ Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006, 3 de Abril), “Decreto número 1011 del 3 de Abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en Diario Oficial, núm. 46230, 3 de Abril de 2006, Bogotá.

habilitación. Esto con el fin de que el prestador del servicio sea responsable del cumplimiento de todos los estándares exigidos para prestar el servicio.

Luego de realizar esta autoevaluación el artículo 11 del Decreto 1011 de 2006 establece que los prestadores del servicio se deberán inscribir en el sistema. Éstos deberán presentar un formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes. A través de este formulario y luego de realizadas las visitas respectivas, se entenderán cumplidas las condiciones de habilitación exigidas y la Entidad Departamental o Distrital de Salud realizará el trámite de inscripción inmediatamente. En el momento en que se radica la inscripción mencionada anteriormente, el prestador de servicios de salud se considera habilitado para ofrecer y prestar los servicios de salud.

Además, los prestadores de servicios de salud para entrar a prestar el servicio y permanecer en él, deberán cumplir ciertas condiciones las cuales se establecen en los artículos 7, 8 y 9 del Decreto 1011 de 2006 y en el artículo 3 de la Resolución 1441 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social. Estas condiciones son las siguientes:

- **Condiciones de Capacidad tecnológica y científica** establecidas en el artículo 7 del Decreto 1011 de 2006. Estas condiciones tienen como fin proteger y darle seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de ciertas condiciones esenciales para su funcionamiento a partir de los estándares de habilitación. El Ministerio de Salud y Protección Social menciona que estas condiciones se basan en tres principios:

“Fiabilidad: La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

Esencialidad: Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, 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.

Sencillez: La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general cualquier persona que este interesada en conocerlos.”⁸⁰

Dentro de las condiciones tecnológicas y científicas están los **Estándares de habilitación**, los cuales son aquellas condiciones mínimas e indispensables con las que se debe prestar los servicios de salud. Estos estándares no pretenden abarcar en totalidad las condiciones para el funcionamiento de la prestación del servicio de salud, simplemente incluyen aquellos que son indispensables para defender la salud, la vida y la dignidad del usuario.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en la Resolución 1441 de 2013 ha establecido que los estándares son 7:

1. **“Talento humano:** Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional y ocupacional del Talento Humano asistencial de éste recurso para el volumen de atención.
2. **Infraestructura:** Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condiciones procesos críticos asistenciales.
3. **Dotación:** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.

⁸⁰ Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1441 de 2013, “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones”. [en línea:], <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Resoluci%C3%B3n%201441%20de%202013.PDF>, recuperado: Enero 27 de 2015.

4. **Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos:** *Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fisioterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico, así como los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentren en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.*
5. **Procesos Prioritarios:** *Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.*
6. **Historia Clínica y Registros:** *Es la existencia y cumplimiento que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación del servicio.*
7. **Interdependencia:** *Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.”⁸¹*

De acuerdo a lo anterior el Ministerio de Salud y de la Protección Social determina los criterios que deben ser cumplidos por los Prestadores del Servicio de Salud para cualquier servicio objeto de habilitación el cual se pretenda prestar, los cuales se encuentran en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud.

- **Condiciones de capacidad técnico administrativa** establecidas en el artículo 9 del Decreto 1011 de 2006 son “*el cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las*

⁸¹ *Ibíd.*

normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.”⁸²

- **Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera** son el cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permiten demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Para que las Entidades que prestan el servicio de salud puedan operar como tal, deben obtener en primer lugar la habilitación y cumplir con todos los requisitos exigidos. Esto garantiza que haya un control sobre la calidad de la prestación de los servicios de salud, lo que le da al usuario seguridad al momento de solicitar el servicio.

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

Con la auditoría se pretende conocer el estado de la calidad del servicio de salud y en caso que éste no sea óptimo, lograr su mejoramiento para así llegar a la calidad esperada y no quedarse simplemente en la calidad observada, con el fin de que se respeten los derechos de los usuarios y del mismo modo fortalecer la viabilidad de la institución y del sistema dentro de la efectividad y la eficiencia.

⁸² Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006, 3 de Abril), “Decreto número 1011 del 3 de Abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en Diario Oficial, núm. 46230, 3 de Abril de 2006, Bogotá.

El artículo 35 del Decreto 1011 de 2006 hace énfasis en la auditoría que se le debe dar a las entidades dependiendo del tipo al que pertenezcan:

*“1. **Empresas Administradora de Planes de Beneficios (EAPB).** Estas entidades 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 acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.*

*2. **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** 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.*

*3. **Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.** Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.”⁸³*

Como lo establece el artículo 32 anteriormente mencionado, la auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. *“La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.*
2. *La comparación entre calidad observada y calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías técnicas, científicas y administrativas.*

⁸³ Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006, 3 de Abril), “Decreto número 1011 del 3 de Abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en Diario Oficial, núm. 46230, 3 de Abril de 2006, Bogotá.

3. *La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.*⁸⁴

Por otro lado existe una auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, establecida en el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006, la cual será obligatoria para todas las entidades que presten el servicio de salud. La auditoría se puede entender como un mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, haciendo métodos de evaluación con base en los problemas de calidad.

Así mismo, existen diferentes auditorías que se pueden llevar a cabo en las entidades que prestan el servicio de salud. El artículo 33 del Decreto 1011 de 2006 las establece:

1. *“Autocontrol: Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.*
2. *Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente de aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.*
3. *Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.*⁸⁵

⁸⁴ Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006, 3 de Abril), “Decreto número 1011 del 3 de Abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en Diario Oficial, núm. 46230, 3 de Abril de 2006, Bogotá.

⁸⁵ Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006, 3 de Abril), “Decreto número 1011 del 3 de Abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en Diario Oficial, núm. 46230, 3 de Abril de 2006, Bogotá.

Para que las instituciones logren con éxito aplicar el modelo de auditoría, deben iniciar por definir los principales problemas en torno a la calidad que tienen, los cuales se podrán establecer en la autoevaluación exigida. Del mismo modo, deberán establecer cuál es la calidad esperada y definir cuáles serán los canales por medio de los cuales se llegará a solucionar el problema entre calidad observada y calidad deseada.

2.2.2.3. Sistema de información para la calidad

Una vez habilitada la entidad para entrar a prestar el servicio de salud se implementará un Sistema de Información para la Calidad, establecido en el artículo 45 del Decreto 1011 de 2006, el cual tiene por objeto:

“[E]stimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ella contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.”⁸⁶

Los principios del sistema de información para la calidad están establecidos en el artículo 47 del Decreto 1011 de 2006 de la siguiente manera:

- 1. Gradualidad.** La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.*
- 2. Sencillez.** La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.*
- 3. Focalización.** La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red con base en criterios de calidad.*

⁸⁶ Colombia, Ministerio de la Protección Social (2006, 3 de Abril), “Decreto número 1011 del 3 de Abril de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, en Diario Oficial, núm. 46230, 3 de Abril de 2006, Bogotá.

4. Validez y confiabilidad. *La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.*

5. Participación. *En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

6. Eficiencia. *Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.*⁸⁷

Desde esta perspectiva, el sistema de información para la calidad tiene unos objetivos específicos que están establecidos en el artículo 46 del Decreto 1011 de 2006, los cuales son monitorear, orientar, referenciar y estimular. Lo anterior con el fin que se le haga un seguimiento a la calidad de los servicios, se hagan constantes capacitaciones para orientar a las prestadoras del servicio y se contribuya a dar referencias sobre la calidad de los servicios.

2.2.2.4. Acreditación

Tanto la habilitación para operar en el desarrollo de la prestación del servicio de salud, como la acreditación, están íntimamente ligada ya que se ven desde una perspectiva de eficiencia y efectividad para cumplir su finalidad que es obtener un resultado favorable en el estado de salud del usuario, en el respeto de su derecho, tener una adecuada utilización de los recursos y una calidad óptima de la prestación del servicio.

El Sistema de Acreditación en Salud (SUA) se rige por tres principios fundamentales mencionados en el artículo 41 del Decreto 1011 de 2006:

⁸⁷ *Ibíd.*

“1. Confidencialidad. La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

2. Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

3. Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.”⁸⁸

Es necesario destacar que todos los prestadores del servicio de salud deberán tener una certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación para así acceder a la acreditación la cual según el artículo 41 del Decreto 1011 de 2006 es:

“[E]l conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso”⁸⁹.

Lo que se busca con la acreditación es desarrollar e implementar una gestión de calidad de las organizaciones de salud mediante un proceso de autoevaluación y evaluación externa con el fin de mejorar la salud de los colombianos.

El certificado de acreditación emitido por el ICONTEC, el organismo encargado de hacer la acreditación en Colombia, es un reconocimiento de prestigio en materia de

⁸⁸ Ibíd.

⁸⁹ Ibíd.

superación de los niveles mínimos de calidad de la atención en salud frente a la seguridad del paciente, la humanización, la responsabilidad social y la gestión del riesgo, en donde llegar a una óptima calidad es lo que se buscada.

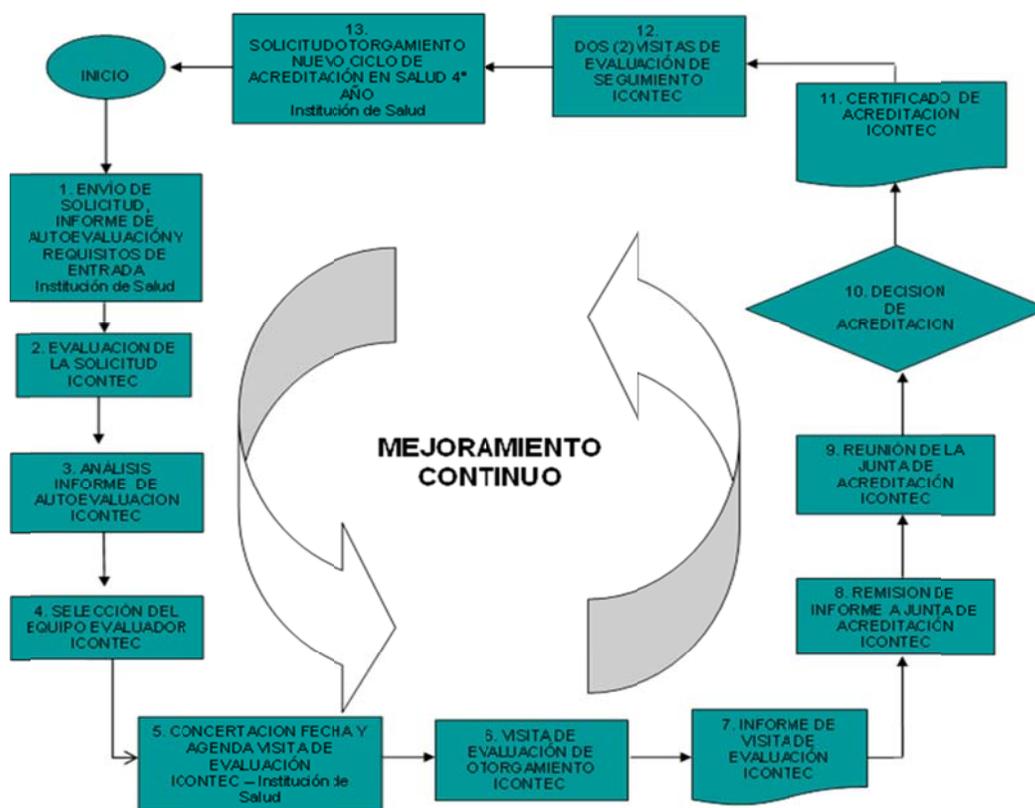
2.2.3. Proceso para la acreditación en Salud

Al momento de constituir una empresa cuyo objeto social sea prestar servicios de salud, es importante tener en cuenta los pasos a seguir, los cuales se mencionaron anteriormente⁹⁰, con el fin que ese servicio se preste adecuadamente. El ICONTEC, establece una “*Ruta Crítica*” que consiste en el proceso mediante el cual las organizaciones de salud deciden acreditarse ante el ICONTEC hasta la decisión final de la Acreditación y su seguimiento, la cual se definirá a continuación para que las entidades puedan prestar el servicio de salud y el mismo se preste con calidad.

La Ruta Crítica de Acreditación, como se muestra en el siguiente cuadro, se inicia con la solicitud de la evaluación externa de acreditación al ICONTEC, quien realiza la visita de campo y envía el informe de evaluación externa a la Junta de Acreditación y ratificada por el Consejo Directivo del ICONTEC, entidad acreditadora, bajo concesión del Ministerio de Salud y Protección Social, para definir si se otorga o no el certificado de acreditación. En caso de otorgamiento del certificado, la institución será objeto de 2 visitas de evaluación de seguimiento durante un periodo de 4 años, para verificar los avances, mejoramientos y sostenibilidad que ha tenido el proceso de acreditación. En caso que la institución acreditada desee renovar el certificado de

⁹⁰ Habilitación, Auditoría, Acreditación e Información.

acreditación, voluntariamente realiza la solicitud de otorgamiento del nuevo ciclo de acreditación en salud y reinicia la Ruta Crítica.



Tomado de: Acreditación en salud, [en línea:]

http://www.acreditacionensalud.org.co/ruta_critica.php?IdSub=120&IdCat=30, recuperado el: 9 de abril de 2015.

Es importante recalcar nuevamente que para que una entidad pueda acceder al proceso de Acreditación, es necesario que antes se haya habilitado, para lo cual deberá tener vigente el certificado de verificación de cumplimiento de los estándares, expedido por la Entidad Territorial de Salud o de la Superintendencia Nacional de Salud respectivamente.

En el momento que llega la solicitud de acreditación de la entidad, el ICONTEC se reservará el derecho de no realizar el proceso de acreditación en salud cuando:

1. *“Se tenga conocimiento del incumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación.*
2. *Existan sanciones impuestas y no resueltas a la institución por fallas en la calidad de la atención en salud impartidas por los organismos de control.*
3. *La institución se encuentre en paro.*
4. *Exista alguna condición que pueda implicar riesgo o afectar la seguridad de los evaluadores.”*⁹¹

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación se describirán brevemente cada una de las etapas de la ruta crítica donde las empresas solicitan la acreditación con el fin de prestar el servicio de salud con una óptima calidad.

2.2.3.1. Autoevaluación o ciclo de preparación para la Acreditación

Este paso también es llamado “*Ciclo de Mejoramiento*”, el cual empieza cuando las instituciones deciden acreditarse y empiezan con la revisión de sus procesos para confrontarse a los estándares de Acreditación exigidos. El fin de esta autoevaluación es conducir a la identificación, levantamiento, implementación y mejoramiento de los procesos definidos para poder indicar que realmente ha alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares los cuales le permiten estimar una probabilidad razonable de pasar la evaluación que el ICONTEC realiza.⁹² El resultado que se obtiene de la autoevaluación se deberá presentar al ICONTEC en un informe,

⁹¹Acreditación en Salud, “Proceso para la Acreditación en Salud, Ruta Crítica” [en línea:], <http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Ruta%20cr%C3%ADtica.pdf> recuperado: 26 de Marzo de 2015.

⁹² *Ibíd.*

explicando los resultados del proceso, la calificación de cada estándar y una lista sobre los planes de mejoramiento.

2.2.3.2. Solicitud de Acreditación

En este momento la entidad presenta por escrito al ICONTEC su intención de acreditarse diligenciando unos formatos específicos⁹³, dependiente el tipo de entidad.

Una vez recibida la solicitud, el ICONTEC revisa la documentación y verifica que éste de acuerdo a lo que se solicita y que los formatos sean los adecuados. En caso que ICONTEC encuentre observaciones a los documentos que se presentaron, solicita a la entidad las aclaraciones pertinentes y ésta deberá responder en un lapso no mayor a diez (10) días. En caso que no responda en el tiempo estimado, la entidad quedará suspendida.

Luego de presentar nuevamente los documentos y que el ICONTEC los apruebe, se programa una cita para que el equipo de evaluación realice la inspección y evaluación correspondiente. Entre la entidad y el ICONTEC se firmará un contrato de prestación del servicio, en el cual se registrarán los acuerdos a que lleguen las entidades y el compromiso de la entidad a respetar la agenda del auditor.⁹⁴

⁹³ *Ibíd.*

⁹⁴ *Ibíd.*

2.2.3.3. Visita de la evaluación

En este paso, el equipo de evaluadores tiene como tarea verificar si la entidad cumple o no con los estándares definidos en el Sistema único de Acreditación, con el fin de confrontar la calificación dada por la entidad en la autoevaluación y la calificación dada por los evaluadores.

Es importante tener en cuenta que el equipo de evaluadores lo único que hace es darle una calificación a la entidad de los estándares definidos, pero no determina la Acreditación o no de una entidad, pues esto es una responsabilidad exclusiva de la Junta de Acreditación.

2.2.3.4. Informe de Evaluación

Luego de realizada la visita, el equipo de evaluadores revisa si se cumplieron o no los estándares establecidos, dándoles una calificación, donde se establece los que tienen fortalezas y los que generan oportunidades de mejoramiento. Este informe tiene carácter confidencial por lo que será revisado únicamente por la Dirección de Acreditación del ICONTEC para luego enviarlo a la Junta de Acreditación en Salud la cual es la encargada de tomar la decisión respecto si Acredita a la entidad o no.

2.2.3.5. Decisión de Acreditación

La Junta de Acreditación en Salud es la que toma la decisión estudiando el informe elaborado por el equipo de evaluadores. La acreditación se otorga por cuatro (4) años dándole una categoría a la misma, pudiendo ser: acreditado con excelente, acreditado, acreditado condicionado y no acreditado. Esta decisión es ratificada por el Consejo

Directivo del ICONTEC y es a partir de esta fecha de ratificación que se empieza a contar el ciclo de 4 años.

2.2.3.6. Notificación de la decisión

La decisión de la Junta se le hará saber a la entidad explicándole el tipo de acreditación que se le otorgó. La acreditación puede darse en una de las siguientes formas:

- **“Acreditado con excelencia:** *Se otorga cuando la organización evaluada obtiene una calificación dentro del rango establecido (400 puntos en adelante), cumpla con las reglas de decisión de otorgamiento para esta categoría y el análisis de la Junta de Acreditación así lo considere.*
- **Acreditado:** *Se otorga cuando la organización evaluada obtiene una calificación dentro del rango establecido (entre 280 y 399 puntos), le apliquen las reglas de decisión de otorgamiento para esta categoría y el análisis de la Junta de Acreditación así lo considere.*
- **Acreditación condicionada:** *Se define cuando la organización evaluada obtiene una calificación dentro del rango establecido (entre 200 y 279 puntos), le apliquen las reglas de decisión para esta categoría, no cumple con la totalidad de las exigencias de las categorías superiores y el análisis de la Junta de Acreditación así lo considere. Cuando se defina Acreditación condicionada, la institución deberá presentar un plan de mejora en un plazo no mayor a dos (2) meses, después de notificada, acompañado de su intención de continuar en el proceso. La visita complementaria se realizará en los diez (10) meses posteriores a la entrega del plan de mejora, previa entrega a ICONTEC del informe de autoevaluación para la visita complementaria, con un (1) mes de antelación. En esta visita se evaluarán las acciones de mejoramiento propuestas por la institución y si el resultado es favorable, se otorgará la Acreditación. En este caso se entenderán cubiertas las dos (2) visitas de seguimiento previstas en el ciclo. En caso contrario, se modificará el estatus de Acreditación condicionada por el de no acreditada. En caso que la institución desista, se entenderá terminada la relación contractual, no habrá lugar a nuevas visitas y no será posible utilizar ni mencionar la categoría de Acreditación condicionada. La institución podrá presentarse un (1) año después de la notificación del condicionamiento.*
- **No acreditado:** *Este resultado se produce cuando la organización evaluada obtiene un puntaje por debajo del rango establecido para la Acreditación (menos de 200 puntos), le apliquen las reglas de decisión para esta categoría y el análisis de la Junta de Acreditación así lo considere. En este caso la*

institución podrá volver a presentarse en un plazo mínimo de un (1) año, después de haber sido notificada.”⁹⁵

2.2.3.7. Apelación

En caso que la entidad no esté de acuerdo con la decisión adoptada por la Junta de Acreditación, podrá solicitar la revisión de la decisión en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles.

2.2.3.8. Conclusión

Con este procedimiento se logra tener un control sobre el cumplimiento de las entidades prestadoras de servicios de salud de los estándares de calidad exigidos por las normas. Al mismo tiempo le da seguridad al usuario, pues si se está frente a una entidad acreditada, se tiene certeza que efectivamente cumple con los estándares y que el servicio que se está prestando es el óptimo y se presta con la calidad adecuada.

⁹⁵ *Ibíd.*

3. Trabajo de Campo

Con el trabajo de campo se quiere analizar qué tan buena consideran algunos usuarios la calidad del servicio de salud, pues son éstos los que usan el sistema y los que saben cómo funciona realmente. Con este trabajo de campo se pretende brindar aproximaciones a la percepción de los usuarios frente al sistema a partir de sus experiencias. El lugar escogido para aplicar las encuestas fue el área de urgencias, pues es éste a donde llegan las personas con diversos problemas y que requieren ser atendidos de manera inmediata.

A partir del trabajo de campo realizado en los Hospitales San Ignacio, Simón Bolívar, Kennedy y Meissen, se logró evidenciar que los usuarios consideran mala la calidad en el servicio de salud y que a pesar que la tecnología utilizada sea buena, los médicos y los demás profesionales en salud no son competentes. El problema en urgencias es muy serio, pues el servicio no da abasto en ningún lado para atender a todos los usuarios que requieren el servicio, aunque uno de los problemas es la atención que se le da a las personas y la calidad en la que se presta el servicio, pues como se evidenció en las encuestas, el tiempo de espera es mucho, lo cual no debería ser así, pues estamos frente a temas que requieren ser atendidos urgentemente.

El primer hospital a en el que se practicaron las encuestas fue el Hospital de Meissen localizado en la Carrera 18B # 60 G-36 SUR en la localidad de Ciudad Bolívar, el segundo fue el Hospital de Kennedy localizado en la Avenida 1 de Mayo #75 A – 19 en la localidad de Kennedy, el tercero, el Hospital Simón Bolívar ubicado en la Calle

165 # 7 – 6 en la Localidad de Usaquén y el cuarto el Hospital San Ignacio ubicado en la Carrera 7 # 40 – 62 en la localidad de Chapinero⁹⁶.

Con el propósito de investigar sobre la percepción de la calidad en la prestación de los servicios en los hospitales seleccionados, se indagó a los usuarios encuestados sobre los siguientes asuntos: si consideraban que los médicos y los demás profesionales en salud fueron competentes en el momento de atenderlos, cómo consideraban los servicios en salud y la calidad del servicio, de qué calidad fue la tecnología de los equipos utilizados, como consideraron las condiciones sanitarias del hospital y cuánto tiempo le tocó esperar a cada usuario para ser atendidos.

3.1 Encuestas

La encuesta que se realizó a los diferentes usuarios fue la siguiente:

ENCUESTA PLAN OBLIGATORIO DE SALUD-POS

Hospital:

Estrato:

1. ¿Los médicos fueron competentes en el momento de atenderlo?

SI	NO

2. ¿Los demás profesionales en salud como enfermeros/as y auxiliares en salud, fueron competentes en el momento de atenderlo?

SI	NO

3. ¿Cómo considera los servicios en salud?

EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	PESIMA

⁹⁶ Se realizaron 15 encuestas a 15 usuarios de los hospitales mencionados.

4. ¿La tecnología de los equipos utilizados de que calidad fueron?

ALTA	MEDIANA	BAJA

5. ¿Cómo considera las condiciones sanitarias del hospital ?

EXCELENTES	BUENAS	REGULARES	MALAS	PESIMAS

6. ¿Como considera la calidad del servicio en salud?

EXCELENTE	BUENA	REGULAR	MALA	PESIMA

7. ¿Cuánto tiempo le tocó esperar para ser atendido?

5-10 minutos	10-20 minutos	30 minutos-1 hora	1-2 horas	Mas de 2 horas

3.2. Resultados

Una vez realizadas las 15 encuestas en cada hospital las mismas fueron totalizadas, se tomaron las respuestas a cada una de las preguntas y se totalizaron, y al final se compararon en una sola gráfica los resultados de cada hospital para cada pregunta.

Los resultados tenidos en cuenta como resultados micro, se trasladaron a gráficas como se muestra más adelante, dados los resultados hecho por hecho se compararon las respuestas con el fin de totalizarlas. Se presentan las gráficas con los resultados totales y se llevan a porcentajes.

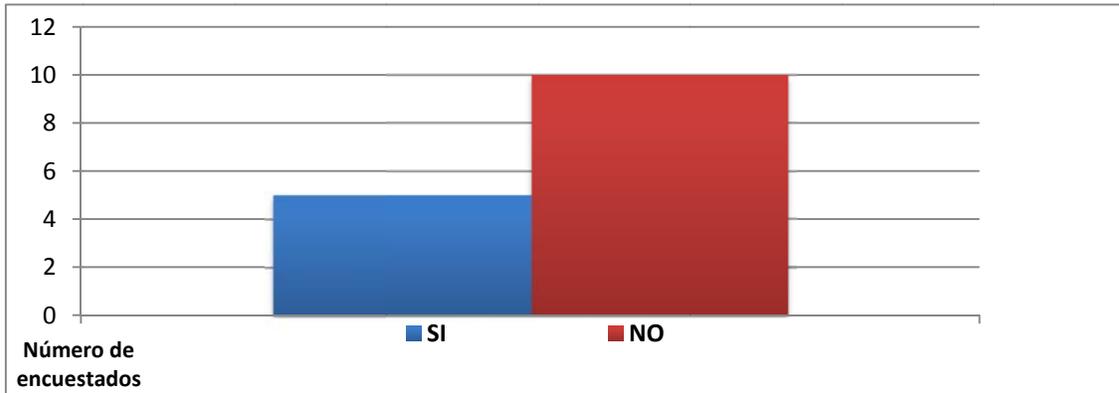
Los resultados que se muestran a continuación dejan ver tendencias en la percepción que tienen los usuarios acerca del sistema y más enfáticamente en cuanto a la calidad del mismo. Las personas a las cuales se les realizaron las encuestas, son usuarios de estratos muy bajos que no tienen capacidad de pago para adquirir planes voluntarios de salud⁹⁷, por lo tanto los resultados muestran la percepción de los usuarios del Plan Obligatorio de Salud o Plan de Beneficios para todos los afiliados al sistema. Es claro que los resultados no son los mejores y que el sistema no está ofreciendo una calidad adecuada a sus usuarios.

La información sobre la que se pregunta tiene un componente subjetivo donde se presente mostrar la percepción de los usuarios, indagar sobre la experiencia de los mismos. En los anexos podrán verificarse los resultados a las encuestas en cada hospital, los que se especificarán a continuación.

⁹⁷ El artículo 37 de la Ley 1438 de 2011 establece que los Planes Voluntarios de Salud podrán ser:
“169.1. Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Prestadoras de Salud.
169.2. Planes de Medicina Prepagada, de atención pre-hospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.
169.3. Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.
169.4. Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud”

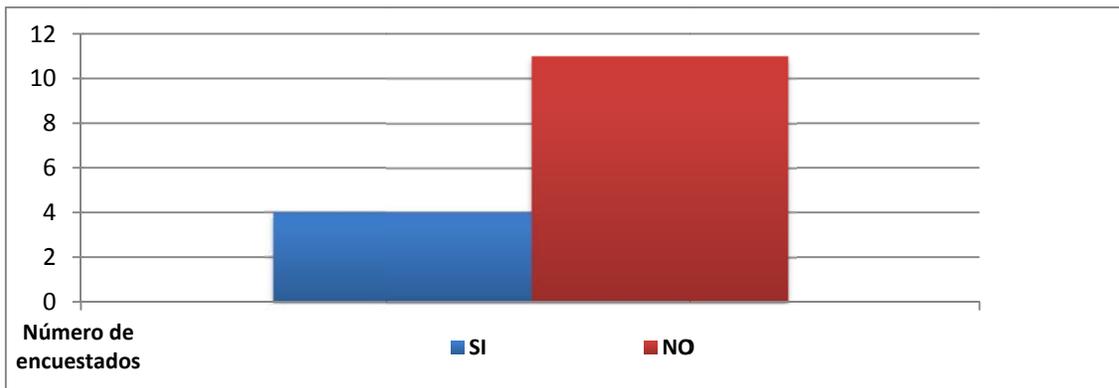
3.2.1. HOSPITAL SAN IGNACIO

Primera Pregunta: ¿Los médicos fueron competentes en el momento de atenderlo?



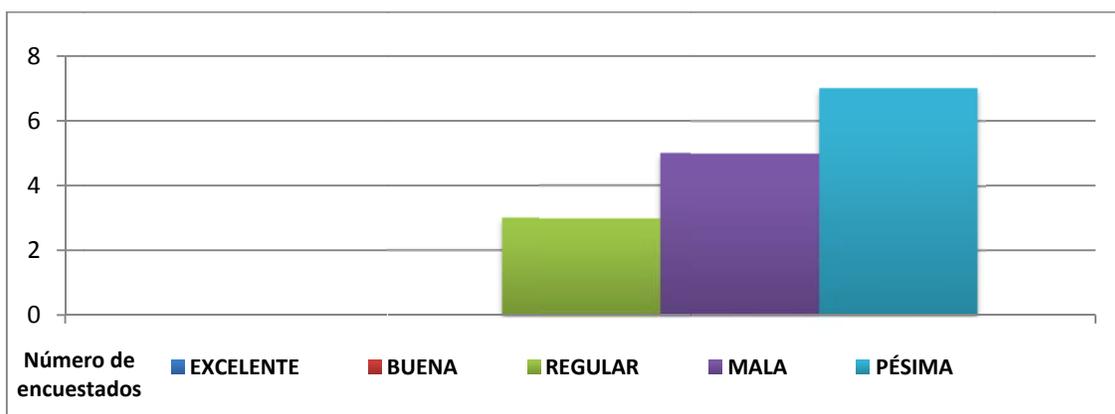
Esta primera pregunta nos ayudó a saber si los usuarios consideraban que los médicos eran competentes en el momento de atenderlos. 10 de las personas encuestadas dieron como respuesta un no, mientras que 5 dieron como respuesta un sí a la pregunta. Es evidente que más de la mitad de los encuestados consideraron que los médicos no fueron competentes en el momento de atenderlos.

Segunda Pregunta: ¿Los demás profesionales en salud como enfermeros/as y auxiliares en salud, fueron competentes en el momento de atenderlo?



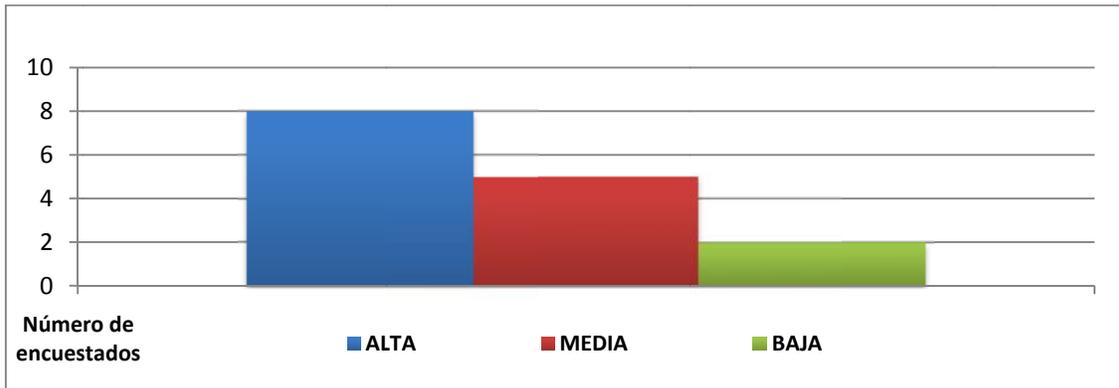
De la mano con la pregunta anterior, se les preguntó a los usuarios si consideraban al resto del personal médico competente en el momento de atenderlo. Los resultados fueron muy similares a la primera pregunta, pues 11 de los encuestados respondieron negativo mientras que solo 4 de los mismos respondieron positivo.

Tercera Pregunta: ¿Cómo considera los servicios en salud?



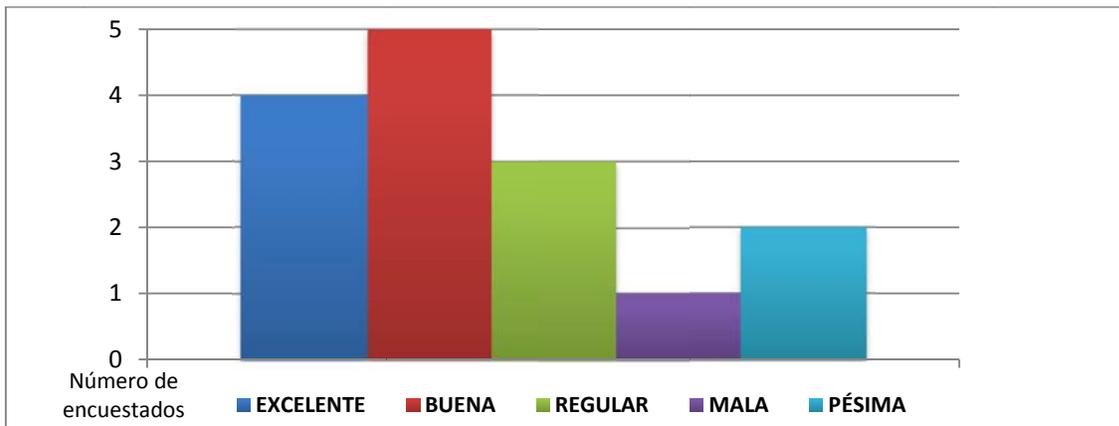
En cuanto a cómo consideran los usuarios los servicios en salud que presta el hospital, la respuesta no fue favorable pues 3 de los encuestados los consideran regulares, 5 los consideran malos y 7 consideran que los servicios que se presta son pésimos. Está claro que más de la mitad de los encuestados consideran que los servicios que se prestan no son los adecuados y no están satisfechos con los mismos.

Cuarta Pregunta: ¿La tecnología de los equipos utilizados de que calidad fueron?



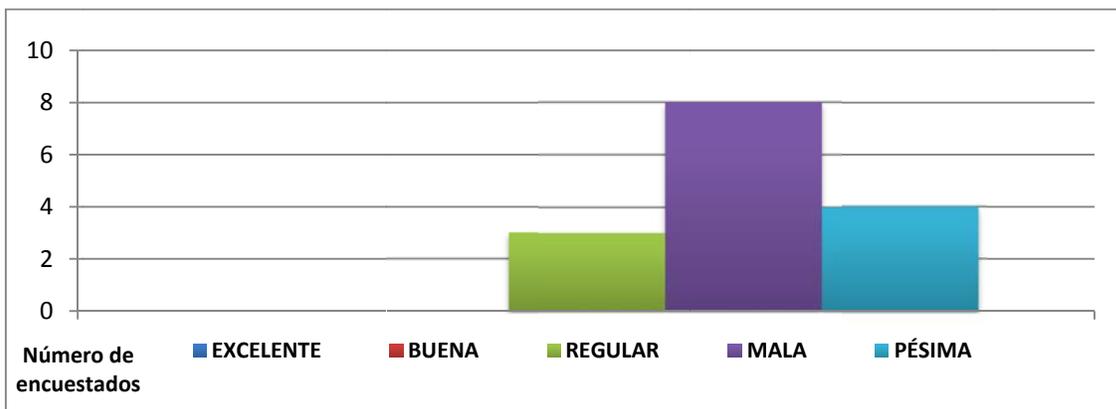
La mayoría de usuarios encuestados (8) consideraron que la tecnología de los equipos utilizados fueron de alta calidad, mientras que solo 2 personas la consideraron baja.

Quinta Pregunta: ¿Cómo considera las condiciones sanitarias del hospital?



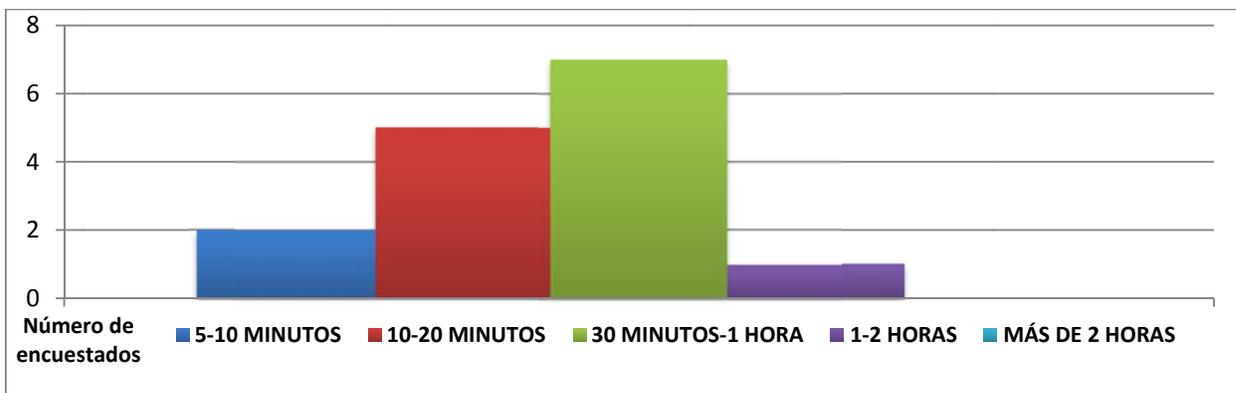
Los resultados de esta pregunta muestran que las condiciones sanitarias del hospital son buenas, pues 4 de los usuarios encuestados las consideran excelentes, 5 las consideran buenas, 3 las consideran regular y solo 1 la considera mala y 2 pésima.

Sexta Pregunta: ¿Cómo considera la calidad del servicio en salud?



Los resultados en este hospital en cuanto a cómo consideran la calidad, la mayoría de los usuarios encuestados (8) respondieron que la consideran mala, 3 la consideran regular y 4 la consideran pésima.

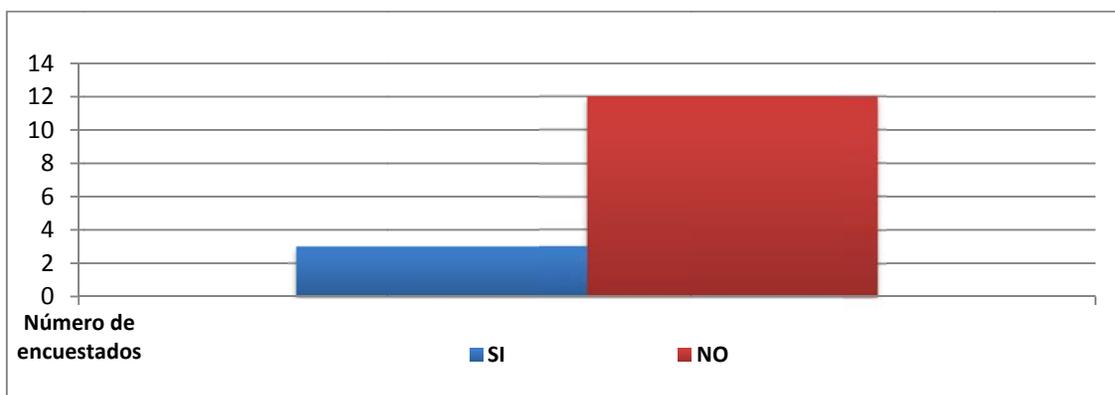
Séptima Pregunta: ¿Cuánto tiempo le tocó esperar para ser atendido?



En cuanto al tiempo de espera, teniendo en cuenta que las encuestas se realizaron en el área de urgencias, a 7 de los usuarios encuestados les tocó esperar a ser atendidos entre media hora y una hora, a 5 de 10 a 20 minutos, únicamente a 2 de 15 personas encuestadas espero de 5 a 10 minutos y 1 le tocó esperar entre 1 y 2 horas a ser atendidos.

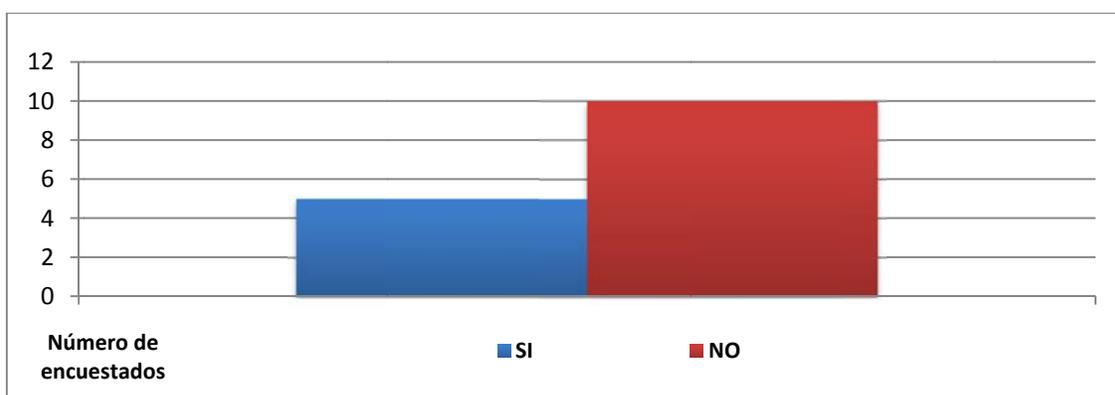
3.2.2. HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Primera Pregunta: ¿Los médicos fueron competentes en el momento de atenderlo?



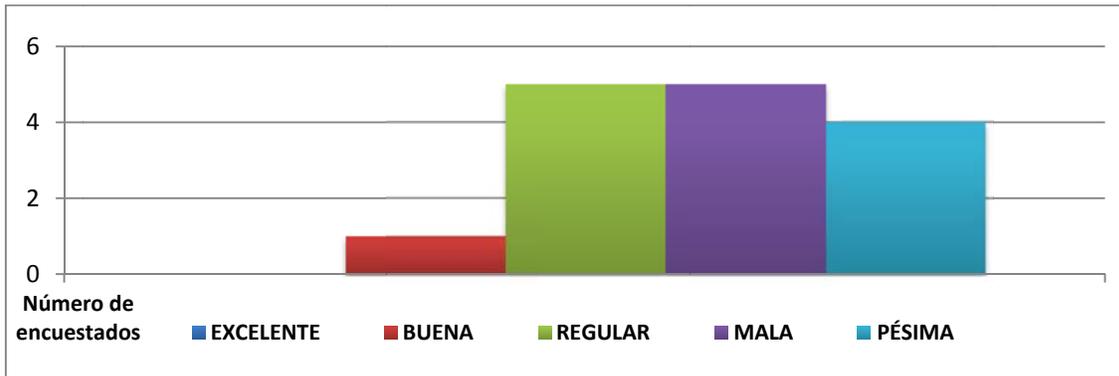
En el hospital Simón Bolívar, 12 de los usuarios encuestados consideran que los médicos no fueron competentes al momento de atenderlos, mientras que solo 3 consideraron que si lo fueron.

Segunda Pregunta: ¿Los demás profesionales en salud como enfermeros/as y auxiliares en salud, fueron competentes en el momento de atenderlo?



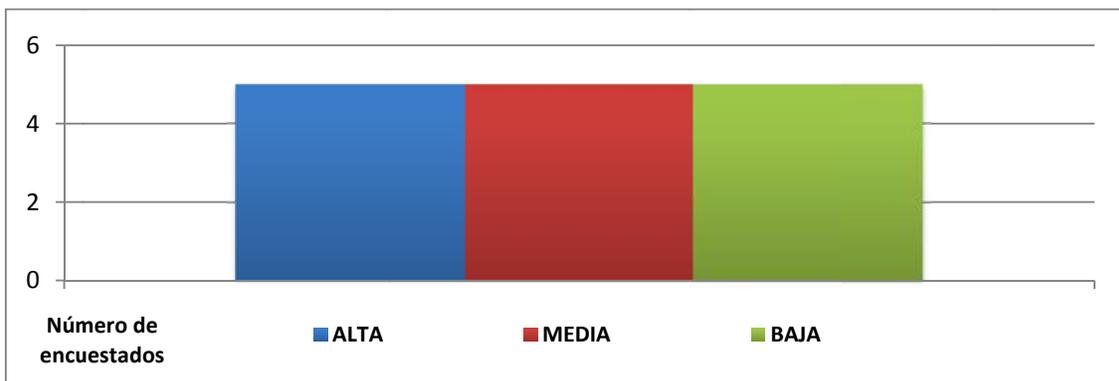
En esta pregunta 10 de los usuarios encuestados consideran que los demás profesionales en salud no fueron competentes en el momento de atenderlos mientras que 5 respondieron que sí.

Tercera Pregunta: ¿Cómo considera los servicios en salud?



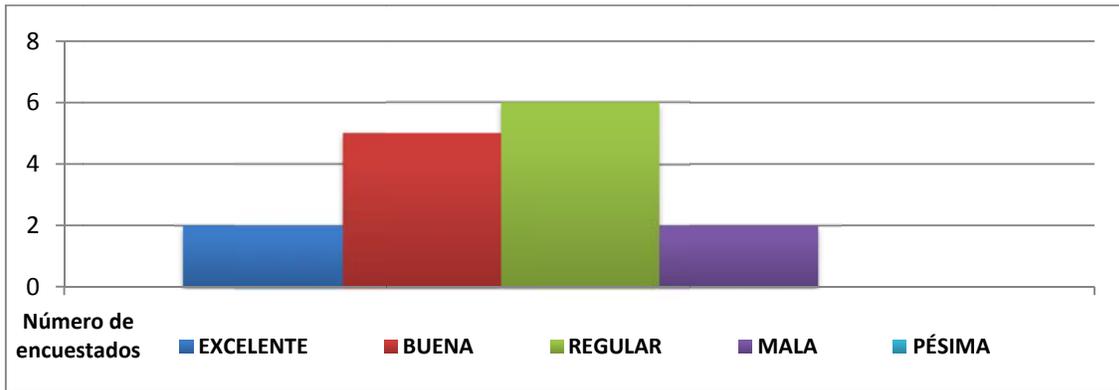
Respecto a esta pregunta 10 usuarios consideran que los servicios en salud con regulares (5) y malos (5), 4 lo considera pésimo y solo 1 lo considera bueno.

Cuarta Pregunta: ¿La tecnología de los equipos utilizados de que calidad fueron?



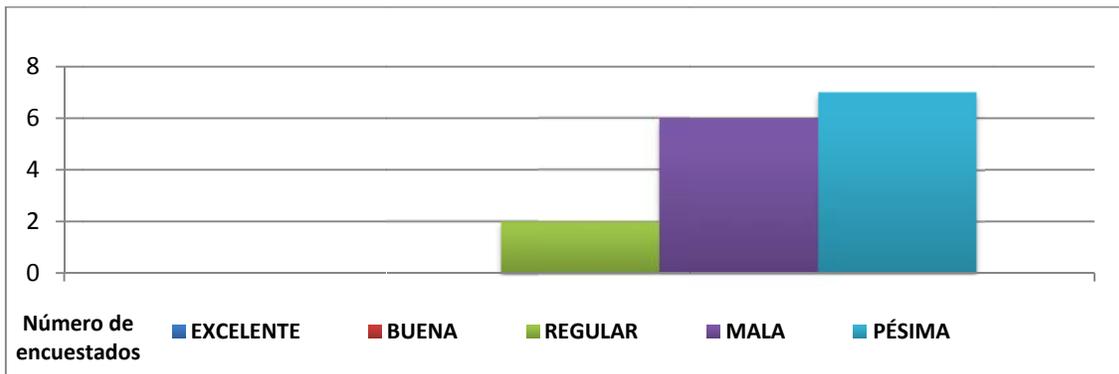
En este hospital las respuestas fueron iguales, pues 5 consideran que la tecnología de los equipos utilizados son de alta calidad, 5 la considera de calidad media y 5 la considera de baja calidad.

Quinta Pregunta: ¿Cómo considera las condiciones sanitarias del hospital?



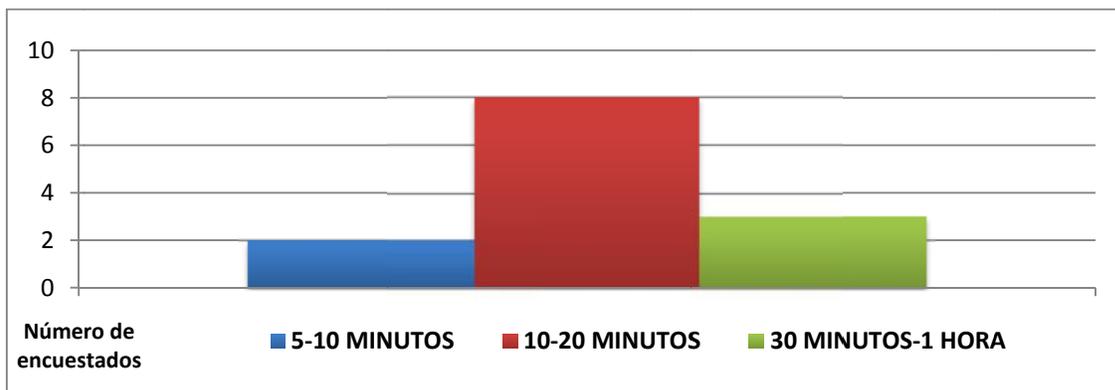
Los usuarios encuestados consideran que las condiciones sanitarias del hospital son buenas o regulares, pues 6 de ellos las consideran regulares, 5 buenas, 2 excelentes y 2 malas.

Sexta Pregunta: ¿Cómo considera la calidad del servicio en salud?



En este caso, 7 de los encuestados consideran que la calidad del servicio es pésima, 6 la considera mala y 2 la considera regular. Como se evidencia ninguno de los encuestados la consideró excelente o buena.

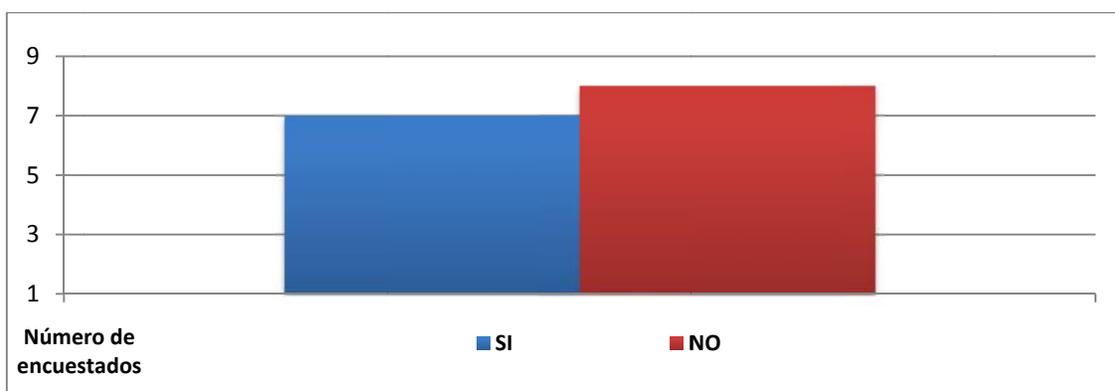
Séptima Pregunta: ¿Cuánto tiempo le tocó esperar para ser atendido?



A 8 de los usuarios encuestados les tocó esperar de 10 a 20 minutos, a 2 de 5 a 10 minutos y a 3 de media hora a 1 hora. Hay que tener en cuenta que el lugar donde se realizó la encuesta fue el área de urgencias.

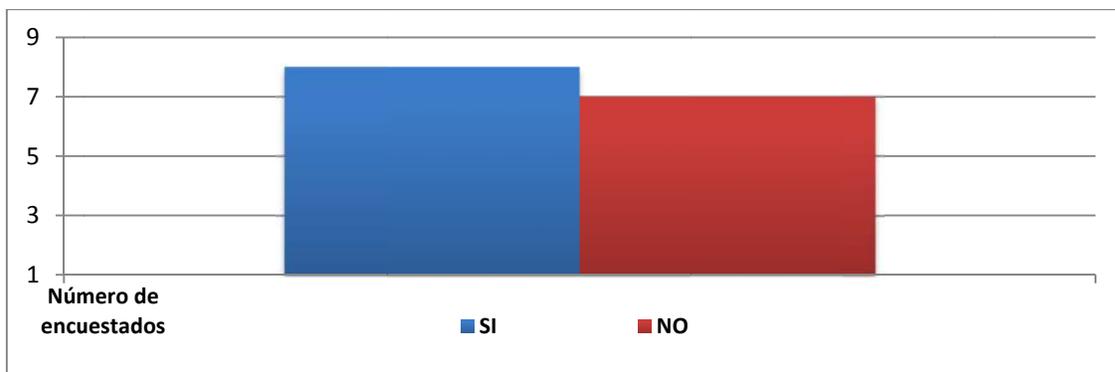
3.2.3. HOSPITAL DE KENNEDY

Primera Pregunta: ¿Los médicos fueron competentes en el momento de atenderlo?



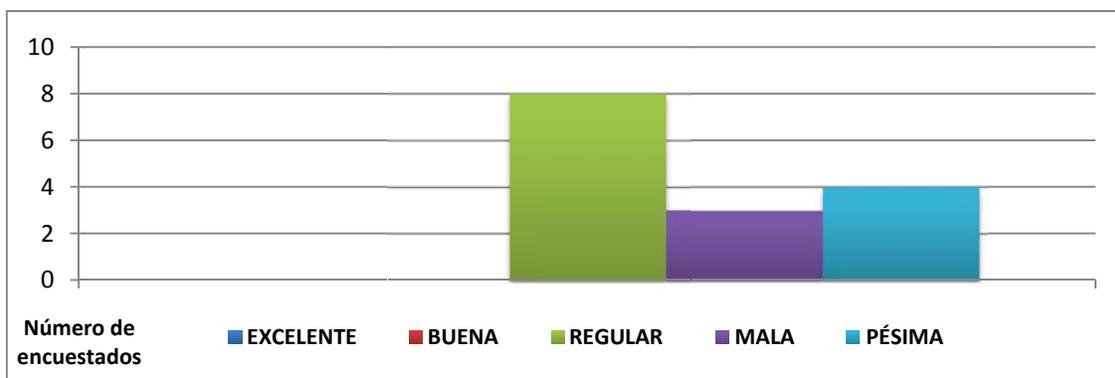
En el Hospital de Kennedy, 8 de los encuestados consideran que los médicos no fueron competentes en el momento de atenderlo y 7 dijeron que si lo fueron.

Segunda Pregunta: ¿Los demás profesionales en salud como enfermeros/as y auxiliares en salud, fueron competentes en el momento de atenderlo?



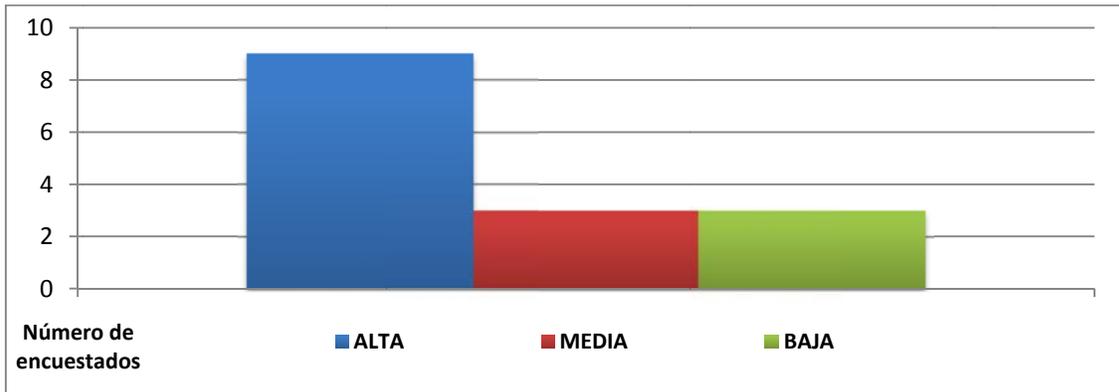
En cuanto a los demás profesionales en salud, 7 de los encuestados consideraron que no fueron competentes en el momento de atenderlos y 8 consideraron que si lo fueron.

Tercera Pregunta: ¿Cómo considera los servicios en salud?



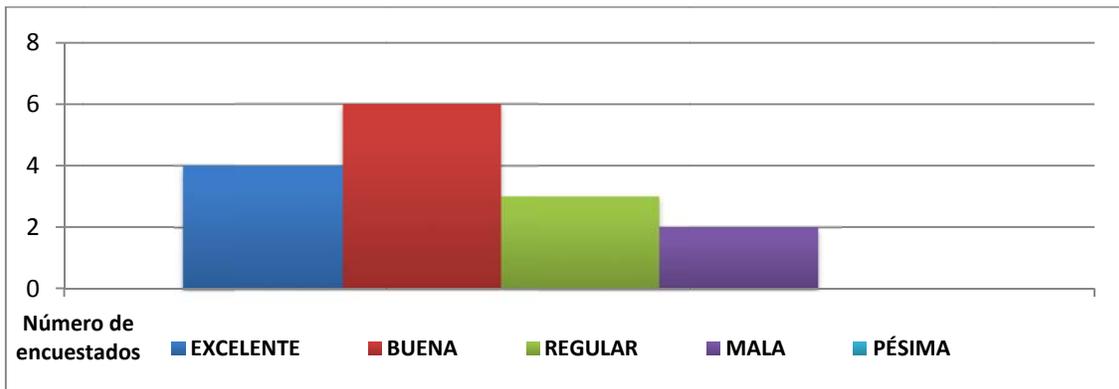
En cuando a los servicios de salud, 8 los considera regular, 5 mala y 4 los considera pésimos.

Cuarta Pregunta: ¿La tecnología de los equipos utilizados de que calidad fueron?



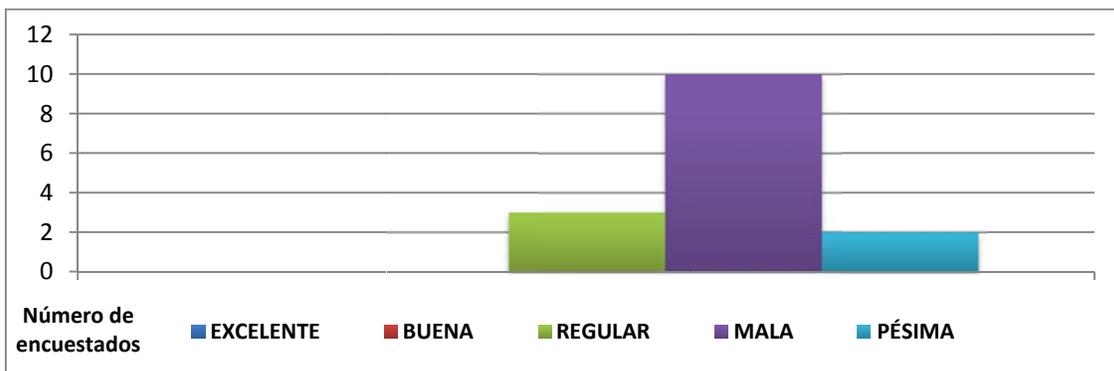
En esta pregunta, 9 de los encuestados consideran que la calidad de los equipos utilizados fue alta, 3 la consideró media y 5 baja.

Quinta Pregunta: ¿Cómo considera las condiciones sanitarias del hospital?



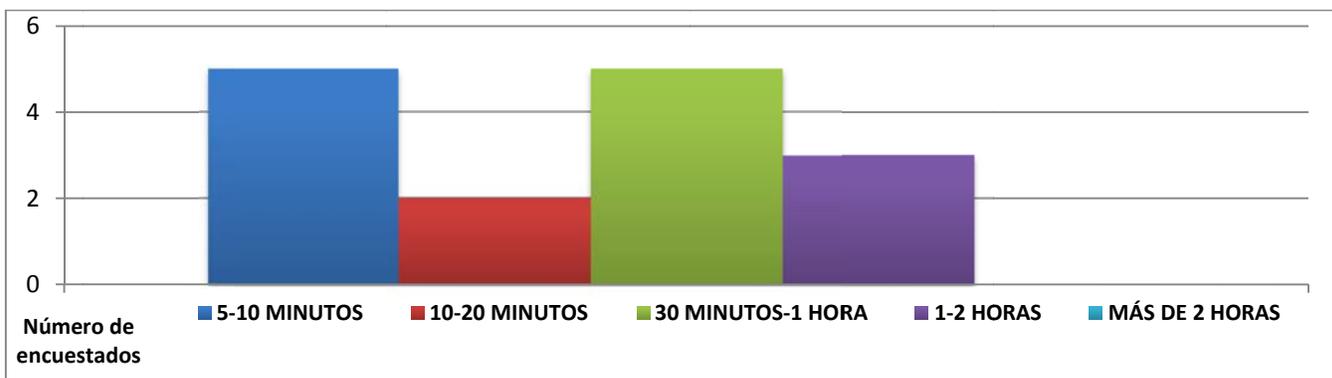
La mayoría de los encuestados consideraron que las condiciones sanitarias del hospital son buenas o excelentes. 6 la consideraron buena, 4 excelente, 3 regular y 2 pésima.

Sexta Pregunta: ¿Cómo considera la calidad del servicio en salud?



En el Hospital de Kennedy 10 de los encuestados consideran que la calidad del servicio en salud es mala, 3 la consideran regular y 2 pésima. Como se evidencia, ninguno de los encuestados consideró que la calidad del servicio era excelente o buena.

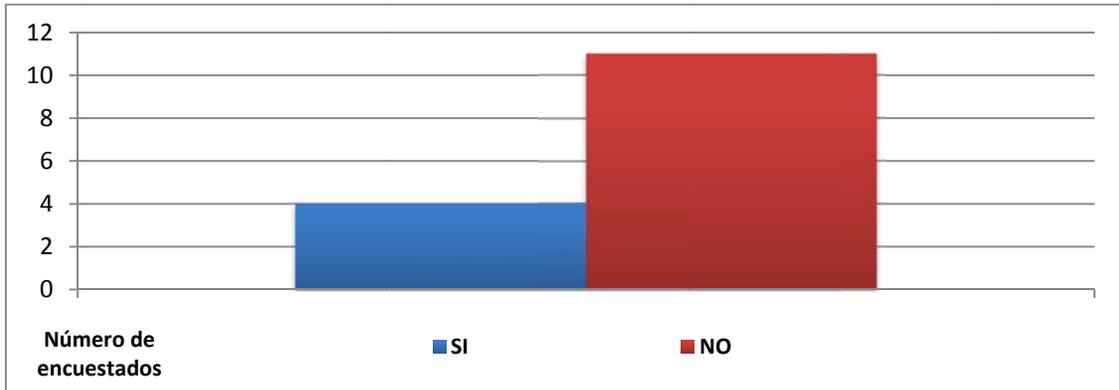
Séptima Pregunta: ¿Cuánto tiempo le tocó esperar para ser atendido?



El tiempo de espera en el Hospital de Kennedy no fue tan largo como en los hospitales anteriores, pues 5 de los usuarios encuestados tuvieron que esperar de 5 a 10 minutos, otros 5 esperaron de media hora a 1 hora, 2 de 10 minutos a 20 minutos y 1 esperó de una a dos horas.

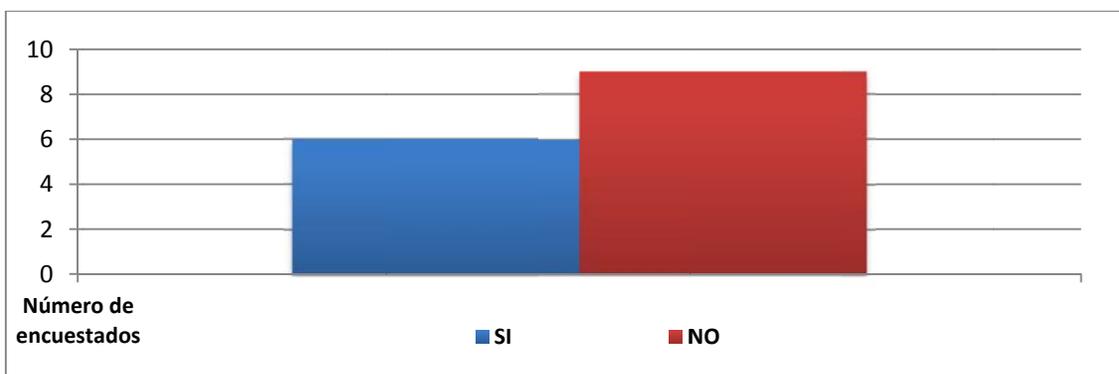
3.2.4. HOSPITAL MEISSEN

Primera Pregunta: ¿Los médicos fueron competentes en el momento de atenderlo?



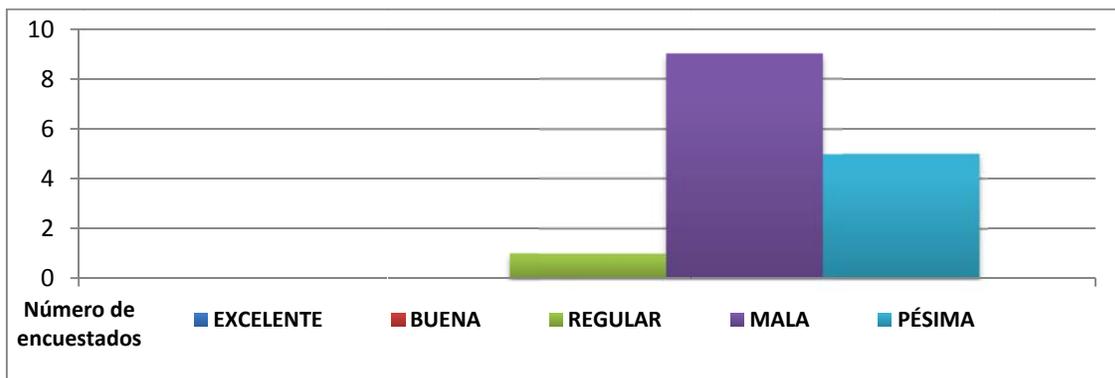
En el Hospital de Meissen, 11 de los usuarios encuestados consideraron que los médicos no fueron competentes al momento de atenderlo, mientras que solo 4 consideraron que si lo fueron.

Segunda Pregunta: ¿Los demás profesionales en salud como enfermeros/as y auxiliares en salud, fueron competentes en el momento de atenderlo?



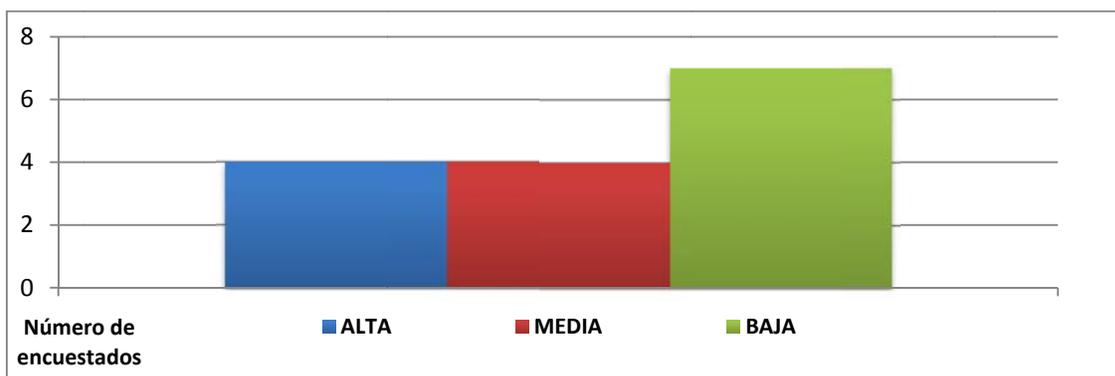
En cuanto a los demás profesionales en salud, 9 de los encuestados consideraron que éstos no fueron competentes en el momento de atenderlo y 6 de los usuarios consideraron que si lo fueron.

Tercera Pregunta: ¿Cómo considera los servicios en salud?



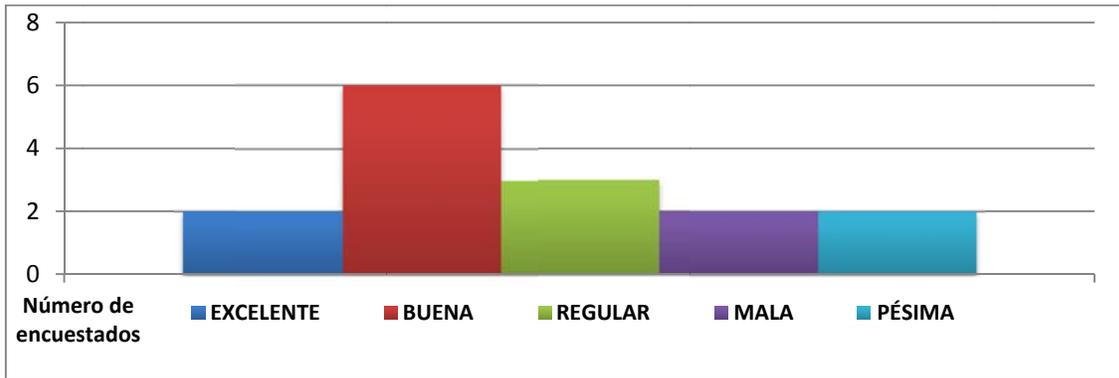
La mayoría de los encuestados (9) considera que los servicios en salud son malos, 5 los considera pésimos y solo 1 regulares.

Cuarta Pregunta: ¿La tecnología de los equipos utilizados de que calidad fueron?



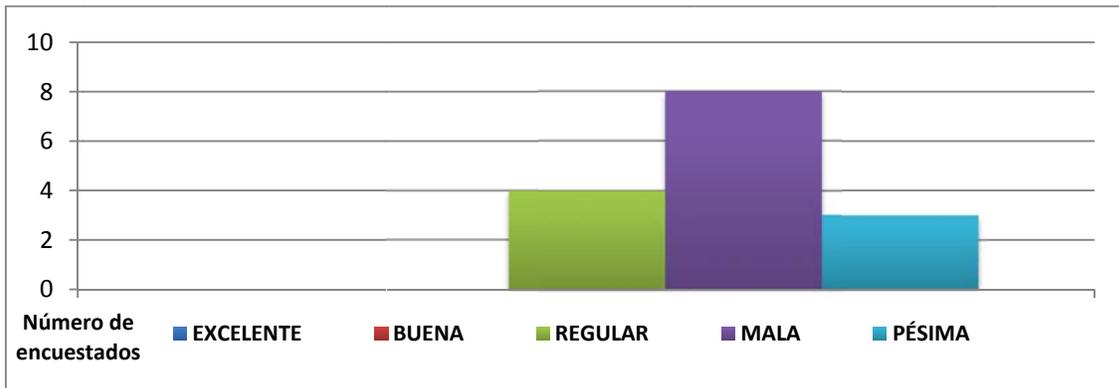
En el Hospital de Meissen, 7 de los usuarios encuestados considera que la tecnología de los equipos utilizados fueron de baja calidad, 4 consideraron que fueron de alta calidad y 4 de calidad media.

Quinta Pregunta: ¿Cómo considera las condiciones sanitarias del hospital?



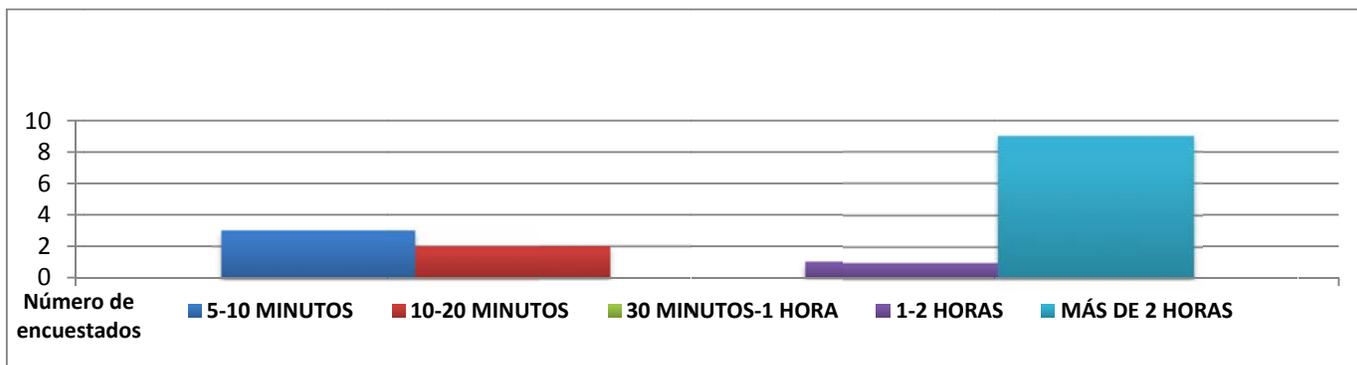
En cuanto a las condiciones sanitarias del hospital, 6 de los encuestados consideran que son buenas, 3 regulares, 2 excelentes, 2 malas y 2 pésimas.

Sexta Pregunta: ¿Cómo considera la calidad del servicio en salud?



La mayoría de los encuestados consideran que la calidad del servicio en el Hospital de Meissen es mala, 4 la consideran regular y 3 pésima.

Séptima Pregunta: ¿Cuánto tiempo le tocó esperar para ser atendido?



Teniendo en cuenta que el área donde se realizaron las encuestas fue la de urgencias, 9 de los usuarios encuestados esperaron más de 2 horas en ser atendidos, 3 de 5 a 10 minutos, 2 de 10 a 20 minutos y 1 de una a dos horas.

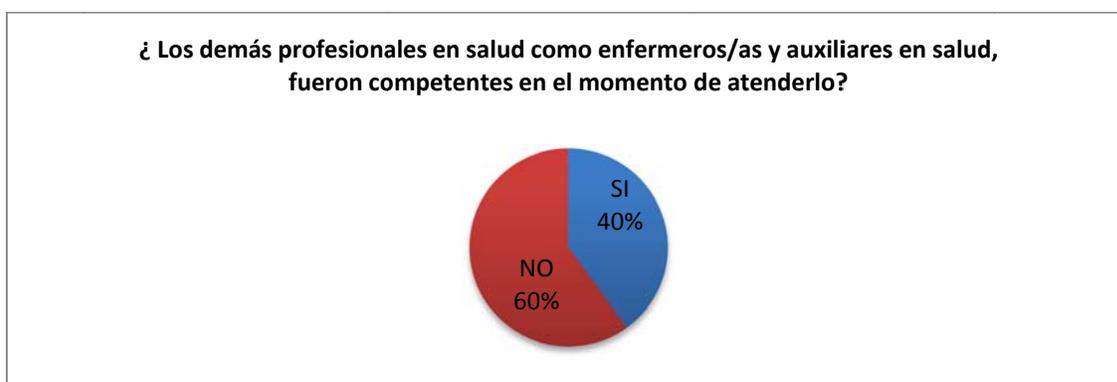
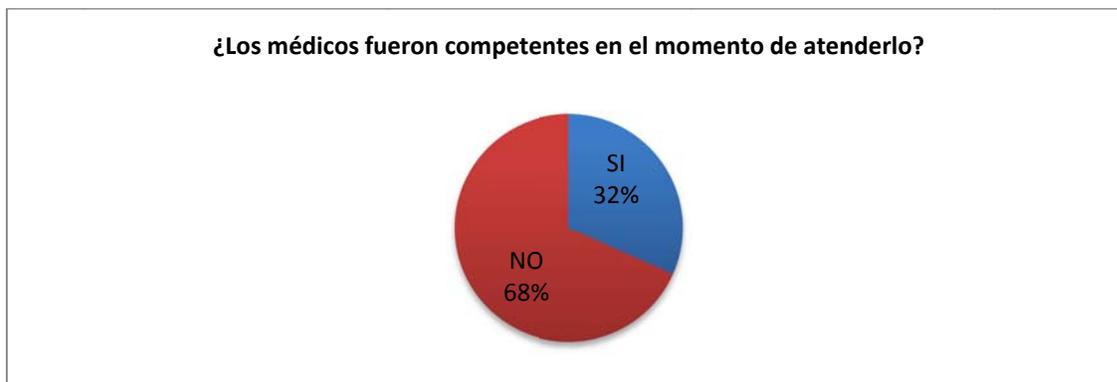
3.2.5. TOTAL

Primera Pregunta: ¿Los médicos fueron competentes en el momento de atenderlo?

Segunda Pregunta: ¿Los demás profesionales en salud como enfermeros/as y auxiliares en salud, fueron competentes en el momento de atenderlo?

Frente a la primera y segunda pregunta de las encuestas, se pudo evidenciar que el 68.3% de los encuestados no consideran que los médicos en el momento de atenderlo hayan sido competentes y el 60% consideran que los demás profesionales en salud tampoco lo fueron, sin embargo el 31.7%, considera que los médicos sí fueron competentes y el 40% considera que los demás profesionales en salud también fueron competentes en el momento de atenderlos. Por lo tanto más de la mitad de los encuestados consideran que el médico tratante y los demás profesionales en salud en el

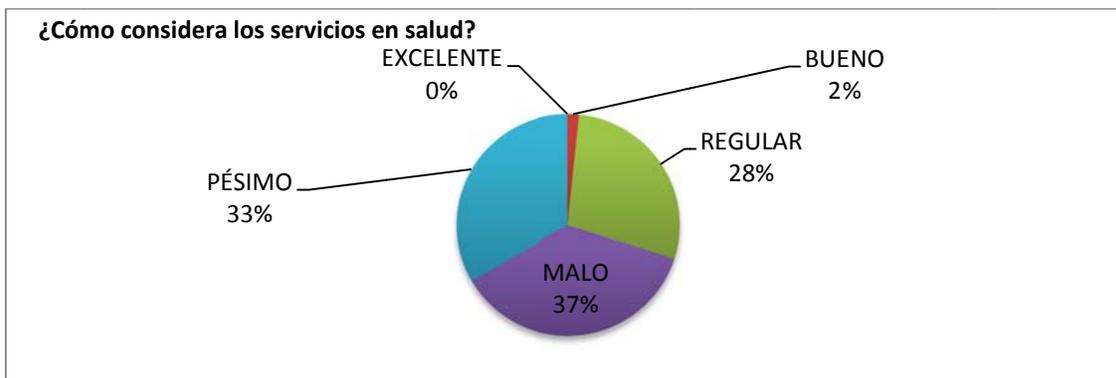
momento de atender la urgencia no fueron competentes. En cuanto a las encuestas realizadas en cada hospital, es claro que ante las dos primeras preguntas sobre la competencia del personal, los usuarios en todos los hospitales tienen una percepción desfavorable de la competencia de los médicos y demás profesionales en salud.



Tercera Pregunta: ¿Cómo considera los servicios en salud?

Por otro lado, en cuanto a los servicios el 1.7% consideran que el servicio es bueno, el 28.3% lo consideran regular, el 36.7% lo consideran malo y el 33.3% lo consideran pésimo. Con las cifras anteriores nos podemos dar cuenta que más de la mitad de los encuestados consideran que el servicio del sistema son malos, por lo tanto estamos frente a un sistema que si bien tiene un personal capacitado y unos equipos de alta

tecnología⁹⁸, no está brindando un buen servicio. En todos los hospitales donde se realizó la encuesta, menos en el de Kennedy, la mayoría de los encuestados coinciden en que el servicio es malo o pésimo, mientras que en el Hospital de Kennedy la mitad lo considera regular y la otra mitad malo o pésimo.



Cuarta Pregunta: ¿La tecnología de los equipos utilizados de que calidad fueron?

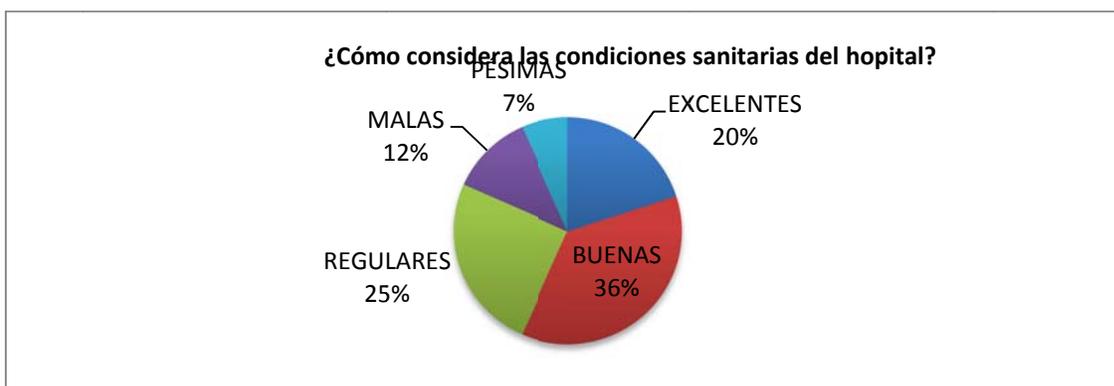
Respecto a la tecnología que utilizan los hospitales, 26 del total de los encuestados consideraron que la calidad de los equipos utilizados fue alta, 17 la consideró media y 13 baja. Esta tabla nos refleja que la mayoría de los encuestados considera que los hospitales tienen buena calidad en los equipos tecnológicos que utilizan.



⁹⁸ El 43.3% de los encuestados dijeron que los equipos utilizados fueron de alta calidad y el 35% dijeron que fueron de media calidad, mientras que el 21.7% dijeron que fueron de mala calidad.

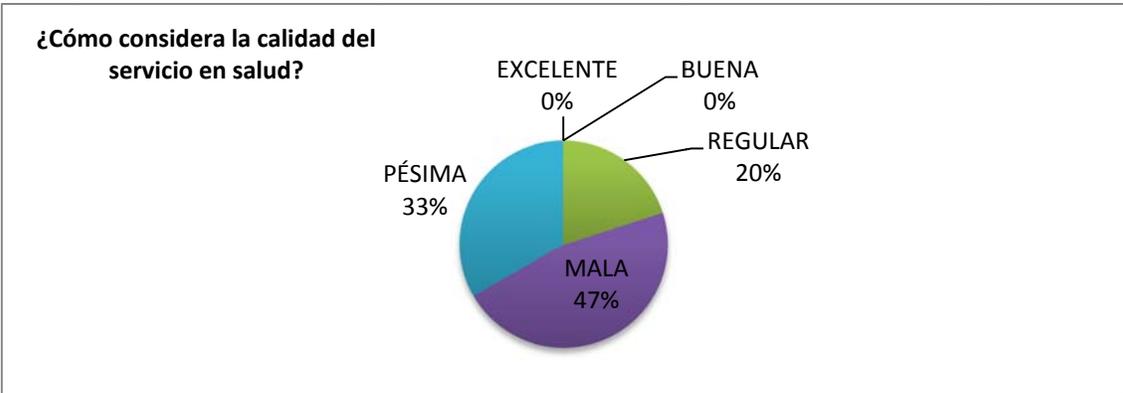
Quinta Pregunta: ¿Cómo considera las condiciones sanitarias del hospital?

Cuando nos referimos a las condiciones sanitarias del hospital estamos frente a un buen resultado pues el 20% de los encuestados estuvo de acuerdo con que las condiciones son excelentes, el 36.6% dijeron que eran buenas, el 25% regular, mientras que el 11.7% las consideraron malas y el 6.7% pésimas. Esto refleja que los hospitales en los que se realizó el trabajo de campo tienen buenas condiciones sanitarias, lo cual es muy importante pues de lo contrario se es susceptible a contraer infecciones y demás enfermedades.



Sexta Pregunta: ¿Cómo considera la calidad del servicio en salud?

En cuanto a la calidad del servicio el 20% lo consideran regular, el 46.7% lo consideran malo y el 33.3% lo consideran pésimo. De acuerdo con lo anterior es claro que ninguno de los encuestados considera la calidad que ofrece el servicio excelente o buena, pues es claro que la atención que se les da a los usuarios es muy mala y éstos se quejan constantemente del sistema.



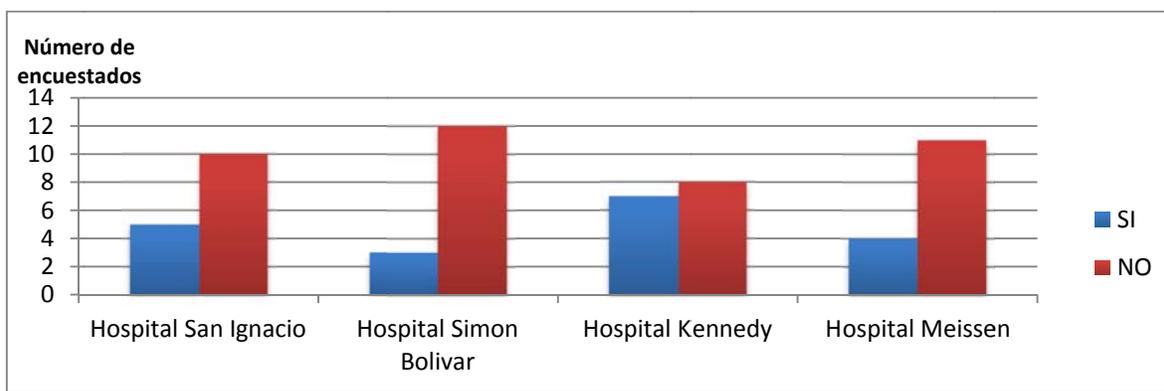
Séptima Pregunta: ¿Cuánto tiempo le tocó esperar para ser atendido?

Finalmente, el tiempo de espera que la mayoría de los encuestados tuvo que aguardar fue de 10 a 20 minutos, mientras que los demás tuvieron que esperar un tiempo más racional, 20% de los encuestados fueron atendidos de 5 a 10 minutos, 28.3% de 10 a 20 minutos, 25% de media hora a una hora, un 15% fue atendido después de dos horas de espera y solo un 11.7% fueron atendidos en el lapso de 1 a 2 horas. Cuando nos referimos al tiempo de espera hay que tener en cuenta que las encuestas fueron realizadas en el área de urgencia, por lo tanto lo lógico es que los usuarios sean atendidos rápidamente.



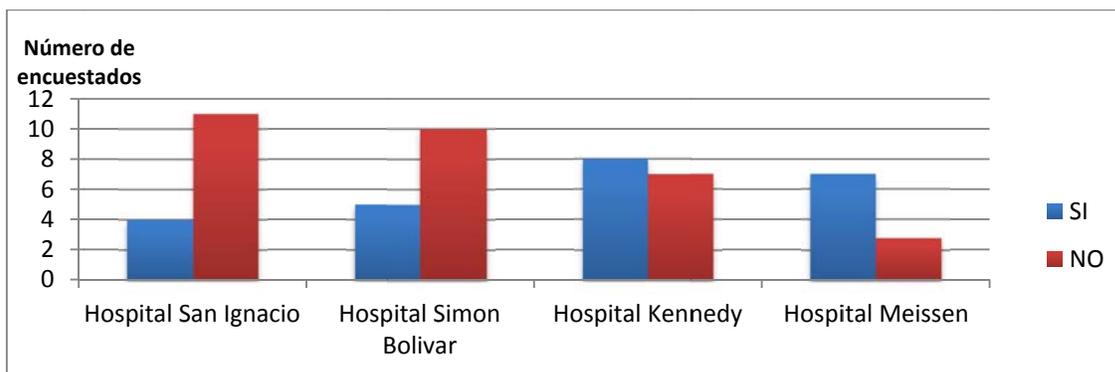
3.3. Diferencias entre los hospitales

Primera pregunta: ¿Los médicos fueron competentes en el momento de atenderlo?



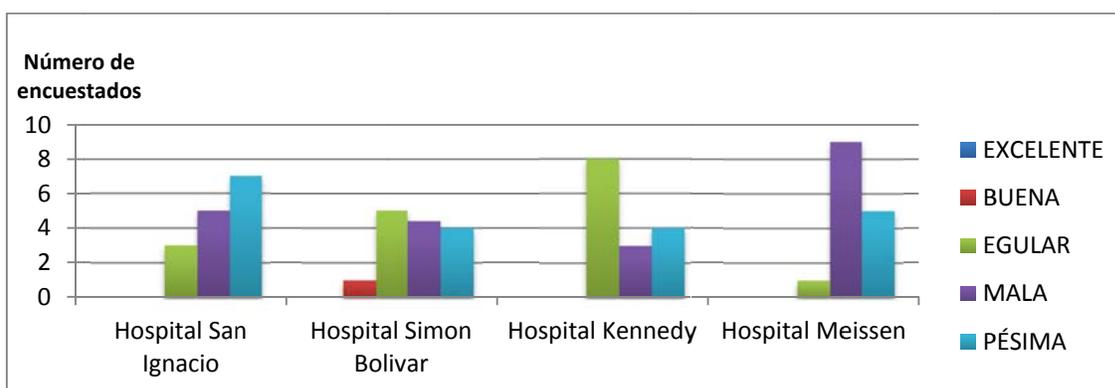
La grafica anterior demuestra que en todos los hospitales donde se realizaron las encuestas, la mayoría considera que los médicos no fueron competentes en el momento de atenderlo, lo cual refleja que los usuarios no están satisfechos con la atención que les dan los médicos a los cuales acuden. En los demás hospitales se evidencia que la insatisfacción de los usuarios no es la misma que el Hospital de Kennedy.

Segunda pregunta: ¿Los demás profesionales en salud como enfermeros/as y auxiliares en salud, fueron competentes en el momento de atenderlo?



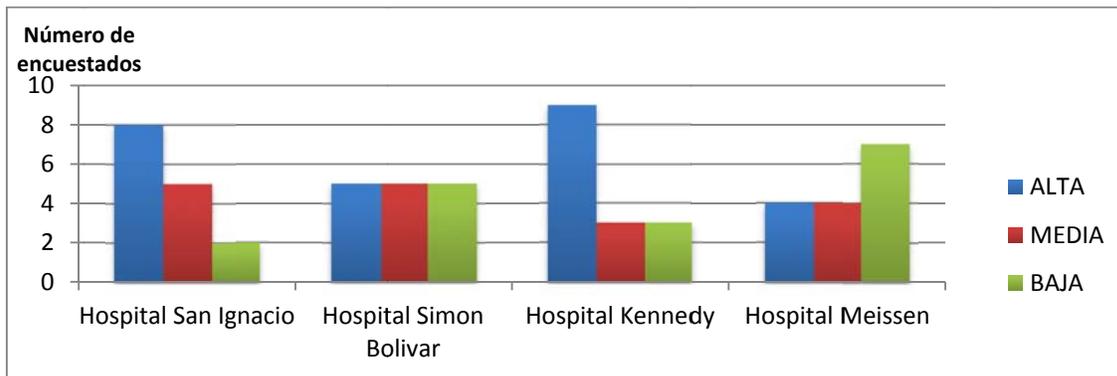
En cuanto a los demás profesionales en salud que atendieron a los usuarios, en el Hospital San Ignacio y en el Hospital Simón Bolívar la mayoría de los usuarios consideraron que los demás profesionales en salud no fueron competentes en el momento de atenderlos mientras que en el Hospital de Kennedy y en el Hospital de Meissen, la mayoría de los usuarios consideraron que los demás profesionales en salud sí fueron competentes en el momento de atenderlos.

Tercera pregunta: ¿Cómo considera los servicios en salud?



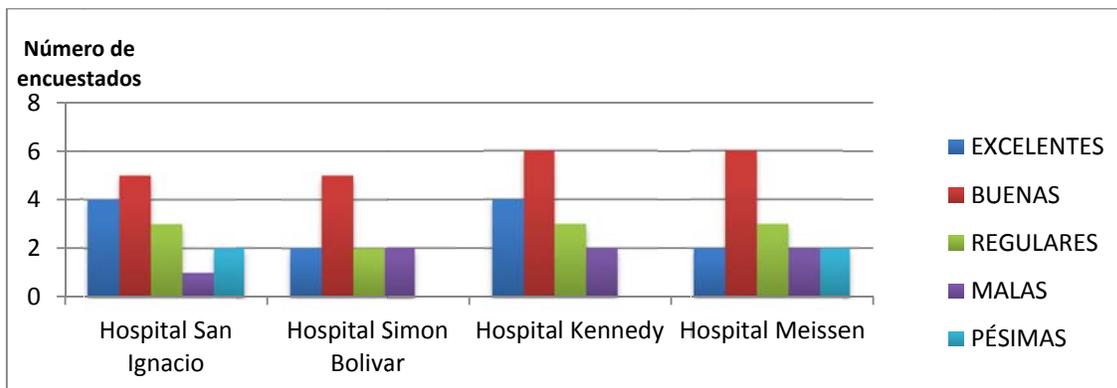
Es evidente que la mayoría de los usuarios encuestados consideran que los servicios en salud son regulares, malos o pésimos. En el Hospital de Kennedy es en el único que se evidencia que la mayoría de los usuarios consideran que los servicios son regulares, sin embargo en el Hospital de Meissen la gran mayoría los consideran malos. Respecto de los otros dos hospitales, en el de San Ignacio fue donde la mayoría de los usuarios encuestados consideraron pésimo el servicio, mientras que en el Hospital Simón Bolívar, la opinión estuvo muy dividida. Sin embargo, es claro que en ninguno de los 4 hospitales, a excepción del Simón Bolívar con 1 encuesta, los usuarios encuestados consideran que los servicios no son excelentes ni buenos.

Cuarta pregunta: ¿La tecnología de los equipos de que calidad fueron?



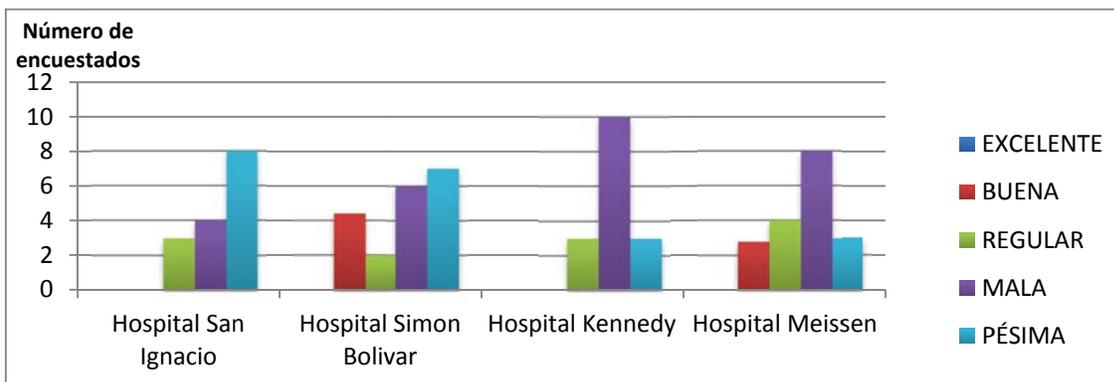
En el Hospital de Kennedy y en el de San Ignacio se evidenció que la mayoría de los encuestados consideran que la calidad de la tecnología de los equipos utilizados es alta. En el Hospital Simón Bolívar los encuestados estuvieron muy divididos en la respuesta, mientras que en el Hospital de Meissen la mayoría consideró que la calidad es baja.

Quinta pregunta: ¿Cómo considera las condiciones sanitarias del hospital?



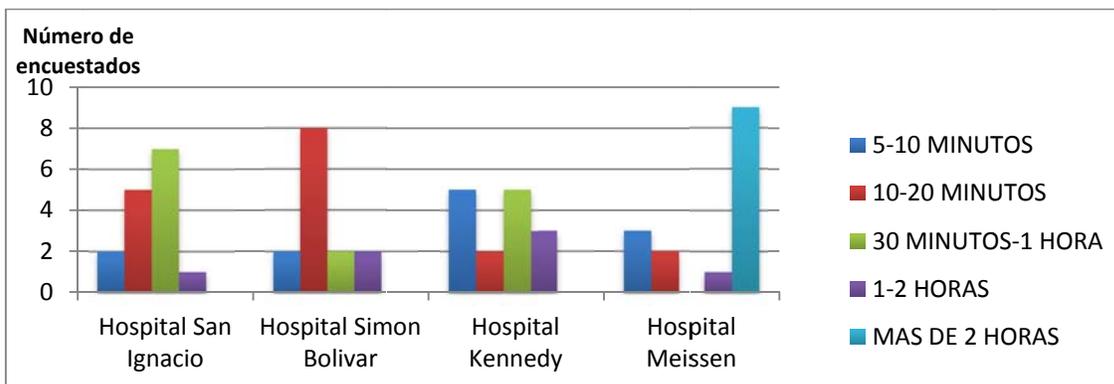
En general se puede evidenciar que los usuarios encuestados consideran que las condiciones sanitarias de cada hospital son buenas. Esto es importante pues estamos hablando de centros de salud en donde las condiciones sanitarias tienen que ser excelentes, pues se puede estar frente a posibles infecciones.

Sexta pregunta: ¿Cómo considera la calidad del servicio en salud?



Frente a la calidad del servicio en salud, la mayoría de los usuarios de los Hospitales de Kennedy y Meissen coincidieron en que consideran que la calidad del servicio en salud es mala, mientras que en los Hospitales San Ignacio y Simón Bolívar la mayoría de los encuestados consideraron la calidad pésima.

Séptima pregunta: ¿Cuánto tiempo le tocó esperar para ser atendido?



No resulta lógico que una persona llegue a un Hospital al área de urgencias para ser atendido y que se le atienda después de 20 minutos. En estos casos de evidencia que la mayoría de los usuarios tuvo que esperar más de 20 minutos para que su urgencia fuera atendida. El peor de los casos es el del Hospital de Meissen en donde 9 de los 15 encuestados tuvieron que esperar más de 2 horas para ser atendidos.

3.4. Conclusiones de los resultados

Como se evidencia, los resultados son satisfactorios en cuanto a la calidad de la tecnología de los equipos utilizada en el momento de atender a los usuarios y en las condiciones sanitarias de cada hospital. Sin embargo en cuanto si los médicos y demás profesionales en salud fueron o no competentes, en como consideran los servicios de salud y la calidad del servicio y el tiempo de espera para ser atendido, los resultados fueron desfavorables.

Hay que tener en cuenta que los resultados de la percepción de la calidad dependerán de la visión de cada uno de los actores del sistema como el médico, el paciente, el administrador, el empleado, etc. La calidad del servicio de salud se ha analizado en este trabajo adoptando una metodología cuantitativa utilizando encuestas a usuarios en donde se evidenció que la mayoría de los encuestados consideran que el servicio no tiene una buena calidad y que los médicos y el personal, no son competentes al momento de atenderlos.

Lamentablemente los usuarios están insatisfechos con la calidad que hay hoy en día en el sistema de salud, pues la mayoría de las encuestas muestra que los usuarios consideran que la calidad es mala o pésima ya que no los atienden a tiempo, tienen que esperar horas en el área de urgencias para ser atendidos y en el momento que los atienden los usuarios quedan insatisfechos, entre otras cosas.

Con la anterior información, es claro entonces que hay un problema en el sistema, en cuanto a la calidad del mismo y al personal que atiende a los usuarios. Esto lleva a

entender que realmente hay un déficit en la calidad del servicio que prestan algunos hospitales, pues debería considerarse que al haber tantas regulaciones sobre el tema y tanta información, la calidad debería ser considerada por lo menos buena.

Para complementar los resultados obtenidos con estas encuestas frente a la percepción de la calidad se trae a colación lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social en un estudio del Observatorio de Calidad en atención en salud, en el que se realizó una encuesta sobre la calidad percibida por los usuarios en diferentes escenarios. Al respecto el estudio menciona frente a la asignación de citas lo siguiente:

“[L]a Consulta Médica General, se construye dividiendo la sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita entre el número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución. La unidad de medición es en días y el resultado se presenta con una cifra decimal. Es un indicador que apunta a evaluar en qué medida la atención se brinda en el momento que se requiere, o se retarda generando insatisfacción y riesgos al paciente. Está en relación directa con la oferta y la demanda de los servicios. Debe considerarse al analizar los resultados la coexistencia o no de demanda no atendida y el número de intentos realizados por el usuario para la obtención de la cita. Tendencia estable en el comportamiento del indicador con un leve incremento hacia el último corte. Se puede apreciar la diferencia significativa en este indicador en las instituciones acreditadas.”⁹⁹

De acuerdo a lo anterior y luego de analizar las gráficas de los resultados, es claro que la mayoría de usuarios está inconforme con los servicios prestados por las entidades de salud, pues por ejemplo tardan mucho en ser atendidos o al ser atendidos no se les atiende de una manera adecuada.

⁹⁹Ministerio de salud y Protección Social, “Observatorio de Calidad en atención en salud”. [en línea:] disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Bolet%C3%ADn%203%20Observatorio%20de%20Calidad%20en%20Salud.pdf#search=encuesta%2520sobre%2520calidad>. Recuperado: Enero 30 de 2015. En este link se pueden consultar los cuadros referentes a la información anterior.

III. Conclusiones

El marco normativo nacional busca proteger el derecho fundamental a la salud en donde uno de los aspectos relevantes para su protección y cumplimiento es la calidad del servicio, pues no es suficiente que a una persona se le prometa que puede tener el acceso a la salud sino que se le debe garantizar el mismo en condiciones de calidad real. Del mismo modo, en repetidas ocasiones la Corte Constitucional se ha pronunciado sobre el aspecto de la calidad en el derecho a la salud y ha sido enfática en establecer que la prestación del servicio siempre debe ir acompañado de los estándares de calidad establecidos.

Las cifras que arrojan los estudios realizados por la Defensoría del Pueblo y los autores Velandía, F., Ardón, N., Cardona, J. M. y Jara, M, mostrados en el aparte sobre “Calidad en el Sistema de Salud” pueden concluir que la misma no es la óptima, pues los usuarios muchas veces acuden a la acción de tutela para que se les garantice el derecho fundamental a la salud y de la mano, la calidad de la prestación del servicio. Los estudios encontraron que existe una mayor deficiencia en dos de los determinantes de la salud como son la atención de urgencias y la oportunidad en la asignación de citas médicas.

De la normatividad nacional e internacional se concluye que la calidad va ligada a muchos factores como la infraestructura del lugar, las tecnologías de los equipos, la competencia del personal médico a la hora de atender a los usuarios, entre otras cosas, y al mismo tiempo está interrelacionada con los demás principios en materia de salud.

Por lo tanto es necesario revisar cada factor que incide en el servicio de salud para saber si la calidad es adecuada o no.

Se puede decir entonces que la calidad no atiende a un solo factor, son múltiples los determinantes de la calidad y serán los prestadores del servicio y los usuarios quienes perciban y evalúen todos y cada uno de los elementos que implica la calidad.

Existe un sistema que involucra la habilitación, acreditación, auditoría y el sistema de información de las entidades que prestan el servicio de salud, por lo que resulta claro que la calidad en el sistema de salud es un tema que ha tomado gran importancia en los últimos años, pues es evidente que las instituciones que prestan el servicio de salud están comprometidas con la comunidad para que estos servicios se presten con una óptima calidad, con el fin que éstos sean efectivos, eficientes, oportunos y equitativos para que se pueda gozar del derecho a la salud como está regulado en la ley y que los usuarios queden satisfechos con los resultados.

En este sentido, la calidad puede ser clasificada desde diferentes categorías, en cuando a la calidad percibida por los usuarios es claro que ésta tiene un componente subjetivo, pues es aquella calidad que clasifica el usuario al momento de ser atendido. Por otro lado la calidad técnica la cual se determina por la normatividad en la materia, en donde la norma indica unos parámetros los cuales deben cumplirse al momento de prestar el servicio de salud. En cuando a la calidad deseada es a la que deben llegar todas las empresas prestadoras del servicio de salud siguiendo todos los parámetros establecidos para la habilitación, auditoría, acreditación e información, con el fin de darle confianza al usuario y credibilidad al momento de prestar el servicio. Finalmente, con la calidad

observada se determina la calidad que se le está brindando al usuario al momento de prestar el servicio y que tiene como fin lograr tomar medidas necesarias para llegar a la calidad deseada luego de realizada la autoevaluación.

Existe un proceso amplio de acreditación en donde se afrontan dos evaluaciones, por un lado la autoevaluación de cumplimiento de los estándares de calidad que realiza internamente la empresa y la evaluación que hace el ICONTEC, la cual puede entenderse como calidad observada, y por otro lado los resultados los cuales ayudan a la entidad a establecer planes de trabajo para mejorar la calidad en la prestación del servicio, entendida como la calidad deseada. Esto permite que haya una comparación entre la calidad que realmente se está prestando y la calidad que debería prestarse.

En relación específicamente a los pasos de acreditación de las entidades, se debería tener una acreditación obligatoria, más no opcional, a todas las entidades que prestan el servicio de salud, pues de esta manera se estaría garantizando que el servicio se preste con una óptima calidad. Es claro que el proceso es opcional y toma tiempo que las entidades logren acreditarse, por lo tanto se podría tener en cuenta un proceso más sencillo lo que no significa menos riguroso, además del de acreditación opcional. Sumado a que periódicamente se realicen supervisiones que conlleven evaluaciones a las entidades prestadoras con el fin de saber si realmente el servicio se presta con la calidad óptima.

De otro lado, en el trabajo de campo que se realizó resultó claro que la mayoría de los usuarios están inconformes con el sistema y más aún con la calidad con que se presta el mismo. Como se evidenció en las encuestas, por más que los hospitales tengan unas condiciones sanitarias buenas, o que tengan una avanzada calidad en la tecnología de los equipos, eso no tiene peso si en realidad la calidad del servicio que se les presta a los usuarios por parte de los profesionales de la salud es deficiente.

El tema de la calidad en la prestación del servicio de salud es importante porque si este componente se garantiza se realizará efectivamente el derecho a la salud. Se deben hacer constantes investigaciones, requerimientos y vigilancia a las entidades para poder llevar un control sobre cómo están prestando el servicio y si realmente cumplen con los estándares de calidad establecidos por la ley.

Es necesario que se adelanten investigaciones sobre la calidad del sistema pues no se encontraron estudios que reflejaran resultados frente a todos los aspectos específicos que hacen parte de la calidad. Se debe exigir a las autoridades fortalecer la vigilancia que se realice a la calidad en la prestación de los servicios.

Finalmente, es claro que el problema no está en lo normativo ni en como está estructurado el sistema o del deber ser del mismo, el problema radica en cómo opera el sistema de salud hoy en día en Colombia. Es necesario mejorar el sistema, en torno a la calidad y hacerle un mayor seguimiento, en donde la calidad sea uno de los temas fundamentales al hablar de prestación del servicio de salud. El sistema de salud debería tener en cuenta que en la prestación del servicio de salud, la calidad es uno de

los asuntos fundamentales para garantizar el derecho fundamental a la salud y por ende el derecho a la vida de todas las personas.

IV. Bibliografía

1. Colombia (2010), Constitución Política, Bogotá, Legis.
2. Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993
3. Ley 1122 del 9 de Enero de 2007
4. Ley 1438 del 19 de Enero de 2011
5. Ley Estatutaria 1751 de 2015 del 16 de Febrero de 2015
6. Decreto de Emergencia Social. Decreto 128 de 2010.
7. Decreto 2174 de 1996.
8. Decreto 2309 de 2002.
9. Decreto 1011 de 2006.
10. Decreto 2560 de 2012
11. Resolución 1441 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social.
12. Sentencia C-130 de 2002. Corte Constitucional.
13. Sentencia T-264 de 2003. Corte Constitucional.
14. Sentencia T- 828 de 2005. Corte Constitucional.
15. Sentencia T-686 de 2006. Corte Constitucional.
16. Sentencia T-110 de 2007. Corte Constitucional.
17. Sentencia T- 447 de 2007. Corte Constitucional.
18. Sentencia C-811 de 2007. Corte Constitucional.
19. Sentencia T-414 de 2008. Corte Constitucional.
20. Sentencia T- 760 de 2008. Corte Constitucional.
21. Sentencia T-103 de 2009. Corte Constitucional.
22. Sentencia T- 369 de 2009. Corte Constitucional.
23. Sentencia C- 252 de 2010. Corte Constitucional.
24. Sentencia T-020 de 2013. Corte Constitucional.
25. Sentencia T-180 de 2013. Corte Constitucional.
26. Sentencia T-206 de 2013. Corte Constitucional.
27. Sentencia C-313 de 2014. Corte Constitucional.
28. Sentencia T-361 de 2014. Corte Constitucional.
29. Comunicado 21 mayo 29 de 2014. Sentencia C-313 del 29 de Mayo de 2014.
30. Ministerio de Salud y Protección Social, [en línea:]
31. Defensoría del Pueblo, Equipo Investigativo del Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo a cargo de la Encuesta, Evaluaciones de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud, [en línea:]

32. Organización Mundial de la Salud. [en línea:]
33. Declaración Universal de los Derechos Humanos. [en línea:]
34. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [en línea:]
35. Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22 periodo de sesiones, 2000), en línea:]
36. Declaración de Alma-Ata. [en línea:]
37. Observación General 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” [en línea:]
38. Acreditación en salud, “Proceso para la Acreditación en Salud, Ruta Crítica” [en línea:]
39. Acosta Paula. Et al (2010), “Efectos de la Ley 100 en Salud, propuestas de reforma”, Bogotá, Fedesarrollo I, p. 8
40. Arenas Monsalve, Gerardo, (2012), “El derecho colombiano de la seguridad social”, 3° Ed, Ed. LEGIS.
41. Editorial Politécnico Grancolombiano (Editor). ¿La salud desembotellada? El sector, un reto de políticas públicas. Foro Paipa 2008.
42. Apoyo doctrinal al análisis de la sentencia. Ramírez, Moreno Jaime. La Emergencia Social en Salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. Revista, Gerencia y Políticas de Salud.
43. Oviedo (2007), “Análisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el Territorio Nacional”. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Tesis de grado
44. Peñaranda C., Fernando; Bastidas A., Miriam; Ramírez G., Humberto, (2006), “El programa de crecimiento y desarrollo: otro factor de inequidad en el sistema de salud”. Colombia: Red Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública.
45. Pontificia Universidad Javeriana (Junio, 2010) “Publicación de los programas de postgrado en Administración de Salud y Seguridad Social”. En Revista Gerencia y Políticas de Salud. Suplemento V.9 n.18.
46. Ramírez, Moreno Jaime (2010), “Apoyo doctrinal al análisis de la sentencia.. La Emergencia Social en Salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana”, en Revista, Gerencia y Políticas de Salud.
47. Cardona, J., Hernandes, A. y Yepes, F (2005), “La reforma a la seguridad social en salud en Colombia: ¿avances reales? Revista Gerencia y Políticas de salud”
48. Velandia, F., Ardón, N., Cardona, J. M. y Jara, M. I (2005), “Comparación de la forma como las encuestas de calidad de vida en Colombia indagan sobre la calidad de los servicios de salud”. Revista Gerencia y Políticas de Salud.

49. Durán Silva, Luz Myriam, "Calidad en la prestación de servicios de salud" [en línea].
50. León Gañán Ruiz, Jaime, (2011), "Los muertos de Ley 100: Prevalencia del derecho a la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: Una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud régimen Contributivo. De la naturaleza jurídica del Derecho a la Salud en Colombia" [en línea].
51. Cortés Castillo, C. (2010, 19 de enero), "Los decretos de emergencia social: una reforma al sector salud por la puerta de atrás", en La Silla Vacía, [en línea:]
52. Kerguelén Botero, Carlos Alfonso (2008), "Calidad en Salud en Colombia", [en línea:],
53. Losada Otálora, Mauricio, Rodríguez Orejuela, Augusto (2007), "Calidad del servicio de salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing", [en línea:]
54. Revista Panamericana de Salud Pública, [en línea:]
55. Revista Dinero (2007) Edición No. 275.
56. Riveros Pérez, Efraín, (2011), "Reflexiones sobre una solución al sistema de salud", en Revista Semana