

**ANÁLISIS DE HERRAMIENTAS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN
LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA DETERMINACIÓN DE LA
METODOLOGÍA MÁS APLICABLE A LA POBLACIÓN AFILIADA AL MAGISTERIO DE
COLOMBIA**



AUTORES

LEIDY CAROLINA SINISTERRA MARCHAND

LUZ ANDREA BURGOS ACOSTA

PABLO FELIPE PATIÑO QUINTERO

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

BOGOTÁ D.C

OCTUBRE 2021

**ANÁLISIS DE HERRAMIENTAS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN
LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA DETERMINACIÓN DE LA
METODOLOGÍA MÁS APLICABLE A LA POBLACIÓN AFILIADA AL MAGISTERIO DE
COLOMBIA**



AUTORES

LEIDY CAROLINA SINISTERRA MARCHAND

LUZ ANDREA BURGOS ACOSTA

PABLO FELIPE PATIÑO QUINTERO

DOCENTE ASESOR

MARY BARRERA

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES

BOGOTÁ D.C

OCTUBRE 2021

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO	8
1.1 Problema de investigación	8
1.2 Objetivos	9
1.2.1 Objetivo General	9
1.2.2 Objetivos Específicos	9
1.2 Justificación.....	10
CAPÍTULO 2. MARCO DE REFERENCIA	14
2.1 Antecedentes	14
2.2 Marco teórico	18
CAPITULO 3. MARCO METODOLÓGICO	33
3.1 Tipo de estudio	33
3.2 Población	33
3.3 Procedimientos	33
3.4 Técnicas para recolección de información	34
3.5 Técnicas para el análisis de la información.....	34
3.6 Consideraciones éticas.....	34
CAPITULO 4. RESULTADOS	35
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	40
REFERENCIAS.....	41
ANEXOS	44

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Escala PXI	36
---------------------------	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evaluación final de las herramientas objeto de revisión.	37
Gráfico 2. Sectores de aplicación de las herramientas objeto de revisión.	38
Gráfico 3. Variable 1. Posibilidad de evaluar el enfoque con la herramienta	38
Gráfico 4. Variable 2. Posibilidad de evaluar la implementación con la herramienta. ...	39
Gráfico 5. Variable 3. Posibilidad de evaluar el resultado con la herramienta.....	39

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de información. Excel 2 libros	44
--	----

INTRODUCCIÓN

Definir herramientas que ayuden a garantizar la calidad de la prestación de los servicios de salud, es la estrategia con la que pueden contar las EPS para lograr un mayor nivel de satisfacción de sus usuarios en concordancia con la normatividad vigente.

Aunque la auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud no es una investigación clínica, sí requiere el uso de metodologías correctamente diseñadas y probadas, y por lo tanto debe incorporar elementos que permitan analizar, evaluar y concluir en relación con temas específicos de la prestación del servicio. Por lo tanto, la auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud debe emplear herramientas adecuadas dirigidas al problema de calidad que se desee analizar de tal manera que puedan plantear causas para determinar las intervenciones de mayor efectividad.

Mediante la revisión de antecedentes entorno al uso de herramientas de calidad en salud, el presente trabajo pretende determinar de herramientas de seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de los servicios de salud que mejores características presenten, orientadas a la población afiliada al magisterio de Colombia – teniendo en cuenta que es un régimen excepción - por medio la implementación de un instrumento el cual permite exponer las variables y los aspectos más relevante de cada herramienta tanto de forma cuantitativa, para el caso de las características de evaluación, como de manera cualitativa para el caso de las variables. Pretendiendo impactar los modelos de gestión de la calidad implementados por el Magisterio de Colombia para la prestación de servicios de salud en su población afiliada.

CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

1.1 Problema de investigación

En el sistema de salud colombiano han existido diferentes modelos de seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud, desde los más básicos hasta mayores complejidades en su implementación. Los mecanismos originalmente implementados, concentraban su verificación en los procesos directamente relacionados con la prestación, sin embargo, no reconocían que el sistema está expuesto a diferentes riesgos que pueden afectar la operación y el logro exitoso de las metas y resultados esperados.

Por lo anterior, en el año 2018 con la expedición de la Resolución 4559, se enmarca la función de la Superintendencia Nacional de Salud como entidad de Inspección Vigilancia y Control, en la supervisión de esos riesgos y de los mecanismos de control que los vigilados implementen para mitigarlos y superarlos. Adopta mediante esta resolución el modelo de supervisión basada en riesgos, el cual cuenta con las siguientes ventajas:

- Fortalece la supervisión por cumplimiento mediante la implementación de la supervisión basada en riesgos.
- Es un modelo de supervisión, innovador, de carácter prudencial y activo.
- Optimiza el uso de los recursos de supervisión.
- Aumenta la probabilidad de que los eventos más importantes sean detectados a tiempo y prevenidos antes de que se materialicen.
- Incentiva a las entidades vigiladas a identificar, gestionar y monitorear sus riesgos, bajo un esquema eficiente de autorregulación.
- Impulsa una cultura de gestión de riesgos por parte de los vigilados, de manera que esta sea una política empresarial o de gobierno corporativo que se interiorice en toda la estructura organizacional, incluyendo políticas de control interno.

La prestación de servicios de salud de los afiliados al Magisterio colombiano históricamente se ha realizado con recursos del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio mediante la contratación de Operadores de Servicios de Salud organizados por regiones en todo el país. La supervisión de estos Operadores se ha realizado mediante diferentes técnicas que al final no permiten establecer el estado real de la calidad en los servicios de salud de los maestros y sus familias.

A partir de la nueva contratación de los Operadores de Servicios de Salud cuyo objeto contractual incluye la gestión integral del riesgo (técnico, operativo y financiero), se genera una nueva oportunidad de implementar un modelo innovador de seguimiento y evaluación en el marco de la supervisión basada en riesgos.

El presente trabajo pretende responder y aportar información para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en relación con la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las diferentes herramientas de seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud que impactan en la gestión integral del riesgo para la población afiliada al Magisterio colombiano? La pregunta de investigación planteada busca la relación entre las siguientes dos variables: 1) las herramientas de seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud y, 2) su impacto en la gestión integral del riesgo.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Analizar las herramientas de seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud existentes en las instituciones de salud para determinar su aplicación en el régimen de salud del Magisterio colombiano.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Evaluar los resultados de la gestión integral del riesgo y su relación con las herramientas existentes para su medición.
- Determinar las herramientas de seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud más favorable para la aplicación en el modelo de salud de los afiliados al Magisterio colombiano.

- Diseñar una herramienta de seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud para los afiliados al Magisterio.

1.2 Justificación

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de salud es un proceso incluido en la prestación de los servicios, su método de acción es la realimentación al sistema de salud acerca de su desempeño comparado con estándares óptimos, para que de esta manera, las instituciones de salud puedan implementar acciones de mejoramiento que le permitan fortalecer la utilización de los recursos destinados a la atención, mejorar los resultados en el estado de salud de la población y cumplir a los usuarios con lo que espera recibir llegando a un equilibrio entre sus expectativas y los recursos que no son infinitos. En la auditoría para el mejoramiento de la calidad se deben trabajar los procesos que sean prioritarios y que generen procesos de mejoramiento en áreas costo-efectivas. Debe combinar técnicas de auditoría con su análisis en diferentes espacios que permitan evaluar su aplicabilidad.

Aunque la auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud no es una investigación clínica, sí requiere el uso de metodologías correctamente diseñadas y probadas, y por lo tanto debe incorporar elementos que permitan analizar, evaluar y concluir en relación con temas específicos de la prestación del servicio. Por lo tanto, la auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud debe emplear herramientas adecuadas dirigidas al problema de calidad que se desee analizar de tal manera que puedan plantear causas para determinar las intervenciones de mayor efectividad.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, si es correctamente implementada, debe constituirse en un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud que al hacer seguimiento a las diferencias entre la calidad deseada y la calidad observada, incentive el respeto a los derechos del paciente y la buena práctica profesional, así mismo que impacte y fortalezca la viabilidad de la institución y del sistema dentro de un contexto de efectividad, eficiencia y ética.

La auditoría en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad deberá implementarse en las instituciones para promover el desarrollo de acciones que promuevan la aplicación de las metodologías propuestas para la auditoría, la norma establece que el modelo operará en tres niveles: el de autocontrol, el de auditoría interna y el de auditoría externa; los dos primeros operan en el nivel de microgestión, y el tercer nivel, en el de meso-gestión.

El artículo N° 33 del decreto 1011 de 2006 define los 3 niveles de la siguiente forma:

- Nivel de Autocontrol

Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

- Nivel de Auditoría Interna

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

- Nivel de Auditoría Externa

Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada.

Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

El artículo N° 34 del decreto 1011 de 2006, define unos tipos de acciones bajo las cuales se debe desarrollar la auditoría para el mejoramiento de la calidad.

- Acciones Preventivas

Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

- Acciones de Seguimiento

Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

- Acciones Coyunturales

Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados.

Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo investigador considera que es necesario replantear el seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud de tal manera que no se realice por procesos aislados que utilicen herramientas que concluyan en un cumplimiento o incumplimiento total; sino que el modelo se ejecute desde la supervisión periódica y sistemática de la integralidad de los procesos pues es claro que entre ellos se articulan para lograr un resultado satisfactorio; así las cosas nuestra investigación se enfoca en determinar los mecanismos (herramientas, instrumentos) que permitan a las instituciones realizar el seguimiento y evaluación de la calidad de la prestación de servicios de salud desde la supervisión que establezca la gradualidad de la mejora, con opción de identificar incumplimientos parciales (potenciales riesgos) así como incumplimientos totales (no conformidades) cuando se reitere el hallazgo desde la supervisión. Para ello, planteamos que no se efectúe de manera aislada sino integral desde la mirada de los riesgos que tienen que ver con la prestación, los cuales no son solamente en salud, sino también operativos y financieros. Este modelo favorece el mejoramiento continuo pues aporta la posibilidad

de generar alertas de riesgo para la ejecución de actividades de mejora que permitan subsanar los hallazgos identificados.

La investigación planteada contribuirá a generar un modelo para realizar el seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud de tal manera que se pueda determinar cuantitativa y cualitativamente el riesgo en salud, operativo y financiero que permitan priorizar las intervenciones a realizar en tiempo y lugar.

CAPÍTULO 2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Antecedentes

En los siguientes antecedentes se logra identificar, el recorrido que se ha hecho entorno a la determinación herramientas para seguimiento y evaluación de la calidad en procesos de salud.

Modelo de Salud y Seguridad en el Trabajo con Gestión Integral para la Sustentabilidad de las organizaciones (SSeTGIS)

Anaya, A. (2017). Modelo de Salud y Seguridad en el Trabajo con Gestión Integral para la Sustentabilidad de las organizaciones (SSeTGIS). *Ciencia & trabajo*, 19(59), 95-104. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000200095>

Realizado en Guadalajara México

Cada desafío plantea socializar propuestas para que las empresas sean sustentables con un alto compromiso de responsabilidad social, y para eso el artículo nos ilustra sobre las necesidades de desarrollar procesos de mejora basados en una gestión integral con los cuales se dan resultados medibles en la calidad de los servicios, la productividad, la seguridad y salud en el trabajo y el cuidado del medio ambiente. Para cada propuesta existen lineamientos internacionales, resoluciones, decretos y normas jurídicas nacionales diseñadas para el cumplir, y de estas se establecen los lineamientos para controlar, evaluar y reconocer los factores de riesgo en el lugar de trabajo y para la comunidad en con la cual trabajamos. Este Artículo nos presenta un modelo de gestión integral sustentable de las organizaciones que desde la perspectiva de la seguridad y salud en el trabajo no se limitan a ellas.

La denomina SSeTGIS; es holístico, multidisciplinario, está centrado en las personas, preferiblemente en su rol participativo, permite realizar un proceso cíclico

de mejora continua de diferentes maneras de compromiso: en el individual, en el lugar de trabajo y la organización, para poder exponer los argumentos de mejora, los propósitos de Trabajo, los componentes a mejorar, los procesos y la metodología con la cual se llevará a cabo el trabajo para su aplicación.

CONCLUSIÓN del autor:

Considera importante que las organizaciones tengan alternativas de modelos integrales que les permitan lograr sus objetivos y cumplir su misión de la mejor manera posible, maximizando beneficios y disminuyendo daños y costos. Establecerse como un proceso que involucre a toda la organización a partir de los líderes, mediante sus políticas y lineamientos, como lo señala la ISO29 y OIT.30 También, contar con un responsable de la coordinación y asesor en las áreas del modelo, y un presupuesto.

El modelo SSeTGIS es de gestión integral, holístico desde la perspectiva de la salud y seguridad en el trabajo sin limitarse a ellas. Integra el cuidado del medio ambiente y la protección civil con calidad y productividad para la sustentabilidad de las organizaciones, aprovechando la sinergia en el análisis, la decisión y la acción de cada trabajador, así como de los recursos invertidos.

Existe la posibilidad de ser aplicado por el dirigente de las micro y pequeñas empresas formándose y asesorándose de consultores en áreas específicas SSeTMAPC que necesite, para obtener los máximos beneficios, cumplir la normatividad y alcanzar la sustentabilidad con gestión integral de su organización.

El modelo SSeTGIS comparte la fundamentación, filosofía y perspectiva de la teoría de sistemas de otros, como el de Responsabilidad social el de Entornos laborales saludables y el de Organizaciones saludables y resilientes, de ser holísticos, multidisciplinarios, participativos y de intervención psicosocial. No se identificó algún modelo similar en el contexto latinoamericano, pero sí los argumentos para contar con uno. Lo diferente del modelo SSeTGIS está en tomar la salud y seguridad en el trabajo como perspectiva centrada en las personas como primeras beneficiarias y partícipes en la cultura laboral que promueve; ubica en el lugar de trabajo inmediato, el personal

y sus actividades laborales el origen de los riesgos potenciales, pero también de la mejora continua como proceso; y promueve la aplicación de metodología adecuada para la medición de los avances en todas las áreas para verificar la sinergia.

Toma como marco los convenios internacionales y las legislaciones nacionales que establecen requerimientos mínimos en materia de SSeTMAPC, y de los indicadores de calidad y productividad. Propone una "pausa" durante la cual cada persona valore previamente sus acciones por los efectos a la SSeTMAPC, la calidad y la productividad que tendrán, a manera de filtro para determinar si las realiza o busca otra alternativa. (Anaya, A. 2017)

Análisis de la capacidad de respuesta de los sistemas de información en salud para la supervisión de riesgos que afectan el derecho a la salud en Colombia

Eslava et al. (2018). Análisis de la capacidad de respuesta de los sistemas de información en salud para la supervisión de riesgos que afectan el derecho a la salud en Colombia. *Revista Gerencia Y Políticas De Salud*, 17(35). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.acrs>

Realizado en Bogotá - Colombia

Se pretende con la información de este artículo, evidenciar la capacidad de respuesta que tienen los sistemas de información en salud (SIS) en el territorio Colombia; y con él, poder realizar un modelo de inspección, vigilancia y control (IVC) que permita identificar los riesgos que deterioran el acceso, el uso y la calidad de los servicios de salud en todo el territorio nacional, a través de un estudio transversal,

descriptivo, tomando como enfoque la gestión de riesgos, incluyendo marcos regulatorios de las amenazas para el goce efectivo del derecho (GED) a los servicios de salud y los tipos de características de la información reportada por cada sistema, necesarias para su seguimiento a los procesos de atención, los cuales generan un impacto sobre la salud de la población y resultan insuficientes para hacer una adecuada supervisión de los riesgos. Es por esto; que se deben aprovechar los cambios que experimenta actualmente los sistemas de salud para poder transformar la forma en que el desempeño podrá ser objeto de seguimiento.

Resumen del autor:

Este artículo, tiene por objeto evidenciar la capacidad de respuesta de los sistemas de información en salud (SIS) en Colombia para soportar un modelo de inspección, vigilancia y control (IVC) orientado al seguimiento de los riesgos que menoscaban el acceso, el uso y la calidad de los servicios de salud. Se realizó un estudio transversal, descriptivo, desde el enfoque de gestión de riesgos, que incluyó una revisión del marco regulatorio de las amenazas para el goce efectivo del derecho (GED) a la salud y las características de la información reportada por los actores del sistema, requeridas para su seguimiento. Los datos que soportan el seguimiento a los procesos de atención y su impacto sobre la salud poblacional, resultan insuficientes para hacer una adecuada supervisión de los riesgos. Se deben aprovechar los cambios que experimenta actualmente el sistema de salud para replantear la forma en que su desempeño es objeto de seguimiento. (Eslava et al., 2018).

Modelo de supervisión basado en el riesgo para instituciones prestadoras de servicios de salud como herramienta para la protección de los derechos en salud en Perú

Benites et al. (2016). Modelos de supervisión Basados en el riesgo para prestadoras de servicios de salud como herramientas para la protección de los derechos en la salud en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(3), 401-10. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2373>

Realizado en Lima - Perú.

Este modelo pretende realizar una supervisión de las instituciones prestadoras de servicios de salud peruana que pertenecen a la Superintendencia Nacional de Salud, evaluando los factores de riesgo con un porcentaje ajustado al cumplimiento de la norma, en las IPRESS del sistema de salud peruano. A través de materiales y métodos, se realizó un estudio de caso sobre los desarrollos de modelos de supervisión ajustados al riesgo basado en la norma ISO 31000-2009 siendo la unidad de análisis, se calcularon de acuerdo con un puntaje entre 0-100 de la supervisión integral y selectiva de efectuada durante el 2013 al 2015. Mediante modelos lineales para valorar entre Variables y Respuestas de los usuarios con un resultado de 1444 supervisiones, incluyendo el sector público y privado con variabilidad generando resultados que en el 2013 fue menos que durante el 2015, el estudio sugiere poner en marcha acciones encaminadas en la orientación a la mejora continua de los servicios favoreciendo los derechos de la salud en el país

2.2 Marco teórico

SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. La Ley 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema. La Ley 100 del mismo año creó el actual SGSSS.

La Ley 100 introdujo tres principios fundamentales en la prestación de servicios de salud: la eficiencia, la universalidad y la solidaridad, de esta manera, la ley promovió la competencia entre las aseguradoras y las IPS para asegurar la eficiencia del

sistema y la calidad de los servicios prestados, así mismo, la Ley 100 creó dos tipos de regímenes: el contributivo (RC) y régimen subsidiado (RS).

El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada.

Hay dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población: el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), vinculados entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Todos los asalariados o pensionados, al igual que todos los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo, tienen la obligación de afiliarse al RC. Para hacerlo, pueden elegir libremente una EPS pública o privada. La contribución obligatoria equivale a 12.5% de los ingresos laborales, pero en el caso de los trabajadores asalariados o pensionados, estos sólo pagan el equivalente a 4% de su salario, mientras que el empleador (o pagador de pensión) se encarga de pagar el restante 8.5%. Los trabajadores independientes deben pagar la totalidad de la contribución. Las EPS se encargan de afiliar y registrar a los usuarios, recaudar las cotizaciones, y organizar y garantizar la prestación del POS. En 2010 la cobertura del RC fue de 39.4% de la población.

El RS, por su parte, se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el RC. La identificación de dicha población es competencia municipal y se lleva a cabo mediante la aplicación de la encuesta del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para los Programas Sociales (SISBEN). Los recursos para el financiamiento del RS son

reunidos a través del FOSYGA y equivalen a uno y medio puntos porcentuales provenientes de 12.5% de la cotización del régimen contributivo que se suman a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales. Los beneficiarios del RS acuden a las EPS de dicho régimen. La cobertura del RS en 2010 alcanzó a 51.4% de la población.¹⁰

Además de los beneficiarios del SGSSS, existen varios grupos que gozan de otros esquemas de seguridad social (4.9% de la población del país) y que pertenecen a los regímenes especiales. Tal es el caso del Magisterio, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, y quienes laboran en las universidades públicas y en la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL).

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN COLOMBIA

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), es 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.

El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: 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.

- **Sistema Único de Habilitación**

Mediante la Resolución 3100 de 2019 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud".

- Habilitación de servicios
- Organizaciones funcionales
- Redes integrales de prestadores de servicios de salud

- Videoconferencias virtuales

- **Sistema Único de Acreditación**

Sistema Único de Acreditación en Salud, el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades involucradas en el aseguramiento y prestación de servicios, 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.

Sistema de Información para la Calidad

Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

Auditoría para el mejoramiento de la Calidad

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

SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Los Sistemas de Gestión de la Calidad en las entidades y organismos del Estado obedecen a un marco legal claramente definido e implementado con el referencial de las normas NTCGP 1000 El Decreto 4295 de 2007, en los considerandos establece

que “varias entidades a las cuales se les aplica la Ley 872 de 2003, requieren de sistemas específicos de calidad que propendan por el mejor desempeño institucional o de cada sector Administrativo” (Decreto 4295 de 2007) y sirve como un referente para aquellos regímenes exceptuados.

Por otra parte, existe la norma IWA 1: 2005, la cual es un referente internacional para la implementación de sistemas de calidad en el sector salud. Esto hace que pensemos en la posibilidad de construir un modelo de calidad para el sector salud que integre los principios y requisitos de la NTCGP 1000: 2004, SOGCS e IWA 1:2005, de tal manera que permita hacer más eficiente la gestión y maximizar los recursos de una forma racional para el cumplimiento adecuado de actividades que orienten a la consecución de la misión institucional.

Este Decreto además en su artículo 1º, “fija como norma técnica de calidad, para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes y beneficios las adoptadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la atención en salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen” (Decreto 4295, 2007).

Y entonces podremos entender la idea de gestión de la calidad en salud, que implica un mejoramiento continuo. Detectados los problemas, se tratan de corregir introduciendo cambios, con la aplicación de un ciclo de calidad o "círculo Deming", en cuatro fases (planificación, ejecución, implementación y evaluación), y midiendo la mejora mediante indicadores de calidad. Contempla los factores humanos, técnico y del entorno, y atiende principalmente a cinco grandes dimensiones de calidad: 1) efectividad (poder del procedimiento), 2) eficiencia (relación coste/beneficio), 3) accesibilidad (acceso a los servicios), 4) satisfacción del usuario (aceptabilidad) y 5) competencia profesional (científico-técnica). Por otra parte, la evaluación de la calidad contempla tres enfoques: 1) Estructura: cualidades de los centros (materiales, humanos y organizativos); 2) Proceso: asistencia que se hace; y 3) Resultado: efectos de la asistencia en la salud individual y poblacional.

MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD

Los modelos de gestión por procesos son herramientas útiles que han surgido con el fin de conducir a la gestión de calidad total y aporta las herramientas necesarias para "planificar el proceso de acuerdo con el entorno y los recursos disponibles, normalizar la actuación y la transferencia de información entre todo el equipo que participa garantizando eficiencia, efectividad y calidad al servicio" (Lorenzo, 1999).

Al hablar de modelos de gestión de calidad estamos hablando de cómo hacer las cosas, con lo que esto nos lleva a pensar y concluir que deben existir diferentes caminos, o al menos varias sistemáticas para elegir.

Como en todas las disciplinas de la vida actual, la calidad es un término que ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, en relación con las necesidades de las empresas y organizaciones, y su supervivencia en el mercado actual.

Hoy por hoy, es raro el sistema de gestión (calidad, financiero, medioambiental, etc.) que no tiene uno o varios modelos en los que fijarse y tomar directrices de implantación.

Los procesos hospitalarios se caracterizan por su variabilidad y repetitividad (Hernández, Medina, Nogueira, Negrín y Márquez, 2014). Insumos y recursos se combinan en los servicios entregados para generar productos hospitalarios, pues a pesar de que los límites o fronteras son flexibles en un sistema abierto, igualmente lo separan de su medio externo y establecen el dominio de sus actividades (Hernández et al., 2014), permitiéndole posteriormente construir indicadores de calidad de procesos (Jiménez, 2004), según la prioridad de la medición. La construcción de indicadores, su selección y los criterios para agruparlos se conforman para definir modelos de evaluación, destinados a apoyar a la gestión en sus análisis y decisiones.

Podemos distinguir entre tres grandes tipos de modelos que pueden ser utilizados en la gestión sanitaria como mecanismo de detección de problemas, uso de indicadores de evaluación y definición e implantación de acciones de mejora:

Modelo ISO.

Modelo JCAHO.

Modelo EFQM.

Modelo ISO

ISO son las siglas de International Organization for Standardization, un organismo internacional creado en 1947 por 25 países para facilitar la organización y coordinación internacional de las normas, con el objetivo inicial de facilitar el intercambio comercial. Poco a poco, las normas ISO se han ido extendiendo a todo tipo de actividades como guía y referencia de gestión de la calidad, basándose en 8 grandes principios:

Organización enfocada al cliente.

Liderazgo.

Participación del personal.

Enfoque del proceso.

Enfoque del sistema hacia la gestión.

Mejora continua.

Toma de decisiones con base a datos objetivos.

Relación beneficiosa con los proveedores.

En lo que se refiere a la aplicación de las normas ISO en el ámbito de la salud, se está realizando un gran esfuerzo de adaptación a los servicios de salud, especialmente a nivel de terminologías. En general, la adopción de este sistema suele resultar satisfactorio, especialmente en aquellos servicios sanitarios más automatizados y rutinarios.

Modelo JCAHO

Este modelo responde a las siglas Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, organismo creado en 1951 en base a un acuerdo entre distintas organizaciones sanitarias norteamericanas.

Su filosofía y esquema de funcionamiento es similar a las normas ISO, con la particularidad de que está enfocado específicamente al ámbito sanitario. El proceso de acreditación de este modelo pretende servir de ayuda para la mejora continua y el enriquecimiento profesional, y no únicamente como un mecanismo de reconocimiento externo.

Tanto en España como en diversos países latinoamericanos, la acreditación JCAHO la gestiona la Fundación Avedis Donabedian (FAD). Cabe destacar que desde el año 2012 existe una sede en Bogotá (Colombia) para Latinoamérica de la FAD, cuyo objetivo de convertirse en una entidad de referencia que aporte valor y ayude a potenciar, consolidar y desarrollar el sistema de salud y la mejora de la calidad que reciben los ciudadanos de toda Latinoamérica.

Modelo EFQM

EFQM son las siglas de una entidad fundada en 1988 por 14 grandes empresas europeas conocida como European Foundation for Quality Management. Al contrario de los modelos anteriores, el objetivo principal del EFQM no es conseguir la certificación externa, sino la excelencia empresarial. Este sistema no sólo posibilita lograr los máximos objetivos de calidad en el trabajo ejecutado, sino que también permite optimizar los recursos empresariales para lograr la excelencia en la gestión.

La filosofía de este modelo es lograr la excelencia en la gestión a través de la autoevaluación continua de una serie de indicadores, por lo que no se utilizan normas ni estándares. Se trata de un modelo ampliamente utilizado en los sistemas sanitarios de la mayoría de países europeos, incluido España, teniendo también un gran seguimiento y aceptación en muchos países latinoamericanos como México y Chile.

A modo de conclusión, cabe añadir que, aunque el único modelo específico para servicios de salud es el JCAHO, los tres tienen un nivel de adaptación y flexibilidad que los convierte en válidos para ser utilizados como herramienta de control, dinamización y ejecución de planes efectivos de mejora continua de la gestión sanitaria.

CONCEPTO DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO

A partir de la implementación de la Ley 100 de 1993 Colombia ha obtenido avances importantes en la cobertura del aseguramiento en salud pasando de un 23,5% al 95,6% a cifras superiores al 96% en la actualidad. De lo cual podemos concluir que, si bien se ha logrado que más colombianos accedan a servicios de salud, el país se encuentra aún en la transición para que este acceso cumpla además con otras características fundamentales relacionadas con la Gestión Integral del Riesgo.

La Resolución 1841 de 2013 que adopta el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021, determina las dimensiones y líneas estratégicas para fortalecer las capacidades del sistema de salud en la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones en salud en los ámbitos nacional y territorial. El PDSP cuenta con ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales, en cada una de ellas existen actividades e indicadores para su evaluación a través de tres líneas operativas: 1) Promoción de la salud, 2) Gestión del riesgo en salud y 3) Gestión de la salud pública.

Ahora bien, posteriormente con la expedición de la Ley Estatutaria en Salud de 2015, se determinó el requerimiento de generar una política en salud, la cual se emite en el año 2016 como la Política de Atención Integral en Salud PAIS, cuyo objetivo es lograr el acceso oportuno a la salud, dejando como centro al usuario. Esta política se operacionalizó con el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS el cual se basaba en la Gestión Integral del Riesgo como interconector entre las acciones individuales, colectivas y poblacionales.

El PDSP define el riesgo en salud como “la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de

bienes y servicios que hubiera podido evitarse”; por su parte, la PAIS define que la población una vez es caracterizada debe ser incluida en un grupo de riesgo acorde a su condición de salud, definiendo como tal a “un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios”.

Para gestionar estos dos conceptos, la PAIS determina la definición de la Gestión Integral del Riesgo en Salud – GIRS, como una “estrategia transversal que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población. La GIRS se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.”

Al respecto, cada actor del sistema de salud tiene un rol fundamental en la Gestión Integral del Riesgo, para este caso se determina únicamente el rol de las entidades responsables del aseguramiento quienes deben gestionar el riesgo individual de la población a su cargo, lo cual implica la identificación, análisis y comunicación del riesgo en salud a los afiliados, la organización de la prestación de servicios de salud según los riesgos identificados y la implementación y el monitoreo de acciones orientadas a la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la misma una vez se ha presentado. Incluye el desarrollo de estrategias para apoyar el cuidado de los afiliados y sus familias y la realización de acciones para la reducción de riesgos derivados de la gestión clínica de la enfermedad.

El 27 de septiembre de 2019 el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 2626 por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE, la cual en su artículo 5 sobre las estrategias y enfoques, numeral 5.2 incluye la Estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud cuyo objetivo es el logro de un mejor nivel de

salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y la sostenibilidad del sistema.

SUPERVISIÓN BASADA EN RIESGO - RESOLUCIÓN 4559 DE 2018

Por medio de la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Establece el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo los riesgos sistémicos como herramienta para la identificación, evaluación y medición, control, seguimiento y monitoreo de los riesgos (salud, financieros, operativos, entre otros) a los que se encuentran expuestas las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Para el funcionamiento del modelo implementado a través de esta resolución, las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud deben implementar un Sistema Integrado de Gestión de Riesgos que realice un análisis de aquellos riesgos a los que están expuestos, no solo en salud sino en los otros componentes, establecer los mecanismos de control, implementarlos y definir al final el impacto de esos mecanismos sobre el riesgo inicialmente medido, de tal manera que se pueda obtener el riesgo residual de la institución.

Para lograr lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud define los siguientes tipos de riesgo:

RIESGO EN SALUD: La probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo en un individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa, la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse.

RIESGO OPERATIVO: La posibilidad de que una entidad presente desviaciones en los objetivos misionales de sus procesos como consecuencia de deficiencias,

inadecuaciones o fallas en los procesos, en el recurso humano, en los sistemas tecnológicos, y biomédicos, en la infraestructura, por fraude y corrupción, ya sea por causa interna o por la ocurrencia de acontecimientos externos entre otros.

RIESGO FINANCIERO: La posibilidad de incurrir en pérdidas económicas debido a la ocurrencia de diferentes sucesos futuros e inciertos, como el Riesgo de concentración y hechos catastróficos, Riesgo de incrementos inesperados en los índices de morbilidad y en los costos de atención, Riesgos de cambios tecnológicos y Riesgos de insuficiencia de reservas técnicas.

RIESGO DE CONCENTRACION Y HECHOS CATASTROFICOS: probabilidad de pérdida en que puede incurrir una entidad como consecuencia de una agrupación (concentración) de los riesgos, bien sea por género, grupos etarios, regiones, patologías, por la ocurrencia de hechos catastróficos o situaciones similares que afecten un número elevado de afiliados.

RIESGO DE INCREMENTOS INESPERADOS EN LOS INDICES DE MORBIMORTALIDAD Y EN LOS COSTOS DE ATENCION: posibilidad de pérdida que se genera como consecuencia de variaciones considerables en las condiciones de morbi-mortalidad de la población afiliada, así como pérdidas derivadas de incrementos inesperados en los costos de atención.

RIESGOS DE CAMBIOS TECNOLOGICOS: posibilidad de pérdida debido a la incorporación de nuevas tecnologías, que requieran incrementos en la financiación del plan de beneficios.

RIESGOS DE INSUFICIENCIA DE RESERVAS TECNICAS: Posibilidad de pérdida como consecuencia de una subestimación en el cálculo de las reservas técnicas y otras obligaciones contractuales (servicios autorizados y servicios facturados).

Las instituciones vigiladas deben identificar y medir para cada uno de los anteriores tipos de riesgos, cómo se comporta o se comportaría el mismo sin ningún tipo de intervención, es decir el riesgo inherente, a partir de esos resultados, deben establecer los planes para intervenirlos o por lo menos mitigarlos, es decir los controles; y

finalmente una vez aplicados los controles determinar qué tan efectivos fueron los mismos, calculando el riesgo después de su aplicación es decir el riesgo neto.

La identificación de los tipos de riesgos, áreas significativas de supervisión y áreas e instituciones a las cuales se les asignará mayor o menor prioridad, será insumo para la planificación de la supervisión y presupuestación de la misma.

RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN DEL MAGISTERIO

Ahora bien, en el Régimen de Excepción del Magisterio, el Ministerio de Educación Nacional realizó un contrato de fiducia mercantil con Fiduprevisora S.A, quien a su vez realiza unos contratos derivados con Operadores de Servicios de Salud para la Gestión Integral del Riesgo a partir del Plan de Atención Integral de Salud del Magisterio, en dichos contratos se precisa que los Operadores asumen el riesgo en salud, operativo y financiero que del contrato se deriven.

La Auditoría Integral Externa de Fiduprevisora contribuye al mejoramiento continuo de la calidad y busca promover el desarrollo del nivel de autocontrol en los prestadores de servicios de salud del magisterio en el marco del Direccionamiento Estratégico Organizacional.

Los atributos de calidad que soportan la calidad esperada del modelo de salud del Magisterio, son:

Accesibilidad: capacidad de la organización para proporcionar al usuario durante la atención, condiciones de infraestructura, condiciones administrativas y condiciones de información de manera continua, oportuna e integral.

Oportunidad: posibilidad que tienen los usuarios de obtener los servicios que requieren, en los tiempos definidos acorde a su necesidad.

Continuidad: grado en el cual los usuarios reciben los servicios mediante una secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico.

Integralidad: capacidad de la organización para brindar al usuario la cobertura de los servicios acorde al plan de atención integral al cual tiene derecho

Suficiencia: diferencia entre la capacidad instalada de servicios disponibles a proveer por la red de prestadores y la demanda potencial de la población afiliada. La red es suficiente cuando este valor es cero

Seguridad: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías orientados a minimizar los riesgos de sufrir eventos adversos.

Eficacia: capacidad de lograr el resultado deseado en un tiempo determinado.

Eficiencia: capacidad de lograr el resultado deseado con el mínimo de recursos disponibles.

Efectividad: capacidad de lograr el resultado deseado equilibrando la eficacia y eficiencia.

Satisfacción: nivel de respuesta para cumplir y superar las expectativas del usuario y demás partes interesadas en el marco de las posibilidades de gestión institucional.

Nuestro estudio pretende determinar una revisión de los modelos de seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud, para posteriormente

plantear una opción específica para el Magisterio en el marco de la realidad del Régimen de Excepción del Magisterio Colombiano.

CAPITULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

Enfoque: CUALITATIVO

La presente investigación es de tipo cualitativa, utiliza información de tipo cualitativo y cuyo análisis se dirige a lograr descripciones detalladas de los fenómenos estudiados. La mayoría de estas investigaciones pone el acento en la utilización práctica de la investigación. Algunos ejemplos de investigaciones cualitativas son la investigación participativa, la investigación - acción, investigación - acción participativa, investigación etnográfica, estudio de casos.

3.2 Población

La población que se pretende impactar son los afiliados al régimen en salud del Magisterio de Colombia mediante la mejora de los modelos de gestión de la calidad al implementar herramientas para el seguimiento y evaluación.

3.3 Procedimientos

Este estudio se busca especificar las propiedades importantes de las herramientas de seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de los servicios, que serán sometida a análisis. En este estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, de forma tal de describir lo que se investiga. La meta del estudio es describir, comprender e interpretar los fenómenos a través de las percepciones y significados de los investigadores en relación a los diferentes modelos de seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud, es decir, partimos de las teorías ya existentes y ese será nuestro punto de referencia para compararlas entre sí.

El presente estudio puede ofrecer la posibilidad de llevar a cabo algún nivel de predicción (aunque sea elemental). Como aproximación a un aspecto de la realidad social, tenemos en primer lugar (en el sentido de más elemental) las investigaciones de tipo descriptivo. Buena parte de lo que se escribe y estudia sobre lo social no va mucho más allá de este nivel. Consiste fundamentalmente en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores.

3.4 Técnicas para recolección de información

El estudio se realizará a partir de las técnicas de inspección, observación, indagación y confirmación y la recolección de información se realizará a través de un instrumento diseñado específicamente para tal fin.

3.5 Técnicas para el análisis de la información

Los resultados serán tabulados a partir de la herramienta excel y presentados en tablas con las variables analizadas.

3.6 Consideraciones éticas

Acorde al Artículo 11 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud nuestra investigación es de tipo sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

CAPITULO 4. RESULTADOS

Para el análisis de las herramientas de seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de los servicios de salud, se determinaron las siguientes:

- Diagrama Causa - Efecto
- Diagrama de Flujo
- Estratificación
- Hojas de Verificación
- Diagrama de Pareto
- Histogramas
- Diagramas de control
- Diagramas de dispersión
- Función de pérdida de Taguchi.
- Evaluación 360°
- Ciclo PHVA
- Modelo Baldrige
- Modelo europeo de excelencia EFQM
- Esquema lógico REDER
- Modelo de Supervisión Basada en Riesgos

Se especificaron las propiedades importantes de las herramientas de seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de los servicios, tales como: el sector de aplicación de la herramienta objeto de revisión, la evaluación de la probabilidad de implementar dicha herramienta para el magisterio, la evaluación del impacto de implementarla para el magisterio y como producto de estas dos, obtenemos la evaluación final de la herramienta. Para obtener un valor cualitativo del impacto y la probabilidad se estableció una escala PXI aplicada de la siguiente manera.

Adicionalmente como variables determinantes para la aplicación en el Régimen del Magisterio, el equipo de trabajo definió que las herramientas a analizar incluyeran el enfoque, la implementación y el resultado.

PROBABILIDAD	
Es muy probable que esta herramienta pueda ser implementada en el seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de salud de acuerdo al modelo de atención del Magisterio	5
Es probable que esta herramienta pueda ser implementada en el seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de salud de acuerdo al modelo de atención del Magisterio, sin embargo, su implementación puede dejar por fuera una de las tres dimensiones de la evaluación (enfoque - implementación - resultado)	3
Es poco probable que esta herramienta pueda ser implementada en el seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de salud de acuerdo al modelo de atención del Magisterio, su implementación puede dejar por fuera dos o más de las tres dimensiones de la evaluación (enfoque - implementación - resultado)	1

IMPACTO	
La aplicación de esta herramienta puede desencadenar un impacto que permita evaluar entre el 90% y 100% de los indicadores de gestión determinados por la entidad para el monitoreo de la calidad en la prestación de servicios de salud del Magisterio	5
La aplicación de esta herramienta puede desencadenar un impacto que permita evaluar entre el 80% y 89% de los indicadores de gestión determinados por la entidad para el monitoreo de la calidad en la prestación de servicios de salud del Magisterio	3
La aplicación de esta herramienta puede desencadenar un impacto que permita evaluar menos del 80% de los indicadores de gestión determinados por la entidad para el monitoreo de la calidad en la prestación de servicios de salud del Magisterio	1

Tabla 1. Escala PXI

A continuación, podemos observar un gráfico con el resultado de la evaluación final de cada una de las herramientas.

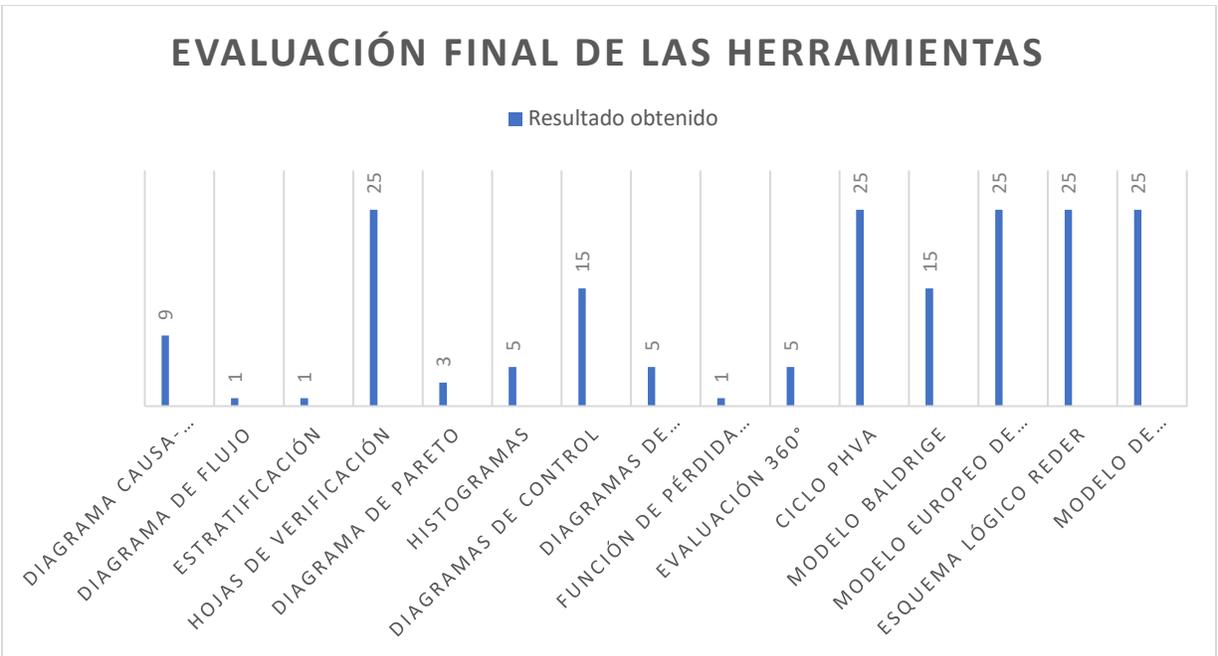


Gráfico 1. Evaluación final de las herramientas objeto de revisión.

El resultado que se observa en el anterior gráfico, es el producto de la multiplicación del puntaje obtenido por cada una de las herramientas en el impacto y la probabilidad, determinado por la información descrita en la **Tabla 1**. Las herramientas que obtuvieron el puntaje máximo (25 puntos) fueron: las hojas de verificación, el ciclo PHVA, el modelo europeo de excelencia EFQM, el esquema lógico REDER y el modelo de supervisión basado en riesgos. Lo cual indica que estas herramientas nos brindan una alta probabilidad de ser implementada en el seguimiento y evaluación de la calidad en la prestación de salud de acuerdo al modelo de atención del Magisterio y que esta herramienta puede desencadenar un impacto que permita evaluar entre el 90% y 100% de los indicadores de gestión determinados por la entidad.

Las herramientas con menor puntuación (1 punto) fueron: diagrama de flujo, estratificación y función de pérdida de Taguchi, representado casi un nulo beneficio para el cumplimiento de análisis de seguimiento y evaluación de procesos de calidad.

Se analizó el sector de aplicación de la herramienta objeto de revisión, obteniendo la siguiente información.

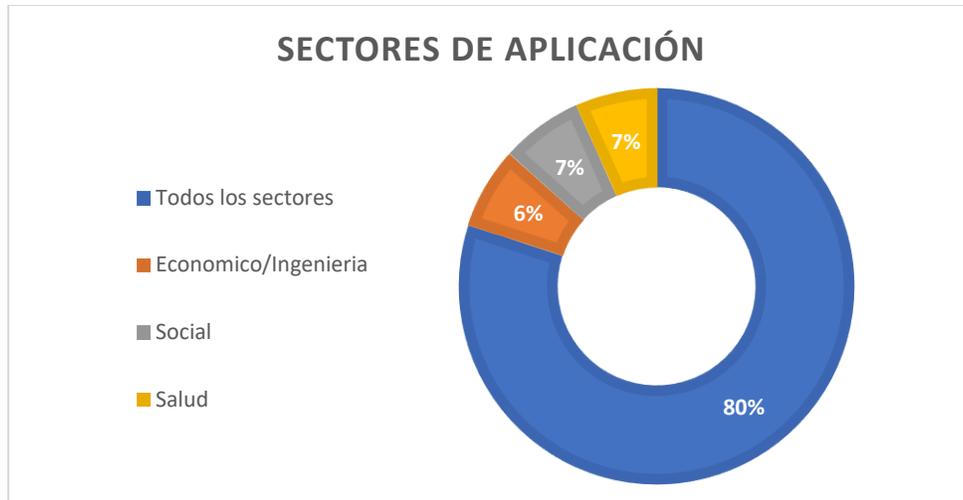


Gráfico 2. Sectores de aplicación de las herramientas objeto de revisión.

El 80% de las herramientas tienen su aplicación en todos los sectores, solo tres (3) herramientas tienen aplicaciones específicas, permitiendo trabajarlas en la economía/ingeniería, social y salud. Sin embargo, para este propósito la herramienta aplicada al sector salud representa una buena opción.

También se tuvieron en cuenta 3 variables contenidas en la herramienta objeto de revisión. las cuales se presentará de forma gráfica a continuación.

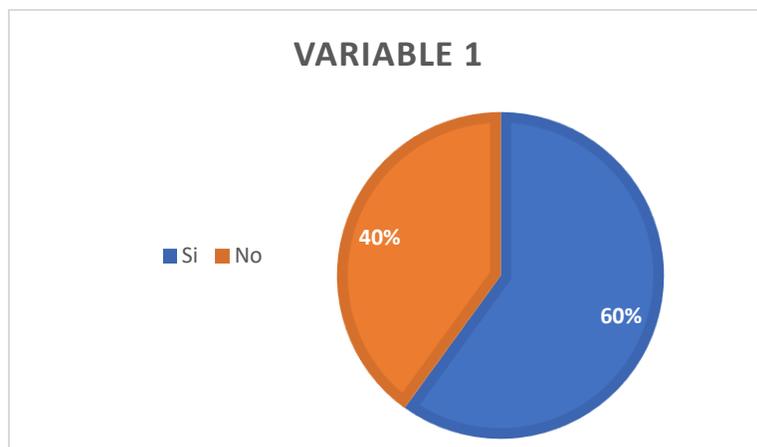


Gráfico 3. Variable 1. Posibilidad de evaluar el enfoque con la herramienta

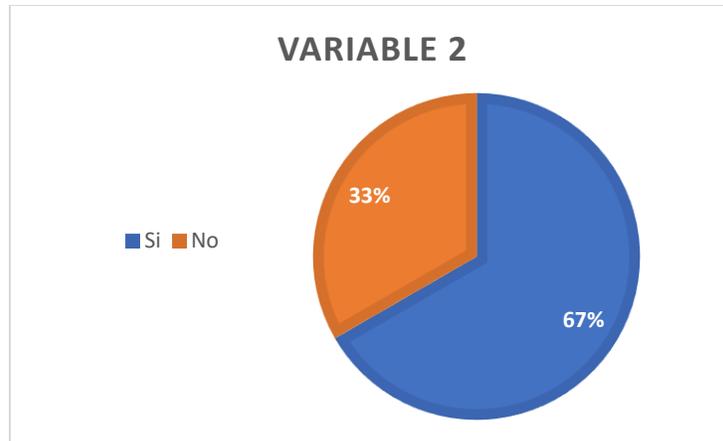


Gráfico 4. Variable 2. Posibilidad de evaluar la implementación con la herramienta.

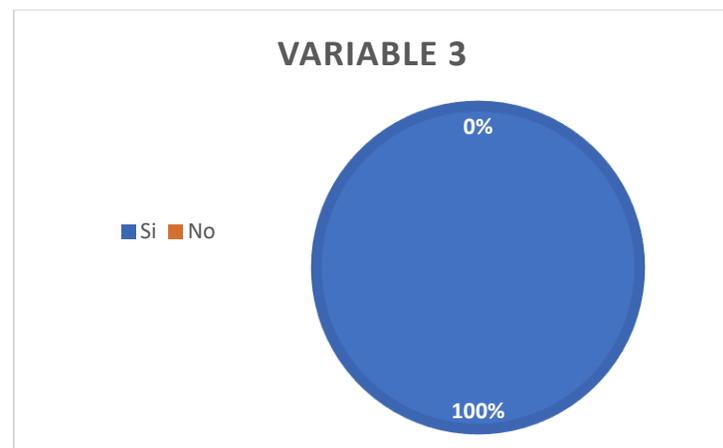


Gráfico 5. Variable 3. Posibilidad de evaluar el resultado con la herramienta

De las anteriores graficas se puede observar que todas las herramientas objeto de estudios permiten realizar la evaluación de los resultados (variable 3), de la calidad en la prestación de los servicios de salud. En cuanto a la posibilidad de evaluar la implementación (variable 2), solo el 67% de dichas herramientas nos permiten hacerlo, mientras que respecto a la posibilidad de evaluar el enfoque (variable 3), el 40% de las herramientas son útiles para tal fin.

Las herramientas que menos utilidad presentan para el cumplimiento de los objetivos del presente trabajo son: estratificación, histogramas, diagramas de dispersión y función de pérdida de Taguchi, pues de 3 variables solo nos permite implementar una (1), la cual

corresponde a la variable 3 (evaluación del resultado), excluyendo de la posibilidad de efectuar la variable 1 y 2, correspondientes a la evaluación del enfoque y la implementación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las herramientas para seguimiento y evaluación son importantes para controlar el estado actual de procesos de calidad en salud con el objetivo de tener una visión detallada de su estado y buscar formas de mejoramiento continuo.

La herramienta que más beneficios presenta para el seguimiento y evaluación de procesos de calidad en salud según las variables y características de evaluación objeto de análisis es el Modelo de Supervisión basado en riesgos, ya que obtuvo una evaluación final de 25 puntos, lo que significa que sus puntajes en la escala PXI fueron máximos tanto para la evaluación del impacto de la implementación como para la evaluación de la probabilidad de la implementación. Las tres variables analizadas están contenidas en esta herramienta y respecto al sector de aplicación, pese a que muchas de las herramientas pueden ser implementadas en todos los sectores, esta herramienta está diseñada para el sector salud.

Con los resultados de este análisis el equipo de trabajo diseñó una herramienta aplicable al Régimen de Excepción del Magisterio que parte de la herramienta de listas de chequeo o de verificación, las cuales a su interior tienen incluida el seguimiento y evaluación del enfoque, la implementación y los resultados en relación al plan de atención en salud del Magisterio, integradas mediante los estándares de calidad definidos por la Entidad, con lo cual integramos la herramienta Modelo europeo de excelencia EFQM y el Esquema Lógico de Reder, para posteriormente construir un modelo de calificación cuantitativa y cualitativa del nivel de riesgo neto de las instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo como base las definiciones de riesgo en salud, riesgo operativo y riesgo financiero con base en el Modelo de Supervisión Basada en Riesgo. Pretendemos que con la aplicación de la herramienta propuesta por el equipo de trabajo, al final se logre generar un ranking de la calidad en la prestación de servicios de salud.

REFERENCIAS

- Hernández Sampieri, R. Baptista Lucio, P. y Fernández Collado, C. (2006). Metodología de la investigación (4a. ed.). McGraw-Hill Interamericana. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/biblioibero/73662?page=48>
- Bermúdez, L. T. (2013). Investigación en la gestión empresarial. Eco Ediciones. Recuperado de <https://elibro.net/es/lc/biblioibero/titulos/69246>
- Maya Jaramillo, Beatriz Eugenia. Modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en el servicio de odontología de la unidad hospitalaria de Belén. Año 2005. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12494/13822>
- Pavón Rosero, Luis Eduardo. La auditoría médica como herramienta de control en la administración hospitalaria del Ecuador. Julio de 2017. Imprenta Calderón – Quito – Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13411/1/La%20auditoria%20m%C3%A9dica.pdf>
- ISO 9001:2015. (2016). Recuperado de <https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2016/09/desarrollo-concepto-calidad/>
- ESAN. (2016). Los diferentes conceptos de calidad en salud. Recuperado de <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>
- ISOTools. (2015). Conceptos fundamentales de la calidad en salud. Recuperado de <https://www.isotools.org/2015/06/29/conceptos-fundamentales-de-la-calidad-en-salud/>
- Ramiro, M. Gallego, A. Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia: [https://scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s144-s155/#:~:text=El%20sistema%20de%20salud%20colombiano,Social%20en%20Salud%20\(SGSSS\)](https://scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s144-s155/#:~:text=El%20sistema%20de%20salud%20colombiano,Social%20en%20Salud%20(SGSSS))
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>
- Hernández, A., Medina, A., Nogueira, D., Negrín, H. y Márqués, M. (2014). La caracterización y clasificación de sistemas, un paso necesario en la gestión y mejora de procesos. Particularidades en organizaciones hospitalarias. Revista Universidad Nacional de Colombia, 81(184), 193-200

- Lorenzo Martínez S. (1999). ¿Gestión de procesos en asistencia sanitaria?. Rev calidad asistencial (internet). (último acceso 17 de noviembre de 2013). 14(4) 243-244. Recuperado de <http://calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/302.pdf#page=2>.
- Rojas González, Ana Alicia. (2014). Modelos de gestión por procesos integrados en salud. *Ene*, 8(3)<https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000300008>
- ISOTools. (2015). Modelos de gestión de calidad aplicados a la salud. Recuperado de <https://www.isotools.org/2015/02/24/modelos-de-gestion-de-calidad-aplicados-a-la-salud/#:~:text=Principales%20modelos%20de%20gesti%C3%B3n%20y,Modelo%20JCAHO>.
- Romero Bermúdez, Erika; Díaz Camacho, Jacqueline. El uso del diagrama causa-efecto en el análisis de casos. Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (México), vol. XL, núm. 3-4, 2010, pp.127-142. Centro de Estudios Educativos, A.C. Distrito Federal, México. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/270/27018888005.pdf>
- Alejandro Durango. HERRAMIENTAS DE CONTROL ESTADISTICO. Recuperado de https://www.escolme.edu.co/almacenamiento/oei/tecnicos/ppios_admon/contenido_u4_1.pdf
- Arturo Ruiz-Falcó Rojas. Universidad Pontificia ICAI ICADE Madrid. Herramientas de Calidad. Marzo 2019. Recuperado de <https://web.cortland.edu/matresearch/HerraCalidad.pdf>
- Control y Mejora continua de los procesos. Recuperado de http://www.ephpo.es/Procesos/GUIA_DISENO_MEJORA/5.pdf
- Universidad Autónoma de Nuevo León. Diagrama de flujo. Recuperado de https://www.uanl.mx/utilerias/chip/descarga/diagrama_de_flujo.pdf
- Asturias Corporación Universitaria. La mejora continua. Recuperado de https://www.centro-virtual.com/recursos/biblioteca/pdf/aseguramiento_calidad/unidad1_pdf2.pdf
- Gehisy Hernández. Estratificación. Recuperado de <https://aprendiendocalidadyadr.com/estratificacion/>
- Fariña Gómez Beatriz. Gestion Estrategica De La Calidad. Herramientas. Una Aplicación en el Campo Sanitario. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es › descarga › articulo>
- "Cecilia S. Cardona E. Astrid C. Restrepo A. Herramientas de control Lista de Chequeo. Recuperado de http://puntosdeencuentro.weebly.com/uploads/2/2/3/6/22361874/listas_de_chequeo.pdf
- Instituto Nacional de Tecnología Industrial. Calidad. Recuperado de <https://www.fing.edu.uy/sites/default/files/2011/3161/M%C3%B3dulo%203%20-%20Calidad.pdf>
- Sociedad Latinoamericana para la Calidad. Gráfica de Pareto. Recuperado de <http://sigc.uqroo.mx/Manuales/Institucional/Procedimientos/Secretaria%20General/Gestion%20Calidad/DGC-001/Methodologias/Pareto.pdf>
- CEAACES, Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior del Ecuador. Diagrama de Pareto. Recuperado de https://www.academia.edu/35201292/DIAGRAMA_DE_PARETO_DIAGRAMA_DE_PARETO
- Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán. Histogramas.

<http://asesorias.cuautitlan2.unam.mx/Laboratoriovirtualdeestadistica/DOCUMENTOS/TEMA%2017.%20HISTOGRAMAS.pdf>

- Behar Gutiérrez Roberto, Grima Cintas Perez Universidad del Valle, Cali, Colombia. UPC Barcelona, España. El histograma como un instrumento para la comprensión de las funciones de densidad de probabilidad. Recuperado de <http://Dialnet-EIHistogramaComoUnInstrumentoParaLaComprensionDeLa-4770286.pdf>
- María Luz Pombo Departamento de Control de Vacunas División de Control Nacional de Productos Biológicos Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” Caracas – Venezuela. Gráficas de control. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/M.%20Pombo%20INHRR.pdf>
- Roberto Carro Paz. Daniel González. Control Estadístico de Procesos. http://nulan.mdp.edu.ar/1617/1/12_control_estadistico.pdf
- Juan Manuel Izar. Universidad Potosina. CAPÍTULO VIII 8.1 INTRODUCCIÓN EL DIAGRAMA DE DISPERSIÓN Y EL ANÁLISIS DE CORRELACIÓN. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/303876857_CAPITULO_VIII_81_INTRODUCCION_EL_DIAGRAMA_DE_DISPERSION_Y_EL_ANALISIS_DE_CORRELACION
- Estepa Castro, Antonio Universidad de Jaén. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Didáctica de las Ciencias. Campus de las Lagunillas, Jaén. Interpretación de los Diagramas de Dispersión. Recuperado de <https://118098-Texto%20del%20artículo-297832-1-10-20110117.pdf>
- Biblioteca Cooperante bajo la sigla ATK - Administrative Technical Knowledge.Herramientas de la Gestión de Calidad. Recuperado de http://www.cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/tqm/4_herramientas/4_herramientas.htm
- Bryan Salazar López. Función de pérdida de calidad – Taguchi. Recuperado de <https://www.ingenieriaindustrialonline.com/gestion-de-calidad/funcion-de-perdida-de-calidad-taguchi/>
- ALICIA B. HERNÁNDEZ MARIA DE LA PAZ GUILLON LILIANA A. GARCÍA Universidad Tecnológica Nacional - Facultad Regional Bahía Blanca Centro de Estudios de Calidad Total - Universidad Nacional del Sur. LA METODOLOGÍA DE TAGUCHI EN EL CONTROL ESTADÍSTICO DE LA CALIDAD.
- Biblioteca Cooperante bajo la sigla ATK - Administrative Technical Knowledge.Herramientas de la Gestión de Calidad. Recuperado de http://www.cyta.com.ar/biblioteca/bddoc/bdlibros/tqm/4_herramientas/4_herramientas.htm
- Jiménez Galán, Yasmín Ivette; González Ramírez, Marko Alfonso; Hernández Jaime, Josefina
- Modelo 360° para la evaluación por competencias (enseñanza-aprendizaje) Innovación Educativa, vol. 10, núm. 53, octubre-diciembre, 2010, pp. 43-53 Instituto Politécnico Nacional Distrito Federal, México
- Universidad Internacional de La Rioja. Evaluación 360° del Trabajo Cooperativo. Recuperado de <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/7208/LEJARRETA%20ERRASTI%20%20IRATXE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rafael López Cubino. Modelos de Gestión de Calidad. Recuperado de <https://www.jesuitasleon.es/calidad/Modelos%20de%20gestion%20de%20calidad.pdf>

- Universidad Militar Nueva Granada. El modelo Deming (PHVA) como estrategia competitiva para realzar el potencial administrativo. Recuperado de <https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/34875/CastilloPineda%20Lad yEsmeralda2019.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- García P, Manuel; Quispe A., Carlos; Ráez G., Luis Mejora continua de la calidad en los procesos
- Industrial Data, vol. 6, núm. 1, agosto, 2003, pp. 89-94 Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/816/81606112.pdf>
- Rafael López Cubino. Modelos de Gestión de Calidad. Recuperado de <https://www.jesuitasleon.es/calidad/Modelos%20de%20gestion%20de%20calidad.pdf>
- Baldrige National Quality Program USA. MODELO DE EXCELENCIA EN LA GESTIÓN MALCOLM BALDRIGE. Recuperado de http://www.praxis.com.pe/portal/sites/default/files/m_baldrige_2006.pdf
- Ammy Massiel Rodríguez Valdivia. Lesly Johary Sandoval Mejía. Modelo Malcolm Baldrige para la gestión de calidad total en ORTYCAST, Estelí - 2017. Recuperado de <https://repositorio.unan.edu.ni/8931/1/18784.pdf>
- "Rafael López Cubino. Modelos de Gestión de Calidad. Recuperado de <https://www.jesuitasleon.es/calidad/Modelos%20de%20gestion%20de%20calidad.pdf>
- The EFQM Model Revised 2nd Edition. Recuperado de <https://www.efqm.org/efqm-model>
- "Rafael López Cubino. Modelos de Gestión de Calidad. Recuperado de <https://www.jesuitasleon.es/calidad/Modelos%20de%20gestion%20de%20calidad.pdf>
- Ministerio del Fomento. Modelos para implantar la mejora continua en la gestión de empresas de transporte por carretera. Recuperado de <https://www.fomento.gob.es/nr/rdonlyres/da5481e6-03c1-490f-9d34-28ca8f99ff20/19355/via1.pdf>
- Superintendencia Nacional de Salud. Resolución 4559 de 2018 "Por medio de la cual se adopta el modelo de Inspección, Vigilancia y Control para la Superintendencia Nacional de Salud para el ejercicio de la supervisión de los riesgos inherentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud". Recuperada de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Resoluciones/RESOLUCI%C3%93N%204559%20de%202018.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de información. Excel 2 libros