

Informe No: AUS0000853

Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia

Banco Mundial e IFC

Versión Final

17 de Julio de 2019



© 2019 The World Bank
1818 H Street NW, Washington DC 20433
Teléfono: 202-473-1000; Internet: www.worldbank.org

Algunos derechos reservados

Este trabajo es un producto del personal directo del Banco Mundial. Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones expresados en este trabajo no reflejan necesariamente los puntos de vista del Directorio Ejecutivo del Banco Mundial o de los gobiernos que representan. El Banco Mundial no garantiza la exactitud de la información incluida en este trabajo. Las fronteras, colores, denominaciones y demás información expuestas en cualquier mapa en este trabajo no implican juicio alguno por parte del Banco Mundial acerca del estado legal de ningún territorio ni la aprobación o aceptación de tales fronteras.

Derechos y Permisos

El material en este trabajo está sujeto a derechos de autor. Debido a que el Banco Mundial fomenta la difusión de sus conocimientos, este trabajo puede reproducirse, en todo o en parte, con fines no comerciales, siempre que se otorgue la atribución completa a este trabajo.

Atribución—Favor citar el trabajo como sigue: “World Bank. 2019. External Assessment of Quality of Care in the Health Sector in Colombia. © World Bank.”

Todas las consultas sobre derechos y licencias, incluyendo derechos subsidiarios, se debe dirigir a World Bank Publications, The World Bank Group, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2625; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Tabla de Contenidos

Abreviaturas	5
Resumen Ejecutivo.....	6
1 Introducción	21
1.1 Contexto y Posicionamiento para la Evaluación de la Calidad en el Sector Salud	21
1.2 Métodos.....	23
2 Resumen de Hallazgos	28
2.1 Resultados en Calidad.....	28
2.3 Definición de Calidad, Directrices y Estándares	39
2.4 Medición e Informes de Calidad	41
2.5 Capacidad y Actividades de Mejora de Calidad	44
2.6 Insumos - Personal, Instalaciones, Equipo, Suministros.....	47
2.7 Rendición de Cuentas y Gobernanza.....	51
2.8 Políticas e Incentivos para Apoyar la Calidad de la Atención.....	59
2.9 Enfoque en la Evaluación de Calidad Hospitalaria	62
3 Recomendaciones	67
3.1. Fortalecer la capacidad de mejora de calidad en el sector salud	68
3.2. Fortalecer el ecosistema de calidad en el sector salud.....	69
3.3 Mejorar el rigor y el uso de la información sobre la calidad de la atención.....	71
3.4. Desarrollar e implementar un modelo de atención integral enfocado en la atención primaria en salud para apoyar el manejo de personas con necesidades de atención de salud crónicas y complejas.	73
3.5. Mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y contratación para incentivar la calidad en el sector salud.....	75
Reconocimientos	81
Apéndice 1: Entrevistas, visitas a sedes y encuesta de EPS	82
A1.1 Lista de Estándares de Calidad	82
A1.2 Listado de Entrevistas de Informadores Clave.....	91
A1.3 Visitas a Sedes Realizadas	94
A1.4 Documentos revisados para la Herramienta de Evaluación de la Calidad	96
A1.5 Bases de Datos Revisadas para la Herramienta de Evaluación de la Calidad.....	102
A1.6 Encuesta de EPS	104
Apéndice 2: Análisis detallado de los mecanismos de rendición de cuentas para la calidad de la atención en Colombia	109

Apéndice 3: Encuesta de la IFC sobre estándares de garantía de calidad en hospitales colombianos seleccionados	113
A3.1 Introducción.....	113
A3.2 Enfoque y Metodología de la Encuesta.....	114
A3.3 Resultados de la encuesta.....	116
A3.4 Conclusiones y Recomendaciones	123
A3.5 Cuestionario de Encuesta.....	124
Referencias.....	126

Abreviaturas

Abreviatura	Español	Inglés
CPGs	Guías de Práctica Clínica	Clinical practice guidelines
DMDS	Dirección Municipal y Distrital de Salud	Territorial entities (municipalities, health districts)
EPS	Entidad promotora de salud	Health promotion entity (Health Insurance Enterprise)
GBM	Grupo Banco Mundial	World Bank Group
IETS	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud	Institute for Health Technology Assessment
IFC	Corporación Financiera Internacional	International Finance Corporation
INCAS	Informe Nacional de Calidad en la Atención en Salud	National Report on Health Care Quality
IPS	Institución prestadora de servicios de salud	Health provider institution
LMIC	Países de ingresos medios y bajos	Low- and Middle-Income Country
MPS	Ministerio de Protección Social	Ministry of Social Protection
MSPS	Ministerio de Salud y Promoción Social	Ministry of Health and Social Protection
NCD	Enfermedades no transmisibles	Non-communicable diseases
NQPS	Política y estrategia de calidad nacional	National Quality Policy and Strategy
OAPES	Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales	Advisory Office of Planning and Sectoral Studies
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico	Organization for Economic Cooperation and Development
PAMEC	Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad	Audit Program for Quality Improvement
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública	10-Year Public Health Plan
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas	Collective Intervention Plan
PND	Plan Nacional de Desarrollo	National Development Plan
PNMCS	Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud	National Health Quality Improvement Plan
PTD	Plan Territorial de Salud	Territorial Health Plan
QA	Garantía de calidad	Quality assurance
QI	Mejora de Calidad	Quality improvement
RC	Régimen contributivo	Contributory regime
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud	Special Registry of Health Care Providers
ReTHUS	Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud	National Registry of Health Human Resources
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud	Register of Individual Health Care Services
RS	Régimen subsidiado	Subsidized regime
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud	General System of Social Security in Health
SISPRO	Sistema Integrado de Información en Salud	Integrated Health Information System
SOGC	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	Mandatory System of Quality Assurance
WHO	Organización Mundial de la Salud	World Health Organization

Resumen Ejecutivo

Este informe presenta hallazgos de una evaluación de la calidad de la atención en el sector salud en Colombia, utilizando una metodología novedosa desarrollada por el Grupo Banco Mundial (GBM) para evaluar la vigilancia, promoción y gestión de la calidad de la atención en el sector salud.

Esta evaluación de la calidad de la atención en el sector salud en Colombia examina la medida en la que los gobiernos elaboran estrategias, planifican y miden la calidad; establecen capacidad para la mejora de calidad en el sector; aseguran que se disponga de recursos adecuados y bien distribuidos para apoyar los resultados en calidad; pedir la rendición de cuentas a las organizaciones; aplican políticas de calidad consistentemente; y cómo logran resultados superiores en la calidad de la atención. Esta metodología evalúa estos ocho dominios utilizando 49 criterios basados en 171 estándares. La evaluación se basa en analíticas cuantitativas, entrevistas a informadores clave, más de 30 visitas a instalaciones públicas y privadas de atención en salud, una revisión de documentos clave de política y un sondeo a una muestra de compañías de seguros de salud. La evaluación es una iniciativa conjunta desde el GBM y la Corporación Financiera Internacional (IFC) y fue llevada a cabo por primera vez en Colombia. Esta se llevó a cabo de enero a junio de 2019.

Se han logrado mejoras sobresalientes en la cobertura de la atención en salud desde 1993, sin embargo, la calidad de la atención sigue siendo un reto y la clave de la sostenibilidad del sector salud en Colombia.

Colombia ha tenido un progreso importante en la promoción de una agenda de calidad por todo su sistema de atención en salud, aunado a la expansión exitosa de la Cobertura Universal en Salud. La priorización clara de la calidad y resultados data del 2006 con la creación del *Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud*. Desde entonces, el país ha desarrollado una plétora de estrategias y políticas dirigidas a integrar la gobernanza de la calidad por todo el sector salud, incluyendo normas de calidad para la infraestructura y para la práctica clínica, licencias, inspección y acreditación de prestadores, y objetivos de mejora en resultados en salud. Ahora, Colombia cuenta con una lista detallada de indicadores de calidad, así como un repositorio formidable de datos en su bodega del Sistema Integrado de Información en Salud (SISPRO), poniendo muchos indicadores a disposición del público y desagregados por compañía de seguros de salud y prestadores de atención en salud. Se cuenta con individuos específicos con responsabilidad oficial por la calidad por todo el sistema de salud, quienes trabajan junto con comités de calidad en la mayoría de los hospitales. Como resultado de estos esfuerzos, ha habido mejoras notables en los resultados en salud. Las infecciones adquiridas en la atención en salud se han vuelto menos frecuentes, ha habido mejoras en la satisfacción de los pacientes, y los tiempos de espera son comparables ahora con pares de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) -- aunque estos sigan siendo objeto de inquietud en Colombia. Sin embargo, la calidad de la atención se considera en gran medida en todo el sector como el programa de cambio necesario para convertir importantes inversiones en el sector salud en un sistema más eficaz y financieramente sostenible que satisfaga las demandas de los pacientes y los ciudadanos. El Plan Nacional de Desarrollo para el periodo

2018-2022, aprobado por el Congreso de Colombia en mayo de 2019 subraya la importancia de la calidad de la atención como estrategia central para mejorar la sostenibilidad financiera del sector salud.

Aun así, persisten inquietudes significativas que las mejoras en la calidad de la atención no están cumpliendo con las inversiones y expectativas en el sector. Un estudio histórico de la Comisión de Salud Global de Lancet sobre Sistemas de Salud de Alta Calidad (2018) estima que más de 22.000 colombianos mueren cada año debido a la mala calidad de la atención, y cerca de 12.000 más mueren debido al acceso deficiente a, o la utilización de, los servicios. Aunque Colombia ahora brinda cobertura de servicios de atención en salud para una mayor proporción de la población que muchos otros países de la OCDE (94% a 96% desde 2010), los resultados en salud y la calidad siguen siendo peores que la mayoría de los demás países de la OCDE. La tasa de mortalidad materna en Colombia es más alta que en todos los demás países de la OCDE y un 25% más alta que la de México, que tuvo la siguiente tasa más alta. Los años de vida perdidos de Colombia debido a la neumonía (una condición clínica relativamente fácil de tratar) también superan a casi todos los demás países de la OCDE, excepto Lituania y México.

Para varios indicadores clave, los resultados son peores en áreas rurales, hospitales públicos y regiones con ingresos más bajos. La proporción de mujeres embarazadas con cuatro visitas prenatales fue del 63% en las áreas rurales en comparación con el 73% en las áreas urbanas en 2018. Las tasas de mamografías de detección en mujeres de 50 a 69 años son más bajas en los departamentos regionales con ingresos más bajos, tan poco como un 1,3% en comparación con una media nacional del 10,1%. Las tasas de mortalidad intrahospitalaria por cada 1.000 pacientes dentro de las 72 horas de admisión fueron mayores en las zonas rurales en comparación con las instalaciones urbanas (6,22 vs. 1,35 en 2014). El tiempo promedio de espera para una cita con un médico general fue ligeramente mayor en instalaciones públicas comparadas con instalaciones del sector privado (2,9 vs. 2,6 días en 2014). Este estudio también encontró grandes diferencias entre el área rural y urbana en los tiempos de espera de especialistas, tales como 38,7 vs. 7,4 días para una consulta pediátrica y 20,1 vs. 14,1 días para cirugía general (2016).

Un enfoque más ambicioso y consistente para medir, respaldar y mejorar la calidad a nivel de hospitales y clínicas será clave para desatar la siguiente ola de aumentos de calidad en el sistema de salud de Colombia y garantizar su sostenibilidad financiera.

La amplia gama de políticas e instituciones a nivel de sistema, descrita a lo largo de este informe, muestra que no hay escasez de esfuerzos de arriba hacia abajo para impulsar aumentos de calidad. Sin embargo, esto no siempre coincide con una actividad ascendente enfocada y efectiva. En el sistema de atención en salud altamente descentralizado de Colombia, se debe pensar ahora más en cómo apoyar a los hospitales, clínicas de atención primaria y otros prestadores de atención en salud para mejorar continuamente la calidad de la atención y los resultados en salud. Este informe ofrece un conjunto equilibrado de diez recomendaciones agrupadas en cinco temas sobre cómo hacerlo, al tiempo que refuerza los impulsores del cambio a nivel del sistema para garantizar una atención médica efectiva, segura y centrada en el paciente para todos los colombianos. Las recomendaciones se mapearon contra las prioridades actuales del gobierno de Colombia para mejorar la calidad de la atención y se discutieron ampliamente con el gobierno de Colombia durante la finalización de esta evaluación.

Hallazgos clave de la evaluación de la calidad del sector salud en Colombia (ver resumen en Tabla S3)

- Existe mucho espacio para mejorar los resultados de calidad de la atención en el sector salud, con grandes variaciones en la calidad entre el sector público y el privado, por geografía, entornos urbanos y rurales, y la peor calidad que afecta a las poblaciones más vulnerables. Según se miden, los índices de satisfacción son altos y los tiempos de espera son bajos en comparación con los países de la OCDE, sin embargo, las medidas de efectividad de la atención sugieren debilidades en los procesos de atención para las ENT, los indicadores de eficiencia sugieren un uso excesivo de los recursos disponibles y baja disponibilidad de indicadores de atención integrada muestran debilidades adicionales en calidad de atención.
- La estrategia nacional de calidad debe ser más explícita sobre los objetivos, planes, actividades, roles y responsabilidades, y rendición de cuentas sobre resultados. Existen pocos mecanismos para garantizar la correcta alineación y conexión en cascada adecuadas entre la estrategia nacional de calidad y las estrategias de las compañías de seguros de salud, las autoridades sanitarias a nivel de departamento y los prestadores de atención en salud.
- Las ricas fuentes de datos en el sistema de información integrado del gobierno para el sector, rara vez se utilizan para actividades de mejora de la calidad. La información no se envía a los proveedores de primera línea que más la necesitan. Algunos datos recopilados no son de fácil acceso y la información que se publica está desactualizada. Los datos se divulgan públicamente con poco contexto sobre cómo interpretarlos o qué acciones tomar para mejorar.
- La capacidad para la mejora continua de calidad se distribuye de manera desigual en el sector, pero existe una enorme cantidad de energía y entusiasmo por la mejora de calidad en el sector. Existen amplias variaciones en el número de profesionales de la salud capacitados en calidad entre los diferentes prestadores de atención en salud y compañías de seguros de salud. Hay una falta de mecanismos para el aprendizaje compartido entre pares y una información limitada sobre los puntos de referencia para la calidad. El programa de acreditación es riguroso, pero tiene un nivel de inscripción muy bajo. El uso de herramientas de apoyo a la toma de decisiones para guiar la toma de decisiones clínicas es limitado y debe ampliarse.
- Los mecanismos para verificar las habilidades clínicas de los prestadores son débiles. No existe un plan de estudios básico estandarizado para los graduados de medicina en todo el país. Existen importantes disparidades en la distribución de recursos humanos, especialmente en zonas rurales y remotas del país.
- El modelo actual de atención está fragmentado. Esta es una barrera importante para la calidad de la atención en un país donde la mayor parte de la carga de la enfermedad proviene de enfermedades no transmisibles que requiere la integración y la coordinación de la atención para que sea eficaz. Existe una mala comunicación entre la atención primaria y los servicios especializados. Los pacientes buscan atención de múltiples prestadores (por ejemplo, atención primaria, laboratorios, atención especializada) en diferentes sitios, debido a la naturaleza de la contratación de diferentes servicios por parte de las compañías de seguros de salud. Este es un impedimento para brindar atención de calidad a un número creciente de pacientes con múltiples enfermedades crónicas.

- Los mecanismos de rendición de cuentas deben fortalecerse y la rendición de cuentas para la integración de la atención es débil y motivo de preocupación. Aunque hay ejemplos de incentivos para la calidad en los contratos entre pocas compañías de seguros de salud y prestadores de atención en salud, este mecanismo es generalmente débil. Solo hay algunos ejemplos de rendición de cuentas financiera para la calidad. En teoría, los consumidores responsabilizan a las compañías de seguros de salud por la calidad, pero carecen de información de calidad y oportuna para hacerlo.

Recomendaciones

Para mejorar la calidad de la atención en el sector salud, el gobierno, las compañías de seguros de salud, las autoridades de salud locales y los prestadores de atención podrían tomar medidas para: (1) fortalecer la capacidad de mejora continua de calidad en el sector salud; (2) fortalecer el ecosistema de calidad en el sector; (3) mejorar el rigor y el uso de la información sobre calidad para estimular la elección del paciente y el aprendizaje entre pares para los prestadores de atención en salud; (4) desarrollar e implementar un modelo de atención integrado para apoyar el manejo de personas con necesidades de atención en salud complejas y crónicas; y (5) mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y contratación para incentivar la calidad.

Todos los cinco temas y las 10 recomendaciones relacionadas se resumen en la Tabla S1 al final de esta sección, la cual también presenta una evaluación preliminar para cada recomendación de los requerimientos de recursos, la dificultad de ejecución y el impacto potencial, cada uno calificado en una escala de + a +++ . También indicamos si el horizonte de tiempo esperado para lograr el impacto es a corto, mediano o largo plazo. Finalmente, señalamos las dimensiones de la calidad (como la seguridad del paciente, la eficacia de la atención o la integración de la atención) a las que contribuye cada recomendación. Estas calificaciones tienen como objetivo alentar al Ministerio de Salud y Protección Social del gobierno de Colombia a contemplar consideraciones de implementación, gestión de riesgos y rentabilidad a medida que planifican su implementación.

Es importante tener en cuenta que este informe propone un paquete cohesivo de intervenciones, todas las cuales son necesarias e importantes para lograr un cambio sostenible en la calidad de la atención en el sector. Si el gobierno tiene que secuenciar y planificar estas recomendaciones cuidadosamente, será necesaria la implementación de las diez recomendaciones conforme avance el tiempo para lograr un impacto a escala y comprometerse con la calidad como una piedra angular de la sostenibilidad financiera del sector. También es importante reconocer que todos los actores en el sector tienen que cumplir un rol de implementadores en la implementación de las recomendaciones propuestas para su consideración: la Tabla S2 señala que no solo el gobierno, sino también las autoridades departamentales de salud; compañías de seguros de salud; proveedores de servicios de salud; y todos los pacientes y ciudadanos deben estar completamente comprometidos y liderar la revolución de calidad que se requiere para garantizar que un sistema de salud de alta calidad en Colombia ofrezca resultados de calidad para todos los colombianos.

1. Fortalecer la capacidad de mejora de calidad en el sector salud.

Un paso inicial y crítico es invertir en la capacitación de profesionales de la salud para aumentar su capacidad de mejora continua de calidad (QI) en diferentes niveles del sistema: desde la primera línea de los servicios de salud hasta las autoridades departamentales de salud y las compañías de seguros de salud hasta el nivel gubernamental. El lanzamiento de campañas nacionales de calidad para el cáncer o la diabetes movilizaría el sector a corto plazo y generaría el apoyo y el compromiso de los prestadores de atención en salud y, posiblemente, de los pacientes si se les vincula adecuadamente. Las colaboraciones de mejora de calidad y las comunidades de práctica también podrían jugar un papel importante para promover el aprendizaje compartido entre los prestadores de atención en salud, las autoridades territoriales de salud y las compañías de seguros de salud, lo cual serían transformadoras. También sería importante desarrollar e implementar un conjunto de herramientas de apoyo a decisiones clínicas, que ayuden a los prestadores de atención en salud a cumplir con las mejores prácticas clínicas.

2. Fortalecer el ecosistema de calidad en el sector salud

El gobierno podría considerar actualizar y extender el alcance del sistema nacional de garantía obligatoria de calidad de atención para fortalecer la capacidad del sistema para mejorar la calidad y mejorar la cultura de calidad en el sector. Esto incluye reformar el proceso de acreditación para implementarlo a escala utilizando un enfoque más gradual de la acreditación, pero también ampliar el sistema regulatorio actual con iniciativas para involucrar y capacitar a pacientes y ciudadanos para que participen en la planificación, diseño y responsabilidad de los servicios de atención en salud y exigir atención de mejor calidad en la salud.

Otra prioridad sería invertir en mejorar la competencia clínica de los profesionales de la salud antes y después de la graduación, por ejemplo, desarrollando un plan de estudios básico para médicos y enfermeras para mejorar su nivel de competencia clínica. Se requiere una estrategia para reducir las disparidades regionales en la oferta de profesionales en salud, con énfasis en expandir la educación de los profesionales de la salud en áreas rurales, por ejemplo, a través de programas de educación rural, tanto a nivel de pregrado como de posgrado (es decir, capacitación de residencia).

3. Mejorar el rigor y el uso de la información sobre la calidad de la atención.

Colombia tiene una gran cantidad de información sobre la calidad de la atención, pero los indicadores de desempeño a menudo no son oportunos, no se adaptan a las necesidades de los usuarios de información específica y son de confiabilidad irregular. Hay una orientación limitada sobre cómo usar la información y los objetivos de mejora sugeridos. Como resultado, los prestadores no utilizan la información de manera óptima para mejorar, y los pacientes no la usan de manera habitual para elegir a su asegurador o prestador de atención en salud.

La elección por parte del paciente del prestador de atención en salud y la aseguradora podría mejorarse proporcionando a los pacientes información local, pertinente y accesible sobre la calidad de la atención que encuentran (por ejemplo, sistema de clasificación del prestador con estrellas, clasificación de prestadores). Para los prestadores de atención en salud, la siguiente generación de sistemas de medición de calidad informados públicamente en Colombia debe incluir cuadros de mando de calidad en todos los

niveles del sistema. Se deben desarrollar puntos de referencia para resultados de calidad que permitan a los prestadores de atención en salud (por ejemplo, hospitales públicos) comparar resultados de calidad y aprender unos de otros. Colombia también debe establecer una nueva generación de indicadores de calidad, en particular para la integración de la atención y las inequidades de calidad. Finalmente, Colombia debe hacer un esfuerzo sustancial para mejorar la actualización de los datos (siendo la norma la información trimestral a tiempo real), la calidad de los datos a través de auditorías periódicas y mejores estrategias de difusión para diversos usuarios de la información, incluyendo el público.

4. Desarrollar e implementar un modelo de atención integral enfocado en la atención primaria en salud para apoyar el manejo de personas con necesidades de atención de salud crónicas y complejas.

Para adaptarse a la creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles, se necesita la acción de las autoridades de salud departamentales, las compañías de seguros de salud y el gobierno para desarrollar e implementar un nuevo modelo integrado de prestación de atención al mismo tiempo que se fortalece la atención en salud primaria. Las opciones específicas a considerar en el diseño de un modelo integrado incluyen: el uso de vías de atención integrada para enfermedades crónicas; la incorporación de especialistas visitantes en entornos de atención primaria en salud; manejo interdisciplinario de casos para pacientes complejos; uso de asesores de pacientes; sistemas de telemedicina o consulta electrónica para proporcionar a los prestadores de atención primaria un mayor acceso a especialistas; incentivos para la co-localización de diferentes servicios (por ejemplo, laboratorios, imágenes, rehabilitación) para minimizar los viajes de los pacientes; uso de dispositivos de monitoreo en el hogar con comunicación bidireccional con prestadores; y sistemas de información compartida accesibles para todos los miembros de un equipo de atención interdisciplinaria.

Los incentivos y la innovación en los sistemas de pago deben promover la integración de la atención en torno a afecciones médicas específicas, tales como el cáncer. Para lograrlo, es aconsejable ampliar el alcance del programa de la Cuenta de Alto Costo a otras enfermedades crónicas como el cáncer, EPOC, enfermedades mentales, otras enfermedades reumáticas y las multimorbilidades, así como para indexar las enfermedades episódicas (por ejemplo, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o apendicitis); y aumentar el énfasis en la rendición de cuentas basada en resultados y no solo en el cumplimiento del proceso. También se deben fomentar la ampliación de enfoques de apoyo de autogestión (SMS) para pacientes con enfermedades crónicas.

5. Mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y contratación para incentivar la calidad en el sector salud.

Es aconsejable mejorar la participación y relacionamiento del paciente en los procesos locales de gobernanza y rendición de cuentas. El empoderamiento y el relacionamiento del paciente es clave para diseñar, planificar y administrar los servicios centrados en la persona, cumpla mejor con las expectativas de los pacientes, las familias y las comunidades y garantice una mejor sostenibilidad financiera del sector. Otras posibles intervenciones para aumentar la demanda de calidad de la atención incluyen: un compromiso nacional con una garantía de calidad; cartas de derechos para los pacientes; ampliar las oportunidades de recursos, quejas y participación en los sistemas locales de gobernanza.

Deben fortalecerse los mecanismos de rendición de cuentas para responsabilizar a las compañías de seguros de salud por la implementación de modelos de atención integrada, y se deben fortalecer las mejoras centradas en la persona y la eficiencia en la prestación de servicios, a través de procesos tales como mejores mecanismos de licencias y acreditación para las compañías de seguros de salud. Los mecanismos de pago y contratación entre el Ministerio y las aseguradoras de salud deben fortalecerse. Los ejemplos incluyen incentivos para evitar que los pacientes desarrollen afecciones de alto costo, como insuficiencia renal, a través de la prevención y un buen manejo de enfermedades crónicas o mecanismos de ajuste por riesgo ex post para pacientes de alto costo o grupos de pacientes específicos, tales como pacientes con cáncer, utilizando el mecanismo para cuentas de pacientes de alto costo.

Próximos pasos inmediatos y trabajo analítico adicional requerido

Las recomendaciones a corto plazo sugeridas cubren lo siguiente:

- Actualizar y ampliar el alcance del sistema nacional de garantía obligatoria para la calidad de la atención, incluyendo la competencia clínica de los prestadores de atención en salud y la participación y el empoderamiento de los pacientes.
- Implementar un régimen de incentivos para la calidad de la atención del cáncer y otras afecciones médicas a través de mecanismos de ajuste ex post para pagos de capitación (UPC) pagados a las compañías de seguros de salud.
- Desarrollar mecanismos para establecer puntos de referencia sobre la calidad de los prestadores de atención en salud y las compañías de seguros, tales como un observatorio de hospitales públicos o un mecanismo de clasificación para la calidad de la atención brindada por las compañías de seguros de salud.
- Fortalecer la capacidad del sistema para la mejora continua de calidad y el aprendizaje y lanzar campañas de mejora de calidad para condiciones específicas como el cáncer.

Se sugiere un trabajo analítico adicional para comprender mejor las variaciones y los impulsores de la calidad de la atención y desarrollar estrategias y planes más específicos para mejorar la calidad de la atención en áreas remotas y rurales y para las poblaciones más vulnerables, que son las más afectadas por la mala calidad y la atención insegura.

Tabla S1: Recomendaciones Basadas en el Estudio de Evaluación de Colombia sobre la Calidad de la Atención

Recomendaciones	Requisitos de recursos (+ a +++)	Dificultad de ejecución (+ a +++)	Impacto Potencial (+ a +++)	Horizonte de Tiempo para Impacto (Corto, Medio o Largo Plazo)	Principales Dimensiones de Calidad Afectadas
Fortalecer la capacidad de mejora de calidad en el sector salud.					
1. Fortalecer la capacidad del sistema para la mejora continua de calidad (QI) y el aprendizaje y lanzar campañas nacionales QI para condiciones específicas (por ejemplo, cáncer)	++	++	+++	Corto Plazo	Efectividad Eficiencia Seguridad del paciente
Fortalecer el ecosistema de calidad en el sector salud					
2. Actualizar y ampliar el alcance del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.	+	++	++	Corto Plazo	Seguridad del paciente Efectividad Centrado en la persona
3. Mejorar el servicio previo y la educación continua para los clínicos con un enfoque en mejorar la competencia clínica y las habilidades de QI, y desarrollo de la capacidad de capacitación rural.	++	+++	+++	Mediano Plazo	Efectividad Seguridad del paciente
Mejorar el rigor y el uso de la información sobre la calidad de la atención.					
4. Aumentar la elección de los pacientes proporcionándoles información localizada y pertinente sobre la calidad	+	+	++	Mediano Plazo	Centrado en la persona Equidad
5. Desarrollar mecanismos transparentes para hacer puntos de referencia de la calidad de prestadores y compañías de seguros	++	++	+++	Corto Plazo	Efectividad Oportunidad Equidad
6. Mejorar la actualización y la calidad de los datos y difundir mejor la información de calidad de manera oportuna a los prestadores de atención en salud, las compañías de seguros y el público	+++	+++	+++	Mediano Plazo	Efectividad Integración de atención Oportunidad
Desarrollar e implementar un modelo de atención integral enfocado en la atención primaria en salud para apoyar el manejo de personas con necesidades de atención de salud crónicas y complejas					
7. Desarrollar y desplegar un nuevo modelo integrado de prestación de atención al mismo tiempo que se fortalece la atención primaria en salud	+++	+++	+++	Largo Plazo	Integración de atención Centrado en la persona Equidad
8. Ampliar el alcance del programa de Cuenta de Alto Costo a otras enfermedades crónicas y escalar los mecanismos de apoyo a la autogestión para pacientes con enfermedades crónicas	++	++	+++	Corto Plazo	Integración de atención Centrado en la persona
Mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y contratación para incentivar la calidad					
9. Mejorar la participación y el relacionamiento del paciente en la planificación del sistema y los procesos de rendición de cuentas	+	++	+++	Mediano Plazo	Efectividad Integración de atención Oportunidad
10. Fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas centrados en resultados mediante la mejora de la regulación, los sistemas de pago y los incentivos, tales como los mecanismos de ajuste ex post para los pagos por capitación	++	++	+++	Mediano Plazo	Efectividad Eficiencia Equidad Centrado en la persona

+ bajo ++ medio +++ alto

Tabla S2: Implicaciones de las Recomendaciones para Partes Interesadas del Sistema: Quién está Involucrado

Recomendaciones	Gobierno	Autoridades sanitarias a nivel departamental	Compañías de seguros de salud	Prestadores de atención en salud	Hospitales académicos	Pacientes y ciudadanos
Fortalecer la capacidad de mejora de calidad en el sector salud.						
1. Fortalecer la capacidad del sistema para la mejora continua de calidad (QI) y el aprendizaje y lanzar campañas nacionales QI para condiciones específicas (por ejemplo, cáncer)	F S	M o P	M	P	M o P	I
Fortalecer el ecosistema de calidad en el sector salud						
2. Actualizar y ampliar el alcance del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud	F S M	M	P	P	I	I
3. Mejorar el servicio previo y la educación continua para los clínicos con un enfoque en mejorar la competencia clínica y las habilidades de QI, y desarrollo de la capacidad de capacitación rural.	F S	P	P	P	M	I
Mejorar el rigor y el uso de la información sobre la calidad de la atención.						
4. Aumentar la elección de los pacientes proporcionándoles información localizada y pertinente sobre la calidad	F S M	P	P	P	I	C
5. Desarrollar mecanismos transparentes para hacer puntos de referencia de la calidad de prestadores y compañías de seguros	F S M	P	P	P	P	I
6. Mejorar la actualización y la calidad de los datos y difundir mejor la calidad, la información oportuna a los prestadores de atención en salud, las compañías de seguros y el público	F S M	P	P	P	I	I
Desarrollar e implementar un modelo de atención integral enfocado en la atención primaria en salud para apoyar el manejo de personas con necesidades de atención de salud crónicas y complejas						
7. Desarrollar y desplegar un nuevo modelo integrado de prestación de atención al mismo tiempo que se fortalece la atención primaria en salud	F S	M o P	M o P	M o P	I	P
8. Ampliar el alcance del programa de Cuenta de Alto Costo a otras enfermedades crónicas y escalar los mecanismos de apoyo a la autogestión para pacientes con enfermedades crónicas	F S M	P	P	P	I	P
Mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y contratación para incentivar la calidad						
9. Mejorar la participación y el relacionamiento de pacientes y ciudadanos en la planificación del sistema y los procesos de rendición de cuentas	F S	M	M	P	I	P
10. Fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas centrados en resultados mediante la mejora de la regulación, los sistemas de pago y los incentivos, tales como los mecanismos de ajuste ex post para los pagos por capitación	F S M	P	P	P	I o P	I

F: proporcionar financiación o incentivos financieros
S: establecer dirección estratégica, normas, políticas.
M: administrar el programa
P: participar en la implementación del programa o soporte
I: estar informado sobre la actividad
C: tomar decisiones informadas o estratégicas

Figura S1: Comparaciones de Resultados en Salud en los países de la OCDE

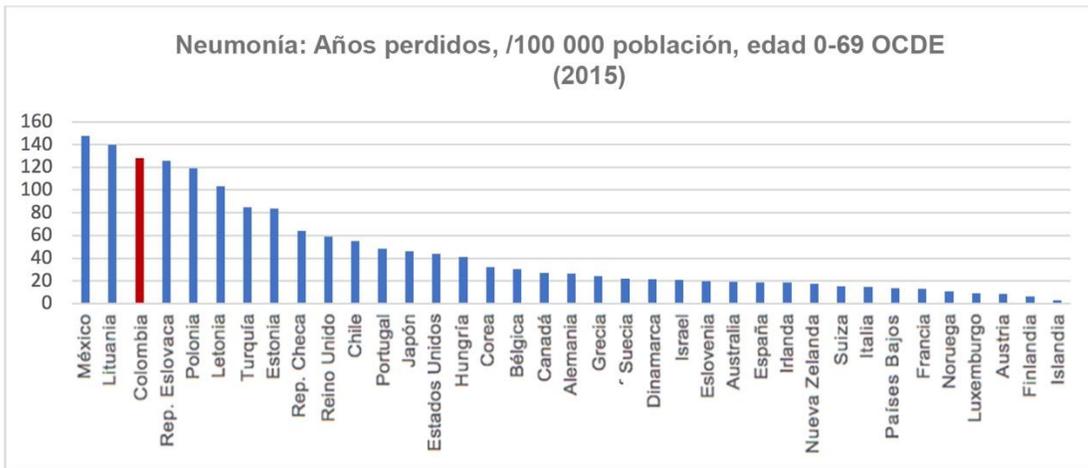
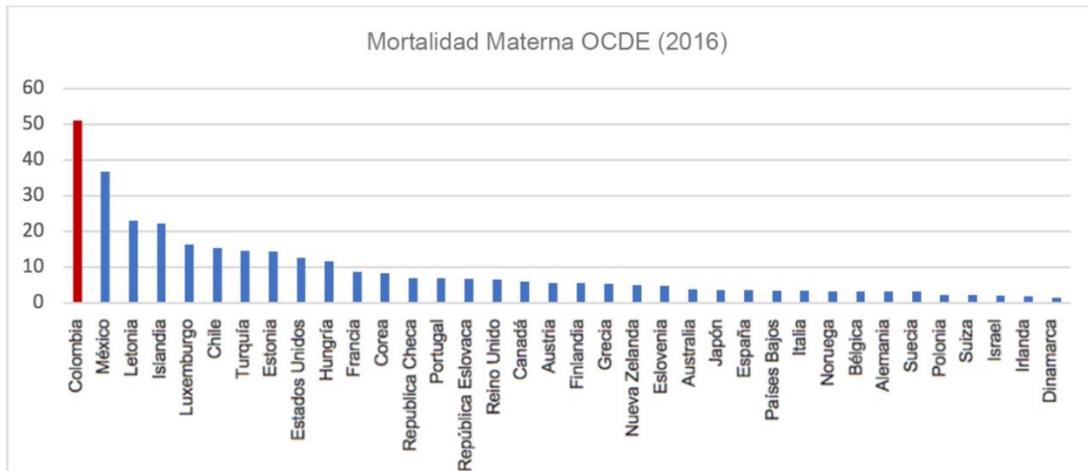
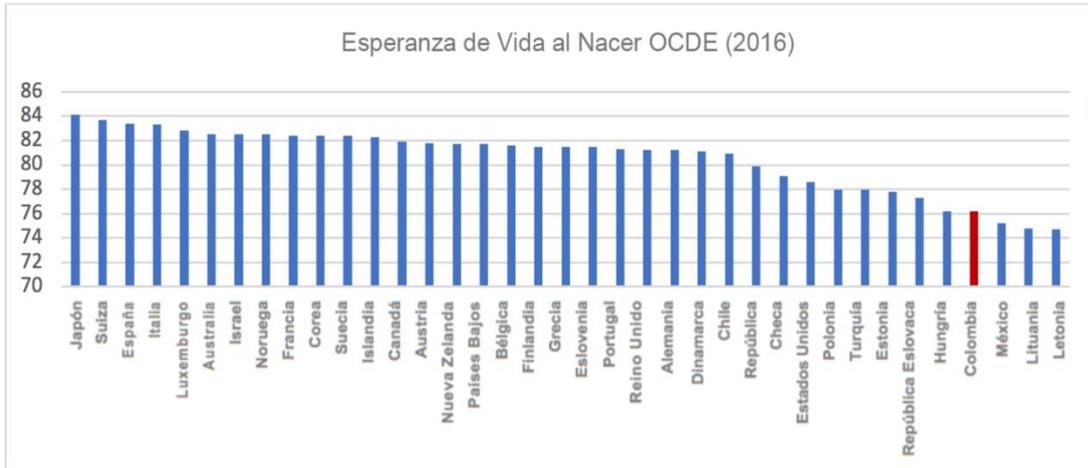
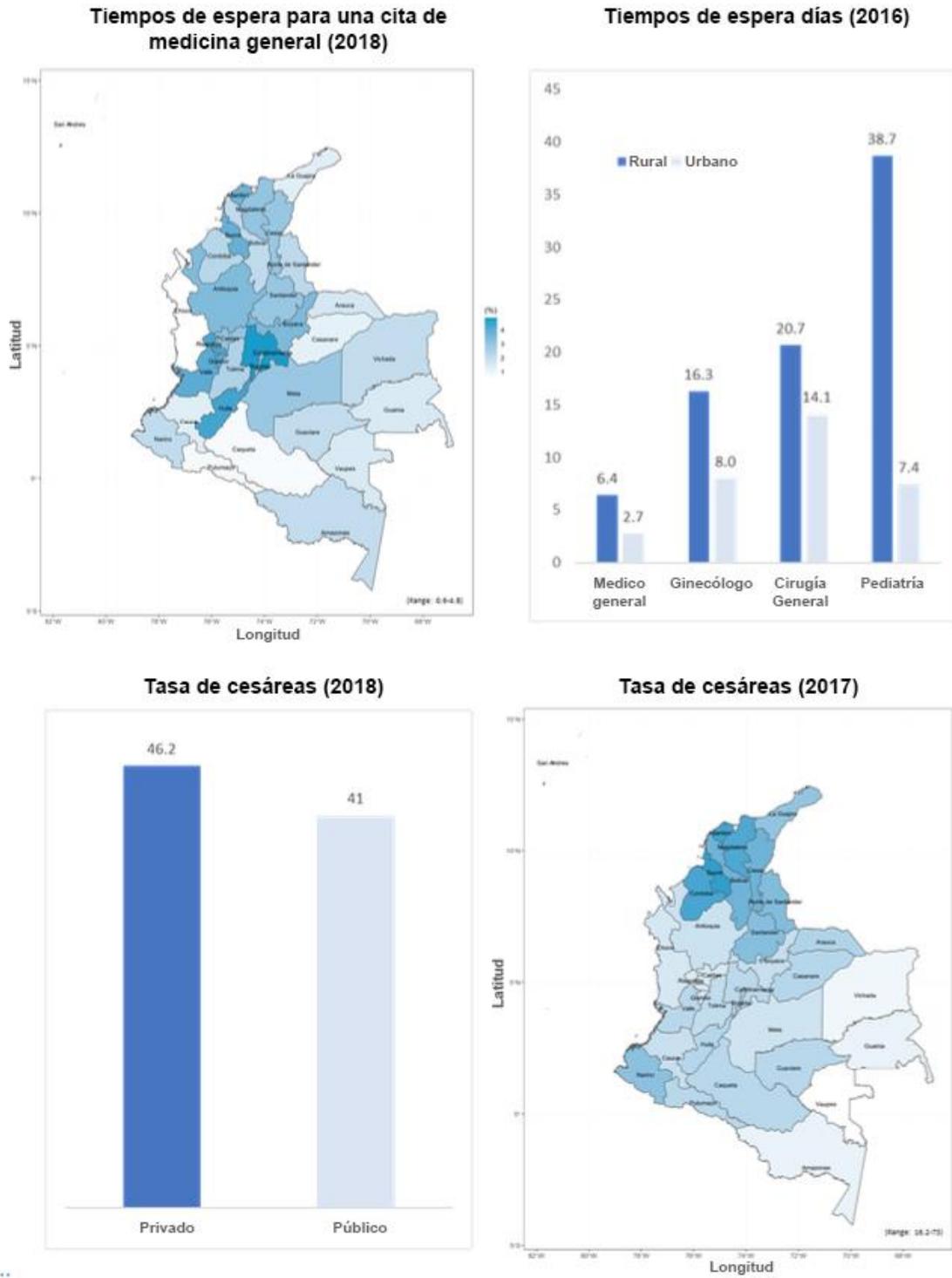


Figura S2: Variaciones en Indicadores Seleccionados por Región, Estado Público-Privado o Rural-Urbano



Fuente: basado en datos del [Observatorio Nacional de Calidad en Salud](#)

La Tabla S3 a continuación presenta los resultados detallados de los hallazgos de la evaluación de los resultados de calidad, para ocho dimensiones de la calidad de la atención que se describen más detalladamente en el informe. Los puntajes reflejados en la siguiente tabla corresponden a una escala general de 1 a 4, con un puntaje de 1 para una actividad mínima o nula; una puntuación de 2 para <50% de las actividades, elementos o resultados deseados; una puntuación de 3 = para >= 50% de las actividades, elementos o resultados deseados; y, finalmente, una puntuación de 4 si la implementación es óptima o en un punto de referencia.

Tabla S3: Resumen de Resultados de la Herramienta de Evaluación de la Calidad

Resultados en Calidad	
Experiencia del paciente	3
Eficacia - atención prenatal	2
Eficacia - atención de niños	3
Eficacia - enfermedades infecciosas	2.5
Eficacia - ENT	2
Seguridad - atención hospitalaria	2
Oportunidad - servicios especializados	2
Eficiencia - evitación de residuos	2
Equidad - salud materna/infantil	2
Integrado	1.5

Estrategia y Planeación de Calidad	
La estrategia nacional está vigente con los objetivos y prioridades nacionales.	3.5
La estrategia baja en cascada a todas las regiones e instituciones y diferentes enfermedades.	2
La estrategia se gestiona activamente.	3
La estrategia tiene mapeo y compromiso de los interesados.	2

Definición de Calidad, Directrices y Estándares	
Existe definición de calidad.	4
Existen guías de práctica clínica.	4
Existen estándares de infraestructura física.	4
Normas para el suministro, distribución de recursos humanos.	2
Planificación de normas de suministro, distribución de instalaciones sanitarias.	2

Medición e Informes de Calidad	
Existe un sistema de recolección de datos e indicadores de calidad.	3.5
Mecanismos de garantía de calidad de datos establecidos.	2.5
Existe una infraestructura robusta para reportar y diseminar datos.	3
Existe capacidad analítica robusta.	2
Existen mecanismos robustos para intercambio de conocimiento.	2

Capacidad y Actividades de Mejora de Calidad

Masa crítica de la experiencia del personal en la gestión de calidad en el sistema.	2.5
Existen estructuras y equipos formales de calidad.	4
Uso demostrado de los métodos de QI (mapas de proceso, ciclos PDSP, etc.)	2
Campañas nacionales y otros métodos para compartir aprendizajes.	2
Amplia participación en un programa de acreditación robusto.	2
Uso generalizado de herramientas de apoyo a decisiones.	2

Insumos - Personal, Instalaciones, Equipo, Suministros

Oferta médicos	3
Oferta enfermería	3
Variaciones regionales en la oferta de profesionales en salud	2
Capacidad de gestión de la fuerza laboral.	3
Disponibilidad de medicamentos	4
Capacidad de camas hospitalarias	3
Modelo de atención	2

Rendición de Cuentas y Gobernanza

Seguro	2.5
Efectivo	2
Centrado en el paciente	2
Oportuno	3
Eficiente	2
Equitativo	2
Integrado	1.5

Políticas e incentivos para apoyar la calidad

La calidad de la atención es fundamental para las políticas de cobertura de salud universal	4
Legislación de derechos del paciente y empoderamiento del paciente	4
Alineación entre políticas de calidad de la atención	2
Integridad de las políticas de calidad de atención.	3
Definición de roles y responsabilidades para la implementación de políticas de calidad de atención.	2

1 Introducción

1.1 Contexto y Posicionamiento para la Evaluación de la Calidad en el Sector Salud

La calidad de la atención en salud es una preocupación importante para los sistemas nacionales de salud en todo el mundo. La Comisión Global de Salud de Lancet sobre Sistemas de Salud de Alta Calidad estima que se pierden de 5 a 8 millones de vidas anualmente debido a la mala calidad de la atención. (Kruk, Gage, Arsenault, & Jordan, 2018). Los proveedores de salud en los países con ingresos bajos y medios (PIMB, por sus siglas en inglés) brindan menos de la mitad de la atención basada en la evidencia recomendada. Un tercio de los pacientes experimentan atención irrespetuosa, consultas breves, comunicación deficiente o largos tiempos de espera. La mala experiencia a su vez conduce a la falta de confianza y la renuencia a buscar atención cuando es necesario. Un informe conjunto reciente de la OCDE, el GBM y la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona evidencia adicional de las brechas de calidad (Kieny, et al., 2018). Solo del 1% al 31% de los pacientes con hipertensión en LMIC se tratan hasta el objetivo deseado. Uno de cada diez pacientes en PIMB sufre una infección asociada a la atención médica cuando se hospitalizan. Los errores de medicación son generalizados, y los costos directos asociados con estos se estiman en US\$42 mil millones. Muchos PIMB se han movido de manera decisiva para expandir el seguro de salud universal, que es un objetivo loable. Sin embargo, proporcionar buen acceso a la calidad deficiente no dará resultados suficientes; es esencial un enfoque en mejorar la calidad para lograr mejores resultados de atención en salud. (*National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine*, 2018).

Los Ministerios de Salud de todo el mundo están teniendo dificultades para garantizar la buena calidad de sus sistemas de salud. Este es especialmente el caso cuando los gobiernos pagan por los servicios de salud, pero no administran directamente las organizaciones de atención en salud. Los gobiernos incluso pueden tener grandes dificultades para ejercer influencia en las instalaciones del sector privado que no financian. Incluso cuando los servicios se administran directamente, es posible que los gobiernos no puedan garantizar la calidad, si la cadena de responsabilidad de la alta dirección a los niveles inferiores es débil. En última instancia, la mayoría de las decisiones que afectan la calidad se toman en la primera línea de la atención clínica por parte de los médicos, enfermeras y otros prestadores, que tienen una relación distante con los gobiernos con muchos niveles intermedios de gobernanza entre ellos. Los médicos, específicamente, tienen una larga tradición de autonomía clínica, lo que dificulta la influencia en la práctica de los prestadores, tanto a nivel de la institución local como del gobierno.

La literatura y las pautas científicas actuales proporcionan un buen cuadro de cómo se ve un sistema de salud centrado en la calidad. Por ejemplo, un estudio trascendental titulado *Quality by Design* analizó los principales sistemas de salud de todo el mundo que, en general, se considera que tienen resultados superiores. (Baker GR, 2008) Los ejemplos incluyen el sistema de salud *Jonkoping* en Suecia, *Intermountain Health and Kaiser Permanente* en los EE.UU. y ciertos Fideicomisos de Atención Primaria en el Reino Unido. Estas organizaciones tienen un fuerte liderazgo y visión de calidad; sistemas de medición robustos; y una sólida capacidad de gestión de la calidad para implementar cambios y lograr que el personal y los pacientes participen en el proceso de mejora. El Manual de la OMS de Políticas y Estrategias de Calidad Nacional (NQPS, por sus siglas en inglés) reafirman estos principios clave para

sistemas de salud de alta calidad. (WHO, 2018). Los gobiernos pueden establecer metas y prioridades claras, involucrar a los interesados, establecer buena gobernanza para la calidad, fomentar el uso de métodos de mejora, construir sistemas de información y hacer seguimiento de los indicadores de calidad. Otro documento reciente sobre la administración gubernamental para efectos de calidad propone las siguientes categorías para evaluar las fortalezas y debilidades de la administración gubernamental de la calidad: estrategia, colaboración intersectorial, gobernanza y rendición de cuentas, diseño del sistema de salud, políticas y regulación. (Chan & Veillard, 2019).

El Grupo Banco Mundial (GBM) y el *International Finance Corporation (IFC)*, han desarrollado una metodología común para evaluar la calidad de la atención en el sector salud, incluida la forma en que los gobiernos nacionales cumplen su función de administración en la gestión de la calidad de la atención en salud. La metodología fue desarrollada por el GBM y los equipos del IFC. La metodología de evaluación de la calidad del BM evalúa el entorno habilitador y los factores para la calidad de la atención en salud en los sectores de la salud pública y privada. Esto lo hace por medio de una revisión del papel en estrategia y administración del Ministerio de Salud, los mecanismos de rendición de cuentas para la calidad en el sector, diversos aspectos regulatorios y los mecanismos para mejorar la calidad, tales como el sistema de acreditación. La Herramienta de Calidad del BM adicionalmente integra la Herramienta de Evaluación de Calidad en Salud de IFC. Esta herramienta evalúa la calidad a nivel hospitalario y tiene la intención de (i) validar las hipótesis derivadas de la Herramienta de calidad del BM (por ejemplo, el organismo de acreditación debe realizar capacitaciones y mejorar la comunicación sobre la interpretación de los diferentes estándares), y (ii) arrojar luz sobre problemas específicos que enfrentan los hospitales en la entrega de calidad. Esta evaluación es decisiva para la estrategia de Maximización de Financiamiento para el Desarrollo para Colombia en el sector salud. Es una intervención deliberada y coordinada por parte del BM y el IFC para promover la calidad para una mejor participación del sector privado en un país donde alrededor del 96% de la población está cubierta por el seguro social de salud, mientras que el 80% de la prestación de atención es privada. El enfoque incluye recomendaciones para una mejor administración y gestión de la calidad de la atención para los prestadores de atención en salud públicos y privados.

Esta Herramienta de Evaluación de la Calidad se puso a prueba en Colombia por primera vez a principios de 2019, para ayudar a comprender dónde existen las mayores brechas de calidad e informar a los encargados de la formulación de políticas de las prioridades para futuras reformas de la atención en salud. El objetivo de la Herramienta es proporcionar una visión integral de las fortalezas y debilidades de la calidad de la atención en el sistema de salud colombiano. Actualmente se están llevando a cabo conversaciones entre el GBM y el Gobierno de Colombia con respecto a los términos de una posible operación de crédito. Se espera que los resultados prioritarios que se identifiquen como parte de la preparación del préstamo sean informados por las áreas de mejora identificadas por la Herramienta. El uso de este enfoque sistemático tiene la intención de evitar pasar por alto áreas importantes de debilidad del sistema que deben abordarse.

Colombia puede beneficiarse en especial de esta evaluación, dada la naturaleza altamente descentralizada de su sistema de atención en salud, lo que hace que la administración de la calidad sea un desafío inherente. El Sistema de Seguridad Social de Salud de Colombia (SGSSS) garantiza a los ciudadanos la cobertura universal en salud a través de un diseño de competencia administrada. Los

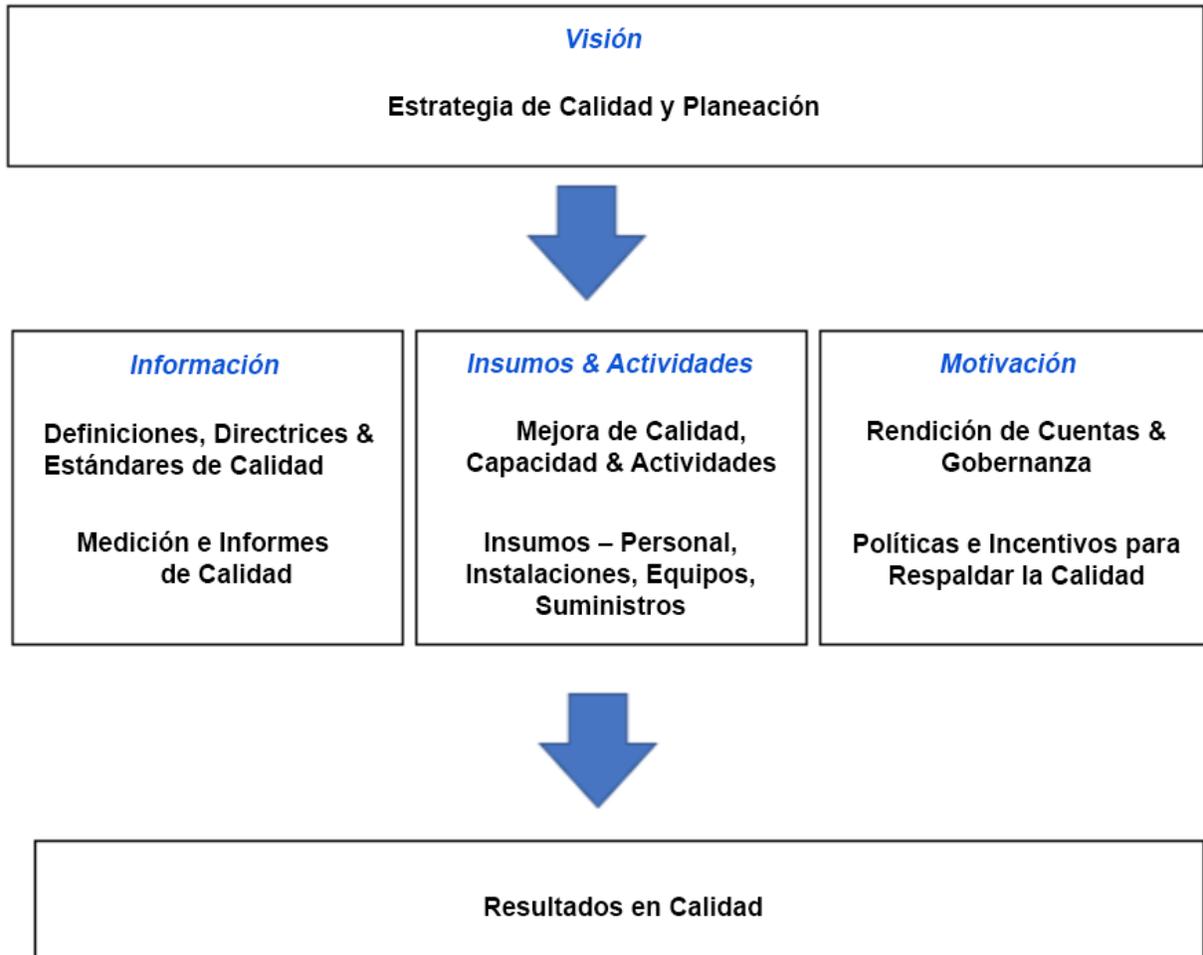
ciudadanos pertenecen a uno de los tres mecanismos de seguro: el régimen contributivo (RC) para las personas empleadas, financiado mediante contribuciones de nómina, el régimen subsidiado (RS) para personas de bajos ingresos o desempleadas. (MPS, 2004) y el régimen para grupos especiales / de excepción. Los ciudadanos de estos regímenes seleccionan una compañía de seguros de salud (*entidad promotora de salud*, EPS) que les preste servicios, y en teoría, ejercer influencia sobre la calidad al elegir una EPS que consideren que satisface mejor sus necesidades. Las compañías de seguros de salud, a su vez, compran la atención de prestadores de servicios de atención en salud, tales como clínicas de atención primaria, hospitales, laboratorios e instalaciones de imágenes diagnósticas. Las compañías de seguros de salud negocian con los prestadores de atención en salud los términos de su contrato, reflejando el precio, el volumen y, en teoría, la calidad. Las entidades territoriales (Dirección Municipal y Distrital de Salud, DMDS) son responsables de realizar inspecciones a los prestadores de atención en salud y los municipios supervisan la calidad de la salud pública y los servicios de promoción de la salud. Dentro de esta estructura compleja, cada relación de rendición de cuentas debe estar funcionando bien y la falla a cualquier nivel de la rendición de cuentas puede disminuir la capacidad del gobierno para influir en el cambio.

Las expectativas de calidad en Colombia probablemente aumentarán, a medida que aumenten la esperanza de vida y los niveles de educación; el uso de la herramienta para identificar oportunidades para mejorar la calidad ayudará a satisfacer esta creciente demanda. La mortalidad materna e infantil ha disminuido de manera constante (ver sección 2.1), mientras que la carga de la enfermedad de las enfermedades no transmisibles (ENT) ha aumentado. Las ENT son ahora las principales causas de muerte y discapacidad, ya que aumentaron del 46% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en 1990 al 69% en 2017. La educación postsecundaria también se ha ampliado dramáticamente en las últimas dos décadas, cuadruplicándose el número de estudiantes durante este período (OECD, 2016). Una ciudadanía bien educada probablemente tendrá una mayor demanda de buena calidad. Se anticipa que la inversión en actividades para fortalecer la calidad ayudará al gobierno a satisfacer esta creciente demanda de calidad de los ciudadanos.

1.2 Métodos

La Herramienta de evaluación de la calidad evalúa la administración gubernamental de la calidad en 8 dominios. Estos dominios se ilustran en el siguiente gráfico:

Figura 1: Dominios de la herramienta de evaluación de la calidad



Este marco refleja los componentes clave de los sistemas de salud de alto desempeño como se indica en la sección 1.1. El enfoque se resume en las siguientes preguntas clave relacionadas a continuación:

- Estrategia: ¿Existe una estrategia clara para mejorar la calidad? ¿Hay indicadores y metas? ¿Una descripción clara de las actividades llevará a la mejora?
- Medición: ¿Se está midiendo la calidad? ¿Las mediciones son precisas? ¿Se repiten continuamente? ¿Los resultados se envían a los equipos de una manera que sea comprensible?
- Estándares: ¿Existen pautas claras y estándares de práctica para los clínicos?
- Capacidad de mejora de calidad: ¿Hay personas en el sistema de salud capacitadas para gestionar y mejorar la calidad? ¿Pueden analizar la causa raíz de un problema de calidad? ¿Se observa un proceso y se descubre dónde se producen los cuellos de botella o los errores? ¿Gestionar un equipo de mejora de calidad? ¿Sabe cómo probar y refinar ideas para mejorar antes de saltar a la implementación completa? ¿Las organizaciones tienen una cultura de *aprendizaje* para facilitar la búsqueda de la mejora?
- Insumos: ¿Cuál es la oferta de instalaciones, personal, medicamentos y suministros?

- Rendición de Cuentas: ¿Existen métodos utilizados para garantizar la rendición de cuentas? ¿Hay expectativas y consecuencias por no cumplirlas?
- Políticas: ¿Existen políticas que respalden la calidad de la atención, tales como el seguro de salud universal, la concesión de licencias y la certificación del personal, la legislación sobre derechos de los pacientes y políticas para fomentar conductas saludables?
- Resultados: ¿Cómo se desempeña el país según una serie de indicadores de calidad centrados en la persona, que cubren la salud materna e infantil, las enfermedades no transmisibles y transmisibles y la atención aguda?

Los diferentes elementos del NQPS de la OMS también se pueden asignar a este marco, como se presenta en la Tabla 1 a continuación.

Tabla 1: Comparación entre las directrices NQPS de la OMS y la Herramienta de Evaluación de la Calidad

Directrices Nacionales de Planificación y Estrategia de Calidad de la OMS	Herramienta de Evaluación de la Calidad
Objetivos y prioridades nacionales en salud	Estrategia de Calidad y Planeación
Definición local de calidad	Definición de Calidad, Directrices y Estándares
Mapeo y compromiso de partes interesadas	Estrategia y Planeación de Calidad
Análisis situacional - estado de calidad	Estrategia y Planeación de Calidad
Gobernanza y estructura organizacional para la calidad	Rendición de Cuentas y Gobernanza
Métodos e intervenciones de mejora	Capacidad y Actividades de Mejora de Calidad
Sistemas de información gerencial en salud y sistemas de datos	Medición e Informes de Calidad
Indicadores de calidad y medidas básicas	Medición e Informes de Calidad

La metodología propuesta se extiende a áreas adicionales que no se mencionan explícitamente como una categoría separada del NQPS, incluidos insumos como recursos humanos e infraestructura, y políticas para respaldar la calidad.

Dentro de cada *dominio*, hay de cuatro a siete *criterios* más detallados; dentro de cada *criterio*, hay un conjunto de *estándares* más específicos que contribuyen a la puntuación del criterio. Para fines ilustrativos, el dominio para la estrategia contiene los siguientes cuatro elementos de evaluación:

- La estrategia nacional está vigente con los objetivos y prioridades nacionales.
- La estrategia baja en cascada a todas las regiones e instituciones y diferentes enfermedades.
- La estrategia se gestiona activamente.
- La estrategia tiene mapeo y compromiso de los interesados.

Dentro del primer ítem de evaluación para la estrategia nacional en vigencia, se han desarrollado criterios de nivel micro para ayudar a llegar a un puntaje. Estos incluyen:

- Existe un plan nacional para mejorar la calidad de la atención en salud.
- El plan está al día (es decir, actualmente vigente).
- Existen prioridades claramente definidas para la mejora a nivel nacional.
- El plan tiene datos de referencia sobre medidas clave, que se utilizan para evaluar el progreso.
- Hay objetivos numéricos claramente definidos para la mejora en comparación con la línea base, con un marco de tiempo para completarse.

En total, hay 8 dominios, 49 criterios y 171 estándares en la herramienta de evaluación.

Dentro de cada ítem de evaluación, se asigna un puntaje entre 1 y 4, según el grado en que se lograron todos los elementos de un nivel ideal de implementación. Para cualquier concepto dado, se pueden considerar una serie de preguntas relacionadas con la implementación, tales como el nivel de sofisticación de un programa y la cantidad de funciones del programa; la difusión de la actividad o programa a todas las instalaciones, regiones o poblaciones objetivo; la inclusión de todos los dominios clínicos; y continuidad en el tiempo (por ejemplo, si la actividad se realiza de forma habitual, frecuentemente o una sola vez o en forma ad hoc). Por ejemplo, en los criterios para las guías de práctica clínica (GPC), examinamos si las guías estaban bien elaboradas (por ejemplo, parecían reflejar una evaluación exhaustiva de la evidencia con buenos procesos para realizar la revisión); incluyeron una amplia gama de temas clínicos; y fueron actualizados regularmente. La puntuación generalmente tiene los siguientes rótulos: el nivel 4 representa un grado ideal de implementación, o cerca del 100%; nivel 3, más del 50% pero menos que ideal; nivel 2, alguna implementación, pero menos del 50%; Nivel 1, poca o ninguna actividad. En situaciones en las que un atributo obtuvo un cierto nivel (por ejemplo, 4) y otro atributo obtuvo una calificación diferente (por ejemplo, 3), se estableció una calificación intermedia (por ejemplo, 3.5).

La metodología de evaluación utiliza un enfoque de métodos mixtos, que incluye análisis de datos, revisiones de documentos, entrevistas a informantes clave, visitas a centros de atención en salud y encuestas en línea de compañías de seguros de salud. Los documentos para la revisión se identificaron durante las entrevistas con informantes clave o mediante una búsqueda bibliográfica. Se desarrollaron diferentes cuadrículas de entrevista para informantes clave para cada dominio del modelo, y se crearon cuadrículas separadas para la atención primaria y las visitas a sedes hospitalarias (ver Apéndice 1.2 para la lista de entrevistas y 1.3 para las visitas a sedes). La selección de visitas a sedes se diseñó para incluir una combinación de instituciones del sector público y privado; hospitales e instalaciones de atención primaria; y comunidades rurales y urbanas. También se administró una encuesta en línea de compañías de seguros de salud (ver Apéndice 1.6). El equipo de evaluación realizó un total de 42 entrevistas a informantes clave, 28 visitas a hospitales y sedes de atención primaria y encuestó a 13 aseguradoras de salud.

Al mismo tiempo, se realizó una evaluación de los hospitales utilizando la metodología de evaluación de la calidad de hospitales del IFC en una muestra de once hospitales públicos y privados, parte del total de 28 sedes visitadas. Esta metodología de evaluación ofrece una evaluación más detallada de la

estructura, los recursos humanos, el equipo y los procesos clínicos y de gestión para la calidad del hospital y se basa en visitas a sedes y revisiones de documentos.

La evaluación se realizó del 4 de febrero al 31 de mayo de 2019. Se hizo una prueba previa a la encuesta de las compañías de seguros de salud en marzo de 2019 y se implementó del 10 de abril al 10 de mayo de 2019. La herramienta de evaluación de la calidad hospitalaria del IFC se llevó a cabo del 20 de marzo al 5 de abril de 2019. Las recomendaciones se discutieron con el gobierno en diferentes etapas del avance de la evaluación y mapeadas contra las prioridades actuales del gobierno para mejorar la calidad en el sector salud.

Las limitaciones del enfoque incluyen la posibilidad de generalizar la información de las visitas a sedes y los sesgos de los encuestados. Aunque se hicieron todos los intentos para alcanzar una diversidad de sedes, los recursos no permitieron una muestra de instituciones que fuera estadísticamente representativa. Además, los sitios rurales estaban limitados a la región de Boyacá, debido a problemas de autorizaciones de seguridad. El sesgo del encuestado puede incluir situaciones en las que una persona exagera el nivel de calidad. Esto fue mitigado pidiendo información corroboradora. Por ejemplo, durante las entrevistas de visita a sedes, el personal de calidad afirmó que estaban usando herramientas comunes de QI de manera efectiva. Sin embargo, la revisión de la documentación real reveló algunos errores y vacíos en el uso de estas herramientas. Si bien la información de corroboración es útil, no siempre estuvo disponible, lo que dio como resultado un sesgo potencial de los resultados.

2 Resumen de Hallazgos

2.1 Resultados en Calidad

Esta sección evalúa los resultados de Colombia en una variedad de indicadores de calidad en siete dimensiones de calidad¹. También considera los cambios en la calidad a lo largo del tiempo, así como las comparaciones con los puntos de referencia internacionales cuando estén disponibles.

Durante un período de 25 años desde la reforma de salud de 1993 ('Ley 100'), Colombia ha dado grandes pasos para alcanzar la cobertura universal en salud en sus tres dimensiones clave: cobertura de la población, servicios y protección financiera. El sistema de salud colombiano proporciona a casi el 95% de su población un seguro de salud.² La cobertura del servicio es integral, con un paquete de beneficios que excluye solo 57 servicios o tecnologías para beneficios de salud principalmente cosméticos o no comprobados (MSPS, Resolución 000244, 2019). La protección financiera es alta, con gastos de bolsillo de solo el 15,5% del gasto total en salud, que es muy bajo en comparación con otros países de América Latina³.

Sin embargo, aunque Colombia generalmente brindó una mayor cobertura para un mayor porcentaje de la población que muchos otros países de la OCDE, los resultados de salud de Colombia continúan cayendo por debajo de sus pares. La esperanza de vida de Colombia al nacer es inferior a la de todos los países de la OCDE, excepto México, Letonia y Lituania. La tasa de mortalidad materna en Colombia en el 2016 fue más alta que en todos los demás países de la OCDE y un 25% más alta que la de México, que tuvo la siguiente tasa más alta. Los años de vida perdidos en Colombia debido a la neumonía también superaron a otros países de la OCDE en 2015, con la excepción únicamente de Lituania y México (ver Figura 2).

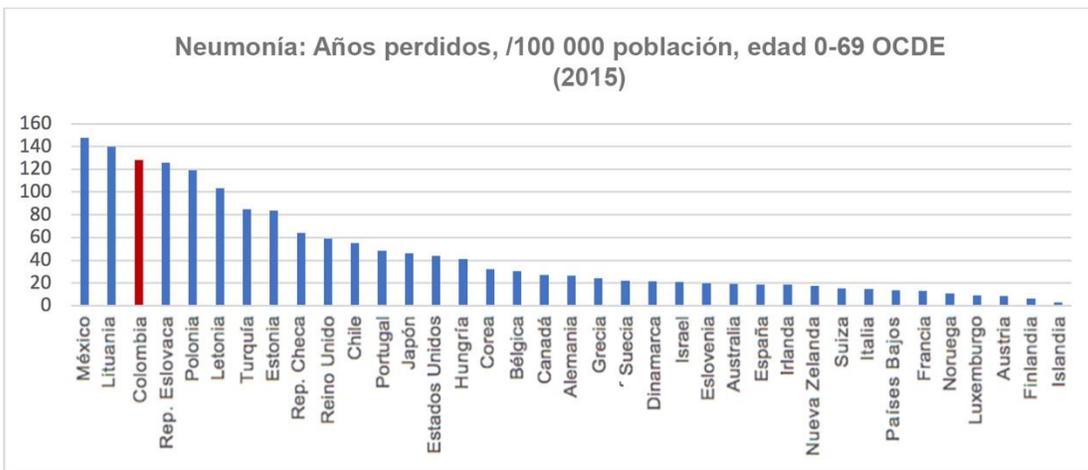
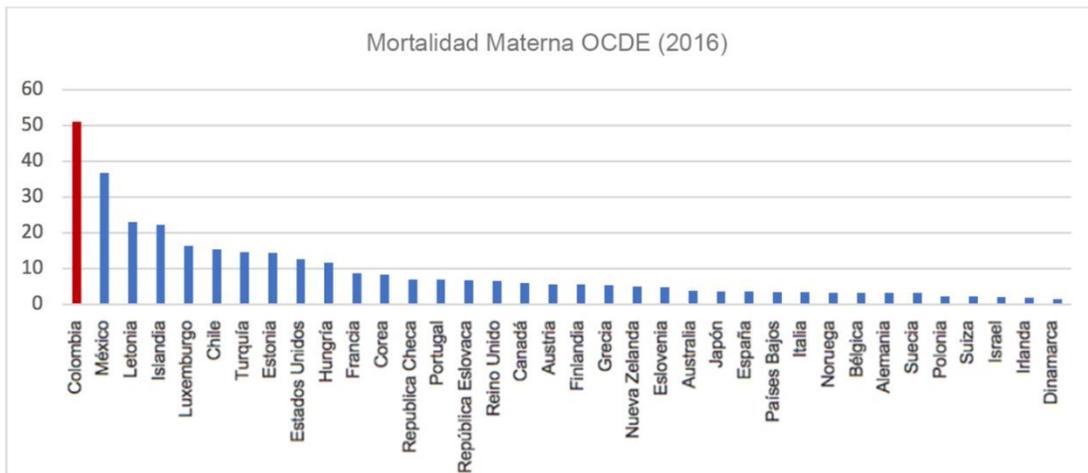
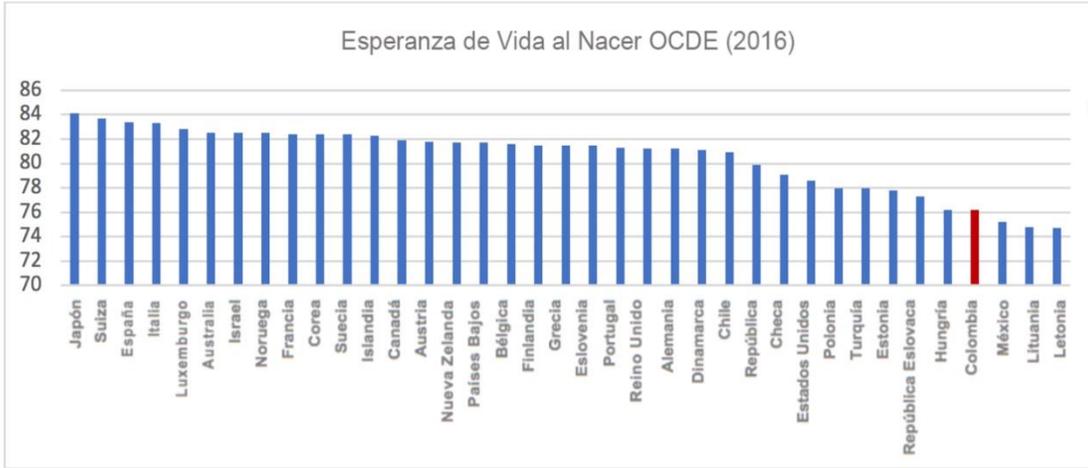
Un estudio reciente estima que, en Colombia, 33.917 muertes por año son atribuibles al sistema de atención en salud; de estos, el 65% (22.080 muertes por año) se debe al uso de una atención de baja calidad, mientras que el otro 35% (11.836 muertes por año) se debe a una utilización no asistida o un acceso deficiente (Kruk, Gage, Arsenault, & Jordan, 2018). Si bien no se dispone de comparaciones con otros países de la OCDE, se estima que Colombia tiene menos muertes por cada 100.000 habitantes (46) debido a la mala calidad de la atención en comparación con sus pares latinoamericanos como Brasil (74) y México (56). No obstante, las cifras son asombrosas y apuntan a la necesidad de una mejor comprensión de la calidad de la atención en el país.

¹ El Instituto de Medicina reconoce las primeras seis dimensiones de la calidad. Un informe reciente de la OMS, la OCDE y el Banco Mundial examina una séptima dimensión: la integración.

² A partir de abril de 2019. Ver: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

³ Ver datos de *Así vamos en salud* en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/financiamiento/gasto-de-bolsillo-en-salud-en-colombia-periodo-2008-2014>

Figura 2: Comparaciones de Resultados en Salud Entre Países de la OCDE



Oportunidad

Los tiempos de espera siguen siendo comparables a los de muchos países de ingresos altos, pero se han incrementado para diferentes especialidades médicas y siguen siendo un problema preocupante. Los tiempos de espera promedio han experimentado un aumento moderado de 2011 a 2018, por ejemplo para médicos generales (de 2,7 a 3,4 días) y consultas de ginecólogo (2,7 a 10,1). Los tiempos de espera para las consultas pediátricas fueron de 8,8 días, para la medicina interna de 12 días. Entre 5 de los 19 países de la OCDE que aportaron datos, al menos la mitad de los residentes esperaron cuatro o más semanas para ver a un especialista, lo que sugiere un tiempo de espera promedio de al menos un mes.⁴

Seguridad

Colombia ha visto mejoras en los indicadores de seguridad del paciente disponibles. Entre 2011 y 2014, el número de infecciones nosocomiales por cada 100 días de hospitalización disminuyó de 1,41 a 0,83. De manera similar, la tasa de mortalidad hospitalaria después de 48 horas de ingreso disminuyó de 17 en 2011 a 13,1 en 2014. Se debe advertir que estos datos no se someten a las mismas auditorías de calidad de datos que el programa de Cuentas de Alto Costo (ver discusión sobre calidad de datos en la en la sección 2.4).

Efectividad

La eficacia en la atención materna ha mejorado, pero hay un amplio margen para un mayor progreso. La tasa de mortalidad materna ha disminuido casi a la mitad, de 68,8 en 2011 a 36,1 por 100.000 nacimientos en 2018. Sin embargo, como se señaló anteriormente, la mortalidad materna aún se compara pobremente con otros países de la OCDE. Las medidas de proceso dan una idea de cómo podría mejorarse este resultado. Solo el 53% de las mujeres en 2017 tuvo una primera visita prenatal en el primer trimestre y solo el 88% recibió 4 visitas prenatales durante el embarazo en 2015. Durante las consultas de atención prenatal, en 2018, a solo el 68% de las mujeres embarazadas se les midió la presión sanguínea, se les tomaron muestras de sangre, o muestra de orina. Estos son servicios clave recomendados por guías clínicas basadas en evidencia que deben realizarse en todas las consultas prenatales. Además, los indicadores de servicios de atención de bajo valor, como las altas tasas de cesárea, fueron muy altos, con un 44% en 2018.

Las medidas de eficacia en el cuidado de los niños han mejorado con el tiempo. Las tasas de vacunación han aumentado entre 2011 y 2018, para la vacuna DPT (de 86% a 93%), BCG (83% a 89%) y neumococo (46% a 94%). Los resultados también han mejorado desde 2011 hasta 2016. La mortalidad infantil ha disminuido constantemente de 12,2 a 8,9 por 1.000 nacimientos, ya que tiene una mortalidad menor de 5 años (15,9 a 13,8).

Las medidas de efectividad disponibles para el cuidado de enfermedades no transmisibles muestran resultados pobres. Para los cánceres, la prueba de Papanicolaou se realizó en el año anterior para el 51% de las mujeres entre las edades de 25 y 69 años, mientras que el 30% de las mujeres entre las edades de 50 y 69 fueron examinadas para detectar el cáncer de mama mediante mamografía en los últimos dos

⁴ De la base de datos de estadísticas de salud de la OCDE: https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#

años (2017). En comparación, las tasas de detección de cáncer de mama con mamografía en los países de la OCDE varían de 42% en Hungría a 84% en Finlandia y las tasas de detección de Papanicolaou varían de 35% en Hungría a 82% en Suecia en 2016. Las tasas de mortalidad han aumentado desde 2011 hasta 2017 para hipertensión (de 13,1 a 17,9 por 100.000 habitantes) y diabetes (de 3,4 a 4,7).

Son desiguales los cambios a la efectividad de la atención para enfermedades infecciosas. La mortalidad por paludismo ha disminuido de 23 en 2011 a 7 en 2018. Sin embargo, la atención de la tuberculosis ha empeorado a medida que el porcentaje de pacientes que completaron con éxito el tratamiento bajó de 66% a 33% entre 2011 y 2018. En contraste similar, en 2014, la tasa de adherencia al tratamiento antirretroviral para el VIH fue relativamente bueno con un 89%, pero la transmisión vertical del VIH de madre a hijo fue demasiado alta, con un 47%.

Experiencia del Paciente

Las tasas generales de satisfacción con los servicios de salud recibidos son generalmente altas en Colombia y han mejorado modestamente de 70% en 2014 a 73% en 2017 (MSPS, 2017). Las tasas de satisfacción fueron más altas en 2017 entre los beneficiarios del régimen subsidiado (77%) que el régimen contributivo (67%). Una gran mayoría de los beneficiarios (80%) recomendaría a su aseguradora (EPS) a sus amigos y familiares para la afiliación. La satisfacción con la infraestructura de las instalaciones fue relativamente alta (74%) pero baja para los tiempos de espera (51%) y los procesos de aprobación de seguros (47%). Un número relativamente alto de pacientes reportó haber recibido un tratamiento respetuoso por parte de los prestadores (77%) en 2017, pero este valor disminuyó del 80% en 2016.

Eficiencia e Integración

Existen pocos indicadores de equidad, integración de atención y eficiencia. La proporción de cirugías que se cancelan es de 6,8% (cifras de 2013). Esto mide la ineficiencia pero representa solo un pequeño ejemplo de desperdicio en el sistema. (MSPS, 2015). Las tasas de reingreso dentro de los 15 días fueron de 1,35% en 2014; dichas tasas deberían ser más bajas si existiera buena coordinación entre el hospital y la atención primaria al momento del darse del egreso. Sin embargo, las tasas de reingreso por enfermedad son más útiles como un indicador para hacer comparaciones justas. Se debe considerar el desarrollo de mejores indicadores para estas dimensiones.

Un enfoque en las inequidades y variaciones en los resultados de calidad

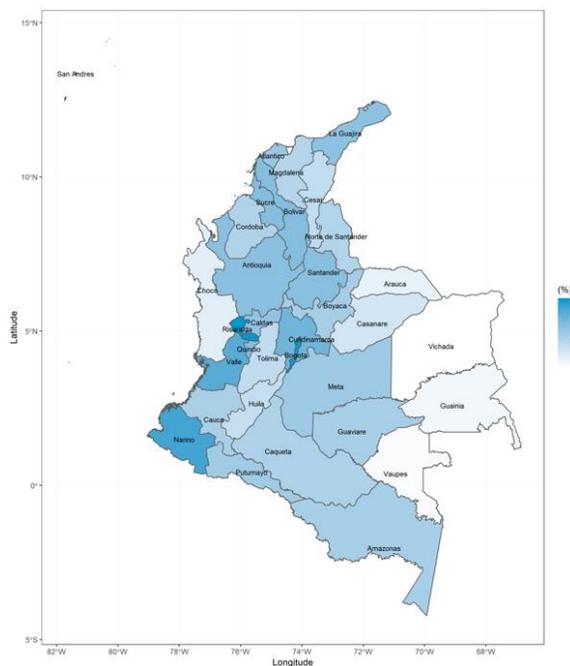
Existen diferencias significativas que son estadísticamente significativas en los indicadores de calidad de la atención cuando comparamos áreas urbanas y rurales, instalaciones públicas y privadas, así como entre departamentos.

Variaciones en Efectividad

Los indicadores de efectividad apuntan a debilidades significativamente mayores en las instalaciones públicas en comparación con las privadas, en las instalaciones rurales en comparación con las urbanas y en los departamentos con mayores índices de pobreza. El porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron 4 consultas de atención prenatal es significativamente menor en instalaciones públicas en comparación con las privadas (63% frente a 73% en 2018). De manera similar, el porcentaje de mujeres

embarazadas que recibieron su primera consulta prenatal en las primeras doce semanas de gestación fue menor en las áreas rurales que en las urbanas (7% frente a 9%). Al comparar entre departamentos, aquellos con las tasas más altas de pobreza muestran tasas mucho más bajas de entrega de mamografías de detección para mujeres entre las edades de 50 y 69 años en 2018; los departamentos de Vichada, Vaupés y Guainía tienen tasas de detección que son una décima parte del promedio del país (1,1%, 1,6% y 2,6%, respectivamente, en comparación con el 10,3% del promedio nacional) (ver Figura 3). Las diferencias en estas tasas pueden ser casi el doble en departamentos como Bogotá, Bolívar y Valle del Cauca.

Figura 3: Variaciones geográficas en proporción de mujeres de 50 a 69 años que recibieron una mamografía de detección, 2018



Fuente: Basado en datos del [Observatorio Nacional de Calidad en Salud](#)

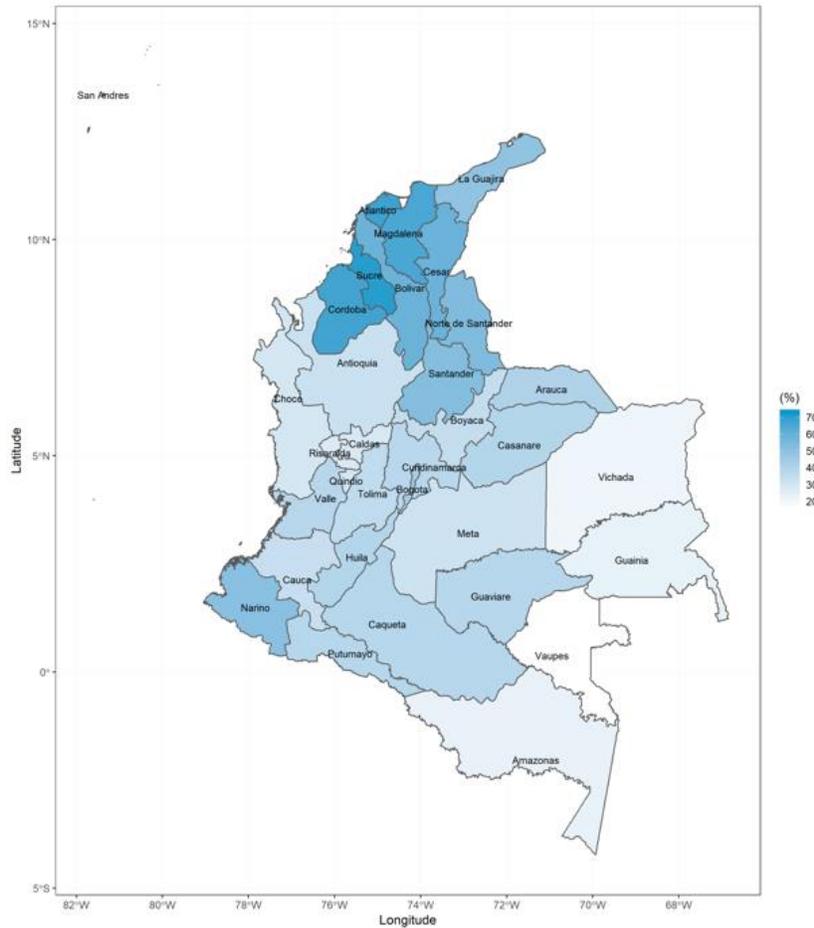
Variaciones en Seguridad

Los datos disponibles para la seguridad en la atención en salud muestran resultados mixtos cuando se comparan las instalaciones urbanas y rurales, así como las de los departamentos con mayores índices de pobreza. Las tasas de mortalidad intrahospitalaria por cada 1.000 pacientes dentro de las 72 horas de admisión fueron significativamente mayores en las zonas rurales en comparación con las instalaciones urbanas (6,22 vs. 1,35 en 2014). Sin embargo, esto contrasta con las tasas de infección hospitalaria comparadas entre los departamentos, donde las personas con mayores índices de pobreza como Amazonas, Magdalena, Vaupés y Vichada reportan tasas de infección tan bajas como 0,3 por 100 pacientes admitidos, mientras que los departamentos más ricos como Santander, Valle, Antioquia y

siete países miembros han podido limitar sus tasas a menos del 20%⁵. La tasa de Colombia es la segunda más alta entre los países de la OCDE, con instalaciones privadas que tienen tasas más altas que las públicas (49% frente a 42%). La información del Atlas de Variaciones en Salud 2017 publicada por el Ministerio muestra grandes variaciones en la utilización de diferentes procedimientos. Si bien no hay puntos de referencia claros para el uso apropiado de estos servicios, las variaciones sugieren una sobre o subutilización en algunas regiones. Por ejemplo, hay una diferencia de 16 veces entre los departamentos en la tasa estandarizada de tomografías computarizadas por cada 100 residentes (7 en Meta versus 0,4 en Vaupés), lo que sugiere una sobre o subutilización en algunas regiones. Las tasas en los departamentos de mayores ingresos como Bogotá y Antioquia (4,9% y 3,6% respectivamente) son más altas en comparación con Vichada (0,7%), un departamento de menores ingresos.

⁵ <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>

Figura 5: Variaciones geográficas en las tasas de cesárea, 2017



Fuente: Basado en datos del [Observatorio Nacional de Calidad en Salud](#)

Sinopsis: Colombia ha avanzado en la reducción de infecciones hospitalarias, vacunas y resultados de la salud materna e infantil. Ha habido mejoras modestas en la experiencia del paciente, y los tiempos de espera son comparables a los de la OCDE. Sin embargo, persisten importantes brechas en la calidad. Se estimó que más de 22,000 pacientes murieron a causa de una atención de mala calidad en 2016, mientras que 12,000 muertes se atribuyeron a la no utilización o al acceso deficiente a los servicios. Muchas prácticas basadas en evidencia para la atención prenatal y la detección del cáncer no están bien implementadas. Las variaciones en la calidad son comunes.

Tabla 2: Calificaciones para la Sección de Resultados de Calidad

Experiencia del paciente	3
Eficacia - atención prenatal	2
Eficacia - atención de niños	3
Eficacia - enfermedades infecciosas	2.5
Eficacia - ENT	2
Seguridad - atención hospitalaria	2
Oportunidad - servicios especializados	2
Eficiencia - evitación de residuos	2
Equidad - salud materna/infantil	2
Integrado	1.5

2.2 Estrategia y Planeación de Calidad

Un papel clave de administración para los ministerios de salud es desarrollar estrategias y planes nacionales de calidad sólidos. Esto es consistente con los lineamientos NQPS de la OMS. El plan debe tener prioridades, objetivos y detalles claros sobre las actividades a implementar. Debe haber una descripción clara de las brechas actuales en el sistema que se deben abordar. El proceso de planificación debe realizarse con un fuerte compromiso de las partes interesadas, y debe haber una "cascada" del plan para los diferentes actores y regiones, por lo que las responsabilidades de cada parte interesada son claras. Por último, debe haber una unidad organizacional dedicada al desarrollo e implementación del plan para la calidad de la atención.

Tres documentos tomados en conjunto forman los elementos de un “plan de calidad” nacional: el Plan Nacional de Desarrollo, 2018-2021 (PND); el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2022 (PDSP); y el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud 2016-2021 (PNMCS). El PND, aprobado por el Congreso a través de legislación, cubre múltiples sectores (por ejemplo, crecimiento económico, educación) además de la atención en salud, con inversiones proyectadas de COP\$550 billones (US\$180 mil millones) en los próximos cuatro años. El PDSP describe los objetivos de mejoras en los indicadores de salud pública. El PNMCS es un plan estratégico para la mejora de la calidad (QI), que describe actividades de alto nivel planificadas por el gobierno para respaldar las mejoras deseadas especificadas en el PDSP. (MSPS, 2016).

También existen planes a nivel regional e institucional. Los municipios deben formular un plan de desarrollo que cubra todos los aspectos de la infraestructura pública, con un componente de salud. Por ejemplo, el plan de Cali establece objetivos para reducir la mortalidad infantil, con objetivos más específicos para las tasas de inmunización y la adopción de directrices para el tratamiento de enfermedades infantiles. (Alcaldía de Santiago de Cali, 2012). Además, cada entidad territorial elabora un Plan Territorial de Salud (PTD) cada tres años*, que debe alinearse con el PDSP nacional. Cada municipio también debe desarrollar un Plan de Intervenciones Colectivas, (PIC) anual con actividades de promoción

* Para mayor Información: www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/planes-territoriales-de-salud.aspx

y prevención en salud en apoyo al Plan de Desarrollo Municipal y al PDSP nacional. Finalmente, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) es un plan de mejora de la calidad que debe ser desarrollado por cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), EPS y entidad territorial.* El PAMEC es uno de los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). Cada organización audita sus propias debilidades en calidad y desarrolla un plan de mejora, que es supervisado por las entidades territoriales y Supersalud (*Superintendencia Nacional de Salud*), la agencia del ministerio responsable de supervisar el cumplimiento de las regulaciones.

Si bien la legislación exige que se desarrolle una estrategia a nivel nacional, regional e institucional, los planes no están estrechamente vinculados. Idealmente, el plan nacional "cae en cascada" a diferentes partes del sistema de salud. Las regiones establecen metas locales que contribuyen a la meta nacional, y las instalaciones de salud establecen metas que contribuyen a las metas regionales. Las unidades y el personal dentro de las instalaciones tienen metas que contribuyen a la meta de las instalaciones de salud. En la práctica, sin embargo, los entrevistados notaron que había confusión sobre cómo encajan todos los planes. Parte de esta confusión se relaciona con la complejidad percibida de los requisitos regulatorios para la planificación. Los entrevistados en entidades territoriales (DMDS) declararon que habían establecido objetivos ajustados localmente, pero que no había ningún proceso para verificar si los objetivos locales, si se cumplían, se sumarían al objetivo nacional. No pudimos encontrar un panel de control que comparara los planes de cada DMDS y la medida en que cada entidad había cumplido los objetivos. Los propios entrevistados solicitaron un mapa de estrategia claro que muestre cómo las prioridades locales se vinculan con las prioridades nacionales.

Colombia respalda la "triple meta" y tiene una amplia gama de 10 prioridades específicas para la salud de la población; para maximizar el impacto, el Ministerio tal vez desee considerar reducir el enfoque de las actividades de mejora de la calidad a solo uno o dos temas a la vez. El PND respalda explícitamente la "Triple Meta" promovido por el Instituto para el Mejoramiento de la Atención Médica (IHI) con sede en los EE.UU., de mejoras en salud para las poblaciones, mejoras en la atención para las personas, y el uso óptimo de los recursos. (Departamento Nacional de Planeación, 2019). El PDSP describe ocho prioridades específicas: salud ambiental; ENT; salud mental; nutrición y seguridad alimentaria; salud sexual y reproductiva; enfermedades infecciosas; salud pública en emergencias y desastres; y salud ocupacional. También hay dos prioridades transversales: satisfacer mejor las necesidades de las poblaciones vulnerables y mejorar la gobernanza y la capacidad de gestión de los distritos de salud. (MSPS, 2013). Una crítica expresada por algunos entrevistados es que las diez prioridades del PDSP son tan amplias que cubren esencialmente todos los problemas de calidad dentro del sistema de salud. Desde una perspectiva de calidad, puede ser útil limitar el enfoque a un número menor de temas para la acción nacional y coordinada en un momento dado.

Los objetivos de mejora están bien definidos en algunas áreas (v.g., prevención en salud) pero no en otras. Además, hay subindicadores asociados con cada una de estas áreas prioritarias, cada una de las cuales tiene objetivos específicos. Por ejemplo, existen objetivos para la mortalidad por desnutrición infantil, prevalencia de desnutrición y salud reproductiva, y existen objetivos para la mortalidad materna

*Para mayor información: www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx

y las tasas de embarazo adolescente. Se construye un índice ponderado para cada una de las ocho prioridades, y hay un panel de control disponible que permite a los planificadores monitorear el progreso. Sin embargo, este tipo de configuración de objetivos falta en otras áreas. Por ejemplo, aunque la experiencia del paciente se reconoce dentro del triple objetivo, no pudimos encontrar objetivos que especifiquen las mejoras deseadas en diferentes componentes de la experiencia del paciente, como comunicación, cortesía, capacidad de respuesta y toma de decisiones compartida.

Los documentos de planificación actuales describen direcciones estratégicas generales, pero no contienen los detalles de implementación precisos necesarios para la mejora de la calidad. En la sección de salud del PND, las áreas de acción incluyen: fortalecer la capacidad técnica para gestionar la calidad en las entidades territoriales; fortalecimiento de la supervisión por parte de Supersalud; eliminando las diferencias entre el RC y el RS para promover la equidad. El PMNCS propone una mayor asistencia técnica a las organizaciones prestadoras para mejorar la calidad; actividades para mejorar el aprendizaje compartido entre organizaciones; fortalecimiento de la acreditación; y políticas y capacitación en humanización de la atención en salud. Los detalles sobre cómo lograr estas estrategias aún están por desarrollarse.

Existen unidades organizacionales para planificar la gestión de una estrategia de calidad. En el Ministerio de Salud y Protección Social, la Dirección de Promoción y Prevención en Salud es responsable de la implementación del PDSP, mientras que la Dirección de Epidemiología y Demografía supervisa y evalúa el cumplimiento de sus objetivos. La Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES) del Ministerio de Salud y Protección Social es responsable del desarrollo y seguimiento del Plan Nacional de Desarrollo. La Oficina de Calidad del Ministerio es el administrador del plan de calidad (PNMCS). A nivel subnacional, las entidades territoriales y los municipios formulan e implementan el PTD y el PIC.

Existen algunos foros para la participación de partes interesadas en el desarrollo del plan, pero estos podrían fortalecerse. Según las entrevistas, la OAPES celebra reuniones anuales de partes interesadas nacionales para discutir el progreso de los planes nacionales, reuniendo a académicos, asociaciones profesionales y organizaciones prestadoras. También hay una reunión de planificación para entidades territoriales. Si bien estas actividades son loables, parece que existen amplias oportunidades para asegurar una mayor comunicación y participación en los distintos niveles de los sistemas. Durante las visitas a sedes, los entrevistados generalmente estaban conscientes de las principales prioridades del PDSP pero no del PNMCS.

El papel de las diferentes partes interesadas en la mejora de la calidad aún no está claro. La Sección 6 del PNMCS describe los roles y responsabilidades del Ministerio, entidades territoriales, prestadores de atención en salud y compañías de seguros de salud. Sin embargo, muchas de las tareas son genéricas y se aplican a todas las partes (por ejemplo, promover una cultura de calidad, alinear las actividades de planificación, desarrollar y aplicar metodologías, etc.).

Sinopsis: Existe una gran cantidad de documentos de estrategia detallados relacionados con la calidad de la salud en múltiples niveles del sistema. Sin embargo, las prioridades siguen siendo amplias, las estrategias de implementación están vagamente definidas y la relación entre las actividades de

planificación realizadas a nivel nacional, regional y organizacional no está clara. Existen oportunidades para involucrar a las partes interesadas aclarando sus roles y responsabilidades, y garantizando una mayor transparencia sobre cómo el logro de sus objetivos contribuirá a los objetivos a nivel nacional.

Tabla 3: Calificaciones para la Estrategia de Calidad y Planificación

La estrategia nacional está vigente con los objetivos y prioridades nacionales.	3.5
La estrategia baja en cascada a todas las regiones e instituciones y diferentes enfermedades.	2
La estrategia se gestiona activamente.	3
La estrategia tiene mapeo y compromiso de los interesados.	2

2.3 Definición de Calidad, Directrices y Estándares

Tener una definición clara de calidad, estándares y directrices es un requisito previo importante para crear un sistema de salud de alta calidad. El NQPS de la OMS enfatiza que cada país debe desarrollar su propia definición de calidad. Los estándares y directrices también son necesarios; sirven como una definición operativa más detallada de la calidad. Los estándares ayudan a identificar las normas de qué tipos de servicios e infraestructura deben estar disponibles, y las guías de práctica clínica describen qué servicios deben proporcionar los prestadores a los pacientes. Las guías y estándares deben responder al contexto local.

Colombia cumple con el requisito de la NPQS de la OMS de que cada país debe desarrollar su propia definición de calidad. El SOGC de Colombia, establecido por el Decreto 1011 (MPS, 2006) identifica cinco dimensiones de calidad: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia (necesidad médica) y continuidad. El decreto define la calidad de la atención en salud como “... *La prestación de servicios de salud a usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta un equilibrio entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la adherencia y satisfacción de estos usuarios*”. Cabe señalar que dos de las seis dimensiones de calidad del Instituto de Medicina (experiencia del paciente, equidad) se mencionan implícitamente en la última definición, pero la efectividad se superpone parcialmente con la pertinencia (necesidad médica).

Colombia tiene un sistema bien establecido de guías de práctica clínica (GPC). Las GPC definen qué intervenciones deben brindar los prestadores de atención en salud, en términos de pruebas, medicamentos, otros tratamientos y consejos proporcionados. El desarrollo de directrices es responsabilidad del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), una agencia sin fines de lucro*. El sitio web de MSPS tiene una sección que compila un repositorio nacional de GPC.†. Una revisión de estas guías encontró ejemplos para una amplia gama de afecciones clínicas que abarcan la salud materna e

* Para mayor Información, visite: <http://www.inahta.org/members/iets>

† Para ver repositorio, visite: http://www.gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/buscador_gpc.aspx

infantil, enfermedades no transmisibles, enfermedades infecciosas y seguridad del paciente en los hospitales. Se encontró que la mayoría estaban al día (es decir, desarrollada y validada en los últimos cinco años).

Colombia tiene buenos estándares básicos para las instalaciones de salud, en cuanto a equipos, suministros, espacio físico y personal disponible. El SOGC tiene cuatro componentes: licenciamiento (*habilitación*), acreditación, sistemas de información en salud, y auditorías para la mejora de la calidad. Concesión de licencias (*habilitación*) identifica estándares mínimos para cada IPS y profesional de salud individual (MSPS, 2014). Estos estándares, actualizados en la resolución 2003 en 2014, identifican los criterios básicos para la calificación del personal y el tipo de equipo, instalaciones, espacio físico y personal disponible en las instalaciones de salud. Sin embargo, los entrevistados sugirieron que algunas normas que contribuyen poco a la calidad deberían eliminarse, como las regulaciones en los bordes interiores de los espacios interiores.

Colombia, a través de su programa de acreditación, tiene estándares aspiracionales bien desarrollados para procesos y estructuras necesarias para promover la calidad y la seguridad. Dentro del SOCG, la concesión de licencias (*habilitación*) se considera un estándar mínimo y obligatorio, mientras que la acreditación es un estándar aspiracional y voluntario. La acreditación contiene 158 estándares con criterios específicos, que abarcan temas como los procesos de atención y la gestión de la calidad, la información de salud, la tecnología, el entorno físico y los recursos humanos. (Ministerio de la Protección Social, 2011). En la sección más grande de procesos de atención, se evalúan las mejores prácticas clínicas específicas, como aquellas para prevenir infecciones adquiridas en el hospital (estándar 39), comunicación y compromiso del paciente (estándar 30).

Colombia no tiene estándares de planificación claros para el suministro de instalaciones de salud y personal. Según las entrevistas, no hay puntos de referencia para el número de camas de hospital, médicos o enfermeras por población. Cada entidad territorial desarrolla su propio plan para la capacidad del hospital público y lo presenta al Ministerio de Salud y Protección Social para su aprobación. Los inversionistas privados pueden construir nuevas instalaciones sin autorización previa del Ministerio.

Sinopsis: Colombia tiene una definición clara de calidad, un conjunto sólido de guías de práctica clínica y requisitos mínimos integrales para la infraestructura en cada establecimiento de salud. Sin embargo, no parece tener un plan claro para el suministro y distribución de instalaciones y personal de salud en el país.

Tabla 4: Calificaciones para la Definición de Calidad, Guías y Estándares

Existe definición de calidad.	4
Existen guías de práctica clínica.	4
Existen estándares de infraestructura física.	4
Normas para el suministro, distribución de recursos humanos.	2
Planificación de normas de suministro, distribución de instalaciones sanitarias.	2

2.4 Medición e Informes de Calidad

La medición de la calidad es crítica para cualquier sistema de salud, ya que ayuda a identificar áreas de debilidad, establecer prioridades, apoyar el aprendizaje y verificar que las actividades de mejora hayan dado como resultado mejores resultados. Esta sección examina hasta qué punto Colombia cuenta con un sistema sólido para medir la calidad de manera confiable, brindar retroalimentación a los proveedores y gerentes, y usar los datos de manera efectiva para mejorar la calidad.

En los últimos años, Colombia ha desarrollado una impresionante variedad de bases de datos y fuentes de datos. Como se señaló anteriormente, el tercer pilar del SOGC es el sistema de información para la calidad. La Oficina de Tecnología de la Información y Comunicaciones (OTIC) dentro de la MSPS es responsable de supervisar la infraestructura de información de salud en el país. Administra el SISPRO, una bodega de datos nacional que contiene datos sobre el suministro y el uso de los servicios de salud, la calidad de la atención, el estado de los seguros, el financiamiento y la promoción de la salud. Ejemplos incluyen:

- REPS*, un registro de organizaciones de atención en salud.
- ReTHUS†, un registro de profesionales de la salud y los servicios que están autorizados a brindar.
- RIPS, (MPS, 2009) una base de datos con información sobre la utilización de cada servicio de atención en salud proporcionado, incluyendo visitas a médicos de atención primaria, odontólogos, centros de imágenes diagnósticas, departamentos de urgencias y hospitalizaciones.

Colombia también realiza encuestas nacionales de satisfacción del paciente para comparar el desempeño entre las compañías de seguros de salud. (MSPS, 2017).

Colombia también ha ordenado la recolección de una gran canasta de indicadores de calidad. Primero, las organizaciones de atención en salud y los distritos de salud envían periódicamente información sobre 55 indicadores de calidad, según lo exige la Resolución 256/2016. (MSPS, 2016). Esta lista incluye la seguridad del paciente (por ejemplo, caídas, úlceras por presión, infecciones relacionadas con procedimientos), efectividad (por ejemplo, mortalidad infantil), oportunidad (por ejemplo, tiempos de espera para visitas de especialistas, exámenes avanzados) y satisfacción del paciente. En segundo lugar, los datos sobre individuos relacionados con la salud pública y la prevención son enviados por los prestadores de atención en salud a los distritos de salud según la resolución 4505/2012. (MSPS, 2012). Los ejemplos incluyen vacunas, enfermedades transmisibles, visitas prenatales, planificación familiar, pruebas de Papanicolaou y exámenes de mamografía. (MSPS, 2013) Tercero, bajo el programa de Cuenta de Alto Costo, según lo especificado por el decreto 2689/2007 (MPS, 2007), los prestadores de atención en salud deben presentar datos mensuales sobre indicadores de calidad para enfermedades seleccionadas de alto costo, como diabetes, insuficiencia renal y artritis reumatoide.

* Visite: <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/REPS-Registro-especial-de-prestadores-de-servicios-de-salud.aspx>

† Visite: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PO/Paginas/registro-unico-nacional-del-talento-humano-en-salud-rethus.aspx>

La calidad de los datos recopilados es buena para el programa de Cuentas de Alto Costo, pero otras fuentes de datos no están sujetas a un proceso de control de calidad tan riguroso. Los datos se recopilan generalmente a nivel de prestadores de atención de salud con base en la información registrada por los prestadores de atención de salud. En algunas visitas a sedes, se observó que el personal ingresaba información clínica en ciertas plantillas dentro de su registro médico electrónico (RME) y el RME preparaba automáticamente los datos para su envío. En la mayoría de los casos, la garantía de calidad de los datos consiste en monitorear los datos entrantes para obtener resultados que parezcan inverosímiles (por ejemplo, un hombre que recibe un servicio destinado a mujeres). Numerosos entrevistados expresaron su preocupación de que este proceso es insuficiente para garantizar la calidad de los datos. En contraste, el programa de Cuenta de alto costo tiene un sistema estructurado de auditorías mensuales aleatorias de atención al paciente que lleva a cabo un auditor que puede ser externo o interno a la organización. Los auditores reciben capacitación y certificación del Ministerio. También se publica información sobre la calidad de los datos de cada compañía de seguros en aras de la transparencia. (Cuenta de Alto Costo, 2018). Los entrevistados expresaron confianza en este sistema y sugirieron su uso para otros tipos de datos.

La información se difunde a través de un sitio web público de informes y reportes nacionales; sin embargo, existen oportunidades para mejorar la facilidad de uso y la oportunidad de estas herramientas y para guiar a los usuarios sobre cómo usarlas para la calidad. MSPS también ha publicado dos versiones del Informe Nacional de Calidad en la Atención en Salud (*INCAS*) en 2009 (MPS, 2009) y 2015 (MSPS, 2015). Estos informes contienen información similar a la que se encuentra en los sitios web públicos, pero incluyen texto para ayudar al lector a interpretar y contextualizar los datos sin procesar. Otra publicación clave es el ranking de calidad de las compañías de seguros de salud, publicado por el programa de Cuentas de Alto Costo (2018). Este informe se centra en los indicadores de enfermedades de alto costo, y para cada indicador, las compañías de seguros de salud reciben un código de color (rojo, amarillo y verde) que representa su desempeño relativo. Además, se puede acceder a algunos de los datos del SISPRO a través de un sitio web de informes públicos, el *Observatorio Nacional de Calidad en Salud*.^{*} Aquí, el usuario puede seleccionar un tema (v.g., Seguridad del paciente) y obtener información sobre diferentes indicadores, desglosados por centro de atención en salud.

^{*} El observatorio de calidad se puede recuperar en: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx>

Figura 6: Ejemplo de Informe de Indicadores del Observatorio Nacional de la Calidad en Salud

The screenshot shows the website interface for the Observatorio Nacional de Calidad en Salud. At the top, there is a navigation bar with 'Inicio', 'Quienes Somos', 'Indicadores', 'Normatividad', and 'Publicaciones'. Below this, a breadcrumb trail reads 'Observatorio Nacional de Calidad en Salud > Indicadores de Calidad Resolución 256/16'. The main content area is titled 'Indicadores Resolución 0256 de 2016' and 'Indicadores Monitoreo de la Calidad de la Atención - IPS - Seguridad'. It features several filters: 'Indicador' (with checkboxes for various clinical metrics), 'Periodo' (with checkboxes for 2016-1, 2016-2, 2017-1, 2017-2, 2018-1, and 2018-2), 'UCI' (with a checkbox for 'N/A'), and 'Departamento' (with a 'Select All' option and checkboxes for departments like Antioquia, Atlántico, Bogotá, D.C., etc.). Below the filters is a table with the following data:

IPS	UCI	Valor Calculado	Numerador	Denominador	Unidad/Medida
050010211801 - CLINICA OFTALMOLÓGICA DE ANTIOQUIA S.A. CLOFAN S.A.	N/A	100.00	2,093.00	2,093.00	Porcentaje
050010211001 - CLINICA CARDIO VID	N/A	8.97	56.00	624.00	Porcentaje
050010464802 - CLINICA DEL PRADO CIUDAD DEL RIO	N/A	8.33	241.00	2,894.00	Porcentaje
050010209201 - CLINICA EL ROSARIO SEDE CENTRO	N/A	7.85	608.00	7,750.00	Porcentaje

Si bien el observatorio de calidad es un recurso excelente que es la envidia de otros países de ingresos medios e incluso altos, se observaron oportunidades de mejora. Primero, algunos indicadores clave no están disponibles en el sitio web (por ejemplo, control del azúcar en sangre para la diabetes). En segundo lugar, hay un largo desfase de tiempo con muchos indicadores desactualizados desde hace más de un año. En tercer lugar, hubo problemas de facilidad de uso que dieron lugar a que se produjeran mensajes de error para consultas sencillas. El lenguaje del sitio web es altamente técnico, lo que dificulta la navegación para una persona no técnica.

La información sobre la calidad no está fluyendo de vuelta a los prestadores para ayudarlos a mejorar la calidad de la atención. Se tomó nota de esta observación durante las entrevistas en sedes. Los prestadores requieren información a nivel micro sobre el desempeño de su propia práctica, en tiempo real de ser posible. Como se señaló anteriormente, el observatorio de calidad no proporciona retroalimentación oportuna y faltan muchos indicadores. Los entrevistados señalaron que es posible que se envíe información a las compañías de seguros de salud y a la administración de los prestadores de atención en salud, pero que no necesariamente los utilizan los prestadores de primera línea.

Existe la oportunidad de mejorar la traslación del conocimiento: la existencia de información y orientación sobre cómo utilizar datos de calidad para mejoramiento. Los documentos revisados, tales como los informes de calidad descritos anteriormente y los documentos de metadatos de indicadores tienden a centrarse en preguntas sobre cómo se definen los indicadores y la descripción de las diferencias (por ejemplo, entre organizaciones). No pudimos encontrar información detallada sobre lo que una persona debe hacer de manera diferente según esta información. Por ejemplo, en el observatorio de

calidad, un profesional en salud puede buscar información sobre el desempeño de su hospital, pero no hay una guía sobre cuál debiera ser el nivel de calidad deseado, ni qué pasos tomar o qué ideas implementar para mejorar el desempeño.

Hay una capacidad analítica limitada para hacer análisis más sofisticados. Los entrevistados señalaron que el personal en la OTIC se componía principalmente de personas capacitadas en la gestión de bases de datos, pero que no tenían experiencia en bioestadística o epidemiología y no producían análisis más avanzados. Las sugerencias para el aumento de actividades de investigación incluyeron mejores puntos de referencia para la calidad y análisis más profundos sobre los factores predictivos de la calidad y el impacto de las diferentes políticas y programas sobre la calidad.

Sinopsis: Colombia ha desarrollado una impresionante variedad de herramientas de recolección de datos, indicadores de calidad estandarizados, una base de datos centralizada y un sitio web de informes públicos. Las áreas de mejora incluyen mejorar la calidad de los datos; retroalimentación de datos a profesionales en salud y prestadores de atención en salud de manera más oportuna; facilidad de uso de los informes basados en la web sobre el desempeño de las compañías de seguros de salud en beneficio del público; puntos de referencia más claros para el rendimiento; y una mejor capacidad analítica para investigar los factores que influyen en la calidad y el impacto de las diferentes políticas en la calidad.

Tabla 5: Resultados para Medición y Elaboración de Informes de Calidad

Existe un sistema de recolección de datos e indicadores de calidad.	3.5
Mecanismos de garantía de calidad de datos establecidos.	2.5
Existe una infraestructura robusta para reportar y diseminar datos.	3
Existe capacidad analítica robusta.	2
Existen mecanismos robustos para intercambio de conocimiento.	2

2.5 Capacidad y Actividades de Mejora de Calidad

La presencia de líderes, gerentes y personal en todo el sistema con un sólido conocimiento de las técnicas de mejora de la calidad es un sello distintivo de un sistema de salud de alto desempeño. Esta sección examina si un sistema de salud tiene comités y estructuras formales de calidad; un personal sólido, de nivel experto con las habilidades para gestionar la calidad e implementar mejoras; uso comprobado de herramientas y métodos de QI; uso de herramientas de apoyo a decisiones; y programas de acreditación.

Colombia tiene una infraestructura básica para la calidad dentro de las instituciones de atención en salud, que incluye comités de calidad, personal y políticas básicas. Todos los hospitales y clínicas visitados tenían al menos una persona identificada como responsable de la calidad y al menos un comité de calidad. Esto probablemente es en respuesta al Decreto 3518/2006 que ordena la creación de comités de control de infecciones y de vigilancia de la salud pública, para el monitoreo de enfermedades de notificación obligatoria. (MPS, 2007). Las sedes visitadas también pudieron mostrar políticas y

procedimientos para el control de infecciones, la administración de medicamentos y otras prácticas de seguridad.

Se observaron variaciones en el nivel de experiencia en gestión de calidad. Hay muchos programas internacionales de capacitación formal y certificaciones de calidad existentes,* que tienen un currículo establecido de habilidades definidas (por ejemplo, análisis de causa raíz, mapeo y rediseño de procesos, gestión de un proyecto de mejora de la calidad, etc.). Le preguntamos al personal durante las visitas a sedes sobre los tipos de cualificaciones que tenían, incluidos los equivalentes colombianos de los programas internacionales. Algunos hospitales del sector privado tenían departamentos de calidad grandes (por ejemplo, más de 30 empleados en un caso) con al menos algunas personas capacitadas en calidad a nivel de maestría. Sin embargo, muchas otras sedes informaron que el personal había aprendido técnicas de mejora de calidad a través de la auto capacitación.

Hubo amplias variaciones en el uso de métodos de mejora de la calidad entre los prestadores de atención en salud visitados. Un gran sistema hospitalario privado, por ejemplo, demostró paneles de control de calidad bien desarrollados para su liderazgo, y utilizó herramientas analíticas sofisticadas, como análisis modal de fallos y efectos para anticipar y prevenir fallas de seguridad del paciente. Otra era usar software para ayudar a los equipos a documentar el uso de las herramientas de QI. En otras sedes, los ejemplos de herramientas solicitadas (por ejemplo, mapas de procesos, diagramas de Ishikawa / análisis de causa raíz, ciclos de PDSA) no coincidían realmente con la descripción de la herramienta o se utilizaron de manera incorrecta o incompleta. También solicitamos ejemplos de proyectos exitosos de mejora de calidad. Muchas sedes pudieron proporcionar al menos un ejemplo, pero algunas sedes definieron sus actividades como "implementación de una herramienta" en lugar de una mejora real en un indicador de calidad (v.g., reducción de caídas de pacientes). Dejando a un lado estos desafíos, las entrevistas con personal de calidad en instituciones de atención en salud apoyaron con entusiasmo más actividades para aumentar el nivel de experiencia y capacitación. Estos hallazgos sugieren que existen elementos de una cultura de calidad, abiertos a la identificación de problemas y la resolución de problemas en equipo, pero existen grandes oportunidades para fortalecer esta cultura.

Otra debilidad es la medida en que se comparten las actividades de mejora de calidad y el conocimiento. En otras jurisdicciones, esto se hace a menudo a través de "colaboraciones de mejora de calidad", un método estructurado donde los equipos de calidad que trabajan en un tema común se reúnen periódicamente para compartir información sobre los desafíos de implementación y las posibles soluciones. Las "campañas nacionales" son una versión más intensiva y coordinada de tales iniciativas. Los modelos menos estructurados incluyen "comunidades de práctica" que crean foros de discusión regulares a través de una variedad de medios. Los entrevistados en las visitas a sedes en general afirmaron que, fuera de sus organizaciones, faltan estructuras formales para apoyar este tipo de intercambio de conocimientos.

* Los ejemplos incluyen Lean/Six Sigma Green o Black Belt, Asesor de Mejora de IHI, certificaciones de la Sociedad Americana de Calidad o Asociación Nacional para la Calidad de la Atención en Salud, o el programa Oficial de Seguridad del Paciente del Instituto Canadiense de Seguridad del Paciente.

Colombia tiene un sistema de acreditación completo y bien desarrollado, pero el programa sufre de baja participación. La acreditación es gestionada por ICONTEC, una organización independiente que administra el programa basándose en tarifas cobradas. Este programa está reconocido por la Sociedad Internacional para la Calidad en la Atención Médica (ISQUA). Sin embargo, uno de los desafíos con el programa ha sido la baja tasa de participación, ya que hasta la fecha se han acreditado menos de 50 prestadores de atención en salud. Los entrevistados señalaron varios desafíos, entre ellos: el costo de la acreditación (relativamente alto para los hospitales pequeños); recursos limitados para cumplir con los requisitos de infraestructura física; procesos muy intensivos en mano de obra; y poco beneficio de la acreditación formal, aparte del prestigio; poco incentivo financiero para hacerlo, o compensación por los costos de pasar por el proceso. Algunos entrevistados declararon que podrían obtener los beneficios de la acreditación adoptando los estándares sin obtener formalmente la acreditación.

Las herramientas de apoyo a las decisiones pueden ayudar a los prestadores a aumentar su adopción de mejores prácticas; hay algunos ejemplos de su uso, pero una gran oportunidad para expandir su aplicación. Una de las principales barreras para la adopción de CPGs es que los prestadores pueden desconocer sus detalles u olvidarse de implementarlos, dada su complejidad. Las herramientas de apoyo a las decisiones les recuerdan a los prestadores lo que deben hacer en diferentes situaciones. Tales acciones pueden incluir qué preguntas hacer, elementos a verificar o medicamentos, tratamientos o consejos para dar a los pacientes. Los ejemplos utilizados en Colombia incluyen la lista de chequeo quirúrgico de la OMS. Vimos ejemplos de protocolos para diferentes situaciones de emergencia publicados en hospitales. Algunos RME de atención primaria calcularon automáticamente los indicadores de malnutrición según el peso y estatura ingresados y produjeron alertas cuando los indicadores se encontraban en una zona inaceptable. Estos son desarrollos positivos, pero hubo un amplio margen para aumentar el uso de las herramientas de apoyo a decisiones que se encuentran en otros países. No observamos el uso de formularios de órdenes estándar en los hospitales, que proporcionan de antemano la dieta recomendada, la actividad, los medicamentos y las investigaciones para pacientes con un diagnóstico de admisión en particular. La mayoría de los hospitales no tenían sistemas automáticos para alertar a los prestadores de interacciones o contraindicaciones de medicamentos potencialmente peligrosas. Las sedes de atención primaria no utilizaban diagramas de flujo para el tratamiento de enfermedades crónicas, que sirven como listas de chequeo para los elementos que deben revisarse en cada visita. En general, la participación de clínicos en la definición de guías de práctica, estándares, herramientas de apoyo a decisiones y verificación de cumplimiento de las guías es baja.

Sinopsis: Colombia cuenta con muchas estructuras para la capacidad de mejora de calidad, incluidos comités formales y gerentes de calidad. Sin embargo, existen variaciones entre las sedes en el nivel de capacitación de estas personas y en la medida en que se utilizan métodos de calidad. Existen pocas oportunidades para que los centros de atención en salud puedan hacer benchmarking y aprender unos de otros. Los profesionales de la salud de primera línea tienen un fuerte deseo de fortalecer sus habilidades de puntos de referencia y habilidades de mejora continua de calidad por todo el sistema.

Tabla 6: Capacidad y actividades de mejora de calidad

Masa crítica de la experiencia del personal en la gestión de calidad en el sistema.	2.5
Existen estructuras y equipos formales de calidad.	4
Uso demostrado de los métodos de QI (mapas de proceso, ciclos PDSP, etc.)	2
Campañas nacionales y otros métodos para compartir aprendizajes.	2
Amplia participación en un programa de acreditación robusto.	2
Uso generalizado de herramientas de apoyo a decisiones.	2

2.6 Insumos - Personal, Instalaciones, Equipo, Suministros

La disponibilidad de infraestructura física, medicamentos y recursos humanos en el sistema de salud es un prerequisite básico para la calidad; la idoneidad de estos insumos se evalúa en comparación con los países pares. Resulta difícil llegar a conclusiones respecto de la idoneidad de estos insumos basados en estadísticas como la proporción de proveedores por población. No existe un punto de referencia claro basado en evidencia para el suministro ideal, y la elección de cada país depende de su modelo de atención y de la medida en que un país puede cambiar tareas entre profesionales de la salud y operar de manera más eficiente. No obstante, para fines de comparación, utilizamos el siguiente enfoque para establecer un punto de referencia conservador: examinar la oferta de insumos en los países de altos ingresos de la OCDE que, en general, se considera que tienen sistemas de salud que funcionan bien, al tiempo que tienen una relación de insumos frente a población relativamente bajos. Esta sección también explora el modelo de prestación de atención, y si está diseñado para brindar atención primaria integral con una buena continuidad del prestador y transiciones y coordinación fluidas entre la atención primaria, los hospitales y los servicios especializados.

Colombia ha hecho importantes inversiones para mejorar la oferta de recursos humanos en salud; sin embargo, la oferta de médicos, enfermeras y camas de hospital sigue siendo baja en comparación con los países de la OCDE. Según la base de datos ReTHUS*, el número de médicos ha aumentado en un 34% en solo seis años, a un nivel de 128.354 a 2017. Las enfermeras han aumentado en un 47%. A pesar de estos aumentos, Colombia tiene una proporción de médicos por población de 2,1 por 1.000, que es inferior a la media de la OCDE de 3,2 y menor a la referencia conservadora de 2,6.†. Sin embargo, esta proporción es comparable a otros países latinoamericanos con niveles de ingreso similares.‡. En cuanto a enfermería, Colombia cuenta con enfermeras y enfermeras auxiliares (1,26 y 5,16 por 1.000), pero depende más de estas últimas en comparación con otros países. Cuando ambos tipos de enfermeras se agrupan, la relación total entre el profesional de enfermería y la población está nuevamente en el extremo inferior de los países de la OCDE (punto de referencia 8 por 1.000)§. La capacidad de camas de hospital,

* La base de datos ReTHUS se recupera en: <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Saludatos-Estimacion-de-los-Indicadores-para-el-se/5atd-7cac>

† Ejemplo: países selectos con sistemas de salud robustos incluyen Japón (2.4 médicos/1000); EE.UU. 2.6, Reino Unido 2.7, Reino Unido 2.8.

‡ Visite el Observatorio de la OMS en: https://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/

§ Visite: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart>

con 1,7 camas por 1000, también se encuentra en el extremo inferior de los países de la OCDE y es inferior al punto de referencia de 2,5.*

La disponibilidad de medicamentos es generalmente buena y está garantizada por la ley. La Constitución de 1991 garantiza la cobertura universal de salud para medicamentos esenciales. Existe un plan de beneficios estándar que define los medicamentos y servicios que los prestadores deben ofrecer; los medicamentos, servicios y tecnologías que no están en el plan de beneficios todavía pueden proporcionarse a través de la herramienta MIPRES (MSPS, 2017). Ley Estatutaria 1751 de 2015 (Congreso de Colombia, 2015) confirma que se suministrarán medicamentos, excepto los que carecen de evidencia clínica de efectividad o seguridad. Un asunto que se notó en esta ley estatutaria es que existe un mecanismo nacional para establecer los precios de los medicamentos, para fines de contención de costos. Si bien la mayoría de los entrevistados en las visitas a sedes no expresaron inquietud acerca de la disponibilidad de medicamentos, algunos sí reportaron escaseces ocasionales de medicamentos básicos como la oxitocina o la lidocaína; no es claro si se trata de un problema de la cadena de suministro o debido a que el precio establecido fue demasiado bajo para atraer proveedores confiables.

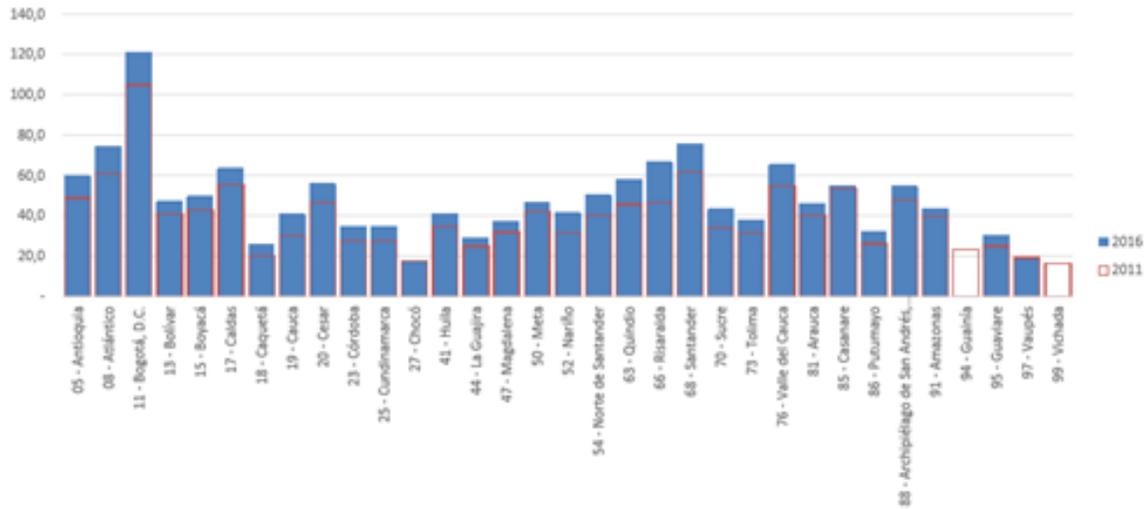
Existen procedimientos básicos de gestión de recursos humanos, pero existen numerosas inquietudes sobre la alta rotación de personal, el estrés laboral y el agotamiento. La mayoría de las sedes visitadas contaban con herramientas básicas, como descripciones de cargos y mecanismos de evaluación del personal. Sin embargo, los entrevistados expresaron su preocupación por la alta rotación de personal. Las razones para esto no son claras, pero un problema es que en las áreas rurales hay una alta rotación ya que los recién graduados deben hacer un año de servicio público obligatorio en estas comunidades y, por lo general, no se quedan después. Con respecto al estrés laboral, el Ministerio ha publicado recientemente directrices para evitar el agotamiento, y reconoce esto como una inquietud importante que también afecta la seguridad del paciente. (MSPS, 2015). Estas directrices proponen indicadores para mediciones futuras, pero las estadísticas de línea base aún no están disponibles.

Las políticas de recursos humanos han establecido estándares mínimos para los profesionales en salud, pero la confianza en las habilidades médicas es débil, probablemente debido a problemas con la falta de un currículo médico estándar, una evaluación estándar de habilidades y la verificación de las habilidades a lo largo de la carrera de un profesional en salud. El programa de *Habilitación* opera como una forma de acreditación para garantizar que los profesionales en salud tengan estándares mínimos para la capacitación previa. Los prestadores que deseen trabajar en una entidad territorial deben presentar sus cualificaciones, estar registrados en el territorio y renovar este registro cada cinco años. Muchos entrevistados, sin embargo, expresaron inquietudes. Primero, no hay un examen estandarizado ni un plan de estudios estandarizado para los recién graduados de las escuelas de medicina, y por lo tanto no hay forma de medir la competencia clínica de manera confiable. En segundo lugar, no hay requisitos obligatorios para el mantenimiento de la competencia y ningún proceso para volver a evaluar si los profesionales en salud han mantenido sus habilidades y conocimientos frente a la expansión de los conocimientos médicos. Un ejemplo de habilidades clínicas deficientes observado por algunos entrevistados en las visitas a sedes es que los prestadores de atención primaria remitieron un número

* Canasta de 5 países: Suecia 2.2 Dinamarca 2.3 Canadá 2.5 Reino Unido 2.6 Nueva Zelanda 2.7. La media de la OCDE es 3.8.

excesivo de casos a especialistas. Una encuesta formal de gerentes de atención en salud observó que el 59% no confiaba en las habilidades clínicas de los médicos generales en sus instalaciones y el 27% carecía de confianza en sus especialistas (Universidad Javeriana, 2013).

Figura 7: Densidad de profesional en salud por cada 10,000 residentes en Colombia, 2011 a 2016



Fuente: Base de datos ReTHUS (MSPS, 2018)

Existen importantes desequilibrios regionales en la distribución de profesional en salud, que han persistido a lo largo del tiempo. Como se señala en la siguiente figura del MSPS, hay una diferencia de seis veces en la proporción de prestadores de salud a población entre la región de Bogotá y Chocó, que tiene la oferta más baja. Las políticas, como el requisito de servicio social de los recién graduados que pasan un año en un área mal atendida, no parecen tener un impacto a largo plazo en este problema de distribución.

El personal entrevistado citó numerosos problemas con el modelo actual de atención, como la mala comunicación entre la atención primaria y otros sectores. Los entrevistados anotaron que cuando los pacientes se remiten a un especialista, a otros trabajadores de la salud (por ejemplo, en nutrición o en salud mental), o eran admitidos al hospital, la información sobre la visita no se enviaba de vuelta al médico de atención primaria. Se notaron algunas excepciones; los hospitales acreditados generalmente brindaban información sobre los planes de tratamiento, y generalmente se proporciona información sobre la atención del embarazo. Además, en algunos casos, a un paciente se le proporciona un resumen del diagnóstico y el plan de tratamiento. Si el paciente lleva esto a la consulta, entonces el médico queda enterado, pero esto no siempre sucede. En general, los especialistas y los médicos de atención primaria trabajan en sedes separadas, no comparten registros y no pueden ver la información de salud de los demás. Una excepción fue una red en Bogotá que contaba con especialistas visitantes en una clínica de atención primaria, que podían acceder a la misma RME. El manejo conjunto de casos de pacientes con afecciones médicas difíciles de tratar generalmente no ocurre.

Los entrevistados también describieron inconvenientes para los pacientes en obtener servicios de laboratorio, imágenes diagnósticas y servicios especializados. Primero, algunos servicios se pueden obtener solo si los solicita un especialista. En segundo lugar, es posible que los pacientes deban esperar a que la aseguradora en salud (EPS) apruebe los servicios ordenados por el médico; dependiendo de la EPS, la demora varía de mínima a cinco meses. En tercer lugar, los entrevistados señalaron que la EPS puede

tener contratos con diferentes prestadores para diferentes exámenes, lo que hace que los pacientes tengan que viajar a múltiples sedes. Cuarto, a veces los exámenes son repetidos por especialistas que no confían en la precisión de los exámenes realizadas en una sede de atención primaria. Por último, existe un sistema de filtros donde los pacientes consultan a los especialistas solo si son referidos desde la atención primaria. Sin embargo, algunas de las compañías de seguros de salud con problemas financieros no tienen un contrato con un prestador de atención en salud para atención especializada, y luego el prestador de atención en salud recurre a enviar al paciente al departamento de emergencias más cercano para recibir tratamiento.

Sinopsis: Colombia cuenta con una oferta de recursos humanos e infraestructura hospitalaria comparable a los países de ingresos medios de América del Sur, pero menos que los países típicos de la OCDE. Hay preocupaciones sobre la capacidad del sistema para garantizar que el personal tenga las habilidades clínicas adecuadas. Los recursos existentes no se utilizan de manera óptima; los profesionales en salud se concentran en regiones urbanas como Bogotá, y deben abordarse los problemas con el modelo de prestación de atención, incluida la coordinación deficiente y un viaje desarticulado del paciente debido en parte a la forma en que las compañías de seguros de salud contratan sus servicios.

Tabla 7: Resultados para insumos - Personal, Instalaciones, Equipos, Suministros

Oferta de prestadores de salud	3
Variaciones regionales en la oferta de profesionales en salud	2
Capacidad de gestión de recursos humanos.	2
Disponibilidad de medicamentos	4
Capacidad de camas hospitalarias	3
Modelo de Atención	2

2.7 Rendición de Cuentas y Gobernanza

Colombia utiliza una combinación de la mayoría de las diferentes herramientas de rendición de cuentas que se ven en todo el mundo y tiene una cadena de rendición de cuentas del Ministerio de Salud a los gobiernos regionales, aseguradoras, prestadores, profesionales en salud y a la población. Si bien la red de relaciones de rendición de cuentas en Colombia es altamente compleja, identificamos las licencias/inspecciones, acreditación, informes públicos, quejas de pacientes y comunidades y supervisión basada en seguros como las principales herramientas de rendición de cuentas del sistema. Nuestra evaluación examina estas herramientas en términos de su efectividad, eficiencia y alcance a través de siete dimensiones de calidad de la atención en salud: seguridad del paciente, eficacia de la atención, centralidad en el paciente, oportunidad, eficiencia, integración de la atención y equidad.

Seguridad del Paciente

Inspección a través de licencias (*habilitación*) es un método importante de rendición de cuentas para la seguridad del paciente. Como se señaló en la sección 2.3, las licencias examinan estructuras e insumos

como políticas, comités, infraestructura y suministros para el control de infecciones. Las entidades territoriales (DMDS) realizan inspecciones y evaluaciones periódicas de licencias para determinar si un prestador de atención en salud (IPS) puede operar.

Debilidades en el programa de concesión de licencias (*habilitación*) incluye inspecciones poco frecuentes, conflictos de interés, falta de alineación con las realidades locales y renuencia a la sanción, especialmente en áreas con un solo prestador. Primero, los prestadores de atención en salud generalmente reciben una inspección completa solo una vez cada cuatro años. En segundo lugar, las entidades territoriales a menudo son propietarias de las instalaciones que licencian y, por lo tanto, tienen un conflicto de intereses, sin incentivo para cerrar los servicios o complicar el proceso de concesión de licencias. Por lo tanto, existen serias dudas sobre la transparencia, la imparcialidad y el rigor técnico de este proceso. En tercer lugar, las compañías de seguros de salud y los prestadores de atención en salud entrevistados también consideraron que los criterios de licencia no estaban alineados con las realidades locales. Los hospitales públicos tienden a tener una infraestructura más antigua que no cumple con los criterios básicos (por ejemplo, estándares de espacio o protecciones antisísmicas). En cuarto lugar, los entrevistados expresaron su preocupación acerca de las instalaciones que son el único prestador en una región para el régimen subsidiado; no pueden cerrarse y, como resultado, se les puede permitir operar con niveles de seguridad del paciente por debajo del estándar.

Debido a las debilidades en la concesión de licencias (*habilitación*), algunos esquemas de seguros han desarrollado sistemas de inspección paralelos; esto crea una duplicación de esfuerzos. Algunas de las principales compañías de seguros de salud han desarrollado sistemas donde realizan sus propias evaluaciones de seguridad para cada uno de los prestadores de atención en salud contratado. Cada una de las diferentes compañías de seguros de salud inspecciona las instalaciones, lo que conduce a esfuerzos superpuestos. Esto también supone una carga para los prestadores de atención en salud, ya que las aseguradoras están realizando múltiples inspecciones y cada una aplica un estándar de inspección algo diferente.

La mayoría de las compañías de seguros de salud incluyen expectativas de seguridad en sus contratos, aunque con débiles consecuencias por no cumplir con las expectativas. Según una encuesta de compañías de seguros de salud, los indicadores de desempeño utilizados en los contratos con prestadores de atención en salud incluyen caídas hospitalarias (93% de las compañías de seguros de salud que respondieron la encuesta), infecciones y complicaciones quirúrgicas (71%). En la mayoría de los casos, el incumplimiento de una expectativa resultaría en una solicitud de un plan de mejora de calidad (91%) o una reunión para discutir los resultados (71%).

El sistema de acreditación es una herramienta potencial para la rendición de cuentas respecto de la seguridad del paciente, pero no se utiliza para este propósito. Como se señala en las secciones 2,3 y 2,5, la acreditación establece estándares rigurosos de atención, pero adolece de una baja participación. La mayoría de los prestadores lo ven como costoso y engorroso. Existe una inquietud expresada de que la acreditación requiere actualizaciones costosas que no están claramente relacionadas con la calidad, como aumentar las alturas de cielos rasos o aumentar el número de ascensores. Además, existe una percepción en el mercado de que los prestadores acreditados no están logrando mejores resultados y, por lo tanto, las aseguradoras en salud no ven razón para pagar precios más altos por sus servicios. Como tal, parece

que la razón principal para la acreditación es que se ha relacionado con la pérdida de la capacidad de operar para los prestadores vinculados a universidades.

El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) no es efectivo. Bajo el SOGC, los prestadores de atención en salud realizan una autoevaluación de sus debilidades (utilizando estándares de acreditación para comparación) y generan un plan de mejora de calidad (PAMEC), que se comparte con las compañías de seguros de salud y Supersalud. Sin embargo, los entrevistados declararon que no había consecuencias si no se alcanzaban los objetivos del PAMEC.

Oportunidad

Los prestadores son responsables de cumplir con los objetivos de tiempo de espera establecidos por medio de la regulación a través de informes a Supersalud y los mecanismos de informes públicos. La Supersalud, puede penalizar a los prestadores de atención y a las compañías de seguros por incumplimiento de objetivos. La Supersalud también procesa las quejas presentadas por los usuarios, frecuentemente relacionadas con los tiempos de espera, incluidas las consultas especializadas. Los aseguradores y prestadores entrevistados mencionaron que desconocían los casos de consecuencias legales desde Supersalud por no cumplir con los objetivos. La notificación pública de los tiempos de espera es otro mecanismo de rendición de cuentas, a través del sitio web público del *Observatorio*, pero su utilidad parece limitada (ver más acerca de efectividad abajo).

El sistema judicial de *tutelas* permite a los ciudadanos responsabilizar a los proveedores por la calidad; la mayoría de estas quejas son por tiempos de espera. Una Defensoría del Pueblo realiza un seguimiento independiente de los tiempos de espera y las quejas, y ayuda a los pacientes a radicar '*tutelas*', acciones judiciales para ejercer sus derechos. Esta oficina pública informes periódicos sobre *tutelas* (Defensoría del Pueblo, 2017) que consiguen una amplia cobertura mediática, responsabilizando a los aseguradores o prestadores que tienen bajo desempeño.

Las cláusulas contractuales entre las compañías de seguros de salud y los prestadores de atención en salud incluyen rendir cuentas por los tiempos de espera, según lo observado por el 86% de los encuestados en la encuesta de las compañías de seguros de salud. En el caso de la mala calidad en general (por tiempos de espera u otras dimensiones de calidad), las compañías de seguros de salud pueden cancelar contratos (71%), abstenerse de renovar contratos (64%) o retener fondos (43%).

Grupos de Defensa de Pacientes* para condiciones específicas que requieren tecnologías de alto costo ayudan a responsabilizar a los prestadores del acceso oportuno a la atención. Estos grupos se relacionan activamente con los medios de comunicación acerca de sus inquietudes. Los investigadores también pueden ser influyentes; cuando se demostró que las demoras prolongadas disminuían la supervivencia de la leucemia infantil (Suarez, 2015), el gobierno expidió una política para acelerar el diagnóstico y la iniciación del tratamiento.

* Las inquietudes respecto de recibir fondos de las compañías farmacéuticas los llevó a firmar un convenio de transparencia para disipar las sospechas de que estaban actuando en interés de estas empresas.

Hay oportunidades para mejorar la rendición de cuentas por la oportunidad de la atención. Existe una gran variación en los tiempos de citas cuando se analiza el sistema de información, y se sabe comúnmente que las compañías de seguros y los prestadores han desarrollado formas de reducir los tiempos de espera en el papel, lo que resulta en información poco confiable. Esto sugiere que se requieren estándares mejorados para medir los tiempos de espera y un mayor enfoque en la auditoría.

Efectividad

Los prestadores de atención primaria son responsables ante las entidades territoriales y las aseguradoras en salud, a través de contratos, por las medidas de prestación de servicios efectiva. En las visitas a sedes, por ejemplo, las sedes de atención primaria observaron sanciones económicas por los objetivos faltantes para indicadores tales como las tasas de inmunización. Según la encuesta de la compañía de seguros de salud, el 86% de los encuestados de las aseguradoras incluyó objetivos para el manejo de la diabetes, la hipertensión, la atención prenatal adecuada y el VIH, dentro de sus contratos con los prestadores de atención en salud.

El sistema de Cuentas de Alto Costo está funcionando de manera relativamente efectiva. La Cuenta de Alto Costo, establecida y administrado por compañías de seguros de salud, se ha utilizado para hacer seguimiento de los resultados en salud de enfermedades de alto costo con el propósito de un ajuste por riesgo ex post entre todos los pagadores en el país. Esto les ha dado a las aseguradoras un incentivo para manejar efectivamente estas enfermedades, y así ha fortalecido la rendición de cuentas por los resultados de las enfermedades. El programa de Cuenta de Alto Costo también publica informes públicos de clasificaciones de las compañías de seguros de salud sobre una variedad de medidas detalladas de eficacia y resultados, que en teoría alienta a los de más bajo desempeño a igualar los resultados de los líderes (Cuenta de Alto Costo, 2019).

Las compañías de seguros de salud tienen mecanismos de auditoría para el cumplimiento de las GPC, pero están fragmentados, no necesariamente se alinean con las GPC nacionales y se informa que son ineficaces. Las compañías de seguros de salud han desarrollado mecanismos de auditoría para la prestación de servicios en Colombia que son paralelos a los implementados a través de las estrategias de mejora continua descritas en el Decreto 1011. Estos mecanismos de auditoría son ineficientes porque cada compañía de seguros contrata prestadores de salud con la expectativa de brindar atención a través de diferentes directrices clínicas que no están obligados a alinearse con las directrices nacionales producidas por el IETS, ni existe un requisito de asegurar que las que se aplican se basen en la evidencia científica más reciente. Además, los entrevistados en las instalaciones de salud y las aseguradoras en salud concordaron que el cumplimiento de las guías de práctica clínica no se verifica adecuadamente y es muy bajo, especialmente entre las especialidades médicas.

Las escuelas de medicina no rinden cuentas por producir graduados que puedan brindar atención médica efectiva. Las grandes brechas en los mecanismos de rendición de cuentas para la efectividad de la atención en salud se encuentran más abajo en la cadena de suministro, ya que las escuelas de medicina no son supervisadas en su desarrollo y aplicación de planes de estudio médicos, debido a que la autonomía legal de las universidades restringe la capacidad del Ministerio de Salud y Protección Social para hacerlas responsables de la competencia clínica de los médicos y enfermeras durante su formación previa al servicio. Sería deseable una participación más proactiva de los clínicos, no solo en el desarrollo y

adaptación de las GPC, sino también en la mejora de la calidad de la atención y en el manejo de la variabilidad injustificada en los patrones de uso, ya que está en línea con el compromiso de la profesión con la autorregulación que se consagró en Ley 1751.

Eficiencia

Si bien la eficiencia se considera un componente clave de la calidad de la atención en Colombia, nuestra evaluación encuentra limitaciones en la disponibilidad de expectativas explícitas, herramientas de rendición de cuentas integrales o actores designados para garantizarla. Las herramientas principales para garantizar la eficiencia son los contratos de las aseguradoras en salud con los prestadores de atención en salud. Las aseguradoras están bajo una presión sustancial de reducir los costos porque los precios (primas) que cobran están regulados. Esta presión de costos no se traduce necesariamente en vigilancia sobre la eficiencia de los prestadores. Las indicaciones muestran que algunas aseguradoras, particularmente aquellas con baja solvencia financiera, están respondiendo a las presiones de costos introduciendo medidas para reducir el acceso de los pacientes a tratamientos y medicamentos efectivos, o están contratando prestadores de menor calidad y, por lo tanto, de más bajo costo.

Pocas aseguradoras tienen los sistemas necesarios para que los prestadores rindan cuentas de la eficiencia. Para reducir el desperdicio de los prestadores, los aseguradores necesitan (como mínimo) recopilar datos auditados y detallados sobre los gastos y tratamientos de los prestadores basado en pacientes individuales. Relativamente pocas aseguradoras cuentan con estos sistemas. Muchas aseguradoras pagan a los prestadores por medio de presupuestos generales para tipos específicos de atención. Esto hace más difícil el monitoreo del desperdicio. Las aseguradoras han desarrollado una herramienta para la revisión de la utilización del servicio para justificar las denegaciones de pago por falta de necesidad médica. Sin embargo, este sistema no se basa en una evaluación de guías clínicas nacionales estandarizadas basadas en evidencia, genera altos costos de transacción y se cree que conduce a comportamiento oportunista por parte de los prestadores de atención en salud.

Fuera de los contratos de las aseguradoras, existen varios sistemas para alentar y respaldar una mejor eficiencia de los prestadores, pero hay indicios de que no están funcionando de manera efectiva. El Ministerio de Salud ha introducido un sistema de información para hacer seguimiento a las prácticas de prescripción farmacéutica, llamado MIPRES, que busca responsabilizar a los médicos por sus prácticas de prescripción de medicamentos que actualmente no están incluidos en el paquete de beneficios. Aunque este sistema informa públicamente sobre las prácticas de prescripción, solo cubre un conjunto limitado de medicamentos y los resultados no se comunican ampliamente a los pacientes, entidades territoriales o compañías de seguros, para responsabilizar efectivamente a los médicos. En consecuencia, es urgente que los clínicos controlen entre ellos las variaciones injustificadas de sobrediagnóstico/sobret ratamiento (bajo los modelos de pago por servicio) y subdiagnóstico/subtratamiento (bajo modelos de pago prospectivo), siguiendo el principio de autonomía profesional, que debe ir en paralelo con el compromiso de autorregulación que se establece en la Ley 1751.

Orientación al paciente

Existe cierta responsabilidad por la experiencia del paciente en los contratos entre las compañías de seguros de salud y los prestadores de atención en salud. La mitad de los encuestados de la encuesta de EPS reportan incluir las expectativas de experiencia del paciente en sus contratos con hospitales, y el 72% lo incluyó en contratos con instalaciones de atención primaria.

La información pública es una forma de rendición de cuentas respecto de la experiencia del paciente.

Como se señaló en la sección 2.4, el Ministerio de Salud y Protección Social realiza encuestas anuales de satisfacción del paciente y publica informes que comparan a las compañías de seguros de salud. (MSPS, 2018). También se puede obtener información sobre el observatorio de calidad del Ministerio de Salud y Protección Social. El instrumento mide la cordialidad del tratamiento, pero aún no incluye preguntas como la coordinación de la atención, el respeto por los valores individuales, la recepción de información clara y la educación relacionada con la atención, o el apoyo emocional, lo que proporcionaría una evaluación más completa de centralidad en la persona por el sistema.

La información pública, en teoría, puede ayudar a las personas a elegir su aseguradora en función de la calidad, lo que hace que las aseguradoras rindan cuentas; en la práctica, sin embargo, este mecanismo es débil porque la información divulgada públicamente es difícil de usar. El sistema de atención en salud de Colombia fue diseñado para permitir que las personas elijan libremente su aseguradora en función de la calidad de la atención. En teoría, esto debería crear un canal directo de rendición de cuentas por el cual las aseguradoras se sientan obligadas a mejorar la calidad para evitar perder clientes. En una encuesta reciente, el 20% de los colombianos consideraron cambiar de EPS, debido a preocupaciones con los tiempos de espera; esto sugiere que están listos para ejercer esta forma de exigencia de rendición de cuentas. Sin embargo, como se señaló en la sección 2.4, los sitios web de reportes públicos e informes son muy técnicos y difíciles de interpretar para el usuario. La información tiene al menos un año de atraso. No hay puntos de referencia claros para un buen desempeño. Sí encontramos un ejemplo de un periódico que recopilaba información en un formato amigable*; dichos formatos podrían comercializarse más agresivamente al público objetivo.

El ajuste inadecuado del riesgo en la remuneración puede desanimar a las compañías de seguros de salud para que busquen el mejor resultado en los informes públicos. Algunos entrevistados de las principales compañías de seguros de salud señalaron que las fórmulas de financiamiento para los pacientes no tienen en cuenta la complejidad, en términos de las enfermedades actuales y la gravedad y el costo de cada enfermedad. Como resultado, se informa que tener un puntaje alto en los informes públicos ha generado una selección adversa por la cual los pacientes más enfermos con enfermedades costosas buscan atención del mejor prestador, que luego recibe un pago a una tarifa que no refleja el costo del tratamiento para un paciente de este tipo. Esto les da a las aseguradoras el incentivo de no mejorar los resultados o de no informar los logros.

* <https://www.eltiempo.com/vida/salud/ranking-de-las-mejores-eps-de-colombia-en-2018-196510>

Las asociaciones de usuarios y los grupos de defensa del paciente son un mecanismo cada vez más importante para la centralidad en la persona. Las asociaciones de usuarios son creadas para aseguradoras y hospitales públicos. Las aseguradoras reportan que las asociaciones de usuarios son muy activas y son escuchadas de manera habitual cuando se analizan cuestiones de calidad. Un segundo mecanismo de participación pública en las decisiones de calidad de la atención es a través de la participación del paciente en las juntas directivas de los hospitales públicos.

Integración

No existe un mecanismo claro para garantizar la rendición de cuentas por la coordinación de la atención.

Se espera que las entidades territoriales y las compañías de seguros de salud actúen como coordinadores de la atención en todas las instalaciones y etapas de la enfermedad. (MSPS, 2016). Sin embargo, a los pacientes no se les garantiza un flujo transparente de su atención debido a los sistemas de prestación fragmentados, la mala interoperabilidad en los sistemas de información y las rutas de referencia mal diseñadas. Una política (MSPS, Resolución 1441, 2016) establece el concepto de redes integradas de prestadores (*Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS*), pero la implementación sigue siendo difícil de alcanzar. Las dificultades para establecer tales redes radican en la autonomía de las entidades territoriales (DMDS) que están implícitamente a cargo de la organización de la red pública de prestadores, pero dada la multitud de mecanismos de contratación, esto no necesariamente resulta en una atención integrada para los afiliados dentro del territorio.

Los modelos de pago en paquetes para servicios en todas las instalaciones podrían actuar como un incentivo financiero para la atención integrada, pero esto no se ha implementado en la mayoría de los entornos. Las compañías de seguros de salud se están alejando de los modelos de pago por servicios hacia pagos prospectivos en los que obtienen una tarifa fija por un paquete de servicios (por ejemplo, una hospitalización). Sin embargo, estos modelos se basan en un lugar de atención individual o especialidad individual. Esto puede reforzar la fragmentación de la atención, ya que existe un incentivo para transferir los costos a otros.

Equidad

Los mecanismos de rendición de cuentas para garantizar la equidad dentro de las instalaciones incluyen grupos de defensa del paciente, pero otros mecanismos formales podrían fortalecerse. A nivel de las instalaciones, los prestadores mencionaron que el tratamiento diferencial de los pacientes por nivel de ingresos o régimen de seguro era un enfoque clave para la mejora continua, lo que probablemente refleja variaciones dentro y entre las instalaciones. Los grupos de defensa del paciente y la representación en las juntas pueden ayudar a la rendición de cuentas de las instalaciones respecto a brindar a los pacientes la misma calidad de atención, independientemente de sus ingresos, raza o género.

Sin embargo, los indicadores de equidad no aparecen en la lista de indicadores en la resolución 256, 4502 o 2699 (condiciones de alto costo); sin indicadores y metas formales, es difícil establecer expectativas de mejora. Sin embargo, la equidad es reconocida como una preocupación en el Plan Nacional de Desarrollo; el gobierno desea cerrar la brecha en los servicios ofrecidos entre los regímenes subsidiado y contributivo y abordar las desigualdades regionales en calidad y acceso a la atención.

Identificamos nueve restricciones vinculantes clave para la rendición de cuentas por la calidad de la atención en Colombia:

- La disponibilidad de información relevante y oportuna sobre la calidad de la atención es limitada para los pacientes, lo que reduce la presión que pueden imponer en el sistema para impulsar mejoras.
- Las débiles herramientas de rendición de cuentas para garantizar la coordinación de la atención entre los prestadores de atención en salud y dentro de las redes de seguros de salud dan como resultado una deficiente atención orientada a las personas, atención fragmentada, ineficiencias, atención inoportuna e ineficaz para muchos pacientes.
- El uso del benchmarking de instalaciones y aseguradoras sobre la calidad de la atención es limitado y fragmentado, lo que reduce su impacto potencial para informar la elección del paciente y los mecanismos de contratación basados en el desempeño.
- Las asignaciones per cápita a las aseguradoras no se ajustan adecuadamente al riesgo, lo que crea un desincentivo para que las aseguradoras inviertan en mejoras de calidad que atraigan a pacientes de alto riesgo y alto costo.
- Los mecanismos de rendición de cuentas del Ministerio y Supersalud a las compañías de seguros de salud son débiles, ya que no se han desarrollado herramientas claras para aspectos específicos de la calidad de la atención, como la coordinación de la atención, la eficacia o la orientación a las personas. Esto ha llevado a incentivos débiles para asegurar y mejorar la calidad de la atención que reciben sus clientes.
- Las aseguradoras en una posición financiera mala socavan la calidad de la atención. Se enfrentan a dificultades para contratar prestadores de buena calidad y, por lo tanto, ofrecen un mercado receptivo para prestadores de mala calidad.
- Las ineficiencias surgen de la falta de mecanismos de coordinación y rendición de cuentas entre las aseguradoras. Estos incluyen inspecciones múltiples y protocolos de tratamiento inconsistentes. Todo esto conduce a costos innecesarios que no promueven la calidad de la atención.
- Los gobiernos locales que se comprometen a otorgar licencias a menudo carecen de fondos suficientes y con frecuencia no son independientes de los prestadores que supervisan. Esto reduce su capacidad para garantizar una vigilancia adecuada, especialmente en el contexto de mercados locales monopolísticos.
- Las licencias y la acreditación de instalaciones, herramientas clave de rendición de cuentas para la calidad de la atención, dependen de estándares onerosos y, a menudo, irrelevantes, utilizados principalmente para garantizar la seguridad del paciente. Estos estándares onerosos generan barreras para la implementación de estas herramientas y están limitados en el impacto que pueden tener en otras dimensiones de la calidad de la atención, como la efectividad o la orientación al paciente.

Sinopsis: Colombia ha desarrollado numerosas herramientas para responsabilizar a los prestadores de atención en salud por la calidad, incluidos los programas de inspección; informes públicos; procesos de quejas, participación comunitaria y tribunales públicos; acreditación; y contratación. Sin embargo, a pesar

de la existencia de estas actividades, la rendición de cuentas por la calidad aún es débil, debido a fallas en el diseño o la implementación de cada una de estas herramientas. Entre las dimensiones de la calidad, los mecanismos de rendición de cuentas eran más fuertes para la "oportuno" y más débiles para "integrado", pero hay espacio para mejorar la rendición de cuentas en todos los dominios.

Tabla 8: Resultados para la Rendición de Cuentas y la Gobernanza

Seguro	Evitar lesiones a los pacientes por la atención que pretende ayudarles.	2.5
Efectivo	Proporcionar servicios basados en el conocimiento científico a todos los que podrían beneficiarse y abstenerse de proporcionar servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán (evitando el uso insuficiente y el uso excesivo).	2
Centrado en el paciente	Proporcionar una atención que respete y responda a las preferencias, necesidades y valores de cada paciente, y garantice que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas.	2
Oportuno	Reducir las esperas y, en ocasiones, las demoras perjudiciales tanto para los que reciben como para quienes brindan atención.	3
Eficiente	Evitar el desperdicio, en particular el desperdicio de equipo, suministros, ideas y energía.	2
Equitativo	Proporcionar atención que no varía en calidad debido a características personales como género, etnia, ubicación geográfica y estatus socioeconómico	2
Integrado	Brindar atención coordinada entre los niveles de prestadores y especialidades.	1.5

2.8 Políticas e Incentivos para Apoyar la Calidad de la Atención

Las políticas y regulaciones son importantes para alentar a los prestadores, gerentes y al público a actuar o comportarse de ciertas maneras que mejorarán la calidad. Los instrumentos de políticas se pueden usar para crear incentivos financieros, establecer directivas para emprender ciertas acciones, imponer el cumplimiento mediante el uso de sanciones, prohibir ciertas acciones, establecer nuevas organizaciones con ciertas funciones o financiar nuevas iniciativas. La sección a continuación describe las políticas disponibles para la calidad de la atención, sus fortalezas y debilidades.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia (*General System of Social Security in Health, SGSSS*) proporciona cobertura de seguros casi universal. La constitución de Colombia se enmendó en 1991 para garantizar que el acceso a la atención en salud fuera un derecho universal para sus residentes. La reforma de salud de 1993 (Ley 100) y la subsiguiente sentencia T760 de 2008, que llamaba a la igualdad del derecho a la salud para todos los residentes, dispone la base legal para un compromiso con la Cobertura Universal en Salud. Para lograr este objetivo, es fundamental para el diseño del sistema de salud, la expectativa de calidad de atención, por medio del cual todos los residentes, dado el derecho a la atención en salud, se les garantiza un pago capitado a su aseguradora elegida que se seleccionaría sobre la base de la percepción de calidad de atención a recibir por parte del ciudadano. Desde 1993, la proporción de la población con algún tipo de cobertura ha aumentado al 95%. (OECD, 2016). Además, el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto corriente en salud disminuyó de un 44%

estimado en 1993 a menos del 20% en 2016, significativamente más bajo que el promedio latinoamericano de más del 30%.

Además de la base legal del derecho a la salud definido en la constitución y la reforma de salud a principios de los años noventa, Colombia ha establecido un sistema de reclamos judiciales para garantizar el derecho de acceso y la calidad de los servicios de salud. Entre los países de América Latina, Colombia se encuentra en una clasificación similar a Brasil, con el mayor número de reclamos judiciales (*tutelas*) presentado por residentes que demandan principalmente acceso a servicios de salud especializados y oportunidad en la recepción de servicios. Aunque el sistema de reclamaciones judiciales (*tutelas*) actualmente está atrasado y las respuestas a menudo se retrasan, la política continuada de su uso sigue asegurando a los residentes del país su derecho a la salud y la calidad de los servicios.

Además de los planes relacionados con la calidad de la atención, Colombia tiene varias otras leyes y regulaciones que promueven la calidad, la seguridad y la experiencia del paciente. Por ejemplo, Ley 23 de 1981. (Congreso de Colombia, 1981) y Resolución 1995 de 1999 (Ministerio de Salud, 1995) establecen normas sobre la gestión de registros médicos, la confidencialidad y el acceso a la información y el consentimiento informado. El Ministerio de Salud y Protección Social también ha expedido directrices de política para la seguridad del paciente (MPS, 2008), que incluyen la investigación de incidentes críticos.

Las políticas de calidad de la atención están fragmentadas en diferentes planes nacionales y subnacionales y un decreto. La sección sobre estrategia de calidad describe tres instrumentos políticos clave que definen los estándares de calidad para la prestación de servicios de salud: El Plan Nacional de Desarrollo (2018-21), el Plan de Salud Pública (2012-22) y el Plan Nacional de Mejora de la Calidad (2016-21). Estos documentos sientan las bases de una política y objetivos sobre la calidad de la prestación de servicios de salud a nivel nacional en Colombia, pero proporcionan directivas fragmentadas. En el nivel subnacional, los Planes Territoriales de Salud y los Planes de Intervenciones Colectivas, (PIC) ofrecen más direcciones y objetivos sobre la calidad de la atención. Los documentos se complementan con el Decreto (1011) sobre el SOGC que define mecanismos y actores responsables para la implementación de políticas de mejora de calidad. A través de estos instrumentos de política, hay una variación de objetivos, estrategias y actores responsables que generan duplicaciones y brechas en las directivas de calidad para las compañías de seguros de salud y los prestadores de atención en salud.

Aunque las políticas están fragmentadas, en general, entre las diferentes herramientas de política, se ha definido la calidad de la atención y se han desarrollado un conjunto de estándares. El SOGC define la calidad de la atención e identifica las licencias (*habilitación*), acreditación, auditoría y sistemas de información como mecanismos centrales para la garantía de calidad. Además, las guías de práctica clínica definen estándares para una atención eficaz y una gran variedad de bases de datos definen las expectativas de medición a través de un conjunto definido de 55 indicadores de calidad.

La definición de calidad es exhaustiva, sin embargo, las herramientas y estándares para garantizar la implementación de políticas no lo son. Como se mencionó en la sección sobre infraestructura de medición de calidad, los sistemas de información son integrales, pero las políticas para garantizar la calidad de los datos y su utilización para la mejora de calidad son débiles. Adicionalmente, como se

mencionó en la sección sobre rendición de cuentas, las herramientas de garantía de calidad, como las licencias, la acreditación y la auditoría, no siempre se implementan de manera sistemática o tienen el impacto deseado en la mejora de la calidad.

Las políticas, estándares y regulaciones han sido implementadas por las instalaciones de salud que han desarrollado una infraestructura de calidad que incluye comités, personal y políticas. A nivel de las instalaciones, se encontraron inversiones en la calidad de la atención que incluyen la disponibilidad de personal especializado para la medición de calidad y la implementación de proyectos de mejora de calidad durante las visitas a las instalaciones. Sin embargo, los incentivos para la mejora de calidad a nivel de las instalaciones son limitados a la vez que mixtos debido a las expectativas fragmentadas y restringidas de las políticas existentes. Las políticas, a menudo por medio de sistemas de información y normas legales, actualmente llevan a las instalaciones a centrarse en la oportunidad de la prestación de servicios y la seguridad del paciente, pero ofrecen poca orientación sobre el uso de guías de práctica clínica y la coordinación de la atención, por ejemplo.

Como se mencionó en la sección de rendición de cuentas, las políticas existentes no proporcionan en este momento una guía integral sobre los roles y responsabilidades de los actores clave en el sistema de salud, para garantizar la calidad de la atención. La responsabilidad por la disponibilidad y distribución de los insumos clave necesarios para la calidad de la atención, como infraestructura, medicamentos y recursos humanos, está débilmente definida por las políticas que establecen estas responsabilidades a nivel nacional y subnacional, así como con las aseguradoras en salud y los prestadores de atención. Las responsabilidades de la implementación de los programas de licencias para garantizar la seguridad del paciente están definidas, pero los conflictos de intereses son una barrera para su efectividad. La responsabilidad de garantizar la efectividad de la atención no está claramente definida y generalmente corresponde a las aseguradoras, proveedores y programas de capacitación de prestadores. Finalmente, las herramientas y los estándares definidos por medio de los diferentes documentos de políticas no describen la responsabilidad o los mecanismos para las áreas clave de las políticas sobre la orientación al paciente, la integración de la atención en salud y la seguridad.

Sinopsis: Colombia ha desarrollado políticas para la calidad de la atención, pero los objetivos, estándares y procesos de implementación están actualmente fragmentados entre diferentes documentos. Las políticas sobre la calidad de la atención brindan orientación sobre varios aspectos clave de la calidad de la atención, pero a menudo carecen de una definición clara de los actores responsables de implementar las políticas y los estándares.

Tabla 9: Resultados de Políticas e incentivos para Apoyar la Calidad

La calidad de la atención es fundamental para las políticas de cobertura Universal en Salud	4
Legislación de derechos del paciente y empoderamiento del paciente	4
Alineación entre políticas de calidad de la atención	2
Integridad de las políticas de calidad de la atención.	3
Definición de roles y responsabilidades para la implementación de políticas de calidad de la atención.	2

2.9 Enfoque en la Evaluación de Calidad Hospitalaria

Una misión paralela de la IFC con una herramienta de evaluación más detallada proporcionó información adicional sobre la calidad hospitalaria. La herramienta de IFC ha desarrollado una metodología de encuesta estructurada y basada en evidencia que evalúa la calidad a través de una serie de criterios detallados, basados en visitas a sedes, entrevistas con la administración y personal de primera línea, y revisión de políticas y procedimientos de garantía de calidad. Las áreas visitadas incluyeron quirófanos, unidades de cuidados intensivos, salas de pacientes, servicios de urgencias, laboratorios, radiología y unidades de esterilización. El cuestionario de la encuesta se desarrolló en colaboración con la *Joint Commission International (JCI)* con sede en los EE.UU. e incorpora estándares internacionales básicos basados en el JCI y estándares internacionales. La encuesta cubrió 11 instalaciones hospitalarias públicas y privadas en tres regiones de Colombia: Bogotá, Barranquilla, Cartagena y Cali y una reunión con el ICONTEC (ver el Apéndice 1.2 para una lista completa).

Hubo una serie de fortalezas con respecto al uso de las mejores prácticas internacionales de seguridad del paciente, pero algunas variaciones en su aplicación. En particular, hubo buenas prácticas para la identificación del paciente; manejo de medicamentos de alto riesgo; cirugía segura (por ejemplo, uso de la lista de chequeo de la OMS); control básico de infecciones (por ejemplo, procedimientos de higiene de manos); prevención de caídas (por ejemplo, evaluación del riesgo de caídas); y la ética y los derechos del paciente (por ejemplo, consentimiento informado, uso de la declaración de derechos del paciente). Se notaron algunas brechas en la aplicación de estos conceptos en algunas instituciones. Por ejemplo, hubo algunos casos de identificación de pacientes por habitación en lugar de nombre, y diferentes sistemas de códigos de colores para los tipos de riesgos de pacientes utilizados en diferentes hospitales, lo que puede generar confusión. Algunos hospitales tuvieron riesgos de caídas (por ejemplo, pisos resbaladizos, escaleras peligrosas). Algunos hospitales no publicaron los derechos de los pacientes o tenían procedimientos de consentimiento informado que no eran lo suficientemente específicos para el procedimiento realizado.

Se han implementado varias prácticas clave sobre el manejo de medicamentos, notándose algunos vacíos. La mayoría de los hospitales contaban con farmacéuticos clínicos, realizaban auditorías regulares, un claro formulario de medicamentos y un plan de administración de medicamentos y el uso de formularios de administración de medicamentos para realizar un seguimiento de tiempos y dosis de cada

medicamento administrado. Hubo brechas en ciertas prácticas (v.g., medidas para manejar medicamentos de aspecto o nombre similar) y se observaron algunas carencias de medicamentos básicos (v.g., Lidocaína, oxitocina en algunas regiones).

Si bien existe una amplia gama de actividades de mejora de calidad, existen variaciones en el nivel de capacitación en calidad entre los gerentes y en la aplicación de herramientas de calidad; el personal expresó su deseo de mayor apoyo en la implementación de actividades de mejora de calidad. De acuerdo con las observaciones de la sección 2.5, hay un gerente de calidad, un equipo de calidad y un plan de mejora de calidad en cada hospital. Cada sede recopiló datos y reportó indicadores sobre incidentes (por ejemplo, casi accidentes, eventos centinela), resultados (por ejemplo, tasa de mortalidad, tasa de infección) y satisfacción del paciente y el empleado. Se implementaron sistemas de notificación de incidentes, con análisis de causa raíz y medidas preventivas adoptadas. Se utilizan numerosos métodos para hacer seguimiento a las inquietudes de los pacientes, incluidos buzones de sugerencias, encuestas e interfaces web. En cuanto a las áreas de mejora, las cualificaciones de los gerentes de calidad variaron; algunos tenían un entrenamiento formal, mientras que otros eran autodidactas. Los incidentes se abordaron a diferentes niveles de minuciosidad en diferentes hospitales. Algunos diagramas de flujo no se desarrollan hasta el nivel requerido. Algunos documentos carecen de la implementación adecuada o no son entendidos por el personal. Algunos miembros del personal que buscaban la acreditación consideraron que no tenían suficiente conocimiento o capacidad interna y que tenían que recurrir a consultores externos. En general, muchos entrevistados sintieron que había un apoyo externo inadecuado para sus esfuerzos de QI y expresaron su deseo de que se solucione esta brecha.

Los programas y los oficiales de control de infecciones están bien establecidos, así como los procedimientos y servicios básicos para el saneamiento, pero se observaron brechas en algunas sedes. La mayoría de los hospitales tenían programas de lavado de manos, áreas de aislamiento, unidades de esterilización debidamente organizadas y procedimientos formales para el manejo de desechos, incluidos los desechos biomédicos. Todos los hospitales contaban con recolectores de cortopunzantes. En general, se observó que el personal usaba tapabocas y otros medios de protección cuando era necesario. Se recogen y analizan los indicadores sobre infecciones. Las áreas de mejora en algunas sedes incluyen lo siguiente: contenedores de desechos biomédicos sobrellenados; estaciones sanitizantes de manos vacías; requisitos inconsistentes de control de infecciones en áreas estériles; materiales de cielo raso o de pared que no cumplen con los requisitos básicos (por ejemplo, tienen poros que pueden albergar microorganismos) y la falta de prevención de infecciones en las áreas de cocina.

Se cuenta con gestión básica y prácticas de recursos humanos. Cada sede tenía un organigrama, misión y visión, y se exhibían las licencias necesarias. Bajo la administración de recursos humanos, hay descripciones de cargos, programas de orientación para el personal nuevo, un programa de evaluación para el personal y períodos de prueba / capacitación para los empleados nuevos.

Sinopsis: con base en nuestras observaciones, el desarrollo general de los estándares de evaluación de la calidad de la atención en salud en Colombia parecía bueno, incluso en comparación con otros países de ingresos medios; las áreas de mejora incluyen abordar la variabilidad en la implementación de diferentes estándares de calidad y la variabilidad en la capacitación y el conocimiento de conceptos de calidad. Específicamente, los requisitos de calidad son consistentes con las prácticas internacionales, las

regulaciones de calidad son claras y el conocimiento del personal sobre estas prácticas y regulaciones requeridas es alto. Para cada una de las áreas de gestión de calidad enumeradas anteriormente (v.g., manejo de medicamentos, control de infecciones, prácticas de seguridad, prevención de caídas), se observaron brechas en la implementación. Si bien existe un buen conocimiento básico de los conceptos de calidad, existe una variación en el uso y la aplicación más detallada de las herramientas de calidad. Estos hallazgos coinciden con los de otras secciones del informe, incluidas las observaciones realizadas en otros sectores, como la atención primaria.

2.10 Resumen de Hallazgos Clave de la Evaluación

Colombia ha hecho importantes avances en la promoción de una agenda de calidad. El interés en la calidad se remonta al 2006 con la resolución 1011 que crea el SOGC. Desde entonces, el país ha desarrollado una notable abundancia de documentos de planificación para la calidad en todo el sistema. Hay objetivos claros para mejorar los resultados en salud. Ahora hay un formidable repositorio de datos en SISPRO y una lista detallada de indicadores de calidad, y algunos de estos datos están disponibles por parte de las IPS y EPS en un sitio web público. Existen estándares de calidad tanto para la infraestructura como para la práctica clínica. Existe un programa básico de licencias e inspección (habilitación), y un riguroso programa de acreditación. Hay personas con responsabilidad oficial por la calidad en todo el sistema de salud junto con comités de calidad. En los últimos años, ha habido mejoras notables. La cobertura Universal en Salud está sólidamente arraigada. Los resultados han mejorado en mortalidad materna, mortalidad infantil y tasas de vacunación.

Si bien estos logros son encomiables, existen grandes oportunidades de mejora en todas las áreas del marco. Los aspectos más destacados son los siguientes:

- Existe mucho espacio para mejorar los resultados de calidad de la atención en el sector salud, con grandes variaciones de calidad entre el sector público y el privado, por geografía, entornos urbanos y rurales, y la peor calidad que afecta a las poblaciones más vulnerables. Según se miden, los índices de satisfacción son altos y los tiempos de espera son bajos en comparación con los países de la OCDE, sin embargo, las medidas de efectividad de la atención sugieren debilidades en los procesos de atención para las ENT, los indicadores de eficiencia sugieren un uso excesivo de los recursos disponibles y baja disponibilidad de indicadores de atención integrada muestran debilidades adicionales en calidad de atención.
- La estrategia nacional de calidad debe ser más explícita sobre los objetivos, planes, actividades, roles y responsabilidades, y rendición de cuentas sobre resultados. Existen pocos mecanismos para garantizar la correcta alineación y conexión en cascada adecuadas entre la estrategia nacional de calidad y las estrategias de las compañías de seguros de salud, las autoridades sanitarias a nivel de departamento y los prestadores de atención en salud.
- Las ricas fuentes de datos en el sistema de información integrado del gobierno para el sector rara vez se utilizan para actividades de mejora de calidad. La información no se envía a los proveedores de primera línea que más la necesitan. Algunos datos recopilados no son de fácil

acceso y la información que se publica está desactualizada. Los datos se divulgan públicamente con poco contexto sobre cómo interpretarlos o qué acciones tomar para mejorar.

- La capacidad para la mejora continua de calidad se distribuye de manera desigual en el sector, pero existe una enorme cantidad de energía y entusiasmo por la mejora de calidad en el sector. Existen amplias variaciones en el número de profesionales de la salud capacitados en calidad entre los diferentes prestadores de atención en salud y compañías de seguros de salud. Hay una falta de mecanismos para el aprendizaje compartido entre pares y una información limitada sobre los puntos de referencia para la calidad. El programa de acreditación es riguroso pero tiene un nivel de inscripción muy bajo. El uso de herramientas de apoyo a la toma de decisiones para guiar la toma de decisiones clínicas es limitado y debe ampliarse.
- Los mecanismos para verificar las habilidades clínicas de los prestadores son débiles. No existe un plan de estudios básico estandarizado para los graduados de medicina en todo el país. Existen importantes disparidades en la distribución de recursos humanos, especialmente en zonas rurales y remotas del país.
- El modelo actual de atención está fragmentado. Esta es una barrera importante para la calidad de la atención en un país donde la mayor parte de la carga de la enfermedad proviene de enfermedades no transmisibles que requieren la integración y la coordinación de la atención para que sean eficaces. Existe una mala comunicación entre la atención primaria y los servicios especializados. Los pacientes buscan atención de múltiples prestadores (por ejemplo, atención primaria, laboratorios, atención especializada) en diferentes sitios, debido a la naturaleza de la contratación de diferentes servicios por parte de las compañías de seguros de salud. Este es un impedimento para brindar atención de calidad a un número creciente de pacientes con múltiples enfermedades crónicas.
- Los mecanismos de rendición de cuentas deben fortalecerse y la rendición de cuentas para la integración de la atención es débil y motivo de preocupación. Aunque hay ejemplos de incentivos para la calidad en los contratos entre pocas compañías de seguros de salud y prestadores de atención en salud, este mecanismo es generalmente débil. Solo hay algunos ejemplos de rendición de cuentas financiera para la calidad. En teoría, los consumidores responsabilizan a las compañías de seguros de salud por la calidad, pero carecen de la información de calidad y oportuna para hacerlo.

Tabla 10. Resumen de Fortalezas y Debilidades de Hallazgos Clave de la Evaluación

Dominio	Fortalezas	Debilidades
Planificación y Estrategia	Multitud de documentos de planificación nacional, regional; 10 prioridades; objetivos para la salud pública; entes de planificación	Prioridades generalizadas Los detalles de implementación necesitan mayor desarrollo
Normas	Pautas de buena práctica clínica, estándares de instalaciones, definición de calidad.	Faltan estándares para la planificación de la densidad
Medición	Buena lista de indicadores de calidad y salud pública Base de datos SISPRO Informes públicos a través de observatorios de calidad	Brechas en la calidad de los datos Falta de puntos de referencia Datos no devueltos a los prestadores Datos desactualizados
Capacidad de QI	Comités de calidad extendidos Programa de acreditación riguroso	Amplias variaciones en la capacidad del personal de QI Bajo uso de herramientas de apoyo de decisiones Baja participación en la acreditación Pocas oportunidades para compartir aprendizajes Muy pocos casos documentados de mejora
Insumos	Amplia gama de profesional en salud Aumento reciente en la oferta de personal	No hay plan de estudios médico estándar No hay examen estándar de graduados Sistema débil para monitorear la competencia Modelo de atención débil, mala coordinación entre atención primaria, atención especializada
Rendición de Cuentas y Gobernanza	Sistema de <i>habilitación</i> para inspección básica Algunos ejemplos de rendición de cuentas comunitarias, incentivos financieros, uso de la contratación.	Los pacientes carecen de la información necesaria para elegir EPS con base en la calidad. Inspecciones duplicadas por parte de compañías de seguros de salud. Se podría fortalecer la contratación basada en calidad Debilidad especialmente en coordinación
Política	Cobertura universal en salud robusta Salvaguardias para la privacidad y confidencialidad	

3 Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones abordan las áreas clave de mejora identificadas en la sección anterior que resumen los hallazgos de esta evaluación. En general, encontramos que un enfoque más ambicioso y consistente para la medición, respaldo y mejora de la calidad a nivel de hospitales y clínicas será clave para desatar la siguiente ola de aumentos de calidad en el sistema de atención en salud de Colombia.

Para este fin, el gobierno, las compañías de seguros de salud, las autoridades de salud locales y los prestadores de atención en salud deben tomar medidas para: (1) fortalecer la capacidad de mejora continua de calidad en el sector salud; (2) fortalecer el ecosistema de calidad en el sector; (3) mejorar el rigor y el uso de la información sobre calidad de la atención para estimular la elección del paciente y el aprendizaje entre pares para los prestadores de atención en salud; (4) desarrollar e implementar un modelo de atención integrado para apoyar el manejo de personas con necesidades de atención en salud complejas y crónicas; y (5) mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y contratación para incentivar la calidad.

Las 10 recomendaciones relacionadas se resumen en la Tabla 11 al final de esta sección, la cual también presenta una evaluación preliminar para cada recomendación de los requerimientos de recursos, la dificultad de ejecución y el impacto potencial, cada uno calificado en una escala de + a +++ . También indicamos si el horizonte de tiempo esperado para lograr el impacto es de corto, mediano o largo plazo. Estas calificaciones tienen como objetivo alentar al Ministerio de Salud y Protección Social del gobierno de Colombia a considerar estas perspectivas a medida que planifican su implementación.

Se requerirá una planificación detallada para estimar los recursos, mapear las actividades y administrar los riesgos relacionados con la implementación. Específicamente, las variaciones en la calidad de la atención entre los departamentos, las zonas urbanas y rurales, y las instalaciones públicas y privadas exigen intervenciones específicas que específicamente aborden las necesidades de las poblaciones más vulnerables, que tienden a experimentar una atención de menor calidad y cuyos resultados en salud son peores que los de la mayoría de la población.

Es importante tener en cuenta que este informe propone un paquete cohesivo de intervenciones, todas las cuales son necesarias e importantes para lograr un cambio sostenible en la calidad de la atención en el sector. Si estas recomendaciones deben ser cuidadosamente secuenciadas y planificadas por el gobierno, la implementación de las diez recomendaciones a lo largo del tiempo será necesaria para lograr un impacto a escala y hacer del compromiso con la calidad, una piedra angular de la sostenibilidad financiera del sector. También es importante reconocer que todos los actores en el sector tienen que cumplir un rol de implementadores en la implementación de las recomendaciones propuestas para su consideración: la Tabla 12 plantea que no solo el gobierno, sino también las autoridades departamentales de salud; compañías de seguros de salud; prestadores de atención en salud; y todos los pacientes y ciudadanos deben estar completamente comprometidos y liderar la revolución de calidad que se requiere para garantizar que un sistema de salud de alta calidad en Colombia ofrezca resultados de calidad para todos los colombianos.

3.1. Fortalecer la capacidad de mejora de calidad en el sector salud

Un paso inicial y crítico para crear capacidad para la mejora de calidad en el sector salud es invertir en aumentar la capacidad de los profesionales de la salud para la mejora continua de calidad (QI). Esto implicaría el desarrollo de una masa crítica de profesionales de la salud con habilidades avanzadas de mejora de calidad dentro de las instalaciones de atención en salud públicas y privadas, las compañías de seguros de salud y las autoridades territoriales de salud, que pueden liderar iniciativas de mejora de calidad y gestionar el cambio, poner orden en procesos de diseño deficientes o confusos, e incorporar las preferencias de los pacientes en el diseño y planificación de la salud. Las metas podrían establecerse para definir el número adecuado de expertos en mejora de calidad para cada categoría diferente de prestadores de atención en salud, compañías de seguros de salud y entidades territoriales. Se podría desarrollar un plan de estudios estándar basado en métodos internacionales, y las habilidades incluirían el análisis de causa raíz de los problemas de calidad; mapeo y rediseño de procesos; liderazgo de equipos, resolución de conflictos y participación de médicos y partes interesadas; y uso de los ciclos Planear-Hacer-Verificar-Actuar. La capacitación podría incluir un componente práctico donde los participantes deben demostrar el uso efectivo de las técnicas de QI en un proyecto de QI, según se hace en otros programas similares.*

Además, el lanzamiento de una campaña nacional de calidad para afecciones clínicas específicas como el cáncer o la diabetes, así como colaboraciones de mejora de calidad y comunidades de práctica para promover el aprendizaje compartido entre los prestadores de atención en salud, las autoridades territoriales de salud y las compañías de seguros de salud sería transformador. Se deben desarrollar estructuras organizacionales para alentar a los equipos de QI en diferentes sitios que trabajan en el mismo tema para aprender juntos y compartir conocimientos y experiencias. Un método clásico para hacerlo es la “Cooperativa de Aprendizaje” (IHI, 2003) donde los equipos de QI se reúnen cada tres meses para aprender de los expertos, presentar resultados y discutir las barreras y soluciones de implementación. Las campañas nacionales o regionales de calidad son una opción más expansiva. Los prestadores de atención en salud, las compañías de seguros de salud, las autoridades territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social trabajarán simultáneamente en problemas comunes de calidad, abordándolos desde múltiples ángulos (por ejemplo, equipos locales y regionales de QI, informes públicos, cambios en políticas). Una campaña nacional aumenta las oportunidades de aprendizaje compartido y puede generar entusiasmo en torno a un tema específico (por ejemplo, seguridad del paciente, cáncer, manejo del dolor, manejo de enfermedades crónicas). Se podrían hacer esfuerzos colaborativos en diferentes regiones en apoyo de la campaña. Otro enfoque sería involucrar a los clínicos en reducir el sobrediagnóstico y/o sobretratamiento a través de una campaña dirigida por médicos como las iniciativas Elegir Sabiamente (Choosing Wisely) que se han lanzado en 18 países alrededor del mundo. Finalmente, si bien pueden existir colaboraciones y campañas en períodos de tiempo más cortos, se pueden usar comunidades de práctica para permitir que las personas interesadas en un tema común compartan ideas de manera continua. El enfoque de *Project Echo* lleva esta idea más allá y conecta prestadores en sitios remotos

* Por ejemplo, el programa IHI Improvement Advisor (www.ihl.org/education/InPersonTraining/improvement-advisor/Pages/default.aspx) y el programa IDEAS en Ontario, Canadá (www.ideasontario.ca).

regularmente con expertos centrales para ayudarlos a resolver casos clínicos difíciles o problemas de administración.*

Además, sería importante desarrollar e implementar un conjunto de herramientas de apoyo a decisiones clínicas, que ayuden a los prestadores en la implementación coherente de mejores prácticas clínicas. Los ejemplos incluyen diagramas de flujo para el manejo de enfermedades no transmisibles (v.g., hipertensión, diabetes, cardiopatía isquémica, EPOC); formularios de órdenes estándar para admisiones hospitalarias; protocolos de titulación de medicamentos; y herramientas de planificación de egreso comunes. El desarrollo de versiones nacionales de estas herramientas puede evitar la duplicación de esfuerzos por parte de los prestadores de atención en salud. El gobierno también podría exigir que los proveedores de registros médicos electrónicos incorporen estas herramientas en su software como un requisito al proveedor.

3.2. Fortalecer el ecosistema de calidad en el sector salud

El gobierno debe considerar actualizar y ampliar el alcance del SOGC para fortalecer una cultura de mejora de calidad. El decreto presidencial actual data de 2006 e incluye cuatro pilares como se describió arriba: certificación, acreditación, auditoría de los planes locales de mejora continua de calidad y medición de la calidad. Ampliar el alcance del conjunto de instrumentos que apuntan a fortalecer la cultura de calidad sería útil y debería enfocarse en la competencia clínica de los profesionales de la salud y en la participación y el empoderamiento de los pacientes. Una cultura de este tipo incluiría la transparencia, alentar a reportar defectos sin temor a represalias, solución de problemas en equipo, y la participación de los pacientes en el diseño de la atención. Las inversiones en formación y capacidad en calidad descritas anteriormente contribuirán a esta cultura, y las políticas como la divulgación obligatoria de incidentes críticos a las familias y la protección legal de los trabajadores que reportan defectos de buena fe pueden contribuir a esta cultura deseada. También sería útil desarrollar una política nacional para la calidad de la atención en colaboración con profesionales de la salud, pacientes y compañías de seguros de salud.

Una intervención importante consistiría en reformar el proceso de acreditación para implementarlo a escala utilizando un enfoque más escalonado. Las instalaciones podrían recibir una "calificación por estrellas" desde una estrella (los estándares básicos están satisfechos) hasta cinco estrellas (el hospital brinda una excelente atención orientada en el paciente, asegura la coordinación de la atención y tiene buenos resultados). Ejemplos de sistemas de este tipo existen en Francia, Canadá y Australia. Los resultados de la acreditación podrían utilizarse para informar a las compañías de seguros de salud, a los gobiernos locales y a los usuarios de atención en salud sobre la calidad de la atención. Un sistema con gradaciones permitiría a las sedes en su camino hacia la acreditación completa a obtener reconocimiento por sus esfuerzos y retroalimentación más específica para mejorar. Este enfoque podría ser implementado por los gobiernos locales o en un esfuerzo coordinado por parte de los aseguradores en salud para evitar conflictos de intereses y esfuerzos duplicados.

El gobierno de Colombia también podría considerar el establecimiento de una agencia de calidad independiente que funcionaría como un acelerador para el mejoramiento de la calidad de la atención

* Para mayor información visite: www.echo.unm.edu

en salud. Muchos países han creado agencias gubernamentales independientes responsables por la calidad de la atención para lograr diversos objetivos de políticas, tales como: informar independientemente al público o al parlamento sobre la calidad de la atención (por ejemplo, la Oficina de Información de Salud en Nueva Gales del Sur, Australia), Agencia para la Investigación en Salud sobre Calidad en los Estados Unidos o Canadá (*Health Quality Ontario*), pero también aumentando la capacidad de QI o asesorando al gobierno sobre el mejor uso de la evidencia en la toma de decisiones para mejorar la calidad de la atención, como los sistemas de pago basados en la calidad (*Health Quality Ontario*, Canadá).

Una segunda prioridad sería invertir en mejorar la competencia clínica de los profesionales de la salud antes y después de la graduación. Primero, debe haber un método estándar para evaluar las habilidades del profesional en salud, idealmente utilizando métodos de observación estructurada de exámenes clínicos en los que se observe a los candidatos que examinan a un paciente actor y propongan un diagnóstico y tratamiento. Esto podría aplicarse a nuevos graduados, graduados extranjeros y para reexaminar a los médicos y enfermeras existentes. También se podrían desarrollar estándares comunes más claros para los planes de estudio de las escuelas de medicina, que especifican las competencias que cada especialista o prestador de atención debe demostrar. Las actividades de educación continua podrían fortalecerse más allá del modelo tradicional de conferencias, empleando herramientas tales como viñetas clínicas (estudios de caso) entregadas en dispositivos electrónicos o en línea*, o programas de tutoría clínica basados en telemedicina, como Project Hope†. Los temas para las iniciativas de desarrollo de habilidades deben incluir condiciones prioritarias (por ejemplo, enfermedades no transmisibles), habilidades y cultura de mejora de la calidad como se describe arriba, y atención centrada en el paciente (atención respetuosa, buena comunicación y asesoría, atención culturalmente competente).

Se necesita una estrategia para reducir las disparidades regionales en la oferta de profesionales de la salud, con un énfasis en la expansión de la educación de profesionales de salud en las zonas rurales. Como se señaló en la sección 2.6 sobre insumos, existen amplias variaciones en la oferta de prestadores de salud, y el sistema actual de servicio obligatorio en las áreas rurales para los recién graduados es ineficaz, ya que la mayoría no se queda después. Una de las estrategias más efectivas para reducir dichas disparidades es la educación rural, tanto a nivel de pregrado como de posgrado (es decir, capacitación de residencia) (O'Sullivan, et al., 2018). Ejemplos de escuelas de medicina rurales incluyen la Escuela de Medicina de la Universidad James Cook en Australia y la Escuela de Medicina del Norte de Ontario en Canadá. Tales programas preparan a los estudiantes para los rigores de practicar en áreas con poco respaldo especializado y atraen a estudiantes con orígenes rurales que tienen más probabilidades de permanecer en áreas rurales. El hecho de ofrecer a los médicos rurales la oportunidad de cargos docentes y actividades de investigación también puede contribuir a elevar las tasas de retención.

* Por ejemplo, ver www.humandx.org.

† Visite projecthope.org.

3.3 Mejorar el rigor y el uso de la información sobre la calidad de la atención.

Colombia tiene abundante información sobre la calidad de la atención, pero a menudo los indicadores de desempeño no son oportunos, no se adaptan a las necesidades de los usuarios específicos de información y son de calidad desigual, lo que lleva a un uso limitado de los datos para la evaluación de la calidad, el benchmarking y la mejora de calidad. Peor aún, la falta de orientación para interpretar los datos sobre la calidad de la atención en salud limita la capacidad de los pacientes para elegir a su asegurador o prestador de atención en salud. Este es un problema en un sistema de competencia administrada que depende, en teoría, de la disponibilidad pública de datos de calidad para respaldar la elección del asegurador y prestador por parte del usuario e impulsar la competencia basada en la calidad. Por lo tanto, es necesario un mayor esfuerzo para mejorar el rigor y el uso de la información sobre la calidad y los resultados de la atención.

La elección por parte del paciente se debería mejorar proporcionando a los pacientes información local, pertinente y accesible sobre la calidad de la atención que encuentran (por ejemplo, sistema de clasificación de prestadores con estrellas, clasificación de prestadores). Una recomendación clave de la trascendental Comisión Lancet del 2018 sobre sistemas de salud de alta calidad (Kruk, Gage, Arsenault, & Jordan, 2018) es para activar la demanda para asegurar que los ciudadanos estén al tanto de las brechas de calidad actuales e insistir en mejores servicios de sus prestadores de atención y aseguradoras. Los ciudadanos pueden ejercer esta opción, por ejemplo, cuando seleccionan por primera vez una compañía de seguros o prestador de atención primaria, o eligen dónde conseguir cirugía electiva, atención de maternidad u otros servicios especializados. Los ciudadanos necesitarán informes públicos fáciles de interpretar, como el sistema desarrollado en Tanzania (Yahya & Mohamed, 2018) y otros países donde la información compleja sobre la calidad se sintetiza en una simple calificación de cinco estrellas. El Ministerio de Salud y Protección Social ya está desarrollando un sistema de este tipo para los hospitales públicos, lo cual es un desarrollo positivo. Se podrían desarrollar aplicaciones móviles con asociaciones de pacientes y usuarios, para mejorar la facilidad de uso de este tipo de información. La disponibilidad de este tipo de información también podría empoderar a los grupos asesores y defensores de pacientes para entablar conversaciones con sus prestadores, planificadores de sistemas y formadores de política sobre la calidad de la atención, lo que a su vez ayudará a generar confianza, resiliencia y sostenibilidad en el sector.

La siguiente generación del sistema de medición de calidad públicamente reportado en Colombia debe incluir cuadros de mando de calidad en todos los niveles del sistema. En un sistema de este tipo, cada entidad (compañías de seguros de salud, prestadores de atención en salud, profesionales de salud, autoridades departamentales de salud) tendrá un cuadro de mando sobre medidas de calidad clave que abarcan múltiples dimensiones de la calidad (por ejemplo, resultados y procesos clínicos, orientación al paciente, tiempos de espera, seguridad). El cuadro de mando tendría un nivel de detalle apropiado para la entidad; por ejemplo, los prestadores de atención en salud de primera línea necesitan indicadores con detalles clínicos a nivel micro, mientras que las entidades territoriales deberán realizar un seguimiento de los resultados más amplios de la población. Los cuadros de mando se alinearían entre entidades del mismo

grupo de pares (por ejemplo, todos los hospitales terciarios tendrían el mismo cuadro de mando). Las metas de mejora se incluirían en el cuadro de mando, y el sistema nacional de medición de la calidad permitiría al gobierno verificar si todas las metas, de lograrse, conducirían a la implementación exitosa de las metas nacionales, tal como se establece en el Plan Nacional de Desarrollo y Plan Decenal de Salud Pública. La implementación de este sistema requerirá un consenso sobre los indicadores apropiados a medir, así como un sistema de retroalimentación aceptado que fomente las comparaciones abiertas y transparentes de forma habitual.

Más aún, se deben desarrollar puntos de referencia para resultados de calidad para mejorar la capacidad de los prestadores de atención en salud (por ejemplo, hospitales públicos) de comparar resultados de calidad y aprender unos de otros. Los puntos de referencia identifican el nivel de un indicador específico al que sería razonable apuntar, en función de factores como el mejor desempeño alcanzado hasta la fecha o el mejor teórico. Es posible que se requiera financiamiento y personal para la investigación para identificar qué organizaciones tienen el mejor desempeño, verificar la calidad de los datos, garantizar que los buenos resultados se deban a una atención de buena calidad y evaluar hasta qué punto se puede alcanzar el nivel de calidad en otros lugares. Se pueden utilizar puntos de referencia para influir en los objetivos locales establecidos por los prestadores de salud. Colombia también debe continuar y ampliar su participación en los esfuerzos internacionales de benchmarking de la calidad del sistema de salud, como el proyecto de Indicadores de Calidad de la Atención Médica de la OCDE o la Iniciativa de Desempeño de la Atención Primaria de Salud. Haciendo benchmarking a nivel internacional será otro mecanismo para fortalecer la gobernanza de la calidad y la capacidad de mejora de Colombia, según el Instituto Canadiense de Información de Salud. (2013), Reino Unido, países nórdicos, Holanda y Estados Unidos.

Colombia debería establecer nuevos indicadores de calidad, particularmente para la integración de la atención y las inequidades. Estos indicadores serán necesarios en las recomendaciones abajo para una mayor rendición de cuentas y mecanismos de contratación para la integración. Existen múltiples opciones a considerar en función de los ejemplos utilizados en otros países, tales como: tasas de reingreso por condiciones específicas*; continuidad de la atención; el nivel de coordinación percibido por el paciente entre el médico de atención primaria y el especialista; percepción del tiempo perdido por parte del paciente debido a viajes innecesarios entre prestadores; oportunidad de documentos clave para las transiciones de la atención (por ejemplo, resúmenes de egreso hospitalario); y uso de planes de egreso. Para la equidad, Colombia puede considerar indicadores tales como la brecha entre el grupo más desfavorecido y el menos desfavorecido de la sociedad (por ejemplo, remoto rural vs. urbano, o ingreso alto versus bajo), calculado para un pequeño número de indicadores de alta prioridad.

Finalmente, Colombia debe hacer un esfuerzo sustancial para mejorar la actualización de los datos (siendo la norma la información trimestral a tiempo real), la calidad de los datos a través de auditorías periódicas y mejores estrategias de difusión para diversos usuarios de la información, incluyendo el

* Actualmente, las tasas de reingreso son reportadas para todos los diagnósticos; sin embargo, esto no se puede interpretar, ya que las tasas podrían diferir dependiendo de los tipos de diagnósticos que se observan en un hospital.

público. Los datos en tiempo real son particularmente importantes para los prestadores de primera línea que trabajan con indicadores de nivel micro que necesitan retroalimentación instantánea para saber si las ideas de mejora que están probando están marcando la diferencia. El sistema de auditorías de calidad de datos para el programa de Cuentas de Alto Costo ha sido bien recibido por las partes interesadas y podría extenderse a otras fuentes de datos. La información sobre cómo interpretar los datos y qué acciones tomar se deben suministrar a las plataformas de informes mencionadas anteriormente: el sistema de calificación por estrellas para que los ciudadanos seleccionen aseguradores o prestadores; y los cuadros de mando de calidad comunes en cada nivel del sistema. Por ejemplo, las comunidades locales o los grupos de asesoría de pacientes podrían estar armados con preguntas para hacer a los administradores sobre lo que están haciendo para mejorar la experiencia del paciente, la seguridad o los tiempos de espera. Los gerentes y prestadores de atención podrían estar equipados con ideas prácticas sobre cómo mejorar los indicadores clave en sus cuadros de mando. En cuanto a la experiencia del paciente, por ejemplo, tales ideas podrían incluir capacitación en servicio al cliente; alternativas a la jerga médica; el uso de técnicas tales como la "verificación por demostración" (*teach-back*) para verificar que los pacientes comprenden las instrucciones; o políticas de visita más flexibles.

3.4. Desarrollar e implementar un modelo de atención integral enfocado en la atención primaria en salud para apoyar el manejo de personas con necesidades de atención de salud crónicas y complejas.

El diseño adecuado de la prestación de servicios es una condición previa importante para brindar servicios de calidad que satisfagan las necesidades de salud en evolución de la población. Para adaptarse a la creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles, la atención debe ser proactiva, continua, coordinada y personalizada para las personas con necesidades complejas de atención en salud. Al mismo tiempo, la atención episódica de alta calidad debe seguir disponible para las personas con necesidades agudas de atención médica, como lesiones o infecciones de corta duración. Brindar este tipo de atención flexible y receptiva requiere un modelo de prestación integrado, con atención primaria en salud de alto desempeño al centro.

Se requiere, entonces, acción para desarrollar y desplegar un nuevo modelo integrado de prestación de atención al mismo tiempo que se fortalece la atención primaria en salud. Colombia puede elegir entre una gama de opciones basadas en evidencia y experiencia internacional para diseñar un modelo de atención integrada que ofrezca a los pacientes una buena coordinación, comunicación, conveniencia y continuidad. Directrices recientes de la oficina de la OMS en Europa (2016) enfatizan la importancia de crear alineación y colaboración entre múltiples servicios de atención en salud, prestadores y entornos con los que se encuentran los pacientes. Las opciones específicas a considerar en el diseño de un modelo integrado incluyen: generar vías de atención integrada para personas con enfermedades crónicas (Utens, et al., 2012); la inclusión de especialistas visitantes en los entornos de atención primaria; manejo interdisciplinario de casos para pacientes complejos. (Dieterich, et al., 2017); planificación del cuidado individualizado; uso de asesores de pacientes; sistemas de telemedicina o consulta electrónica para proporcionar a los prestadores de atención primaria un mayor acceso a especialistas. (Liddy , et al., 2016);

incentivos para co-localización de diferentes servicios (por ejemplo, laboratorios, imágenes diagnósticas, rehabilitación, etc.) para minimizar los viajes de los pacientes; uso de dispositivos de monitoreo en el hogar con comunicación bidireccional con prestadores. (Clarke, et al., 2011); y sistemas de información compartida accesibles a todos los miembros de un equipo interdisciplinario.

También es aconsejable ampliar el alcance del programa de la cuenta de alto costo a otras enfermedades crónicas como el cáncer, EPOC, enfermedades mentales, otras enfermedades reumáticas y las multimorbilidades, así como para indizar las enfermedades episódicas (por ejemplo, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o apendicitis); y aumentar el énfasis en la rendición de cuentas basada en resultados y no solo en el cumplimiento del proceso. Poner el foco en los resultados crea incentivos para la atención integrada y para que los prestadores de atención en salud desarrollen modelos innovadores de atención integrada para aumentar la probabilidad de lograr mejores resultados en salud. También requiere mecanismos refinados para el ajuste por riesgo de los pagos para incentivar la integración de la atención, la calidad y la seguridad, y evitar que los prestadores se queden solo con lo mejor. La atención integrada para las enfermedades crónicas y el cáncer debe ir en paralelo con los cambios en los mecanismos de pago, hacia el pago de los servicios esperados que se proporcionarán a una población determinada, pero se ajustarán a los resultados en salud logrados y agregando un método de ajuste por riesgo. El pago de paquetes de atención, incluyendo para poblaciones complejas, se debe ensayar para fomentar un enfoque integral hacia la integración de la atención y distribuir los riesgos de manera más justa entre los prestadores. Una opción similar sería proporcionar incentivos para la atención integrada, como el intercambio de información entre la atención primaria y los especialistas; proporcionar exámenes, imágenes diagnósticas y otros servicios en un solo lugar; o manejo de casos para casos complejos. Finalmente, se deben fomentar la ampliación de enfoques de apoyo de autogestión (SMS) para pacientes con enfermedades crónicas. El apoyo a la autogestión es la atención y el estímulo que se brinda a las personas con enfermedades crónicas y a sus familias para ayudarles a comprender su papel central en el manejo de su enfermedad, tomar decisiones informadas sobre la atención y participar en conductas saludables. Los educadores de atención en salud con formación en SMS hacen coaching a los pacientes para ayudarles a establecer objetivos de mejora pequeños pero factibles, lo que gradualmente aumenta la confianza del paciente para realizar cambios más sustanciales. La implementación de dicho programa requeriría la capacitación del personal en los centros de atención primaria en salud y la adopción de un plan de estudios, que puede basarse en programas internacionales bien establecidos.* También se deben considerar las herramientas más recientes para la autogestión proporcionadas a través de plataformas digitales de salud, que incluyen herramientas en línea, recordatorios e interacciones con prestadores y monitoreo a distancia, telesalud. (Cahn, Akirov, & Raz, 2018).

* Por ejemplo, www.selfmanagementresource.com

3.5. Mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y contratación para incentivar la calidad en el sector salud

Una primera recomendación sería activar la demanda de atención de calidad mejorando la participación y el compromiso de los pacientes en los procesos de gobernanza local y de rendición de cuentas. El empoderamiento y el relacionamiento del paciente es clave para diseñar, planificar y administrar los servicios en una forma orientada en la persona, que cumpla mejor con las expectativas de los pacientes, las familias y las comunidades y garantice una mejor sostenibilidad financiera del sector. Como se argumentó anteriormente, una prioridad sería brindar una mejor opción a los usuarios del sistema mejorando el acceso a información relevante, localizada y al día sobre la calidad de la atención. Además, se podrían hacer inversiones para informar mejor a los representantes de la comunidad sobre los estándares de calidad de la atención que se debieran esperar y cómo relacionarse con los prestadores de atención en salud locales sobre la calidad de la atención, como se hizo en Guatemala con el ejemplo de los defensores de la atención en salud.*. Adicionalmente, el relacionamiento con los pacientes en los mecanismos locales de rendición de cuentas ha demostrado ser importante en la implementación de modelos robustos de atención primaria en salud: las comunidades con mecanismos de gobernanza local más fuertes y la participación de los pacientes pudieron reducir la mortalidad evitable más rápidamente en Brasil en comparación con las comunidades con una gobernanza local más débil (Hone, et al., 2017). Otras posibles intervenciones para aumentar la demanda de calidad de la atención incluyen: un compromiso nacional con una garantía de calidad; cartas de derechos para los pacientes; ampliar las oportunidades de recursos, quejas y participación en los sistemas locales de gobernanza.

Los mecanismos de rendición de cuentas para responsabilizar a las compañías de seguros de salud por la calidad y los incentivos relacionados deben desarrollarse e implementarse a escala. Actualmente, Colombia ha desarrollado, pero no ha implementado ampliamente un sistema de licencias para compañías de seguros en salud que incluya requisitos de solvencia financiera para el ingreso. Se podrían considerar estándares adicionales, incluidos los estándares para la gestión de reclamos; pago puntual a los prestadores; gestión de fraude; y mantenimiento de reservas financieras y evitar déficits en cualquier año determinado. La Superintendencia de Salud (Supersalud) es responsable de vigilar a las compañías de seguros de salud. Se requiere un proceso más claro para tratar con las aseguradoras que se vuelven fiscalmente insolventes, que identifique las causas de la insolvencia (mala gestión fiscal, fraude, manejo deficiente de la enfermedad o tasas de capitación que son demasiado bajas para la gravedad de la combinación de casos de los pacientes) e implementa la respuesta adecuada a la causa raíz (por ejemplo, reemplazar la administración, procedimientos de prevención de fraudes, programas de manejo de enfermedades o ajustes de pago). Colombia también está desarrollando un proceso de acreditación para las compañías de seguros de salud, y la acreditación generalmente se considera como un conjunto de estándares por encima del límite mínimo establecido por los estándares de la licencia. Estos estándares podrían examinar hasta qué punto actúa una aseguradora como una organización de "atención administrada", que tiene recopilación de datos, sistemas de información para rastrear y disuadir el uso

* Consulte el sitio web del Procurador de Derechos Humanos, Defensor de la Salud:
<https://www.pdh.org.gt/derecho-a-la-salud/>

inapropiado; fomentar actividades de promoción de la salud; y maximizar la prevención secundaria para pacientes con enfermedades no transmisibles como la diabetes y la hipertensión. Los mecanismos de pago y contratación entre el Ministerio de Salud y los aseguradores en salud también deben fortalecerse. Primero, es importante establecer un pago apropiado para las aseguradoras que atiendan pacientes de alto costo, para evitar situaciones en las que las aseguradoras no cuentan con los recursos necesarios para manejarlos, o donde las aseguradoras con buena calidad son penalizadas financieramente por atraer a pacientes de alto costo. Al mismo tiempo, debe haber incentivos para evitar que los pacientes desarrollen afecciones de alto costo, como insuficiencia renal, a través de la prevención y el buen manejo de enfermedades crónicas. Existen varias opciones para ayudar a lograr este equilibrio. Primero, los mecanismos de ajuste por riesgo podrían incluir la carga de enfermedades de alto costo para definir la asignación per cápita a las aseguradoras de salud de ADRES para los nuevos suscriptores a una aseguradora. Adicionalmente, mecanismos de ajuste de riesgo ex post para el pago por capitación (UPC) para pacientes de alto costo o grupos específicos de pacientes, como los pacientes con cáncer debe ampliarse para las compañías de seguros de salud, utilizando el mecanismo para cuentas de pacientes de alto costo. Igualmente, cuando un paciente desarrolla una complicación potencialmente evitable, se podría producir una demora en recibo de un aumento en el pago per cápita al asegurador por una mayor *case-mix*, para crear un incentivo para evitar que ocurran dichas complicaciones. Además, podría haber un conjunto mínimo y común de directrices para el pago por un buen desempeño en indicadores de calidad para todos los prestadores. Esto reduciría la carga administrativa de los prestadores que tienen que manejar múltiples indicadores y objetivos diferentes de diferentes aseguradores. Se podría poner énfasis en ciertas medidas del proceso de atención, de las que los prestadores son claramente responsables, así como en los indicadores de coordinación y comunicación entre los prestadores. La elección de tales medidas estandarizadas podría vincularse a objetivos clave en el Plan Nacional de Desarrollo. También podría haber directrices más claras sobre qué intervenciones debe realizar una aseguradora en salud si la calidad es subóptima. Por último, en situaciones donde un prestador público tiene un monopolio, será necesario considerar una separación más clara de la función de propiedad y vigilancia de las entidades regionales, para evitar conflictos de intereses. Si un prestador monopolista se desempeña constantemente por debajo de las expectativas, incluso después de inversiones en la creación de capacidad de mejora de calidad, se podrían establecer directrices para alentar a los competidores del sector privado o modelos mixtos (públicos y privados) de prestación de atención.

Tabla 11. Recomendaciones de la tabla de resumen estudio de evaluación de Colombia sobre la calidad de la atención

(recomendaciones de corto plazo resaltadas en azul)

Recomendaciones	Requisitos de recursos (+ a +++)	Dificultad de ejecución (+ a +++)	Impacto Potencial (+ a +++)	Horizonte de Tiempo para Impacto (Corto, Medio o Largo Plazo)	Principales Dimensiones de Calidad Afectadas
Fortalecer la capacidad de mejora de calidad en el sector salud.					
1. Fortalecer la capacidad del sistema para la mejora continua de calidad (QI) y el aprendizaje y lanzar campañas nacionales QI para condiciones específicas (por ejemplo, cáncer)	++	++	+++	Corto Plazo	Efectividad Eficiencia Seguridad del paciente
Fortalecer el ecosistema de calidad en el sector salud					
2. Actualizar y ampliar el alcance del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud	+	++	++	Corto Plazo	Seguridad del paciente Efectividad Centrado en la persona
3. Mejorar el servicio previo y la educación continua para los clínicos con un enfoque en mejorar la competencia clínica y las habilidades de QI, y desarrollo de la capacidad de capacitación rural.	++	+++	+++	Mediano Plazo	Efectividad Seguridad del paciente
Mejorar el rigor y el uso de la información sobre la calidad de la atención.					
4. Aumentar la elección de los pacientes proporcionándoles información localizada y pertinente sobre la calidad	+	+	++	Mediano Plazo	Centrado en la persona Equidad
5. Desarrollar mecanismos transparentes para hacer puntos de referencia de la calidad de prestadores y compañías de seguros	++	++	+++	Corto Plazo	Efectividad Oportunidad Equidad
6. Mejorar la actualización y la calidad de los datos y difundir mejor la información de calidad, oportuna a los prestadores de atención en salud, las compañías de seguros y el público	+++	+++	+++	Mediano Plazo	Efectividad Integración de atención Oportunidad
Desarrollar e implementar un modelo de atención integral enfocado en la atención primaria en salud para apoyar el manejo de personas con necesidades de atención de salud crónicas y complejas					
7. Desarrollar y desplegar un nuevo modelo integrado de prestación de atención al mismo tiempo que se fortalece la atención primaria en salud	+++	+++	+++	Largo Plazo	Integración de atención Centrado en la persona Equidad
8. Ampliar el alcance del programa de Cuenta de Alto Costo a otras enfermedades crónicas y escalar los mecanismos de apoyo a la autogestión para pacientes con enfermedades crónicas	++	++	+++	Corto Plazo	Integración de atención Centrado en la persona
Mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y contratación para incentivar la calidad					
9. Mejorar la participación y el relacionamiento del paciente en la planificación del sistema y los procesos de rendición de cuentas	+	++	+++	Mediano Plazo	Efectividad Integración de atención

Recomendaciones	Requisitos de recursos (+ a +++)	Dificultad de ejecución (+ a +++)	Impacto Potencial (+ a +++)	Horizonte de Tiempo para Impacto (Corto, Medio o Largo Plazo)	Principales Dimensiones de Calidad Afectadas
					Oportunidad
10. Fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas centrados en resultados mediante la mejora de la regulación, los sistemas de pago y los incentivos, tales como los mecanismos de ajuste ex post para los pagos por capitación	++	++	+++	Mediano Plazo	Efectividad Eficiencia Equidad Centrado en la persona

Tabla 12: Implicaciones de las Recomendaciones para Partes Interesadas del Sistema: Quién está Involucrado

Recomendaciones	Gobierno	Autoridades sanitarias a nivel departamental	Compañías de seguros de salud	Prestadores de atención en salud	Hospitales académicos	Pacientes y ciudadanos
Fortalecer la capacidad de mejora de calidad en el sector salud.						
1. Fortalecer la capacidad del sistema para la mejora continua de calidad (QI) y el aprendizaje y lanzar campañas nacionales QI para condiciones específicas (por ejemplo, cáncer)	F S	M o P	M	P	M o P	I
Fortalecer el ecosistema de calidad en el sector salud						
2. Actualizar y ampliar el alcance del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud	F S M	M	P	P	I	I
3. Mejorar el servicio previo y la educación continua para los clínicos con un enfoque en mejorar la competencia clínica y las habilidades de QI, y desarrollo de la capacidad de capacitación rural.	F S	P	P	P	M	I
Mejorar el rigor y el uso de la información sobre la calidad de la atención.						
4. Aumentar la elección de los pacientes proporcionándoles información localizada y pertinente sobre la calidad	F S M	P	P	P	I	C
5. Desarrollar mecanismos transparentes para hacer puntos de referencia de la calidad de prestadores y compañías de seguros	F S M	P	P	P	P	I
6. Mejorar la actualización y la calidad de los datos y difundir mejor la calidad, la información oportuna a los prestadores de atención en salud, las compañías de seguros y el público	F S M	P	P	P	I	I
Desarrollar e implementar un modelo de atención integral enfocado en la atención primaria en salud para apoyar el manejo de personas con necesidades de atención de salud crónicas y complejas						
7. Desarrollar y desplegar un nuevo modelo integrado de prestación de atención al mismo tiempo que se fortalece la atención primaria en salud	F S	M o P	M o P	M o P	I	P
8. Ampliar el alcance del programa de Cuenta de Alto Costo a otras enfermedades crónicas y escalar los mecanismos de apoyo a la autogestión para pacientes con enfermedades crónicas	F S M	P	P	P	I	P
Mejorar los mecanismos de rendición de cuentas y contratación para incentivar la calidad						
9. Mejorar la participación y el relacionamiento de pacientes y ciudadanos en la planificación del sistema y los procesos de rendición de cuentas	F S	M	M	P	I	P
10. Fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas centrados en resultados mediante la mejora de la regulación, los sistemas de pago y los incentivos, tales como los mecanismos de ajuste ex post para los pagos por capitación	F S M	P	P	P	I o P	I

F: proporcionar financiación o incentivos financieros
S: establecer dirección estratégica, normas, políticas.
M: administrar el programa
P: participar en la implementación del programa o soporte
I: estar informado sobre la actividad
C: tomar decisiones informadas o estratégicas

Reconocimientos

Este informe fue escrito por un equipo del staff y consultores del GBM dirigido por Jeremy Veillard (Banco Mundial). El equipo estaba compuesto por: Ben Chan (líder metodológico), Manuela Villar Uribe, Ian Forde, Ramón Abel Castaño, Lenis Urquijo, Alexandra Porras, Roberto Iunes (Banco Mundial) y Andrew Myburgh, Anais Furia e Iuliia Khalimova (IFC). El Dr. Don Berwick, Presidente Emérito del Instituto para el Mejoramiento de la Atención de la Salud, fue asesor principal del GBM y contribuyó con todos los aspectos del informe. El informe de la Encuesta sobre Estándares de Garantía de Calidad en Hospitales Seleccionados de Colombia del IFC (Apéndice 3) fue escrito por la consultora del IFC, Iuliia Khalimova. Juan Pablo Toro Roa y Ana María Lara proporcionaron apoyo logístico para el informe, la misión y la organización de las visitas a sedes. Todos los individuos mencionados anteriormente participaron en las misiones, entrevistas con informantes clave y visitas a sedes. La encuesta de EPS fue administrada por Lenis Urquijo y Alexandra Porras. Apoyo adicional de IFC fue proporcionado por Elena Sterlin (Gerente Senior, Directora de Salud y Educación), Issa Faye (Directora de Economía Sectorial), Deepa Chakrapani (Gerente, Economía Sectorial) y Tania Lozansky (Gerente Senior, Asesor MAS).

La Herramienta de Evaluación de la Calidad fue desarrollada por un equipo conjunto del GBM y del IFC compuesto por Ben Chan (líder metodológico); Jeremy Veillard; Andrew Myburgh; y Manuela Villar Uribe.

El equipo desea agradecer a los líderes del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia por sus ideas y comentarios sobre el desarrollo del informe: Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo, Ministro de Salud y Protección Social; El Dr. Iván Darío González Ortiz y Diana Isabel Cárdenas Gamboa, Viceministros del Ministerio de Salud y Protección Social; y la Dra. Olga Lucia Giraldo Vélez, Directora, Oficina de Calidad y punto focal del Ministerio de Salud y Protección Social para este estudio. El equipo agradece a la Dra. Teresa Tono por los extensos comentarios sobre la aplicación de la Herramienta de Evaluación de la Calidad en Colombia. El equipo también agradece a todos los participantes en las entrevistas, visitas a sedes y encuestas enumeradas en el Apéndice 1 por sus contribuciones.

Apéndice 1: Entrevistas, visitas a sedes y encuesta de EPS

A1.1 Lista de Estándares de Calidad

Hay ocho **dominios** en la herramienta de evaluación de la calidad, y múltiples **criterios** de evaluación para los cuales se otorga una puntuación de 1 a 4, dependiendo de la medida en que se cumplan todos los aspectos deseados de los criterios. Los puntajes para un criterio, a su vez, se basan en varios **estándares**, enumerados y numerados a continuación.

Dominio 1: Planeación y Estrategia de Calidad

Criterio 1a: Existe un documento de estrategia nacional para la calidad.
1.1 Existe un plan nacional para mejorar la calidad de la atención en salud.
1.2 El plan está al día (es decir, actualmente vigente).
1.3 Existen prioridades claramente definidas para la mejora a nivel nacional.
1.4 El plan tiene datos de referencia sobre medidas clave, que se utilizan para evaluar el progreso.
1.5 Hay objetivos numéricos claramente definidos para la mejora en comparación con la línea base, con un marco de tiempo para completarse.
Criterio 1b: La estrategia se hace totalmente en cascada.
1.6 Hay una cascada de indicadores en diferentes niveles del sistema, con subobjetivos para mejora vinculados a objetivos de alto nivel. Los subobjetivos pueden ser a nivel regional, de instalación, de equipo o de grupo de prestadores.
1.7 El plan ha considerado cualquier brecha en la información sobre calidad e incluye actividades para invertir en mejores datos e informes.
1.8 Se han identificado mejoras en la infraestructura física para apoyar diferentes componentes del plan para cada subobjetivo.
1.9 Mejoras en el personal (aumento en el número y/o habilidades del personal, capacitación, reclutamiento, etc.) para respaldar el plan que se ha identificado, para cada subobjetivo.
1.10 El plan ha considerado cualquier cambio en las políticas o regulaciones necesarias para respaldar las mejoras.
1.11 Se han identificado claramente otras actividades de mejora para respaldar cada subobjetivo.
1.12 La financiación y otros recursos se han asignado a diferentes actividades de mejora, mejoras de personal e infraestructura.
Criterio 1c: Hay un compromiso de las partes interesadas en el plan.
1.13 Hay personas, unidades, departamentos u otras entidades claramente asignadas como responsables de implementar las actividades definidas en las cuatro filas anteriores, y responsables de alcanzar el subobjetivo.
1.14 El plan especifica actividades relacionadas con el compromiso de partes interesadas y un plan de comunicaciones.
Criterio 1d: La estrategia se gestiona activamente
1.15 Se ha identificado un equipo de implementación/vigilancia/gestión de proyectos para supervisar el plan de calidad.
1.16 El plan identifica otras estructuras de comité u organismos de consulta requeridos para supervisar los subcomponentes del plan.
1.17 Existe un proceso para revisar el progreso hacia los objetivos y las acciones correctivas.

Dominio 2: Definición de Calidad, Directrices y Estándares

Criterio 2a: Existe una definición de calidad reconocida a nivel nacional.
2.1 Existe una definición de calidad.
2.2 La definición incluye dimensiones clave de calidad (por ejemplo, seguridad, orientación al paciente, efectividad), aunque puede usar una terminología diferente.
2.3 La definición de calidad es oficialmente aprobada por el gobierno o la agencia designada.
Criterio 2b: Existen guías de práctica clínica.
2.4 CPGs están al día - atención prenatal.
2.5 - igual, para condiciones infantiles menores de 5 años.
2.6 - VIH
2.7 - TB, malaria, otras enfermedades infecciosas
2.8 - ENT - hipertensión, diabetes
2.9 - ENT - cáncer
2.10 - ENT - salud mental / adicciones
2.11 - ENT - otras condiciones
2.12 - Hospital - prácticas de medicación segura
2.13 - Hospital - Control de infecciones.
2.14 - Hospital: manejo de afecciones comunes (v.g., Síndrome coronario agudo, insuficiencia cardíaca)
2.15 - Hospital: seguridad general (v.g., Prevención de caídas, úlceras, tromboembolismo venoso)
2.16 - Hospital - alta y seguimiento
2.17 - Hospital - Atención obstétrica
Criterio 2c: Existen estándares de infraestructura física
2.18 Normas básicas (agua, electricidad, baños).
2.19 Normas de eliminación de residuos.
2.20 Normas de gestión y gobierno interno.
2.21 Estándares para recursos de TI
2.22 Normas de dotación de personal para instalaciones de salud
2.23 Normas para la gestión de la cadena de suministro: medicamentos, suministros.
Criterio 1d: Existen normas para el suministro, distribución de recursos humanos
2.24 Existen normas de planificación para los médicos
2.25 Existen normas de planificación para enfermeras
2.26 Las normas de planificación tienen en cuenta la edad, el género, la prevalencia de la enfermedad, el nivel socioeconómico y otras necesidades especiales
Criterio 2e: Existen normas de planificación para el suministro, distribución de instalaciones sanitarias
2.27 Normas de planificación para hospitales
2.28 Estándares de planificación para laboratorio e imágenes diagnósticas
2.29 Estándares de planificación para sedes de atención primaria

Dominio 3: Medición e Informes de Calidad

Criterio 3a: Existe un sistema de recolección de datos e indicadores de calidad.
3.1 Una organización es responsable de establecer estándares de datos.
3.2 Una organización es responsable de gestionar los indicadores de calidad.
3.3 Los datos clínicos se recogen de forma rutinaria en el país.
3.4 Existen sistemas de información para archivar datos recolectados rutinariamente.
3.5 Existen indicadores para: atención prenatal; obstetricia; crecimiento y monitoreo de la infancia; inmunizaciones; condiciones de la infancia; planificación familiar; VIH; TUBERCULOSIS; malaria; enfermedades no transmisibles; tiempos de espera; experiencia del paciente; eventos adversos hospitalarios e infecciones nosocomiales; readmisiones; mortalidad hospitalaria
Criterio 3b: Mecanismos de garantía de calidad de datos establecidos.
3.6 Una organización es responsable de verificar la calidad de los datos.
3.7 Hay verificaciones básicas de la integridad de los datos, errores obvios de ingreso de datos.
3.8 Existen mecanismos avanzados de auditoría de la calidad de los datos (por ejemplo, auditorías de gráficos, entrevistas a pacientes, etc.).
Criterio 3c: Existe una infraestructura robusta para reportar y disseminar datos
3.9 Los datos se retroalimentan a instituciones individuales
3.10 Los datos se retroalimentan de manera oportuna (idealmente en tiempo real)
3.11 Las comparaciones están disponibles entre organizaciones pares
3.12 Los datos se ponen a disposición del público.
3.13 Los datos son de fácil acceso para el público (por ejemplo, fácil de encontrar, leer; evidencia de su uso)
3.14 La información es lo suficientemente detallada para apoyar la mejora de la calidad por parte de los clínicos
Criterio 3d: Existe capacidad analítica robusta
3.15 Las organizaciones responsables del análisis tienen conocimiento experto estadístico avanzado.
3.16 Evidencia de técnicas analíticas sofisticadas.
Criterio 3e: Existen mecanismos robustos para intercambio de conocimiento
3.17 Objetivos para indicadores claramente especificados.
3.18 Acciones de mejora claramente especificadas.
3.19 La información sobre objetivos y acciones a tomar se difunde ampliamente.
3.20 Capacitación sobre cómo usar la información para mejorar está disponible

Dominio 4: Capacidad y Actividades de Mejora de Calidad

Criterio 4a: Hay masa crítica de experiencia del personal en la gestión de la calidad en el sistema
4.1 Instalaciones cuentan con personal designado a cargo de la calidad.
4.2 Los hospitales tienen personal con habilidades de QI de alto nivel (por ejemplo, certificación internacional, etc.)
4.3 Los sitios de atención primaria tienen acceso a personal o entrenadores con habilidades de QI de alto nivel
Criterio 4b: Existen estructuras, comités y equipos formales de calidad.
4.4 Los sitios de atención primaria tienen comités de calidad.
4.5 Los hospitales tienen comités de calidad, control de infecciones, etc.
4.6 Los consejos de administración de las instituciones tienen paneles de control de calidad para una revisión regular
Criterio 4c: Uso demostrado de los métodos de QI (mapas de proceso, ciclos PDSP, etc.)
4.7 Los hospitales tienen proyectos de QI que han demostrado mejoras en los resultados.
4.8 Los hospitales tienen proyectos de QI que han demostrado el uso de herramientas de QI principales (por ejemplo, mapas de procesos, PDSA)
4.9 Los sitios de atención primaria tienen proyectos de QI que han demostrado mejoras en los resultados.
4.10 Las sedes de atención primaria tienen proyectos de QI que han demostrado el uso de herramientas básicas de QI (por ejemplo, mapas de procesos, PDSA)
Criterio 4d: Campañas nacionales y otros métodos para compartir aprendizajes
4.11 Hay ejemplos de colaboraciones/campañas de QI dirigidas a compartir experiencias en la implementación de QI.
4.12 Hay ejemplos de campañas nacionales de calidad.
4.13 Hay otros foros para intercambiar experiencias (por ejemplo, comunidades de práctica, Project Echo)
Criterio 4e: Amplia participación en un programa de acreditación robusto
4.14 Los estándares de acreditación están acreditados internacionalmente.
4.15 La organización de acreditación es independiente.
4.16 Los estándares incluyen prácticas clínicamente relevantes, por ejemplo, relacionadas con la seguridad del paciente, la experiencia del paciente, el flujo de pacientes.
4.17 Hay una fuerte participación en la acreditación.
Criterio 4f: Uso generalizado de herramientas de apoyo a decisiones
4.18 Se utiliza la lista de chequeo quirúrgica de la OMS.
4.19 Evidencia de uso de protocolos, rutas, algoritmos para emergencias, condiciones clínicas mayores.
4.20 Los sistemas TI pueden generar recordatorios, alertas (por ejemplo, de interacciones de medicamentos).
4.21 Los hospitales utilizan conjuntos de órdenes estándar.
4.22 Las sedes de atención primaria utilizan diagramas de flujo o instrumentos similares.

Dominio 5: Insumos - Personal, Instalaciones, Equipo, Suministros

Criterio 5a: Oferta de Profesional en Salud
5.1 Oferta de médicos consistente con el benchmarking para países pares.
5.2 Oferta de enfermeras consistente con el benchmarking para países pares.
Criterio 5b: Variaciones regionales en la oferta de profesionales en salud
5.3 Variaciones en la oferta entre regiones minimizadas (evite tener regiones con <50% de oferta media).
Criterio 5c: Gestión de recursos humanos adecuada (es decir, mantenimiento de la competencia clínica, carga de trabajo, rotación de personal)
5.4 Métodos fiables para medir y garantizar la competencia clínica.
5.5 Prácticas generales de recursos humanos para evitar el agotamiento, la rotación.
Criterio 5d: Disponibilidad de Medicamentos
5.6 Garantías de acceso a medicamentos para poblaciones de bajos ingresos.
5.7 Medicamentos bien surtidos en hospitales y entornos de atención primaria.
Criterio 2e: Capacidad de camas hospitalarias
5.8 Oferta de camas hospitalarias consistente con el benchmarking para países pares.
Criterio 2f: Modelo de atención
5.9 Buena continuidad de la atención primaria para los pacientes (habilidad de ver al mismo prestador).
5.10 Buena coordinación de remisiones y atención entre atención primaria, especialistas.
5.11 Buena coordinación de laboratorios, imágenes diagnósticas, servicios especiales.
5.12 Buena coordinación en las transiciones (por ejemplo, hospitalización, egreso).
5.13 Intercambio de información de salud entre prestadores.

Dominio 6: Rendición de Cuentas y Gobernanza

El impacto deseado de los mecanismos de rendición de cuentas se mide por medio de una matriz que considera siete dimensiones de calidad y cinco mecanismos diferentes. En total, hay 35 combinaciones de mecanismo y dimensión.

Criterio	Mecanismo de Rendición de Cuentas	Dimensión de Calidad
6.1.1	Licencias / Inspección	Seguro
6.1.2	Licencias / Inspección	Efectivo
6.1.3	Licencias / Inspección	Centrado en el paciente
6.1.4	Licencias / Inspección	Oportuno
6.1.5	Licencias / Inspección	Eficiente
6.1.6	Licencias / Inspección	Equitativo
6.1.7	Licencias / Inspección	Integrado
6.2.1	Acreditación	Seguro
6.2.2	Acreditación	Efectivo
6.2.3	Acreditación	Orientación al paciente
6.2.4	Acreditación	Oportuno
6.2.5	Acreditación	Eficiente
6.2.6	Acreditación	Equitativo
6.2.7	Acreditación	Integrado
6.3.1	Información pública	Seguro
6.3.2	Información pública	Efectivo
6.3.3	Información pública	Orientación al paciente
6.3.4	Información pública	Oportuno
6.3.5	Información pública	Eficiente
6.3.6	Información pública	Equitativo
6.3.7	Información pública	Integrado
6.4.1	Rendición de cuentas del paciente y la comunidad	Seguro
6.4.2	Rendición de cuentas del paciente y la comunidad	Efectivo
6.4.3	Rendición de cuentas del paciente y la comunidad	Orientación al paciente
6.4.4	Rendición de cuentas del paciente y la comunidad	Oportuno
6.4.5	Rendición de cuentas del paciente y la comunidad	Eficiente

6.4.6	Rendición de cuentas del paciente y la comunidad	Equitativo
6.4.7	Rendición de cuentas del paciente y la comunidad	Integrado
6.5.1	Contratos con aseguradores.	Seguro
6.5.2	Contratos con aseguradores.	Efectivo
6.5.3	Contratos con aseguradores.	Orientación al paciente
6.5.4	Contratos con aseguradores.	Oportuno
6.5.5	Contratos con aseguradores.	Eficiente
6.5.6	Contratos con aseguradores.	Equitativo
6.5.7	Contratos con aseguradores.	Integrado

Para cada combinación única de mecanismo de rendición de cuentas y dimensión de calidad, se utilizan los siguientes criterios para evaluar la solidez de la relación de rendición de cuentas.

Criterio
a. Existen criterios, las expectativas son claras.
b. El desempeño se mide con precisión, libre de sesgos
c. Se da retroalimentación apropiada
d. Hay un incentivo para responder a la retroalimentación, inquietudes
e. Evitar la duplicación
f. El programa se aplica de manera consistente.
g. Los estándares no son demasiado onerosos
h. La rendición de cuentas se extiende a todos en el grupo objetivo

Los criterios a-d miden la eficacia del mecanismo de rendición de cuentas; e-g miden eficiencia; h mide el alcance.

Dominio 7: Políticas e Incentivos para Respaldar la Calidad

Criterio
Criterio 7a: La calidad de la atención es fundamental para las políticas de Cobertura Universal en Salud
7.1 Las políticas nacionales para alcanzar y garantizar la cobertura universal en salud incluyen la calidad de la atención dentro de la definición de cobertura
7.2 La gran mayoría de la población tiene seguro de salud.
7.3 Los copagos son mínimos en comparación con los países de referencia.
7.4 Los ciudadanos tienen cobertura para servicios en múltiples sectores (hospital, atención primaria, prevención, rehabilitación) todas las condiciones clínicas principales.
7.5 El plan excluye servicios considerados sin beneficio, de acuerdo con la literatura.
Criterio 7b: Legislación de derechos del paciente y empoderamiento del paciente
7.6 El derecho a la salud está definido en la legislación.
7.7 Se definen vías legales para garantizar la capacidad del paciente para exigir calidad de la atención en salud
7.8 Existen políticas de confidencialidad de la información
7.9 Existen políticas sobre consentimiento informado
7.10 Existen políticas sobre el derecho de los pacientes a acceder a su historial médico
7.11 Existen políticas de investigación obligatoria de incidentes críticos.
Criterio 7c: Las políticas de calidad de atención están alineadas.
7.12 Las políticas y planes nacionales de salud integran la calidad de la atención en sus definiciones y acciones.
7.13 Las políticas de calidad de la atención a nivel nacional (es decir, la Política/Plan Nacional de Salud, el Plan Nacional de Desarrollo, la Política/Plan/ Sistema Nacional de Calidad) están alineados en su definición de Calidad
7.14 Las políticas y planes de calidad de la atención a nivel nacional incluyen definiciones de calidad de la atención iguales o similares a las definidas por los niveles subnacionales o de subsistema.
Criterio 7d: Las políticas de calidad de atención son extensivas
7.15 Las políticas de calidad de atención definen las expectativas de efectividad de la atención en salud, seguridad, orientación en la persona, oportunidad, equidad, integración de la atención en salud y eficiencia.
7.16 Las políticas de atención en salud definen y establecen las bases para el desarrollo de herramientas adecuadas para asegurar (a través de la medición y la supervisión) la evaluación de la definición integral de calidad de la atención
Criterio 7e: Los roles y responsabilidades para la implementación de políticas de calidad de atención están claramente definidos
7.17 Las políticas de calidad de la atención definen responsabilidades para los actores del sistema para la implementación de acciones de calidad de la prestación de atención en salud definidas dentro de políticas
7.18 Las políticas de calidad de la atención definen responsabilidades para los actores del sistema en el desarrollo de herramientas de medición para evaluar la calidad de la prestación de atención en salud
7.19 Las políticas de calidad de la atención definen responsabilidades para los actores del sistema para evaluar la calidad de la prestación de atención en salud utilizando herramientas definidas
7.20 Las políticas de calidad de la atención definen responsabilidades para los actores del sistema reportando resultados de evaluación de la calidad de la prestación de atención en salud

Dominio 8: Resultados de calidad

Criterio 8a: Experiencia del Paciente
8.1. La experiencia global del paciente se compara favorablemente con el benchmarking internacional.
8.2. Los indicadores específicos de la experiencia del paciente (por ejemplo, comunicación, cortesía, toma de decisiones compartida, etc.) se comparan favorablemente con el benchmarking.
Criterio 8b: Eficacia - Atención Prenatal
8.3. Los indicadores de proceso (por ejemplo, ANC4, primera visita prenatal) se comparan favorablemente con el benchmarking.
8.4. Los indicadores de resultados (por ejemplo, MMR) se comparan favorablemente con el benchmarking.
Criterio 8c: Eficacia - Atención Infantil
8.5. Los indicadores de proceso (por ejemplo, inmunizaciones, tratamiento de condiciones AIEPI) se comparan favorablemente con el benchmarking.
8.6. Los indicadores de resultados (por ejemplo, TMI <5) se comparan favorablemente con el benchmarking.
Criterio 8d: Eficacia - Enfermedades Infecciosas
8.6. Los indicadores de proceso (v.g., TB, cumplimiento terapéutico VIH) se comparan favorablemente con benchmarking.
8.7. Los indicadores de resultados (por ejemplo, TB, mortalidad por VIH u otros indicadores) se comparan favorablemente con benchmarking.
Criterio 8e: Eficacia - ENT
8.8. Los indicadores de proceso (por ejemplo, seguimiento regular, exámenes) se comparan favorablemente con benchmarking.
8.9. Los indicadores de resultados (por ejemplo, azúcar en sangre, control de presión arterial, tasas de mortalidad general) se comparan favorablemente con benchmarking.
Criterio 8f: Seguridad
8.10. Las medidas de proceso (v.g., Higiene de manos, uso de lista de chequeo de OMS, profilaxis de TEV, evaluaciones de riesgo del paciente) se comparan favorablemente.
8.11. Las tasas de eventos adversos (por ejemplo, infecciones nosocomiales, complicaciones evitables, etc.) se comparan favorablemente con benchmarking.
Criterio 8g: Oportunidad
8.12. Los tiempos de espera para diferentes servicios se comparan favorablemente con benchmarking internacional, pero siguen siendo un inquietantes en el contexto de Colombia
Criterio 8g: Equidad
8.13. Las brechas entre lo urbano y lo rural, ingresos bajos y altos minimizados, para los resultados seleccionados en las áreas anteriores se comparan favorablemente con benchmarking
Criterio 8h: Eficiencia
8.14. La información sobre cualquier indicador de eficiencia disponible (por ejemplo, la duración innecesaria de la estancia, el uso inapropiado de los servicios, etc.) se compara favorablemente con benchmarking.
Criterio 8i: Integrado
8.15. Los indicadores de buena integración (por ejemplo, transiciones suaves informadas por el paciente, coordinación de la atención) se comparan favorablemente con benchmarking.

Nota: En algunos casos, se disponía de datos limitados para los estándares dentro de un criterio, y la puntuación más baja posible se asignó a los criterios.

A1.2 Listado de Entrevistas de Informadores Clave

Tabla A1.2 Listado de Entrevistas de Informadores Clave

Nombre	Cargo	Organización o Departamento
Dr. Juan Pablo Uribe Restrepo	Ministro	Ministerio de Salud y Promoción Social (MSPS)
Dr. Iván Darío González Ortiz	Viceministro	Ministerio de Salud y Promoción Social (MSPS)
Dr. Luis Gabriel Bernal Pulido	Director	Dirección para el Desarrollo del Talento Humano en Salud, MHSP
Dr. Samuel García de Vargas	Director	Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, MHSP.
Dra. Sandra Lorena Girón Vargas	Directora	Dirección de Epidemiología y Demografía, MHSP.
Dra. Olga Lucia Giraldo Vélez	Jefe	Oficina de Calidad, MHSP
Dr. Wilson Melo Velandia	Jefe	Oficina de Planificación, MHSP
Dra. Dolly Esperanza Ovalle Carranza	Jefe	Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación, MHSP
Dr. Harold Mauricio Casas Cruz	Subdirector	Dirección de Promoción y Prevención, MHSP.
Dr. Augusto Ardila	Subdirector	Subdirección de Infraestructura en Salud, MHSP
Dr. William Jiménez Herrera	Coordinador	Grupo de planificación, MHSP
Ing. Patricia Delgado Rodríguez	Coordinador	Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación, MHSP
Dra. Angélica Molina Rivera	Coordinadora	Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información, MHSP
Dr. Rafael Borda Rivas	Coordinador	Grupo de Gestión del Conocimiento e Información del Talento Humano en Salud, MHSP.
Ing. Luz Emilse Rincón Medrano	Especialista	Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación, MHSP
Dra. Giselle Arias León	Especialista	Grupo de planificación, MHSP
Dr. Javier Bohórquez Gelvez	Especialista	Grupo de planificación, MHSP
Dr. Daniel Pinzón Fonseca	Jefe	Oficina de Metodologías de Monitoreo y Análisis de Riesgos, Supersalud

Nombre	Cargo	Organización o Departamento
Dr. Manuel Godoy Cubillos	Director	Dirección de Supervisión de Riesgos Económicos, Supersalud.
Dra. Lydia Carolina Suarez Vargas	Directora de Desarrollo Social	Departamento Nacional de Planeación
Dra. Adriana María Robayo García	Directora	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.
Dr. Carlos Pinzón Flórez	Subdirector Técnico	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.
Dr. José Luis Gutiérrez Noreña	Subdirector Administrativo	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, IETS.
Dr. Carlos Edgar Rodríguez Hernández	Director Nacional de Acreditación en Salud	El Instituto Colombiano de Normas y Certificaciones Técnicas (ICONTEC)
Dr. Augusto Galán Sarmiento	Ex Ministro de Salud, Director	Así Vamos en Salud
Dr. Fernando Ruiz Gómez	Ex viceministro Líder Médico Científico	Centro de Investigación y Tratamiento del Cáncer (CTIC)
Dr. Carlos Mario Montoya Serna	Secretario	Secretaria Departamental de Salud de Antioquia.
Dra. Elizabeth Quintero Cardona	Directora	Dirección de Red de Calidad y Servicios de Antioquia.
Dra. Anabelle Arbeláez Vélez	Subsecretaria	Secretario de Salud del Distrito de Bogotá
María Victoria Ávila Ramos	Directora Técnica, Prestación de Servicios de Salud.	Secretaria Departamental de Salud de Boyacá
Dra. Libia Perilla Valle	Especialista	Secretaria Departamental de Salud de Boyacá
Dra. Teresa Tono Ramírez	Directora Ejecutiva	Organización para la Excelencia en la Salud (OES)
Dra. Nelcy Paredes Cubillos	Vicepresidente de Seguros	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)
Dr. Fabián Cardona Medina	Vicepresidente de Salud	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)
Dra. Mónica Zúñiga Núñez	Coordinadora	Departamento de Epidemiología y Salud Pública, ACEMI.
Dr. Miguel Uprimmy Yepes	Líder de Salud	Asociación de Compañías de Seguros de Salud en Colombia (GESTARSALUD)

Nombre	Cargo	Organización o Departamento
Dra. Eileen Patricia Guzmán Tovar	Coordinadora	Departamento de Seguros - Asociación Nacional de Fondos de Compensación Familiar (ASOCAJAS)
Dr. Juan Gonzalo López Casas	Presidente	Salud Total EPS
Dr. Mauricio Serra Tamayo	Subdirector	Subdirección de Seguros - COMPENSAR - EPS
Dr. Gabriel Mesa Nicholls	Director Ejecutivo	SURA - EPS
Dra. Martha Lucía Gualteros Reyes	Presidente	Observatorio Interinstitucional de Cáncer de Adultos (OICA)
Sr. Francisco Marín	Miembro de la Junta	ASMETSALUD - EPS

A1.3 Visitas a Sedes Realizadas

Tabla A1.3 Visitas a Sedes para la Herramienta de Evaluación de la Calidad

Nombre de Sede	Tipo de Sede	Ubicación	Persona de contacto principal
Hospital Universitario Mayor - MEDERI	Hospital	Bogotá	Dr. Orlando Jaramillo, CEO
Centro de Diagnóstico Especializado - Colmédica	Centro de Diagnóstico Especializado	Bogotá	Dr. Edgar Humberto Cortés Ostos, Gerente
Centro de Atención Prioritaria en Salud CAPS San Benito	PHC	Bogotá	Dra. Patricia Lozano
E.S.E. Hospital Salazar	Hospital	Villeta	Dra. Sandra Torres, Especialista de Calidad Dr. Yair Rocha, Líder médico
E.S.E. Hospital General de Medellín. Luz Castro de Gutiérrez.	Hospital	Medellín	Dra. Liliana Bermúdez, Directora de Calidad y Planeación
E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel	PHC	Medellín	Dra. Martha Lucía Vélez, Gerente Dra. Adriana Posada Dra. Luisa Gómez Dra. Luz Alzate Dr. Carlos Maldonado Dra. Sandra Bustamante Dra. Angélica Calle Dra. Carmen Mora Dra. Marilly Muñoz Dra. Diana Saldarriaga Dra. Mónica Jiménez
Hospital Pablo Tobón Uribe	Hospital	Medellín	Dra. María Victoria Restrepo, Jefatura de Calidad Dra. Yeny Patricia Pineda
E.S.E. Hospital Santa Margarita de Copacabana	PHC	Copacabana, Antioquia	Dr. Héctor Darío Cano Arango, Director Dra. Carolina Montoya Toro Dr. Omar Alberto López Gómez
E.S.E. Hospital San Rafael de Girardota	PHC	Girardota, Antioquia	Dr. Diego Alfonso Montoya Grajales, Director
E.S.E. Centro de Salud Fe y Esperanza, Soracá (Boyacá)	PHC	Soracá, Boyacá	Dra. Maricela Guerrero Tibatá, Directora Lic. Verónica Fonseca Bohórquez Lic. Elba María Lozano
E.S.E. Centro de Salud de Cómbita (Cómbita, Boyacá)	PHC	Cómbita, Boyacá	Lic. Maryi Mildred Borda Álvarez, Hermana

Nombre de Sede	Tipo de Sede	Ubicación	Persona de contacto principal
E.S.E. Hospital San Rafael	Hospital	Tunja, Boyacá	Dra. Lyda Marcela Pérez R, Directora Dra. Sandra Liliana Bello Dra. Ayda Patricia Medina Dra. Angélica Rojas Dr. Henry Corredor
E.S.E Hospital San Vicente de Paul	PHC	Paipa, Boyacá	Dr. José Ramón Merchán Ruiz, Director Dra. Pilar Torres Dra. Rubiela Vargas Dra. Edna Jimena Holguín Dr. Juan Carlos Castellanos
E.S.E. Hospital Regional de Duitama	Hospital	Duitama, Boyacá	Dra. Flor Cárdenas Pineda, Gerente Dr. Cristian López Dr. Emerson González Dr. Fabián Goyeneche Dra. Jeaneth Villate
E.S.E. Salud del Tundama	Hospital	Duitama, Boyacá	Dra. Claudia García, Gerente Dr. Saúl Rodríguez Dra. Andrea Medina Dra. Lorena López Dra. Paola Garzón Dra. Edna Dueñas Dra. Lina Patarroyo
E.S.E. Hospital Simón Bolívar.	Hospital	Bogotá	Dra. María Eugenia Rodríguez
Centro de Atención Prioritaria en Salud CAPS SUBA	PHC	Bogotá	Dra. María Eugenia Rodríguez

A1.4 Documentos revisados para la Herramienta de Evaluación de la Calidad

Abreviaturas

DNP	Departamento Nacional de Planeación	National Planning Department
MPS	Ministerio de la Protección Social	Ministry of Social Protection
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social.	Ministry of Health and Social Protection
Supersalud	Superintendencia Nacional de Salud	National Health Superintendent

Estrategia de Calidad y Planeación

Documentos de Planeación Nacional

1. MSPS. (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, 2016*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
2. MSPS. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
3. MSPS. (2018). *Informe de Gestión Avance del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/informe-gestion-plan-decenal-salud-publica-2018.pdf>
4. MSPS. (2013) *Sistema de Monitoreo y Evaluación al Plan Decenal de Salud Pública, 2012 – 2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistema%20de%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%ABlica%20-%20PDSP%20Colombia%202012%20-%202021.pdf>
5. DNP. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación. Recuperado de www.colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/BasesPND2018-2022n.pdf
6. DNP. (2019). *Proyecto de Ley, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Articulado-Plan-Nacional-de-Desarrollo-2018-2022-Pacto-por-Colombia-Pacto-por-la-Equidad.pdf>

Planes Regionales y Locales

7. Alcaldía de Santiago de Cali. (2012). *Plan de Desarrollo del Municipio de Santiago de Cali*. Cali: Alcaldía de Santiago de Cali. Recuperado de http://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/44418/plan_desarrollo_municipal_2012_2015/
8. Supersalud. (2016). *Circular externa 012 de 2016 Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención PAMEC*. Bogotá: Superintendencia Nacional de Salud. Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXT%20000012.pdf>.

Resultados en Calidad y secciones de Medición de Calidad e Informes

Informes Nacionales

9. MPS. (2009). *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Recuperado de http://calisaludable.cali.gov.co/secretario/2010_incas/MPS_INCAS_FINAL.pdf
10. MSPS. (2015). *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
11. MSPS. (2015). *Informe de la calidad de la atención de las EPS. Versión corta, año 2015*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <http://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/informe-calidad-atencion-eps.pdf>
12. Cuenta de Alto Costo. (2018). *Ranking de las EPS con la mejor calidad de datos en las enfermedades de alto costo*. Bogotá: Cuenta de Alto Costo. Recuperado de https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/evento/Ranking_EPS_calidad_de_datos_2018.pdf
13. MSPS. (2017). *Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Informe-encuesta-satisfaccion-eps-2017.pdf>
14. MSPS. (2018). *Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2018*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Ranking-satisfaccion-eps-2018.pdf>

Decretos Nacionales y Normativas en Materia de Recolección de Datos

15. MPS. (2006). *Decreto 3518. Por el cual se reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública*. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%203518%20DE%202006.pdf
16. MSPS. (2012). *Resolución 4505, por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.cruzblanca.com.co/Descargas/malla-validadora/resolucion-4505-2012.pdf>. Esta política establece un conjunto nacional de indicadores de salud pública.
17. MSPS. (2012). *ABECÉ Resolución 4505*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/abece-resolucion-4505.pdf>
18. MSPS. (2016). *Resolución 00256*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resolución%200256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>. Esta política establece un conjunto nacional de indicadores de calidad.
19. MSPS. (2017) *Fichas técnicas de los indicadores de calidad de la Resolución 0256 de 2016*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/fichas-tecnicas-indicadores-resolucion-0256-2016.pdf>
20. MPS. (2007). *Decreto 2699*. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2699-de-2007.pdf>. Esta política establece la Cuenta de Alto Costo (*Cuenta de Alto Costo*), incluidos los indicadores para hacer un seguimiento de la calidad de la atención en condiciones costosas.

Documentos técnicos

21. MSPS. (2015). *Guía Metodológica de Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento en Salud ROSS. Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ROSS_001.11.2_013.pdf
22. MPS. (2009). *Lineamientos Técnicos para el Registro de los Datos del Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud*. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20técnicos%20IPS.pdf>.

Insumos

Recursos humanos

23. Pontificia Universidad Javeriana, Cendex. (2013). *Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas*. Bogotá: Universidad Javeriana y Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex). Recuperado de: www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuciónMdEspecialistasCendex.pdf.
24. MSPS. (2015). *Prevenir el cansancio en el personal de salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Prevenir-el-cansancio-personal-salud.pdf
25. MSPS. (2018). *Información del talento humano en salud para la gente. ReTHUS. Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/rethus-observatorio.pdf

Modelo de Atención

26. MSPS. (2016). *Resolución 1441*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <http://achc.org.co/documentos/prensa/res-1441-16%20habilitacion%20redes%20integradas%20ips.pdf>
27. MSPS. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Definición, Estándares y Guías de Calidad

28. MSPS. (2019). *Lista de guías de práctica clínica aprobadas en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de http://gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/buscador_gpc.aspx
29. MPS. (2011). *Promoción de la cultura de seguridad del paciente*. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf.
30. MPS. (2006). *Decreto Numero 1011*. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf. Este decreto establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Mejora de Calidad Capacidad y Actividades

31. MPS. (2011). *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia*. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Recuperado de <http://www.acreditacionensalud.org.co/Documents/Manual%20AcreditSalud%20AmbulyHosp2012.pdf>

Referencia 1 también se utiliza en esta sección.

Gobernanza y Rendición de Cuentas

32. MPS. (2004). *Sistema de Seguridad Social en Salud: Régimen Contributivo*. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Recuperado de www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf
33. Defensoría del Pueblo. (2017). *La tutela y el derecho a la salud, 2016*. Bogotá: Defensoría del Pueblo. Recuperado de <https://www.queremosdatos.co/request/396/response/773/attach/4/Tutelas%202016.pdf>.
34. MSPS. (2016) *Sistema de evaluación y calificación de actores 2016*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/sistema-evaluacion-calificacion-actores-2016.pdf>
35. MSPS. (2014). *ABC Habilitación de prestadores de servicios de salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abc-habilitacion-prestadores.pdf>
36. MSPS. (2014). *Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf. Política que describe las normas actualizadas para el sistema de inspección / licencias (*habilitación*).

Política de Calidad e Incentivos

Políticas sobre cobertura universal en salud

37. Congreso de Colombia. (2015). *Ley estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015 por el cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Congreso de Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
38. MSPS. (2019). *Resolución 0244 Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud*. Bogotá: Ministerio

de Salud y Protección Social. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20244%20de%202019.pdf

39. MPS. (2004). *Guía informativa del régimen contributivo*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>

Políticas de Licencias

40. MSPS. (2018). *Política nacional de talento humano en salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>
41. Congreso de Colombia. (2007). *Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*. Bogotá: Congreso de Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf
42. Congreso de Colombia. *Ley 1917 del 12 de julio de 2018. Por la cual se reglamenta el sistema de residencias médicas*. Bogotá: Congreso de Colombia. Recuperado de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/30035417>

Políticas sobre privacidad, confidencialidad, divulgación, consentimiento

43. Congreso de Colombia. (1981). *Ley 23 de 18 de febrero de 1981. Normas en materia de ética médica*. Bogotá: Congreso de Colombia. Recuperado de www.mineducacion.gov.co/1621/articles-103905_archivo_pdf.pdf
44. MPS. (2008). *Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente*. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200112%20de%202012%20-%20Documentos%20de%20apoyo%202.pdf.
45. Ministerio de Salud (1999). *Resolución 1995 de 8 de julio de 1999, manejo de historia clínica*. Bogotá: Ministerio de Salud. Recuperado de www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf

A1.5 Bases de Datos Revisadas para la Herramienta de Evaluación de la Calidad

Observatorio de la Calidad de la Salud

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx>

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/Densidad-estimada-profesionales-medicina-enfermer%C3%ADa.aspx>

<http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Paginas/ConsultaDescargaIndicadores256.aspx>

Datos de gastos de salud pública.

<https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/colombia>

https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/indicadores_generales.aspx

<https://observatoriosocial.cepal.org/inversion/es/paises/colombia>

Recursos humanos (base de datos ReTHUS)

<https://www.datos.gov.co/Salud-y-Protecci-n-Social/Saludatos-Estimaci-n-de-los-Indicadores-para-el-se/5atd-7cac>

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PO/Paginas/registro-unico-nacional-del-talento-humano-en-salud-rethus.aspx>

Datos de Cobertura de Servicios

<https://www.datos.gov.co/Vivienda-Ciudad-y-Territorio/Cobertura-Servicios-P-blicos/ghgd-jun6>

Datos de Capacidad en Camas Hospitalarias (pediatría)

<https://www.datos.gov.co/Salud-y-Protecci-n-Social/N-mero-de-camas-hospitalarias-pediatras-por-depart/63zs-yhcj>

Capacidad de camas hospitalarias - comparaciones internacionales

<https://www.indexmundi.com/g/r.aspx?c=co&v=2227&l=es>

Repositorio de Guías de Práctica Clínica

http://www.gpc.minsalud.gov.co/gpc/SitePages/buscador_gpc.aspx

Base de Datos de Organizaciones de Atención en Salud (REPS)

<https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/REPS-Registro-especial-de-prestadores-de-servicios-de-salud.aspx>

OCDE - Base de Datos de Comparaciones Internacionales

https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#

OMS - Base de Datos de Personal Sanitario

https://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/

A1.6 Encuesta de EPS

Se realizó una encuesta en línea entre el 10 y el 30 de abril de 2019, a la que respondieron las siguientes 13 compañías de seguros de salud:

Tabla A1.6.1: Encuestados a la encuesta de EPS

EPS	Número de Afiliados
Servicio Occidental de Salud	895,166
Saludvida	1,168,99
Saludvida-Subsidiado	1,536,200
Comfamiliar Cartagena	160,000
Aliansalud	235,000
Cruz Blanca	385,000
Comfasucre	112,573
Salud Total	3,097,000
Anónimo	320,386
EMSSANAR	1,921,809
EMSSANAR Subsidiado	1,801,874
Medimas	3,800,000
Nueva EPS	4,633,684
Total	20,067,920

Todas las compañías de seguros de salud que respondieron a la encuesta eran del sector privado y los encuestados en conjunto prestaban servicios a casi la mitad de la población colombiana. El número de afiliados a cada EPS varió de 112.573 a 4.633.684. El número total de afiliados atendidos por las compañías de seguros de salud que respondieron, 20.067.920, representó el 44% de la población colombiana. Entre las compañías de seguros de salud que respondieron, el 79% brindó atención al régimen subsidiado y el 86% al régimen contributivo. En promedio, cada EPS contrató a 255 prestadores de atención en salud para servicios hospitalarios, 390 prestadores de atención en salud para atención primaria y 322 prestadores de atención en salud para otros servicios. La distribución de la población atendida por estas compañías de seguros de salud por área de residencia es similar a la población nacional: El 29% reside en zonas rurales y el 71% en zonas urbanas. Todos los departamentos regionales de Colombia fueron atendidos por al menos una de las compañías de seguros de salud que respondieron a la encuesta.

Las compañías de seguros de salud solicitaron información a los prestadores de atención en salud sobre una amplia gama de indicadores de calidad de la atención hospitalaria, como la experiencia del paciente, los tiempos de espera, las tasas de lavado de manos, las infecciones del campo quirúrgico y otros. Los prestadores de atención en salud también pidieron a los prestadores de atención en salud de atención

primaria que enviaran información sobre los tiempos de espera y la experiencia del paciente, así como sobre el manejo de las ENT, las tasas de inmunización y la salud materna e infantil. Para cada indicador, hubo variaciones entre las compañías de seguros de salud en la medida en que los datos se recopilaban de todos, algunos o ninguno de los prestadores de atención en salud contratados; en general, la respuesta más común fue "algunos" (consulte la Tabla A1.6.2, A1.6.3 a continuación).

El 100% de las compañías de seguros de salud que respondieron indicaron que se establecieron objetivos de desempeño cuantitativos para los prestadores de atención en salud, al menos para algunos indicadores. En caso de incumplimiento, el 93% indicó que requeriría un plan de mejora de la calidad; el 71% se reuniría con el IPS para discutir los resultados; y el 36% retendría fondos.

Todas las compañías de seguros de salud requieren que los afiliados obtengan autorización para ciertos servicios, y el 75% de las compañías de seguros de salud declararon que esto tomó menos de un día.

Con respecto a las modalidades de contratación para la atención hospitalaria, el 100% de las compañías de seguros de salud informaron que el pago se basa en el volumen de servicios prestados (es decir, tarifa por servicio) y, en menor medida, en capitación (31%). Para la atención ambulatoria, la modalidad de pago prevalente es la capitación (100%) seguida de la tarifa por servicio (85%).

Tabla A1.6.2: Información recopilada por las compañías de seguros de salud de prestadores de atención en salud hospitalaria

Datos recogidos de:			Indicador
Todas IPS	Algunos prestadores de atención en salud	Ningún prestador de atención en salud	
14%	71%	14%	Datos de la encuesta de experiencia del paciente
36%	50%	14%	Tiempos de espera - departamento de urgencias
36%	64%	\$0	Tiempos de espera: imágenes diagnósticas avanzadas (v.g., TC, IRM)
36%	64%	\$0	tiempos de espera - consultas con especialistas
14%	43%	36%	tiempos de espera - otros (por favor especifique) _____
36%	64%	\$0	Tasas de higiene de manos
29%	64%	7%	Infecciones de campo quirúrgico
29%	57%	14%	Otras infecciones adquiridas en atención en salud.
29%	50%	21%	Tasas de complicaciones quirúrgicas.
14%	29%	57%	Errores de medicación
29%	71%	\$0	Caídas en hospital
29%	64%	7%	Úlceras por presión en el hospital
21%	64%	14%	Incidentes críticos que resultan en daño involuntario al paciente
43%	57%	\$0	Tasas de complicación obstétrica
57%	43%	\$0	Tasas de mortalidad
43%	57%	\$0	Duración de estancia

Datos recogidos de:			Indicador
Todas IPS	Algunos prestadores de atención en salud	Ningún prestador de atención en salud	
29%	57%	14%	Exceso de la duración de la estancia (es decir, el número promedio de días de cama en el hospital por encima de lo esperado, para un diagnóstico determinado)
7%	50%	43%	Referencias o utilización inapropiadas (por ejemplo, el uso del departamento de emergencias para afecciones menores o el uso de hospitales terciarios para hospitalizaciones o procedimientos sin complicaciones)
7%	64%	\$0	Uso inadecuado de los servicios de atención médica (en caso afirmativo, especifique: _____)
36%	43%	7%	Otros indicadores de calidad

Tabla A1.6.3: Información recopilada por las compañías de seguros de salud de los prestadores de atención en salud de Atención Primaria

Datos recogidos de:			Indicador de calidad
Todas IPS	Algunos prestadores de atención en salud	Ningún prestador de atención en salud	
29%	50%	21%	Datos de la encuesta de experiencia del paciente
43%	50%	7%	Información sobre quejas de pacientes y familiares sobre la IPS
36%	64%	\$0	Tiempos de espera - visita con médico
36%	64%	\$0	Tiempos de espera - consultas con especialistas
57%	43%	\$0	Tasas de inmunización
50%	50%	\$0	Tasas de detección de cáncer (v.g., Papanicolaou, mamografía)
14%	36%	50%	Indicadores de estilo de vida (v.g., tasa de tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, mala alimentación o ejercicio)
14%	36%	50%	% de pacientes que han tenido una intervención de estilo de vida saludable (por ejemplo, asesoría sobre dieta o para dejar de fumar)
57%	43%	\$0	Manejo apropiado para la diabetes (por ejemplo, control de azúcar en sangre)
57%	43%	\$0	Manejo apropiado para la hipertensión (por ejemplo, PA bien controlada)
50%	50%	\$0	% de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal adecuada
57%	43%	\$0	% de pacientes con VIH que cumplen con medicamentos y en buen control de la enfermedad
50%	36%	14%	Tasa de finalización del tratamiento de la tuberculosis
\$0	50%	50%	Errores de medicación

Datos recogidos de:			Indicador de calidad
Todas IPS	Algunos prestadores de atención en salud	Ningún prestador de atención en salud	
\$0	21%	64%	Uso inadecuado de los servicios de atención médica (en caso afirmativo, especifique: _____)
21%	21%	36%	Otros indicadores de calidad (por favor especifique: _____)

Ninguna EPS ofreció incentivos para la acreditación, pero las compañías de seguros de salud consideraron la calidad cuando contrataron a prestadores de atención en salud. En caso de mala calidad, las compañías de seguros de salud pueden cancelar el contrato (71%), abstenerse de renovar el contrato con la IPS (64%) o penalizar mediante la retención de fondos (43%).

Muchos indicadores de calidad hospitalaria se utilizan en procesos contractuales con IPS. Estas incluyeron caídas hospitalarias (93%), tiempos de espera (86%), tasas de mortalidad (86%), duración de la estancia y tasas de infecciones y complicaciones en el campo quirúrgico (71%), entre otras. En el nivel de atención primaria, se consideran indicadores como la cobertura de inmunización, la detección temprana del cáncer y los tiempos de espera para la consulta con un médico general (93%), así como el manejo adecuado de la diabetes, la hipertensión, la atención prenatal adecuada y el control adecuado para pacientes con VIH (86%).

El 93% de los encuestados de EPS declararon que tienen personal con capacitación especial en gestión de calidad, con un promedio de 25 empleados, que generalmente brindan apoyo técnico a la IPS para mejorar la calidad. El 86% de las compañías de seguros de salud habían organizado campañas de mejora de la calidad con sus prestadores de atención en salud sobre temas como la promoción de la cultura de la calidad, la seguridad del paciente, los tiempos de espera y el cumplimiento de los tratamientos. Sin embargo, cuando se le preguntó sobre el grado específico de mejora, solo uno pudo citar un porcentaje específico de mejora en un indicador.

Todas las compañías de seguros de salud encuestadas proporcionan información a sus IPS contratados sobre su desempeño en calidad. Esta información se proporciona trimestralmente (36%) o mensual (29%). El 64% de las compañías de seguros de salud indicaron que proporcionan a IPS benchmarking para comparar con otros prestadores de atención en salud. En general, esta información se dirige a los niveles de gestión media (85%) y en ningún caso a los prestadores de primera línea.

Se les preguntó a las compañías de seguros de salud sobre su percepción de los mayores problemas de calidad entre los prestadores de atención en salud con los que contratan. Las respuestas incluyeron problemas con los sistemas de información, el incumplimiento de los programas de promoción y prevención, los tiempos de espera y la alta rotación de personal.

Se pidió a las compañías de seguros de salud que otorgaran prioridad a las diferentes opciones de inversión en el sistema de salud para mejorar la calidad. Sus respuestas, en orden, son las siguientes:

1. Infraestructura de medición de calidad mejorada. Asegúrese de que todos los prestadores de atención en salud puedan recopilar datos sobre la mayoría de los indicadores de calidad mencionados anteriormente. Proporcionar a los prestadores de atención en salud comparaciones sobre cómo se desempeñan en comparación con sus pares. (7 votos)
2. Campañas nacionales de mejora de la calidad. Invertir en la capacitación del personal / gerentes en habilidades de gestión de calidad especializadas y apoyo a los equipos de mejora de la calidad en los prestadores de atención en salud para que realicen mejoras en áreas específicas (por ejemplo, seguridad del paciente, reduciendo los tiempos de espera, reduciendo el uso inapropiado). (6 votos)
3. Desarrollar mecanismos de rendición de cuentas comunitaria. Se requeriría que los prestadores de atención en salud informen sus resultados sobre la calidad (por ejemplo, tiempos de espera, problemas de seguridad del paciente, experiencia del paciente) a los foros públicos o consejos comunitarios y explicar qué están haciendo para mejorar. (4 votos)
4. Mayores mecanismos de rendición de cuentas financiera. Desarrollar los requisitos nacionales para que las compañías de seguros de salud basen al menos una parte de sus pagos a los prestadores de atención en salud en la calidad. (3 votos)
5. Programa nacional para verificar y fortalecer las habilidades clínicas de los prestadores de atención en salud. (2 votos)
6. Programa ampliado de acreditación para hospitales. Hacer de la acreditación un requisito obligatorio, para introducción en fases a lo largo del tiempo. (1 voto)

Otras sugerencias para programas nacionales para mejorar la calidad incluyeron el fortalecimiento de los sistemas de información, incentivos para el pago por resultados, desarrollo de competencias y habilidades en calidad a nivel de pregrado, promoción de la colaboración intersectorial y centros de excelencia para patologías de alto impacto en la salud pública.

Apéndice 2: Análisis detallado de los mecanismos de rendición de cuentas para la calidad de la atención en Colombia

La siguiente tabla resume los actores de la cadena de rendición de cuentas en el sector salud y cómo interactúan en la cadena de rendición de cuentas. Permite al lector analizar por separado cómo los diferentes actores rinden cuentas entre sí. Una flecha que apunta del actor A al B indica que B es responsable ante A por cumplir con ciertas expectativas, y que A puede establecer ciertos mecanismos para garantizar que B cumpla con estas expectativas. Estos mecanismos se describen en la última columna.

Pacientes, usuarios y el público	Congreso	Ministerio	Supersalud	Entidades Territoriales	EPS	IPS	Entes profesionales de salud	Profesionales en salud	Mecanismo de rendición de cuentas
									Los pacientes presionan a los funcionarios electos para mejorar la calidad en el momento de las elecciones.
									Los pacientes presentan una demanda en un tribunal especial (tutela) con la ayuda de la Oficina del Defensor del Pueblo (Defensoría del pueblo y personerías), si consideran que se le niega el acceso a la atención. Las EPS enfrentan sanciones (desacatos), incluida una corta estancia en prisión, por no cumplir con las órdenes de tutela.
									Elección de EPS: usuarios se pueden cambiar a otra EPS. La información de los informes de comparación de EPS y las historias de los medios de comunicación basadas en estos informes pueden, en teoría, guiar estas decisiones.
									
									Los pacientes pueden presentar demandas por mala praxis a través del sistema judicial.
									La declaración de derechos del paciente se exhibe en las instalaciones. Grupos de defensa del paciente, asociaciones de usuarios, veedurías (grupos de defensa sin fines de lucro) pueden abogar por el cumplimiento de estos derechos.
									Delegados de pacientes en juntas de hospitales en hospitales públicos ayudan a que los ejecutivos rindan cuentas de la calidad.
									Las asociaciones de usuarios en los hospitales abogan por la calidad del paciente.
									Ministerio radica informes anuales ante el Congreso. La Personería también radica informes anuales sobre tutelas.
									Supersalud radica informes anuales ante el Congreso.
									El ministerio influye en las EPS a través de informes públicos y la clasificación de las EPS según el desempeño, basado en el análisis de datos en SISPRO. El Ministerio también intenta promover el modelo integrado de atención, guías de práctica clínica.
									Supersalud otorga licencias financieras a EPS y maneja las quejas de los usuarios.

Pacientes, usuarios y el público	Congreso	Ministerio	Supersalud	Entidades Territoriales	EPS	IPS	Entes profesionales de salud	Profesionales en salud	Mecanismo de rendición de cuentas
									El Ministerio establece normas para <i>habilitación</i> , el sistema de concesión de licencias e inspección de instalaciones. (Los departamentos y distritos aplican y hacen cumplir; ver más abajo). El Ministerio controla las inversiones de capacidad en hospitales públicos. El Ministerio fomenta la acreditación (aunque es voluntario y no está asociado a incentivos). Autorización para proveedores de atención terciaria y de alto costo controlados directamente por el Ministerio, pero el resto del proceso está delegado a los departamentos y distritos.
									Los profesionales deben registrarse en el registro de recursos humanos (ReTHUS). Los patrones de prescripción para tecnologías fuera del paquete de beneficios estándar se monitorean a través de MIPRES.
									Las entidades territoriales aplican y hacen cumplir la <i>habilitación</i> ; en particular, inspeccionan las IPS y pueden revocar las licencias por incumplimiento.
									Bajo la <i>habilitación</i> los profesionales en salud deben demostrar que tienen las cualificaciones necesarias para obtener una licencia para ejercer.
									Las EPS pueden realizar auditorías clínicas de las IPS para el cumplimiento de las guías de práctica. Las EPS pueden realizar inspecciones adicionales además de las de <i>habilitación</i> . Las EPS pueden realizar sus propias clasificaciones privadas de IPS y pueden optar por contratar con IPS de mejor calidad. EPS puede integrar sus sistemas de información en un proveedor para el control directo. Las EPS pueden ofrecer pagos complementarios basados en resultados clínicos e indicadores de proceso.
									Las EPS pueden optar por contratar con proveedores de mejor calidad o credenciales. Las EPS pueden realizar auditorías clínicas de cumplimiento de las guías de práctica clínica.
									Las auditorías clínicas se llevan a cabo dentro de instituciones individuales para monitorear el cumplimiento de GPC, eventos adversos, etc.

Tenga en cuenta también:

El Ministerio de Salud rinde cuentas ante todos los actores del sistema a través del evento anual abierto al público y con amplia cobertura de los medios de comunicación, llamado "Rendición de Cuentas".

Las asociaciones gremiales (ACEMI, ACHC, ACSC, ACESI, etc.), los grupos asesores de pacientes y las asociaciones de usuarios responsabilizan a otros actores a través de mecanismos formales de participación y deliberación, y a través de los medios masivos y las redes sociales.

Leyenda:

CPG: Guías de Práctica Clínica

EPS *Entidades Promotoras de Salud* - Aseguradoras de salud.

IPS: *Institución Prestadora de Servicios de Salud* - prestadores de atención en salud (e. g. hospitales, clínicas, laboratorios)

MiPRES - Registro de tecnologías no cubiertas por el paquete de beneficios estándar.

ReTHUS: *Registro del Talento Humano en Salud*, un registro de recursos humanos

SISPRO: *Sistema Integrado de Información de la Protección Social*, el repositorio nacional de datos de salud

Supersalud - Superintendencia de Salud, la agencia reguladora nacional que supervisa el cumplimiento de las políticas gubernamentales

Apéndice 3: Encuesta de la IFC sobre estándares de garantía de calidad en hospitales colombianos seleccionados

A3.1 Introducción

Contexto

En todo el mundo, la mayoría de los pacientes ingresados en el hospital asumen que están en buenas manos. Desafortunadamente, este supuesto no siempre es cierto. *La seguridad del paciente es ahora un grave problema de salud pública mundial.* Las estimaciones muestran que, en los países desarrollados con ingresos altos, aproximadamente uno de cada 10 pacientes se ve perjudicado mientras recibe atención hospitalaria. En los EE.UU., Según algunos cálculos, los errores médicos representan más muertes anuales que los accidentes de tráfico y el cáncer de mama combinados.

La situación es aún peor en los países de ingresos bajos y medianos (PIMB), que representan el 66% de la carga mundial de eventos adversos y pérdidas de AVAD por atención insegura. Por ejemplo:

- la tasa de infecciones del campo quirúrgico en los PIMB es del 6,1%, en comparación con el 0.9% en los EE.UU.
- la tasa media de mortalidad en las salas de emergencia es del 1,8%, que es 45 veces mayor que en los EE. UU.
- Una madre que tiene una cesárea en un PIMB tiene diez veces más probabilidades de morir en comparación con los Países Bajos.

Según la OMS y la Comisión Lancet, *la atención médica de mala calidad es ahora una barrera más grande para reducir la mortalidad que aumentar el acceso.* Investigaciones recientes de la OMS encontraron que 5,7 millones de muertes se debieron al uso de servicios de mala calidad, en comparación con 2,9 millones de muertes debido a la no utilización de los servicios.

Desde una *perspectiva de la inversión privada*, la garantía de calidad (QA) y la seguridad del paciente son aspectos esenciales de la *gestión de riesgos*. Los Inversionistas internacionales están cada vez más nerviosos de invertir en compañías de atención en salud (particularmente en mercados emergentes) donde los procedimientos de control de calidad y seguridad del paciente están poco desarrollados. Esto se debe a que es difícil evaluar el nivel de riesgo para los pacientes. Esta preocupación se relaciona especialmente con las instalaciones para pacientes hospitalizados, y en particular con aquellos que brindan servicios de mayor riesgo, como cirugía compleja, maternidad, cáncer y pediatría. Incluso un solo incidente puede resultar en un gran reclamo financiero y arruinar la reputación de un hospital. Crecientemente, los Inversionistas internacionales invitan a expertos independientes de control de calidad/seguridad del paciente para apoyar este aspecto de su debida diligencia.

La seguridad del paciente es reconocida como un desafío global que requiere conocimientos y habilidades en múltiples áreas, incluidos los factores humanos y la ingeniería de sistemas. La seguridad del paciente ha recibido atención de organizaciones internacionales de salud. En 2004, la OMS lanzó la Alianza Mundial

para la Seguridad del Paciente, enfocada en los siguientes temas: prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, higiene de las manos, seguridad quirúrgica y participación del paciente.

Propósito del Informe

El objetivo principal de este informe es evaluar objetivamente la efectividad del Programa Nacional de Mejora de la Calidad de Colombia y el impacto de su sistema nacional de acreditación a nivel de las instalaciones médicas, utilizando una metodología de encuesta estructurada y basada en evidencia desarrollada por la IFC. En particular, este enfoque apunta a identificar las principales brechas que deberían abordarse para aumentar la efectividad de los esfuerzos de mejora de la calidad (QI).

Acerca de IFC

Este proyecto fue apoyado por la Corporación Financiera Internacional (IFC). IFC es el brazo del sector privado del GBM y es uno de los mayores inversionistas en salud en los mercados emergentes. Además del apoyo financiero, IFC también brinda servicios de asesoría que incluyen Evaluación y Mejora de Estándares de Calidad de Atención en Salud.

A3.2 Enfoque y Metodología de la Encuesta

Visitas a sedes

Encuestamos 11 instalaciones hospitalarias públicas y privadas en tres regiones de Colombia: Bogotá, Barranquilla, Cartagena y Cali (ver Tabla A3.2.1) y realizamos una reunión con Icontec, el organismo de acreditación. El proyecto se llevó a cabo de marzo a abril de 2019. Cada encuesta incluyó una visita de medio día a la sede que incluyó:

- Un recorrido por cada hospital, que incluye observaciones físicas y discusiones con el personal del departamento. Las áreas visitadas incluyeron el quirófano, unidades de cuidados intensivos para adultos y niños, unidades de esterilización, salas para niños y adultos, departamentos de radiología, departamentos de maternidad, laboratorios, cocina, lavandería y departamentos de urgencias.
- Entrevistas estructuradas con miembros del equipo de la compañía y la alta gerencia y el personal clínico, utilizando preguntas de la *Guía de Estándares de Atención en Salud de IFC*.
- Revisión de alto nivel de la documentación de control de calidad proporcionada por las sedes.

Tabla A3.2.1 Hospitales visitados para la implementación de la herramienta de calidad IFC

Nombre del hospital	Ubicación	Propiedad
Hospital Niño Jesús	Barranquilla	Público
Clínica Portoazul	Barranquilla	Privada
ESE Hospital Departamental de Sabanalarga	Sabalarga	Público
Nuevo Hospital de Bocagande	Cartagena	Privada
Hospital San Rafael	Bogotá	Privada
Hospital Santa Clara	Bogotá	Privada

Nombre del hospital	Ubicación	Propiedad
Kennedy Hospital	Bogotá	Público
Hospital Mederi	Bogotá	Privada
Clínica Farallones	Cali	Privada
Hospital Universitario del Valle Evaristo García	Cali	Público
Hospital Primitivo Iglesias	Cali	Público

Cuestionario de Encuesta

Usamos un cuestionario de encuesta basado en la recientemente revisada Guía de Estándares de Atención en Salud de IFC. Esto se desarrolló en colaboración con la *Joint Commission International* (JCI) e incorpora estándares internacionales "básicos" basados en los estándares de JCI e internacionales (Ver Tabla A3.2.2). Específicamente, se tomaron 25 preguntas "básicas" de la Guía y se usaron durante cada visita a sedes (ver sección 3.4).

Retroalimentación y reportes

Los resultados preliminares de la encuesta se presentaron informalmente *in-situ* al final de las encuestas locales de las instalaciones, y formalmente al Viceministro y su equipo en Bogotá en abril de 2019. Este informe presenta los principales resultados y conclusiones de la encuesta.

Consultor

La revisión fue realizada por Julia Khalimova, quien es la Especialista de IFC en Estándares y Acreditación Internacional en Atención en Salud. Cuenta con una amplia experiencia internacional en evaluación y mejora de la calidad de la atención en salud, incluyendo en Europa, América Latina, Asia y África.

Tabla A3.2.2: Estándares utilizados en la evaluación de la calidad hospitalaria.

Áreas	Normas
Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar pacientes correctamente • Mejorar la comunicación efectiva • Mejorar la seguridad de los medicamentos de alta alerta • Asegurar una cirugía segura • Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud. • Reducir el riesgo de daños al paciente como resultado de caídas.
Ética, derechos del paciente y de la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos de los pacientes y sus familias. • Consentimiento informado • Donación de órganos • Tratamiento de fertilidad • Servicios de terminación de embarazo (donde es legalmente permitido) • Investigación clínica
Manejo y uso de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Organización y Administración

Áreas	Normas
	<ul style="list-style-type: none"> • Selección y adquisiciones • Storage • Prescripción y transcripción • Preparación y dispensación.
Mejora de la calidad y seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión de las actividades de calidad y seguridad del paciente. • Uso de los datos para mejorar la calidad.
Prevención y Control de Infecciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención y Control de Infecciones.
Gobernanza, Liderazgo y Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Gobernanza • Gerente Senior responsable de operaciones • Liderazgo para la calidad y seguridad del paciente • Guías clínicas basadas en evidencia • Especificación de servicio departamental
Gestión y seguridad de instalaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de las instalaciones • Supervisión y programa de gestión de instalaciones • Seguridad y protección • Plan de materiales peligrosos • Preparación para desastres • Seguridad contra incendios • Tecnología medica • Sistema de servicios públicos
Cualificaciones y educación del personal	<ul style="list-style-type: none"> • Números y cualificaciones apropiados del personal

A3.3 Resultados de la encuesta

Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente

Los hallazgos clave incluyen:

Objetivo 1. Identificación del Paciente

Buenas prácticas:

- ✓ Existe un procedimiento para identificar pacientes.
- ✓ Los pacientes se identifican con al menos 2 x identificadores.
- ✓ Se utilizan ID/manillas de identificación.
- ✓ Código de colores en la ID/manillas de identificación aborda varios riesgos.
- ✓ Existe un proceso para la identificación de neonatos.
- ✓ Los pacientes se identifican antes de la cirugía y otros procedimientos terapéuticos que incluyen sangre, transfusión, inyecciones, procedimientos en radiología.

Áreas para mejora:

- ✓ Algunos hospitales identifican a los pacientes escribiendo en una pizarra en su cama, que es la identificación por ubicación, lo que aumenta significativamente el riesgo de una cirugía incorrecta en el paciente o en el sitio equivocado.
- ✓ No existe un sistema consistente de códigos de color para las manillas de identificación, por lo que diferentes hospitales usan diferentes colores para ciertos tipos de riesgos.

Objetivo 2. Mejorar la comunicación efectiva

Buenas prácticas:

- ✓ En muchos hospitales visitados, el sistema TI ayuda a excluir completamente las órdenes verbales, que son propensas a errores.
- ✓ En los hospitales que utilizan órdenes verbales, existe un procedimiento para abordar la comunicación efectiva.

Objetivo 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

Buenas prácticas:

- ✓ La mayoría de los hospitales visitados tenían una lista de medicamentos de alto riesgo.
- ✓ El personal entrevistado pudo dar ejemplos de esto.
- ✓ Se observó que los medicamentos de alto riesgo estaban correctamente etiquetados en la mayoría de los hospitales visitados.

Áreas para Mejora:

- ✓ Comprensión de los términos clave: algunos términos importantes no son claramente comprendidos por todo el personal. Por ejemplo, algunos de los entrevistados no conocían los términos "Parece igual" y "Suenan igual" (LASA), a pesar de que la abreviatura "LASA" es conocida y utilizada. Esto puede indicar una falta de capacitación formal, o la dependencia en la autoformación.

Objetivo 4. Asegurar una cirugía segura

Buenas prácticas

- ✓ Existen procedimientos para abordar la cirugía segura.
- ✓ Existen procesos para la identificación del campo quirúrgico. Los cirujanos en la mayoría de los hospitales pudieron describir el proceso claramente.
- ✓ Se utiliza la Lista de Chequeo de Cirugía Segura de la OMS, o los hospitales desarrollan una propia, adaptadas de la herramienta de la OMS para garantizar que se cuente con todos los documentos, equipos, etc. La lista de chequeo se exhibía en los tableros de los quirófanos de varios hospitales visitados.
- ✓ Se utilizan procedimientos de pausa quirúrgica.

Objetivo 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.

Buenas prácticas:

- ✓ El personal de todos los hospitales visitados conocía las guías de lavado de manos.
- ✓ Se observaron carteles de higiene de manos en la mayoría de los hospitales visitados.
- ✓ Se observaron lavabos, frascos sanitizantes de manos en salas de consulta, salas de pacientes hospitalizados y puestos de enfermería, y claramente se habían utilizado.

- ✓ Se disponía de agua y jabón en todos los baños inspeccionados.

Deficiencias

- ✓ En algunos hospitales, sanitizantes, aunque presentes en los pasillos/salas, estaban vacíos o no funcionaban.

Objetivo 6: Reducir el riesgo de daños resultantes de caídas de pacientes

Buenas Prácticas:

- ✓ Existen procedimientos para abordar las caídas de pacientes.
- ✓ Los pacientes son evaluados desde el momento del ingreso.
- ✓ Se han desarrollado y utilizado formularios de evaluación de riesgo de caída.
- ✓ Los pacientes son evaluados correctamente, con base en las circunstancias que podrían afectar la estabilidad del paciente, por ejemplo, condiciones médicas, procedimientos y medicamentos.
- ✓ Los pacientes con mayor riesgo de caídas tienen una manilla de color especial para una fácil identificación.
- ✓ Se utilizan barandas de la cama.
- ✓ Señalización: letreros de 'Piso Resbaladizo', 'Piso mojado' estaban presentes y se utilizaban.

Deficiencias:

- ✓ Algunos hospitales no han identificado áreas con riesgo de caídas o accidentes de caída desde altura. Estos incluyen descansos con paredes/pasamanos bajos, escaleras estrechas/espirales con vacíos en pasamanos y falta de pasamanos en algunas escaleras.
- ✓ Baldosas/escaleras resbaladizas en algunos hospitales.
- ✓ El color de las manillas para pacientes con alto riesgo de caídas difiere de un hospital a otro.

Ética, derechos del paciente y de la familia

Buenas prácticas:

- ✓ Los pacientes son informados sobre el proceso de otorgar consentimiento de manera que lo comprendan.
- ✓ Los pacientes dan su consentimiento informado de acuerdo con las políticas y procedimientos escritos de la organización.
- ✓ Se han desarrollado formularios de consentimiento basados en directrices nacionales y se han implementado.
- ✓ Los derechos de los pacientes se identifican y se exhiben públicamente en muchos hospitales visitados. Los miembros del personal entrevistados pudieron dar ejemplos de los derechos de los pacientes.

Áreas para mejora:

- ✓ Algunos hospitales visitados no exhibían los derechos de los pacientes.
- ✓ Falta de capacitación formalizada sobre la comunicación de contenidos del consentimiento informado en algunos hospitales.
- ✓ Falta de comprensión clara del Código de Ética en algunas instalaciones.
- ✓ Los formularios de consentimiento informado en la mayoría de los hospitales son demasiado generales y no describen los detalles de los procedimientos en forma escrita.

- ✓ En algunos hospitales, se observaron cámaras en los vestuarios del personal, lo que puede infringir innecesariamente la privacidad.

Discutimos ciertos servicios que involucran un escrutinio particular de las cuestiones éticas. Durante estas discusiones, el personal describió una falta de claridad en los requisitos legislativos con respecto a la interrupción del embarazo y la donación de órganos.

Manejo y Uso de Medicamentos

Buenas prácticas:

- ✓ Plan de Manejo de Medicamentos y Formulario Farmacéutico desarrollado en la mayoría de los hospitales visitados.
- ✓ Farmacéuticos Clínicos presentes en la mayoría de los hospitales visitados.
- ✓ Auditorias regulares realizadas.
- ✓ Formularios de Gestión de Medicamentos desarrollados y utilizados en la mayoría de los hospitales visitados. Estos contienen toda la información requerida (es decir, el nombre del paciente, el nombre del medicamento, el tiempo y la dosis).

Áreas para mejora:

- ✓ Si bien el personal demostró cierto conocimiento de términos específicos, no se comprenden ciertas prácticas de manejo seguro de medicamentos (v.g., para el manejo de medicamentos parece igual, suena igual).
- ✓ Algunos hospitales carecen de procesos para abordar la escasez de medicamentos específicos. (Fuimos informados sobre la escasez de Lidocaína y Oxitocina en algunas regiones).

Mejora de la calidad y seguridad del paciente

Buenas prácticas:

- ✓ Hay un gerente de calidad designado y un equipo de calidad en cada hospital visitado.
- ✓ La capacitación de mejora de la calidad se lleva a cabo regularmente en cada hospital visitado.
- ✓ Los miembros del personal comprenden su papel en el trabajo de mejora de la calidad en la mayoría de los hospitales visitados.
- ✓ Cada hospital visitado desarrolló e implementó un Plan de Mejora de la Calidad o un documento similar.
- ✓ Cada hospital visitado estaba recolectando datos; midiendo, analizando e informando indicadores de calidad relacionados con Incidentes (por ejemplo, casi accidentes, eventos centinela), resultados (por ejemplo, tasa de mortalidad, tasa de infección) y satisfacción del paciente y el empleado.
- ✓ Un sistema de notificación de incidentes se desarrolla e implementa en todos los hospitales. La definición de un incidente se encuentra definido, se recopilan los datos, se clasifican (según la gravedad del evento) y se realiza un análisis de causa raíz. Se toman medidas preventivas. El personal pudo dar ejemplos de los incidentes más recientes, el análisis y las acciones tomadas en función de los resultados.
- ✓ La mayoría de los hospitales visitados desarrollaron diagramas de flujo para los procesos más importantes.

- ✓ Existen procedimientos para atender las quejas. Las quejas se recogen de varias maneras (por ejemplo, buzones de sugerencias, sitio web, encuestas de satisfacción) y se abordan. Con base en el análisis de quejas, los hospitales afirman que las expectativas de los pacientes están creciendo. Por ejemplo, se dice que los pacientes se quejaron del tratamiento ineficaz y la falta de atención del personal médico; ahora se quejan de comprometer la privacidad si un médico no cierra la puerta correctamente.
- ✓ Las auditorías internas relacionadas con el trabajo de control de calidad se llevan a cabo en todos los hospitales visitados.

Áreas para mejora:

- ✓ Diferencias en las cualificaciones de los gerentes de calidad en diferentes hospitales, con algunos gerentes de calidad autoformados.
- ✓ Algunos procesos no están adecuadamente desarrollados. Los incidentes se abordan de manera diferente en diferentes hospitales. Algunos diagramas de flujo no se desarrollan hasta el nivel requerido. Algunos documentos carecen de la implementación adecuada o no son entendidos por el personal.
- ✓ Documentación relacionada con la calidad inconsistente, que va desde buena, bien estructurada hasta breve y superficial.

Prevención y Control de Infecciones.

Buenas prácticas:

- ✓ Existe un programa formal de control de infecciones en la mayoría de los hospitales visitados.
- ✓ El programa de Prevención y Control de Infecciones está basado en evidencia con referencias.
- ✓ Hay un Oficial de Control de Infecciones designado (o similar) en cada hospital visitado.
- ✓ Los programas de lavado de manos se desarrollan e implementan adecuadamente en la mayoría de los hospitales visitados.
- ✓ Se observó al personal con tapabocas y otros medios de protección en la mayoría de los hospitales.
- ✓ Los objetos cortopunzantes y las agujas se recogen en recipientes designados a prueba de pinchazos. Existe un proceso formal para tratar las lesiones por pinchazo de aguja en la mayoría de los hospitales.
- ✓ Existen procedimientos formales para el manejo de desechos. Se implementa la segregación de desechos y se utilizan bolsas codificadas por colores para indicar el tipo de desechos. Los residuos biomédicos se recogen en bolsas rojas designadas y se gestionan de acuerdo con los requisitos de la mayoría de los hospitales visitados.
- ✓ Existe un procedimiento formal que aborda el manejo de ropa de cama, incluidos los contaminados, en la mayoría de los hospitales visitados.
- ✓ Hay áreas y políticas de aislamiento designadas para pacientes infecciosos en la mayoría de los hospitales.
- ✓ Las áreas de lavado quirúrgico están presentes en todos los hospitales visitados.
- ✓ Los vestuarios del personal del quirófano están presentes en todos los hospitales visitados.
- ✓ Las unidades de esterilización en la mayoría de los hospitales están organizadas adecuadamente.
- ✓ Se recogen y analizan indicadores (tasa de infecciones y otros).

Deficiencias:

- ✓ Algunos vestuarios del personal no tenían duchas funcionales (las duchas estaban rotas, las cabinas de la ducha estaban desordenadas).
- ✓ En algunos hospitales se observaron contenedores de residuos biomédicos rebosantes.
- ✓ El flujo de pacientes/personal en algunos quirófanos no garantiza la separación necesaria y puede aumentar el riesgo de contaminación cruzada.
- ✓ Se observaron requisitos inconsistentes relacionados con el control de la infección para los visitantes en áreas "estériles", como quirófanos. Algunos hospitales piden lavarse las manos y usar tapabocas; otros piden cambiar la ropa completamente y quitarse todas las joyas, etc.
- ✓ Los materiales de paredes/cielo raso/piso en algunos hospitales no cumplen con los requisitos (tienen costuras, poros, etc., que pueden albergar microorganismos).
- ✓ Algunas áreas de la cocina no cumplen con los requisitos básicos para el control de infecciones.

Gobernanza, Liderazgo y Dirección

Buenas prácticas incluyen:

- ✓ Se obtienen todas las licencias necesarias y los certificados se exhiben públicamente en todos los hospitales visitados.
- ✓ Se creó una estructura organizacional formal en todos los hospitales visitados.
- ✓ Las guías clínicas y los protocolos son adoptados en todos los hospitales visitados.
- ✓ Misión, visión creada y expuesta públicamente en la mayoría de los hospitales visitados.
- ✓ El conocimiento de la calidad y el trabajo de seguridad del paciente es generalmente alto entre la alta gerencia en la mayoría de los hospitales visitados.

Deficiencias:

- ✓ La administración en algunos hospitales no entendió completamente la esencia del trabajo de mejora de calidad y percibió algunos aspectos como "papeleo".

Gestión y Seguridad de Instalaciones

Buenas prácticas incluyen:

- ✓ El personal conoce los requisitos nacionales relacionados con el mantenimiento de las instalaciones.
- ✓ La mayoría de los hospitales privados han mantenido ambos edificios (tanto dentro como fuera), cumpliendo con los requisitos internacionales básicos en cuanto a diseño y tamaño.
- ✓ La mayoría de los hospitales visitados tienen una señalización adecuada que facilita la navegación para los pacientes. Se observaron señales de advertencia (por ejemplo, en radiología o áreas con acceso limitado) en la mayoría de los hospitales visitados.
- ✓ Existe un requisito de legislación para incluir el 5% del presupuesto para la actualización física y la renovación, y todos los hospitales visitados lo saben.
- ✓ Las áreas de cocina en los hospitales privados (donde están presentes y no se subcontratan) están limpias y ordenadas, y están diseñadas adecuadamente.
- ✓ Las áreas de lavandería en los hospitales privados (donde están presentes y no se subcontratan) están limpias y ordenadas, y están diseñadas adecuadamente.

- ✓ Las unidades de esterilización en la mayoría de los hospitales visitados están diseñadas adecuadamente desde el punto de vista de la distribución y tamaño.
- ✓ Hay procesos formales para el mantenimiento de equipos médicos en cada hospital visitado. Se identifica el equipo crítico y se procesa el sustituto en caso de fallo.
- ✓ Existe una política formal con respecto a la seguridad y protección de las instalaciones en la mayoría de los hospitales.
- ✓ Se identifican visitantes/pacientes. El personal, proveedores y los visitantes usan escarapelas en la mayoría de los hospitales visitados.
- ✓ Existen medidas de seguridad física que incluyen cámaras y acceso biométrico a salas y quirófanos en algunos hospitales visitados.
- ✓ Los aspectos de un programa de manejo de materiales peligrosos existen en todos los hospitales visitados.
- ✓ Los desechos se recogen de acuerdo con las políticas adoptadas. Los planes de flujo de desechos para cada tipo de desecho se exhiben en las paredes de todos los hospitales visitados.
- ✓ Los desechos y materiales peligrosos se manejan de acuerdo con el procedimiento desarrollado.
- ✓ El personal estaba al tanto de los requisitos nacionales con respecto a la preparación para desastres en todos los hospitales visitados.
- ✓ El personal conoce los requisitos nacionales en materia de seguridad contra incendios en la mayoría de los hospitales. Los simulacros de incendio se realizan en la mayoría de los hospitales, y en algunos hacen simulacros diurnos y nocturnos. Extintores de incendios y otros medios de extinción de incendios presentes, controlados regularmente.
- ✓ Se cuenta con salidas de emergencia, son de fácil acceso y están debidamente marcadas en todos los hospitales visitados.

Áreas para mejora:

- ✓ El estado de algunos edificios de hospitales públicos es deficiente, lo que puede comprometer la calidad de la atención, especialmente en áreas que requieren un mayor control sobre la prevención de infecciones (quirófano, UCI): pintura descascarada, goteras en el techo o las paredes, piso roto con grietas y polvo. Pasamanos de madera en las paredes que presentan un mayor riesgo de crecimiento de microorganismos.
- ✓ Algunas tomas de luz estaban incompletas.
- ✓ Se observan algunos agujeros en las paredes.
- ✓ Cables sueltos y cables en el piso que presentan un riesgo de tropezones y caídas dificultan la limpieza. Algunas cables no están aislados (abiertos).
- ✓ Paneles del techo sueltos o falta de los mismos y agujeros en el techo que exponen tuberías y cables eléctricos en algunas áreas de varios hospitales públicos.
- ✓ Pasos rotos en unas escaleras.
- ✓ Distribución fragmentada en edificación en algunos hospitales, con "pacientes transportados en ambulancias".
- ✓ Pasillos estrechos, incluyendo algunas áreas de la UCI.
- ✓ Distribución inadecuada de algunos quirófanos de algunos hospitales públicos (segregación inadecuada de pacientes quirúrgicos; flujos mezclados de personal/ pacientes antes/después de cirugías).
- ✓ Algunas cocinas en hospitales públicos no cumplen con los requisitos de tamaño, diseño que presenta un mayor riesgo desde el punto de vista del control de infecciones.
- ✓ Algunos equipos en algunos hospitales públicos están visiblemente sucios o en mal estado.

- ✓ El programa de materiales peligrosos en algunos hospitales no está estructurado al nivel requerido. El personal no siempre fue capaz de proporcionar ejemplos, a veces no conocía los términos específicos relacionados con esta área.
- ✓ En dos hospitales se observaron extintores vencidos.
- ✓ Obras de construcción observadas en varios hospitales no estaban aisladas, con pacientes expuestos al polvo y el ruido.

Cualificaciones y Educación del Personal

Buenas Prácticas

- ✓ Descripciones de cargos desarrolladas.
- ✓ Programa de orientación general desarrollado en la mayoría de los hospitales.
- ✓ Hay un programa de evaluación para el personal.
- ✓ Hay un programa para verificar los diplomas/cualificaciones.
- ✓ Los nuevos empleados, personal médico, de enfermería, y de farmacia, pasantes/estudiantes trabajan bajo supervisión durante su período de prueba/ capacitación.

A3.4 Conclusiones y Recomendaciones

Observaciones positivas

Este fue un proyecto complejo que examinó una amplia gama de prácticas de control de calidad en diversas instalaciones hospitalarias en varias regiones de Colombia. Obtuvimos un alto nivel de cooperación local durante este proyecto. Según nuestras observaciones, en general, el desarrollo de los estándares de control de calidad de la atención en salud en Colombia es *bueno* - incluso en comparación con otros países de ingresos medios. Específicamente:

- ✓ Los requisitos nacionales con respecto al control de calidad generalmente son consistentes con las prácticas reconocidas internacionalmente.
- ✓ Las regulaciones con respecto al control de calidad son generalmente claras y comprensibles.
- ✓ El conocimiento del personal de los estándares y prácticas de control de calidad es generalmente alto. Por ejemplo, la mayoría del personal tiene cierto nivel de familiaridad y comprensión con la terminología de control de calidad, y pudo proporcionar ejemplos de procesos/ términos/técnicas de control de calidad específicos.
- ✓ El personal también es generalmente consciente de los requisitos reglamentarios y pudo citar las leyes pertinentes.

Áreas para mejora

Las deficiencias se relacionan principalmente con *variaciones* por todo el sistema. Estos incluyen, por ejemplo:

- ✓ Niveles variables de *implementación* de estándares en todos los hospitales, incluyendo niveles variables de cumplimiento.

- ✓ Niveles variables de formación en, y *profundidad de la comprensión* de prácticas de control de calidad. Algunos miembros del personal de control de calidad tenían conocimientos avanzados a través de la capacitación formal, mientras que otros parecían ser autodidactas. Algunos miembros del personal ven un valor limitado con respecto a ciertas prácticas de control de calidad y las perciben como "burocracia". Muchos hospitales que buscan acreditación sienten la necesidad de contratar consultores externos para guiarlos a través del proceso.
- ✓ Niveles de comprensión reportados variables a nivel de *autoridades locales de salud* que están a cargo de la supervisión de control de calidad.

Una queja común a nivel hospitalario fue una percibida *falta de apoyo* del regulador para la mejora de la calidad. También hay una percepción de *falta de claridad* en algunas áreas, incluidos los aspectos de la interrupción del embarazo y la donación de órganos. Esto hace que los hospitales locales se sientan expuestos y no estén dispuestos a realizar tales servicios.

Áreas potenciales para el apoyo de IFC/BM

Las áreas de apoyo futuro de IFC/BM pueden incluir:

- ✓ *Capacitación formal en métodos de control de calidad* tanto a nivel de regulador como local, para implementar enfoques coherentes en todo el país.
- ✓ Creación de capacidad a nivel del regulador/Ministerio de Salud en relación con *vigilancia y apoyo de control de calidad*.
- ✓ *Aclaración de regulaciones* con respecto a las áreas sensibles (u omitidas), por ejemplo, la interrupción del embarazo y la donación de órganos.

Estas medidas podrían incluir el desarrollo de un "Centro de Excelencia" nacional de control de calidad (o similar) en el regulador central/Ministerio de Salud, respaldado por "campeones regionales de control de calidad" regionales altamente capacitados.

A3.5 Cuestionario de Encuesta

1. El hospital desarrolla e implementa documentos escritos que mejoran la precisión de la identificación del paciente.
2. Se desarrollan e implementan documentos escritos que mejoran la precisión de las comunicaciones verbales y telefónicas.
3. El hospital implementa acciones para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, tales como, entre otros, el almacenamiento específico, la prescripción, la administración de la preparación y los procesos de monitoreo.
4. La organización utiliza una lista de chequeo (u otro documento similar) para verificar que: el sitio correcto, el procedimiento correcto, los pacientes correctos estén identificados; todos los documentos (por ejemplo, consentimiento informado) están disponibles, son correctos y funcionales; y el equipo necesario está disponible, correcto para su propósito y funcional (por lo general, se utiliza la lista de chequeo de seguridad quirúrgica de la OMS).

5. La organización implementa un programa de higiene de manos, como parte de un Programa de Prevención y Control de Infecciones.
6. El hospital desarrolla e implementa procedimientos destinados a reducir el riesgo de daños al paciente como resultado de caídas.
7. La organización establece normas éticas y legales que guían la conducta del personal.
8. La organización tiene un proceso de consentimiento informado claramente definido que se describe en documentos escritos.
9. La organización apoya las elecciones de pacientes y familiares para donar órganos y otros tejidos. La organización proporciona información a los pacientes y familiares sobre el proceso de donación y sobre la forma en que se organiza la donación de órganos.
10. La organización cuenta con procedimientos escritos sobre tecnologías de salud reproductiva. Los procedimientos tienen en cuenta consideraciones legales y éticas.
11. La organización cuenta con procedimientos escritos relativos a la interrupción del embarazo. Los procedimientos tienen en cuenta consideraciones legales y éticas.
12. Antes de comenzar, el propósito de cualquier ensayo clínico y sus beneficios son claros. Las cuestiones éticas relacionadas con el juicio también se consideran completamente. Se formará un comité de ética que incluye expertos externos para aprobar ensayos.
13. Un plan de manejo de medicamentos (o similar) identifica cómo se organizan y administran los medicamentos en toda la organización. Se ha realizado una revisión documentada del sistema de administración de medicamentos en los últimos 12 meses.
14. La organización tiene un plan escrito de mejora de la calidad y seguridad del paciente (o similar). El plan se actualiza al menos una vez al año.
15. La definición de un incidente es establecida por la organización.
16. Existe un proceso para informar, analizar y prevenir incidentes.
17. La organización tiene un programa de prevención y control de infecciones escrito e implementado.
18. Los líderes de organización y departamento determinan colectivamente las pautas de práctica clínica que se utilizarán.
19. La organización cuenta con un programa integral de gestión de instalaciones. Los documentos se implementan en su totalidad y se revisan periódicamente (al menos una vez al año).
20. Existe un programa de manejo de materiales peligrosos.
21. La organización desarrolla un plan de preparación para desastres que describe su respuesta a un desastre probable (ver la página 106 para conocer el requisito completo).
22. La organización tiene un plan de seguridad contra incendios para garantizar que todos los ocupantes de la instalación estén a salvo del fuego y el humo.
23. La organización identifica las áreas y los servicios con mayor riesgo cuando falla la energía y el agua se contamina o interrumpe.
24. Existe un proceso formal para el reclutamiento y evaluación de personal nuevo (incluida la verificación de diploma).
25. Cada miembro del personal tiene una descripción de cargo.

Referencias

- Alcaldía de Santiago de Cali. (2012). *Plan de desarrollo del Municipio de Santiago de Cali*. Cali: Alcaldía de Santiago de Cali. Obtenido de http://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/44418/plan_desarrollo_municipal_2012_2015/
- Baker GR, M.-M. A. (2008). *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*. Toronto: Longwoods. Obtenido de www.longwoods.com/publications/books/571
- Cahn, A., Akirov, A., & Raz, I. (2018). Digital health technology and diabetes management. *Journal of Diabetes*, 10(1), 10-17. doi:10.1111/1753-0407.12606
- Canadian Institute for Health Information. (2013). *Benchmarking Canada's Health System: International Comparisons*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Obtenido de https://secure.cihi.ca/free_products/Benchmarking_Canadas_Health_System-International_Comparisons_EN.pdf
- Chan, B., & Veillard, J. (2019). Stewardship of quality of care in health systems. *Public Administration & Development*, 39, 34-46.
- Clarke, M., Shah, A., Sharma, U., ., ., & . (2011). Systematic review of studies on telemonitoring of patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *Journal of Telemedicine & Telecare*, 17(1), 7-14. doi:10.1258/jtt.2010.100113
- Congreso de Colombia. (1981). *Ley 23 de 18 de febrero de 1981. Normas en materia de ética médica*. Bogotá: Congreso de Colombia. Obtenido de www.mineduacion.gov.co/1621/articulos-103905_archivo_pdf.pdf
- Congreso de Colombia. (2015). *Ley estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015 por el cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Congreso de Colombia. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Cuenta de Alto Costo. (2018). *Ranking de las EPS con la mejor calidad de datos en las enfermedades de alto costo*. Bogotá: Cuenta de Alto Costo. Obtenido de https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/evento/Ranking_EPS_calidad_de_datos_2018.pdf
- Cuenta de Alto Costo. (2019). *Ranking de las EPS con los mejores resultados según la gestión del riesgo*. Bogotá, Colombia. Obtenido de https://cuentadealtocosto.org/site/images/Ranking_EPS_2019.pdf
- Defensoría del Pueblo. (2017). *La tutela y el derecho a la salud 2016*. Bogotá: Defensoría del Pueblo . Obtenido de <https://www.queremosdatos.co/request/396/response/773/attach/4/Tutelas%202016.pdf>

- Departamento Nacional de Planeación. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación. Obtenido de colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/BasesPND2018-2022n.pdf
- Dieterich, M., Irving, C., Bergman, H., Khokhar, M., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD007906.pub3
- Hone, T., Rasella, D., Barreto, M., Atun, R., Majeed, A., & Millett, C. (2017). Large Reductions In Amenable Mortality Associated With Brazil's Primary Care Expansion And Strong Health Governance. *Health Affairs*, 149-158. doi:<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0966>
- IHI. (2003). *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Obtenido de <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHICollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx>
- Kieny, M.-P., Evans, T. G., Scarpetta, S., Kelley, E. T., Klazinga, N., Forde, I., . . . Donaldson, L. (2018). *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for Universal Health Coverage*. Washington DC: World Bank Group. Obtenido de www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/publication/delivering-quality-health-services-a-global-imperative-for-universal-health-coverage
- Kruk, M., Gage, A., Arsenault, C., & Jordan, K. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health*, e1196-e1252. doi:doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3
- Liddy, C., Drosinis, P., Keely, E., ., ., & . (2016). Electronic consultation systems: worldwide prevalence and their impact on patient care-a systematic review. *Family Practice*, 33(3), 274-85. doi:10.1093/fampra/cmw024
- Ministerio de la Protección Social. (2011). *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Obtenido de <http://www.acreditacionensalud.org.co/Documents/Manual%20AcreditSalud%20AmbulyHosp2012.pdf>
- Ministerio de Salud. (1995). *Resolución 1995 de 8 de julio de 1999, manejo de historia clínica*. Bogotá: Ministerio de Salud. Obtenido de www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf
- MPS. (2004). *Sistema de Seguridad Social en Salud: Régimen Contributivo*. Bogotá: Ministerio de la protección social. Obtenido de www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf
- MPS. (2006). *Decreto Numero 1011*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

- MPS. (2007). *Decreto 2699*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2699-de-2007.pdf>
- MPS. (2007). *Decreto 3518*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Obtenido de <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Saludatos-Estimacion-de-los-Indicadores-para-el-se/5atd-7cac>
- MPS. (2008). *Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Obtenido de https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf
- MPS. (2009). *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Obtenido de http://calisaludable.cali.gov.co/secretario/2010_incas/MPS_INCAS_FINAL.pdf
- MPS. (2009). *Lineamientos Técnicos para el registro de los datos del registro individual de la prestación de servicios de salud*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20técnicos%20IPS.pdf>
- MSPS. (2012). *ABECÉ Resolución 4505*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/abece-resolucion-4505.pdf>
- MSPS. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>
- MSPS. (2013). *Resolución 4505*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.cruzblanca.com.co/Descargas/malla-validadora/resolucion-4505-2012.pdf>
- MSPS. (2014). *ABC Habilitación de prestadores de servicios de salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abc-habilitacion-prestadores.pdf>
- MSPS. (2015). *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/informe-nal-calidad-atencion-salud-2015.pdf>
- MSPS. (2015). *Prevenir el cansancio en el personal de salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Prevenir-el-cansancio-personal-salud.pdf
- MSPS. (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, 2016*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
- MSPS. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- MSPS. (2016). *Resolución 00256*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resolución%200256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>
- MSPS. (2016). *Resolución 1441*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <http://achc.org.co/documentos/prensa/res-1441-16%20habilitacion%20redes%20integradas%20ips.pdf>
- MSPS. (2017). *Encuesta Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS*. Bogotá: MSPS. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Informe-encuesta-satisfaccion-eps-2017.pdf>
- MSPS. (2017). *What is the Mipres app*. Obtenido de Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/English/Paginas/What-is-the-Mipres-app.aspx>
- MSPS. (2018). *Información del talento humano en salud para la gente. ReTHUS. Registro único Nacional de Talento Humano en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/rethus-observatorio.pdf
- MSPS. (2018). *Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2018*. Bogotá: Ministerio de Salud y Promoción Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Ranking-satisfaccion-eps-2018.pdf>
- MSPS. (2019). *Resolución 000244*. Bogotá: Ministerio de Salud y Promoción Social.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2018). *Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide*. Washington DC: National Academies Press.
- OECD. (2016). *Education in Colombia*. Bogotá: Ministerio de Educación de Colombia, OCDE. Obtenido de www.oecd.org/education/school/Education-in-Colombia-Highlights.pdf
- OECD. (2016). *OECD Reviews of Health Systems: Colombia*. Paris: OECD. Obtenido de <http://www.oecd.org/publications/oecd-reviews-of-health-systems-colombia-2015-9789264248908-en.htm>
- O'Sullivan, B., McGrail, M., Russell, D., Chambers, H., Major, L., ., & . (2018). A review of characteristics and outcomes of Australia's undergraduate medical education rural immersion programs. *Human Resources for Health, 16*(1), 8. doi:10.1186/s12960-018-0271-2
- Suarez, A. (2015). A Strategy to Improve Treatment-Related Mortality and abandonment of Therapy for Childhood ALL in a Developing Country Reveals the Impact of Treatment Delays. . *Pediatric Blood Cancer*.

- Universidad Javeriana. (2013). *Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas*. Bogotá: Universidad Javeriana y Centro de proyectos para el desarrollo Cendex. Obtenido de www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuciónMdEspecialistasCendex.pdf.
- Utens, C., Maarse, J., van Schayck, O., Maesen, B., Rutten, M., & Smeenk, F. (2012). Care delivery pathways for Chronic Obstructive Pulmonary Disease in England and the Netherlands: a comparative study. *International Journal of Integrated Care*, 12, e40. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3440249/>
- WHO. (2018). *Handbook for National Quality Policy and Strategy*. Geneva: World Health Organization. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789241565561-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2015). *WHO Statement on Caesarean Section Rates*. Geneva: WHO. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=CEDC16EB60D83BD1576F85F350BA9F57?sequence=1
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2016). *Integrated care models: an overview*. Geneva: WHO. Obtenido de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf
- Yahya, T., & Mohamed, M. (2018). Raising a mirror to quality of care in Tanzania: the five-star assessment. *The Lancet Global Health*, 6(11), PE1155-E1157. doi:[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30348-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30348-6)