



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Calidad de la atención de los servicios de salud Colombia en los últimos
diez años
Quality of care in health services in Colombia in the last ten years**

**Autor(es)
Susan Vélez Ramírez
Yolima González Valencia**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública, Antioquia
Medellín, Colombia
2021**



**Calidad de la atención de los servicios de salud Colombia en los últimos diez
años**

Quality of care in health services in Colombia in the last ten years

**Susan Vélez Ramírez
Yolima González Valencia**

**Tesis o trabajo de grado optar al título de
Auditor en Salud**

**Asesor:
Gilma Stella Vargas Peña
PhD en Salud Pública. Magíster en Ciencias Administrativas**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2021**

Tabla de contenido

1. Resumen.....	6
2. Introducción	8
3. Planteamiento del Problema	9
4. Objetivos.....	13
4.1 Objetivos General.....	13
4.2 Objetivos Específicos.....	13
5. Problema de investigación	14
6. Justificación	15
7. Marco teórico	16
7.1 Calidad en salud según entes internacionales:	19
7.2 ¿Qué ha hecho Colombia para lograr la calidad?	21
8. Metodología	32
9. Resultados	34
9.1 Causas de la ausencia de calidad en los servicios de salud.....	36
9.1.1 Desde el SOGCS:.....	36
□ Barreras socioeconómicas:.....	36
□ Barreras geográficas:	37
□ Barreras administrativas:	37
9.1.1.2 Oportunidad.....	38
9.1.2 Desde Donabedian:	42
9.1.3 Desde Lift y Hunt, OMS y OPS:.....	44
9.2 Consecuencias de la no calidad en los servicios de salud.....	45
9.2.1 Insatisfacción, quejas y tutelas	46
9.2.2 Atención deshumanizada.....	47
9.2.3 Pérdidas humanas.....	47
9.3 Propuestas	47
9.3.1 Capacitación al personal:.....	48
9.3.2 Políticas:	48
9.3.3 Institucionales:	49
9.3.4 Relación médico-paciente:.....	50
10. Conclusiones	51
11. Referencias.....	53

Lista de figuras

Figura 1. Clasificación de los artículos publicados en Colombia entre los años 2010 y 2020 según descriptor	34
Figura 2. Clasificación de los artículos publicados en Colombia entre los años 2010 y 2020 según bases de datos utilizadas	35
Figura 3. Distribución porcentual de los artículos publicados sobre la Calidad en Salud. Colombia 2010-2020.....	35

Siglas

SOGCS: Sistema Obligatorio de la Garantía en Calidad en Salud.

SUH: Sistema Único de Habilitación.

PAMEC: Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

SUA: Sistema Único de Acreditación.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social.

APS: Atención Primaria en Salud.

PAIS: Política Integral de Atención en Salud.

MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial.

PND: Plan Nacional de Desarrollo.

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PHVA: Ciclo PHVA Planear, Hacer, Verificar, Actuar.

CESCR: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

EPS: Entidad Promotora de Salud.

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.

POS: Plan Obligatorio de Salud.

SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.

NTCGP: Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

DNP: Departamento nacional de planeación

IPS: Instituciones Prestadoras de Salud.

PQR: Petición, queja y reclamo.

1. Resumen

La calidad en salud es un tema bastante debatido a lo largo del tiempo en el área de la salud, se ha visto influenciado por diferentes normas tanto nacionales como internacionales, que han pretendido orientar a las entidades de salud en la manera de cómo proceder para realizar la atención a los usuarios. Objetivo: Caracterizar los principales contenidos investigados y relacionados con la calidad de la atención de los servicios de salud en Colombia y publicados en el periodo 2010 - 2020. Método: Se realizó una búsqueda bibliográfica de estudios publicados en los últimos 10 años en Colombia sobre la calidad de la atención en salud. Resultados: Se encontraron las causas de la no calidad desde el SOGCS, Donabedian, Lift Hunt, OMS y OPS, sus consecuencias y propuesta. Conclusiones: Se encontró que el SOGCS en Colombia presenta falencias que generan la no calidad de los servicios en salud, frente a la vulneración de derechos e insatisfacción de los servicios, los usuarios recurren a mecanismos como la queja y la tutela.

Palabras clave: Calidad de la atención en salud, calidad percibida en salud, satisfacción del paciente, calidad en salud, gestión de la calidad y tiempo de espera en la atención.

Abstract

Health quality is a topic that has been widely debated over time in the health area, it has been influenced by different national and international standards, which have tried to guide health entities in how to proceed to carry out attention to users. Objective: To characterize the main contents investigated and related to the quality of care of health services in Colombia and published in the period 2010 – 2020. Method: A bibliographic search of studies published in the last 10 years in Colombia on the quality of health care was carried out. Results: The causes of non-quality were found from the SOGCS, Donabedian, Lift Hunt, WHO and PAHO, its consequences and proposal. Conclusions: It was found that the SOGCS in Colombia has shortcomings that generate the non-quality of health services, in the face of the violation of rights and dissatisfaction of services, users resort to mechanisms such as complaint and guardianship.

Keywords: Quality of health care, perceived quality of health, patient satisfaction, quality of health, quality management and waiting time in care.

2. Introducción

La calidad desde el área de la salud se ha considerado un eje importante y determinante para la prestación de los servicios, Colombia con el objetivo de mejorar la calidad en salud ha establecido directrices y normativas como lo es el Decreto 1011 de 2006, donde se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) integrado por cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Este decreto define la calidad de la atención de salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (1). Su objetivo consiste en facilitar y suministrar los servicios de salud a los usuarios por medio de un equipo calificado de profesionales para dar respuesta a las necesidades de los mismos y mejorar la calidad en la atención.

A pesar de tenerse definidos aspectos claves para el mejoramiento de la calidad y contar con normas y políticas vigentes enfocadas en esta, la palabra calidad sigue siendo un reto para el país ya que se continúan presentando obstáculos para dar respuestas a las verdaderas necesidades de la población colombiana. Teniendo en cuenta lo anterior, la presente monografía se centra en buscar y recopilar investigaciones que se han realizado en los últimos 10 años en el país sobre la calidad en la atención en salud, sus problemáticas y posibles soluciones.

3. Planteamiento del Problema

La calidad ha sido un concepto estudiado desde hace muchos años por autores e investigadores en varios campos de aplicación, encontrándose definiciones, como por ejemplo: Ernesto Ché Guevara (1963) definió la calidad como el respeto al pueblo (2). Parasuraman, B. Zeithaml y L. Berry (1985, 1988) entendieron la calidad como aquella discrepancia existente entre lo esperado y lo percibido (2). Berry (1988) mantuvo la opinión de que la calidad es un tema de servicio, es decir, la calidad debe ser previsión, no una ocurrencia tardía. Esta influye en cada paso del desarrollo de nuevos servicios, nuevas políticas, nuevas tecnologías y nuevas instalaciones. M. Juran en 1993 supuso que la calidad es el conjunto de características que satisfacen las necesidades de los clientes, además según Juran, esta consiste en no tener deficiencias (3). La calidad entendida desde varios ámbitos implica buenos resultados que favorece a quienes brindan y/o reciben los diferentes servicios.

El campo de la salud no es ajeno a la importancia que tiene la calidad en el bienestar de las personas y por ende en la prestación de los diferentes servicios médicos, por lo que organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985 definió que la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso (3). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) refiere que la calidad de los servicios de salud consiste en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo a la equidad y al bienestar, sin dejar a nadie atrás, con niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos esenciales de su definición (4).

En Colombia se ha tratado de implementar las políticas internacionales que brindan directrices sobre la calidad de la atención en salud, mediante la elaboración de diferentes

normas que han estado a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), como lo es la Ley 100/1993 en donde se creó el Sistema de Seguridad Social Integral y se reconoció la calidad como un aspecto fundamental en la atención de los usuarios (5). Con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios de salud, el MSPS creó el Decreto 1011 de 2006 donde establece el SOGCS, el cual está integrado por el SUH, el PAMEC, SUA y el Sistema de Información para la Calidad en Salud (1).

Luego de la ley 100 de 1993, se realizaron reformas como lo fue la Ley 1122 de 2007, la cual es el resultado de un proceso político que se agudizó desde el 2003, en parte por la celebración de los primeros diez años de la Ley 100 de 1993, y también como una respuesta a las inconformidades que diferentes sectores manifestaban acerca del desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en particular sobre temas como cobertura, acceso, calidad de los servicios, flujo de recursos, futuro de las entidades públicas y mecanismos de contratación entre administradores y prestadores. Los principales cambios que se dieron fueron: cambios a nivel institucional, cambios en el financiamiento a la salud, en aseguramiento y acceso. Se le apostó a la calidad y a la vigilancia en la prestación de servicios y en el cumplimiento de derechos tanto por parte de los prestadores como administradores de servicios de salud (6).

Más adelante se creó la Ley 1438 de 2011 que tenía como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS) (7). Sin embargo, el Ministerio de Salud observó que el modelo de atención se centraba más en los actores que en las personas, no era resolutivo, no prevalecían los derechos, era desigual, desarticulado, fragmentado y con enfoque de enfermedad, lo que ocasionó un alto costo y riesgos para la sostenibilidad del sistema de salud. Debido a esto, en el año 2015, el Gobierno promulgó la Ley Estatutaria de Salud 1751, en donde ratifica que la salud es un derecho fundamental, estas reformas buscaron solucionar los problemas de la atención relacionados con la calidad, oportunidad y el acceso a los servicios de salud (8).

Como respuesta a la ley estatutaria principalmente en lo relacionado a la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación

intersectorial y la atención en zonas marginadas, el MSPS con la Resolución 0429 de 2016, expidió la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), con el fin de garantizar el acceso a la salud y generar mejores condiciones de la salud en la población (9), esta fue modificada mediante la Resolución 2626 de 2019, adoptando el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), que se fundamenta en la APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones (10).

Colombia también cuenta con otras políticas nacionales como lo son el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), ambas se crearon con base en la normatividad vigente que rige el territorio nacional. El PDSP 2012-2021 es la ruta trazada para 10 años, por los ciudadanos, ciudadanas, expertos y el gobierno nacional, para converger el desarrollo social, económico y humano de nuestro país, en respuesta a la Ley 1438 de 2011. Este plan decenal es la carta de navegación que plantea líneas de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública, donde se reconoce que el derecho a la salud es inherente a la persona, es irrevocable, inalienable e irrenunciable, es igualitario y universal para todos los seres humanos, es atemporal e independiente de todos los contexto sociales e históricos (11).

Por otro lado, el PND establecido para el año 2018 a 2022, propone un pacto por construir una visión a largo plazo del sistema de salud, centrada en la atención de calidad del paciente, con cobertura universal sostenible financieramente y con acciones de salud pública sostenibles con los cambios sociales, demográficos y epidemiológicos del país (12). También imparte las políticas para que todos los actores corresponsables del sistema de salud, garanticen efectiva y equitativamente los servicios, con todos los componentes que definen la calidad de la atención (12).

Sin importar las diferentes políticas y programas expedidos hasta la fecha de hoy en Colombia, se evidencia que la calidad aún sigue siendo un tema inacabado que continúa siendo motivo de estudio. Desde la academia y otro sectores preocupados por el tema de la calidad, han realizado diferentes investigaciones y publicaciones con diversos resultados y propuestas con miras a lograr una mejor calidad en la prestación de los

servicios de salud, pero esta información aún no se ha resumido en un solo texto que dé cuenta de manera sintética sobre los temas investigados y aquellos de mayor preocupación desde los diferentes actores, por lo tanto es necesario identificar que se ha escrito sobre calidad y en este sentido se plantea la realización de una monografía, que dé respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los diferentes contenidos, preocupaciones, problemas y posibles soluciones que los autores han investigado sobre la calidad en salud en los últimos 10 años en Colombia?

4. Objetivos

4.1 Objetivos General.

Caracterizar los principales contenidos investigados y relacionados con la calidad de la atención de los servicios de salud en Colombia y publicados en el periodo 2010 - 2020.

4.2 Objetivos Específicos.

1. Caracterizar los tipos de contenidos encontrados según base de datos consultada.
2. Describir los tópicos investigados sobre la calidad de los servicios de salud en Colombia desde las diferentes perspectivas teóricas de la calidad.
3. Identificar los contenidos teóricos tratados en la categoría de calidad investigada y más relevante.

5. Problema de investigación

¿Cuáles son los diferentes contenidos, preocupaciones, problemas y posibles soluciones que los autores han investigado sobre la calidad en salud en los últimos 10 años en Colombia?

6. Justificación

Calidad, una palabra que abarca diferentes conceptos y aspectos, desde el componente de la salud se vincula con el disfrute de la vida, tan importante que cuenta con normas que regulan su implementación en el sistema de salud Colombiano, como lo es por ejemplo el Decreto 1011 de 2006 donde se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene como principal interés generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud del país. Este sistema ha requerido grandes cambios e intervenciones a lo largo de tiempo, en busca de que todos los ciudadanos puedan hacer valer su derecho fundamental a la salud con servicios de calidad, equitativos y oportunos.

Según el Ministerio de Salud, se entiende por Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios (13). Los atributos de calidad de dicha atención contemplan la accesibilidad a los servicios, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y satisfacción del usuario (13). Es imposible negar que en la actualidad se presentan un sin número de situaciones que afectan la prestación de los servicios de salud y por ende el ideal de equidad y universalidad en salud no se cumple. A pesar de contar con los soportes teóricos, normativos y la relevancia que tiene la calidad en el campo de la salud, se continúa evidenciándose falencias del sistema que no permite el goce efectivo del derecho fundamental a salud.

En la actualidad no se cuenta con un documento que recopile que se ha escrito sobre la calidad de la salud en los últimos 10 años en Colombia, por lo anterior se ve la necesidad de recopilar esta información, que permita profundizar en el tema y dar a conocer como es la calidad de los servicios de salud en Colombia, esto contribuye a que el desempeño de los auditores esté fundamentado en el conocimiento de la evolución del contexto a la vez que se enfocan en buscar el mejoramiento continuo de las diferentes instituciones que conforman el sector salud.

7. Marco teórico

Una de las estrategias utilizadas para disminuir la inequidad en las sociedades contemporáneas ha sido la realización de reformas tendientes a mejorar la calidad de los servicios de salud. El concepto de calidad proviene del latín *qualitis*, definido como un conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, superioridad (14).

A continuación, se presentan diferentes perspectivas y definiciones de calidad según lo investigado por diferentes autores quienes han sido reconocidos mundialmente por sus aportes académicos realizados en este campo, entre los que se encuentran Kaoru Ishikawa quien en 1986 define el control de calidad como: desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el útil y siempre satisfactorio para el consumidor; su enfoque básico era controlar la calidad en todas sus manifestaciones entendiéndose como el valor percibido por el cliente respecto a las características técnicas, costo y funcionalidad del producto o servicio recibido (15).

William Edwards Deming, el padre de la calidad japonesa, se dio a conocer por llevar a Japón el ciclo PHVA: Planificar (establecer objetivos y procesos para obtener resultados según requisitos del cliente y políticas organizacionales), Hacer (Implementar sus procesos), Verificar (Seguimiento a procesos, productos respecto a políticas, objetivos y requisitos) y Actuar (tomar acciones para mejorar continuamente), conocido como Círculo de Deming o también denominado espiral de mejora continua; esta es una estrategia de la calidad que se desarrolla en cuatro pasos, muy utilizada en los sistemas de gestión de calidad (16). Por consiguiente, pese a que el control de calidad se inició con la idea de hacer hincapié en la inspección, pronto se pasó a la prevención como forma de controlar los factores del proceso que ocasionaban productos defectuosos. Posteriormente Joseph M. Juran contribuyó a destacar el importante compromiso del área gerencial por el logro de la calidad, modelo que después se adoptó en todo el mundo, su concepto definió la calidad como la aptitud para el uso, satisfaciendo las necesidades del cliente. Entre sus principales aportes se encuentra la trilogía de procesos (17):

- Planeación de la calidad: Es aquel proceso en el que se hacen las preparaciones para cumplir con las metas de calidad y cuyo resultado final es un proceso capaz de lograr las metas de calidad bajo las condiciones de operación.

- Control de la calidad: Es el que permite comparar las metas de calidad con la realización de las operaciones y su resultado final es conducir las operaciones de acuerdo con el plan de calidad.

- Mejora de la calidad: Es la que rompe con los niveles anteriores de rendimiento y desempeño y su resultado final conduce las operaciones a niveles de calidad marcadamente mejores de aquellos que se han planteado para las operaciones (17):

Por la misma línea de Juran se encuentra el autor William Ouchi Ouchi, quien afirmó que la calidad es la esencia de todas las operaciones y se evidencia en los productos, aunque el concepto se aplica también al equipo directivo de la empresa, a sus instalaciones y a su ubicación estratégica (18). Desde el enfoque de la calidad al cliente, el autor Vicente Falconi argumentó que la calidad de un bien se define en torno a varias características que éste posee, es decir, que un producto o servicio es de buena calidad cuando atiende perfectamente, de manera confiable, de manera accesible, de manera segura, y con la programación adecuada a las necesidades del cliente (19).

La calidad ha tenido amplias definiciones desde diferentes tópicos como el enfoque al cliente, los productos y procesos, pasando a ser entendida desde la inspección, prevención y control, con el objetivo de mejorar los procesos y dar cumplimiento a los diferentes requerimientos. Las anteriores definiciones de cómo ha evolucionado la calidad se han abordado desde el campo industrial. A continuación, se exponen los conceptos de la calidad con enfoque en la salud y cómo estos han sido la directriz para su aplicación a nivel mundial y nacional.

En el contexto de la salud se encuentra Lift y Hunt que definen la calidad como el grado mediante el cual los procesos de atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos (20). El médico y profesor Donabedian, definió la calidad en salud, limitándola a la perspectiva de la atención médica y recomendó que debería de medirse en tres áreas: estructura (en la que se encuentran

las características de las instalaciones y el personal que atiende a los pacientes), proceso (método de entrega) y resultados (de las intervenciones). Esta propuesta tiene el objetivo de obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes (21).

Probablemente, una de las definiciones más clásicas sobre lo que representa la calidad en la atención médica fue propuesta por Lee y Jones quienes la refieren como el conjunto de juicios de valor aplicados a diversos aspectos, propiedades, ingredientes o dimensiones del proceso llamado atención médica (22). Definir la calidad de la atención médica requiere conocer cuántos pacientes se benefician de los servicios de salud, esto se debe a que la calidad se mide por factores como los resultados de diagnósticos específicos y procedimientos terapéuticos, satisfacción del paciente y sensación de bienestar social (23).

Para el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, la calidad de la asistencia médica es el grado en que los servicios de salud incrementan la posibilidad de que los individuos y las poblaciones alcancen resultados deseados en salud y que corresponden a su vez con el nivel actual de los conocimientos profesionales (24). El organismo internacional de normalización ISO, en su norma 8402 (fue sustituida en el año 2000 por la norma ISO 9000), ha definido a la calidad como la totalidad de características de una entidad que le confiere capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas. La calidad es un derecho que debe ser garantizado, por lo tanto, la garantía de la calidad es imperativa en los sistemas de salud y, de manera concreta, en las organizaciones que los conforman (23).

Tener una sola definición de calidad en salud no es fácil, ya que depende del contexto en que se aplique. Por este motivo los diferentes organismos y entidades a nivel internacional y nacional que buscan mejorar la atención en salud de la población, se han visto en la necesidad de crear y establecer políticas que disminuyan o eliminen los errores en la atención médica a la vez que se brinda un excelente servicio.

7.1 Calidad en salud según entes internacionales:

En 1978 en Alma-Ata se celebró la Conferencia Internacional sobre APS y se estableció la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, del personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover el derecho a la salud. En búsqueda de acortar la brecha generada por la desigualdad se definió la APS como: "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación" (25). La APS forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud de los que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad, para garantizar su aplicación a nivel mundial se requirió el apoyo de los organismos internacionales y su compromiso de promover la APS (25). Esta directriz buscaba llegar a todas las poblaciones disminuyendo la desigualdad existente en el acceso a la salud y mejorar la calidad de vida.

Otro organismo internacional como la OMS en 1985 comenzó a centrar su atención en la prestación de servicios de salud con calidad, y definió que la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso (3).

Reconociéndose la importancia y el impacto que tiene la salud en la población, la Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó la definición de la salud de la OMS, que concibe la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades". En el año 2000 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) en la

observación general 14, incorpora los siguientes elementos esenciales e interrelacionados a la definición de salud (26):

- Disponibilidad
- Accesibilidad
- Aceptabilidad
- Calidad

Con esta definición se realizó un mayor énfasis para que los establecimientos, bienes y servicios de salud se suministraran con calidad incluyendo un personal médico capacitado, medicamentos y equipos hospitalarios científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas (26).

Con el paso del tiempo se identificaron nuevos desafíos en la salud, debilidades en los enfoques de la APS de 1978, el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que podían incorporarse para incrementar la efectividad de la APS, el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud y, por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades, se vio necesario la renovación de la APS en el año 2003 (27). La APS renovada se enfoca en los sistemas de salud en general, tanto en el sector público, privado y las organizaciones sin ánimo de lucro, aplicable a todos los países. Además, distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad e incorpora principios nuevos, como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad. En esta nueva definición se echa a un lado la idea de que la APS es un conjunto de servicios de salud y se privilegia la idea de que estos deben ser congruentes con las necesidades en salud de cada población (27).

Para el año 2014 Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al revisar los antecedentes y trayectoria de la salud se identificó la necesidad de fortalecer los servicios sanitarios y aprobaron la estrategia para el acceso y la cobertura universal a la salud, definiendo la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud como la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades, con

niveles óptimos de seguridad, efectividad, oportunidad, eficiencia y acceso equitativo como atributos esenciales de su definición (4). Los problemas en la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud afectan a las personas, las familias y las comunidades, y constituyen barreras de acceso a servicios integrales de salud, en especial para las poblaciones en situación de vulnerabilidad. La OPS en su informe del panorama regional y perfiles del país reporta que entre el 2013 y el 2014 se podrían haber evitado más de 1,2 millones de muertes en la región de las Américas si los sistemas de salud hubieran ofrecido servicios accesibles, oportunos y de calidad (28).

Se tienen también cifras de un estudio realizado en 58 hospitales de cinco países de la región de las Américas, el cual evidencia que un 10% de los pacientes había sufrido un evento adverso producto de los cuidados en las 24 horas previas a la revisión (29). Otra investigación realizada sobre la experiencia y la confianza de las personas, las familias y las comunidades en los servicios de salud, evidencia altos niveles de insatisfacción, además establece que un 30% de la población de la región no tiene acceso a servicios de salud preventivos y de tratamiento; entre quienes logran acceder, solo el 39% consideró que la calidad de la atención era buena. Estos datos dan cuenta de que siendo la salud un derecho fundamental que se protege a nivel mundial, aún hay inequidad en el acceso a este (30).

7.2 ¿Qué ha hecho Colombia para lograr la calidad?

En Colombia el derecho a la salud se constitucionalizó de forma expresa en los artículos 44 y 49 de nuestra actual Constitución Política como un derecho inherente a la persona. De manera más clara y amplia, el artículo 49 ilustra los diferentes aspectos desde los cuales se puede asegurar la atención en salud de los colombianos.

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. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También,

establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (31).

Para dar cumplimiento a las directrices, pactos y normatividades mencionadas anteriormente sobre la calidad en salud, Colombia se dio origen a la creación de la ley 100 en 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se reconoce la calidad como un aspecto fundamental en la atención. En el artículo 227 se habla sobre el control y evaluación de la calidad del servicio de salud, y dice que es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud (EPS), con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios (5).

En el año 2006 el Ministerio de Salud expide el Decreto 1011, donde se establece el SOGCS del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se entendió por SOGCS el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país, sus características son (1):

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (1).
- **Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación

con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios (1).

- Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias 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 (1).
- Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales (1).
- Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (1).

El SOGCS está integrado por cuatro componentes:

- Sistema Único de Habilitación (SUH): Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema. Es de obligatorio cumplimiento para los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). El SUH busca que los prestadores de servicios de salud habilitados cumplan con los requisitos mínimos para atender a los usuarios con calidad y seguridad (32).
- Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud (PAMEC): Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada sobre la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios (33).

- Sistema Único de Acreditación (SUA): Reúne el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Su principal objetivo es garantizar la atención de alta calidad, segura y pertinente a todos los colombianos, pero también es para las instituciones del sector salud un instrumento que contribuye a la mejora continua de la calidad (34).
- Sistema de Información para la Calidad en Salud: se estableció con la Resolución 1446 de 2006, la cual define el Sistema de Información para la Calidad y los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (35).

A pesar de la normatividad establecida para Colombia, se continuó con el incumplimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en algunos campos como acceso, cobertura, seguridad y calidad de los servicios, entre otros. Con el objetivo de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios se dieron reformas al sistema de salud como la Ley 1122 de 2007, la cual tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud (6). Esta ley no hizo una reforma al esquema de aseguramiento, sino que intentó ampliar las reglas de esta función

para el régimen subsidiado, así como una nueva meta de cobertura para los estratos 1, 2 y 3 (36).

Aun teniendo varias directrices internacionales, políticas nacionales y el trabajo articulado de diferentes actores sociales que se interesaban por brindar una salud con calidad, equidad, oportunidad y libre de barreras de acceso a los servicios, no se pudo garantizar un adecuado cumplimiento de lo planteado por lo que se requirió la intervención de la Corte Constitucional Colombiana por medio de la Sentencia T-760 de 2008.

En el año 2008 en medio de un crecimiento desbordado de tutelas con reclamaciones por la salud, la Corte Constitucional profirió la Sentencia T-760 en donde adelantó un estudio basado en la revisión de 22 acciones de tutela, 20 de ellas interpuestas por ciudadanos que consideraron vulnerado el derecho a la salud, y dos por Sanitas, una Empresa Promotora de Salud (EPS) que pedía claridad del Ministerio de la Protección Social, respecto al cobro de prestaciones no incluidas en el plan obligatorio de salud (POS) (37). La Corte no se limitó a revisar y resolver las causas individuales, sino que también concluyó que, en vez de tratarse simplemente de problemas aislados y específicos de ciertos usuarios del sistema de salud, los 22 casos representaban violaciones recurrentes provocadas por problemas estructurales que impedían el acceso y el goce efectivo del derecho a la salud, lo cual parecía generado principalmente por fallas de regulación. Por ello, la Corte dispuso una serie de reparaciones estructurales (37).

Ante la problemática examinada la Corte otorgó a la salud el estatus de derecho fundamental autónomo, e impartió órdenes a varias autoridades para garantizar este derecho y resolver las dificultades del sistema frente al acceso, oportunidad, eficacia y calidad (37). Un elemento central de lo dispuesto por la Corte es la actualización, aclaración y unificación de los planes de cobertura de salud (Conocido como Plan Obligatorio de Salud o POS) para así no atentar con el derecho fundamental a la igualdad. Asimismo, la Corte ordenó que se acelerara la asignación recursos al sistema, y que se mejorara la evaluación y supervisión de las empresas privadas que proveen servicios de salud (36, 37).

Otra de las modificaciones a la Ley 100 fue en el año 2011 con la ley 1438, la cual tuvo como objetivo el fortalecimiento del SGSSS con la implementación de la estrategia APS para el mejoramiento de los servicios con mayor calidad, incluyentes y equitativos, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes del país. En esta ley también se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para toda la población, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera (7).

Por otro lado, en el sector público colombiano en el año 2009, se vio la necesidad de aplicar un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), esto en vista de que la calidad en salud era un concepto que adquiere cada vez más importancia en el área de la salud para la mejora de los servicios y la satisfacción de los usuarios, es así que se comienza a implementar la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública (NTCGP 1000:2009) que permite a las entidades del Estado evaluar y dirigir el desempeño institucional en términos de calidad y de satisfacción social, de manera sistemática y transparente (38).

Esta norma especifica los requisitos para la implementación de un SGC aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Su propósito principal es promover que las entidades puedan mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes (38). La orientación de esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, el cual consiste en determinar y gestionar, de manera eficaz, una serie de actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que forman parte de un sistema conformado por procesos, así como sobre su combinación e interacción. Este enfoque permite mejorar la satisfacción de los clientes y el desempeño de las entidades, circunstancia que debe ser la principal motivación para la implementación de un SGC (38).

Dentro de la compatibilidad del SGC con otros sistemas de gestión, se encuentran tres herramientas que orientan la gestión pública de las entidades:

- El Sistema de Desarrollo Administrativo: Se centra en la planeación de la gestión estatal del orden nacional.
- El Sistema de Control Interno: Orienta a la configuración de estructuras de control a la gestión.
- El Sistema de Gestión de Calidad: Se enfoca en la definición de acciones para mejorar el desempeño de las entidades.

El Sistema de Gestión de la Calidad promueve la transparencia y la comunicación con el cliente, garantizando el fácil acceso a la información, que busca facilitar las relaciones de los particulares con la Administración Pública (38).

Como se ha observado en páginas anteriores, el sistema de salud en Colombia ha tenido diferentes modificaciones y por esta misma razón se ha visto condicionada por diversas políticas, también han influenciado organizaciones internacionales que en busca de servicios sanitarios con calidad y demás características que contribuyan a una adecuada salud y vida de las poblaciones han impartido directrices que Colombia ha adoptado para su sistema de salud. En el año 2015 Colombia continuó avanzando en el campo de la salud, en donde se dio una tercera modificación al SGSSS, a pesar de que en la sentencia T-760 se estableció la salud como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable a cada persona, pero no se presentó una consagración formal o legal que diera por determinada dicha situación, esta fue la razón por la que se origina la Ley Estatutaria en salud 1751, donde se consagra de manera formal y legal la salud como un derecho fundamental (39). Esta ley adoptó el concepto “determinantes sociales”, con el fin de reducir las desigualdades, además se interesó por establecer la autonomía profesional y crear políticas para la información en salud, políticas públicas, políticas de innovación y políticas farmacéuticas. En su Artículo 6 señala que la calidad e idoneidad profesional son elementos esenciales para asegurar el goce efectivo del derecho a la salud, reconociendo la importancia de centrar los establecimientos, los servicios y las tecnologías en el usuario, a través del fortalecimiento de la formación del personal

asistencial, la investigación científica y generación de procesos de evaluación de la calidad (8).

Como respuesta a la ley estatutaria principalmente en lo relacionado a la accesibilidad, la integralidad de los servicios, la prevención, los determinantes de la salud, la articulación intersectorial y la atención en zonas marginadas, el MSPS con la Resolución 0429 de 2016 expidió la PAIS, centrada en la persona y fundamentada en la APS. El modelo PAIS adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas (8).

La anterior resolución fue modificada mediante la Resolución 2626 de 2019, adoptando el MAITE. Este es el nuevo marco operacional de la PAIS, y constituye el instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades, bajo el liderazgo del departamento o del distrito, que identifica prioridades y establece acciones que se operativizan a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios, con el acompañamiento y facilitación del Ministerio de Salud (10).

El MAITE comprende acciones y herramientas agrupadas en ocho líneas que permiten la organización y el despliegue en los territorios: aseguramiento, salud pública, prestación de servicios de salud, talento humano en salud, financiamiento, enfoque diferencial, intersectorialidad, gobernanza (10). Algunos de los aportes más importantes de estas para la calidad en salud fueron:

- Desde la línea de aseguramiento esta política fortalecer las acciones de monitoreo y seguimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud en el territorio, en especial aquellas dirigidas al acceso y calidad de los servicios de salud y la satisfacción de las expectativas y necesidades de los usuarios (10).

- En la línea de prestación de servicios de salud, el MAITE establece las acciones para garantizar el acceso a los servicios sanitarios que se prestan en el territorio, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los mismos (10).
- La línea de talento humano en salud comprende los aspectos relacionados con la suficiencia, disponibilidad, calidad, eficiencia y dignificación del talento humano que apoya los procesos de atención integral en salud (10).

Con lo anterior se puede evidenciar la preocupación y el constante interés que ha tenido el país por trabajar en una mejora continua por la salud y el cumplimiento de diferentes normatividades que la regulan. Los estándares de calidad de los servicios y procedimientos médicos cada vez son más altos puesto que los usuarios ahora son más exigentes haciendo valer el derecho a la salud el cual va ligado al disfrute de la vida.

Otras de las políticas establecidas en Colombia que buscan dar cumplimiento a la normatividad establecida y brindar lineamientos para la creación de políticas programas y proyectos, son el PDSP y el PND que están orientadas a mejorar el bienestar de la población colombiana, las cuales se abordarán a continuación:

El PDSP 2012-2021 es la ruta trazada para 10 años, por los ciudadanos, ciudadanas, expertos y el gobierno nacional, para converger el desarrollo social, económico y humano de nuestro país, este busca dar respuesta a la Ley 1438 de 2011, en su artículo 6 establece que el Ministerio de la Protección Social elaborará un PDSP a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de APS, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales (11). Este Plan Decenal establece que la salud pública es un compromiso de la sociedad con su ideal de salud, es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación conjunta entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia, permitiendo articular la salud en todas las políticas públicas del desarrollo humano, económico, ambiental y social. El PDSP 2012-2021 imparte las políticas para que todos

los actores corresponsables del sistema de salud garanticen efectiva y equitativamente los servicios con todos los componentes que definen la calidad de la atención, incorporando el enfoque de riesgo en todos sus procesos de atención (11).

El PND 2018-2022: El marco legal que lo rige está consignado dentro de la Ley 152 de 1994, por la cual se estableció la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo. El PND es el documento que sirve de base y provee los lineamientos estratégicos de las políticas públicas formuladas por el presidente de la República a través de su equipo de Gobierno, este es un instrumento formal y legal por medio del cual se trazan los objetivos del Gobierno permitiendo la subsecuente evaluación de su gestión. La entidad encargada de dirigir su proceso de formulación es el Departamento Nacional de Planeación (DNP), es este mismo el que debe aprobar las metodologías para el diseño, el seguimiento y la evaluación de las políticas, los programas y los proyectos contenidos en el PND y las metodologías para la identificación, formulación y evaluación de los proyectos financiados con recursos nacionales. Es así, que el DNP coordina a todas las entidades y organismos públicos para garantizar el debido cumplimiento y ejecución de las políticas, los programas y los proyectos contenidos en el Plan Nacional de Desarrollo (12).

El PND busca que entre todas las personas se construya un pacto por Colombia, un pacto por la equidad, un pacto para construir el país que se quiere, por lo cual el gran objetivo es una Colombia con más bienestar, con menos desigualdad de resultados y con mayor equidad de oportunidades. En su línea B denominada “Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos”, propone un pacto por construir una visión de largo plazo del sistema de salud, centrada en la atención de calidad al paciente, con cobertura universal sostenible financieramente y acciones de salud pública consistentes con el cambio social, demográfico y epidemiológico que enfrenta Colombia (12).

La prestación de servicios de salud enfrenta tres grandes problemáticas según el PND, que son:

- La ausencia de integralidad en las atenciones y la baja capacidad resolutoria en los prestadores primarios, junto con la debilidad en la organización de los servicios.

- El acceso efectivo a los servicios de salud en las zonas aisladas y con población dispersa.
- La prestación de servicios con calidad.

Otro objetivo de gran importancia del PND, es articular todos los agentes del sector salud en torno a la calidad mediante estrategias como robustecer los sistemas de habilitación y acreditación para prestadores y aseguradores, generar incentivos al desempeño para la calidad, eficiencia y el mejoramiento de los resultados en salud, redefinir e implementar una política de prestación de servicios garantizando la calidad y humanización de la atención con énfasis en optimizar la gestión de los hospitales públicos, incentivar herramientas que pongan a disposición información de calidad y desempeño de cara a los usuarios para empoderarlos en la toma de decisiones, incentivar la investigación en salud (12).

Las anteriores políticas reflejan las modificaciones y avances realizados en el sector salud en Colombia, con el fin de brindar directrices a nivel nacional para mejorar la calidad de los servicios de salud como componente primordial al derecho fundamental a la salud de los ciudadanos.

8. Metodología

El presente trabajo monográfico se enmarca en una revisión de estudios publicados desde las diferentes perspectivas teóricas, directrices internacionales y nacionales sobre la calidad en Colombia y la normatividad que la respalda. Para el desarrollo de este trabajo se plantearon 5 etapas:

- Elección y contextualización sobre el tema: Se seleccionó el tema de calidad de la atención de los servicios de salud en Colombia, publicados en el periodo 2010 - 2020 y búsqueda de información sobre calidad a nivel internacional y nacional.
- Estructuración de la monografía: se especificaron los componentes del documento: introducción, planteamiento del problema, justificación, objetivos, metodología, marco teórico.
- Búsqueda de información en las bases de datos: Se realizó búsqueda avanzada de bibliografía en bases de datos como Scielo, Dialnet, Google Académico, Lilacs, Science Direct, para la búsqueda de la información se utilizaron descriptores como: calidad de la atención en salud, calidad percibida en salud, calidad en salud, tiempo de espera en la atención en salud, calidad en asistencia hospitalaria, SOGCS, calidad del servicio, satisfacción del paciente, gestión de la calidad. Además, se tuvo el criterio de inclusión como el año de publicación comprendido entre el 2010 y 2020. Se excluyó documentos no relacionados con el tema de calidad en salud, estudios que fueron realizados en otros países y documentos sin información bibliográfica puesto que no se posibilita una adecuada referenciación.

Los artículos preseleccionados se registraron en un cuadro de búsqueda de Excel, donde se categorizaron de acuerdo a la concordancia a los objetivos a desarrollar, registrando su título, fuente, objetivo, resumen, conclusión, bibliografía y pertinencia; seguidamente se leyó el resumen respectivo y de ser considerado pertinente se realizó la lectura

completa del artículo para desarrollar los objetivos propuestos para la presente monografía.

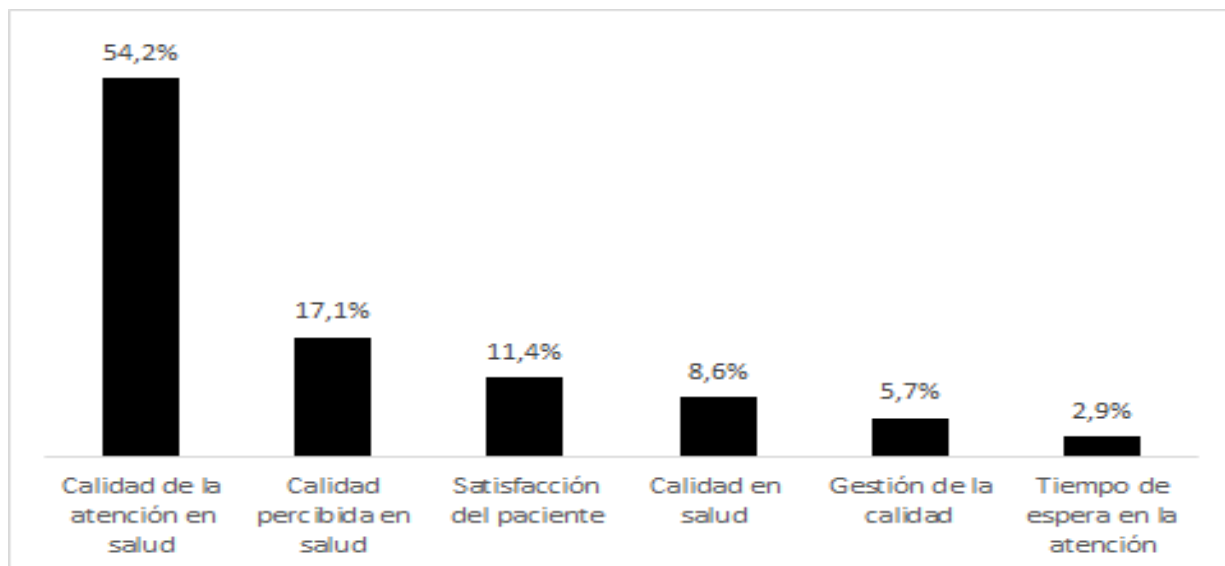
Resultados y conclusiones: Primero se caracterizaron los tipos de contenidos encontrados según base de datos, posterior a esto se realizó la clasificación de los tópicos investigados sobre la calidad de los servicios de salud en Colombia desde diferentes autores, realizándose una clasificación de estos donde se identificó la categoría más investigada y con mayor relevancia.

9. Resultados

A continuación, se presenta la relación de los artículos que fueron encontrados según la metodología utilizada, los temas tratados y el desarrollo de sus contenidos.

Se hallaron 35 artículos con la implementación de diferentes descriptores: el 54,2% de los temas de los artículos revisados correspondían a calidad de la atención en salud, el 17,1% a calidad percibida en salud, el 11,4% a satisfacción del paciente, el 8,6% a calidad en salud, el 5,7% a gestión de la calidad y el 2,9% a tiempo de espera en la atención. Figura 1.

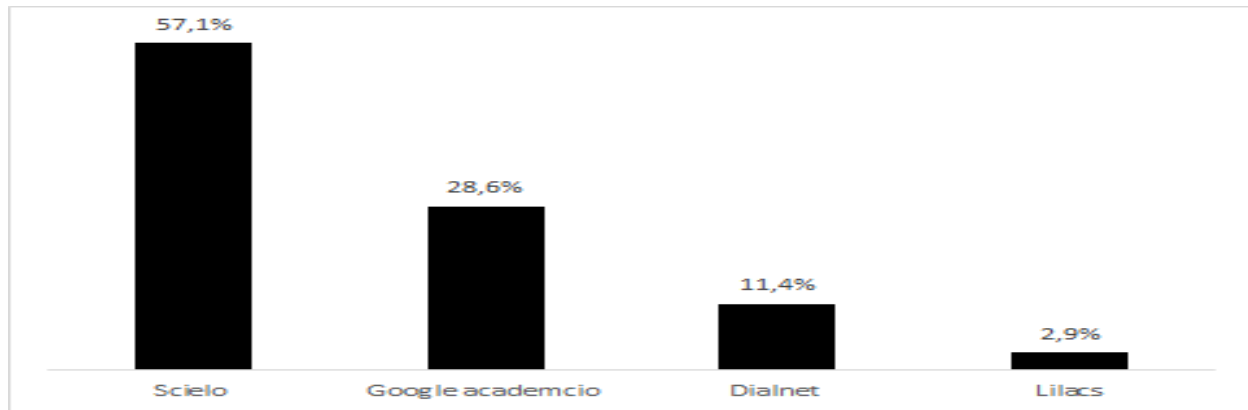
Figura 1. Clasificación de los artículos publicados en Colombia entre los años 2010 y 2020 según descriptor.



Fuente: Cálculos propios

De los 35 artículos, el 57,1% [20] se encontraron en Scielo, el 28,6% [10] en Google Académico, el 11,4% [4] en Dialnet y el 2,9% [1] en Lilacs. Figura 2.

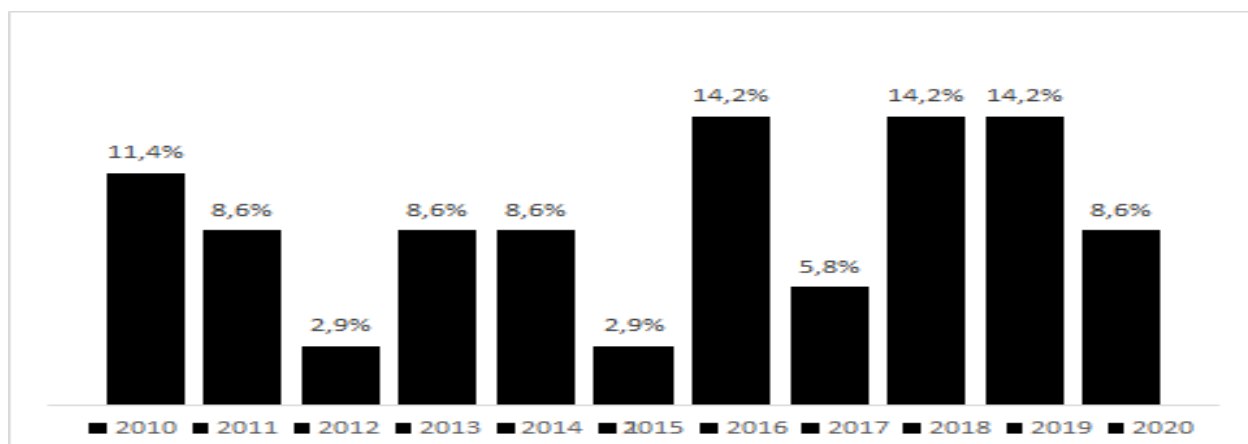
Figura 2. Clasificación de los artículos publicados en Colombia entre los años 2010 y 2020 según bases de datos utilizadas.



Fuente: Cálculos propios

De los 35 artículos se observaron cuatro grupos de años: con mayor publicación con el 14,2% [5] 2016, 2018 y 2019, seguido del 11,4% [4] para el año 2010, luego el 8,6% [3] en 2011, 2013, 2014 y 2020, en menos proporción en 2017 con 5,7% [2], y el mínimo porcentaje en el 2012 y 2015 con 2,9% [1]. Figura 3.

Figura 3. Distribución porcentual de los artículos publicados sobre la Calidad en Salud. Colombia 20010-2020.



Fuente: Cálculos propios

Se recogen los resultados de varias investigaciones resaltando las causantes de no calidad, las consecuencias y propuestas para mejorar la calidad en los servicios de salud.

Estos resultados son enmarcados en los principios del SOGC como son la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad, la continuidad y pertinencia. Igualmente se realiza desde la visión de Donabedian respecto a la clasificación de los momentos de la calidad, en estructura, proceso y resultado, seguida de la satisfacción de los usuarios desde el enfoque de Lift Hunt la OMS y la OPS.

9.1 Causas de la ausencia de calidad en los servicios de salud.

9.1.1 Desde el SOGCS:

La calidad de los servicios de salud se encuentra mediada por barreras que afectan los atributos de calidad definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) tales como la accesibilidad, la oportunidad, seguridad, la pertinencia y continuidad. Estas barreras están relacionadas con el acceso geográfico, económico, cultural, administrativo y político. A continuación, se detalla cada uno de estas barreras.

9.1.1.1 Acceso:

Se entiende por este atributo, la posibilidad que tienen los usuarios a utilizar los servicios de salud que por norma les está garantizado según el SGSSS, sobre este atributo se encontraron barreras relacionados con el tema socioeconómico, geográfico y administrativo (1). A continuación, se desarrolla cada una de ellas:

- **Barreras socioeconómicas:** Estas barreras están compuestas por las experiencias que han tenido con anterioridad los usuarios y/o las expectativas que ellos mismos crean o son generadas por las instituciones de salud (40). A esta idea se le suma lo propuesto por Uribe P et al., y Hernández et al., quienes refieren que las barreras personales se ven condicionadas por el nivel adquisitivo de los usuarios; la falta de dinero (41, 42, 43) que aumenta la posibilidad de no tener una atención en salud con calidad (40). En algunos casos las carencias económicas obedecen a un bajo estrato socioeconómico, que a pesar de contar con afiliación al SGSSS están condicionados por la

tenencia de dinero y la pobreza, es decir, los más pobres son los que menos servicios reciben y los que menos oportunidad tienen de acceder a los mismos. (44). y, en otros, responde al hecho de que las necesidades económicas – derivadas de la enfermedad – superan la capacidad adquisitiva del núcleo familiar. Esto último, ocasiona variaciones en el presupuesto familiar, representando un aumento de gastos con respecto al costo por concepto de traslado a actividades propias de diagnóstico, tratamiento, hospedaje y alimentación; hechos que aumentan las probabilidades de no asistencia periódica o, más gravemente, el abandono de tratamientos (41), estos sucesos afectan el tiempo de sobrevivencia de los pacientes, principalmente de aquellos con menores recursos económicos, puesto que éste conjunto de sobrecostos conlleva a una afectación directa del bolsillo (41,45).

- **Barreras geográficas:** Este tipo de barreras condicionan el acceso a los servicios de salud, entre sus causas se encuentra que la diferencia entre el sitio de residencia de los usuarios en comparación con la ubicación de la institución de salud que se requiera afecta la calidad de los servicios (40), pues en varios casos deben realizar múltiples desplazamientos para obtener citas de consulta médica general o especializada ocasionando una atención tardía (42,46).
- **Barreras administrativas:** Los usuarios, se enfrentan a limitaciones desde el ingreso a los servicios de salud y por consiguiente a la búsqueda de la atención, esto, dado por las fallas de comunicación entre EPS e IPS. La inexistencia de contratos entre estos hace recurrente las remisiones a IPS sin convenio con la EPS, o insuficiencias en la disponibilidad de la red pública de servicios, ocasionando dificultades para acceder a los estos (42,43). Lopera Betancur, Martha Adiel et al., adicionan otras limitaciones como los requerimientos legales que tienen los usuarios en la admisión, seguida por el déficit para recibir información, lo que ocasiona que algunos usuarios sientan su tránsito por el sistema sanitario como una continua carrera de obstáculos, llena de trabas y dificultades (47), al igual que Rodríguez Barrero, M. S. et al., consideran que el

SGSSS presentan fallas que generan dificultades, congestión y restricciones para lograr que los usuarios accedan a los servicios (48).

Bran Piedrahita Lemy et al., y Peña Montoya María Eugenia et al., refieren que los usuarios del sistema de salud deben de realizar innumerables filas para acceder a una cita o para reclamar los medicamentos, por lo que, en ocasiones, los usuarios optan por no acceder a los servicios de salud (45,49).

9.1.1.2 Oportunidad

Un adecuado servicio de salud debe brindar a los usuarios la posibilidad de obtener los servicios médicos requeridos sin retrasos que afecten el estado de salud o la vida, es decir, que se cubra la demanda de los servicios cuando estos sean solicitados. Sobre este atributo se encontraron las siguientes barreras relacionados con el tema administrativo (1):

- **Barreras administrativas:** El servicio oportuno se ve afectado por barreras de tipo institucional. Una situación bastante recurrente es la dificultad que el usuario posee para la obtención de una cita, ya que no contestan los teléfonos para dicha solicitud o en los servicios donde se reparten fichos para la atención, estos no alcanzan para toda la población (50). El tiempo es un limitante frecuente para los usuarios de los servicios de salud, y el que destinan las instituciones para resolver los problemas de los usuarios no es acorde con sus necesidades, pues las solicitudes realizadas los días festivos, en horario nocturno, semana santa, festividades de fin de año o primeros días de enero, hacen aún más difícil la obtención del servicio (40, 48, 49, 51).

Echeverry y Múniera, expresaron que los servicios de salud han incrementado, pero lo contrario ha sucedido con el acceso a estos, ya que no se cuenta siempre con disponibilidad de medicamentos para quienes los necesitan, y las citas no son asignadas a tiempo, lo que dificulta el acceso a especialistas y la programación de cirugías (43,48). Sin embargo, lo que se consideró la mayor dificultad para acceder a la atención en salud, son los trámites que las IPS deben hacer para comprobar el derecho que tienen los

usuarios al servicio que se les ofrece. Estos trámites implican filas, fotocopias, confusiones en la información y sobrecostos que el usuario debe asumir (40).

Las limitantes institucionales, administrativas y económicas, impactan la oportunidad de los diagnósticos y los tratamientos necesarios para sus condiciones particulares de salud, dado que la provisión de éstos es discontinua e incompleta, circunstancias que llevan al usuario a incurrir en gastos adicionales que deberían ser cubiertos por el sistema, o en el peor de los casos, abandonar sus procesos por la imposibilidad de hacer frente a los costos asociados (45).

9.1.1.3 Seguridad

La seguridad del paciente es otro factor que está vinculado con el SOGCS que busca minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (1), es por esto que las altas direcciones de las instituciones de salud están adquiriendo cada vez más responsabilidad y compromisos frente a la seguridad del paciente (52). Sobre este atributo se encontraron las siguientes barreras relacionados con el tema administrativo.

- **Barreras administrativas:** Entre las causas de inseguridad en la prestación de los servicios, se encontró principalmente, la dificultad que tienen los usuarios para comprender lo que el médico les dice, esto incrementa la posibilidad de complicarse (53). Al respecto González et al plantaron que el paciente entienda la información suministrada, es clave para la toma de decisiones y, con ello, es posible acercarse más a la calidad a través de la autonomía de los pacientes (53). Para Martínez J., la seguridad del paciente es una prioridad en la prestación de los servicios de salud que determina riesgos, y el sistema de salud aún no cuenta con la capacidad de garantizar la erradicación de eventos adversos por la actuación limitada del talento humano (52).

9.1.1.4 Pertinencia

Se da cumplimiento a éste atributo cuando los usuarios gozan de los servicios que requieren, y adicional a esto, son servicios seguros basados en evidencia científica, haciendo que los posibles sus efectos secundarios sean menores que los beneficios potenciales (1). Sobre este atributo se encontraron las siguientes barreras relacionados con el tema administrativo.

- **Barreras administrativas:** Los errores en la comunicación entre el personal de salud y los usuarios, genera en ellos una sensación de no recibir atención con calidad (54). La premura en la atención del personal médico en el espacio de la cita, otorga una insatisfacción al usuario, dando cabida a una sensación de no escucha por parte del personal médico que atiende, presentándose también quejas acerca de no ser examinados detalladamente y displicencia u omisión al momento de ordenar los exámenes médicos necesarios para un buen diagnóstico (54).

9.1.1.5 Continuidad

La continuidad en la prestación de servicios de salud se da cuando los usuarios reciben las atenciones en salud requeridas para su diagnóstico, cuando acceden a atenciones médicas mediante una secuencia lógica y basada en evidencia científica que minimice los riesgos en salud (1). Sobre este atributo se encontraron las siguientes barreras relacionados con el tema económico, administrativo y geográfico.

- **Barreras económicas:** En algunos casos las carencias económicas obedecen a un bajo estrato socioeconómico y en otros responde al hecho de que las necesidades económicas, derivadas de la enfermedad, superan la capacidad adquisitiva del núcleo familiar (55). La situación descrita origina variaciones en el presupuesto familiar, a causa del aumento en los pagos del transporte, necesario para los traslados a las actividades de diagnóstico y tratamiento; el hospedaje y la alimentación, lo que puede conducir al abandono del tratamiento (41), esta situación también es presentada en la población desplazada, que en comparación de la no desplazada tienen una menor continuidad de los servicios en salud (55).

- **Barreras administrativas:** Los trámites generados en los procesos de atención son uno de los principales factores que afectan la calidad, como en el caso de las remisiones, donde el tiempo entre la emisión de esta y su cumplimiento es extensa, debido a trámites excesivos para la aprobación de procedimientos y medicamentos (41, 54). Otra barrera es la remisión a otro especialista, donde se dificulta obtener esa nueva cita porque no hay agenda o porque o nuevamente debe ser valorado por médico (42). En muchos casos para lograr esta aprobación, los pacientes han realizado filas desde tempranas horas del día para la entrega de documentos que en ocasiones no fueron proporcionados por las IPS al momento de referirlos, razón por la cual tuvieron que regresar a los centros de atención primaria e iniciar el trámite nuevamente (54).

Yépez Chamorro María Clara et al., añaden a esta clase de barreras, la alta rotación de los profesionales, por lo tanto, genera que los usuarios sean atendidos por diferente profesional, situación que implica suspender los tratamientos iniciados y acoger nuevas orientaciones. Esta situación imposibilita realizar un seguimiento a su tratamiento y proceso de evolución (56). Otro factor que afecta la continuidad en la atención, son los altos tiempos de estancia en los servicios, situación que pone en riesgo su bienestar e incluso la vida de los pacientes (57).

- **Barreras geográficas:** En los municipios más alejados de las urbes principales, donde la disponibilidad de medicamentos es limitada, implica nuevos desplazamientos por parte de los usuarios, esto en ocasiones lleva a que desistan de sus tratamientos y no se de una continuidad de los servicios requeridos (45).

Los anteriores atributos abordados de la calidad, también se ven afectados por barreras políticas que se describen a continuación.

- **Barreras políticas:** Los servicios de salud en América Latina están regidos por políticas nacionales e internacionales, que buscan generar calidad de vida en los ciudadanos, sin distinción de sus características demográficas, sociales o económicas, pero el panorama se torna contradictorio, ya que las diferentes

reformas estructurales han propiciado una serie de inequidades, con respuestas tardías por parte de los gobiernos para subsanar la deuda social, lo que se ha reflejado en aspectos como la reestructuración de los sistemas sanitarios (45). Para González Hernández Y Quiñones M y Jiménez WG, en Colombia no se está teniendo en cuenta la normativa vigente en la prestación de los servicios de salud (58). En este mismo sentido, para Almeida el sistema de seguridad social colombiano en salud, no cumple con las características de equidad y seguridad de atención al usuario; ya que las preferencias siempre serán por uno de los regímenes y la contratación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se encaminan de forma clara al régimen que mejor les cumpla sus características de contratación] (59). Al presentarse dispersión de las normas no se da una adecuada continuidad e implementación de lineamientos que rigen el sistema de salud colombiano, esto por ejemplo, se evidencia cuando el Estado asigna recursos financieros para la salud; y estos son distribuidos en todos los distritos, municipios y departamentos, y durante el proceso de distribución se pierden los recursos y las personas encargadas no invierten el dinero en lo que deberían, sino que lo usan para beneficio propio (60). Según Herazo B., se puede implantar el más avanzado y maravilloso sistema de salud o crearse las entidades que deseen, pero si en ellas impera la corrupción, no habrá ninguna posibilidad para que se genere salud (61).

9.1.2 Desde Donabedian:

Los resultados a continuación son las causas de no calidad desde el enfoque de Donabedian, quien define que la calidad está limitada a la perspectiva de la atención médica y recomendó que debería de medirse según tres áreas: estructura, proceso y resultados

9.1.2.1 Dimensión de estructura:

- **Calidad del personal de salud:** Los estudios recolectados que hablaron sobre la dimensión de estructura, se refirieron en mayor medida al personal del área de la salud, como se muestra a continuación:

El conocimiento que poseen quienes están inmersos de forma directa e indirecta en la prestación de los servicios de salud se constituye en la piedra angular para la garantía de la calidad en salud (62), varios estudios evaluaron el conocimiento que tienen los profesionales del área de la salud sobre el sistema de salud colombiano y las normas que lo rigen, los resultados demostraron que el personal tenía desconocimiento o conocimiento aceptable sobre lo dispuesto en el Decreto 1011 del 2006 (58, 62). No solo se han evaluado los conocimientos del personal, también se ha escrito sobre su calidez humano y el trato que tiene con los pacientes; Anacona et al., indicaron que la falta de continuidad en la formación humanística de los prestadores de los servicios de salud hace que no se vea reflejada la calidad en atención a los usuarios (44). También se evidenció que el personal médico no escucha con atención lo que les informan los pacientes, no examinan a las personas detalladamente y no envían los exámenes médicos requeridos para un buen diagnóstico.

Para autores como Mayorga-Mogollón Luis Enrique et al., la medición de la calidad no basta solo con evaluar el proceso, se requiere evaluar también los resultados, puesto que la disponibilidad de insumos e infraestructura no se reflejan necesariamente en la calidad de la atención en salud (63).

- **Sistemas de información:** En algunos servicios de salud los sistemas de información no son compatibles entre los diferentes niveles de complejidad, esto genera que los usuarios deban proporcionar a los especialistas información ya suministrada en el primer nivel de atención (56).

9.1.2.2 Dimensión de proceso.

- **Proceso de comunicación:** La relación que establecen los profesionales asistenciales y los pacientes, incide no sólo en la percepción de la calidad de los servicios, sino además, en su estado de salud/enfermedad (56). Por esta razón la

comunicación entre los actores del sistema y los usuarios se convierte en un eje primordial, a pesar de esto se encuentra que en ocasiones los usuarios no comprenden lo que el médico les explica sobre su enfermedad o el respectivo tratamiento, situación que puede afectar la efectividad de la atención (53).

Múnera Gaviria describe que para los usuarios existen dificultades en la atención brindada por el personal de salud, especialmente en lo que tiene que ver con relaciones cotidianas con los usuarios (40). El personal de salud es considerado más en un interrogador y juez, que en una persona que les brinda alternativas de solución al problema, además, el lenguaje que utilizan es demasiado técnico, la información es poco clara y confusa. Los pacientes que no comprenden con claridad lo que el médico les informa, incrementan la posibilidad de complicar su cuadro clínico, lo que permite deducir que las estrategias adecuadas para que la información sea clara, oportuna y eficaz con los usuarios, no está siendo utilizada por parte del personal médico (48, 50, 53).

9.1.2.3 Dimensión de resultado.

- **Conocimiento que tiene el usuario sobre el servicio:** los conocimientos que tienen los usuarios sobre los servicios de salud, influyen en la manera en que estos esperan ser atendidos, autores como Lopera Betancur, Martha Adiel et al., evaluaron los servicios de urgencias y evidenciaron que los usuarios desconocen la normatividad, y al considerar su situación como urgente no tienen en cuenta las exigencias del sistema, esto ocasiona dificultades en los usuarios, despierta sentimientos y provoca reacciones frente a las restricciones que no les permite una rápida atención (47).

9.1.3 Desde Lift y Hunt, OMS y OPS:

Otros autores que dieron sus conceptos sobre la calidad en salud fueron Lift y Hunt, y entes internacionales como OMS y OPS, sus teorías hacen énfasis en la satisfacción de los usuarios y la seguridad del mismo.

9.1.3.1 *Satisfacción del usuario*

Satisfacción del usuario es considerada como un indicador robusto de la calidad en la atención e indicador de calidad de los sistemas administrativos y gerenciales de las instituciones (51, 64). Variables como la amabilidad, la idoneidad del personal médico y auxiliar de enfermería presentaron los mejores resultados en las encuestas de satisfacción al cliente que se realizaron en algunas instituciones de salud (65). Los aspectos con menor valoración son el respeto a la intimidad del paciente, el interés del personal de salud por los pacientes y los largos tiempos de espera, además de encontrarse fallas en la comunicación, infraestructura, humanización, todos estos se relacionan con la no satisfacción de los usuarios (48, 63). Almeida manifiesta que los usuarios al momento de recibir la atención de salud no se sintieron seguros del tratamiento a recibir, no fueron tratados con dignidad ni humanidad, el personal médico no se comunicaba de manera asertiva, no se les explicaba el tratamiento y las indicaciones a seguir, no se sintieron tenidos en cuenta; y sobre el personal que intervino en dicha atención no fue cordial, lo que les hizo pensar que el modelo de atención institucional no se cumple en relación con los objetivos y metas de calidad institucional (59). Los usuarios al sentirse inseguros con la atención en salud recibida, se vieron en la obligación de buscar segundas opiniones sobre sus diagnósticos y tratamientos médicos (56).

Las instituciones de salud han mostrado interés por mejorar la calidad de sus servicios, una forma de hacerlo ha sido mediante la evaluación de la calidad de manera objetiva y subjetiva, con el fin de lograr la satisfacción de expectativas del usuario e incluso sobrepasarlas. Se ha convertido la satisfacción del usuario en un indicador esencial para la mejora continua de la calidad, como instrumento para legitimar las diferentes reformas sanitarias y como indicador de los sistemas administrativos y gerenciales de las instituciones (64, 66).

9.2 Consecuencias de la no calidad en los servicios de salud.

Al no ser garantizados los servicios de salud con calidad, son varias las consecuencias que se presentaron en los estudios revisados, estas repercuten principalmente en los afiliados, quienes ven vulnerados sus derechos e incluso en algunas ocasiones se ponen en riesgo la vida de los mismos. A continuación, se describen las consecuencias que fueron más frecuentes y relacionadas con la insatisfacción, quejas y tutelas, con atención deshumanizada y pérdidas humanas. A continuación, se detalla cada una de ellas.

9.2.1 Insatisfacción, quejas y tutelas

La insatisfacción de los servicios recibidos genera sentimientos de frustración e inconformidad, lo que afecta la percepción de calidad de estos, no sólo como una mala experiencia de prestación de servicios, sino también un detonante de inestabilidad emocional, y por ende, un riesgo para su salud mental (45).

Una de las opciones a las que recurren los usuarios para resolver las barreras de acceso a la salud son las quejas, que hacen referencia a las dificultades, insatisfacciones y acusaciones en relación con algo que no es claro (40). El tiempo que toma resolver una queja en caso de realizarlo por las vías formales, hace que la atención en salud se retarde, y que se dé cuando no se necesita, o simplemente que no se logre, con todos los riesgos que esto implica. Esta situación lleva a los usuarios a tomar otro tipo de medidas que no solo resuelvan la queja, sino que logren la atención de manera rápida, haciendo uso de la tutela como único mecanismo legal, ágil y eficiente (40). La tutela es utilizada como herramienta para lograr atención o un procedimiento, que, según los prestadores de servicios, no está incluido dentro de los planes de beneficios. Para los usuarios, es la solución a los problemas de acceso, y un mecanismo de defensa para todos aquellos a los cuales se les niega la atención y la salud como derecho fundamental (50).

Múnica Gaviria refiere que, en el año 2008 en Medellín, se presentaron un total de 23.300 tutelas, de las cuales 76%, o sea 16.956, fueron para el sector salud (40). Entre sus causas se encuentra que las citas no se asignan a tiempo, los medicamentos no siempre están disponibles, al igual que el acceso a especialistas, programación de cirugías y otros

aspectos que conllevan a que los usuarios tengan que trasladar sus Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) del Sistema de Salud al Sistema Judicial y a la Superintendencia de Salud para reclamar sus derechos, en el primer caso, superando las 207.734 tutelas y para el segundo se calcularon 694.068 denuncias de enero a noviembre de 2019 (48).

9.2.2 Atención deshumanizada.

La atención humanizada para los usuarios es una dimensión dinámica que se relaciona con: el nivel técnico de la atención (una buena exploración física o clínica), con la accesibilidad organizacional (más tiempo por paciente) y con una información precisa, detallada y comprensible en un marco cordial. Además, posee los significados: confianza, respeto y consideración hacia el usuario como un ser social, no sólo como un organismo. La ausencia de esta dimensión se debe a que la medicina se ha deshumanizado y se han perdido entre otras, la exploración clínica y el interés por la persona (67).

9.2.3 Pérdidas humanas.

Las barreras de acceso a los servicios de salud, han conllevado a efectos negativos en aspectos personales, emocionales, familiares, sociales y laborales; el estrés personal, emocional y familiar son de las situaciones más frecuentes (42). Estas barreras ocasionan que en algunas atenciones los usuarios sean enviados de una institución a otra, y en ese itinerario, fallecen sin recibir servicios; situación conocida como “el paseo de la muerte” (43). Aunque los usuarios recurren a la acción de tutela, en muchas ocasiones esta es desacatada, situación que pone en riesgo la vida del usuario e incluso causando la muerte (42). La acción de tutela ha dejado de ser una disposición eficiente para la solución de las necesidades de salud, aunque sigue siendo usada como una medida para superar las barreras de acceso a los sistemas de salud, donde la forma para romper las barreras de acceso es buscar ayuda por medios legales (42).

9.3 Propuestas

Con la intención de mejorar la calidad de los servicios de salud, los autores realizaron recomendaciones como: mejorar la capacitación y formación de los profesionales, hacer

intervenciones desde las políticas del país e institucionales en las entidades de salud para beneficiar los servicios que se brindan, y también consideran que es importante mejorar la relación médico-paciente ya que esto influye en una mejor percepción del servicio y en el estado de salud de las personas. A continuación, se expone cada una de estas

9.3.1 Capacitación al personal:

Para brindar una buena atención, es importante que todo el personal médico, administrativo y de servicio al cliente se capacite para atender con humanismo y profesionalismo, y así haya un buen engranaje para que eliminen las barreras de acceso y se preste un servicio de salud adecuado y de calidad (44) .Se hace necesario que las instituciones creen estrategias de capacitación y administración, conducentes al logro de un mayor dominio y consciencia acerca de la importancia que tiene el conocimiento de las normas en salud para el logro de resultados positivos en la salud de las personas y las comunidades (58, 62).

La capacitación del talento humano frente a la seguridad del paciente contribuye a un ambiente de calidad, puesto que la calidad, y por ende la seguridad de la atención en salud, son temas prioritarios en Colombia, y deben ser abordados de manera articulada con los diferentes actores que componen el sistema de salud y que ofrecen una oportunidad competitiva que elevará los estándares de habilitación y acreditación (52). Los usuarios exigen talento humano capacitado en el ámbito técnico y profesional que demuestre seguridad, conocimiento y profesionalismo en el momento de realizar el acto de cuidado (65).

9.3.2 Políticas:

Se sugiere que el accionar de los gobiernos locales debe enfatizar las acciones dirigidas a lograr que las instituciones a su cargo presten asistencia en salud bajo los parámetros de calidad establecidos en la normatividad vigente y dado que la función de los entes territoriales en materia de calidad va desde la planeación, pasando por la rectoría y el

control de la calidad de los prestadores, se hace inaplazable la implementación de programas de gestión de la calidad antes que nuevos programas de atención. Dichos programas deben contar con recursos económicos que permitan solventar las limitaciones de recurso humano y con estrategias de georreferenciación que permitan hacer frente a las dificultades de dispersión de entes, para de este modo, reactivar metodologías de mejoramiento continuo que permitan elevar los niveles de calidad de la atención y con ellos los niveles de salud de la población (68). Al formular políticas, prestar servicios y elaborar planes, se debe involucrar a los usuarios de manera activa, hacerlos participes y reconocerles la autonomía para tomar mejores decisiones. Los usuarios hacen un llamado a una atención en salud desde el trato humanizado, la equidad y la participación, no solo en el proceso de atención sino también en la toma de decisiones, a que los traten como lo que son y se merecen, que no los miren como pobres, que les contesten el saludo y les den explicaciones claras (50). Se ha visto que cuando las políticas públicas en salud se orientan hacia una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud curativos, estas suelen ser sectoriales y se enfoca en el acceso universal a los servicios de atención médica, con especial atención a los grupos sociales desaventajados, excluidos de la seguridad social, como los pobres y los trabajadores informales (69).

9.3.3 Institucionales:

Uno de los principales retos que enfrenta el sector de la salud, consiste en formular e implementar estrategias que tengan un mayor impacto en el mejoramiento de la calidad de los servicios (70) mediante el perfeccionamiento de la eficacia y la eficiencia en la prestación del servicio, es decir, mejorar el sistema de orden de atención, brindar prácticas seguras, basados en la evidencia y bajo métodos rigurosos y protocolos, mejorar el servicio de farmacia y suministro de medicamentos, optimizar la atención prestada por el personal encargado del área a los pacientes y familiares, y reducir los tiempos de espera en la atención, ya que así se podrá transmitir seguridad, responsabilidad y empatía y se mostrará una preocupación real por el bienestar de los usuarios (49, 71, 52).

No sólo se debe crear estrategias encaminadas a mejorar la calidad del servicio y la satisfacción, también podrían dirigirse en aumentar la confianza y la lealtad en el sistema de salud y, por tanto, en la disminución de las quejas de los usuarios. La confianza, por ejemplo, se puede incrementar a medida que se aumente la puntuación general de la satisfacción. La lealtad o fidelización es otro efecto que se puede conseguir con el incremento de la satisfacción en los usuarios de los servicios de salud (70).

Cano et al., plantean tres condiciones para mejorar la calidad de los servicios, la primera condición es que sea oportuna, la segunda es la solución del problema, lo cual significa que se cumplan los siguientes requisitos: se diagnostique correctamente, se quite el dolor, se proporcione los medicamentos adecuados y se asigne una próxima cita, y la tercera es el trato humanizado (40, 50). Hernández manifiesta que el sistema no debe seguir moviéndose a través de la tutela, debe fluir con procesos administrativos eficaces para que la población acceda a los servicios de salud (42).

9.3.4 Relación médico-paciente:

Los usuarios describen algunos aspectos a tener en cuenta para mejorar la calidad de los servicios, entre estos resaltan la importancia de la amabilidad, una relación cálida y cordial entre el usuario y el personal de salud, una adecuada comunicación en donde este sea escuchado (40, 53). Esto genera beneficios para la salud física y mental de las personas que requieren de atención, e incrementa la confianza y compromiso de los profesionales (56).

Morales considera que se deben crear mecanismos que incentiven un mayor nivel de colaboración de los pacientes con el equipo de salud que los atiende (51). La calidad de los servicios en salud es una construcción social donde no solo se involucra al personal de salud sino también al usuario, este posee un conocimiento crítico, el cual se debe rescatar de borraduras, invisibilizaciones y silenciamientos hechos por conocimientos autorizados, los cuales parecen no han permitido su incorporación activa y propositiva en las estrategias evaluativas de la calidad de los servicios de salud (67).

10. Conclusiones

Según las investigaciones revisadas se encontró que el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia presenta falencias que generan la no calidad de los servicios en salud, por lo que se observa afectación de los diferentes principios que lo conforman como son la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad, la continuidad y pertenencia. Estos presentan barreras de tipo personales, económicas, geográficas, administrativas y políticas que terminan afectando el derecho fundamental a la salud.

Las barreras administrativas han sido un factor común en todos los principios de la calidad según los estudios revisados del SOGC, identificándose como la categoría de mayor relevancia que afecta la calidad de los servicios en salud, desde el ingreso a la institución, el proceso de atención y el resultado.

Las investigaciones reportan que el atributo de acceso a la salud, fue el más estudiado y a la vez es el más vulnerado en el sistema de salud, pues aún tantos años después de la creación de la Ley 100 de 1993 y la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, los colombianos siguen padeciendo barreras para lograr acceder a los servicios sanitarios, lo que pone en riesgo la salud e incluso la vida.

La satisfacción del usuario se convirtió en un indicador esencial de la atención en salud, no solo permite evaluar su percepción, sino que es un indicador para el mejoramiento de la calidad e insumo para los sistemas administrativos y gerenciales de las instituciones. A pesar de esto, los estudios revisados reportan que existe una tendencia a la insatisfacción donde no se da cumplimiento a las expectativas de los usuarios.

Frente a la vulneración de derechos e insatisfacción de los servicios, los estudios evidencian que los usuarios recurren a mecanismos como la queja y la tutela, ya que, a pesar de la normatividad en salud establecida, su aplicación no se está garantizando, lo que genera una atención deshumanizada y en algunas ocasiones pérdidas humanas, sin embargo, hasta la acción de tutela ha dejado de ser una disposición eficiente para la

solución de las necesidades de salud ya que en ocasiones hasta este mecanismo es desacatado.

Los estudios reportan que el talento humano es considerado un pilar fundamental al momento de asegurar servicios de salud con calidad, pues estos están en contacto permanente con los usuarios que asisten a los servicios de salud. Del conocimiento y la formación de los profesionales depende las intervenciones en la salud de las personas que lo requieren, estos deben estar en formación constante ya que las normas en salud son cambiantes, pero también es responsabilidad de las instituciones de salud vigilar para que todo el personal, no solo el asistencial, se actualice en la normatividad vigente que cobija al SGSSS.

11. Referencias

1. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1011 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. Diario oficial, 46230 (Abr. 3 2006).
2. Nueva ISO 9001:2005 Blog. Desarrollo del concepto calidad. [Internet] [Consultado 2021 Abr 12] Disponible en: <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2016/09/desarrollo-concepto-calidad/>
3. Castro S, Niotti G, Quiñones N. Calidad en la atención de la salud desde la auditoria médica. [Internet] [Consultado 2021 Feb 3] Disponible en: [https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/calidad de la atencion medica%20%20Niotti.pdf](https://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/calidad_de_la_atencion_medica%20%20Niotti.pdf)
4. 57° Consejo Directivo 71ª Sesión del Comité regional de la OMS para las américas. Washington 2019 Sep 30 – 4 Oct. [Internet] Washington: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud [Consultado 23 Abr 2021] Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=51395-cd57-fr-s-informe-final&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es
5. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41146 (Dic. 23 1993).
6. Colombia. El Congreso de la Republica. 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. Diario Oficial, 46506 (Ene. 9 2007).
7. Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011, enero 19, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2011.
8. Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 49427 (Feb. 16 2015).

9. Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 429 de 2016, Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Diario Oficial, 49.794 (Feb. 22 2016).
10. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 2626 de 2019 por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (Maite). Diario oficial, 51092 (Sep. 27 2019).
11. Ministerio de salud y protección social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la salud en Colombia la construyes tú [Internet] [Consultado 2021 Mar 23] Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%20C3%BAblica.pdf>
12. Colombia. Congreso de la República. Ley 1955 de 2019, mayo 25, por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2018-2022 “pacto por Colombia, pacto por la equidad. Bogotá; El Congreso.
13. Ministerio de salud y protección social. Auditoría para el mejoramiento de la calidad [Internet] [Consultado 2021 Abr 18] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx>
14. Llinás A. Manual de auditoria y gestión de calidad en salud: El modelo Plecoser. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar; 2006.
15. Ishikawa K. ¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa. Barcelona: Norma; 1991.
16. Cubillos M, Rozo D. El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. Revista de la Universidad de La Salle. 2009; (48): 80-99.
17. Juran J.M. Planificación y análisis de la calidad. México: McGraw-Hill; 1981.
18. Escobar Valencia M, Mosquera Guerrero A. El marco conceptual relacionado con la calidad: una torre de Babel. Cuadernos de Administración. 2013; 29 (50): 207-2016.
19. Vicente Falconi C. TQC. Control de la calidad total (al estilo japonés). Belo Horizonte: Universidad Federal de Minas Gerais; 1992.

20. Jiménez R.E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 [consultado 2021 Abr 10]; 30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es.
21. Aguirre HG. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. Cir Cir. 2008; 76 (2):187-196.
22. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. Milbank Q. 2005; 83 (4): 691-729. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x. PMID: 16279964; PMCID: PMC2690293.
23. Coronado R, Cruz E, Macías S, Arellano A, Nava T. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab. 2013; 25 (1): 26-33.
24. Ávalos GMI. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud: consideraciones teóricas y metodológicas. Calidad y Gestión de Servicios de Salud. 2010; 9 (1): 9-10.
25. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma Ata. Alma Ata 1978 Sep 6-12. [Internet] Alma Ata: Organización Panamericana de la salud: 1978 [Consultado 23 Abr 2021] Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
26. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales observación general nº 14 (2000). Abr 25 - 12 May [Internet] Ginebra: Naciones Unidas: 2000 [Consultado 12 Abr 2021] Disponible en <https://www.refworld.org/es/publisher,CESCR,GENERAL,,47ebcc492,0.html>
27. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington: OPS; 2007.
28. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2017. Resumen: panorama regional y perfil de países [Internet]. Washington: OPS; 2017

- [consultado el 6 de mayo del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>
29. Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social [consultado el 1 de marzo del 2018]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>
30. Macinko J, Guanais FC, Mullachery P, Jimenez G. Gaps In Primary Care And Health System Performance In Six Latin American And Caribbean Countries. Health Aff (Millwood). 2016; 35 (8): 1513-21. DOI: 10.1377/hlthaff.2015.1366. PMID: 27503978.
31. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de 1991. Bogotá: La Asamblea; 1991.
32. Ministerio de salud y protección social. Sistema Único de Habilitación [Internet] [Consultado 2021 Feb 15] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>
33. Ministerio de salud y protección social. Auditoría para el mejoramiento de la calidad [Internet] [Consultado 2021 Feb 15] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx#:~:text=%E2%80%8BEs%20el%20mecanismo%20sistem%C3%A1tico,salud%20que%20reciben%20los%20usuarios.>
34. Ministerio de salud y protección social. ABC sobre el sistema único de acreditación en salud [Internet] [Consultado 2021 Feb 15] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/abc-suas.pdf>
35. Colombia. Ministerio de la protección social. Resolución 1446 de 2006 Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Diario oficial, 46271 (May 17 2006).

36. Quiceno A.M, Uribe J.A. El grado de efectividad de las reformas normativas planteadas a la Ley 100 para los afiliados al régimen subsidiado, de acuerdo a las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 [Trabajo de grado programa de Derecho] Manizales: Universidad de Manizales. Facultad de Ciencias Jurídicas; 2014.
37. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008 derecho a la salud. Bogotá: La corte; 2008.
38. Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública. Sistema de Gestión de la Calidad (NTCGP 1000:2009). [Internet] [Consultado 2021 Mar 2] Disponible en: <http://apolo.uniatlantico.edu.co/SIG/NTC%20GP1000-2009.pdf>
39. Gómez C.A, Builes A. El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: una mirada desde la Ley Estatutaria 1751 del año 2015. Rev. Facultad Derecho Cienc. Políticas. 2020; 48 (128): 135-167.
40. Múnera H.A. La calidad de la atención en salud, más allá de la mirada técnica y normativa. Invest. educ. enferm. 2011; 29 (1): 77-86.
41. Uribe C.J, Amado A.M, Rueda A.M, Mantilla L.Y. Barreras para la atención en salud del cáncer gástrico, Santander, Colombia. Etapa exploratoria. Rev. colomb. Gastroenterol. 2019; 34 (1): 17-22.
42. Rodríguez J.M, Rodríguez D.P, Corrales J.C. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. Ciênc. Saúde Colet. 2015; 20 (6): 1947-1958 DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>
43. Echeverry M.E. Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia. Rev. gerenc. políticas salud. 2021; 10 (20): 97-109.
44. Anacona C, Burbano M, Ibarra N. La calidad de la atención en salud que brindan las instituciones prestadoras de servicios. [Consultado 2021 Feb 8] Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/browse?value=Ibarra+R%C3%ADos%2C+Neify+Yadira&type=author>
45. Bran L, Valencia A, Palacios L, Gómez S, Acevedo Y, Arias C. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del

- régimen subsidiado. Colombia, 2013-2017. *Hacia. Promoc. Salud.* 2020; 25 (2): 29-38 DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.2.6
46. Pérez M, Orlandoni G, Ramoni J, Valbuena V. Percepción de la calidad en la prestación de servicios de salud con un enfoque seis sigma. *Rev. cuba. salud pública.* 2018; 44 (2): 325-343.
47. Lopera M, García M, Madrigal M, Forero C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Invest. educ. enferm.* 2010; 28 (1): 64-72.
48. Rodríguez M. Buitrago A, Varón N, Quintero R. La satisfacción de los usuarios afiliados al sistema de salud en la ciudad de Ibagué, Colombia. *Revista Le Bret,* 2019; (11): 123-147.
49. Peña M, Garzón M, Cardona D, Segura A. Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia - Colombia: Access to health services for older adults. Antioquia – Colombia. *Univ. salud.* 2016; 18 (2): 219-231.
50. Cano S, Giraldo A, Forero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención. Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud.* 2016; 34 (1): 48-53.
51. Morales L, García J.C. Calidad percibida en el servicio del sistema público de salud de Bogotá. *Rev. salud pública.* 2019; 21 (1): 128-134.
52. López J. La seguridad del paciente en el Hospital Pío XII (Putumayo, Colombia). Un factor inalienable de los derechos humanos. *Nova vetera.* 2016;25: 75-86.
53. González J.C. Restrepo G, Hernández A, Ternera D, Galvis C, Pinzón J. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá. *Rev. salud pública.* 2014; 16 (6): 871-884.
54. Ibarra A, Ruz E. Evaluación de la calidad en la atención al usuario del servicio de urgencias del hospital público de Yopal en Casanare, Colombia. *Nova.* 2018; 16 (29): 21-31.
55. Henríquez G. Desigualdades en la continuidad de la atención ambulatoria de población desplazada en Colombia, 2012-2013. *Rev. salud pública.* 2016; 18 (5): 687-699.

56. Yépez M, Ricaurte M, Jurado D. Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de Pasto, Colombia. Univ. Salud. 2018; 20 (2): 97-110 DOI <https://doi.org/10.22267/rus.182002.114>.
57. Jiménez W, Galindo J, Puerta J, Ortega D, Ortega S, Buitrago Rojas EK, Ascanio Meza KA. Continuidad en la atención del servicio urgencias. El caso del Hospital Regional Suroriental, Chinácota, Colombia. Rev. gerenc. políticas salud. 2020; 19:1-14 DOI <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.casu>
58. González Y, Quiñones M, Jiménez W. Conocimiento del personal de salud del Hospital San Rafael de Leticia sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud. Cienc. tecnol. salud vis. ocul. 2013; 11 (1): 63-77 DOI: <https://doi.org/10.19052/sv.2320>.
59. Almeida A, Torres D. Calidad en la Prestación de Servicios de Salud, en un Hospital de Bucaramanga - Colombia. Espacios. 2020; 41 (49): 234-245.
60. Cuevas L, López P, Manclares D. Impacto de la implementación del sistema obligatorio de la garantía y la calidad en la prestación de servicios de salud en Colombia. [Trabajo de investigación para optar al título de especialista en gerencia de instituciones de seguridad social en salud] Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2018.
61. Herazo B. Algunos problemas de la salud en Colombia. Univ. odontol. 2010; 29 (63): 12-22. Cienc. tecnol. salud vis. ocul.
62. Jiménez E, Pérez A. Conocimiento del personal de salud de una clínica en Bogotá acerca del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud. Cienc. tecnol. salud vis. ocul. 2017; 15 (2): 14-29.
63. Mayorga L, Sejín C, Pérez M, Guzmán J. Satisfacción de usuarias del control prenatal en Montería. Rev. Univ. Ind. Santander, Salud. 2019; 51(3): 220-227 DOI: <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019005>
64. Barragán J, Moreno M. Claudia María. Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. Enferm. glob. 2013; 12 (29): 217-230.
65. Barragán J, Pedraza Y, Rincón M. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja 2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2013; 31 (2): 81-94.

66. Borré Y, Vega Y. Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Cienc. enferm.* 2014; 20 (3): 81-94.
67. Delgado M, Vázquez M, de Moraes L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev. salud pública.* 2010; 12 (4): 533-545.
68. Bautista A, García J.C. Gestión de gobiernos locales en la calidad de la atención de la salud para niños. *Rev. salud pública.* 2012; 14 (2): 3-14.
69. Frenz P, Titelman D. Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina. *Rev. perú. med. exp. salud publica.* 2013; 30 (4): 665-670.
70. Vergara J, Quesada V, Maza F. Calidad del servicio y determinantes de la satisfacción en usuarios de los servicios hospitalarios de Cartagena de Indias, Colombia. *Journal of Quantitative Methods for Economics and Business Administration.* 2018; 26: 203-219.
71. Numpaque A, Buitrago A, Pardo D. Calidad de la atención en el servicio de cirugía ambulatoria desde la percepción del usuario. *Rev. Fac. Med.* 2019; 67 (2): 235-239.