

***CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA***

***UNIVERSIDAD NACIONAL DE EL SALVADOR  
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA***

***"EVALUACION DEL MARCO REGULATORIO DE LA HABILITACION  
Y LA ACREDITACION DE INSTITUCIONES DE SALUD DENTRO DEL  
PROYECTO NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD EN EL  
SALVADOR. 2002"***

***TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAESTRO EN SALUD PUBLICA***

***ALUMNO: CARLOS ALBERTO MARIN C.***

***ASESORA: Lcda. HILDA CECILIA MENDEZ***

***NOVIEMBRE DE 2002***

## **Agradecimientos**

*Este documento es el fruto de un intenso y dedicado trabajo, que responde no únicamente al esfuerzo del autor, sino a la participación de varias personas decisivas en el desarrollo del mismo. Es importante destacar la colaboración directa, asesoría y tutoría de la Lcda. Hilda Cecilia Méndez, quien siempre estuvo atenta y diligente para orientar el abordaje metodológico y conceptual de toda la Tesis propuesta. No puedo omitir los valiosos aportes generados para la concepción misma del trabajo y su posterior evolución, por el Dr. Julio Piura López y el Dr. Lorenzo Muñoz; el apoyo del Centro de Investigaciones y Estudios para la Salud CIES y de todos los docentes de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de El Salvador quienes a través de sus enseñanzas me permitieron explorar con mayor profundidad cada uno de los temas relevantes para esta propuesta final de Tesis.*

*Especial mención al personal técnico y asistencial del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y al personal de la Organización Panamericana de la Salud en El Salvador por la apertura y disposición para compartir toda la valiosa información que permitió sustentar gran parte de la teoría expuesta y fundamentar las conclusiones y recomendaciones que se desprenden de este documento.*

*Así mismo, y no menos importante, deseo resaltar el apoyo incondicional de mi familia, sin quienes ninguna de mis actividades tendría sentido, por su paciencia conmigo por las muchas horas que dedique exclusivamente a este hermoso trabajo y en sacrificio del tiempo compartido.*

*Finalmente, Gracias Dios por permitirme terminar este trabajo de Tesis y la Maestría en Salud Pública, conocer este hermoso país e interactuar con su noble gente.*

## Resumen

En esta tesis se describe y analiza a profundidad el marco regulatorio actual, vigente y de referencia para los procesos de habilitación (licenciamiento) y acreditación de las instituciones de salud en El Salvador. Centra su temática en el desarrollo de estos procesos como ejes fundamentales y herramientas ó metodologías para la implementación y Garantía de la Calidad en los servicios de salud.

Para desarrollar el tema fue necesario el abordaje de parte de la historia de la salud en el país, empezando por la carta magna, la "*Constitución*", luego y como referente obligado es el "*Código de Salud*" (1957), pasando por la "*Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones de la Salud*" (1958) y todos los decretos que las modifican hasta hoy, en especial los que permiten el desarrollo del Consejo Superior de Salud Pública y las Juntas de Vigilancia de las Profesiones Médicas. También se evaluaron los alcances e implicaciones del "*Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*".

Se estudiaron las políticas emitidas y el papel regulador del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como los alcances y estado actual de los procesos; en especial el "*Proyecto de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud de El Salvador*" (1999).

A su vez, se analizan los alcances e implicaciones en el proceso de las leyes del Medio Ambiente y el Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica.

Fue necesario realizar un análisis exhaustivo a la "*Propuesta de Reforma Integral de Salud*" ya que cualquier discusión o propuesta que se genere, debe considerar en forma imprescindible, para garantizar su viabilidad política y técnica, las nuevas tendencias globales, centroamericanas y de reforma en el país.

También y para contextualizar la realidad nacional, se explora las experiencias, metodologías y lecciones aprendidas de los diferentes abordajes de los procesos de habilitación y acreditación en 12 países latinoamericanos y otros 12 países del resto del mundo. Así como las experiencias, orientaciones y recomendaciones metodológicas y de abordaje emitidas por la Organización Panamericana de la Salud en lo referente al tema de acreditación de hospitales y el caso particular de los laboratorios.

Por último, y en virtud a un análisis comparativo se presentan recomendaciones generales para el posterior abordaje y evolución del tema en El Salvador, dentro del actual marco regulatorio y los procesos de Reforma en el Sector Salud. Mención especial a los documentos realizados por el presente autor en referencia a la "Propuesta de Categorización de Hospitales Públicos de El Salvador" y "Definición de Requisitos Esenciales para los servicios de Obstetricia y Ginecología de El Salvador", realizados con la Organización Panamericana de la Salud y fundamentales para el desarrollo de la propuesta final y anexa a este trabajo.

## Indice

	Página
I. Introducción	1
II. Antecedentes y Justificación	3
III. Objetivos	6
IV. Marco de Referencia	7
V. Hipótesis de trabajo	20
VI. Diseño metodológico	21
VII. Resultados	24
VIII. Discusión	52
IX. Conclusiones	64
X. Recomendaciones	67
XI. Bibliografía	70
XII. Anexos:	74
Anexo No. 1 Matriz de obtención de información	74
Anexo No. 2 Guías de análisis de contenidos	75
Anexo No. 3 Guía de entrevistas	76
Anexo No. 4 Listado de decretos que reformaron las leyes	77
Anexo No. 5 Lecciones de la experiencia Mexicana en Acreditación de Hospitales	78
Anexo No. 6 La Acreditación y la Normatividad ISO	84
Anexo No. 7 Ruta Crítica de un proceso de Acreditación	86
Anexo No. 8 Las tendencias en las reformas de sistemas de salud, sus actores y sus relaciones.	88

## **I. Introducción**

Los países latinoamericanos enfrentan el gran desafío de alcanzar niveles aceptables de salud en su población contando con un financiamiento insuficiente para la oferta de servicios que deben proveer. Históricamente, esta limitación de recursos ha sido útil para justificar las serias deficiencias en la calidad de todos los procesos institucionales en salud.

El Salvador no escapa a este fenómeno y busca realizar modificaciones sustanciales que propicien una nueva manera de enfocar la salud desde la perspectiva de los usuarios, en función de garantizar una prestación de servicios con eficacia, eficiencia, calidez y calidad a toda la población y en condiciones de igualdad. El proceso de reforma en salud conlleva un cambio de mentalidad y es así como se destaca en los nuevos modelos la prioridad de fortalecer y desarrollar los servicios; mejorar sus condiciones de eficacia, eficiencia y elevar la calidad de atención que se brinda a todos los usuarios del mismo.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador (MSPAS), ha desarrollado una serie de mecanismos encaminados a mejorar las condiciones en la prestación de servicios de salud a la población, si bien los mismos han producido aportes importantes, estos han sido considerados como experiencias aisladas, que han respondido a expectativas particulares de los proveedores y no como producto de procesos de consulta social e interinstitucional. Por otra parte, las instituciones del sector todavía no convergen con objetivos comunes para el desarrollo de esfuerzos orientados al mejoramiento y la garantía de la calidad; lejos de eso los mismos enfocan la mayoría de sus esfuerzos en salud a mejorar aspectos, que representan intereses financieros y/o particulares y no necesariamente a dar respuestas a las necesidades reales de salud de la población.

Se han identificado elementos críticos que dificultan mejorar los aspectos que inciden en la calidad implícita en la atención que ofrecen los servicios de la red del sistema, entre los que destacan: la falta de decisión para la formulación de una política que respalde el desarrollo de proyectos orientados a la garantía de la calidad; la ausencia de estandarización en la definición de requisitos mínimos o esenciales exigibles a los prestadores de servicios de salud para otorgar la habilitación pertinente y garantizar por parte del MSPAS niveles de calidad aceptables en la atención de los usuarios de los diferentes servicios. Agregado a esto se identifica la falta de una cultura en los recursos humanos, que fomente la práctica de procesos de atención en salud con calidad.

Actualmente en el país todavía no se instauran procesos de acreditación en la red de servicios, estos últimos laboran y se rigen por generalidades de normas y parámetros establecidos para el desempeño adecuado de las funciones en el Código de Salud vigente; las mismas instituciones se autocalifican como adecuadas y no existe un ente ajeno a ellas que las acredite con parámetros o estándares avalados en el ámbito nacional y/o regional.

Queda claro, una vez revisado el anterior contexto, que el Ministerio de Salud Pública de El Salvador tienen serias deficiencias para poder vigilar, controlar y garantizar la calidad de los servicios que reciben los usuarios y que ofrecen todas las instituciones de salud del país, ya que no cuenta con una metodología definida, ni con los instrumentos necesarios, para realizar en forma ordenada y sistemática los procesos de verificación y control de la calidad, como los que se ejecutan o implementan a través de la definición y verificación de requisitos mínimos y/o esenciales, los procesos de habilitación y/o licenciamiento y los procesos últimos y externos de acreditación de instituciones.

Es evidente la necesidad de evaluar los procesos normativos vigentes para el control y la regulación de las instituciones de salud y una vez contextualizados iniciar procesos de **Habilitación**, que definan de forma prioritaria el cumplimiento de unos estándares o *requisitos mínimos obligatorios* que garanticen la adecuada prestación de servicios de salud por parte de las instituciones. Con esta definición mínima si se puede avanzar en lo que sería un proceso final de **Acreditación** para buscar el mejoramiento continuo de las organizaciones y sus óptimos niveles de calidad. Actualmente existe interés a nivel nacional en mejorar las condiciones de atención que los usuarios reciben y garantizar calidad en cada una de las intervenciones o procesos a los cuales sean sometidos.

## II. Antecedentes y Justificación

Los retos del sector salud están encaminados a ampliar su cobertura hasta lograr la universalidad y alcanzar la excelencia en la prestación de servicios de salud, para así mejorar las condiciones de vida de la población. Los resultados de la atención en salud están mediados por una compleja gama de variables, que no son fácilmente controlables. Múltiples estudios en varios países del mundo occidental han mostrado que el nivel de calidad de la atención recibida por un usuario medio dista mucho de la deseada, y que la variación en la calidad de la atención ofrecida por diferentes profesionales de salud y hospitales, es inmensa, como respuesta a muchos factores y fenómenos que ocurren en los sistemas de salud.

Los procesos de Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los países en vía de desarrollo, iniciaron con referentes que evaluaban únicamente los cambios en las tasas de mortalidad, morbilidad y cobertura. Poco se adelantó en la evaluación de la calidad de los servicios o en el proceso de prestación de estos. Con el avance de los procesos se detectaron serios problemas en la calidad de atención y en los sistemas de administración de los servicios de salud de los mencionados países. Se realizaron múltiples proyectos que involucraban sistemas de supervisión como parte integral de los sistemas de salud.

No está claro si existe en El Salvador un mecanismo que permita evaluar en forma ordenada y sistemática la calidad brindada en las instituciones de salud, a pesar de que se han iniciado implementado algunas estrategias desde los años 90 orientados a mejorar la calidad de atención en la prestación de los servicios salud públicos, pero pese a su importancia, hasta la fecha muy pocos esfuerzos han sido continuos y se han realizado en forma aislada sin causar el impacto y la sostenibilidad deseada y necesaria.

La regulación sanitaria se realiza a través del Código de Salud, el cual está actualmente en revisión, considerándose la separación de funciones y los nuevos roles en la Reforma del Sector. Este marco regulatorio genera serias dudas en cuanto a su campo de aplicación y alcances del mismo. Esto obliga a preguntarse por una parte si ¿son suficientes los mecanismos con que cuenta el país para que el sistema produzca salud con calidad? y por otra parte ¿en qué acciones es necesario implementar para lograrlo?

Muchas de las acciones realizadas han concentrado su interés en la medición de los cambios en las tasas de mortalidad, morbilidad y coberturas. Se evidencia muy poco interés en implementar la *calidad* de los servicios, así como su orientación hacia la satisfacción completa de los usuarios en el proceso de prestación y aún menos, no se realizan esfuerzos sistemáticos para mejorar la calidad con base en parámetros o estándares definidos.

A pesar de que las experiencias han brindado productos valiosos para mejorar la calidad de la atención, todavía no se cuenta con la sistematización de los procesos implementados, lo que ha ocasionado en algunos casos duplicidad de esfuerzos y desarrollo de trabajos que de una u otra forma ya se habían desarrollado en la práctica.

Sin embargo, en los últimos años, se han realizado encuestas en diferentes hospitales del país sobre la percepción de los usuarios de la calidad de los servicios recibidos, las cuales, han evidenciado problemas de maltrato a los usuarios y falta de satisfacción por los servicios recibidos.

El país realizó en 1999 en respuesta a las prioridades de reforma, descentralización y atención primaria en salud, una propuesta denominada "Proyecto Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud", la cual no trascendió, ni generó el desarrollo y operativización de ninguna de sus propuestas fundamentales. El proyecto se fundamentaba en la búsqueda de la eficiencia, eficacia, equidad, calidez y calidad en los servicios prestados a la población. Involucraba componentes estratégicos en su ejecución, como la conformación de instancias que condujeran y facilitaran el proceso, hasta el establecimiento de mecanismos de acreditación de los servicios de salud, que avalaran funcionamiento de los mismos.

En la línea de acreditación solamente se trabajó una propuesta de un Plan de Desarrollo del Proceso de Acreditación para El Salvador, cuyos objetivos eran: Planear, diseñar e implementar un Sistema de Acreditación Nacional para las organizaciones de salud; establecer e implementar un sistema que fomente el mejoramiento de la asistencia médica y proporcionar un mecanismo para evaluar la capacidad de las organizaciones de salud, de poder satisfacer estándares definidos. La propuesta incluye cuatro componentes: Planificación Organizacional, Diseño y Desarrollo, Implementación y Evaluación; identificando las actividades críticas, proponiendo algunos indicadores de medición, detallando el nivel de esfuerzo de cada uno de ellos.

Actualmente en el país todavía no se instauran procesos de acreditación en la red de servicios ya que a nivel normativo existen serios vacíos en la definición de estándares y/o requisitos mínimos o básicos a nivel institucional que permitan el control objetivo y la evaluación sistemática de los diferentes servicios ofertados por las diferentes instituciones; las mismas instituciones se autocalifican como adecuadas y no existe un mecanismo de control y regulación que habilite los servicios ofertados institucionalmente con parámetros o estándares avalados para el país. El sistema de salud no cuenta con una definición de indicadores y estándares que permitan comparar el desempeño del sistema frente a lo deseado, para encontrar brechas, corregir las deficiencias y lograr el resultado que se espera de la atención: el mejoramiento de las condiciones de salud.

En el transcurso de años anteriores se han identificado elementos críticos que dificultan mejorar los aspectos que inciden en la calidad implícita en la atención que ofrecen los servicios de la red del sistema, entre los que se mencionan la falta de decisión para la formulación de una política que respalde el desarrollo de proyectos orientados a la garantía de la calidad, lo que a su vez repercute en los niveles decisorios de la red de establecimientos, los cuales al no disponer de instrumentos legales que avalen la aplicación de mejoras en la calidad, se ven frustrados al no responder a las expectativas que espera la población.

A su vez la falta de presupuestos que respondan a las necesidades reales de las instituciones, la falta de un manejo adecuado de los recursos y la existencia de condiciones obsoletas en los sistemas, no han permitido actualizar y ajustar los procesos de atención en mejora de la calidad que se oferta a los usuarios.



También se evidencia la falta de una cultura en los recursos humanos, que fomente la práctica de procesos de atención en salud con calidad y la incorporación de los mismos en sus actividades diarias.

Lo frágil de los procesos de seguimiento y evaluación de avances de los esfuerzos anteriormente emprendidos, ha dificultado la sostenibilidad de los proyectos creando al final falsas expectativas y frustraciones en los recursos comprometidos con el desarrollo de la calidad.

Esta investigación permitió en forma práctica generar una propuesta alternativa que concilió los hallazgos generados en los procesos de habilitación y acreditación dentro del marco del *Proyecto Nacional de Garantía de la Calidad en Salud*, con el actual proceso de reforma, así como conocer el estado actual y el alcance de la legislación y normatividad vigentes en materia de habilitación, Calidad y Garantía de la Calidad en las instituciones de salud del país. En forma posterior permitirá desarrollar e implementar procesos y metodologías de control de calidad en las instituciones de salud, prioritariamente en torno a la definición e implementación de los requisitos mínimos y/o esenciales a ser verificados y controlados en los procesos de habilitación de servicios. Además se crean las bases para el desarrollo de herramientas metodológicas que faciliten la aplicación de cambios importantes en favor de la Garantía de la Calidad y se busca favorecer la optimización de los recursos. También se busca generar una definición clara y normativa de los aspectos esenciales exigidos a nivel institucional (estructura, proceso y resultado) que permita al MSPAS la regulación y el control adecuados para garantizar condiciones mínimas de calidad en todas las instituciones de salud de El Salvador. En forma paralela se contribuirá a crear las bases para la implementación de un proceso más técnico de reforma, el cual requiere considerar el desarrollo de mecanismos que permitan incrementar la calidad en los servicios de salud como elemento primordial en la prestación de los mismos.

La experiencia internacional en el tema de Garantía de Calidad es muy relevante para el abordaje del tema a nivel nacional ya que permite conocer otras experiencias y evaluar como se han desarrollado los procesos, conocer sus dificultades y limitaciones, así como los mecanismos generados para la resolución e implementación de los procesos de acreditación y habilitación de las instituciones de salud.

Sin duda alguna el factor más importante que se alcanza con el desarrollo del proyecto es la verificación constante y permanente de la calidad de los servicios para incrementar la satisfacción de los usuarios que son la razón de ser y el fin último de las instituciones.

### **III. Objetivos**

#### **General:**

Evaluar el marco regulatorio vigente para los procesos de Acreditación y Habilitación de las Instituciones de Salud de El Salvador dentro del Proyecto Nacional de Garantía de la Calidad. Año 2002.

#### **Específicos:**

- Caracterizar el marco regulatorio vigente para la Calidad y la Garantía de la Calidad, en especial lo referente a procesos de acreditación y habilitación a nivel nacional e internacional.
- Identificar las tendencias y desarrollo de los procesos de calidad en salud a nivel mundial y su relación con la acreditación y habilitación de instituciones de salud.
- Identificar alternativas y estrategias para el desarrollo del Marco Regulatorio y Normativo para los procesos de acreditación y habilitación en El Salvador dentro del Proyecto de Garantía de la Calidad de las Instituciones de Salud.

## IV. Marco de Referencia

### Calidad

Uno de los fenómenos que más ha impactado el enfoque de evaluación de organizaciones de salud fue el surgimiento de los movimientos de la Calidad Total y el Mejoramiento Continuo de la Calidad, los cuales habían sido evidentes en la industria y los negocios en Norte América. En los servicios de salud de los Estados Unidos fue conveniente para mejorar la competitividad y racionalizar costos. Muchas instituciones en Canadá, viendo los desarrollos y la implementación de los métodos hechos por sus vecinos, los retomaron para aplicarlos en la evaluación de sus organizaciones. Fueron estas instituciones las que se acercaron a las organizaciones de acreditación en salud para solicitarle el introducir esta filosofía y métodos rápidamente y ajustar el proceso de acreditación con todos los pasos que ello requería (revisión de la misión, visión y valores corporativos) para que la metodología fuera coherente en la filosofía de mejoramiento continuo. El primer enfoque para el rediseño fueron los estándares.

**Definición:** La calidad de la atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente. Las siguientes definiciones son guías útiles para su definición:

“La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice los beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios” –Dr. Avedis Donabedian, 1980.

“..el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la incapacidad y la desnutrición”. – Drs. M.I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS. 1988

“Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato” – W. Edwards Deming.

La Organización Mundial de la Salud OMS define Calidad como: “Un alto nivel de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgos y un alto grado de satisfacción para el paciente y un impacto final en la salud”.

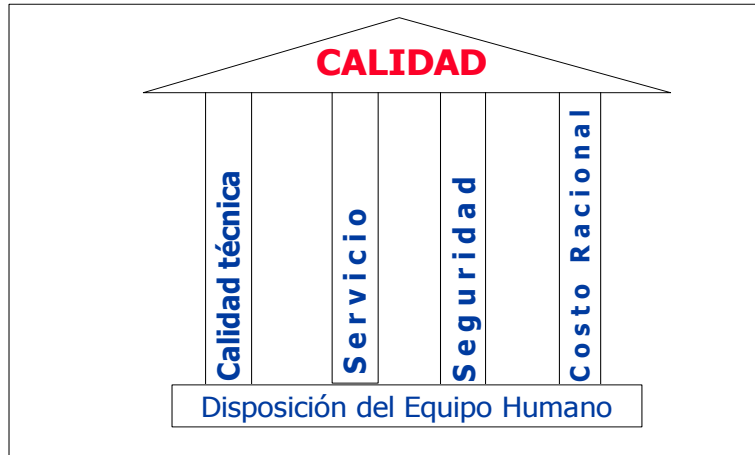
Es claro, que el concepto de “*mínimos riesgos*” lleva implícito, no solamente el acto médico, sino el conjunto de actividades, procesos y resultados generados en el hospital, considerado este como un ambiente único y fundamental.

En las definiciones anteriores se deduce que la *calidad* implica varias dimensiones que merecen ser explicadas en detalle:

- La primera dimensión y obviamente la más importante es la **dimensión técnica**, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento y la tecnología disponibles en favor del paciente
- La segunda dimensión es **la seguridad**, la cual se mide en el riesgo que implica, para el paciente, los servicios ofrecidos; depende de su condición, de la eficacia de la estrategia definida y de la destreza con que se aplique.
- La tercera dimensión de la *calidad* es **el servicio**. Donabedian considera que la relación interpersonal con el paciente y las características del sitio en que se preste la atención, debe reflejar respeto por el paciente y debe permitir su privacidad y comodidad, debe hacer parte integral de la *calidad* de la atención

Es importante resaltar, como lo hace Donabedian que la satisfacción de los proveedores de la atención, es una causa principal de su buen desempeño y se convierte así en una necesidad fundamental para la *calidad*. Gráficamente podríamos representarlo así:

Gráfica No. 1  
Expresiones de la Calidad



Así pues la *calidad* es un concepto relativo, nunca absoluto, que requiere de unos puntos de referencia para comparar (estándares), y estos estándares reflejarán un consenso y una valoración social de cómo conseguir mayores beneficios para un paciente y/o para toda la población.

**Dimensiones de la calidad:** La calidad es un concepto integral y polifacético y se le reconocen varias dimensiones tales como:

*Competencia profesional:* capacidad y desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. También puede referirse a los recursos materiales necesarios para responder a las normas.

*Acceso a los servicios:* implica la eliminación de barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud, tales como barreras geográficas, económicas, sociales, organizacionales, culturales o lingüísticas.

*Eficacia:* conlleva la aplicación de normas de prestación de servicios y las de orientación clínica que incluyen el conocimiento de los riesgos relativos relacionados con la condición y el procedimiento médico.

*Satisfacción del cliente:* se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración.

*Eficiencia:* servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta.

*Continuidad:* implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento.

*Seguridad:* como reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales, perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios.

*Comodidades:* se refiere a aquellas características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro.

*Aceptabilidad de los servicios:* grado de reconocimiento que los usuarios tienen sobre la necesidad de los servicios y/o programas de salud en su contexto socio cultural.

**Perspectivas del significado de calidad:** según el punto de vista se considera:

*Para el paciente:* o las comunidades que reciben atención por parte de estos establecimientos de salud, la atención de calidad satisface sus necesidades percibidas si se presta de manera cortés y en el momento en que se necesita. Desean servicios que alivien sus síntomas en forma eficaz y prevengan las enfermedades.

*Los miembros del servicio de salud:* implica la libertad de hacer todo lo que sea apropiado para mejorar la condición de salud del paciente y de la comunidad, de acuerdo a normas establecidas, técnicas actuales y los recursos con los que se cuenta.

*El administrador de servicios de salud:* considera la calidad como importante en su trabajo diario, permite ayudarlo a organizar la administración del personal, el mejor flujo de los pacientes, el acceso de servicios a la comunidad y la optimización de todos sus recursos humanos, financieros y tecnológicos.

**Enfoques básicos para la evaluación de calidad. (Estructura, proceso y resultado):** De acuerdo con los conceptos expresados por Donabedian en 1991, se define la calidad como "El mayor beneficio para el paciente/cliente, con el mínimo riesgo, dados unos recursos disponibles". Adicionalmente, y teniendo en cuenta el enfoque clásico de evaluación de calidad formulado por el mismo autor, que separa la evaluación en tres grandes esferas: Estructura, Proceso y Resultado, puede darse un mejor sentido y un marco conceptual al diseño del sistema de Acreditación.

*Estructura:* Son todas aquellas características relativamente estables de los proveedores de la atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan. El concepto de estructura incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para proporcionar la atención médica.

*Proceso:* Son las actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales y pacientes. La base para el juicio de calidad es lo que se conoce acerca de la relación entre las características del proceso de la atención médica y las consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y de la sociedad.

*Resultado:* Cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de la atención médica.

Queda claro que la *calidad* no está *per-se* en la atención, ni se logra por inercia. Se requieren acciones sistemáticas, continuas y deliberadas para lograr *calidad* y es a ese conjunto de acciones al cual se denomina Garantía de *Calidad*.

## **Garantía de Calidad**

**Definiciones:** Existen algunas definiciones producto del avance y la evolución de los conceptos de garantía de calidad, como son:

“El conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención” – Dr. Avedis Donabedian.

“Un proceso sistemático de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales de acuerdo con un conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema en particular” – Drs. Ruelas y Frenk. México.

“Un proceso para determinar la calidad que analiza las deficiencias encontradas y la adopción de medidas a fin de mejorar el desempeño, seguidos de una nueva medición de la calidad para determinar si se ha logrado una mejora, Se trata de una actividad cíclica y sistemática que utiliza normas de medición” – Dra. Heather Palmer.

“Se entiende por garantía de Calidad el conjunto de acciones que realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, de forma deliberada y sistemática para generar, mantener o mejorar calidad” – Garantía de Calidad en Salud. Colombia.

La garantía de la calidad es fundamentalmente. “el conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible”

La Federación Latinoamericana de Hospitales define la “*Garantía de la Calidad*” como un subprograma de los servicios locales de salud, que garantiza a cada paciente la atención diagnóstica o terapéutica específica, según corresponda, para logra un resultado óptimo, de acuerdo con los avances recientes de la medicina y en relación con la enfermedad principal o secundaria, la edad, y el esquema terapéutico pertinente”. Para ello, se utilizará el mínimo de recursos necesarios, con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades consecuentes a la atención y el tratamiento; obteniéndose la máxima satisfacción por los servicios recibidos, independientemente de que el nivel institucional sea primario, secundario o terciario, en un sistema de salud.

Construir un sistema de garantía de calidad implica el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las acciones que se emprendan para corregir sus deficiencias.

Algunos de los *elementos* necesarios para el desarrollo efectivo de programas de garantía de calidad del mismo, son:

- Capacidad técnica profesional
- Uso eficiente de los recursos
- Reducción a un nivel mínimo de las lesiones producidas o derivadas de la atención
- Satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y accesibilidad a los servicios de salud
- Un sistema local de salud (red de servicios), donde se correlacionen e integren los servicios intra y extra hospitalarios.

El sistema de garantía de calidad *involucra* todos los aspectos como son: promoción, autocuidado, prevención, salud y educación comunitaria y atención en instalaciones generales y especializadas. Por ello debe incluir acciones coordinadas con todos los programas y con sus diferentes mecanismos de evaluación. Adicional, debe considerar varios aspectos de la atención que deben estar presentes: calidad técnica (competencia, pertinencia, efectividad), seguridad, eficiencia, servicio (aceptabilidad, accesibilidad). El punto de partida esencial para conducir un sistema hacia la garantía de la calidad es la evaluación, la cual se requiere tanto en el sistema en general de una organización, como en cada individuo en particular. Cada vez es más evidente la necesidad de datos objetivos para la toma de decisiones de quienes definen políticas y asignan recursos, quienes dirigen una organización y quienes prestan el servicio.

### **Principios de Garantía de calidad:**

- La garantía de la calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.
- La garantía de la calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.

**Propósitos al evaluar la Calidad:** Lo primero que se debe hacer para establecer un sistema de evaluación de la calidad es determinar las necesidades que deben satisfacerse, de modo que se elija o diseñe el sistema más efectivo en el cual se identifiquen también las limitaciones y capacidades del sistema. En general se busca:

- Mantener la calidad en los procesos de cambio y reformas del sector salud que conlleva a la privatización de algunos servicios, a la redistribución del recurso humano, la incorporación de tecnología nueva y la disminución del financiamiento público.
- Mejorar la calidad con ciclos continuos de mejoramiento.
- Garantizar la seguridad pública y asegurar que los ciudadanos no sufran daños, no queden expuestos a peligros ni lesiones cuando entran a una instalación de salud. Las organizaciones tienen la responsabilidad de cumplir las leyes y los reglamentos relacionados con la seguridad pública, y de reducir los riesgos tanto para los pacientes como para el personal dentro de sus organizaciones.
- Establecer los requisitos para el nivel inicial y el reconocimiento legal: generalmente los *requisitos* tienen que ver con los *temas estructurales básicos*, tal como la seguridad de los pacientes y del personal, la capacidad del personal, la disponibilidad de agua y electricidad, el equipo básico necesario, los tipos de servicio proporcionados, etc. (Dichos conceptos no se basan en ninguna opinión acerca de la calidad verdadera de los servicios).
- Verificar que se cumplan las *especificaciones* de diseño o mantenimiento: Los establecimientos y el equipo para el cuidado de la salud pueden presentar *riesgos* para los pacientes y el personal cuando no han sido diseñados correctamente o cuando no han sido mantenidos de acuerdo a las especificaciones del diseño.

Algunos ejemplos de especificaciones son: (pueden hacer parte de los requisitos esenciales) disponibilidad de número requerido de salidas de emergencia debidamente ubicadas, disponibilidad de alarmas de incendio y equipos de supresión disponibilidad de

agua potable y electricidad, protección adecuada contra la radiación, mecanismos de seguridad para el desecho de materiales infecciosos, equipos calibrados, códigos de construcción o sismo resistencia.

- Identificación de amenazas y grado de vulnerabilidad institucional.
- Planes de emergencias y desastres.
- Documentar la capacidad especial que tiene una organización o un profesional de salud.
- Administrar el riesgo: una organización de salud puede emprender varias actividades clínicas y administrativas para identificar, evaluar y reducir el riesgo de lesiones a los pacientes, el personal y los visitantes; así como el riesgo de pérdida para la organización misma. (según se definan y conozcan la naturaleza de los riesgos que existen en una organización).
- Vigilar el sector privado
- Implementar nuevos entornos para ofrecer servicios.
- Tratar los temas públicos nacionales de la salud
- Asignar los recursos limitados y optimizar su uso.
- Crear centros de excelencia
- Formación de redes o sistemas de nuevos servicios.

Ahora bien, si ya hay un determinado nivel de calidad se hará necesario vigilar el cubrimiento de acciones cuando estén produciendo cambios; con el fin de mejorar la calidad se medirá el impacto para saber qué estrategias son efectivas; se asignarán recursos limitados de acuerdo con los logros en calidad o para identificar las mejores prácticas y hacerlas posibles.

**El proceso de garantía de calidad:** La garantía de la calidad es un proceso cíclico y repetitivo que debe aplicarse en forma flexible para satisfacer las necesidades de un programa específico. El proceso se puede implementar así:

- Planificación de la garantía de calidad: prepara a la organización para llevar a cabo las actividades correspondientes.
- Fijación de normas y especificaciones: cada organización debe traducir sus metas y objetivos programáticos en procedimientos de operación. Incluyen **normas** como: las pautas de práctica profesional o protocolos clínicos, los procedimientos administrativos u operativos: procesos no clínicos como las especificaciones de los productos o los insumos materiales relacionados con la prestación de los servicios de salud, como medicamentos y equipos tecnológicos.
- *Definición de las normas de cumplimiento* que son criterios específicos que se emplean para evaluar los resultados de la prestación de los servicios, las actividades auxiliares o el desempeño de las pautas y normas de orientación. Las normas se han definido como: "declaraciones de los niveles mínimos aceptables de cumplimiento o de resultado; los niveles excelentes de cumplimiento de resultados o; los límites aceptables de cumplimiento o resultados".
- Comunicación de normas y especificaciones: *lograr compromiso de todo el personal*
- Vigilancia de la calidad: *selección de indicadores, umbrales o límites aceptables, selección de fuentes de información, diseño de un sistema para recopilar y compilar información, y ejecución de las actividades de vigilancia.*
- Identificación de problemas y oportunidades de mejora
- Definición del problema operacional
- Selección del equipo



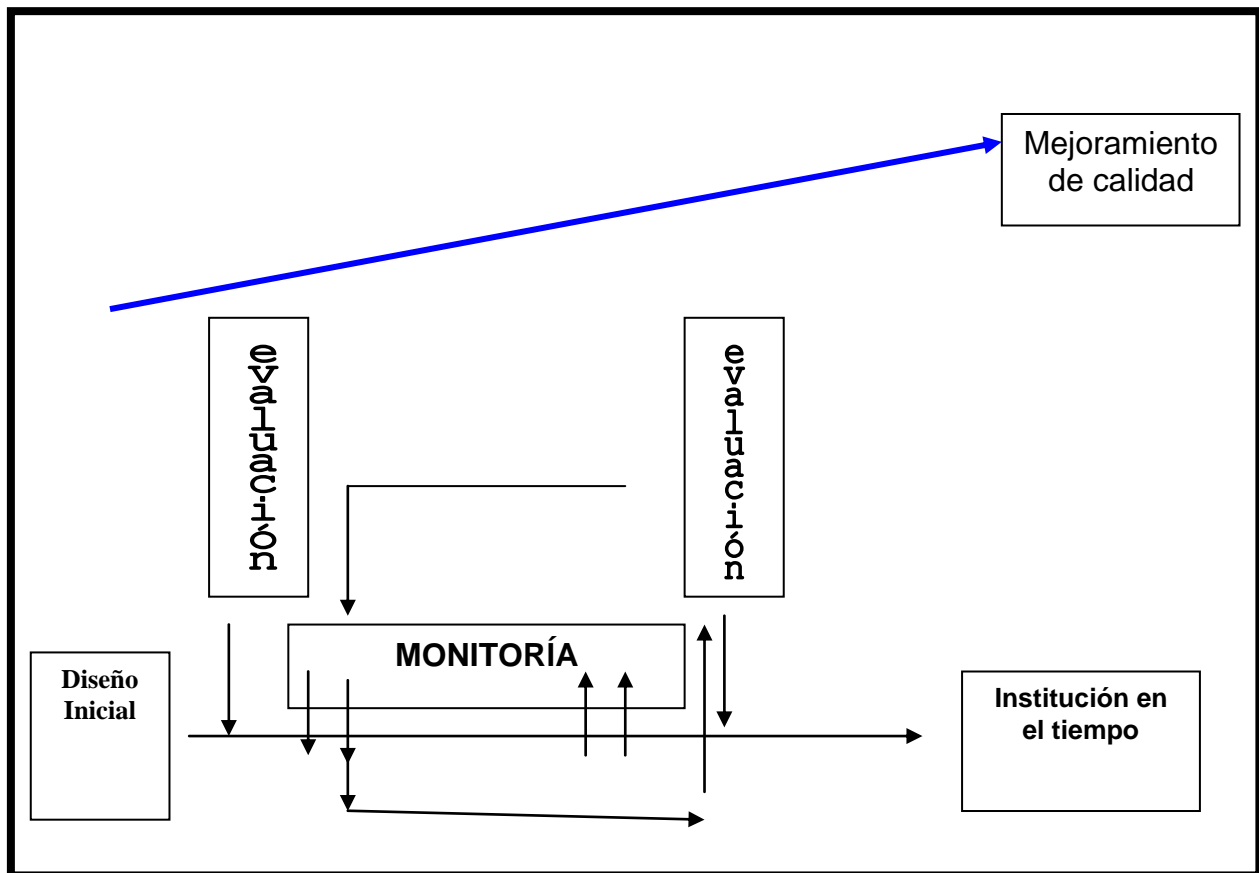
- Análisis y estudio del problema para identificar las causas de fondo
- Elaboración de soluciones y medidas de mejora de calidad
- Ejecución y evaluación de actividades de mejora de calidad

Mejorar la calidad de atención es hoy por hoy un imperativo en los servicios de salud, motivado entre otras causas por:

- Una mayor concientización por parte de los pacientes como usuarios de los servicios de salud (derechos).
- Responsabilidad social por parte de los actores sociales del sistema.
- Mayor atención a la calidad en todas las ramas de la economía, como elemento fundamental para el éxito de las organizaciones.
- La necesidad de controlar los costos en salud.

Se deben considerar dos elementos, la evaluación puntual y la monitoría continua ya que son los que permitirán tomar decisiones de ajuste, de desarrollo y de mejoramiento de una institución u organización

Gráfica No. 2  
Conceptualización de Garantía de Calidad



Adaptado de Ruelas Enrique. Hacia una estrategia de Garantía de Calidad. Salud pública de México. Suplemento 1992. Vol. 34.

**Instrumentos – metodologías:**

Existen instrumentos, métodos o estrategias de evaluación externa de prestadores de servicios de salud como el licenciamiento - habilitación, acreditación, categorización y programas de auto evaluación que buscan definir unos estándares de lo que se considera calidad, lograr una evaluación objetiva de su cumplimiento y establecer un límite mínimo o bien un ideal superior que vaya fomentando el mejoramiento de los prestadores de servicios, sean estas personas o instituciones. A su vez regulan y garantizan la calidad de la atención y contribuyen a mejorar la eficiencia global del sistema con el consiguiente beneficio para la población. También son muy utilizadas la evaluación por indicadores y la auditoría en salud.

Se define:

**Categorización:** es la tabla o clasificación de los servicios ambulatorios y de internación de acuerdo al criterio que se adopte (complejidad de la atención, riesgos de atención u otros) que permite definir niveles de atención para patologías específicas, concentrando actividades, clasificando las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización según tipo de establecimientos y permitiendo configurar en el futuro una red de servicios de complejidad clínica creciente.

**Licenciamiento (licenciatura):** Para entender mejor de qué se trata este licenciamiento es útil tener en cuenta lo que esto significa para la International Organization for Standardization (ISO): *"La Licenciatura es un proceso por medio del cual una autoridad gubernamental otorga el permiso a un médico individual o a una organización de salud para ejercer una ocupación o profesión. Los reglamentos de la licenciatura se establecen generalmente para asegurar que una organización o persona cumpla con los estándares mínimos, de manera de proteger la salud y seguridad públicas"*. Esta evaluación es obligatoria y se puede repetir de forma periódica para que el prestador pueda continuar con sus funciones. También se utiliza el término **Habilitación** como el procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria jurisdiccional o quien ella delegue. Se efectúa habitualmente por una vez, previo a la puesta en funcionamiento del servicio y define las condiciones mínimas físicas o estructurales que deben poseer los establecimientos. Es un requisito continuo que la organización tiene que cumplir para poder seguir funcionando y ofreciendo cuidado a los pacientes.

Los estándares, por naturaleza, son específicos para un país o jurisdicción. Por ejemplo, en los países en desarrollo, los estándares de licenciatura para un hospital pueden tratar servicios básicos, tales como la disponibilidad de agua potable 24 horas al día, la ropa de cama y otros insumos para las camas, y los servicios de laboratorio que puedan realizar los exámenes más comunes que se hacen en el país. Los temas de construcción del edificio y de la seguridad contra incendios, incluyendo el manejo de desechos peligrosos, se consideran frecuentemente en los estándares para licenciar una institución de salud.

**Requisitos esenciales:** son una herramienta fundamental y valiosa para garantizar el cumplimiento de los estándares mínimos requeridos a cada institución de salud y que permiten garantizar su funcionamiento adecuado. Son útiles también para unificar criterios de evaluación a nivel hospitalario. Definir y/o establecer un conjunto de requisitos esenciales implica asegurar **condiciones mínimas obligatorias aceptables** para la prestación de servicios. Puede corresponder a una evaluación externa de un prestador de servicios y ser equivalente a un licenciamiento.

Los países deben comprender que los requisitos mínimos son una herramienta y un método muy útil para cumplir con su responsabilidad como Estado, de garantizar la seguridad a todos los usuarios de los servicios de salud, permite evaluar, se reserva las facultades de verificación y de ejercer las actuaciones que puedan derivarse de su incumplimiento. Esta verificación implica la cobertura del universo de instituciones y organizaciones de salud, independientemente de sus características geográficas o jurídicas. Incluye instalaciones seguras, personal capacitado, equipo y suministro suficiente, aún para situaciones de emergencia. Por eso también es imprescindible la **obligatoriedad** en el cumplimiento y su correspondencia con la concesión de permisos o licencias de funcionamiento, según la nominación que se elija, aunque clásicamente se ha manejado el término habilitación para ser aplicado a instituciones y el de licenciamiento para ser aplicado a las personas y/o profesiones.

Definir un conjunto de requisitos esenciales implica asegurar unas condiciones obligatorias mínimas aceptables para la prestación de servicios. Este instrumento debe articularse con la definición de estándares superiores factibles (óptimos), para hacer de los requisitos esenciales un instrumento que se complemente con la acreditación, y con otros instrumentos de evaluación y de gestión por calidad.

Los requisitos esenciales deben ser el primer escalón y las instituciones deben aceptarlos e incorporarlos en los futuros programas de acreditación. Son a su vez un mecanismo de auto evaluación que permiten comparaciones lógicas con estándares predefinidos y conocidos. "... se propone actuar sobre el modelo prestador con instrumentos que regulen y garanticen la calidad de atención y por tanto, mejorar la eficiencia global del sistema con el consiguiente beneficio para la población y para los sectores participantes. Para tal efecto y en una primera instancia nos limitamos a los procedimientos de evaluación de los establecimientos asistenciales, públicos o privados, estos son: Acreditación, Categorización, Habilitación y Programas de auto evaluación..., así, la Habilitación sería el paso inicial para la puesta en marcha de un establecimiento asistencial, la Acreditación conduciría a la elevación progresiva del nivel de calidad institucional de la atención, la Categorización suministraría los determinantes de las prestaciones que se pueden realizar y la constitución de redes de establecimientos." (OPS/OMS)

En todos los procesos de evaluación de la calidad, es necesario establecer unos requisitos para un nivel inicial y generar un reconocimiento legal. "Antes de comenzar las operaciones, una agencia gubernamental generalmente le otorga a la mayoría de las organizaciones de salud un permiso para operar basado en una evaluación de la capacidad de la organización para satisfacer ciertos requisitos mínimos.

Tales requisitos frecuentemente tienen que ver con los temas estructurales básicos, tal como la seguridad de los pacientes y del personal, la capacidad del personal, la disponibilidad de agua y electricidad, el equipo básico necesario, los tipos de servicio proporcionados, etc. El otorgamiento de tal permiso no se basa en ninguna opinión acerca de la calidad verdadera de los servicios proporcionados por la organización". (Rooney Anne)

Las normas deben ser simples, sencillas, de fácil verificación y abarcar todas las áreas del hospital, aunque inicialmente se pueden concentrar en torno a áreas prioritarias. Los estándares deben procurar evaluar aspectos de estructura, proceso y resultado.

Al ser este instrumento y parte fundamental de las herramientas para la calidad, también comparte algunos de los siguientes beneficios para:

- Los usuarios y la comunidad porque los servicios cumplen con unas condiciones mínimas de seguridad y calidad.
- Las organizaciones porque la metodología genera un cambio de actitud en la prestación de los servicios, sirve como mecanismo de reconocimiento, facilita el control, mejora la gestión y da al usuario su real dimensión e importancia.
- El Ministerio de salud Pública y Asistencia Social porque le permite tener un instrumento claro y eficiente de control.

**Certificación:** es un proceso por medio del cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o institución cumple con unos criterios preestablecidos y conocidos. La certificación se refiere por lo general, a *personas* y la acreditación, a instituciones. En salud es más conocida la certificación de profesionales como especialistas, en el cual el colegio profesional, sociedad o grupo de especialistas certifica que el profesional tiene capacidades mayores que las que permitieron su licenciamiento y cumple con los requisitos para actuar.

**Programas de autoevaluación:** métodos de monitoreo que se definen contra criterios explícitos y aceptables de desempeño que son comparados con la atención ofrecida.

**Acreditación:** Una definición "neutra" y muy útil para esta tarea es la brindada por el Proyecto de Garantía de Calidad de la USAID (Rooney Anne), la cual dice así: "La acreditación es un proceso formal por medio del cual un cuerpo reconocido, generalmente una organización no gubernamental (ONG), valora y reconoce que una organización de salud cumple con los estándares publicados, aplicables y preestablecidos. Los estándares de acreditación generalmente se consideran óptimos y factibles, y han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo dentro de organizaciones acreditadas. La decisión acerca de la acreditación de una organización específica de salud se toma después de una evaluación local y periódica realizada por un equipo de colegas, y típicamente se lleva a cabo cada dos o tres años. La acreditación es a menudo un proceso voluntario en el cual las organizaciones deciden participar, en vez de ser uno exigido por la ley y los reglamentos". También es concebida como todo procedimiento de evaluación, generalmente voluntario, de los recursos institucionales, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad en la atención a través de los estándares óptimos previamente aceptados. Los estándares pueden tener complejidad creciente: ser mínimos (definiendo el piso base o umbral) o más elaborados y exigentes, definiendo distintos niveles de satisfacción. Podría decirse que un establecimiento asistencial "acredita" o es "acreditado" cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad. Es realizada generalmente por un organismo con reconocimiento, usualmente no gubernamental, en el cual pares evalúan que la organización de salud cumpla con los estándares.

Se busca que sirva como una "metodología de apoyo y fortalecimiento institucional, no solo como un sistema reglamentario impuesto, sino como un proceso voluntario de evaluación y auto evaluación que mejora el desempeño organizacional". La acreditación es un componente vital dentro del marco general de la garantía de calidad.

La acreditación es uno de los más efectivos sistemas de evaluación sistemática del desempeño de la atención de salud. Este proceso es típicamente voluntario y se compone de dos pasos esenciales: una autoevaluación preliminar de las instituciones, basada en unos estándares óptimos y alcanzables, y una evaluación externa por evaluadores pares.

Así el **licenciamiento (o habilitación)** sería el paso inicial para la puesta en marcha de un establecimiento de salud con condiciones mínimas para su adecuado funcionamiento; la **categorización** clasifica de acuerdo con el nivel de atención y el grado de complejidad del mismo y facilita la conformación de redes de servicios; y la **acreditación** conduce a la elevación progresiva del nivel de calidad de los procesos y resultados de la atención institucional.

Todos los mecanismos expuestos tienen elementos comunes y sirven para mejorar las operaciones, crear procedimientos de atención más eficientes, reducir el trabajo y el uso inadecuado de los escasos recursos, mejorar el desempeño y facilitar la supervisión del personal; así como motivar al recurso humano en salud. También permiten evaluar constantemente los sistemas de salud, fundamentado en datos objetivos; aumentar la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, reducir costos de los pacientes y consolidar los sistemas de prestación de atención médica.

#### **Estándares como base para la evaluación:**

Un estándar se define como un conjunto de expectativas explícitas, predeterminadas por una autoridad competente que describe el nivel aceptable de rendimiento de una organización o como un modelo ideal o regla de medida que expresa la situación óptima esperable de un aspecto de la organización o gestión, de acuerdo al nivel de desarrollo del país.

Los estándares se clasifican generalmente de acuerdo con los insumos (o las estructuras) de un sistema, los procesos que la organización lleva a cabo, o los resultados que se espera de su cuidado o servicios. Los estándares de estructura tienen que ver con los insumos del sistema, tales como recursos humanos, el diseño del edificio, la disponibilidad de equipo protector para los trabajadores de salud y la disponibilidad de equipos y suministros.

Los cambios en los conceptos de calidad y servicio al cliente – usuario que se han venido suscitando a nivel mundial y los avances en los procesos de globalización, demandan nuevas estrategias en el enfoque de la prestación de servicios a los usuarios. Esta nueva tendencia presiona los procesos de reforma en el sector salud, para lo cual es obligatorio implementar una serie de modificaciones profundas al interno de las organizaciones, aplicando nuevos conceptos y enfoques, en los cuales el usuario es la prioridad y razón de ser de las instituciones y cuyo eje central es la calidad y la garantía de la misma en todas las instituciones del sector.

Es claro que “la garantía de la calidad promueve la confianza, mejora la comunicación y fomenta una comprensión más clara de las necesidades y las expectativas de la comunidad. Es un enfoque sistemático para que las personas y los equipos se den cuenta de la importancia de la excelencia; suministra instrumentos necesarios para evaluar los niveles de desempeño actuales y facilitar el mejoramiento continuo.”<sup>1</sup>

## **Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC)**

El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que llevan a la organización a pensar más allá del simple Aseguramiento de la Calidad, o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven para la inspección. El MCC es visto como un proceso educativo que involucra al cliente y sus necesidades, con el fin de excederse en sus expectativas, identificando aquellos puntos del proceso que sean susceptibles de tener mejoramiento en el tiempo.

Según Masaki Imai, la filosofía de mejoramiento continuo ha sido el resultado del desarrollo e instrumentalización de herramientas y métodos de calidad por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y el Japón.

La palabra mejoramiento involucra a todas las personas, tanto a los gerentes como a los trabajadores, y ocasiona un gasto organizacional relativamente pequeño. Implica una filosofía de vida (ya sea laboral, social o personal) centrada en esfuerzos de mejoramiento constante.

La gerencia dentro de este proceso tiene dos funciones importantes:

- *El mantenimiento o aseguramiento* se refiere a conservar los estándares tecnológicos, gerenciales y operacionales actuales y a sostener esos estándares en el tiempo por medio del entrenamiento y la disciplina.
- *El Mejoramiento* se refiere a actividades dirigidas a elevar los actuales estándares. Así, la visión japonesa de gerencia queda reducida a un precepto: Mantener y mejorar los estándares.

## **Calidad en los Servicios de Salud en El Salvador**

En el mundo de están presentando procesos acelerados de cambios y reformas en todas las sociedades y en sus diferentes sistemas de vida, incluyendo la salud. El Salvador no escapa a estos fenómenos y busca realizar modificaciones sustanciales que propicien una nueva manera de enfocar la salud desde la perspectiva de los usuarios y en función de garantizar una prestación de servicios con eficacia, eficiencia, calidez y calidad a toda la población y en condiciones de igualdad.

Para el presente quinquenio (1999 - 2004) se ha continuado el desarrollo de aspectos como la Reforma, la descentralización y la atención primaria en salud, haciendo énfasis en mejorar la calidad de los servicios que se ofertan a la población. Como resultado del proceso de modernización del Estado y la posibilidad de Reforma al Sistema de Salud, se define el *mejoramiento de la calidad* como elemento clave del nuevo modelo y se elaboró un "**Proyecto de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud de El Salvador**" (1999) que busca el desarrollo de dichos Servicios, garantizar la eficiencia, eficacia, equidad, calidez y calidad a la población usuaria. Se pretende también, fortalecer la capacidad normativa y reguladora del Ministerio de Salud (MSPAS) en materia de calidad de atención de los Servicios de salud, e implementar un proceso a nivel nacional que contenga todos los elementos estratégicos para el desarrollo de la garantía de la Calidad.

El MSPAS, ha implementado una serie de mecanismos encaminados a mejorar las condiciones en la prestación de servicios de salud a la población, si bien los mismos han producido aportes importantes, estos han sido considerados como experiencias aisladas, que han respondido a expectativas particulares de los proveedores y no como producto de procesos de consulta social e interinstitucional.

Por otra parte, las instituciones del sector todavía no convergen con objetivos comunes para el desarrollo de esfuerzos orientados al mejoramiento de la garantía de la calidad; lejos de eso los mismos enfocan la mayoría de sus esfuerzos en salud a mejorar aspectos, que representan intereses financieros y/o particulares y no necesariamente a dar respuestas a las necesidades reales de salud de la población.

En la línea de acreditación solamente se ha desarrolló en forma incipiente una propuesta de un *Plan de Desarrollo del Proceso de Acreditación para El Salvador*, la cual, hoy por hoy esta archivada y no logró mayores desarrollos e implementaciones en el sistema.

Actualmente en el país todavía no se instauran procesos de acreditación en la red de servicios, estos últimos laboran y se rigen por generalidades de normas y parámetros establecidos para el desempeño adecuado de las funciones en el Código de Salud vigente; las mismas instituciones se autocalifican como adecuadas y no existe un ente ajeno a ellas que las acredite con parámetros o estándares avalados a nivel nacional y/o regional.

Queda claro, una vez revisado el anterior contexto, que el Ministerio de Salud Pública de El Salvador tienen serias deficiencias para poder vigilar, controlar y garantizar la calidad de los servicios que reciben los usuarios y que ofrecen todas las instituciones de salud del país, ya que no cuenta con una metodología definida, ni con los instrumentos necesarios, para realizar en forma ordenada y sistemática los procesos de verificación y control de la calidad, como los que se ejecutan o implementan a través de la definición y verificación de requisitos mínimos y/o esenciales, los procesos de habilitación y/o licenciamiento y los procesos últimos y externos de acreditación de instituciones. Entonces es necesario iniciar procesos de Habilitación, que definan de forma prioritaria el cumplimiento de unos estándares o **requisitos mínimos obligatorios** que garanticen la adecuada prestación de servicios de salud por parte de las instituciones. Con esta definición mínima si se puede avanzar en lo que sería un proceso final de Acreditación externo para buscar el mejoramiento continuo de las organizaciones y sus óptimos niveles de calidad

## **V. Hipótesis de trabajo**

Solo a través del conocimiento y análisis de los procesos de desarrollo e implementación de los marcos regulatorios y normativos a nivel internacional y la evaluación continua del proceso dentro del modelo propuesto a nivel nacional para *el Proyecto Nacional de Garantía de la Calidad en Salud*, en lo referente a la *Acreditación y Habilitación* de instituciones, es posible reorientar y adaptar los procesos a la flexibilidad, limitaciones y dinámica propia del sector, en busca de la Calidad en la prestación de todos los servicios de salud en El Salvador, y garantizar su viabilidad sectorial, financiera, técnica, política y social.



## VI. Diseño metodológico

### Tipo de estudio<sup>1</sup>:

Por su *diseño* es descriptivo ya que no establece relación causa-efecto y busca obtener información acerca del estado actual de los fenómenos; y

Según la *aplicabilidad de sus resultados* es una investigación aplicada porque hace uso del conocimiento genérico para el abordaje de los principales problemas de la práctica social, lo que demanda solución y a su vez también es de desarrollo tecnológico ya que persigue la búsqueda de la tecnología apropiada para la intersección en la práctica productiva de los aportes de las investigaciones aplicadas o teóricas.

**Áreas de Estudio:** Todas las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red de servicios del MSPAS a nivel nacional

**Unidad de análisis:** procesos normativos (normas – leyes) nacionales e internacionales, dentro del marco regulatorio vigente para los procesos de acreditación y habilitación de las instituciones de salud en El Salvador.

**Componentes del estudio:** (ver Tabla No.1) En un tema tan complejo e importante con el de la Garantía de la Calidad en Salud, es necesario realizar un abordaje metodológico que permita no solo definir un universo de estudio, sino todos los descriptores que puedan facilitar la comprensión y análisis a profundidad del tema y la búsqueda de relaciones determinantes para evaluar el marco regulatorio vigente, la esencia del problema y la viabilidad del proceso en El Salvador. Es por eso que se plantean los siguientes descriptores:

- **Modelo real:** definido por el Marco Regulatorio para Calidad en los servicios de salud en el país, en especial el *Proyecto Nacional de Garantía de la Calidad en Salud, componente de habilitación y acreditación de Instituciones de salud*. Permite, de existir, caracterizar el marco normativo actual, la percepción de los diferentes actores y conocer a profundidad el desarrollo y grado de avance alcanzado en este tema, así como las limitaciones en el proceso y la justificación de su actual estado.
- **Tendencias de la Calidad en Salud** nacional e internacional: es necesario conocer los alcances y desarrollos de otros sistemas de salud en el tema de calidad, acreditación y habilitación, para evaluar, adaptar y desarrollar en forma más racional el proceso a nivel nacional. Permite también identificar las áreas con mayor dificultad y los obstáculos en el desarrollo del proceso.
- **Modelo propuesto:** es el modelo resultante o producto de cruzar el modelo real y su normatividad actual, con los modelos y marcos regulatorios internacionales; con la participación de todos los grupos de interés y bajo la dinámica propia y limitaciones del país. Además permite evaluar la viabilidad, definida como la posibilidad real de implementación del modelo propuesto en términos económicos, políticos, sociales y de salud.

Tabla No. 1

---

<sup>1</sup> Piura López Julio. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES. Cuarta Edición. 2000.

## Matriz de descriptores

Componentes	Descriptores
Modelo real en El Salvador	Proyecto de Garantía de Calidad Reforma Sectorial en Salud Código de Salud Reglamento General de Hospitales
Tendencias de la Calidad en Salud (Contexto nacional e internacional)	Procesos y definiciones de: Calidad en salud Garantía de la Calidad Requisitos mínimos Procesos de habilitación Marcos Regulatorios
Modelo propuesto	Limitaciones del Proyecto de Garantía de Calidad Modelo teórico de Acreditación y habilitación de instituciones de salud Modificaciones en Reforma en salud en El Salvador

### Procedimientos:

El presente estudio es el producto de varias fases de investigación y análisis. En su primera etapa se desarrollo todo el abordaje conceptual y metodológico para su implementación con la definición y operativización de todos los descriptores del estudio. Posterior al desarrollo del perfil básico, fue necesario desarrollar instrumentos de apoyo para la obtención, clasificación y análisis de la información, en forma especial las guías de entrevistas y análisis de contenidos. Se procedió luego a recopilar toda la información disponible a través revisión documental de material bibliográfico variado (libros, revistas, Boletines, periódicos, etc.) de centros de documentación, universidades, ONG, instituciones, MSPAS y Ministerios relacionados. También se obtuvo valiosa información en Internet (Web).

Para el autor fue de fundamental para el conocimiento del tema y la aproximación a los actores claves a nivel nacional, la experiencia laboral con la Organización Panamericana de la Salud OPS con quien durante el año 2001, se avanza en la definición de elementos básicos para desarrollar e implementar un Sistema de Garantía de la Calidad en los Servicios de Obstetricia y Ginecología de los 30 hospitales públicos de El Salvador.

Se realizaron entrevistas y grupos focales con actores claves en varios niveles, principalmente en el MSPAS (nivel central – administrativo y asistencial – hospitalario) y la OPS. El proceso de selección de dichos actores respondió a un criterio técnico que exigía un conocimiento fundamental en el tema, relación de poder y decisión en su institución, compromiso con el desarrollo del país y un deseo de participar en el proceso.

Se realizaron 4 Talleres con los Gerentes y 4 personas de los 30 hospitales de las áreas administrativa y asistencial, junto con personal de las Direcciones del Nivel Central, para realizar capacitaciones en temas referentes a la calidad y evaluar las diferentes propuestas de categorización y los requisitos - estándares propuestos para los servicios de obstetricia y perinatología. Adicional se realizaron talleres y encuestas con personal técnico de cada área de interés, para validar los requisitos propuestos para cada uno de los servicios por hospital y avanzar en su contenido técnico y de redacción.

Siempre se escucharon sus opiniones, se respetaron sus intereses y prioridades, pero ante todo se busco un aprendizaje de su experiencia y el compromiso con el nuevo proceso. Con ellos, fue necesario realizar procesos de negociación y concertación para obtener datos e información relevante que hacen parte de la investigación, en especial con aquellos que están referidos a proyectos en desarrollo y/o que aún no son oficializados o definidos en forma integral para ser compartidos públicamente; también para definir las líneas de investigación más importantes para el país en referencia la tema, así como sus alcances, objetivos y limitaciones. Esto permitió definir con mayor claridad el tema y responder a necesidades reales, sentidas y expresadas por los diferentes técnicos en el tema.

A pesar de lo anterior, es necesario dejar en claro, que gran parte del desarrollo conceptual y teórico del tema se realizó con soporte en investigación de fuentes bibliográficas diversas, que incluyeron revisión documental y por Internet, en especial porque se encontró que el tema aún era incipiente en el país y pocas personas han desarrollado habilidades y/o avances en el tema. Es por eso que el desarrollo de guías responde preferencialmente a la recolección de dicha información, más que a entrevistas y análisis de información de actores claves. Para la revisión internacional de las experiencias en Habilitación y Acreditación se seleccionó un conjunto representativo de países con algún grado de experiencia previa y/o actual en el tema, con un proceso de habilitación y/o acreditación en marcha. Es así como se seleccionaron:

- Países con diferente grado de desarrollo social y económico
- Países de diferentes regiones del mundo (Norte, Centro y Sur América, Europa, Oceanía y Asia)
- Países con enfoques diferentes de acreditación (Acreditación y Certificación bajo norma ISO)

Fue necesario realizar una investigación exhaustiva y a profundidad para conocer y evaluar la experiencia y avances de otros países en el tema, así como documentar toda la experiencia de El Salvador: definiciones, desarrollos, avances y limitantes entre otros. Con el uso de guías de análisis se pudo obtener la información y cruzar los descriptores más relevantes para el estudio, así como eliminar información que no correspondía al desarrollo del tema. Los datos fueron procesados en forma manual y en ocasiones se realizaron agrupaciones y tablas de comparación en Word y Excel. Toda la información recolectada sirvió como referente teórico para dimensionar y contrastar la definición y avance del Proyecto Nacional de Garantía de Calidad en El Salvador con la teoría y prácticas a nivel internacional, así como homologar y complementar criterios básicos y fundamentales deficitarios a nivel nacional y fundamentales para el desarrollo de la propuesta final del presente estudio, en especial lo referente a la definición de requisitos mínimos o esenciales para la habilitación y los estándares y procedimientos necesarios para la acreditación dentro de la filosofía de los proyectos de Garantía de la Calidad.

## **VII. Resultados**

A continuación se presentan los hallazgos más relevantes e importantes, fruto de la investigación a nivel internacional de 12 países de América Latina y El Caribe, incluyendo Brasil, y de 12 países de Norteamérica, Europa y Asia. Estos resultados son de suma importancia para la posterior discusión y generación de conclusiones relevantes para el análisis del caso Salvadoreño.

## **Marcos regulatorios y experiencias internacionales**

Es necesario realizar una revisión internacional y documentar una serie de experiencias de países frente a los procesos de habilitación y acreditación de instituciones de salud para tener un marco teórico amplio y ayudar a construir unas bases conceptuales para desarrollar un proceso propio para El Salvador, que incorpore los avances de otras metodologías y prevea los errores de las mismas, bajo condiciones similares. A continuación se presentan algunas referencias importantes en Latinoamérica para Garantía de Calidad, Acreditación, Licenciamiento.

### **América Latina y El Caribe:**

#### **Argentina:**

Es un procedimiento de evaluación global de la calidad de los establecimientos de salud, que contempla aspectos de estructura, procesos y resultados, de carácter voluntario, confidencial, periódico, y mediante estándares previamente conocidos por quienes van a ser evaluados. El procedimiento debe ser aplicado por una entidad objetiva de naturaleza técnica, para lo cual se creó el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud ITAES (1993).

Se cuenta con un manual de Acreditación que consta de 2 grupos de requisitos: los estándares obligatorios (mínimos y obligatorios para todos los establecimientos que soliciten la acreditación) y los no obligatorios u optativos (dependen de la existencia o no del servicio). El manual comprende 38 estándares, como son: seguridad general, planos, accesos y circulaciones, electricidad, agua y desagües, termomecánica, gas combustible y servicios especiales entre otros.

Como un hallazgo relevante de la relación entre licenciamiento y acreditación, solo en Argentina los procesos tienen un grado de interrelación fuerte, siendo requisito el licenciamiento para la Acreditación. Lo anterior no implica que en el resto de países el proceso de licenciamiento no ocurra, sino que los procesos son coexistentes pero independientes uno del otro.

#### **Uruguay:**

El Manual de Estándares e Indicadores para la Acreditación de Servicios de Salud del Programa de Garantía de Calidad y Acreditación es considerado un instrumento para el auto análisis de cada una de las instituciones a efecto de promover, entre otros instrumentos, el uso racional de los recursos disponibles y crear una cultura que induzca a mejorar y generar un proceso de sensibilización de todos los actores.

La formulación de los estándares se desarrolla desde un nivel 1 hasta un máximo de 4, correspondiendo la categoría mayor al escenario de la máxima aspiración, y el nivel 1 al mínimo aceptable que debe ser alcanzado por todos los servicios para garantizar calidad

institucional. El proceso es entendido como de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado. Plantea Estándares Mínimos para: Relacionamiento con los usuarios, Organización de la atención médica, Areas técnicas y de apoyo y Seguridad e instalaciones físicas.

### **Brasil:**

La Acreditación es un sistema de verificación externa para determinar la conformidad con un conjunto de estándares, constituyéndose así en un proceso de evaluación de recursos institucionales de carácter voluntario, periódico y reservado.

\* Es interesante como el **MERCOSUR** (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) definió en la Resolución No. 21 del 2000, un *Glosario de Términos comunes en los servicios de salud del MERCOSUR*, entre los que encontramos:

- *Acreditación*: procedimiento de evaluación de los establecimientos de salud, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de la asistencia integral a través de padrones previamente aceptados. Acreditación presupone evaluación de la estructura, de los procesos y resultados, y el establecimiento será acreditado cuando la disposición y organización de los recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final es una asistencia a la salud de calidad.
- *Habilitación*: es un procedimiento ejecutado por la autoridad sanitaria jurisdiccional que autoriza el funcionamiento de un establecimiento, bajo condiciones establecidas en leyes y reglamentos. Normalmente es realizado, antes del inicio del funcionamiento, definiendo las condiciones de espacio físico, de recursos humanos y equipamientos del establecimiento.
- *Licenciamiento*: operación administrativa de autorización para la ejecución de una práctica, e donde la entidad responsable por la misma comprueba y se somete a la evaluación de los requisitos establecidos por la Autoridad Sanitaria
- *Garantía de Calidad*: conjunto reacciones sistemáticas y planeadas destinadas a garantizar la conformidad adecuada en cuanto al funcionamiento de una estructura, sistema, componentes o procedimientos de acuerdo a estándares aprobados.

### **Chile:**

Instrumento de gestión de calidad, de carácter voluntario, periódico y cuyos resultados tienen el carácter de reservados. También posee un sistema de acreditación para aseguradoras o entidades similares. Si bien, tal y como se mencionó, Chile no cuenta con un proceso formal de Acreditación de ISAPRES si cuenta con una ley que establece algunas bases para conformar un futuro proceso de acreditación de estas aseguradoras.

Existe un manual de "Evaluación de Estándares de Atención de Hospitales", que plantea grupos de estándares así: Administración Hospital, Garantía de calidad, Unidades de apoyo diagnóstico, Unidades de apoyo clínico terapéutico, Servicios clínicos y Servicios generales. Cada uno puede obtener un puntaje que va de 1 (no demuestra evidencia de cumplimiento) a 5 o nivel óptimo y el cual refleja que el estándar cumple con todas las características requeridas

### **Perú:**

Los estándares utilizados en el Manual de Acreditación de Hospitales, son mínimos y constituyen el punto de partida o el "piso" de la calidad que un hospital debe aprobar, si

es que desea obtener el certificado de acreditación. El manual incluye estándares en: administración, recursos humanos, servicios hospitalarios asistenciales y de apoyo y Seguridad.

El Manual es de referencia nacional y aplicación en hospitales y clínicas tanto públicos, como privados. El proceso es voluntario y la Comisión evaluadora es mixta.

Determina estándares para administración, recursos humanos, formación, resultados e infraestructura física.

### **Venezuela:**

En la Ley Orgánica de Salud del 2001, en la sección VI. Regulación de establecimientos prestadores de servicios y programas de salud, se define que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social regulará y controlará los establecimientos públicos y privados que presten servicios de salud, para lo cual diseñara mecanismos de registro, habilitación, clasificación y acreditación que tienda a garantizar las condiciones estructurales y funcionales que deben poseer dichos establecimientos, así como la calidad de la atención. La habilitación y registro son requisitos obligatorios que deben cumplir todos los establecimientos y la cual deberá renovarse anualmente. La instalación, ampliación, modificación, traslado y funcionamiento de los establecimientos prestadores de servicios de salud deberán ser autorizados – habilitados por el Ministerio de Salud. El Ministerio mantendrá un sistema de acreditación de los establecimientos prestadores de servicios de salud a fin de garantizar una adecuada calidad de la atención y el cumplimiento de posprincipios del Sistema Público Nacional de Salud; se entiende por acreditación el procedimiento periódico y obligatorio de evaluación de las condiciones y los recursos de los establecimientos tomando en cuenta los estándares previamente aceptados. El Ministerio determinará los criterios obligatorios y los adicionales voluntarios para la acreditación.

### **Bolivia:**

El Reglamento General de Hospitales Resolución Ministerial No. 028 de 1997, actualiza y adecua las normas, reglamentos y procedimientos de organización de los hospitales del Sector Público, la Seguridad Social y Sector Privado con o sin fines de lucro, independientemente de su nivel de atención y capacidad instalada, en función de las reformas sectoriales generadas y para asegurar la eficiencia, eficacia y el mejoramiento de la calidad de la atención médica. En su Artículo 8 se define el proceso de *Habilitación* y funcionamiento de hospitales, previa verificación por parte de las Direcciones Departamentales del cumplimiento de ciertos requisitos, entre otros: copia de planos e instalaciones sanitarias conforme con obra de estructura y distribución de áreas que garantice confort y seguridad al paciente, sistema adecuado de eliminación de residuos sólidos, líquidos y basura, certificado de habilitación del Instituto Boliviano de Tecnología Nuclear para la instalación y funcionamiento de equipos radiológicos, definición de la capacidad resolutoria y de atención de riesgos.

En su artículo 28, Acreditación y Mejoramiento de la Calidad, da a los hospitales 2 años de plazo para solicitar la acreditación a la Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales.

El proceso de Acreditación es realizado por el Estado y de carácter obligatorio.

Es regido por la Resolución No.0785/94 del Ministerio de Desarrollo humano en su artículo primero determina: "los Hospitales, clínicas y equivalentes, dependientes de la Secretaría Nacional de Salud, de la Seguridad Social y Privados, sean con fines de lucro o no, y otras

instituciones gestoras de salud, deben regirse con *carácter obligatorio* e ineludible a las normas, reglamento y proceso de Acreditación y Garantía de la Calidad, emanados de la Secretaría Nacional de Salud, y la Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales de Bolivia". El proceso de Acreditación busca asegurar que los pacientes que demandan servicios y quienes prestan funciones en un Hospital lo hagan en condiciones de eficiencia y seguridad. El manual de Acreditación de Hospitales plantea estándares mínimos obligatorios, entre otros: Organización de la Atención Médica, Areas técnicas de apoyo, Documentación edilicia, Estructura físico – funcional e Instalaciones.

### **Colombia:**

Durante finales de los 80 y comienzos de los 90, un grupo de instituciones del sector liderado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, con base en un manual de la OPS, publica el manual de acreditación para Colombia. Luego con la promulgación de la Ley 100/93 y del decreto 2174 de 1996 se puso sobre la mesa el diseño de un sistema de garantía de calidad integral y se generaron mecanismos específicos para su posterior implementación. Este decreto propone mecanismos tendientes a garantizar las condiciones mínimas de estructura organizacional (requisitos esenciales), sugiere una metodología de evaluación periódica (acreditación), propone mecanismos de monitoreo permanente (auditoría), legisla la creación de un sistema de información a usuarios. Posteriormente se define el conjunto de requisitos mínimos para garantizar la adecuada prestación de servicios de salud con calidad (y que se plasmaron en el decreto 2753 de 1997 y la resolución 4252 de 1997 entre otras).

Mediante el instrumento de *Requisitos Esenciales*, el Ministerio de Salud cuenta con las condiciones mínimas de calidad con que se permite la entrada de un prestador al sistema. Los requisitos son en su mayoría de carácter estructural, y giran alrededor de ocho categorías básicas: idoneidad del recurso humano, infraestructura y dotación básica y su mantenimiento, insumos básicos y su manejo, documentación y registros médicos, coordinación de recursos y seguimiento a riesgos. Estos estándares no buscan ser exhaustivos pero sí obligatorios de manera uniforme para el funcionamiento de un servicio de salud en todo el territorio nacional.

Para promover y apoyar el mejoramiento de la calidad a niveles superiores, Colombia cuenta con un sistema de *acreditación para los prestadores de servicios y para las empresas promotoras de salud*, este proceso voluntario y periódico de autoevaluación y evaluación externa, utiliza estándares únicos para toda organización y que son conocidos previamente por los evaluados. A diferencia de requisitos, los estándares de acreditación se enfocan en los procesos, abarcan la organización como un todo, su contenido esta dirigido al proceso de atención de los usuarios y fueron diseñados de forma que los estándares de entidades promotoras y prestadoras de salud sean complementarios y representen el continuo de la atención del usuario dentro del SGSSS.

El Manual de Acreditación para Instituciones Hospitalarias, relaciona estándares por servicio que se organizan en aspectos tales como: Infraestructura física, recurso humano, dotación, procedimientos técnico – administrativos, registros para el sistema de información, transporte y comunicaciones y auditoria de servicios.

*Diferencias entre acreditación y requisitos esenciales en Colombia:* Dentro de las estrategias planteadas en el Sistema de Garantía de la Calidad para Colombia, requisitos esenciales y acreditación desempeñan un papel distinto pero complementario en las

organizaciones. En una plataforma de calidad los requisitos esenciales son una serie de estándares básicos, que evalúan la estructura (infraestructura, equipos y recursos, etc.) y que le permiten a la organización funcionar garantizando que no hay riesgos al ofrecerle la atención al paciente. La acreditación, el otro mecanismo de evaluación, cuenta con un grupo de estándares dirigidos a evaluar los procesos y resultados de los servicios que se prestan a sus pacientes y familias. El objetivo de esta evaluación consiste en enfocar a la organización a cumplir y a excederse en las expectativas de sus pacientes y clientes, a través siempre de mejorar procesos y resultados.

A continuación se presentan algunas de las diferencias de los dos tipos de evaluaciones de calidad.

Tabla No. 2  
**Diferencias de los dos tipos de evaluaciones de calidad**

<b>REQUISITOS ESENCIALES</b>	<b>ACREDITACIÓN</b>
Obligatorio	Voluntario
Estándares estructura y procesos	Estándares de proceso y resultado
Requisitos mínimos	Requisitos óptimos y factibles
Evalúa servicios	Centrada en el paciente
Dirigidos a la protección y seguridad del cliente	Dirigidos al mejoramiento de los procesos de atención en salud
Vigilado por las entidades gubernamentales de salud.	Dirigido por entidades acreditadoras

**México:**



Los primeros intentos por iniciar un proceso de certificación datan de 1992. Bajo el proyecto de OPS de impulsar la acreditación de hospitales en América Latina. En 1994 se constituyó una Comisión Mexicana de Certificación de Servicios de Salud que desarrollo Manual de Estándares Mínimos para la Certificación Hospitalaria, el cual tuvo problemas que se pueden resumir en: a) la presencia diluida del Gobierno en la estructura de la Comisión disminuyó la fuerza del proyecto; b) los hospitales fueron clasificados *a priori* en diferentes niveles de complejidad hospitalaria; c) se fundamentó en estándares que, ya entonces eran obsoletos por haber partido de versiones anteriores de las comisiones de acreditación americana y canadiense y d) se establecieron niveles de rendimiento muy bajo para los hospitales.

Por diversas razones de índole política, aún cuando la Comisión se constituyó legalmente, nunca inició sus actividades y todo el proceso previo se interrumpió definitivamente.

En 1998, el Consejo de Salubridad General tomó la iniciativa de crear el Programa Nacional de Certificación de Hospitales. Se diseñaron los estándares de acuerdo con las especificaciones del Consejo de Salubridad General.

Es necesario señalar que por razones legales, en México el término "acreditación" se reserva para otros propósitos por lo cual se utiliza "certificación" que debe considerarse como sinónimo de acreditación por lo cual ambos términos se utilizarán indistintamente y definen el proceso por el cual una organización con autoridad para ello garantiza que un proveedor de servicios de salud cumple de manera satisfactoria, o aceptable, con una serie de requisitos de calidad que deben tener la estructura y los procesos de la atención para generar mejores resultados para los pacientes. También posee un sistema de acreditación para aseguradoras o entidades similares

En junio de 1999 se publicaron oficialmente la Convocatoria y los Criterios (denominación que se dio a los estándares) para la certificación de Hospitales. Además, la Comisión agregó criterios para evaluar los hospitales que tuviesen actividades de enseñanza e investigación. Los criterios fueron divididos en 4 capítulos de manera muy similar a lo que ocurre con los estándares de Canadá y los Estados Unidos: Estructura; Funciones y Procesos de atención al paciente; Funciones y Procesos de apoyo a la atención al paciente; e Indicadores.

También existe el "Permiso Sanitario de Construcción". En el cual se dan las bases para la planeación de la infraestructura, equipamiento y elaboración de documentos para obtener el permiso sanitario de construcción de obras nuevas, ampliación, remodelación, rehabilitación, acondicionamiento y regularización de establecimientos dedicados a la prestación de servicios de atención médica del sector salud en la República Mexicana. Establece las condiciones del diseño de la infraestructura, de las instalaciones, del mobiliario y del equipamiento que permiten ejecutar las tecnologías que resuelvan los problemas de salud con la mayor eficiencia y otorguen la Garantía de Calidad en las actividades médicas. La emisión del permiso resulta de la revisión del programa médico, de cuya interpretación se origina el proyecto médico arquitectónico y se expresa en los listados de locales y áreas funcionales y, del proyecto arquitectónico que define la infraestructura, sus interrelaciones, las instalaciones y el equipamiento médico.

Se define:

*Programa médico* es el documento que el que se presenta en forma resumida la justificación y beneficios del establecimiento, tomando en consideración las "tendencias y diagnóstico de salud de la población" (movimientos migratorios, natalidad, mortalidad, morbilidad, etc.) que definen las demandas de salud y las enfermedades de la comunidad y propone las actividades médicas que, probablemente con las tecnologías a utilizar, resuelvan los problemas.

*Proyecto Médico-Arquitectónico* es el documento que enumera los diferentes servicios traducidos en áreas, espacios y locales que deberá tener el establecimiento y describe su distribución e interrelación para su funcionamiento adecuado.

*Proyecto Arquitectónico* es el conjunto de documentos y planos que resuelven el proyecto médico arquitectónico, que incluye instalaciones, mobiliario y equipamiento, con sus relaciones ordenadas, sus áreas funcionales por construir, señalándose las características generales en cuanto a: tamaño, ubicación, relaciones físicas directas e indirectas, instalaciones básicas y específicas de acuerdo al mobiliario y al equipamiento. Las instalaciones deberán especificarse en los planos correspondientes, en particular aquellas que se refieren al equipo médico como aparatos de rayos X, electrocardiógrafos, monitores, y equipo de los laboratorios. Debe incluir los datos de la captación (cisterna) y distribución del agua potable y agua residual, en el futuro deberán incluirse plantas de tratamiento.

Se debe conciliar con las normas existentes, por ejemplo: la NOM-178-SSA1-1998 donde se establecen los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento para la atención médica de pacientes ambulatorios. Las unidades hospitalarias deberán cumplir con las disposiciones sobre seguridad estructural de las construcciones de establecimientos de salud, de acuerdo al tipo o característica del terreno en que se ubicarán. (Tipo I terreno firme, Tipo II terreno intermedio y Tipo III terreno blando). También hace referencia en otro de sus apartes a situaciones que "De acuerdo a la zona y su clasificación desde el punto de vista de riesgos sísmicos o climatológicos, es conveniente que la estructura del inmueble ofrezca garantía de estabilidad, fijar a la estructura los equipos y mobiliario susceptibles de volcarse o caerse, siempre y cuando esto no dañe la integridad física de la estructura. (Según el riesgo sísmico, México esta zonificado en 4, la zona A es la de menor intensidad sísmica, mientras que la de mayor es la zona D –"Manual de diseño de obras civiles. Diseño por sismo. C.F.E. Instituto de investigaciones eléctricas.1993.)

Se busca con los *requisitos esenciales*:

- Contribuir a la mejoría de la calidad de atención médica en los servicios de salud, difundiendo los lineamientos legales necesarios para la expedición del Permiso Sanitario de Construcción PSC, que regula la construcción de nuevos establecimientos y regulariza ampliaciones, rehabilitaciones, acondicionamiento o equipamiento de establecimientos médicos. Dar a conocer a los prestadores de salud los requisitos que debe cumplir para la obtención del PSC.
- Proporcionar información a los médicos, arquitectos, ingenieros y administradores que participan en la planeación, diseño y construcción de establecimientos de salud sobre los fundamentos legales del PSC, la infraestructura y equipamiento mínimo necesario.
- Orientar a las autoridades con elementos técnico administrativos para la evaluación del programa médico, del médico arquitectónico, proyecto arquitectónico y de la memoria descriptiva de los establecimientos de salud.
- Orientar el planteamiento del recurso físico en salud contemplando la readecuación y optimización de la capacidad instalada.

- Contribuir a la selección de tecnologías adecuadas en coherencia con el impacto de las soluciones propuestas con el medio ambiente, social, cultural y los recursos existentes o potenciales.
- Estandarizar el proceso de normalización y regulación del recurso físico en salud

El proceso ha tenido un desarrollo y avances muy interesantes. (Ver Anexo No. 4 de "Lecciones de la Experiencia Mexicana en Acreditación de Hospitales")

### **Nicaragua:**

El Manual de Acreditación de Clínicas y Hospitales (Intendencia Nacional de Hospitales 1996) tiene como objetivos, entre otros: hacer uso de los mecanismos necesarios para garantizar la calidad de la atención mediante un proceso sistemático, brindar pautas para la conformación de la red de servicios de salud a nivel nacional, reducir al mínimo los riesgos de los pacientes, optimizando sus posibilidades de preservar, recuperar y rehabilitar su salud, conformar los estándares mínimos que constituyen el marco referencial de los diferentes servicios de salud, así como clasificar las instituciones según los criterios de riesgo y complejidad dadas para la categorización.

El proceso de acreditación se entiende como "el procedimiento de evaluación de los recursos médico-institucionales, voluntario, confidencial y periódico que tiende a garantizar la calidad de la atención por estándares previamente conocidos y aceptados". Se busca racionalizar los recursos humanos y materiales que ofertan los servicios de salud. Dicha evaluación se realiza a través de una *Comisión Nacional de Acreditación* usando como instrumento de referencia el Manual de Acreditación de Clínicas y Hospitales que se compone de dos grupos de requisitos: estándares obligatorios y específicos; ambos poseen carácter obligatorio para obtener la acreditación. Se cuenta también con Acreditación Plena que se otorga por 3 años, y con Acreditación Provisional otorgada para 1 año.

El Manual incluye los Estándares Mínimos Obligatorios así: Organización de la asistencia médica, Areas técnicas y de apoyo, Documentos de planos, Estructura físico funcional e Instalaciones. Además tiene estándares específicos para Biblioteca, Rehabilitación, Servicio Social, Terapia radiante, Cuidados críticos y Neonatología.

### **Honduras:**

El manual de "Normas Técnicas para Licenciamiento de Establecimientos de Salud", plantea estándares por Servicio General, Servicio Intermedio y Servicio Final para Recursos humanos, normas infraestructura física, equipamiento y suministros, y producción de servicios.

El proceso es obligatorio y realizado por el Estado para otorgar el licenciamiento a las instituciones de salud

### **República Dominicana:**

El Reglamento General de Hospitales Decreto 351-99 del 2000 establece los derechos y deberes de los proveedores de servicios de salud y dispone que todos los establecimientos hospitalarios públicos y privados, serán habilitados y acreditados mediante una normativa específica.

*El Papel de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS:*

Es evidente el seguimiento que algunos países hacen de las normas y lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud OPS, en busca de reforzar las actividades de cooperación técnica y de movilizar los recursos en los procesos de transformación de los sistemas de salud y en busca de la calidad y la eficacia de la atención e incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles para alcanzar una mayor equidad, como el caso del "*La Garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe*" (1992) y de los "*Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe*" (1994) que propone Estándares Mínimos Obligatorios para:

- Organización de la atención médica
- Areas técnicas y de apoyo: evalúa entre otros:
- Seguridad general que en su Nivel 2: Posee programa para situaciones de desastres de acuerdo al riesgo, aprobado por autoridad competente.
- Documentación edilicia
- Estructura físico - funcional
- Instalaciones
- Estándares no obligatorios

También es muy importante, resaltar un esfuerzo unificado y liderado por la OPS, en el desarrollo de la "*Guía para la Elaboración de Manuales de Acreditación de Laboratorios Clínicos para América Latina*" (2002), en el cual se consensaron los estándares y el programa con instituciones de toda América Latina como universidades, organismo de seguridad social, colegios creados por ley y entidades gremiales profesionales de laboratorio clínico. Se destaca que la acreditación es un proceso que contribuye a la mejoría continua de la calidad de sus servicios; es decisión voluntaria de cada laboratorio que este debidamente registrado y habilitado por la autoridad nacional del país, se realiza por un ente independiente pero debidamente reconocida por las autoridades competentes y debe tener un tiempo definido. Define como componentes básicos de los sistemas de garantía de calidad: el control interno, la evaluación externa del desempeño, las auditorias y la educación continuada. Se incluye la bioseguridad y el mantenimiento de equipos e infraestructura.

Para el desarrollo de los estándares se tomo como referencia y base los estándares internacionales preparados por ISO (Internacional Estándar Organization), los cuales deben cubrir la estructura, funcionamiento, los resultados y los registros.

Se recomienda que la estrategia para implementar y alcanzar los estándares, se realice un diagnóstico inicial, se planifique en un proceso gradual de incremento en el nivel de exigencias de los requerimientos nacionales en periodos de tiempo definidos, de tal forma que se contribuya a la mejoría continua de los laboratorios a la vez que no se desestime la participación de aquellos laboratorios con menos recursos. También es necesario someter a discusión los estándares en cada región geográfica, obtener consenso, validarlos y utilizando la versión aprobada, capacitar auditores o evaluadores

Siempre, en la definición de estas propuestas generales y su posterior desarrollo e incorporación, como en el caso de los *requisitos esenciales*, es necesario verificar su pertinencia y relación con las normas vigentes y reguladoras en cada país.

## **Norteamérica y otros países**

Retornando a los antecedentes históricos, los principales métodos para evaluar calidad nacieron a comienzos de este siglo; entre 1910 y 1920 varios médicos, posteriormente liderados por el colegio de cirujanos americanos, crearon un conjunto de estándares mínimos que debían ser cumplidos por los hospitales. En 1918 solo 89 de los 692 hospitales registrados en los Estados Unidos habían cumplido con los requisitos establecidos. En 1951 el colegio americano de médicos, la asociación americana de hospitales y la asociación médica canadiense, crearon la comisión conjunta de acreditación de hospitales como una institución independiente y sin ánimo de lucro que generara un proceso voluntario de acreditación para las instituciones de Estados Unidos y Canadá. Desde su nacimiento este sistema de acreditación estuvo basado en evaluar la existencia de unas condiciones mínimas necesarias para la adecuada práctica clínica.

En forma independiente se pueden ver los *avances exclusivamente* en los **proceso de acreditación** en los siguientes países:

### **Estados Unidos:**

Posee sin duda alguna el sistema más avanzado y es una referencia obligada con la *Joint Commission* (Comisión Mixta) la cual ha respondido a los desafíos y presiones de los diferentes actores incluyendo a los consumidores norteamericanos, grupos de trabajadores, gremios y gobierno, entre otros. Todos los cambios han sido resultado de nuevas actitudes hacia la calidad de la atención médica a los pacientes, con el fomento de la educación y el bienestar del paciente. El Gobierno no tiene participación en la Comisión Mixta, pero sí antagoniza llevando a cabo programas de inspección para competir con la Comisión. El proceso de acreditación es considerado voluntario, pero hay situaciones relativas que cuestionan el proceso, como el hecho de que para poder obtener fondos para pacientes en los programas de seguridad social *Medicare* y *Medicaid* es necesario que los hospitales estén acreditados. Aunque esto también puede considerarse o ser interpretado como incentivos del proceso de acreditación

Tiene estándares para representar funciones o procesos importantes como:

Pacientes: acceso a la atención y a la continuación de la misma, derechos de pacientes y familiares, evaluación de pacientes, atención de pacientes y información educativa para padres y familiares.

Administración de organizaciones de atención de la salud: gestión y mejoramiento de la calidad, gestión en liderazgo y dirección, administración y seguridad de los establecimientos, calificaciones y educación del personal, gestión de la información y prevención y control de infecciones.

Todos los hospitales deben tener planes de emergencia internos y externos.

También posee un sistema de acreditación para aseguradoras o entidades similares.

### **Canadá:**

Es un proceso voluntario, sin ánimo de lucro, realizado por un ente no gubernamental. El proceso de acreditación es un proceso de evaluación por pares y autoevaluación contra un grupo de estándares enfocados al mejoramiento continuo de la atención de salud y entrega del servicio. El Gobierno no participa en la Comisión de Evaluación.

**Australia:**

Inició en 1973 y hoy tiene un desarrollo similar al sistema norteamericano, con programas que se asemejan en estructura y métodos, se amplían continuamente con relación a las áreas que cubren y en cuanto al número de exigencias que se formulan mediante las normas dentro de cada servicio de un hospital. También ha incluido áreas de rehabilitación y salud mental. También comparte un sistema de salud similar, con un programa nacional de seguro de salud administrado por el gobierno pero con flexibilidad entre los hospitales. Hay representación federal y gubernamental en el Consejo de Evaluación, aunque minoritaria y no podrían controlar las políticas de normas de los hospitales. El gobierno nunca ha llevado a cabo programas de inspección para competir con el Consejo Australiano de Normas de Hospitales. El proceso es voluntario pero también asociado a un sistema de incentivos para contratar seguros médicos.

**Gran Bretaña:** ha desarrollado un sistema de evaluación de normas en sus hospitales, el enfoque está dirigido hacia una evaluación a nivel de organización, su programa se denomina "auditoria de organización"

**Francia:** Revisión externa por pares llevada a cabo por profesionales que son independientes de la organización de salud y sus autoridades; la cual cubre todas las áreas de la operación y práctica de la organización. Su propósito es asegurar que las condiciones de seguridad y calidad del cuidado del paciente son adecuadamente tomadas en cuenta por la organización de salud.

**Holanda:** Evaluación de un hospital por una organización, basado en estándares definidos por el sector hospitalario. También utiliza una metodología de evaluación de procesos denominada *Visitatie*, en la que los especialistas se "visitan" evaluándose entre si.

**Nueva Zelanda:** Se usa la definición de ISQUA. Un proceso de autoevaluación y revisión externa por pares usada por las organizaciones de salud para evaluar detalladamente sus niveles de desempeño en relación con estándares establecidos y para implementar formas de mejoramiento continuo.

**Suecia:** Es la evaluación para la comprobación que una entidad u organización (como un hospital por ejemplo) llena los requisitos de un cierto estándar. Estos estándares son los de ISO 9000 e ISO 14001, relacionados con la gerencia de la calidad y los sistemas de gerencia del ambiente.

En **Asia** se ha experimentado cierto desarrollo en:

**Corea del Sur** existe un programa de acreditación de hospitales, patrocinado por el gobierno y con el apoyo de las autoridades locales.

**Japón** ha experimentado el concepto de "círculos de calidad" que permite un proceso más discreto para evaluar ciertas áreas de atención médica en una institución.

**Tailandia:** La aprobación del compromiso de la organización con el mejoramiento de la calidad, la minimización del riesgo y el cumplimiento con los estándares de un hospital centrado en el cliente.

**India:** se han publicado normas para hospitales modelo para su consideración por los profesionales de la salud en todo el país. Además, como alternativa, realiza una encuesta nacional para hospitales.

## **El Salvador:**

### **Alcances de la normatividad y marcos regulatorios:**

**Código de Salud:** es una referencia obligada y fundamental para contextualizar el presente trabajo y del cual se extraen y analizan, exclusivamente, los acápites más importantes y que sirven como guía y aproximación a lo que puede ser un proceso de habilitación y/o licenciamiento de instituciones de salud, temas relacionados o conexos. Se toma como primer punto de referencia el Decreto No. 955 de la Asamblea Legislativa que reformó y actualizó el existente (1957), sancionado por el Presidente de la República, de fecha 11 de Mayo de 1988, en cuyos considerandos se destacan entre otros:

- Que la Constitución en su Art. 65 establece que la salud de los habitantes de la República, constituye un bien público y que el Estado y las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento. Que el Estado determinará la política nacional de salud, controlará y supervisará su aplicación
- Que el Art. 67 de la Constitución establece que los servicios de salud pública serán esencialmente técnicos y crea las carreras sanitarias, hospitalarias, paramédicas y administración hospitalaria.
- Que el Art. 68 de la Constitución determina que un Consejo Superior de Salud Pública velará por la salud del pueblo, el cual estará formado por igual número de representantes de los gremios médico, odontológico, químico-farmacéutico y médico-veterinario;
- Que mediante el Decreto Legislativo No. 147 de fecha 30 de agosto de 1930, publicado en el Diario Oficial No. 26, Tomo 110 de fecha 31 de enero de 1931, se emitió el Código de Sanidad de la República de El Salvador; contando a la fecha con 57 años de haberse, emitido, razón por la que se considera que no está acorde con la realidad actual

El Código tiene por *Objeto*: “desarrollar los principios constitucionales relacionados con la salud pública y asistencia social de los habitantes de la República y las normas para la organización funcionamiento y facultades del Consejo Superior de Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y demás organismos del Estado, servicios de salud privados y las relaciones de éstos entre sí en el ejercicio de las profesiones relativas a la salud del pueblo”.

Además se determina que:

- Podrán desarrollar actividades de salud, las Instituciones nacionales, internacionales o extranjeras legalmente reconocidas en el país, en todo lo que la Ley o los convenios o tratados internacionales suscritos por El Salvador les confieren intervención, lo que ha de realizarse de acuerdo y en cooperación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (Art. 3)
- Quedan sujetos a las disposiciones del presente Código, la organización y funcionamiento del Consejo Superior de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que vigilarán el ejercicio de las profesiones relacionadas

de un modo inmediato con la salud del pueblo; **los organismos y servicios de salud pública, los servicios de salud privada e instituciones oficiales autónomas que presten servicios de salud.** (Art. 4)

El Código desarrolla específicamente normas para el *Consejo Superior de Salud Pública, las Juntas de Vigilancia de las Profesiones Médicas y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.* Cuyo referente inicial es la "Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones de la Salud" Decreto No. 2699 de 28 de Agosto de 1958, modificado por el Decreto No. 523 de 21 de Octubre de 1969. el D.O. No. 222 de 28 de Nov. De 1969. Además ha sido sujeto de muchos cambios y/o actualizaciones (Ver Anexo No. 3 con Listado de Decretos que reformaron la Ley) hasta su incorporación definitiva en el *Código de Salud.*

Dentro de las atribuciones que le concede al **Consejo Superior de Salud Pública** están: (Art. 14)

- Velar por la salud del pueblo en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- *Vigilar el funcionamiento de todos los organismos, instituciones y dependencias del Estado,* cuyas actividades se relacionan con la salud del pueblo, presentando al Ministerio las recomendaciones para su perfeccionamiento, señalando específicamente las anomalías que deban corregirse
- Contribuir al progreso de los estudios de las profesiones y disciplinas relacionadas con la salud Pública. Así como autorizar previo informe favorable de la Junta de Vigilancia respectiva la apertura y funcionamiento de los centros de formación profesional relacionados con la salud del pueblo
- *Autorizar* previo informe favorable de la junta de vigilancia respectiva, *la apertura y funcionamiento de droguerías, farmacias, laboratorios farmacéuticos, laboratorios biológicos, laboratorios clínicos-biológicos, gabinetes radiológicos, hospitales, clínicas de asistencia social, gabinetes ópticos, laboratorios de prótesis dental y ventas de medicinas en lugares donde no existe farmacia o que estas se encuentren a mas de 2 Km. del lugar donde se pretende abrirlas y los dedicados al servicio y atención de la salud;* y a *su clausura* por infracciones a este código o sus reglamentos. Estos establecimientos son de utilidad pública en consecuencia el cierre de los mismos, solo podrá efectuarse por resolución del consejo;(4)
- Llevar un registro público para la inscripción de los establecimientos que autorice de conformidad a los literales anteriores de este artículo.
- Establecer y regular previo informe de las Juntas respectivas el servicio obligatorio de turno, para médicos y para los establecimientos médicos y farmacéuticos
- Vigilar o controlar el anuncio al público de servicios profesionales que se relacionen con la salud
- Colaborar con el órgano ejecutivo en los ramos correspondientes y organismos de vigilancia respectivos, en la elaboración de las leyes y reglamentos relacionados con la salud.

Dentro de las atribuciones que le concede a las **Juntas de Vigilancia de las Profesiones** están: (Art. 17):

- Llevar un registro de los profesionales



- Inscribir en el registro de profesionales a los académicos que reciban su título en las Universidades legalmente establecidas en el país y de los incorporados en la Universidad de El Salvador.
- Vigilar el ejercicio de la profesión correspondiente y sus respectivas actividades auxiliares
- *Vigilar y controlar el funcionamiento de droguerías, farmacias, laboratorios de prótesis dentales, laboratorios químicos, laboratorios farmacéuticos, laboratorios biológicos, laboratorios clínicos biológicos, gabinetes radiológicos, hospitales, clínicas de asistencia, gabinetes ópticos y demás establecimientos particulares dedicados al servicio y atención de la salud pública*

En referencia al **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social** se considera que "es el Organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de Salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud" (Art. 40). El MSPAS dentro de las acciones para la salud define:

*Edificaciones:* (Art. 97 – 102)

- Para construir total o parcialmente toda clase de edificaciones, públicas o privadas, ya sea en lugares urbanizados o áreas suburbanas, el interesado deberá solicitar por escrito al Ministerio o a sus delegados correspondientes en los departamentos, la aprobación del plano del proyecto y la licencia indispensable para ponerla en ejecución.
- Ninguna edificación construida o reconstruida, podrá habitarse, darse en alquiler o destinarse a cualquier otro uso, sino hasta después que el Ministerio o sus delegados declaren que se han cumplido los requisitos que expresan las disposiciones de este Código y de los Reglamentos complementarios.
- Antes de iniciar una construcción, se saneará el terreno respectivo cuando fuere necesario, y se instalarán servicios sanitarios adecuados y suficientes para los trabajadores de la construcción.
- Para construir, reconstruir o modificar total o parcialmente cualquier edificio, cuando de algún modo se han de afectar las instalaciones sanitarias, la distribución de plantas o locales o se varíen sus condiciones de iluminación o ventilación, se deberá obtener previamente de la autoridad de Salud respectiva, la aprobación del proyecto correspondiente. La autoridad de salud que otorgó el permiso, mandará practicar durante la ejecución de la obra, las visitas de inspección que estime necesarias y podrá ordenar la suspensión de dichas obras, cuando su ejecución no se ajuste al proyecto aprobado y a los preceptos de este Código y sus Reglamentos. Todo predio edificado o sin edificar ubicado en zona urbanizada; cualquiera que sea su destino, deberá estar dotado de agua, drenajes y servicios sanitarios o de sus correspondientes acometidas.
- Los edificios destinados al servicio público, como mercados, supermercados, hoteles, moteles, mesones, casas de huéspedes, dormitorios públicos, escuelas, salones de espectáculos, fábricas; industrias, oficinas públicas o privadas, comercios, *establecimientos de salud* y centros de reunión, no podrán abrirse, habitarse ni funcionar o ponerse en explotación, sin el permiso escrito de la autoridad de salud correspondiente. Dicho permiso será concedido después de comprobarse que se han satisfecho los requisitos que determinen este Código y sus Reglamentos.

- Todo edificio o terreno urbano queda sujeto a la inspección o vigilancia de las autoridades de salud, quienes podrán practicar las visitas que juzguen convenientes y ordenar la ejecución de las obras que estime necesarias para poner el predio y todas sus dependencias en condiciones higiénicas según el uso a que se destine. Los interesados no podrán renovar en los Municipios las patentes de estos establecimientos, sino presentan el permiso o licencia extendida por la autoridad de salud respectiva, con vigencia de treinta días de anticipación como máximo.

Es incipiente, pero también importante para el desarrollo del tema, la consideración que se hace sobre "Seguridad e Higiene del Trabajo" que en su Art. 107 determina que "Se declara de interés público, la implantación y mantenimiento de servicios de seguridad e higiene del trabajo" los cuales no pueden ser ajenos para los trabajadores de las instituciones de salud. Así como en el tema de "Medidas de Protección contra la acción de Radiaciones" que involucra condiciones de seguridad en estas áreas.

También para el MSPAS se determina en lo referente a:

- "Asistencia Médica" (Art. 193 – 197):

- El Ministerio como organismo directivo y coordinador de todos los aspectos de la salud pública del país, realizará por intermedio de sus dependencias técnicas y sus organismos regionales, departamentales y locales de salud, las funciones y obligaciones de asistencia médica y médico-social, para asegurar la recuperación adecuada de la salud de los enfermos. Para los efectos del artículo anterior, el Ministerio desarrollará un programa nacional como parte del plan integral de salud pública, para proporcionar servicios médicos generales y especializados.
- El Ministerio establecerá las normas generales para coordinar y unificar los procedimientos que han de seguir todos los establecimientos públicos de asistencia médica a fin de evitar duplicidad y dispersión de esfuerzos. Para el mejor desarrollo del programa nacional de asistencia médica, el Ministerio coordinará todas las actividades correspondientes que desarrollen en el país los organismos nacionales, públicos, descentralizados y privados y los internacionales, de acuerdo con el plan nacional de salud.
- *La ubicación, construcción e instalación de los establecimientos privados de asistencia médica, tales como hospitales, clínicas, policlínicas, sanatorios, clínicas psicoterapéuticas u otras similares, se hará conforme los reglamentos de construcción respectivo y las normas especiales que acordará el Ministerio en coordinación con el Consejo.*

- "Servicios Médicos Asistenciales Públicos" (Art. 204 – 205):

- El Ministerio controlará los servicios médicos asistenciales públicos y privados, establecidos o que se establezcan en el país, dando la orientación que considere conveniente y supervisando el efectivo funcionamiento.
- La ubicación, construcción e instalación de las instituciones públicas y privadas para dar servicio médico-asistencial a la comunidad a que se refiere el artículo anterior, deberá tener la aprobación previa del Ministerio.

- "Laboratorios de Salud" (Art. 242)
  - El Ministerio contará con un sistema de apoyo de laboratorios de salud. Dicho sistema tendrá un laboratorio central que se encargará de:
    - *Preparar las normas y supervisar las actividades de los laboratorios de los organismos locales de salud*
    - *Proponer las normas para la dotación de equipos y materiales de los laboratorios de los organismos regionales y locales de salud*
  
- "Registros Sanitarios y de Control de Calidad" (Art. 243 – 244)
  - Todas las especialidades farmacéuticas, alimentos de uso médico, y dispositivos terapéuticos, oficinales o no para uso humano y cosméticos importados o fabricados en el país, estarán sujetos al control de calidad que por este Código y sus reglamentos se establecen, el cual será ejercido por el laboratorio de control de calidad del Ministerio. un reglamento determinara el procedimiento a seguir a fin de garantizar que en la comprobación de la calidad de los productos, se siguen las practicas adecuadas de muestreo, análisis y control de calidad, comúnmente aceptadas. Los productos anteriormente mencionados, deberán cumplir con las normas de calidad que se establezcan en este código, los reglamentos respectivos y las normas internacionales, debiendo comprobar su cumplimiento mediante los análisis correspondientes, que se efectuarán con las técnicas y procedimientos establecidos.

En lo referente a "Infracciones, sanciones, competencia y procedimientos" es de importancia para este análisis:

- Infracción contra la salud es toda acción u omisión que viole las disposiciones, prohibiciones y obligaciones establecidas en el presente Código y sus Reglamentos" (Art. 278)
- Los propietarios y profesionales responsables de los establecimientos relacionados con la salud, que cometan las infracciones establecidas en el Art. 284 de este Código y faltas graves establecidas en los reglamentos respectivos, serán sancionados con la clausura o cierre del establecimiento. (Art. 283)
- Constituyen infracciones graves contra la salud:
  - No cumplir con las medidas adoptadas por las autoridades correspondientes, destinadas a impedir la contaminación del ambiente que puedan dañar la vida o la salud de las personas
  - No acatar las órdenes del Ministerio en las que determine tratamiento de aguas servidas o la construcción de instalaciones adecuadas para la disposición de excretas
  - No cumplir con las disposiciones del Código Sanitario Panamericano y su Reglamento y otros acuerdos internacionales
  - No obtener previamente la autorización del Ministerio para la instalación y funcionamiento de los establecimientos a que se refiere el artículo ciento uno del presente Código (Art. 101.- Los edificios destinados al servicio público, como mercados, supermercados, hoteles, moteles, mesones, casas de huéspedes, dormitorios públicos, escuelas, salones de espectáculos, fábricas; industrias, oficinas públicas o privadas, comercios, *establecimientos de salud* y centros de reunión, no podrán abrirse, habitarse ni funcionar o ponerse en explotación, sin el permiso escrito de la autoridad de salud correspondiente.)

- No obtener la autorización del Ministerio para la construcción, instalación y funcionamiento a que se refiere el artículo 97
- Impedir o dificultar la inspección ordenada por el Consejo en consultorios, clínicas, laboratorios clínicos, centros de trabajo, lugares o locales en donde se ejercen profesiones o cargos relacionados con la salud

Es necesario destacar del MSPAS, la declaración de su *Misión* "Somos la instancia del Estado rectora en materia de salud, que garantiza a los habitantes de El Salvador la cobertura de servicios oportunos e integrales, con equidad, calidad y calidez, en corresponsabilidad con la comunidad, incluyendo todos los sectores y actores sociales, para contribuir a lograr una mejor calidad de vida", así como su *Visión* como "Instancia rectora del sector, fortalecida, conduciendo un *Sistema Nacional de Salud* y garantizando a los habitantes de El Salvador servicios integrales de salud en armonía con el ambiente, con equidad, eficiencia y calidez; para la conservación y restablecimiento de la salud, estimulando para ello la corresponsabilidad y la contraloría social".

Se definen las políticas y estrategias más relevantes:

- Impulsar la reforma del Sector Salud, orientada a la estructuración de un Sistema Nacional de Salud eficiente, eficaz, equitativo, solidario y participativo.
- Incentivar programas y proyectos de Promoción de la Salud y prevención de enfermedades, salud ambiental y saneamiento básico, que promuevan la participación organizada de la comunidad con sus gobiernos locales y aborden la salud desde la perspectiva integral.
- Descentralizar e introducir incentivos de mercado en la provisión de servicios de salud para alcanzar la eficiencia, mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud acercando la toma de decisiones a las comunidades

**Reglamento General de Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Decreto No. 55 de Junio de 1996:** determina entre otros, que los hospitales del MSPAS deberán proporcionar servicios de salud a la población a través de la atención primaria, secundaria y terciaria conforme su complejidad y capacidad de respuesta; además deberán capacitar al personal de la institución a fin de contribuir a que se de una atención de buena calidad y realizar las investigaciones que contribuyan a mejorar la calidad de la atención en salud. Deja expresado que los hospitales desarrollarán sus actividades según lineamientos emanados por la autoridad competente enmarcados dentro de la Red Nacional de Salud, aunque no especifica ni da mayores detalles.

**Ley del Medio Ambiente. Decreto No. 233 de Marzo 2 de 1998:** en donde se menciona entre otros:

*Actividades, obras o proyectos que requerirán de un estudio de impacto ambiental:* en su Art. 21.- Toda persona natural o jurídica deberá presentar el correspondiente Estudio de Impacto Ambiental para ejecutar las siguientes actividades, obras o proyectos: todo tipo de obras, Sistemas de tratamiento, confinamiento y eliminación, instalaciones de almacenamiento y disposición final de residuos sólidos y desechos peligrosos, Proyectos urbanísticos, construcciones, lotificaciones u obras que puedan causar impacto ambiental

negativo, Actividades consideradas como altamente riesgosas, en virtud de las características corrosivas, explosivas, radioactivas, reactivas, tóxicas, inflamables o biológico-infecciosas para la salud y bienestar humano y el medio ambiente, las que deberán de adicionar un Estudio de Riesgo y Manejo Ambiental, Proyectos o industrias de biotecnología, o que impliquen el manejo genético o producción de organismos modificados genéticamente; y Cualquier otra que pueda tener impactos considerables o irreversibles en el ambiente, la salud y el bienestar humano o los ecosistemas.

Además determina la necesidad de la "*elaboración y evaluación de estudios de impacto ambiental*", así como su respectiva aprobación obligatoria.

En lo referente a prevención y control de la contaminación, establece los "*deberes de las personas e instituciones del estado*" y en su Art. 42.- "Toda persona natural o jurídica, el Estado y sus entes descentralizados están obligados, a evitar las acciones deteriorantes del medio ambiente..."

Avanza también en definiciones acerca de *riesgos ambientales, materiales y desechos peligrosos y normas de seguridad sobre biotecnología* (Art. 68.- El Ministerio, con el apoyo de instituciones especializadas, aplicará las normas de seguridad a las que habrá de sujetarse las variedades resultantes de la acción humana mediante la biotecnología, supervisando su empleo a fin de minimizar el impacto adverso sobre la diversidad biológica nativa).

Determina normas claras para sanción, que incluso llegan hasta la *suspensión para operar* dentro del territorio nacional hasta que cumplan con las exigencias legales establecidas.

**Reglamento Especial de Protección y Seguridad Radiológica Decreto No. 41 de 15 de Marzo 2002** en el cual se mencionan y regulan entre otros: *Exposiciones* (ocupacional, médica, del público y potenciales). También determina *Situaciones especiales* (Art. 3. - Las fuentes existentes de radio-226 utilizadas en tratamientos médicos deberán ser reemplazadas por otro radio nucleidos en el plazo de tres años, a partir de la vigencia de este Reglamento).

El Decreto realiza una *Clasificación de las prácticas* (Art. 5- Considerando el riesgo asociado a las prácticas con radiaciones ionizantes, la complejidad de los equipos utilizados, la cantidad de personal expuesto y a las posibles consecuencias para las personas y el ambiente, las prácticas se clasifican en Categoría I, II y III).

En lo referente a los *permisos para la realización de prácticas con radiaciones ionizantes*, establece que para el desarrollo de prácticas con radiaciones ionizantes pertenecientes a las categorías I y II, se requerirá de permiso para las etapas siguientes: Construcción, Operación y Cierre definitivo. Para la Categoría III se debe solicitar permiso, presentar solicitud a la Autoridad Reguladora y documentación siguiente: Descripción de la práctica y las fuentes de radiación asociadas, Manual de operación y mantenimiento, Manual de protección y seguridad radiológica, incluyendo plan de emergencias y Estimación de la dosis al personal y público.

En los temas de:

*Aplicaciones médicas* se requerirá que el interesado cumpla con los requisitos que para cada categoría en particular se establecen, adicionando además, los nombres de los facultativos que prescribirán exposiciones médicas a los pacientes, los de los especialistas en física médica que realizarán los cálculos de dosis y la planificación de los tratamientos, así como la calificación que poseen en materia de protección radiológica.

*Permiso de servicios técnicos:* debe cumplir con los requisitos que se establecen en el reglamento, proporcionando además, la información y documentación siguiente: Manual

de protección y seguridad radiológica, Manual de procedimientos de reparación, mantenimiento y calibración de cada uno de los equipos según sea el caso, Descripción detallada de los equipos e instrumentos que utilizará en el servicio que va a prestar, En el caso que el solicitante prevea tener instalaciones de seguridad especiales para la ejecución de los trabajos, se requerirá de los permisos o licencias respectivos y Designación del responsable de protección radiológica, así como la nómina de los trabajadores ocupacionalmente expuestos. También se hace referencia a la *Gestión de desechos*.

*Protección radiológica:* determina los *requisitos básicos de protección radiológica* y los niveles de orientación para la exposición médica, los cuales deberán: Establecerse por la autoridad Reguladora a través de instructivos, Constituir una indicación de las dosis que puedan producirse en el caso de pacientes de volumen corporal medio, Ofrecer orientación sobre los resultados alcanzables con una buena práctica y Ser revisados conforme al avance tecnológico.

*Garantía de calidad:* debe establecer un Programa de Garantía de Calidad aprobado por la Autoridad Reguladora, que proporcione la certeza de que se cumplen los requisitos específicos relacionados con la protección radiológica y la seguridad de las fuentes, así como los procedimientos de control de calidad para la evaluación periódica de la seguridad radiológica de la instalación y equipo. También se legisla acerca de la Protección física y la Defensa en profundidad.

*Criterios probados de ingeniería:* requisitos de las instalaciones donde se realizan prácticas con radiaciones ionizantes, *exposición ocupacional (Vigilancia médica* Art. 63. Los programas de vigilancia médica deberán estar basados en los principios que se establecen en el Reglamento General sobre Seguridad e Higiene en los Centros de Trabajo y la normativa internacional en materia de seguridad ocupacional, ratificada por nuestro país. Para tal efecto, es obligación de todo titular de autorización incorporar estos programas en los Reglamentos Internos de Trabajo de sus respectivas empresas), Límites de dosis para el público, exposiciones medicas, Requisitos generales de diseño, Requisitos de diseño de equipos de diagnósticos, Requisitos de diseño de equipos terapéuticos.

## **Proceso en busca de la Calidad en las Instituciones de Salud en El Salvador:**

El primer referente que se halla del tema se realizó en 1987 en el Hospital de Santa Ana, el cual inició un proceso de acreditación basado en un proyecto chileno. El proyecto incluyó un mes de entrenamiento de 22 personas (médicos, enfermeras y licenciados en asistencia médica). La evaluación se enfocó en cada departamento utilizando procesos claves de la organización. Dicho se esfuerzo solo se limitó a eses hospital.

El MSPAS, inició desde los años 90 procesos tendientes a desarrollar acciones orientadas a mejorar la calidad de atención en los servicios de salud. Se genero una propuesta para fortalecer el cambio de actitudes de los proveedores, desarrollando a su vez capacitaciones en los temas de mejoramiento de la calidad, que en la dinámica del desarrollo se transformaron en círculos de trabajo; en algunos hospitales éstos equipos operan en una forma consensuada identificando, analizando y resolviendo los problemas.

Otra experiencia realizada en busca de mejora de la calidad, ha sido la conformación de un círculo de calidad integrado por el personal del Ministerio de Salud, 3 Alcaldías y un establecimiento de la República de Guatemala ubicado en la frontera, desarrollando como actividades básicas la elaboración de proyectos para mejorar las condiciones de la

atención en salud en las instituciones, así como realizar acciones de educación a la población para el uso de los servicios de salud.

También se han realizado experiencias con grupos de trabajo para mejorar los tiempos de espera de los usuarios y el seguimiento al trabajo de los círculos de calidad mediante el monitoreo. Muy poco se ha analizado la percepción que tienen los usuarios de los servicios ambulatorios, respecto a la calidad de la atención recibida, la percepción de los cambios en el estado de salud después de la consulta, así como los motivos por los cuales el usuario no regresaría a solicitar atención en el mismo lugar.

A partir de 1994 se inició un proceso de modernización institucional a nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el ISSS con los objetivos de descentralización, fortalecimiento de la capacidad de gestión y desarrollo de un modelo de atención integral. El esfuerzo se evalúa y reorienta con base en las prioridades que la cartera de salud ha definido para el presente quinquenio (1999 - 2004), como son la Reforma, la descentralización y la atención primaria en salud, haciendo énfasis en mejorar la calidad de los servicios que se ofertan a la población. El MSPAS ha asumido la modernización institucional como base para el desarrollo del proceso de Reforma del Sector Salud y la readecuación de la organización y gestión de sus estructuras en todos los diferentes niveles.

Esta reestructuración se basa en la separación de funciones y roles de Rectoría, Regulación y Provisión de Servicios. También se ha previsto un fortalecimiento en las áreas de gerencia, administración, programas y contraloría social.

Los niveles del modelo de gestión establecido en nivel central son:

- Político/Asesor: Ministro, Viceministro, Planificación e Investigación y Unidades Asesoras
- Controlador/Conductor/Regulador: Direcciones: General, Administrativa-Financiera, Regulación de la Salud y Atención a la Persona
- Gestor/Operativo/Proveedor: Sistemas Básicos de Salud Integral SIBASI y Hospitales Especializados y/o de referencia nacional

Se ha establecido correspondencia entre las funciones del Nivel Central y los Sistemas Básicos de Salud Integral (SIBASI) como unidad básica administrativa - operativa descentralizada, constituida por una red de servicios de primer nivel y un Hospital de referencia como segundo nivel, dirigido por una gerencia técnica administrativa.

La regulación sanitaria se realiza a través del Código de Salud, el que está actualmente en revisión, considerándose la separación de funciones y los nuevos roles en la Reforma del Sector.

Como parte de los procesos de modernización y la posibilidad de Reforma al Sistema de Salud, se definió el *mejoramiento de la calidad* y se elaboró un "Proyecto de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud de El Salvador", el cual se describirá a continuación.

## **Propuesta de Reforma y avances en busca de la calidad en los Servicios de Salud:**

La *Propuesta de Reforma Integral de Salud* destaca algunos *principios* que tienen una clara relación con el tema, como son la accesibilidad, la calidad, la eficacia, la eficiencia y la oportunidad.

En su *lineamiento I* – destaca la “Consolidación de un Sistema Nacional de Salud” entendido como el conjunto de instituciones, organizaciones y personas que se integran sistemáticamente y funcionan armónicamente para incrementar, preservar, mantener, recuperar la salud de las personas, familias, comunidades y la nación. Así como para rehabilitar a los discapacitados para equiparar sus oportunidades. Este sistema nacional de salud deberá volver accesibles los servicios de atención a la salud que demanda y requiere la población, facilitando su uso más justo, eficaz y eficiente; así como propiciar esfuerzos de coordinación e integración del sector público y de complementariedad con el sector privado de salud lucrativo y no lucrativo. También deberá estar en condiciones de mejorar el desempeño en la provisión de servicios y hacer el mejor uso posible del gasto público en materia de salud

El sistema nacional de salud deberá funcionar como un mecanismo en el que cada institución, con los alcances y peculiaridades propios de su estructura y normatividad, puedan formar un sistema de salud funcional y operativo.

Con ello se podrá tender a la disminución de duplicación de esfuerzos, y a una distribución más equitativa de recursos entre la población independientemente de su ingreso, empleo o ubicación geográfica. La coordinación entre las instituciones públicas y la cooperación entre éstas y los actores no gubernamentales, permitirá potencializar la respuesta social organizada a las necesidades de salud de la población en su conjunto. El sistema nacional de salud deberá contar con la firme rectoría del Estado a través del Ministerio de Salud a fin de mantener vigentes los mecanismos que generen y garanticen equidad, calidad y eficiencia en la provisión de servicios de salud. Así también deberá incorporar la participación de los usuarios en la toma de decisiones, a fin de asegurar su satisfacción y promover el mejor desempeño del sistema.

En el *Lineamiento III* busca “Consolidar un modelo de provisión mixta” que deberá estar orientada a aumentar la cobertura y el acceso, buscar la equidad, aumentar la calidad, racionalizar el uso de los recursos existentes en el sector salud y consolidar una red que vincule a las personas, los proveedores de salud y a las otras instituciones involucradas coordinando sus esfuerzos en la promoción, prevención, curación y rehabilitación en salud. La red deberá poner énfasis en la calidad de la atención y la equidad en el acceso a los servicios, y respetar los derechos universales de los/as usuarios/as. Para ello se deberán adoptar medidas que garanticen el adecuado desempeño, *regulen la calidad de los servicios* de salud tanto públicos como privados -con y sin fines de lucro-, a fin de que estén en condiciones de participar en la provisión mixta de servicios

En el *Lineamiento IV* busca “Consolidar un modelo de gestión basado en la rectoría del Ministerio de Salud”, entendido como el modo de operar los componentes del sistema, los diferentes actores y sus roles, lo administrativo, lo técnico y lo financiero – que parte de la rectoría y liderazgo del Ministerio de Salud como cabeza del sector salud. Deberá estar orientado a mejorar el desempeño del sistema nacional de salud en su conjunto, procurando la operación eficiente de los servicios de salud para atender a los usuarios del sistema con calidad y calidez y mejorar la calidad de vida de la población. El modelo de gestión deberá contemplar tres elementos clave: La regulación y dirección del sistema de salud, La gestión financiera del sistema, y La prestación de servicios.



## **Proyecto de Garantía de la Calidad en los Servicios de Salud en El Salvador (1999):**

El MSPAS ha definido como elemento clave en el proceso de reforma, el mejoramiento de la calidad en la atención brindada por los servicios de salud, en la búsqueda de la eficiencia, eficacia, equidad, calidez y calidad en los servicios prestados a la población.

El proyecto tiene como objetivo fundamental el implementar un proceso a nivel nacional, que contenga todos los elementos estratégicos para el fortalecimiento de la Garantía de la Calidad de la atención en salud en la red de establecimientos de los diferentes niveles de atención del Ministerio y que sea aplicable por todas las instituciones del sector en el marco de la Reforma Sanitaria en El Salvador. También busca fortalecer la capacidad normativa y reguladora del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en materia de calidad de atención de los servicios de salud.

Como objetivos específicos destacan:

- Establecer instancias de conducción y coordinación que faciliten la implementación del proceso de Garantía de Calidad en la red de establecimientos del Ministerio de salud
- Diseñar, Oficializar e implementar la Política Nacional de Garantía de la Calidad en la atención de los Servicios de salud.
- Fortalecer el perfil técnico de los recursos humanos en aspectos técnicos relacionados a la garantía de calidad, a nivel normativo, conductivo y operativo.
- Mejorar el componente de vigilancia y control de la garantía de la calidad en la prestación de los Servicios de salud, desde la perspectiva epidemiológica, que evidencien cambios importantes en la salud de la población.
- Apoyar los mecanismos de revisión, actualización, diseño e implementación de normas y protocolos, que aseguren la aplicación adecuada de procedimientos y manejo de las morbilidades.
- Impulsar y consolidar procesos de acreditación de Servicios y/o áreas importantes de los establecimientos de salud, priorizados por las instituciones de la red.
- Fortalecer los mecanismos de contraloría social y ciudadana.
- Establecer un banco de perfiles de proyectos de apoyo a la garantía de la calidad
- Apoyar el diseño y ejecución de estudios e investigaciones relacionadas y en apoyo a la gestión y la atención integral de los Servicios.
- Establecer procesos de coordinación y trabajo en salud entre instituciones de educación, escuelas formadoras de recursos humanos y unidades de docencia asistencia, para facilitar la incorporación de temas relacionados a la garantía de la calidad.

Los alcances del proyecto propuestos para el final del quinquenio son, entre otros:

- Fortalecer la capacidad rectora del Ministerio de Salud en materia de calidad, generando una cultura y capacidad institucional para ejercerla con mayor eficacia y responsabilidad en el corto y mediano plazo.
- Permitir sentar las bases técnicas y metodológicas que sustenten el Programa Nacional de Acreditación de las instituciones proveedoras de servicios de salud del sector, elemento fundamental del proceso de reforma.
- El proyecto promoverá la coordinación y participación intrasectorial e intersectorial en función de fomentar responsabilidad compartida en los procesos de garantía de la calidad de los servicios de salud.

- Propiciar la corresponsabilidad de los actores en la contraloría social de la calidad en salud, esto ejercerá un impacto directo en la percepción de los usuarios en relación a la atención recibida.
- Crear y/o formar recursos humanos en salud lo suficientemente desarrollados y capacitados, con perfiles técnicos de alta calidad, que permitan el establecimiento de sistemas de garantía de la calidad permanentes y autogestores.
- Apropiación por parte de los recursos humanos, de normas y protocolos, que ordenen y orienten el trabajo de éstos en la atención a los usuarios, con el fin de mejorar los estándares de calidad de los servicios de salud.
- Lograr la participación de la ciudadanía en la vigilancia de la calidad como elemento innovador de este modelo, que permita la utilización de indicadores y estándares de fácil manejo para monitorear y evaluar los cambios importantes en los índices de morbilidad y mortalidad de los grupos vulnerables.
- El proyecto facilitará los procesos de integración docencia-asistencia que establezcan las bases metodológicas de actuación, para aplicar cambios sustanciales en las instituciones formadoras y capacitadoras de recursos humanos, que al final permita contar con profesionales altamente calificados, que conduzcan los procesos de garantía de la calidad.
- Fortalecer la capacidad de análisis de los recursos humanos así como la identificación de prioridades reales que faciliten y promuevan la formulación de perfiles de proyecto que mejoren la calidad en la prestación de los servicios de salud.
- Permitirá la ejecución de investigaciones operativas y cualitativas, como base para la generación de propuestas de cambio en favor de la calidad. Lo anterior proporcionará los insumos para priorizar las intervenciones que permitan a los servicios de salud, responder a las expectativas de los usuarios (as), como del personal proveedor de los servicios.

Un componente considerado como pilar básico para garantizar la calidad de los servicios prestados, es la *instauración de procesos de acreditación*, en los cuales se avale el funcionamiento de un servicio o área específica de atención al usuario. Se acordó con la Dirección General enfocar los esfuerzos de acreditación en servicios y/o áreas de gran demanda e interés para el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Por lo complejo de este componente se necesitará desarrollar talleres y seminarios para la revisión de estándares de salud, si acaso los hubiere, o en su defecto diseñarlos o crearlos.

Previo a este proceso, surge la necesidad de redefinir a los hospitales públicos y proponer una nueva categorización de los mismos, que responda a los nuevos modelos propuestos y genere un mejor uso de todos los recursos disponibles, para optimizar el desarrollo armónico del conjunto de instituciones de salud.

Es así, que una vez obtenido este resultado es posible iniciar procesos de Habilitación, que definan de algún modo el cumplimiento de unos estándares o **requisitos mínimos** obligatorios que garanticen la adecuada prestación de servicios de salud por parte de las instituciones.

Con esta definición mínima si se puede avanzar en lo que sería un proceso final de Acreditación para buscar el mejoramiento continuo de las organizaciones y sus óptimos niveles de calidad.

El proyecto pretende desarrollar y consolidar el proceso de implementación de la *garantía de la calidad* a nivel de la red de establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el ámbito de los tres niveles de atención, haciendo énfasis en las instituciones hospitalarias, concretamente en las áreas de emergencias y consulta externa; hospitalización y/o internamiento; y la consulta ambulatoria. Se desarrollará en áreas prioritarias definidas por el ente rector de la salud y procurará expandir la experiencia al resto de las áreas sanitarias. *Como primera área seleccionada, se consideró el servicio de ginecología y obstetricia en los hospitales de especialidades*, además de aquellos que por su creciente demanda ameriten acreditarse, posteriormente se continuará en el servicio de pediatría, estos dos últimos representan el 80% de la consulta en los establecimientos. En estos servicios se ordenará el proceso de habilitación y acreditación: en primer término los servicios de urgencias o emergencias, luego los servicios de consulta externa de la especialidad en proceso de acreditación, a continuación los servicios de hospitalización. No se omite la replicabilidad del proceso de garantía en el resto de servicios del nivel primario de atención en salud y la implementación del proceso con el resto de instituciones que conforman el sector.

Además se identificarán las necesidades y puntos críticos a solventar para facilitar los procesos de habilitación y acreditación, lo anterior exigirá reuniones de análisis de la situación actual por la que atraviesa el servicio que se desea evaluar, en consenso con los recursos y autoridades responsables de esa área; esto permitirá que las necesidades identificadas correspondan a las prioridades reales, lo que redundará en la elaboración de perfiles de proyectos de desarrollo que garanticen su pronta acreditación.

Como elemento dinamizador impulsará la participación de la sociedad civil, actores importantes e instituciones de interés público para que estos mismos promuevan cambios sustanciales consensuados que respondan a las necesidades sentidas de la población.

### **Avances en el Proyecto de Garantía de Calidad en El Salvador:**

*Conformación del grupo gestor para el desarrollo del Proyecto Nacional de Garantía de la Calidad:* Se ha conformado el grupo gestor, quien es responsable de darle seguimiento al desarrollo del proyecto y lo conforman funcionarios del nivel central procedentes de la Dirección General de Salud, las Gerencias de la Mujer y del Niño y del Departamento de Recursos Humanos, además se cuenta con la presencia de un funcionario de la OPS quien acompaña al grupo gestor en sus reuniones de seguimiento.

*Conformación y organización de equipos facilitadores para monitoreo y seguimiento de los procesos de calidad en la red de Servicios a nivel nacional:* Se ha conformado el grupo facilitador nacional que fue seleccionado de los hospitales públicos de todo el país, cada uno de estos miembros actúa como punto focal o de referencia para el seguimiento de los procesos de calidad.

Actualmente con la estructuración de los SIBASI se conformarán equipos en cada SIBASI quienes serán los responsables de darle seguimiento a los procesos de calidad. Estos equipos con el fin de darle seguimiento a la calidad de la atención que se brinda en salud, mantienen reuniones periódicas.

*Elaboración de la Política Nacional de Garantía de la Calidad:* Con la participación de representantes de los diferentes instituciones del sector salud y de comunidades y líderes sociales, se han desarrollado sesiones de trabajo para discutir y analizar la problemática de salud a nivel nacional y los factores que en ella inciden, determinando que la

aplicación de una política de calidad puede darles la respuesta esperada. Sobre la base de la información consensuada se elaboró el primer borrador del documento de política de garantía de calidad, la cual se encuentra en revisión en la Dirección General de Salud, posteriormente se presentará al Ministro de Salud para su oficialización.

*Incorporación del componente de garantía de la calidad en salud a nivel curricular en las instituciones formadoras de recursos humanos en salud* sean estas técnicas o de estudios superiores. Cada una de las universidades principalmente la Universidad de El Salvador (UES) ha iniciado el trabajo de revisión de la curricula y han procedido a la incorporación y modificación de elementos de calidad que anteriormente no existían.

*Diseño de procesos de habilitación y acreditación de Servicios de Salud:* Se entiende a la Acreditación como el resultado final de una serie de procesos previos que comprenden entre otros: la identificación de la capacidad resolutive y procesos de atención actuales en las instituciones de salud, identificación del tipo de requisitos mínimos en relación a recursos humanos, planta física, recursos materiales, normas y procedimientos, información de gestión, transporte y comunicaciones y auditoría de Servicios requeridos para prestar los Servicios demandados, Categorización de las instituciones de salud, Habilitación y/o certificación de acuerdo a las categorías establecidas. La acreditación esta comprendida como una actividad posterior para evaluar, por un organismo colegiado externo al MSPAS, estándares de calidad óptimos en las instituciones de salud de el país. Se realizó en el año 2000, una encuesta de actividades y recursos que permitió hacer el diagnóstico, actualizar y evaluar la capacidad resolutive de cada uno de los 30 hospitales públicos de El Salvador. También, y mediante un proceso participativo con presencia de aprox. 180 de los profesionales de la salud de diferentes disciplinas, personal administrativo local y del nivel central del MSPAS, se realizó en Noviembre de 2001, la propuesta de "Requisitos Mínimos para los Servicios de Obstetricia y Perinatología"; documento que sirvió como punto de partida para elaborar el diagnóstico del 96% de los hospitales públicos de El Salvador. La implementación de este proceso de verificación del cumplimiento de dichos mínimos exigidos permitirá generar procesos de habilitación para el funcionamiento de dichos Servicios por parte del ente rector del sistema.

Actualmente se avanza en una **"Propuesta de Categorización de los Establecimientos de Salud para El Salvador"** que busca unificar criterios en lo referente a nivel de atención, complejidad y estándares mínimos u obligatorios; que respondan a los modelos propuestos y a la reorganización del sistema, generar un mejor uso de todos los recursos disponibles y garantizar un Sistema de Servicios de salud ordenado y coherente. Es en este punto, en donde la conceptualización del *Sistema Básico de Salud Integral SIBASI*, encuentra su forma operativa. (Actualmente se encuentran en proceso de organización y puesta en funcionamiento 28 SIBASI).

En forma paralela desde el año 2000, se han utilizado algunas estrategias para la implementación de la calidad como las siguientes:

- Investigación sobre la calidad percibida y el enfoque de género en la atención de salud. El Ministerio de Salud y la OPS realizaron una investigación sobre género y la dimensión socio-emocional de la calidad en la atención de salud, enfocada a la atención en enfermedades crónicas en el primer y tercer nivel de atención.

- Capacitación permanente de los recursos humanos en temas relacionados: Diplomado de Gerencia de la Calidad aplicada a Salud Pública durante el año 2001.
- Reuniones multisectoriales con las instituciones formadoras de recursos humanos en salud para discutir y proponer la incorporación de programas para la gestión y monitoreo de la calidad en las diferentes curriculas
- Implementación de Círculos de Calidad en los Hospitales de Maternidad y del área metropolitana de San Salvador, durante el año 2001, con capacitación previa del recurso humano involucrado en la identificación multidisciplinaria de los procesos críticos en obstetricia y Perinatología y su posterior rediseño; así como la identificación de la percepción de la calidad en los Servicios analizados por parte de los usuarios. Fue necesario avanzar en la definición de protocolos de atención priorizados según el perfil epidemiológico institucional. El proceso está inmerso en una estrategia de mejoramiento continuo y permite realizar una vigilancia y monitoreo de la calidad generada.
- Implementación de un sistema de información para la gestión y facilitar el control de la calidad, utilizando el software Winsig (OPS/OMS); con capacitación técnica a todos los niveles, involucrando personal asistencial y administrativo, dotación de equipos y adecuaciones institucionales. El sistema está en una etapa inicial de desarrollo y en las áreas en que ha sido usado, genera información unificada y útil en la toma de decisiones gerenciales como la asignación de personal, presupuesto, análisis estadístico epidemiológico y análisis de eficiencia institucional. Se ha capacitado a personal clave de áreas asistenciales y administrativas (aprox. 240 personas) de los 30 hospitales públicos de el país, durante los años 2000 y 2001. Así mismo se realizó la dotación de equipos y software necesarios para la implementación del proceso en todos los hospitales públicos.
- Rediseño de procesos (Sonsonate): En el marco de la iniciativa regional para la reducción de la mortalidad materna, el MSPAS de El Salvador decide iniciar este proceso con el objetivo de fortalecer a través de la implementación de un programa de garantía de la calidad, la capacidad de gestión de los equipos locales a través de las metodologías de diseño/ rediseño de procesos, para la efectiva reorganización y funcionamiento de la red proveedora de cuidados obstétricos esenciales en el SIBASI. Para la implementación del diseño, se han concluido tres etapas importantes en el proceso: capacitación en aspectos básicos de la Garantía de la calidad a personal clave, formación de una masa critica de facilitadores en diseño y rediseño de procesos de calidad y la aplicación conjuntamente con los equipos de Diseño de la Calidad de sus respectivas Unidades de Salud y Servicios, las herramientas del diseño y rediseño de la calidad. *El producto* obtenido ha sido la formulación de un proyecto por equipo, atendiendo las necesidades mas sentidas, lo que permitirá la implementación de cambios sustanciales en la red de servicios, reflejados en una nueva modalidad de brindar la atención de los Cuidados Obstétricos Esenciales.
- Laboratorio de control de calidad (bacteriología).
- Mecanismos de participación de usuarios en las instituciones de salud, con metodologías como la "Ventana del Director"

En el desarrollo de la rectoría en los nuevos escenarios de reforma del Sector Salud, el MSPAS estableció la *Dirección de Aseguramiento de la Calidad*, con la responsabilidad de incrementar la eficiencia en el gasto y fomentar en los proveedores del Sistema Nacional de Salud, el otorgamiento de servicios integrales, oportunos, con equidad, calidad y calidez, a la población del país; a través de procesos permanentes de "Verificación y Asistencia Técnica de la Gestión y la Provisión de los Servicios". Como parte de esta iniciativa, se generó en Nov. de 2001 la "**Guía para el aseguramiento continuo de la calidad**", que constituye una herramienta metodológica que describe las diferentes etapas para Asegurar la Calidad e incluye el Tablero de Control a utilizar por los Equipos Técnicos de Zona con la finalidad de fortalecer su desempeño, facilitar el análisis sistemático de información y contribuir efectivamente al desarrollo de planes de mejora continua en los proveedores del Sistema Nacional de Salud (SIBASIs y Centros Especializados de Referencia Nacional CERN). Dentro de sus objetivos, resaltan, el describir paso a paso, en forma sencilla, concreta y esquemática, las diferentes etapas para Asegurar la Calidad en la gestión y provisión de servicios de salud; y el orientado a impulsar el cumplimiento de la normatividad institucional y el mejoramiento continuo de la prestación de los servicios. La Guía determina procedimientos de: *Monitoreo* para verificar el cumplimiento de normas de sus procesos de trabajo, a través de indicadores clave, permitiendo comparar; *Supervisión* al cumplimiento de políticas, planes, programas, objetivos, metas, **estándares o normas** de los Sistemas y Procesos Críticos o Claves; y *Evaluación* para verificar el cumplimiento de los resultados e implica un enfoque sistémico. Define las siguientes etapas para Asegurar la Calidad: Identificación de los "Sistemas de los CERN y SIBASI clave" a controlar y mejorar, establecer los "Centros de producción o Procesos Críticos" y seleccionar o diseñar las "Normas o Estándares" (validos, confiables, realistas y con umbrales o margen de aceptación) para la obtención de resultados deseados, con el enfoque sistémico de entrada, proceso y resultado.

En la línea de acreditación solamente se trabajó una propuesta de un Plan de Desarrollo del Proceso de Acreditación para El Salvador, cuyos objetivos eran: Planear, diseñar e implementar un Sistema de Acreditación Nacional para las organizaciones de salud; Establecer e implementar un sistema que fomente el mejoramiento de la asistencia médica y proporcionar un mecanismo para evaluar la capacidad de las organizaciones de salud, de poder satisfacer estándares definidos. La propuesta incluye cuatro componentes: Planificación Organizacional, Diseño y Desarrollo, Implementación y Evaluación; identificando las actividades críticas, proponiendo algunos indicadores de medición, detallando el nivel de esfuerzo de cada uno de ellos. Dentro de sus componentes destaca la formación y capacitación permanente de recurso humano, el componente epidemiológico, el desarrollo de parámetros y/o indicadores que midan el impacto de las intervenciones y ajustes, aplicados a la atención en salud en mejora de la calidad de los servicios ofrecidos.

Así también el manejo de información actualizada y sistematizada que esté a la disposición de todos los recursos en cualquier nivel que se encuentre y que contribuirá a complementar y asegurar la toma acertada de decisiones. Otro de los componentes trascendentales en el desarrollo de este proyecto es la aplicación de normas y protocolos en la atención de salud, que garanticen la puesta en marcha adecuada de los procedimientos y el cumplimiento de lo establecido por las diferentes disciplinas sanitarias.

Merece un análisis aislado y especial el desarrollo de un trabajo denominado "**La Acreditación como un componente de la Modernización en El Salvador**", realizado en Agosto de 1997 por la Joint Comisión Internacional y cuyo autor es Edgar Blount. Este proyecto fue financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo con el fin de proponer un programa para la acreditación de centros de salud y hospitales, su objetivo fue el de "proponer un plan de desarrollo del proceso de acreditación para El Salvador"; ya que aunque "este enfoque solo constituía uno de los elementos de la modernización, podía ser el enfoque principal para mejorar y modernizar el sistema de salud".

Se determinó por el autor en el proyecto, lo que se esperaba lograr en cuatro años, además se escribió: "el plan puede adaptarse fácilmente para establecer un programa de acreditación para los centro primarios".

Las conclusiones de dicho informe de proyecto se resumen en (transcribo y resumo):

- El país se encuentra en un periodo de reforma completa. Uno de los impulsos más importantes es la modernización del sistema de salud. Muchos de los objetivos y las metas identificadas por el gobierno, los hospitales, y los varios grupos en el sector salud se pueden realizar con la implementación de un sistema de acreditación.}
- El proyecto se ha concebido con una duración de cuatro años, con el objetivo de acreditar aproximadamente 50 hospitales.
- Se recomienda la formación de una Comisión Ejecutiva como primer paso para establecer un sistema de acreditación, con representantes de los grupos profesionales, con asistencia de consultores internacionales y nacionales. Esta Comisión tendrá la autorización de aprobar políticas, cambios en políticas y los diferentes deberes descritos e el Plan de Acción.
- La Comisión Ejecutiva junto con representantes del Gobierno tendrán que decidir si implementarán un sistema de licenciatura de las organizaciones o si van a incorporar estos requerimientos básicos en un proceso de acreditación.
- El Gobierno tendrá que crear un sistema de incentivos para impulsar el sistema de acreditación.
- La educación sería un punto clave para el éxito de un programa de acreditación.
- Será necesario planear el sostenimiento financiero para establecer y mantener un programa de acreditación efectivo.

## VIII. Discusión

Una vez obtenidos los resultados y a la luz del marco de referencia es evidente que en el Mundo y en América Latina se vive un momento de cambio acelerado, con manifestaciones en todos los aspectos de la vida de las poblaciones y que tiene profundas repercusiones sobre la situación de salud y sobre los recursos disponibles para su atención. Estos cambios son evidentes en la transición demográfica, transición epidemiológica y los procesos de reformas sanitarias en los países.

En lo referente a la **Definición de Calidad y Garantía de la Calidad:**

Los procesos de Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los países en vía de desarrollo, iniciaron con referentes que evaluaban únicamente los cambios en las tasas de mortalidad, morbilidad y cobertura. Poco se adelantó en la evaluación de la calidad de los servicios o en el proceso de prestación de estos. Con el avance de los procesos se detectaron serios problemas en la calidad de atención y en los sistemas de administración de los servicios de salud de los mencionados países. Es claro que la garantía de la calidad promueve la confianza, mejora la comunicación y fomenta una comprensión más clara de las necesidades y las expectativas de la comunidad. Es un enfoque sistemático para que las personas y los equipos se den cuenta de la importancia de la excelencia; suministra instrumentos necesarios para evaluar los niveles de desempeño actuales y facilitar el mejoramiento continuo.

Queda Claro que el primer paso para garantizar la calidad es la identificación de problemas eventuales y su comparación con criterios (o normas) y estándares (o valores) ya establecidos y aceptados por un determinado grupo. Una vez identificados los problemas y enfrentados a los estándares de referencia, se debe realizar un análisis de las causas determinantes de la situación encontrada y, finalmente, la implementación y monitoreo del plan de mejoría de la calidad de la atención. Este proceso ha encontrado toda clase de resistencias, pues corregir las fallas estructurales y de proceso implica siempre un cambio del *status-quo*, del comportamiento afectivo, psico-motor y cognitivo del personal y de los mecanismos alternativos de financiación para el desarrollo del programa de garantía de la calidad.

Es necesario vencer esas "resistencias" usando diferentes métodos según las características locales, entre estos sobresalen los incentivos financieros, legislativos, de movilización de opinión pública o presión gubernamental. La educación a todo nivel (profesional, técnico, comunitario) es un muy importante mecanismo para estimular los programas de garantía de la calidad; en el caso de las comunidades – usuarios los orienta sobre sus derechos y obligaciones y se convierte a su vez en un instrumento de presión por parte de la población para la definición de prioridades en las inversiones públicas y privadas en salud.

Actualmente el estímulo a los programas de garantía de calidad se hace a través de legislación; en la mayoría de los países existen leyes para la "habilitación" de servicios de salud y su clasificación – categorización aunque esta se diferencia de la "acreditación" por su naturaleza compulsoria, sin periodicidad, i confidencialidad y solamente persigue el derecho de la aprobación legal para el funcionamiento de la institución.



En muy raras ocasiones se hacen revisiones de la habilitación (autorización de funcionamiento) a las instituciones; en general, estas siguen funcionando pese a las condiciones obsoletas y precarias con las que prestan sus servicios.

Hay que considerar, que los sistemas externos de presión jamás reemplazan los mecanismos internos de cada institución, para controlar la calidad. Son varios los modelos y enfoques de esta evaluación interna: en función del desarrollo tecnológico de los servicios, su nivel de complejidad, el conocimiento de los profesionales, factores culturales locales, hábitos y la propia política regional.

En cuanto a los **Procesos de reforma** y las **Políticas Sectoriales** es necesario considerar que en América Latina el sector salud se ha desarrollado históricamente sin un plan regulador o concepciones políticas estables que permitan orientar las inversiones y el desarrollo de los servicios asistenciales. Es por eso que solo se evidencian, en el mejor de los casos, metas y resultados parciales que no permiten la reformulación o el reordenamiento de todo el sector en forma armónica y que de respuesta a las expectativas reales de todos los usuarios. A su vez, se presentan crecimientos desordenados de subsectores que determinaron la separación entre lo privado, el sector público y la seguridad social, generando y potenciando en la mayoría de los casos, las crisis políticas, financieras y técnicas de dichos sectores. Estos sistemas han descuidado y sub valorado la **evaluación de la calidad** en cada uno de los servicios y/o actividades que realizan, generando un incremento innecesario de los costos y una insuficiencia global del sistema que a su vez se constituye en una de las "justificaciones ideales" para no promover su desarrollo e implementación; cuando por el contrario está demostrado que es una forma eficaz de corregir los déficit señalados y optimizar la relación costo – beneficio. Sin olvidar que la calidad, también constituyen una obligación en término éticos y morales.

Los procesos de reforma iniciados y avanzados en diferente grado en los países del mundo y en especial en América latina han posibilitado el abordaje amplio, abierto y multidisciplinario de todos los eventos relacionados con la salud de los pueblos. Inmersa en estas nuevas políticas, destaca la Calidad como un elemento que garantiza la excelencia y eficiencia en las prestación de los servicios a los usuario del sector y su racionalización con los contextos propios de cada país. Dichas reformas no solo buscan permitir el acceso de las personas a los servicios en términos de universalidad, solidaridad y subsidiariedad, sino que estos sean prestados con altos niveles de eficiencia y calidad para garantizar la satisfacción completa de los usuarios en torno a sus demandas sentidas, sean estas originadas en situaciones normales o de emergencia.

Es así como en dichos procesos se define como elemento clave y prioritario el mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud, el cual se puede desarrollar como un "Proyecto o Política de Garantía de Calidad" que busca esencialmente que las servicios de salud sean prestados con eficiencia, eficacia, equidad y calidad.

Dicha política o proyecto debe contar entre otros elementos, con procesos de Acreditación a instituciones de salud que permitan evaluar el cumplimiento de un conjunto de estándares óptimos deseables para garantizar niveles deseables de calidad. Adicional, existen otros criterios que pueden ser considerados en forma aislada o independiente según cada país, y corresponden a los requisitos mínimos esenciales para el funcionamiento, licenciamiento o habilitación de cada institución. Se espera que en los procesos de acreditación dichos criterios sean requisito indispensable o parte fundamental para alcanzar los estándares óptimos deseables.

Se puede deducir que la calidad es imprescindible hoy en los servicios de salud porque:

- Los usuarios la exigen. Ahora comprenden claramente que en relación con su salud no sólo tienen una serie de deberes sino también de derechos. El concepto "paciente" ha ido evolucionando de aquel ser pasivo, sumiso y tenemos ahora el de miembro activo del proceso de su propia salud. No es extraño que el usuario ahora quiera, o incluso exija, una buena *calidad* en la atención.
- Los usuarios están cada vez más informados, son más exigentes y al enfrentarse a prestadores y aseguradores que les ofrecen opciones diferentes, pueden comparar y escoger. Frente a esto es importante recordar que en investigaciones de mercado se ha demostrado que cada usuario insatisfecho, cuenta, en promedio a otros catorce usuarios lo deficiente del servicio o producto, y, reemplazar a ese usuario que se pierde por un nuevo usuario es cinco veces más costoso que mantenerlo.
- Está demostrado que la "no *calidad*" es muy costosa, puede decirse sin temor que resulta un despilfarro no optimizar los procesos y no establecer en los recursos empleados diferencia entre lo que es sobre-especificación, descuido, lujo, capricho o utopía y lo que es un excelente empleo y una correcta utilización
- Muchas instituciones del sector están trabajando por mejorar su *calidad* y ser más eficientes y productivas, y cada vez va a ser más difícil competir con ellas. En realidad sobran las oportunidades para mejorar la *calidad* y con ello la productividad de la institución.
- La calidad también incide en la esfera ética de la prestación de servicios de salud.

Pese a la importancia de la calidad en los servicios, hasta la fecha se han realizado pocos y desorganizados esfuerzos para mejorar este aspecto. Pensar en calidad en los servicios de salud puede parecer utópico y problemático, cuando en realidad puede representar la solución a muchas de las dificultades que enfrentan actualmente el sistema.

Si se analizan los factores que deterioran la eficiencia global del sistema, se evidencia que el déficit en la planificación posibilita la existencia de instituciones que frecuentemente carecen de las condiciones mínimas para su habilitación, no responden a las necesidades reales de la población y brindan servicios que no cumplen con mínimos estándares de calidad. El desarrollo de una cultura de calidad es una gran inversión, la organización mejora su posición competitiva a través de:

- El incremento de la satisfacción del paciente y de las empresas contratantes
- El aumento de la productividad
- La reducción de costos operativos
- La satisfacción, disposición y motivación del personal, y
- La disminución de riesgos e ineficiencias

La realización de un programa de habilitación y acreditación esta vinculada a una racionalización de la oferta de servicios.

Hasta hace poco, la calidad de la atención médica al paciente se consideraba como un asunto de segunda importancia. En muchos países, la calidad se está transformando en el centro de atención de los gobiernos y de los países. Existe un consenso general en cuanto a que si la atención médica es tan costosa, esta debe ser de la más alta calidad.

Es obvio que:

- A pesar de la situación económica del sector en América Latina y el Caribe esos programas pueden ser llevados a cabo con una infraestructura muy pequeña (En Australia con 17 millones de habitantes y mil hospitales, existen 8 personas en el programa de acreditación). El costo no debería ser un factor disuasivo de estos programas
- Se requiere liderazgo para iniciar los programas y evaluar quienes están interesados

Es claro que en toda la región Centroamericana existe un escaso e incipiente desarrollo de los procedimientos de evaluación de la calidad que responde a diversas causas, ya sea, según el sistema de salud o el modelo de prestación imperante, porque (Acreditación de hospitales para A. Latina y El Caribe OPS/OMS):

- La calidad de la atención médica no ha sido, todavía, considerada prioritaria en las políticas de salud
- Los prestadores de los servicios de salud, tanto a nivel profesional como institucional, han considerado el control de la calidad como un acto contrario a su independencia
- La evaluación todavía no es aceptada como un instrumento de cambio técnico o gerencial

En relación a la **Definición y operativización de los requisitos mínimos y la habilitación:**

Fue necesario al revisar los procesos de aplicación de normas exitosas en todos los países, no perder de vista que cada uno de ellos, tiene su propio contexto y realidad local, los cuales han determinado en forma importante la implementación, el éxito o fracaso y los mecanismos puestos en marcha para su operativización.

En referencia a la implementación de estos procesos, lo que más resalta es el hecho de que en sus etapas iniciales: (Dr. Errol Pickering – Director General, Federación Internacional de Hospitales. Documento presentado en la Conferencia de Garantía de la Calidad, OPS/OMS, Washington, D.C., 1991.)

- Estas normas deben ser simples y abarcar todas las áreas del hospital.
- Ninguna profesión e particular debe sentir que constituye el núcleo para la fijación de las normas.
- Se debe enfocar inicialmente en áreas con problemas particulares ya que permite entender más fácilmente la necesidad de usar, su aceptación y uso
- Cada país desea establecer normas para acreditación "únicas" y no se quieren aceptar normas de otros países que también pueden ser apropiadas. Cada país debe no tratar de "reinventar la rueda", es posible utilizar las normas fundamentales, enmendarlas, adaptarlas y validarlas para su sistema de salud.
- Se requieren consultas a gran escala que involucren activamente en el desarrollo y aceptación de las normas a todas las organizaciones de profesionales de salud. Hay pocas posibilidades de que el programa tenga éxito sino se obtiene el consenso nacional sobre las normas requeridas para la acreditación.

En referencia a la **Acreditación**:

Se deben establecer inicialmente dos cosas: la definición misma de la acreditación adoptada y la definición del camino más óptimo a seguir con dicho proceso, acorde con la realidad y desarrollo del país. Es necesario partir de un sólido fundamento filosófico y conceptual que oriente todas las acciones del proceso, para lo cual es necesario conocer y evaluar las circunstancias particulares para poder definir las posibles organizaciones involucradas en el direccionamiento y operacionalización del proceso (Junta de Acreditación, Organos de Evaluación y Hospitales), las personas encargadas de llevar a cabo el proceso (los evaluadores, los gerentes de hospitales), los medios de verificación (estándares) y el proceso de verificación en sí mismo (ruta crítica, visita de evaluación).

Una particularidad observada es que la acreditación generalmente comienza como un proceso que recoge el consenso de diversos actores del sistema de salud, preferentemente prestadores, frente a la necesidad de asegurar o mejorar la calidad en sus organizaciones. Adicionalmente, se observan dos fenómenos que hacen aun más relevante el trabajo sobre el tema de la acreditación: el primero es la introducción de organizaciones encargadas del aseguramiento o manejo de un sistema de beneficios a unos usuarios y el segundo, más reciente es el discurso de la Responsabilidad Social (Accountability) por parte de los actores sociales del sistema.

En Latinoamérica, es perceptible el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a comienzos de la década de los 90, en la definición de un manual de acreditación y el trabajo permanente de persuasión a los países de la región sobre la necesidad de adelantar un proceso de acreditación que pudiese ser adaptable a las consideraciones específicas de cada país.

Otra particularidad que se observa en los países, es el abordaje previo que tienen al realizar estudios o pruebas piloto en un reducido número de hospitales, antes de iniciar en escala masiva la acreditación de hospitales.

*Barreras y Facilitadores del proceso de Acreditación*: dependen, en buena medida, del entorno social y político de cada país. Entre los aspectos comunes que pueden identificarse están:

Dentro de las *Barreras*, una de las más comunes es el factor financiero. Esto tiene varias representaciones en los países, por un lado está la necesidad de conseguir fuentes de financiamiento para adelantar la Acreditación en un ambiente cada vez más competido y regulado por el control de costos. Por otro lado están los elevados costos que este proceso tiene para los hospitales, como en Estados Unidos.

El gobierno juega un papel bien interesante ya que al tratar de involucrarse como actor principal dentro del proceso puede, y de hecho lo hace, frenar el desarrollo de este proceso, bien sea por tratar de tenerlo en sus manos o legislar un proceso que no amerita, por fundamentos propios de su filosofía, ser legislado (lo que si sucede y es necesario en el caso de la *habilitación*). Así mismo, el gobierno se constituye en barrera cuando este es actor principal como agente regulador y no adelanta dicha regulación, máxime si ya los actores involucrados han aceptado dicho papel estatal, como en el caso mexicano o argentino.

Otra de las barreras mencionadas con frecuencia es la concurrencia y competencia del modelo de acreditación y el modelo de certificación bajo normas ISO, como es el caso de Tailandia y Holanda.

Dentro de los *facilitadores* se encuentran, como elemento para resaltar, el papel que han jugado los agentes aseguradores en los países donde se tiene una separación funcional entre éstos y los prestadores. La presión ejercida por parte de estos actores a través de la contratación con los prestadores de servicios, y la exigencia en demostrar compromiso o procesos de calidad hacen que la Acreditación sea vista como una buena oportunidad, como el caso de Argentina y Estados Unidos. Un segundo fenómeno de importancia frente a los facilitadores es el preponderante y cada vez más creciente factor de la Responsabilidad Social de los Actores (Accountability) y la necesidad de demostrar logros en términos de calidad y seguridad para con los usuarios y terceros actores involucrados, como son los casos de Estados Unidos, Canadá y Brasil.

*Filosofía sobre la cual está fundamentado el proceso de acreditación:* Los sistemas de acreditación tienen, en la gran mayoría de los modelos investigados, una gran tendencia a basarse en la filosofía del Mejoramiento Continuo de la Calidad, el cual es visto como un proceso educativo, que involucra al cliente y sus necesidades, con el fin de excederse en sus expectativas, identificando aquellos puntos del proceso que sean susceptibles de tener mejoramiento en el tiempo. El MCC garantiza que uno de sus puntos centrales es el permanente examen de sus Procesos, de manera Integral, es decir, que un proceso debe involucrar a mucha gente, muchas disciplinas y traspasa las barreras de varios servicios o departamentos en la organización. Adicionalmente, se enfoca en los usuarios o clientes a los que se sirve, ya que la calidad de los procesos se ve necesariamente reflejada en éstos.

*Aspectos comunes en las experiencias de Acreditación:* La acreditación, como proceso orientado al mejoramiento de la calidad tiene una larga historia en los países que pueden ser considerados como pioneros de este fenómeno, los cuales son Canadá y Estados Unidos. Una particularidad es la gradualidad del proceso, es decir, ha sido un proceso que se ha desarrollado progresivamente en el tiempo. En el resto de países investigados los procesos de acreditación comienzan en su mayoría en la década de los 90, excepción hecha de Brasil, Nueva Zelanda y Japón, los cuales inician los primeros acercamientos a la Acreditación a finales de la década de los 80.

Se pueden identificar una serie de aspectos que son comunes a la mayoría de los modelos:

- Es un proceso de *evaluación*, que se hace, primero que todo de manera externa a la organización y como segunda medida, por una serie de pares lo suficientemente entrenados y con experiencia suficiente como para garantizar la objetividad del proceso. El ser un proceso de evaluación lo hace periódico en el tiempo y puede tener o no implícito un ejercicio organizacional interno de autoevaluación.
- El proceso es un *sistema formal*, lo cual implica que tiene unas reglas de juego claras por parte de todos los actores, que reconocen unos niveles de autoridad dentro del sistema mismo y aceptan las decisiones adoptadas. Está basado en un sistema claro de aplicación y medición de normas, incluyendo los estándares, sin ningún tipo de excepción para un participante específico.

- La *Junta de Acreditación*, o como quiera que esta se denomine en cada país, es un actor fundamental, reconocido como el máximo ente rector de todo el proceso y al cual se le reconoce una autoridad moral y técnica para realizar un juicio de valor frente al nivel de acreditación a otorgar a cada institución.
- En general, es un proceso *voluntario*, obviamente se exceptúan de esta generalidad a aquellos modelos donde la acreditación está regulada por el Estado como un proceso de obligatorio cumplimiento por las organizaciones.
- *Los estándares* son el punto de referencia para realizar la evaluación del desempeño de las organizaciones. Estos estándares deben ser conocidos y reconocidos como válidos y alcanzables dentro de las organizaciones, previo al desarrollo de la evaluación.
- La acreditación tiene implícito un *fin*, el cual generalmente conlleva a un mejoramiento de la calidad de la atención a los usuarios.

Unos pocos países, entre ellos México y Argentina, adoptan la filosofía del Aseguramiento de la Calidad. Caso especial merece Suecia, el cual, por ser basado en normas en normas ISO está enfocado en Aseguramiento de la Calidad.

*Legislación específica establecida para el proceso de acreditación:* En relación con este tópico, se observan tres modelos diferentes:

El primero es aquel donde existen procesos legislativos directamente relacionados con la acreditación, en donde se reglamenta la reforma del sector hospitalario, y la conformación de una Agencia Nacional de Acreditación, las bases para la instrumentación del programa y los criterios para la certificación de hospitales, como en el caso de México y Colombia.

En Brasil y Chile, en donde se tienen procesos de acreditación en marcha; sin embargo, en el primero de ellos el Ministerio de Salud creó el programa de Acreditación, pero aún no lo ha reglamentado. En Chile, en donde el programa depende directamente de un grupo de trabajo dentro del Ministerio de Salud se está actualmente debatiendo un reglamento frente al proceso.

Una segunda posibilidad es la de aquellos países en los cuales se cuenta con una legislación no específica de acreditación, pero sí relacionada con sistemas de calidad, que dejan abierta la puerta para que el proceso de acreditación sea visto como un componente básico, no obligatorio. Como ejemplos pueden mencionarse a Holanda y Estados Unidos.

En Estados Unidos, si bien no existe ley específica frente a la Acreditación, y por tratarse de un sistema federado, varios estados equiparan la acreditación llevada a cabo por la *Joint Commission* al proceso de licenciamiento de prestadores como requisito de entrada para aquellos que quieran entrar a prestar servicios a los programas de *Medicaid* y *Medicare*, los cuales son financiados por la *Health Care Financing Administration*.

Una tercera visión, posiblemente la más frecuente, es donde no se tiene ningún mecanismo legal frente al proceso.

*Incentivos:* En relación con este tema, y contrario a lo que se podría pensar, la acreditación no está motivada por factores diferentes al mejoramiento de la organización, o dicho de otra forma, la motivación frente a la acreditación no responde a los incentivos económicos. Quizás los dos incentivos mejor identificados por los países son el Mejoramiento Continuo de los procesos y el reconocimiento que puede lograr la organización como elemento de mercadeo o venta de servicios.

El tercer incentivo que se menciona con mayor insistencia es la capacidad de respuesta que genera la organización frente a los usuarios y la comunidad, como organización comprometida a mejorar en aras de brindar mejores servicios a los usuarios y responder a un objetivo social.

*Junta de Acreditación y Órganos de Evaluación:* Es necesario que exista un ente rector supremo, independientemente del nombre o la forma que adopte (*Junta de Acreditación*), que se encargue de definir las políticas generales del sistema de acreditación en el país. Estas Juntas son las entidades reconocidas formalmente por todos los actores sometidos a la acreditación como el máximo ente del proceso, al cual reconocen y legitiman. Estas Juntas de Acreditación son de carácter nacional y centralizadas.

Existe, por otra parte un fenómeno importante de resaltar en un par de experiencias, en las cuales existe una separación de funciones: De un lado, el diseño de las *políticas* del sistema de acreditación y, de otra parte, el procedimiento *operativo* de la acreditación. Uno de estos casos es el de México en donde existe una Junta Acreditadora Nacional, la cual está determinada por ley y que se encarga de la definición de políticas frente a la acreditación. Adicionalmente, existen 10 empresas independientes dedicadas a la operacionalización del proceso mismo (Organos de Evaluación), cada una de estas con diferentes métodos, estándares, sistemas de reclutamiento y selección de los evaluadores. Estos Organos de Evaluación dependen de la Junta. Caso parecido ocurre en Brasil.

En los Estados Unidos, si bien la mayoría de las organizaciones reconocen a la *Joint Commission* como un ente de la mayor altura, ésta tiene una serie de acuerdos cooperativos con otras organizaciones que acreditan servicios independientes con el fin de no duplicar esfuerzos en la labor operativa de la acreditación.

Una modalidad adicional y muy particular es la de Suecia, en donde también existe la separación funcional entre la Junta de Certificación y 30 agencias evaluadoras. Cabe recordar que el caso de Suecia es el único que se desarrolla bajo normas ISO. En el resto de países estas dos funciones están amalgamadas en una sola institución.

Un caso que también es útil mencionar, debido a su particularidad, es el de Chile, en donde la figura de la Junta de Acreditación existe como órgano funcional de una dependencia del Ministerio de Salud, razón por la cual ha desarrollado su proceso más relacionado con esta figura de dependencia que el de una organización independiente como tal.

*Estándares:* Por lo general el Enfoque de los estándares en los países es mixto (Estructura y Procesos, o Procesos y Resultados). Si bien parecen mezclas, todos sin excepción tienen a los procesos involucrados. Los enfoques tratan de pasar rápidamente de estructuras a procesos, y posteriormente a estos últimos complementarlos con resultados (Canadá y Estados Unidos), no siendo este último enfoque nada fácil de abordar y solo se llega a él después de muchos años de experiencia en el tema y con un sistema de salud maduro en términos de gerencia clínica de las instituciones de salud. Los dos países que con mayor dedicación están trabajando a este enfoque de estándares de resultado son Canadá y Estados Unidos.

Los países investigados optan en su mayoría por niveles de estándares óptimos, o en aquellos donde no son todos óptimos se mezclan estándares mínimos para una serie de servicios y óptimos para otros.

Lo óptimo no debe entenderse como estándares inalcanzables de excelencia que sean imposibles de lograr en los hospitales del país en cuestión, y que no se condueñan con la realidad del mismo. Por lo general se dejan los *estándares mínimos* a los procesos de *licenciamiento*.

*Gerencia de la Información:* En términos generales, la información resultante de este proceso es mantenida como confidencial dentro de todos los países, a excepción de Francia y Estados Unidos. El por qué se mantiene confidencial en varios países puede explicarse dado que la acreditación, independientemente que sea o no voluntaria, no puede asumirse como un proceso de cobertura universal desde sus mismos inicios, es pertinente asumir la posición de mantener como confidencial en las fases iniciales los reportes generados de las visitas, así como aquellos hospitales que teniendo la voluntad de pasar por el proceso no obtuvieron el estatus de acreditado.

*Periodicidad de la acreditación:* La manera mas frecuente de conducir procesos de acreditación en los países encuestados es cada tres años. Algunos países lo utilizan cada dos años y existe el extremo de los cinco años. Estos lapsos podrían parecer exagerados para un proceso de evaluación pero, como ya se comentó, la acreditación parte de procesos de autoevaluación interna de las organizaciones, la cual es una fase en donde la organización se autocalifica frente a los estándares ya conocidos e intenta corregir la deficiencia encontrada entre el estándar óptimo y la situación actual.

*¿La acreditación debe ser voluntaria o impuesta por el Gobierno u otro organismo?:* La experiencia demuestra que deben ser inicialmente voluntarios y que su administración no debe estar en manos del gobierno, ya que los programas se transformarían en inspecciones y las visitas no serían consideradas como un apoyo, ni didácticas. Además deben considerar la estructura organizativa del programa.

### **Aspectos importantes de la Acreditación:**

- “El impacto de los programas de garantía de la calidad es absolutamente insignificante en un país donde no existen programas de acreditación” (Dr. Errol Pickering)
- Motiva procesos de autoevaluación y revisión interna en las instituciones de salud, lo que mejora la comunicación entre áreas y el trabajo en equipo.
- Permite enfrentar y controlar la práctica médica, así como motivar el interés hacia el hospital y la calidad e la atención médica que se brinda.
- Se mejora la moral y la camaradería del personal, motiva al personal al trabajar por un objetivo moral alto “proveer atención médica de alta calidad al paciente”
- Arrastra la Calidad para el usuario interno
- Se eleva el nivel de debate sobre salud, políticas de los sistemas y participación en los procesos.
- Promueve la racionalización de la oferta de servicios mediante un mecanismo de selección basado en la calidad de la atención en salud.
- Permite obtener información útil y monitorear los éxitos y fracasos, así como tomar correctivos y mecanismos de prevención.
- Genera beneficios epistemológicos ya que contribuyen a la difusión del conocimiento dentro del país con respecto a las ideas positivas sobre la práctica clínica y su gestión.



- Los programas de acreditación permiten demostrar a la comunidad, al gobierno, a la prensa y a la opinión pública en general, que las instituciones están preocupadas por la calidad de los servicios que prestan.

#### **Estrategias para la ejecución:**

- La acreditación es un asunto político, no solo a nivel de las profesiones de la salud, sino a nivel nacional. Por lo tanto se debe tener apoyo a todo nivel.
- La ejecución tiene etapas a considerar, primero habrá temor por parte de los profesionales de la salud, se debe tener un tono didáctico y no de inspección. Luego si el hospital es acreditado debe ser de público conocimiento para general un sentido personal de logro. También es una actividad de relaciones públicas para buscar apoyo para realizar la tarea de acreditarse.

#### **Interrelación de los procesos de Acreditación y Licenciamiento:**

La interrelación de estos dos procesos tiene un comportamiento singular. En la mayoría de los países estos dos procesos coexisten pero son independientes el uno del otro; dicho de otra forma, el licenciamiento es un proceso inicial obligatorio de las organizaciones exigido por el Estado, como requisito de entrada al sistema, y la Acreditación como un proceso diferente, posterior y voluntario, que no es exigido por el Estado.

Frente a la anterior discusión existen una serie de casos particulares que vale la pena mencionar. El primero de estos es el de Estados Unidos, en donde la acreditación es equiparable al licenciamiento en varios Estados de la Unión.

El segundo es el de Nueva Zelanda, en donde se está trabajando a futuro entre la Junta de Acreditación de este país y grupos de trabajo conformados entre el gobierno y la industria, en el desarrollo de sistemas de certificación, el cual debe ser tenido en cuenta para el diseño (o rediseño) futuro del sistema de Acreditación.

El tercer caso es el de Argentina, en donde los procesos tienen un grado de interrelación fuerte, siendo requisito el licenciamiento de profesionales y organizaciones para solicitar la acreditación.

#### **Discusión para el caso de El Salvador:**

#### **Definiciones y alcances de metodologías para Calidad y Garantía de la Calidad:**

**Definiciones y alcances de los requisitos mínimos:** Se han identificado elementos críticos que dificultan mejorar los aspectos que inciden en la calidad implícita en la atención que ofrecen los servicios de la red del sistema, entre los que destacan la ausencia de estandarización en la definición de requisitos mínimos o esenciales exigibles a los prestadores de servicios de salud para otorgar la habilitación pertinente y garantizar por parte del MSPAS niveles de calidad aceptables en la atención de los usuarios de los diferentes servicios y la falta de decisión para la formulación de una política que respalde el desarrollo de proyectos orientados a la garantía de la calidad; esto repercute en los niveles decisorios de la red de establecimientos, los cuales al no disponer de instrumentos legales que avalen la aplicación de mejoras en la calidad, se ven frustrados al no responder a las expectativas que espera la población.

Agregado a esto identificamos la falta de una cultura en los recursos humanos, que fomente la práctica de procesos de atención en salud con calidad.

### **Definiciones y alcances de los procesos de Habilitación y Acreditación:**

El proceso de Habilitación de las instituciones de Salud en El Salvador tiene todo un camino por recorrer y mucho más aun si se considera como un paso previo y escalonado a la Acreditación. Actualmente en el país todavía no se instauran procesos de habilitación en la red de servicios ya que a nivel normativo existen serios vacíos en la definición de estándares y/o requisitos mínimos o básicos a nivel institucional que permitan el control objetivo y la evaluación sistemática de los diferentes servicios ofertados por las diferentes instituciones. Tampoco hay procesos de acreditación ya que no existe un ente ajeno a ellas que las acredite con parámetros o estándares avalados para el país y/o la región. Es por esto que las mismas instituciones se autocalifican como adecuadas y no existe un mecanismo de control y regulación por parte del MSPAS que habilite los servicios ofertados institucionalmente con parámetros o estándares avalados para el país.

Esto no implica que El Salvador deba realizar un proceso similar al de otros países, es importante que se piense y valore cuales pueden ser los pasos necesarios, la gradualidad y dinámica propia del proceso y cuáles son los fines que se persiguen con la habilitación y la acreditación. Así mismo, es necesario que se logren identificar las barreras y facilitadores del proceso, en aspectos como los financieros y la estructura de costos del proceso y su impacto sobre la gestión y el ordenamiento de la inversión pública y privada en un esquema donde las organizaciones de salud están preocupadas por las serias limitaciones económicas, las tendencias a la privatización de los servicios y el cambio en el rol del Estado en virtud a los procesos de reforma del sector salud.

En el contexto nacional el proyecto se enmarca en la existencia actual de coyunturas en las que se ven involucradas agencias internacionales, nacionales y países amigos. El esfuerzo se basa en las prioridades que la cartera de salud ha definido para el presente quinquenio, que son la Reforma, la descentralización y la atención primaria en salud, haciendo énfasis en mejorar la calidad de los servicios que se ofertan a la población

Lo primero que debe plantearse el país es ¿cuál es su percepción conceptual frente a la Habilitación y la Acreditación, como se entienden?, ¿cual es su filosofía? (Aseguramiento de la Calidad, Control de Calidad, Mejoramiento de la Calidad) y luego iniciar la discusión de los conceptos para desarrollar el programa en su parte operativa. No hay que olvidar que estas definiciones incidirán sobre el futuro mismo del Sistema de Calidad, ya que diferenciará y complementará sus componentes, guiará la relación del proceso de habilitación con el de acreditación, y también permitirá delimitar claramente el proceso de Acreditación del de *Requisitos Esenciales*, tanto en su parte conceptual como operativa, para buscar siempre la claridad de sus diferencias así como la complementariedad dentro del sistema. La coordinación entre estos aspectos es fundamental en el proceso.

Es necesario definir el papel de la *legislación*, si se debe hacer o no, cuáles son las ventajas y desventajas, qué aspectos del proceso se deben legislar: la habilitación como proceso obligatorio, el gobierno como órgano de habilitación, la acreditación como proceso voluntario u obligatorio, la Junta de Acreditación, Organos de Evaluación, evaluadores, etc.

También es relevante tratar de definir los potenciales *incentivos* que los procesos de habilitación y acreditación puedan tener, y preguntarse si El Salvador debe intentar entrar en el proceso de los incentivos, sean estos legales, económicos (con un proceso nuevo o por el contrario, reforzar los incentivos no monetarios ya comprobados a nivel internacional) o de mercado. Otro actor a considerar dentro de la misma discusión son los prestadores de servicios públicos y privados y los potenciales conflictos de interés que podrían generar.

La *financiación* del proceso es un punto que incide tanto en la sostenibilidad a largo plazo del proceso como en los costos que se generarían y trasladarían a los usuarios del sistema (en este caso los Hospitales).

El proceso de acreditación se hace más o menos complejo de acuerdo con la *Ruta Crítica* (definida como todo el proceso que un hospital experimenta desde el momento de tomar la decisión de aplicar a la acreditación hasta la elaboración del reporte final de la visita de evaluación) que defina el sistema mismo. Dentro de todo este proceso se integran los *estándares*, que como se mencionó en otro aparte son parte fundamental pero no la acreditación per se.

Ya en la parte operativa se necesita pensar en quienes realizarán la verificación de la calidad que las organizaciones dicen tener, y esto obliga a pensar directamente en los *Evaluadores* quienes deberán estar libres de toda confrontación ética o de intereses dentro del sistema y del sector prestador de servicios de salud.

En cuanto a la legislación, se debe fundamentar en tres tópicos:

- Los requisitos de entrada y permanencia de las instituciones en el sistema, entendiendo *requisitos de entrada* a los exigidos por la ley en caso que alguien quiera crear una institución de salud y por *requisitos de permanencia* en el mercado se entiende los requisitos que permanentemente debe estar cumpliendo, so pena de ser sancionado, salir del mercado o permanecer funcionando.
- El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad
- El proceso de Habilitación y Acreditación en el país

## IX. Conclusiones

Para la presentación de las conclusiones, el lector debe entender que es necesario primero evaluar el contexto centroamericano, bajo la presunción de que muchos de los procesos de reforma y calidad, también están motivados por los procesos de globalización, mercados comunes y economías de escala. Luego se presentaran las conclusiones específicas para el caso salvadoreño.

No existen en la Región de **Centro América** esfuerzos unificados y políticas con visión regional que resalten la importancia de realizar procesos de habilitación y acreditación de servicios de salud y generar parámetros de validez general que permitan establecer relaciones entre el costo de las intervenciones a nivel de las instituciones y los beneficios que se esperan de ellas en términos de disminuir la vulnerabilidad en todos sus procesos y actividades. Estos procesos resultan vitales en escenarios como la globalización y los tratados de libre comercio TLC, ya que permiten abrir, penetrar y competir en el mercado de la salud en iguales condiciones.

Aunque hoy por hoy, es evidente la creciente toma de conciencia y el interés multisectorial (Gobiernos, ONGs, Universidad, Sector Privado, etc.) sobre la importancia de la calidad en salud, pero muchos de los gobiernos, menosprecian la relevancia de dichas intervenciones, so pretexto de las limitaciones sociales y políticas, y lo escaso de los recursos económicos de cada país, en especial las del sector social y la salud; aun cuando se sabe por las experiencias internacionales y su análisis de costo efectividad del proceso, que genera beneficios calculables en términos económicos e invaluable en término de vidas humanas protegidas y disminución de las lesiones causadas por procesos asociados a la prestación de los servicios.

Es importante que los países compartan sus experiencias, ya que muchas de las causas de los problemas en referencia a mecanismos de normatización (habilitación – acreditación), son comunes y pueden ser enfrentadas con metodologías similares, generando un efecto que potencia sus iniciativas individuales y una economía de escala en el afrontamiento de dichos procesos. Por ejemplo se podría crear una Comisión de Acreditación a nivel centroamericano que liderara, desarrollara e implementara todo el proceso, iniciando por la misma definición de los estándares.

La discusión sobre si dichos requisitos deben ser exigidos para la Habilidad - Licenciamiento o para la Acreditación está sujeta a la correspondencia existente entre las dos, que plantee cada país en el desarrollo de su Política de Garantía de la Calidad. Si la Acreditación es el mecanismo último para garantizar la calidad y obedece a una decisión voluntaria por parte de los hospitales, se pensaría que el componente de presión u obligatoriedad no sería satisfecho por las instituciones. No siendo así, cuando en dicho mecanismo se establecen parámetros de obligatorio cumplimiento con estándares óptimos. Es por eso, que en teoría, su cumplimiento debe estar sujeto a los procesos de Habilidad ó Licenciamiento para garantizar, previo al funcionamiento de las instituciones, el cabal desarrollo de todos los requisitos exigidos y garantías para un servicio óptimo en situaciones normales y de emergencia.

También es necesario enfatizar en la necesidad de que los gobiernos e instituciones de salud definan los lineamientos estratégicos, planes y programas integrados de Garantía de la Calidad en salud, con el objeto de fortalecer la voluntad política y canalizar los recursos necesarios a fin de posibilitar la implementación y control de dichos procesos. Se debe sensibilizar a los sectores políticos, académicos y profesionales para participar y desarrollar estos procesos y orientarlos principalmente a la satisfacción de los usuarios y así, garantizar procesos más racionales y costo efectivos.

En **El Salvador** existe una expansión de la capacidad instalada asistencial a expensas de establecimientos de infraestructura precaria o por remodelación de edificios construidos con otra finalidad o intención. También existen una gran parte de las instituciones construidas hace bastante tiempo (en las décadas de los 40, 50 y 60) que tienen, no solo un alto grado de obsolescencia, sino un insuficiente mantenimiento edilicio y falta de adaptación a los cambios de la tecnología médica. De este modo surge la necesidad de establecer un piso de calidad y seguridad asistencial, por debajo del cual debe desalentarse la prestación de servicios de salud.

El país está en un "Proceso de Reforma en Salud" bastante largo y con falta de definición en muchos de sus aspectos más esenciales. La Calidad no escapa a esta falta de definición, claridad conceptual, filosofía, alcances y beneficios de su implementación para el país. Es por eso, que la calidad y las metodologías que la garantizan como la *"Habilitación y la Acreditación"*, hacen parte del problema y aparecen con definiciones, en ocasiones bastantes vagas, confundidas o mal interpretadas y un desinterés evidente en la agenda de discusión por los diferentes actores. Adicional existen resistencias para su conocimiento e implementación y se desconoce el potencial de beneficios que pueden traer estas metodologías en términos de costo efectividad y racionalidad en todos los procesos, con el subsecuente beneficio para todos los usuarios del sistema. Usuarios que cada día, a pesar de las limitaciones del Sistema, están obteniendo más información, reclamando y exigiendo sus derechos, en especial el ser tratados dignamente en servicios con demostrada calidad humana y técnica.

Queda claro que aunque la Habilitación y la Acreditación permitirían una racionalización de la oferta de servicios mediante un mecanismo de selección basado en la evaluación de la calidad de la atención en salud, a la fecha las acciones en este sentido, son escasas, aisladas y lo que es más preocupante, no obedecen a una política clara de calidad que la defina, delimite sus alcances y mecanismos de implementación para los servicios de salud del país y tan solo parece responder a una retórica documental.

El Código de Salud actual, es obsoleto y desactualizado, no contempla, ni define en forma clara y precisa cuales deberían ser los requisitos esenciales y las normas para su control en todas las instituciones de salud del país. Las otras normas comparten una suerte similar en el tema en mención y en su mayoría es aplicable solo a las instituciones de salud públicas.

Si asumimos que existen unas definiciones básicas emitidas por el MSPAS que deben ser aprobados una sola vez en el tiempo, con el objeto único de ser legalmente reconocidas con un objetivo social específico y obtener un permiso de funcionamiento (o de entrada al sector – mercado) podríamos homologar en la realidad, este proceso a la Habilitación o Licenciamiento o Autorización de la institución de salud.

En ese orden de ideas, si bien no existe una norma específica, ni un manual para un proceso llamado habilitación ó licenciamiento de Instituciones de salud en El Salvador, si se cuenta con una débil base legal soportada en el *Código de Salud* y el *Reglamento del Consejo Superior de Salud Pública*.

Actualmente en el país todavía no se instauran procesos formales de habilitación en la red de servicios ya que a nivel normativo existen serios vacíos en la definición de estándares y/o *requisitos mínimos o básicos* a nivel institucional que permitan el control objetivo y la evaluación sistemática de los diferentes servicios ofertados por las diferentes instituciones, sean estas públicas, de seguridad social o privadas.

En el tema de Acreditación, hay que notar que dentro de la revisión de la legislación vigente, la total ausencia de cualquier asomo para describir, y aun menos reglamentar, un proceso formal de acreditación en el país. Por lo tanto su avance es casi nulo, ya que desde su misma concepción se tienen serias deficiencias en su definición y filosofía, existen serias confusiones con el proceso de habilitación y licenciamiento y mucho menos se ha avanzado en la operacionalización del mismo. Tampoco se ha avanzado en la definición de estándares óptimos, ni en la definición de un ente acreditador. Es por esto que las mismas instituciones se autocalifican como adecuadas y no existe un mecanismo de control y regulación por parte del MSPAS que “habilite” los servicios ofertados institucionalmente.

Se puede concluir en forma tajante que “No existe hoy por hoy en El Salvador un mecanismo que permita evaluar en forma ordenada y sistemática la calidad brindada en las instituciones de salud”, así como que “legalmente no existe ninguna norma vigente que promueva u obligue un sistema de habilitación, ni acreditación para las instituciones de salud. Se cuenta solo con definiciones básicas muy generales, vagas, parciales y con vacíos de normatividad legal, que a su vez permiten determinar quién participa, y quién no, en la prestación de los servicios de salud. Así mismo, estos parámetros - “requisitos” son solo de entrada y no existe evaluaciones posteriores para determinan la permanencia dentro del sector.

Por otro lado, es muy importante describir que en el “*Proyecto Nacional de Garantía de la Calidad*” se intentó realizar una definición y propuesta de Acreditación para el país, que según toda la literatura revisada, corresponde más a un proceso de habilitación y/o licenciamiento. Todo el desarrollo conceptual de la propuesta, no tiene un piso jurídico que la soporte y permita su implementación

Además, aunque es una buena aproximación a los temas básicos y la apertura de la discusión, no ha tenido el apoyo político, técnico o financiero para iniciar su implementación, desarrollo, procesos normativos, procesos educativos, evaluación y ajustes.

## **X. Recomendaciones**

Una preocupación integral por mejorar la calidad, implica primero, una voluntad política, y la determinación de iniciar un proceso que requiere de una amplia participación y el desarrollo de herramientas para la implementación de cada una de las estrategias que se desarrollen. La calidad debe ser un tema relevante de la agenda del MSPAS y debe estar en consideración en la discusión de los procesos de reforma y modernización del estado.

Es necesario iniciar una revisión amplia de la normatividad vigente, evaluar sus limitaciones, alcances, competencias y proyecciones dentro de los nuevos modelos de servicios promovidos por la reforma. Se debe, en primera instancia, desarrollar normas que se correspondan con la realidad y actualidad que vive el país y el sector salud, para así evitar malas interpretaciones, duplicidad de legislación, inconstitucionalidad y/o vacíos jurídicos que terminen por empeorar la situación.

En forma paralela se debe realizar un diagnóstico de la situación de las instituciones de salud del país, evaluar su real capacidad en infraestructura, técnica y equipo, así como la correspondencia y calificación del recurso humano. Se debe definir en forma inmediata la red de servicios y la respectiva definición de niveles y/o categorización de servicios e instituciones, en términos de la demanda real y potencial.

El tema de requisitos esenciales deberá tener un carácter prioritario. El país no debe abocarse en primera instancia a realizar la Acreditación, ya que este es un procedimiento mucho más complicado y que regularmente es secuencial y posterior a la madurez de los sistemas y procesos de definición de requisitos para la habilitación o licenciamiento de las instituciones de salud.

En este orden de ideas, se sugiere un abordaje que permita implementar en forma adecuada un Sistema de Garantía de Calidad, y aprovechar las lecciones aprendidas de otros países y por el MSPAS son:

En el tema de Requisitos Mínimos o Esenciales:

- Se debe garantizar el desarrollo de los requisitos mínimos o esenciales para permitir el funcionamiento de un prestador de servicios, mediante la determinación y periódica verificación del cumplimiento de estándares críticos para la vida de una persona. El sentido de este proceso es la defensa del usuario, garantizando las condiciones mínimas de calidad. Es una estrategia de obligatorio cumplimiento, que se realiza puntualmente en el tiempo y cuya legislación y administración es responsabilidad del Estado. Este proceso es denominado también habilitación o licenciamiento, en la medida en que son requisitos obligatorios para lograr el permiso de funcionamiento. La obligatoriedad de los requisitos, estará sujeta en su fase de implementación a la generación convenios de gestión y/o de planes de cumplimiento como mecanismo de negociación, concertación, apoyo y compromiso con el proyecto por todas las instituciones prestadoras de servicios de salud.

- En cuanto a la normatividad, es recomendable que el MSPAS lidera la definición de las normas técnicas, científicas y administrativas que constituyen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud y fijé el procedimiento de registro de la información presentada por cada institución.
- Hay que definir los mecanismos que actúan como incentivos de calidad, al estimular una buena atención en salud, y desalentar los comportamientos inadecuados. Ya sea de parte del personal de salud, de los usuarios, o de los administradores. Los incentivos pueden ser de múltiples tipos: legales, de mercado, económicos, de presión social, prestigio, entre otros. Los requisitos esenciales son un típico ejemplo de incentivo legal obligatorio, mientras que la acreditación es un incentivo de mercado voluntario. Son instrumentos permanentes en el tiempo y comprometen a varios niveles y actores del sistema.
- Finalmente, y como otro elemento potenciador del mejoramiento de la calidad en las instituciones, está la creación de un sistema de información al usuario que permita monitorear todos los resultados del proceso de atención en las instituciones de salud.

Del análisis de las experiencias, queda claro que es recomendable iniciar el proceso con un diseño, que tenga un componente legal y direccionador por parte del estado. Luego se debe hacer una propuesta de desarrollo mediante la definición de requisitos - estándares, instrumentos e indicadores. Inmediatamente es necesario hacer una propuesta de organización y los métodos de operación de esos requisitos e instrumentos diseñados. Hay que recordar que todo el proceso debe permitir una discusión y validación permanentes por cada uno de los actores comprometidos.

Adicionalmente se deben mencionar algunos puntos que son muy importantes para el adecuado desarrollo del sistema: los recursos humanos, la política de tecnología; el análisis de la oferta y la demanda y la viabilidad financiera del proceso, políticas de incentivos, entre otros. Todos los procesos deben estar acompañados de un proceso educativo y de información amplio y permanente, que facilite no solo el adecuado conocimiento e información de los proyectos, sino una participación y compromiso mayores por cada uno de los actores involucrados.

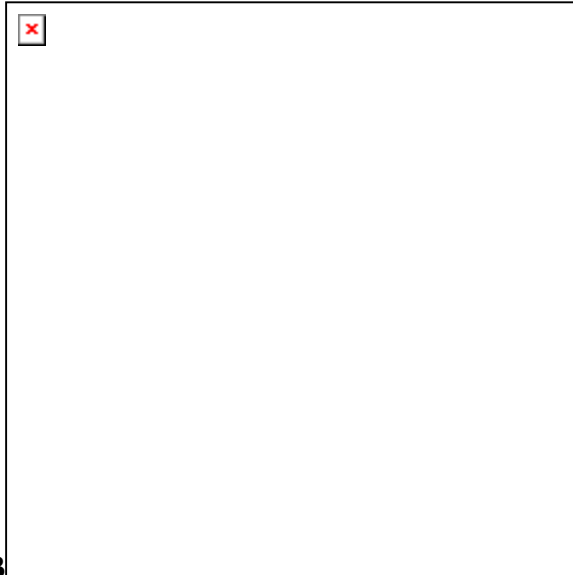
En todo estas etapas, es recomendable tener en cuenta como se han realizado los procesos en otros países, en relación a la definición de requisitos – estándares, habilitación y acreditación, tratando de cumplir con varios objetivos: por un lado no repetir experiencias negativas que puedan ser evitadas conscientemente, por otro lado no privar al país, a la metodología y al futuro del sistema de habilitación - acreditación de un concierto internacional en donde son más las cosas comunes que las diferencias marcadas entre los diferentes modelos, y por ultimo, para no radicalizar las diferentes ponencias sobre el futuro del mismo sistema basado solamente en percepciones particulares sobre el tema con fundamentos conceptuales vagos y distorsionados.



En el tema de acreditación:

- En este punto, es recomendable que el desarrollo e implementación de la acreditación solo sea considerada una vez el país tenga un sistema de habilitación maduro y que de respuesta a las exigencias y/o requerimientos mínimos o básicos para la calidad en la prestación de los servicios de salud. Estos son procesos deben ser escalonados y de un orden lógico y secuencial. Aunque si la voluntad política y el apoyo técnico y financiero lo permiten, se puede ir avanzando en los puntos y definiciones básicas para la acreditación en el país.
- La Acreditación debe constituir una evaluación puntual en el tiempo y a profundidad frente a unos estándares superiores de calidad. Busca generar procesos de mejora de la calidad de la atención al identificar las ventajas y fortalezas, y dar los elementos pertinentes para definir un plan con las oportunidades de mejoramiento. Se configura como un proceso dinámico al que se someten las instituciones voluntariamente. El responsable de la administración y acreditación de las instituciones debe ser una institución de alto nivel técnico no gubernamental. El papel del Estado solo se debe centrar en fortalecer el desarrollo del componente y en avalar el proceso.
- La madurez del proceso de acreditación permitirá determinar que tipo de relación entre habilitación y acreditación existirá, aunque lo más recomendable es que la habilitación se convierta en un requisito previo para solicitar la acreditación.
- Dentro del proyecto de Garantía de Calidad y en referencia a la acreditación, también se debe revisar otras experiencias y lecciones aprendidas, se pueden usar, por ejemplo los principios que la Sociedad Internacional para la Calidad del Cuidado de la Salud (International Society for Quality Assurance in Health Care – ISQUA), la cual definió como aquellos que debían cumplir los estándares usados por los programas de acreditación en el mundo. Estos principios señalan que el éxito en los procesos depende de tener una filosofía clara, de contar con una adecuada dirección y buen soporte de infraestructura y recursos, de tener políticas y procedimientos bien definidos para enfrentar el proceso, de contar con la información adecuada y documentar el proceso.

Finalmente, es necesario que la determinación de políticas y el desarrollo de todos los procesos respondan a políticas y planes programáticos institucionales, con amplio participación y consenso; y que no dependan exclusivamente de las proyecciones temporales de personas o ideologías partidistas de turno. No se puede olvidar que muchos de los procesos responden a tendencias mundiales y a procesos de integración centroamericana, para el cual el país debe prepararse y no ser inferior a las exigencias y retos planteados por estos nuevos mecanismos. La calidad en salud, también hace parte integral toda esta dinámica.



## **XI. Bibliografía**

1. Bolivia. Secretaría Nacional de Salud. Manual de Acreditación de Hospitales de 1996.
2. Brook Robert. Managed care is not the problem, quality is. Jama. Vol. 278; November 19, 1997.
3. Brown Lori, Franco Lynne, Rafeh Nadwa, Hatzell Theresa. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo. Serie perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad. Q.A.Project.
4. Cárdenas, Miguel; Olano, Guillermo. Reforma de la Seguridad Social en Salud: FESCOL, FES, Fundación Corona, Fundación Restrepo Barco, 1992.
5. Centro de Gestión Hospitalaria. Colombia. Página WEB: [www.gehos.co](http://www.gehos.co)
6. Colombia. Ministerio de Salud. Acreditación en salud: un acercamiento a las tendencias internacionales.2000.
7. Colombia. Ministerio de Salud. Manual de Acreditación para Instituciones Hospitalarias.1995.

8. Colombia. Ministerio de Salud. Proyecto de Garantía de Calidad en Salud. Consorcio Centro de Gestión Hospitalaria, Canadian Council of Health Services Accreditation, Qualimed. 2001.
9. Colombia. Ministerio de Salud. Requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud. Res. 00238/1999.
10. Consideraciones y Definiciones para un Sistema de Garantía de La Calidad. Centro de Gestión Hospitalaria. *Revista Vía Salud*. Segundo trimestre de 2.000.
11. Costa Rica. Ministerio de Salud. Manual para la calificación institucional de servicios de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. 1999.
12. Chile. Ministerio de Salud. Evaluación de estándares de atención de hospitales. Acreditación. 1997
  
13. Chile. Ministerio de Salud. Manual de evaluación de estándares de Atención de Hospitales.1997.
14. DiPrete Lori et al. Garantía de la Calidad de Atención de Salud en los Países en Desarrollo. Q.A. Project
15. Donabedis, Avedis. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México: La prensa mexicana, 1991.
16. El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - Joint Commission International. La acreditación como un componente de la modernización en El Salvador. 1997.
17. El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Página WEB: [www.mspas.gob.sv](http://www.mspas.gob.sv)
18. Frenk, Julio. Primary Care and Reform of Health Systems: A framework for the analysis of Latin America experiences. Health Services Management Research. Vol. 5 No 1, March,1992.
19. Gestión Clínica y Atención Centrada en el Paciente. *Revista Vía Salud*. Centro de Gestión Hospitalaria. Número 13, página 2.

20. Harrigan, Mary Loy. Quest for Quality in Canadian Health Care, second edition. Canadá: Quality Improvement, 1995.
21. Honduras. Secretaría de Salud. Normas técnicas para el Licenciamiento de establecimientos de salud. Estándares por Servicio.
22. Imai, Masaki. Cómo Implementar el Kaizen en el Sitio de Trabajo, edición 11. Bogotá: McGraw Hill, marzo de 1998.
23. Joint Commision International. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. La Acreditación como un componente de la Modernización en El Salvador. 1997
24. Malagón Londoño, Galán Morera. Garantía de la Calidad en Salud. Edit. Panamericana. 2001
25. Marracino, Camilo J.M. Programa de Acreditación de Establecimientos Hospitalarios en Argentina.
  
26. México. Secretaría de Salud de México. Permiso Sanitario de Construcción..2000
27. Nicaragua. Ministerio de Salud - Intendencia Nacional de Hospitales. Manual de Acreditación de Clínicas y Hospitales. 1996.
28. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Fundamentos para la mitigación de desastres en establecimientos de salud. Serie Mitigación de Desastres. 2000.
29. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Guías de diseño hospitalario para América Latina. Isaza, Pablo.1991
30. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. La Garantía de Calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. HSD/SILOS-13. 1992
31. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Memoria: Lecciones Aprendidas de los Terremotos del 2001 en El Salvador. Sector Salud. 2001
32. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Lecciones Aprendidas en América Latina de Mitigación de desastres en Instalaciones de salud.

Aspecto de Costo – Efectividad. Departamento de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas.1997

33. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS
34. Perú. Ministerio de Salud. Guía para la Aplicación del Manual de Acreditación de Hospitales.1996
35. Perú. Ministerio de Salud. Manual de acreditación de Hospitales y Guía de aplicación. 1997
36. Piura López, Julio. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Cuarta Edición. Publicación Científica de Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES. Nicaragua. 2000
  
37. Proyecto Garantía de la Calidad. Reporte Final Revisión Internacional de Experiencias de Acreditación de Organizaciones de Prestación de Servicios de Salud. Centro de Gestión Hospitalaria, CCHSA, Qualimed. Colombia. 2000
38. QAP. Noticias del Proyecto de Garantía de Calidad. Vol. 8 No. 2. 1999.
39. República Dominicana. Reglamento General de Hospitales Decreto No. 351.99. Santo Domingo.
40. Rooney Anne, Van Ostember Paul. Licenciatura, Acreditación y Certificación: Enfoques para la Evaluación y Administración de la Calidad de los Servicios de Salud. USAID. 1999
41. Ruelas Enrique Sobre la Calidad de la Atención a la salud. Conceptos, Acciones y Reflexiones. Gaceta Médica de México.1994.
42. Sánchez, Héctor. Mecanismos de regulación de los sistemas de salud en Innovaciones de los sistemas de salud: Una perspectiva internacional. México: Editorial Medica Panamericana – Fundación Mexicana para la Salud. 1995.
43. Uruguay. Programa de Garantía de Calidad y Acreditación. 1996

44. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Manual de estándares e indicadores para la acreditación de servicios de salud. 1996.
45. USAID/PHR/PRIME II/ASDI/OPS. Versión preliminar del Estudio de línea de base de la situación de establecimientos de atención médica con relación a requisitos indispensables de Licenciamiento en el área de atención obstétrica en Honduras.

## XII. ANEXOS

Anexo No. 1

### Matriz de obtención de la información

Componente	Fuente	Método o Técnica	Instrumento
Modelo real	Documentos de Reforma en El Salvador, Normatividad vigente en referencia a permisos, licencias, habilitación y/o cualquier norma al respecto, para servicios o instituciones de salud en el país. Código de Salud. Experiencias de actores claves y determinantes en el proceso	Revisión bibliográfica y documental Investigación por Internet Entrevistas a actores claves	Guía de análisis de contenidos Guía de entrevistas

Tendencias de la calidad en salud	Documentos y bibliografía sobre: Teoría de Calidad y Garantía de Calidad, Habilitación, licenciamiento y Acreditación de instituciones de salud. También teoría sobre los procesos normativos y regulatorios seguidos en la implementación de la calidad en diferentes países.	Revisión bibliográfica y documental Investigación por Internet	Guía de análisis de contenidos
Modelo propuesto	Documentos de Reforma en El Salvador, Normatividad vigente para habilitación de instituciones en el país y experiencias previas en el tema en el país.	Revisión bibliográfica y documental Investigación por Internet Entrevistas a actores claves	Guía de análisis de contenidos Guía de entrevistas

Anexo No. 2

**Guías de análisis de contenidos**

La revisión bibliográfica, documental y por Internet, busco evaluar y recolectar información acerca de:

- Generalidades y conceptos de Calidad y Garantía de Calidad
- Metodologías para evaluar y garantizar la calidad en los servicios de salud
- Definición de Estándares y/o Requisitos Mínimos
- Definición de Habilitación, mecanismos normativos y metodología
- Definición de Acreditación, mecanismos normativos y metodología
- Inter - relación de los procesos y metodologías
- Responsables y Evaluadores de los procesos y metodologías.
- Lecciones aprendidas de cada experiencia. (facilitadores y barreras)

Los países documentados dentro de la revisión bibliográfica fueron:

América Latina y El Caribe:

- Argentina
- Uruguay
- Brasil
- Chile
- Perú
- Venezuela

- Bolivia
- Colombia
- México
- Nicaragua
- Honduras
- República Dominicana
- El Salvador

Otros países:

- Estados Unidos
- Canadá
- Australia
- Gran Bretaña
- Francia
- Holanda
- Nueva Zelanda
- Suecia

Asia:

- Corea del Sur
- Japón
- Tailandia
- India

### Anexo No. 3 **Guía de Entrevistas**

Las entrevistas fueron realizadas a actores claves en el proceso, tanto a nivel central del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Estas entrevistas se desarrollaron a través de preguntas generadoras muy similares a las planteadas para la Guía de Análisis de Contenidos, en resumen se preguntó acerca de:

- Conceptos y apreciación técnica sobre la Calidad y Garantía de Calidad
- Conocimiento de Metodologías para evaluar y garantizar la calidad en los servicios de Salud
- Conocimiento sobre la existencia de algún proceso normativo en referencia a:
  - Legislación para apertura, funcionamiento y evaluación de las instituciones prestadoras de servicios de salud
  - Definición de Estándares y/o Requisitos Mínimos
  - Definición de Habilitación, mecanismos normativos y metodología
  - Definición de Acreditación, mecanismos normativos y metodología



- Responsables y Evaluadores de los procesos y metodologías.
- Conocimiento de experiencias previas en referencia los temas en mención.
- Experiencias y/o lecciones aprendidas para el país
- Recomendaciones para los procesos.

En este punto es necesario aclarar, que en los talleres realizados por este autor, bajo la tutela de la Organización Panamericana de la Salud (2000- 2001) sirvieron como un excelente punto de referencia y lugar ideal para conocer la concepción y perspectiva de muchos actores claves en el proceso, en especial de los prestadores de servicios de salud, como el caso de los gerentes de los Hospitales Públicos y sus equipos técnicos institucionales.

Anexo No. 4

**Listado de Decretos que reformaron la "Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones de la Salud" Decreto No. 2699 de 28 de Agosto de 1958**

- D.O. Nº 168, 10 de Septiembre de 1958
- D.L. Nº 2943, 14 de octubre de 1959
- D.O. Nº 197, T. 185, 28 de octubre de 1959
- D.L. Nº 3102, 20 de julio de 1960
- D.O. Nº 140, T. 188, 27 de julio de 1961
- D.L. Nº 19, 8 de febrero DE 1961
- D.O. Nº 30, T. 190, 13 de febrero DE 1961
- D.L. Nº 366, 27 de octubre DE 1961
- D.O. Nº 200, T. 193, 1 de noviembre de 1961
- D.L. Nº 523, 21 de octubre DE 1969
- D.O. Nº 222, T. 225, 28 de noviembre de 1969.
- D.L. Nº 538, 25 de mayo de 1978

- D.O. Nº 108, T. 259, 12 de junio DE 1978
- D.L. Nº 357, 21 de marzo DE 1985
- D.O. Nº 75, T. 287, 23 de abril de 1985
- D.L. Nº 591, 12 de febrero DE 1987
- D.O. Nº 43, T. 294, 4 de marzo de 1987
- D.L. Nº 617, 12 de marzo de 1987
- D.O. Nº 50, T. 294, 13 de marzo de 1987
- D.L. Nº 646, 12 de marzo de 1987
- D.O. Nº 50, T. 294, 13 de marzo de 1987
- D.L. Nº 233, 23 de abril de 1992
- D.O. Nº 84, T. 315, 11 de mayo de 1992

Anexo No. 5

**Lecciones de la Experiencia Mexicana en Acreditación de Hospitales**  
**Extracto del documento: "La acreditación de hospitales: la experiencia de México".**

Enrique Ruelas-Barajas. *Presidente Ejecutivo de Qualimed Corp.* Ofelia Poblano-Verástegui. *Directora de Operaciones de Certificasalud, S.C. Empresa Especializada del Grupo Qualimed Corp.*

**Algunas lecciones aprendidas:**

**Incentivos y obstáculos:** subsidio económico ha sido quizá el principal incentivo para realizar la evaluación en estas primeras etapas. Otros incentivos que han operado, aunque quizá en menor medida ya que son más específicos para el sector privado, son el reconocimiento público de calidad en la prestación de servicios y la expectativa de obtener ventajas frente a los terceros pagadores (situación que todavía no se materializa).

En el Reglamento para las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (organizaciones en alguna medida equivalentes a las EPS) recientemente publicado, se

establece como condición para la contratación de hospitales que éstos se encuentren certificados. Además, los hospitales certificados ahora pueden usar el logotipo de "Hospital Certificado" en su publicidad.

Los principales obstáculos que han entorpecido la realización de la evaluación, aún cuando el hospital se encuentre inscrito ante la Comisión desde el inicio del programa, son factores estructurales y económicos. En el caso del sector privado la deficiente estructura física y organizacional, así como en recursos humanos calificados, situaciones reconocidas por ellos mismos, los han hecho diferir el proceso para prepararse adecuadamente.

En el sector público, los factores que han diferido la evaluación son varios. Entre ellos, la escasez de recursos humanos y materiales, así como los procesos administrativos internos, específicamente la dificultad para liberar el 44% del costo que les corresponde pagar. Ello seguramente ha determinado la baja respuesta hasta el momento en las Instituciones de Seguridad Social (IMSS e ISSSTE) aún cuando, como se mencionó, han estado inscritos desde un principio.

Dado el número de hospitales inscritos, el Consejo de Salubridad General decidió prolongar el subsidio hasta noviembre del 2000. No obstante, en los meses posteriores la inscripción no se incrementó al mismo ritmo. La lista a junio de 2000 incluía 556 hospitales en total (ya dictaminados, ya evaluados y no dictaminados, y aún no evaluados).

**Ventajas y desventajas del modelo:** el modelo mexicano con participación oficial y privada presenta tanto ventajas como desventajas. Entre las primeras se encuentra la nula necesidad de crecimiento en la administración oficial, esto es, con el mínimo de personal se puede realizar la coordinación del programa, sin invertir en una plantilla permanente de evaluadores y personal administrativo que además tendría que ser capacitado.

Otra ventaja, en este caso de contar con agencias autorizadas, es que si se llegaran a presentar actos de corrupción por parte de alguna de estas agencias, ésta podría ser suspendida de inmediato sin poner en riesgo la credibilidad de la Comisión.

Quizá la principal desventaja ha sido hasta ahora la variabilidad en la metodología a aplicar. Si bien el instrumento de evaluación es el mismo, la falta de capacitación exigida por la Comisión y el tipo de profesionales involucrados (no siempre con suficiente experiencia) determinan una variación metodológica no controlada. Algunas agencias cuentan únicamente con personal médico, otras tienen equipos multidisciplinarios con profesionales de la salud, otras han operado con personal sin experiencia en el sector salud (por ejemplo, evaluadores de ISO para la industria) además de que existen diferencias en el tiempo dedicado a la evaluación (por ejemplo, se han identificado variaciones que, para hospitales parecidos, van desde 1 día hasta 4 semanas). La forma para haber evitado esta escasa estandarización hubiese sido que la Comisión determinara la metodología de trabajo y hubiese exigido la capacitación obligatoria de los evaluadores.

**Ventajas y desventajas de los cambios metodológicos durante el proceso:** Mantener la dinámica de mejora continua en la certificación es benéfica para el proceso mismo; sin embargo, hacer cambios demasiado frecuentes o rápidos tiene también desventajas. Los cambios metodológicos mencionados para realizar el dictamen hacen

inconsistente la comparación de los hospitales evaluados bajo los diferentes procesos. El modelo deberá permanecer sin cambios durante el tiempo suficiente como para realizar una primera evaluación del resultado de los hospitales evaluados hasta proponer cambios basados en análisis estadísticos y cualitativos suficientes.

**Permanencia de los miembros en la Comisión:** La estabilidad del grupo de trabajo inicial se ha visto alterada por la poca constancia de algunas de las instituciones que la conforman. Los representantes no siempre son los mismos y se han incluido algunas instituciones, que inicialmente no se encontraban representadas en la Comisión. Estas modificaciones parecen haber generado cambios de opinión y de decisión al interior de la misma, más aún, cuando no existe un proceso de inducción para los miembros de dicha Comisión.

**Permanencia del subsidio:** La administración del actual Ministerio de Salud termina su periodo en noviembre de este año. Por ello, existe incertidumbre hacia la permanencia del incentivo económico que ha facilitado el proceso de certificación como consecuencia del ingreso de un nuevo gobierno. Por otra parte, a la fecha pareciera que el subsidio ha perdido su capacidad para motivar a quienes, a pesar de éste, se saben con severas deficiencias que requieren importantes inversiones, antes de someterse al proceso de evaluación para ser certificados.

**Permanencia del programa:** Al igual que en el caso anterior, la permanencia del programa requiere de voluntad política y de respuesta positiva del sector salud. La baja en el ritmo de inscripción al programa, aunada a la casi nula promoción que tiene actualmente, con seguridad influirá en el análisis de resultados y la decisión de su permanencia.

**Impacto en el sector salud y en la sociedad:** Hasta el momento, el programa es reconocido principalmente en el ámbito del sector público y del de los hospitales privados más conocidos, y no en todo el país. Existe aún mucha desinformación e incluso información errónea que no facilita la difusión del programa.

Los hospitales que han obtenido su certificación lo promocionan; sin embargo, los usuarios desconocen realmente los beneficios que esto representa para ellos. La Comisión de Certificación de Hospitales no ha hecho públicos los resultados (se han publicado extraoficialmente a instancias de los medios de comunicación, las agencias evaluadoras y los propios hospitales). La sociedad aún no se encuentra suficientemente educada para reclamar sus derechos como consumidor y como paciente para hacer necesaria la notificación oficial de cuáles hospitales han sido certificados y cuáles no.

En conclusión, la experiencia de la acreditación de hospitales en México ha sido hasta ahora, per se, muy enriquecedora. Los efectos logrados deberán ser evaluados rigurosamente con la suficiente perspectiva histórica. Los errores, corregidos cuanto antes.

Organigrama



<b>HOSPITALES EVALUADOS EN EL PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES.</b>			
<b>Septiembre 1999- Mayo 2000</b>			
		<b>DICTAMINADOS N=164</b>	
<b>TIPO DE HOSPITAL</b>	<b>HOSPITALES EVALUADOS N=219</b>	<b>CERTIFICADOS N=139</b>	<b>NO CERTIFICADOS N=25</b>
General de hasta 30 camas	67 34 SSA 13 Pemex 20 Privados	47	13
General de más de 30 camas	48 30 SSA 2 Pemex 14 Privados 1 IMSS 1 ISSSTE	39	7
Especialidad(es)	52 23 SSA 26 Privados 3 Pemex	43	5

<b>DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALES CERTIFICADOS SEGÚN ETAPA DEL DICTAMEN</b>				
FECHA DEL DICTAMEN	HOSPITALES PRESENTADOS	HOSPITALES CERTIFICADOS	HOSPITALES NO CERTIFICADOS	PORCENTAJE DE CERTIFICACIÓN
Primera Etapa Febrero de 2000	118	111	7	94
Segunda Etapa Mayo de 2000	46	28	18	60.8

Fuente. Certisalud y Consultores en Salud e Imagen. 2000.

HOSPITALES EVALUADOS EN EL PROGRAMA NACIONAL DE CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES (Septiembre 1999 – Mayo 2000)					
UBICACIÓN	PEMEX	PRIVADO	SSA	TOTAL	PORCENTAJE
BAJO		8	4	12	7%
CENTRO	2	11	19	32	20%
ZMCM		17	8	25	15%
NORTE	4	22	44	70	43%
SUR	3	0	0	3	2%
SURESTE	8	1	13	22	13%
TOTAL	17	59	88	164	100%
PORCENTAJE	10%	36%	54%	100%	

Fuente. Certisalud y Consultores en Salud e Imagen. 2000.

## **La Acreditación y la Normatividad ISO**

Revisando los trabajos de Guillain (1995), Canadian Council (2000), Shaw (1997) y Godfrey (1997) se puede concluir que existen una serie de similitudes y diferencias, las cuales son abordadas de manera conjunta a continuación.

**Ambas son voluntarias.** Si bien existen algunas normas, sobre todo en el Mercado Común Europeo para el caso de la Certificación de algunos equipos biomédicos, la decisión de certificarse por una organización depende única y exclusivamente de una decisión interna. También es importante mencionar que algunos de los autores ven a la certificación más como un requerimiento contractual por parte de los evaluados que como un proceso de automejoramiento organizacional, tal y como lo pretende la Acreditación.

**Ambas son realizadas por agencias externas,** pero, para el caso de la Certificación, deben ser Acreditadas por una organización de nivel superior con poder para realizar tal fin (así como a sus evaluadores), que para el caso de la Acreditación esta agencia puede ser legitimada por la representación de los actores interesados en su Junta Directiva, sin necesidad que exista un órgano de carácter superior.

**Ambos usan estándares,** pero estos tienen una diferencia muy grande. Mientras los estándares de acreditación son diseñados por cada una de las Juntas de Acreditación, los de certificación son desarrollados en el ámbito internacional por la International Organization for Standardization (ISO). Estos últimos estándares son diseñados preferiblemente para empresas de producción o manufactureras diferentes a las de salud, y por lo tanto pueden ser aplicados a una gran variedad de estas; Por su parte, los estándares de acreditación son diseñados específicamente para salud. Así mismo, los estándares ISO pueden tener diferentes versiones o variedades (ISO 9001 - 9002 - 9003), mientras que en salud el manual a aplicar es uno solo. Esta diferencia hace que la certificación bajo normas ISO sea avalada internacionalmente, mientras que en salud la Acreditación, por el momento, solamente es válida dentro del país donde se encuentre la institución.

**Ambos confieren un certificado,** que no es más que la medida cualitativa de la confrontación de los estándares frente a la realidad. Ahora bien, en la certificación esta medida se da sobre "productos" o servicios específicos de la empresa evaluada, mientras que este enfoque en salud está siendo dejado atrás, en busca de un enfoque más integral, en donde lo que se acredita es la totalidad de la organización. Dicho de otra manera, la certificación bajo norma ISO certifica que el sistema de calidad para la generación de un producto funciona, más no significa que el sistema de calidad de la empresa funciona, significa además que la calidad del proceso está asegurada más no se certifica la calidad del producto final.



En este orden de ideas, resulta difícil la homologación de un producto para el caso de una organización en salud. Si bien existen aún algunos casos donde se pueden acreditar servicios específicos del hospital (como en el caso de Holanda), este esquema no es de gran uso.

**Ambos tienen una base filosófica dentro de la sombrilla de la calidad.** Para el caso de la Certificación esta es la del Aseguramiento de Calidad, mientras que para la Acreditación existe la gran tendencia de basarse sobre el Mejoramiento Continuo de la Calidad.

**Ambos responden a factores de justificación** que están más allá de los límites organizacionales. La cada vez más creciente presión de grupos organizados que impulsan la rendición de cuentas por parte de los agentes prestadores de servicios hace que se justifique diseñar y poner en práctica sistemas de evaluación que pueda diferenciar a unos de otros frente a los ojos de los usuarios.

Si bien pareciera que las diferencias son tan radicales entre uno y otro modelo que no los hacen compatibles de coexistir dentro de una misma organización o sector, la verdad es que éstas pueden coexistir dentro de una organización en salud. No difiere para nada el que un Laboratorio clínico o de patología, o el servicio de autorizaciones de una EPS, sean certificados bajo norma ISO, a que la organización como un todo pueda estar acreditada bajo un enfoque diferente.

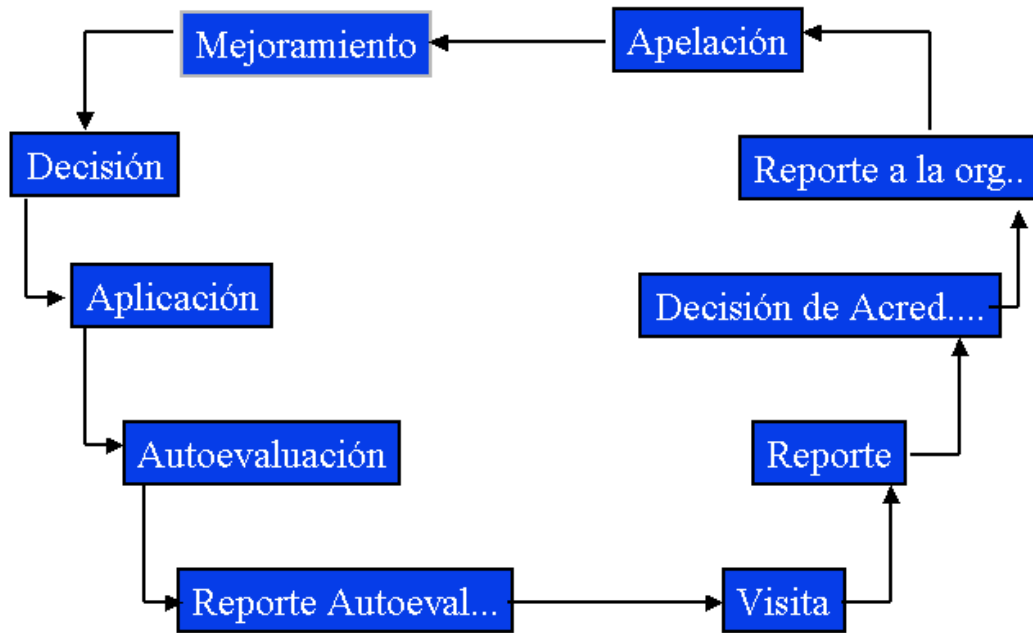
## **Ruta Crítica de un proceso de Acreditación**

*Documento del Centro de Gestión Hospitalaria de Colombia.*

Una Ruta Crítica más o menos típica puede ser así:

- Voluntad de acreditarse por parte del prestador: es una decisión interna de la alta gerencia a la cual solo se llega en el momento de poder asumir un juicio objetivo de su desempeño y un compromiso con procesos de calidad.
- Aplicación a la acreditación: es un proceso formal por parte del potencial acreditado ante la Junta de Acreditación.
- Autoevaluación: si bien no todos los modelos lo exigen como parte documental de soporte antes de la visita de evaluación, sí se nota la tendencia a que los prestadores se confronten con los mismos estándares con los cuales serán evaluados
- Presentación de reporte de autoevaluación ante la Junta Acreditadora o decisión final de visita de evaluación: una vez adelantado el proceso de autoevaluación se acuerda con la Junta Acreditadora la fecha probable de visita, el tiempo de duración de la visita y los evaluadores. Aquí es factible que la organización prestadora objete los evaluadores.
- Visita de evaluación: la cual es la verificación del grado de cumplimiento de la organización frente a los estándares conducido bajo criterios definidos para los evaluadores. Esta es vista como la confrontación entre una calificación dada por la misma organización a cada uno de los estándares y criterios con la de los evaluadores, es por tanto una visita corta (no más de 4 días para organizaciones de gran complejidad).
- Reporte de Acreditación: Después de la Visita, se redacta el documento final de la misma, el cual es sometido a un consejo o comité de acreditación dentro de la junta (en caso de existir esta figura), la cual decidirá el status a conceder a la organización aplicante.
- Confirmación del reporte a la organización: a través de un mecanismo formal se hace conocer a la institución prestadora cuál fue el resultado final de la visita. En caso de ser afirmativa (Acreditado) se le concede un sello o distinción que podrá hacer público, en caso contrario se le sugerirá cuáles son las recomendaciones a seguir y si habrá o no una visita posterior para verificar su corrección. Este reporte lleva consigo algún criterio de confidencialidad, como se mencionó antes.
- Apelación: es factible que la organización prestadora no esté de acuerdo con la calificación obtenida; si esto es así, podrá apelar tal resultado ante la Junta de Acreditación. Esta debe asegurar a todos los aplicantes, antes que comience el proceso, que existen mecanismos objetivos e independientes para realizar dicha función.
- Proceso de mejoramiento en las organizaciones: una vez finalizado el proceso es usual que la organización deba implementar procesos de mejoramiento, independientemente de si fue acreditada o no.

En la siguiente gráfica se muestra una representación del proceso de la acreditación.



Los costos del proceso de acreditación varían enormemente entre países, ya que reflejan directamente los costos de los servicios asociados al proceso. En países como Chile, debido a que el proceso depende del Ministerio de Salud las tarifas de acreditación son bajas (550 dólares la visita), pero en otros países como en el caso de Estados Unidos los servicios que se prestan alrededor de todo el proceso hacen que los costos aumenten, dependiendo directamente de la complejidad de la organización. Los costos en este país varían 7.500 y 40.000 dólares americanos.

## **Las tendencias en las reformas de sistemas de salud, sus actores y sus relaciones**

Estas reformas además están sustentadas por una serie de factores plenamente identificados que inciden en la necesidad de afrontar cambios, estos factores podrían resumirse de la siguiente manera:

- Inequidad.
- No Universalidad.
- Ineficiencias del sector.
- Carencia de control sobre el sistema por parte del usuario.

Adicional a las anteriores razones, existen otras, tales como:

- Epidemiológicas. En casi todos los países del mundo se están viviendo cambios demográficos, bien sea por incremento o decremento en la población. Así mismo se están viviendo cambios en la pirámide poblacional y en los patrones de morbi – mortalidad, representado por presencia de enfermedades más crónicas y de una transición de mortalidad a morbilidad
- Políticas. La visión de cambio en muchas constituciones nacionales, pasando de una visión de salud como **"Caridad Pública"** por la de **"Derecho Constitucional Irrenunciable"**
- Ideológicas. La llamada "Nueva Derecha" insiste en tópicos como que el gobierno es ineficiente, que se debe dejar a la fuerza del mercado la provisión de servicios y solo actuar en casos de Inequidad social y generación de subsidios.

Si bien no existen **"recetas"** sobre cómo se reforman los sistemas sanitarios para lograr copar tales circunstancias, si hay una serie de tendencias acerca de qué cosas encarar dentro de una reforma, dándole a cada país la autonomía de adaptarlas a sus condiciones específicas. Estas tendencias, bajo el enfoque y la visión de Poullier (1997) se pueden resumir así:

- Se separan y especializan el negocio del aseguramiento de las contingencias en salud del negocio de la provisión de los servicios de salud. Es importante anotar que no se habla aquí si estos actores deben ser de carácter público o privado.
- Se introduce un sistema de competitividad entre los actores del sistema, tanto entre los aseguradores como entre los prestadores, tratando de mezclar los actores públicos con los privados, bajo un enfoque donde no existan prerrogativas para el uno o para el otro.
- Se busca dejar al Estado directamente responsable de la regulación o modulación del sistema, quitándole de encima el peso de la prestación directa de servicios a través de una red de instituciones que dependen directamente del Ministerio de Salud.

- Se le da un cierto grado de autonomía a las instituciones con el fin de poder asimilarlas a un manejo gerencial más parecido al de la empresa privada.
- Se define un paquete básico de beneficios en salud, al cual todo el mundo tiene derecho a que le sea brindado.
- Se introducen mecanismos de fijación de prioridades con el fin de hacer más eficiente la asignación del gasto en salud.
- Se introduce un sistema de rendición de cuentas sociales (*Accountability*), para que cada actor sea responsable de sus acciones y cada uno pueda exigir derechos conferidos por el sistema mismo.
- Se pretende lograr una universalidad en el acceso al sistema, sin que medien barreras de Inequidad social, económica, o estado actual y pasado en salud.
- Se busca lograr la calidad, no solo del servicio con el cual se atiende al usuario, sino de una calidad de vida
- Se reorientan los niveles de prestación de servicios, concediéndole mayor importancia al médico general así como a la salud pública.

Se le da al usuario el poder de elección del asegurador y de los prestadores de servicios de salud. Aquí se desarrolla un esquema de trabajo basado en la demanda y que en algunos países anglosajones ha sido bautizado como "el dinero sigue al paciente" (*Money Follows the Patients*).