



MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

BASES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS)



*Movilizados por
el derecho a la Salud y la Vida*

Serie: Documentos Técnico-Normativos

**LA PAZ - BOLIVIA
2008**



**MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES**

BASES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS)

**Movilizados por el Derecho
a la Salud y la Vida**

Serie: Documentos Técnico – Normativos

**LA PAZ - BOLIVIA
2008**



AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Ramiro Tapia Sainz
Ministro de Salud y Deportes

Dr. Juan Alberto Nogales Rocabado
Viceministro de Salud

Nat. Emilio Cusi Alvarez
**Viceministro de Medicina
Tradicional e Interculturalidad a.i.**

Prof. Miguel Aguilar Egüez
Viceministro de Deportes

Dr. Igor Pardo Zapata
Director General de Salud

Dra. Jacqueline Reyes Maldonado
Jefa Unidad de Servicios de Salud y Calidad

PRESENTACION

En concordancia y complementación al Plan de Desarrollo Sectorial 2006 - 2011, que se constituye en el “referente de las políticas, estrategias y prioridades” del sector; presentamos el documento “Bases para la Organización del Proyecto Nacional de Calidad en Salud – PRONACS”. Este define lineamientos fundamentales para el diseño y puesta en funcionamiento de una estructura que, a través de la CALIDAD, asumida como doctrina “**del hacer bien con bien**”, penetre en la esencia misma del sector salud con todos y cada uno de sus subsectores e instituciones dependientes, constituyéndose asimismo en el principio básico y común que los relacione y articule, para la construcción de un verdadero **Sistema Nacional de Salud**, único, integrado, y descentralizado donde sea posible el cumplimiento del **Seguro Universal de Salud** y del **Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural**.

Con tal propósito, las medidas de cambio que se proponen, solo podrán cumplirse con un trabajo sostenido, participativo, consensuado y liderado por un Ministerio de Salud y Deportes que ejerza su rol rector, basado en **normas únicas** para todos los centros asistenciales de salud. Obviamente adecuadas a las características propias de los niveles de atención que les pudiera corresponder en la red articulada de servicios, e independientemente de cuales sean las instituciones orgánicas a las que dichos servicios pertenecen.

Para una mejor comprensión de este documento, a más de un breve marco referencial relacionado, se describen antecedentes inherentes a la gestión de la calidad, las bases doctrinales de la misma, y el componente instrumental operativo que garantice su aplicación general y cumplimiento continuo, con carácter intercultural, de género y generacional.

Con estas consideraciones, hago votos porque la calidad se implante definitivamente en los servicios de salud, cumpliendo satisfactoriamente las expectativas y requerimientos de la población.



Dr. Ramiro Tapia Sainz
Ministro de Salud y Deportes

La Paz, Noviembre de 2008.



Resolución Ministerial 00090

26 FEB. 2008

VISTOS Y CONSIDERANDO

Que, la Constitución Política del Estado en su Art. 158° establece que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población... Concordante con ello, el Código de Salud de la República de Bolivia, determina en su Art. 2° que la salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad;

Que, el inciso d) del artículo 4.- de la Ley N° 3351 de Organización del Poder Ejecutivo, señala entre las atribuciones específicas del Ministro de Salud y Deportes : Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los subsectores de seguridad social a corto, público y privado, con y sin fines de lucro;

Que, la Unidad de Servicios de Salud y Calidad de este Ministerio ha elaborado una serie de normas e instrumentos concernientes a la gestión y atención de calidad a ser cumplidas en el Sistema Nacional Único y el Modelo de Atención Familiar Comunitario e Intercultural de Salud;

Que, mediante nota CITE MSyD/VM-0311/008 de fecha 14 de febrero de 2008, el Sr. Viceministro de Salud, instruye la elaboración de una Resolución Ministerial que valide los documentos normativos elaborados por la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, mismos que serán difundidos en el ámbito nacional para su aplicación;

Que, el artículo 87 del Decreto Supremo N° 28631, en su literal a), entre las funciones del Sr. Viceministro de Salud, establece la de proponer políticas, reglamentos e instructivos para supervisar el Sistema Nacional de Salud, promoviendo su desarrollo integral.

POR TANTO,

El Sr. Ministro de Salud y Deportes, en ejercicio de las facultades otorgadas por la Ley 3351,

RESUELVE,


ARTICULO PRIMERO.- Aprobar y poner en vigencia los siguientes documentos, que en anexos forman parte integrante de la presente Resolución:

- **BASES PARA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS)**
- **MANUAL DE AUDITORIA EN SALUD Y NORMA TECNICA**
- **NORMA TECNICA DEL EXPEDIENTE CLINICO**
- **GUIA BASICA DE CONDUCTA MEDICO-SANITARIA**

- **OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**
- **REGLAMENTO GENERAL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**
- **MANUAL DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, PRIMER NIVEL**
- **MANUAL DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGUNDO NIVEL**
- **MANUAL DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, TERCER NIVEL**
- **GUA DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, PRIMER NIVEL**
- **GUA DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGUNDO NIVEL**
- **GUA DE EVALUACION Y ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, TERCER NIVEL**

ARTICULO SEGUNDO.- Instruir a la Dirección General de Salud y a la Unidad de Servicios de Salud y Calidad la difusión y aplicación de estos instrumentos normativos entre las instancias correspondientes en el ámbito nacional.

Regístrese, hágase saber y archívese.



D. Carlos A. C. C.
 DIRECTOR GENERAL DE SALUD
 JURISDICCION
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



Dr. Juan A. Rojas Escobedo
 SUBDIRECCION DE SALUD
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



Dr. Tullio Salas Rivero
 MINISTERIO DE SALUD
 Y DEPORTES

INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN EL CONSENSO Y VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO*

Ministerio de Salud y Deportes
Unidad de Servicios de Salud y Calidad – MS y D
Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)
Proyecto Reforma de Salud – MS y D
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Beni
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Chuquisaca
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Cochabamba
Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Oruro
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Potosí
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Santa Cruz
Servicio Departamental de Salud (SEDES) Tarija
Servicio Regional de Salud (SERES) El Alto
Dirección Municipal de Salud – Cobija
Dirección Municipal de Salud – Cochabamba
Dirección Municipal de Salud – La Paz
Dirección Municipal de Salud – Oruro
Dirección Municipal de Salud – Potosí
Dirección Municipal de Salud – Sucre
Dirección Municipal de Salud – Tarija
Dirección Municipal de Salud – Trinidad
Caja Nacional de Salud (CNS)
Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP)
Caja Bancaria Estatal de Salud (CBES)
Caja de Salud de Caminos y Ramas Afines (CSC y RA)
Caja Petrolera de Salud (CPS)
Corporación de Seguro Social Militar (COSSMIL)
Policía Nacional (Dirección Nacional de Salud y Bienestar Social de la Policía Nacional)
Colegio Médico de Bolivia
Colegio de Odontólogos de Bolivia
Colegio de Bioquímica y Farmacia de Bolivia
Colegio de Enfermeras de Bolivia
Colegio de Nutricionistas de Bolivia
Sociedad Boliviana de Auditoría Médica
Médicos Mundi
Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI)

**Se han considerado todas aquellas instituciones que conociendo el documento en la etapa de borrador final, contribuyendo al consenso, ya sea con su asistencia y participación en el Taller Nacional de Calidad en Salud (18 y 19 de junio 2007), o con modificatorios oportunos para la corrección y enriquecimientos de la edición final.*

INDICE

• Marco Referencial	1
• Doctrina de la Calidad	4
• Conceptos	6
• Antecedentes de la Calidad en el Ámbito Internacional	8
• Antecedentes de la Calidad en Bolivia	9
• Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS).....	11
- Definición.....	11
- Justificación para su creación y funcionamiento	11
- Visión.....	12
- Misión	12
- Objetivos.....	12
- Red Nacional de Gestión de Calidad en Salud	14
- Gestor de la calidad.....	17
- Líneas de Orientación Operativa.....	19
- Etapas del Proyecto	22
• Anexo N° 1	25
• Anexo N° 2	29

MARCO REFERENCIAL.

Sin pretender abundar en mayores consideraciones diagnósticas de la tan conocida situación de la salud en Bolivia, es necesario señalar que todo indicador adverso que aparece registrado en los cuadros estadísticos es, por sí mismo, una negación o ausencia de calidad de la situación específica que lo motiva, pudiéndose agregar otras muchas situaciones que no aparecen registradas en las estadísticas y que podrían hacer parte del descontento que percibe la población en torno a la prestación de los servicios de salud.

Indudablemente que este menoscabo de la calidad en salud, no es atribuible únicamente al sector, sino a una serie de imperfecciones propias de la estructura misma del Estado Nacional, sumándose problemas sociales, económicos, culturales y políticos que, al afectar el desarrollo integral, comprometen a la salud, que a su vez es condicionante y resultado del mismo.

Sin embargo, esto último no puede ser un atenuante para justificar el mal funcionamiento del sector, cuya “oferta de servicios de salud, saneamiento y bienestar social procede de una diversidad de instituciones propias o ajenas que flotan y rebotan anárquicamente en un espacio que no ha logrado cohesionarlas ni organizarlas” ¹, y donde la debilidad rectora del Ministerio de Salud se hizo cada vez más patente. Sólo como recuerdo y punto de reflexión, cabe señalar que entre tales instituciones están el propio Ministerio de Salud, SEDES, Seguridad Social, Municipio, Sector Privado, Universidad, Fuerzas Armadas, Policía, ONGs, organizaciones sociales, voluntariado, Medicina Tradicional, gestores de vivienda, gestores de saneamiento básico y saneamiento ambiental, y los infaltables híbridos oportunistas que se desempeñan cómodamente desarrollando una medicina semiprivada y muy poco controlada.

Quiere decir entonces que el sector salud y los servicios que ofrece, tiene como característica ser: **asistémico, desintegrado, disperso, desarticulado, desregulado, caro, discriminador, e in-equitativo**; donde cada quien presta el servicio como quiere, cuando quiere, a quien quiere y con lo que tiene, sin una norma general y compartida. Todo ello al margen de ser un servicio que puede parar en cualquier momento por “voluntad” de actores propios y extraños que no respetan los derechos ciudadanos amparados por la Constitución Política del Estado.

Ahora bien, en la pretensión de revertir dicha situación y crear un **sistema de salud** es necesario precisar lo que se entiende por sistema, aceptando que es el “conjunto de cosas (entiéndase componentes) que relacionadas entre sí ordenadamente, contribuyen a determinado objeto” ² que, para el caso de la salud no podría ser otro que ofrecer servicios de calidad con satisfacción de los usuarios.

¹ “Marco de Competencias Institucionales y Gestión en Salud con Participación Ciudadana” (pag. 35). Memoria “Foro Abierto Políticas de Salud”. Comité Nacional de Bioética, Organización Panamericana de la Salud. La Paz – Bolivia, 2004.

² Diccionario de la Lengua Española-Real Academia Española. Vigésima Segunda Edición ESPASA, 2001.

Obviamente, la aplicación y cumplimiento de un **marco normativo universal**, es el principal elemento articulador de un conjunto **interdependiente, integrado y complementario**, del cual deriven a su vez, regulaciones para el uso de documentación única y uniforme, como es el caso del **Expediente Clínico**, que facilitaría no solo la operatividad, control y archivos del sistema, sino la alimentación, ordenamiento, interpretación y emisión oportuna de la información gerencial periódica, como herramienta imprescindible de trabajo.

Otros elementos de articulación son el **funcionamiento coherente de los subsistemas** para la definición de políticas, planificación, normativa, control, fiscalización y evaluación, a más del reconocimiento de una autoridad jerárquica de todo y para todos, situada en el vértice estratégico. A esto se debe agregar la existencia de espacios de asesoramiento, concertación, decisión y ejecución (como son directorios, consejos o comités) donde se reúnan los actores y gestores sujetos a marcos de competencias bien definidos, y obedeciendo, en su caso, a compromisos adquiridos mediante convenios.

En lo que se refiere a las **líneas de articulación**, se pueden identificar al menos cuatro:

- Jerárquico - administrativo – interna
- Jerárquico – administrativo – externa
- Interinstitucional
- Asistencial

La primera obedece a una estructura vertical interna como la que existe al interior de las instituciones tradicionales de la seguridad social, que no muestran relaciones funcionales con instituciones ajenas porque ofrecen servicios a poblaciones cautivas.

La jerárquico-administrativa externa, reconoce que al exterior de la propia institución pueden haber niveles jerárquicos a los cuales debe supeditarse, pudiendo convertirse en una línea de articulación interinstitucional cuando hay un sistema funcional establecido con asignación de tareas específicas a cada uno de los gestores.

La línea de articulación asistencial es eminentemente operativa como sucede con las redes de servicio, y tiene que **adecuar los dispositivos de atención** con los que cuenta, **a los niveles de atención**, que a su vez deben obedecer a **perfiles de atención** bien definidos.

Aclaremos sin embargo, que el Sistema de Salud por si solo no cambiará la situación ni resolverá problemas si no se cumplen otras medidas que lo sustenten; entre otras:

- Aplicar un **modelo sanitario** que, en torno al eje central fortalecido de la Atención Primaria de Salud (APS) y con capacidad resolutoria real en los respectivos niveles, suprima las inequidades y universalice el acceso a la salud de toda la población, en concordancia con la propuesta de Seguro Universal de Salud y el nuevo **Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural**.
- Obedecer a un mismo cuerpo normativo de aplicación uniforme para todo el sector.
- Recuperar, fortalecer y respetar el **rol rector** del Ministerio de Salud como vértice estratégico y autoridad máxima de todo el sistema.
- Establecer un **marco de competencias** bien definido entre los diversos actores y/o subsectores que conforman el sistema.
- Tener **capacidad gestonaria** para la administración e inversiones, evitando el encarecimiento injustificado del sistema, por la dispersión y mala utilización del recurso.
- Precisar y garantizar las **fuentes de financiamiento** para la sostenibilidad continua del sistema.
- Lograr la confianza y satisfacción permanente de los usuarios, mediante una oferta de servicios con **calidad verificable y medible**.
- Contar con recursos humanos que mediante regulaciones y normas intersectoriales con las instituciones formadoras, estén **debidamente capacitados** para desempeñar sus específicas funciones, ofreciendo un trato diligente, humanizado y personalizado del paciente, usuario o cliente, con respeto, consideración y adecuación a su diversidad cultural, hábitos y costumbres. En este punto, cabe agregar que el sistema está obligado a promover la capacitación y reflexión continua de sus recursos humanos, reconociendo que el primer deber ético para ofrecer un servicio de calidad, es el conocimiento de lo que se tiene que hacer, **o el saber hacer** con plena conciencia de la responsabilidad que se asume por lo que se hace.
- Ser plenamente **consecuente y respetuoso de los derechos humanos** que tiene la población usuaria, garantizando por ley el funcionamiento continuo e ininterrumpido de los servicios de salud.
- Respetar la diversidad étnico cultural del país e incorporar formas de **Medicina Tradicional y Alternativa**, previa y responsablemente validadas en la oferta de servicios.
- Involucrar la **participación ciudadana** en los procesos de gestión, mantenimiento y control de todo el sistema y sus instituciones dependientes.

- Ser capaz de mantener un **relacionamiento**, intra, inter y transectorial, entendiendo que el fenómeno del binomio salud-enfermedad es multifactorial, y que el sector salud está fuertemente involucrado con el desarrollo integral de la sociedad
- Adoptar un **sistema único de información** en todas las instituciones del sector, que al ser de tecnología y procedimientos parejos para su aplicación y funcionamiento, sirva al relacionamiento efectivo del conjunto y al rol que debe ejercer el Ministerio de Salud y los correspondientes Servicios Departamentales.

A lo dicho, cabe destacar el proceso de transformación que se está operando en el país, el cual exige adecuaciones consecuentes, rápidas y oportunas del sector salud, junto a la aplicación efectiva de nuevas disposiciones legales que, como la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, generan cambios, no solo en la actitud y desempeño del médico y quienes lo acompañan integrando el equipo de salud, sino en el funcionamiento mismo de todo el sector y sus instituciones dependientes.

Este marco referencial estaría incompleto, si no señalara el fenómeno cada vez más creciente del reclamo individual y social por mala praxis médica, pudiendo constituirse en serio factor de desprestigio y desestabilización del propio sector salud y sus instituciones, de no asumirse los correctivos necesarios. De cualquier manera, es necesario advertir también, el afán de conveniencia mercantilista que puede estar detrás de las acusaciones, y el peligro del encarecimiento de las prestaciones de salud como consecuencia de una “medicina defensiva” a la cual obliguen circunstancias de excesiva presión, como se advierte en los últimos tiempos, adoptando medidas improvisadas y equivocadas que provoquen mayor confusión y conflicto.

DOCTRINA DE LA CALIDAD

Calidad es en esencia la condición o conjunto de condiciones que permiten **hacer bien hechas las cosas**, sean estas acciones, servicios o productos, causando satisfacción en quienes los realizan y en quienes los reciben.

Extrapolando el concepto al campo de la salud, **la calidad refleja el grado de satisfacción** que causa en los usuarios la recepción de servicios, lo cual hace verificable y medible si estos son buenos, mediocres o definitivamente malos.

La calidad no solo es **gestión**, como se entiende por la tan conocida expresión “gestión de calidad”, sino el **resultado** de una acción que se realiza, de un servicio que se presta, o de un producto que se entrega. Vale decir entonces, que la calidad debe ser comprendida como **gestión** y **resultado**, siendo este el que evalúa el usuario, más allá de analizar

situaciones o procesos gestionarios que seguramente no conoce o no son de su interés específico, sino la **calidad de atención** o servicio que se le presta o recibe directamente.

Por otra parte: si el servicio es la razón de ser de toda institución que pretende servir o ser de utilidad a quienes lo solicitan; el no ofrecer calidad es un contrasentido a su propia existencia, concluyéndose que **la calidad es la condición esencial o intrínseca de cualquier servicio**, tanto más si nos referimos a los que tienen que ver con la salud, la vida y el bienestar de las personas.

Ahora bien, para que la calidad se cumpla como gestión y resultado, es necesario establecer guías que orienten y normas que regulen el proceso, a ser **adoptadas uniformemente por todos los gestores y actores involucrados**. Sin embargo, el solo conocimiento y cumplimiento mecánico y rutinario de esas guías y normas no garantiza la calidad, si no se acompaña la calidez, es decir el componente afectivo de compromiso concienzudo y espiritual, que se hace extensivo a personas e instituciones. Ante las primeras, otorgándoles una atención humanizada con respeto a su dignidad, su identidad particular y sus derechos, y ante las segundas cumpliendo los deberes con gratitud, fidelidad y compromiso de mejoramiento continuo.

Relacionando la **ética** con la **calidad**, **ambas son recíprocas**, debiendo enfatizar que la calidad parte del adecuado funcionamiento de los organismos directrices del propio sector salud, los cuales deben garantizar un **mínimo común ético** para la atención de toda la población, cumpliendo las premisas de la **equidad, universalidad, accesibilidad, continuidad y oportunidad**; con distribución uniforme de los recursos, de los beneficios, y en su caso, de las restricciones que pudieran presentarse.

Establecido ese **mínimo común ético**, las posibilidades de crecimiento deben ser promovidas y estimuladas por el sistema, haciendo que cada institución, sea consciente de su propio potencial y logre la sostenibilidad y mejoramiento de la calidad, en aras a una visión de excelencia.

Otro matiz de la calidad es la **adecuación** de sus parámetros a las necesidades, preferencias y hábitos de vida diferentes que pueden tener las poblaciones a ser atendidas, asumiendo el fenómeno de la **interculturalidad** y las múltiples expresiones de **medicina alternativa y tradicional** que se practican en el país. Esto no es fácil, porque puede darse que parámetros de calidad universalmente establecidos no sean aplicables a situaciones muy particulares de grupos poblacionales, que no están consideradas en el contexto general, planteando el desafío de nuevas lecturas, interpretaciones y adecuaciones, ante la realidad diferente que se confronta.

Finalmente, es pertinente advertir que las bases doctrinales de la calidad, se corresponden con los principios de **autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia** de la Bioética Clínica. Sin embargo, el principio de autonomía, o lo que es lo mismo, de respeto a la voluntad y decisiones del paciente, puede requerir un análisis y decisiones éticas más complejas, si de por medio dicha voluntad individual, afecta o compromete los intereses o derechos de los demás.

CONCEPTOS

1. Calidad

“Condición de la organización sanitaria que de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas que cubren satisfactoriamente las expectativas, requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”. **Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría – MSD.**

“Calidad es el grado en el que un conjunto de características del servicio cumple con los requisitos especificados en la ISO 9000: 2000”. **Norma ISO 9000 - 2000**

“Funciones y características de un producto o servicio con capacidad para satisfacer las necesidades del usuario”. **American Society for Quality Control – USA.**

6

“Hacer correctamente las cosas correctas”. **J.A. Muir Gray.**

“Grado en que los servicios de salud, aumenta la probabilidad de conseguir resultados de salud óptimos y compatibles con los conocimientos actuales de los profesionales”. **Institute of Medicine de la National Academy of Sciences – USA.**

“Compromiso de una organización que quiere hacer las cosas mejor, aplicando el conocimiento disponible y aprovechando oportunidades para satisfacer las expectativas de los usuarios, cuidando de su seguridad y usando eficientemente los recursos disponibles”. **Subcomisión de Calidad. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Enero 2002.**

2. Gestión de Calidad

“Proceso mediante el cual una institución logra ofertar permanente calidad en sus servicios, asumiendo su responsabilidad y en observancia de normas y estándares, previamente establecidos y acordados “. **Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría – MSD.**

“La gestión de calidad constituye una práctica de gestión o gobierno de sistemas sociales (organizaciones) basada en enfoques de calidad, estos enfoques se

proponen asegurar procesos que respondan a criterios de eficiencia, eficacia y de compromiso y participación interna, y de consideración y atención a las expectativas de los clientes externos y partes interesadas, todos ellos conducentes a garantizar la producción y entrega de bienes y servicios de calidad”. **Gestión de Calidad ISO 9000:2000 en establecimientos de salud MSD/PSRN-GTZ año 2003.**

“Cumplimiento efectivo de la legislación, técnicas y procedimientos vigentes en todo acto médico”. **Artículo 4 de la Ley N° 3131 de 08 de agosto de 2005, Ley del Ejercicio Profesional Médico.**

3. Norma

“Documento establecido por consenso y aprobado por el Ministerio del área de Salud. Implica para el personal del Sistema Nacional de Salud, reglas y líneas directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen un nivel óptimo de orden y comparabilidad en un contexto dado”. **D.S. N° 28562 de 22 de diciembre de 2005, Reglamento a la Ley N° 3131; Art. 4.**

“Conjunto ordenado y específico de reglas y estándares de gestión de la calidad, reconocidos y respetados internacionalmente, aplicables a toda organización, independientemente de su tamaño y naturaleza. Es un conjunto de reglas o estándares de procesos y no de productos”. **ISO 9000:2000.**

4. Estándar (derivado del inglés Standard)

“Prototipo o modelo digno de ser imitado y en su caso superado, que se define mediante consenso de los líderes en determinada temática, y se busca con la aplicación de una norma, que al igual que el estándar que la motiva no es estática, sino dinámica, por una serie de incidencias que la realidad y los cambios imponen”. **Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría – MSD.**

5. Control de Gestión

“Es aquel segmento de la estructura de la empresa (institución) que tiene por objetivo general o básico el control de las actividades de una organización”. **Alfredo C Paiz.**

Por su importancia el **control de gestión** debe tener rango jerárquico, (Unidad de Control de Gestión), porque al pesquisar la realidad institucional con sus aciertos y errores, estableciendo estímulos para los primeros y correctivos para los segundos, se constituye en el **motor** de la organización.

Su razón de ser es el binomio **calidad - costo** (costo – beneficio), procurando conseguir el ideal de la **mejor calidad al menor costo posible**.

ANTECEDENTES DE LA CALIDAD EN EL AMBITO INTERNACIONAL

El primer programa de Gestión de la Calidad y Auditoría Médica, fue instaurado en 1910 por Flexner, cuando da a conocer un informe denominado “Cirugías, Verdaderas Trampas Mortales”, donde condena las intervenciones quirúrgicas realizadas por médicos generales, faltos de capacitación adecuada y sin pericia, sumadas a la deficiencia del sector hospitalario.³

En 1951 se crea en Norteamérica la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales.

En 1960 el Seguro Social Mexicano inicia programas de Evaluación de Calidad en Salud, y el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006 identifica a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos que el Sistema de Salud Mexicano abordará en los próximos años. Es importante establecer que hace 15 años las instituciones mexicanas del sector privado y público han realizado programas de calidad para mejorar las prestaciones en salud.

En Argentina, la expansión de las obras sociales en la década de 1960, genera la necesidad de controlar la calidad de la atención médica, la cantidad de las prestaciones y la verificación de la facturación.

En 1983 se exige al Gobierno de Canadá, poner en marcha programas de Garantía de Calidad.

En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, la cual postula desarrollar procesos de garantía de la calidad en los países definiendo normas clínicas y procedimientos estándares de operación, evaluar el desempeño en relación a las normas selectas de ejecución y actuar con fines de mejorar el cumplimiento y la eficacia de los programas.

La reforma constitucional de 1991, en sus artículos 209 y 269, estableció el deber de la administración pública, de diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control, cuya calidad y eficiencia será evaluada por la Contraloría General de la Nación.

³ Historia de la Calidad en Salud. Revista de Salud Pública México N° 45. año 2000.

Para 1997, la reforma del sector salud en la Región de la Américas, se propuso efectuar cambios sustanciales en las diversas entidades y funciones del sector, como un proceso dirigido a mejorar la equidad de los beneficios, la eficiencia administrativa y la eficacia de las acciones, satisfaciendo de ese modo las necesidades de la salud de la población. "Es una fase intensificada de la transformación de los sistemas de la salud, ejecutada en un momento concreto y definida por las situaciones específicas que la justifican y la hacen viable" ⁴

Las estrategias de la reforma del sector salud, han evolucionado de la eficacia en función de los costos, a los conceptos de equidad y acceso. En 1995, los representantes de una reunión entre los gobiernos y los organismos internacionales de América Latina fijaron los siguientes cinco principios orientadores o metas para la reforma del sector salud: equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social.⁵

En los diez últimos años, varios países de América Latina y el Caribe han realizado esfuerzos para abordar problemas en la calidad de la atención, ya sea mediante esfuerzos legales que forman parte de las reformas del sector salud o mediante esfuerzos multifacéticos de garantía de calidad dentro de servicios o programas específicos. En algunos casos, los esfuerzos se hicieron mediante programas de garantía de calidad bien desarrollados, a nivel del sistema o sectorial, con una estructura designada y actividades de diseño, vigilancia y mejoramiento de la calidad en marcha.⁶

Junto a todos estos antecedentes, cabe destacar que la Asociación Médica Mundial ha emitido varias declaraciones enfatizando el tema de la calidad, ante situaciones relacionadas con la atención médica, responsabilidad y negligencia (ver anexo 1)

ANTECEDENTES DE LA CALIDAD EN BOLIVIA

Históricamente los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios en Bolivia se remontan a fines de la década de 1990, abordando la problemática de la atención médica para que sea eficiente, eficaz y equitativa por parte de los sistemas de salud, con una propuesta de transformación, que exigía la necesidad de contemplar los aspectos relacionados con la evaluación y garantía de calidad, como fuera propuesta en un documento original en mayo de 1989, con el nombre de "Guía para una Estrategia de Evaluación y Garantía de Calidad de los Sistemas de Atención de Salud".⁷

⁴ OMS OPS *Gestión de la Calidad 2000*.

⁵ López – Acuña 2000.

⁶ Ross y cols. 2000; Legros y cols. 2000, y Hermida y Robalino 2003

⁷ III Conferencia Regional sobre Acreditación de Hospitales – Informes de Bolivia . Washington

Asu vez, el proceso de acreditación de hospitales como política de la calidad en Bolivia, se Inicia en Julio de 1992, siguiendo la corriente establecida por la OMS/OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales, mediante reuniones de reflexión sobre la necesidad de incorporar mecanismos y estrategias de garantía de calidad en la atención de la salud ofrecida por los hospitales, así como definir, las bases del modelo de acreditación, para la evaluación de los establecimientos hospitalarios, independientemente del sector al que pertenezcan.⁸

En el periodo 1993-1994, dos reuniones nacionales de Directores de Hospitales de diferentes sectores, revisa, adecua y adapta a las condiciones y realidades nacionales, el **Manual de Acreditación de Hospitales** propuesto por la OMS/OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales de América Latina y el Caribe.⁹

En Abril de 1994, por Resolución N° 0329 de la Secretaria Nacional de Salud, se aprueba la conformación de la **Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales** de Bolivia, otorgándole la dirección magna para la normatización, ejecución y evaluación del proceso de acreditación de los hospitales en el país.

El año 2000, el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), a través de Resolución Ministerial N° 0065 del 23 de febrero de ese año, implementa los instrumentos de control médico en los servicios de salud de la seguridad social boliviana, los mismos que se actualizan el año 2004 a través de la Resolución Ministerial N° 306, y nuevamente, el 28 de Diciembre del 2005, a requerimiento de los entes gestores, reglamenta los Comités de Infecciones Intra hospitalarias, Comité del Expediente Clínico, Comité Médico Administrativo, Comité de Farmacia y Terapéutica, Comité de Auditoria Médica y el Reglamento para la Elaboración, Manejo y Archivo del Expediente Clínico.

El año 2003, a través de un Convenio Interinstitucional establecido por el Ministerio de Salud y Previsión Social, Colegio Médico de Bolivia, Universidad Pública e INASES, se pone en marcha un importante proyecto de capacitación de post grado en las Universidades Públicas, realizando el Curso de Diplomado y Especialidad en Gestión de Calidad y Auditoria Médica en las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Tarija y Sucre, que forma alrededor de 150 profesionales con el perfil de Gestores de Calidad y Auditoria Médica.

⁸ III Conferencia Regional sobre Acreditación de Hospitales – Informes de Bolivia . Washington

⁹ La Garantía de Calidad – Acreditación de Hospitales para América Latina – Caribe Enero 1992

El año 2005, la promulgación de la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico, reglamentada mediante Decreto Supremo N° 28562, constituye un hito histórico importante de la salud en Bolivia, porque establece el marco jurídico que institucionaliza la Auditoría Médica en los ámbitos del acto médico y gestión de la calidad de los establecimientos de salud.

Finalmente, el documento del Ministerio de Salud y Deportes, **Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 –2010** “para que todos vivamos bien”, considera que toda actividad se fundamenta en la vida y en su protección, siendo su conservación la aspiración natural del ser humano y de la sociedad en la que esta inmerso. Por ello, es un derecho y un deber actuar garantizando condiciones de vida acordes con la dignidad y derechos de las personas.¹⁰

La creciente insatisfacción de los usuarios del Sistema de Salud, expresada en desconfianza y peligroso incremento de los reclamos y demandas judiciales por mala práctica médica, significa un deterioro en las relaciones con la sociedad, siendo de la mayor prioridad desarrollar un **Proyecto Nacional de Calidad en Salud**.

Considera que para el año 2010 el acceso a la salud tenga carácter universal, respetando las culturas originarias cuya medicina tradicional debe ser incluida en un sistema equitativo, solidario y de calidad, conducido por un Ministerio de Salud y Deportes fortalecido, que se ha fijado como objetivo estratégico, aumentar la satisfacción de los usuarios del sistema de servicios de salud en un 50% e implementar la gestión de calidad en el 50% de las redes de salud.¹¹

PROYECTO NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (PRONACS)

DEFINICION.- Programa con alcance nacional para el establecimiento, sustento e incremento de la calidad en los distintos niveles, sectores e instituciones que configuran el Sistema Nacional de Salud, bajo la autoridad y rol rector del Ministerio de Salud y Deportes.

JUSTIFICACION PARA SU CREACION Y FUNCIONAMIENTO.- Está dada por la necesidad de lograr que en el quehacer cotidiano de los servicios de salud se mejore la calidad con satisfacción plena del usuario externo o interno, lo cual constituye la prioridad número uno de la estructura del sector salud en todos sus niveles desagregados, desde los jerárquico normadores, supervisores y macroplanificadores de los organismos de gobierno, hasta los niveles eminentemente operativos asistenciales. Todo ello en el marco del Plan General de Desarrollo Económico Social “Bolivia digna, soberana y productiva” del actual gobierno, de las Bases para el

¹⁰ Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 -2010 “para que todos vivamos bien”

¹¹ Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 – 2010 “para que todos vivamos bien”.

Plan Estratégico de Salud 2006-2010, establecidas por el Ministerio de Salud y Deportes, del acatamiento de leyes generales de la república como ser la nueva Ley de Organización del Poder Ejecutivo, y de otras más específicas como la Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 3131, y el conjunto normativo interno propio del sector.

VISION.- Tener calidad probada, reconocida y verificable, tanto en la gestión como en la atención de los sectores, instituciones y servicios que conforman el Sistema Nacional de Salud, con aceptación y satisfacción permanente de los usuarios.

MISION.- Lograr el establecimiento, sostenibilidad, mejoramiento e incremento de la calidad en todo el Sistema Nacional de Salud, con base en el cumplimiento de un cuerpo normativo único general y obligatorio, bajo procedimientos de seguimiento, monitorización, fiscalización, control y evaluación permanentes.

OBJETIVOS.-

I GENERALES

1. Poner en funcionamiento el PRONACS en correspondencia y cumplimiento de la legislación vigente (Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico Y D.S. Reglamentario N° 28562).
2. Promover el ordenamiento de las instituciones del sector salud, con base a normas, protocolos y procedimientos, consensuados en su fase de elaboración, de aplicación uniforme, y jurídicamente respaldados, para su acatamiento y cabal cumplimiento.
3. Promover y en su caso proponer, todo documento, guía o norma faltante, o que se considerase necesaria para mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud.
4. Promover capacidades cognoscitivas, afectivas y actitudinales del personal profesional, técnico, administrativo y manual del sector salud, con el fin de mejorar la calidad de los servicios, con atención más humana y personalizada del paciente.
5. Prevenir el daño y mala praxis en la atención del paciente.
6. Hacer el seguimiento, control y evaluación de los sectores asistenciales, en relación al cumplimiento de la Misión y Visión del PRONACS.
7. Buscar alianzas estratégicas con instituciones y/o personas interesadas en los cambios propuestos.

II INTERMEDIOS

1. Hacer acopio de toda la normativa existente para el funcionamiento de los servicios de salud (estatutos, reglamentos, manuales, protocolos de atención, formularios, documentos de uso legal, etc.), con el fin de compatibilizarlos entre sí, adecuarlos a la legislación vigente y en su caso complementarlos y/o modificarlos con documentos de nueva elaboración por comisiones *ad hoc* formadas para tal efecto.
2. Organizar y aplicar procedimientos dialógicos para el análisis, consenso y aprobación de la normativa, antes de su impresión, difusión y puesta en práctica en todas las instituciones prestatarias de servicios de salud.
3. Promover la conformación de comités hospitalarios que trabajen en calidad y temas relacionados con auditoría en salud, prevención de la mala práctica, responsabilidad médico – sanitaria, ética y bioética clínica.

III ESPECIFICOS

1. Capacitar a los recursos humanos del sector, mediante la realización de cursos, talleres o seminarios diferenciados, para la aplicación de los nuevos instrumentos normativos orientados a la máxima satisfacción del usuario y prevención de la mala praxis, incorporando los temas ya referidos de auditoría, responsabilidad médica y del equipo de salud, ética, deontología y bioética.
2. Capacitar recursos humanos para la puesta en marcha de las unidades de gestión de calidad (gestor de calidad) al interior de los establecimientos de salud.
3. Asesorar a los hospitales y centros asistenciales para la conformación de los comités de gestión de calidad y auditoría y comités hospitalarios de ética capacitando a los interesados y ofreciendo orientaciones ético-deontológicas en aras al mejor funcionamiento de los servicios de salud.
4. Diseñar formularios de **consentimiento informado**, en un trabajo mancomunado con las sociedades científicas del Colegio Médico, servicios de especialidad y asesoría jurídica, para su incorporación en el uso habitual y rutinario del quehacer hospitalario.
5. Coadyuvar en la puesta en marcha y funcionamiento del Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje.
6. Diseñar una propuesta para la organización de un curso de especialidad en Peritaje Médico.

7. Organizar un taller nacional para la definición y adopción del expediente clínico único en todos los servicios del sector, con las adecuaciones respectivas según los niveles de atención y especialidades médicas y quirúrgicas.

RED NACIONAL DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD

Considerando que **la calidad es el principio doctrinal a estar inmerso en toda actividad del Sistema de Salud**, es pertinente señalar que para conseguirla se requiere la estructuración de una red sistémica que, a partir del propio Ministerio de Salud y Deportes, llegue a **todos** los establecimientos asistenciales de los distintos niveles de complejidad, con una **relación e interdependencia de calidad entre ellos**. Para esto es necesario que tanto el nivel nacional central, como el departamental descentralizado de los SEDES, y el local municipal organizado en red, cuenten con reparticiones o niveles organizativos para los fines de monitoreo, seguimiento y control de la calidad, tanto al interior de su propia organización y programas, como de los centros asistenciales propiamente dichos, desagregados en el 1er., 2do. y 3er. nivel de atención.

Para el caso del Ministerio de Salud y Deportes, es la **Unidad de Servicios de Salud y Calidad**, el vértice de donde parte el **Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS)**, que para su cumplimiento y aplicación desciende en línea funcional hacia el nivel departamental de los correspondientes SEDES, los que a su vez cuentan con **Unidades de Calidad** relacionadas con la Unidad Ministerial, y que en coordinación con las Unidades de Planificación y de Redes del SEDES respectivo, ejercen el **monitoreo de la calidad en los establecimientos** donde se brindan directamente los servicios de salud a la población.

En este punto, es necesario recordar que para los establecimientos más complejos, como es el caso de los hospitales de 2do. y 3er. nivel, la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, establece la existencia de un Comité de Gestión de Calidad y Auditoría Médica, y que de acuerdo con la descripción que se hace más adelante en este mismo documento, está bajo la tuición y coordinación del denominado gestor de la calidad.

Para los establecimientos de 1er. Nivel, es el Gerente de Red respectivo el que asume esa función, coordinando el Comité de Gestión de Calidad y Auditoría de la Red, conformado por representantes de cada uno de dichos establecimientos. Estos representantes a su vez, son los responsables de velar por la calidad en su respectivo establecimiento, en correspondencia y coordinación con la Autoridad local de Salud de la comunidad, que se señala en la estructura social del componente de gestión del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Por otra parte, otro actor fundamental para que la calidad sea sustentable y continua en los tres niveles, es el Municipio, con el que de por sí están dadas estrechas relaciones funcionales de acuerdo a los alcances de la Ley de Participación Popular. Recuérdense también que, a más de la autoevaluación de la auditoría interna contemplada en el Manual de Auditoría en Salud, el otro gran instrumento para el mejoramiento de la calidad es el proceso de Evaluación y Acreditación de los Establecimientos de Salud, en el cual toma parte activa el Municipio y la participación comunitaria, como lo establece la norma correspondiente cuando se refiere a los comités de evaluación y acreditación.

En el caso de la seguridad Social, al no haber Municipio como actor corresponsable, es el INASES el que se incorpora en la red de gestión de calidad, dando cumplimiento a los mismos instrumentos anteriormente descritos, en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes para el nivel nacional, y los respectivos SEDES para el nivel departamental.

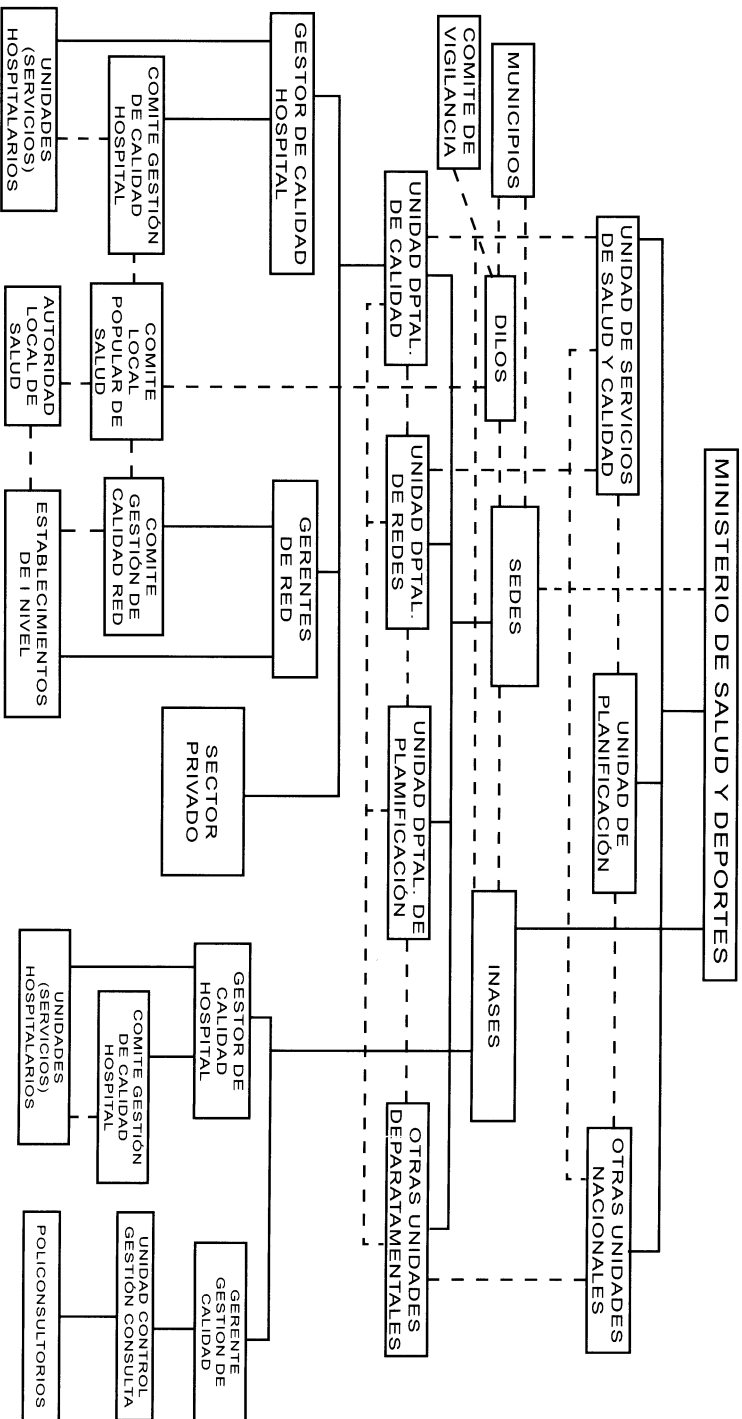
Para el sector privado, es la Unidad de Calidad del respectivo SEDES, la que en correspondencia con la Unidad de Redes de Servicio, habilitan y llevan un registro actualizado de los establecimientos que pertenecen a dicho sector, con el fin de identificarlos en forma precisa, determinar el nivel de atención que les corresponde, y hacer el seguimiento y control periódico de su funcionamiento con calidad, en igual forma que para el sector público y la Seguridad Social.

Por lo explicado se comprende que la red de la calidad penetra **toda** la estructura del sector salud, independientemente de cuales sean las instituciones sectoriales que lo conforman, debiendo llegar de la misma manera y con la aplicación de la misma norma y los mismos instrumentos, a todos los establecimientos donde se ofrecen servicios de salud. Estos, a su vez, deberán conocer y aplicar dichas normas e instrumentos en sus procesos de autoevaluación, mejoramiento y sostenimiento de la calidad, siendo obligación del Ministerio de Salud, emitirlas y difundirlas para conocimiento de todos, en un trabajo concertado con los SEDES y el INASES.

Para una mejor comprensión de lo explicado, la figura 1, muestra la **Red Nacional de Gestión de Calidad en Salud**, estableciendo las relaciones orgánicas (líneas continuas) y las relaciones funcionales (líneas discontinuas), existentes entre las dependencias institucionales mencionadas.

RED NACIONAL DE GESTION DE CALIDAD

(FIGURA 1)



GESTOR DE LA CALIDAD

Para que lo explicado se cumpla y la red de la calidad no quede en el plano teórico, debe asegurarse la existencia del responsable específico que promueva cotidianamente la gestión y atención de la calidad al interior de los propios establecimientos de salud. No otra cosa es el **gestor de la calidad**, “piedra angular” que le da sustento al sistema, porque es aquel funcionario con formación y capacidad técnica en calidad, contratado expresamente en cada establecimiento, para estimular, hacer el seguimiento y controlar que las distintas reparticiones y unidades, presten servicios de calidad, de acuerdo a indicadores bien definidos.

Con estos alcances, sus funciones, que también están señaladas en el Reglamento General de Establecimientos de Salud, son las siguientes:

- Hacer el diagnóstico de calidad del establecimiento con un plan cronogramado de supervisión y visita a todos sus departamentos, unidades y servicios.
- Promover el conocimiento, divulgación y cumplimiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud.
- Promover el conocimiento y aplicación de los instrumentos de mejoramiento continuo y sostenido de la calidad. Vale decir: Manuales y Guías de Auditoría en Salud, Manuales y guías de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud, Norma del Expediente Clínico, Obtención de Consentimiento Informado y otros que pudiesen ser emergentes del proceso mismo de mejoramiento de la calidad.
- Elaborar instrumentos metodológicos que le permitan sistematizar las tareas de mejoramiento de la calidad en el establecimiento.
- Mantener estrecha relación funcional con la Unidad de Calidad del respectivo SEDES, para el cumplimiento o cooperación de planes, programas o actividades concretas de mejoramiento de la calidad, procedentes de dicho nivel departamental.
- Mantener relación directa con la Autoridad Local de Salud de la comunidad en el caso de los establecimientos de 1er. nivel, o el representante de la comunidad equivalente para los establecimientos de 2do. y 3er. nivel, coordinando acciones de mejoramiento de la calidad de los servicios que ofrece el respectivo establecimiento de salud, en aras a lograr buenos niveles de satisfacción de los usuarios.
- Emitir informes trimestrales de las actividades realizadas, tanto a la Unidad de Calidad del respectivo SEDES, Director del establecimiento, y Autoridad local de Salud de la comunidad o la representación equivalente en los establecimientos de mayor complejidad.

- Mantener debidamente informado al Director del Establecimiento, sobre las condiciones de infraestructura, equipamiento y dotación de insumos y medicamentos de las distintas unidades o servicios, en procura de solucionar oportunamente situaciones defectuosas o de incumplimiento, manteniendo prestaciones de calidad permanentemente estable.
- Presidir y coordinar las actividades del Comité de Gestión de Calidad y Auditoría (CGCA).
- Ejecutar las resoluciones del CGCA.
- Promover, coordinar y supervisar el funcionamiento regular de los otros comités de asesoramiento, establecidos en el Reglamento General de Establecimientos de Salud.
- Velar por el cumplimiento de las resoluciones de los comités de asesoramiento.
- Velar por la difusión, conocimiento y cumplimiento de las normas del establecimiento y de su relación con el marco normativo que rige las actividades del sector salud.
- Asesorar a los departamentos, unidades y servicios del establecimiento para la determinación precisa de sus indicadores de calidad de acuerdo con los servicios que prestan.
- Tomar decisiones y coadyuvar en la ejecución del plan de mejoramiento de la calidad de cada repartición con el respectivo jefe o responsable, de acuerdo a resultados del diagnóstico y los indicadores de calidad que se tracen.
- Supervisar y asesorar a las distintas reparticiones del establecimiento para el cumplimiento periódico de sus auditorías internas de acuerdo a POAs.
- Velar por el cumplimiento de las recomendaciones y plan de acción de las auditorías internas programadas o incidentales que se cumplan en las reparticiones del establecimiento, de acuerdo con las estipulaciones contenidas en el Manual de Auditoría en Salud.
- Capacitar a los funcionarios del establecimiento en temas de calidad, de acuerdo a programación y cronograma definidos.
- Aplicar formularios de encuestas de calidad a los usuarios externos e internos, en correspondencia con las reparticiones respectivas.
- Velar por la buena elaboración y manejo del Expediente Clínico en el establecimiento de acuerdo a norma.

- Velar por la aplicación del Consentimiento Informado en el establecimiento de acuerdo a norma.
- Recibir todas aquellas situaciones de reclamo y sugerencias que tengan que ver con la calidad de los servicios que ofrece el establecimiento, procurando su solución inmediata, u orientando el curso que deberían seguir si se trata de situaciones más complejas o graves.
- Dirigir y cumplir el proceso de autoevaluación y acreditación del establecimiento, antes de la visita de la Comisión de Evaluación y Acreditación Externa.
- Actuar como “par” con los otros gestores de calidad de los demás establecimientos, integrando los equipos técnicos que organice la Comisión Departamental, para la evaluación y acreditación periódica de los hospitales, de manera simultánea y cruzada.
- Actuar como auditor para la realización de Auditoría Médica Externa de algún caso procedente de otro establecimiento de salud, en caso de ser sorteado de acuerdo a lo establecido en el Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica para su Realización.

LINEAS DE ORIENTACION OPERATIVA

Denominadas así porque siguiendo su curso podemos desagregar funciones y tareas específicas. Básicamente son cinco:

- Definición normativa
- Capacitación
- Relacionamiento sistémico
- Control y seguimiento
- Diseño y aplicación de instrumentos contemplados en la Ley N° 3131

DEFINICION NORMATIVA.- Se refiere a la urgente necesidad de identificación, acopio, interpretación, depuración y consenso del frondoso árbol normativo que existe dentro del sector salud, el cual es el resultado del trabajo incoordinado de múltiples actores, que por necesidades institucionales específicas, elaboraron sus propias normas, distintas entre sí, lo que aparte de generar desorientación impide la precisión de un marco normativo bien definido y claramente reconocido, establecido y regularmente cumplido por todo el Sistema de Salud, bajo la égida, monitoreo y control del Ministerio de Salud.

Se debe hacer conciencia sobre la importancia de esta primera línea de orientación operativa, por que constituye la parte medular del cambio

estructural que se daría en el sector con el establecimiento real del Sistema Nacional de Salud. Es decir: lograr que el conjunto de subsectores e instituciones en salud, obedezcan en su accionar a un cuerpo normativo **único**, controlado por el Ministerio de Salud y Deportes en el nivel nacional y los SEDES en el nivel departamental.

CAPACITACION.- El cambio que se pretende con la puesta en marcha del Proyecto Nacional de Calidad en Salud, debe involucrar y comprometer el recurso humano que se desempeña en el sector, el cual, a más de ser debidamente informado, deberá ser orientado y capacitado para convertirse en actor dinámico de la ejecución del programa, con el reciclaje periódico que pudiera ser necesario. El Plan de Capacitación debe llegar a todos y cada uno de los funcionarios, señalando tan solo que para su ejecución es necesario comprometer un número de capacitadores que pudieran cumplir la tarea, no solo en la sede de gobierno, sino en el conjunto de los departamentos del país.

A más del plan de capacitación básico y general para todos los funcionarios, reviste particular importancia la capacitación de los gestores de calidad, con las particularidades que han sido explicadas anteriormente.

RELACIONAMIENTO SISTÉMICO.- Siendo uno de los factores principales la recuperación y fortalecimiento del rol rector del MSD, el cual es responsable de la buena marcha del Sistema Nacional de Salud, es imprescindible fortificar el relacionamiento, tanto intrasectorial, como intersectorial, importante este último, por la notable dependencia multifactorial y multicausal que tiene la salud, el saneamiento y el bienestar de las personas. Además este relacionamiento sistémico con otros sectores es, obviamente, extensivo a la gestión de calidad, debiendo reconocer que existen instituciones u organizaciones ajenas, que manejan el tema de la ética y la calidad como un paraguas de cobertura global.

Un punto de partida muy fuerte para el relacionamiento sistémico, es el trabajo operativo que se debe desarrollar en busca del consenso de la unicidad normativa, a través de cuyo cumplimiento todos estaremos mancomunados y comprometidos.

Así como la promulgación de la Ley N° 3131 ha sido un acontecimiento fundamental que exige este relacionamiento por tener carácter de aplicación y acatamiento general, es de desear que a futuro se cuente con una **Ley General de Salud**, la cual profundizaría aun más el componente de relacionamiento sistémico, apuntalando jurídicamente la existencia del **Sistema Único de Salud**.

Con todo este análisis, se hace necesaria la conformación de equipos técnicos de calidad en los SEDES, que a manera de puentes establezcan

relaciones fluidas, tanto con la repartición correspondiente del nivel ministerial, como con los centros asistenciales que son de su tuición, ofreciéndoles apoyo en el seguimiento y control de acciones operativas para el mantenimiento de la calidad, y asesoramiento y supervisión para la aplicación de los documentos e instrumentos relacionados, mediante la realización de cursos, seminarios o talleres dirigidos al personal profesional, técnico, administrativo y manual, de acuerdo con sus niveles, funciones y la relación directa que pudiesen tener con los pacientes, usuarios externos o clientes.

Dichos equipos técnicos en los SEDES, son los que conformarían lo que esta propuesta denomina las **Unidades de Calidad y Satisfacción del Usuario** (UCASUs), que serían el principal estamento para el vínculo estructural y funcional, tanto al interior de las propias dependencias de los SEDES, como en la integración con el Ministerio y el conjunto de servicios pertenecientes al sector público municipal, seguridad social y sector privado con o sin fines de lucro (ver anexo 2), promoviendo que la calidad deje de ser un concepto teórico y abstracto y se convierta en una realidad percibida y comprobada por los usuarios.

CONTROL Y SEGUIMIENTO.- Una vez cumplidas las tres líneas operativas anteriores, es el proceso de control y seguimiento el que mantendrá vigente en el tiempo el Proyecto Nacional de Calidad en Salud, con la estructura ya descrita.

Para ello deberán aplicarse los siguientes instrumentos:

- A) Internos de la institución (bajo la tutela y coordinación del gestor de calidad)
 - Supervisión continúa de procesos y control de gestión.
 - Funcionamiento regular del Comité Hospitalario de Gestión de Calidad y Auditoría.
 - Autoevaluación de Servicios y Auditoría Interna.
 - Encuestas internas
- B) Externos a la institución
 - Evaluación externa
 - Acreditación
 - Certificación
 - Auditoría Externa
 - Revisión y actualización periódica de la norma
 - Capacitación
 - Encuestas externas

APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS CONTEMPLADOS EN LA LEY 3131.-

Como una línea de orientación operativa muy concreta, está el diseño y aplicación de varios instrumentos contemplados en la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico. Entre ellos: normativa universal –a la cual nos hemos referido abundantemente-, aplicación sistemática de la auditoría en el sector salud, peritaje y conciliación y arbitraje.

ETAPAS DEL PROYECTO

Considerando que el plan estratégico de Salud debe ser realizado en el periodo de gobierno comprendido entre el 2006 y el 2010, el Proyecto Nacional de Calidad en Salud tendría que lograr su implementación y aplicación sostenida, dentro de los tres primeros años de dicho periodo.

Para ello se han precisado cuatro etapas que, a más de ajustarse a un cronograma, contienen tareas específicas a cumplir, como se explica a continuación.

ETAPA DE INICIO.- Estuvo referida a toda la configuración teórica y documental que ha contribuido al diseño del PRONACS, que se presenta en esta oportunidad.

En ella también se cumplieron las tareas de elaboración del Manual de Auditoría en Salud y Norma Técnica para su Realización, Manuales y Guías de Evaluación y Acreditación de Establecimientos de Salud, Norma del Expediente Clínico, Norma básica de Consentimiento Informado, propuesta por la puesta en marcha de las Unidades de Calidad y Satisfacción del Usuario (UCASUs) de los SEDES, propuesta para la creación del Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje (IMCA) y diseño de planes iniciales para la capacitación de gestores de calidad y curso de peritaje. Todo ello al margen de las normas clínicas y de enfermería que fueron fruto de consenso y que deberán ser aplicadas para la puesta en marcha del Seguro Universal de Salud.

En esta misma etapa se hizo acopio de un 80% de la normativa de los hospitales que funcionan en la sede de gobierno, habiéndose constatado grandes diferencias para un mismo nivel de atención, lo cual obliga a un trabajo sostenido de **unificación normativa** de adopción general, como ya fue señalado.

ETAPA DE DESARROLLO.- En esta etapa se cumplió el Taller Nacional de Calidad en Salud (18 y 19 de junio 2007) que con la presencia del nivel ministerial, SEDES, municipios de capitales departamentales, INASES, colegios profesionales en salud, Sociedad Nacional de Auditoría Médica, Cajas de Salud y algunas otras organizaciones técnicas, permitió el

análisis de los documentos e instrumentos de calidad elaborados en la Etapa de Inicio, y que fueron previamente remitidos para conocimiento de los participantes, con el fin de recibir oportunamente sus aportes y observaciones.

Cumplido el Taller, que tuvo la virtud de ser ampliamente participativo dado su carácter interdisciplinario y multiinstitucional, se ha realizado el ajuste correspondiente de los documentos presentados, en vistas a su edición y publicación.

Un componente importante de esta etapa es la difusión de todo el marco normativo de calidad, así como la ejecución del plan de capacitación explicitado en los objetivos específicos de este mismo documento.

ETAPA DE CONSOLIDACIÓN.- Se refiere básicamente al cumplimiento general del marco normativo de calidad con aplicación regular de sus instrumentos, así como al establecimiento y funcionamiento del Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje e inicio del Curso de Peritaje.

ETAPA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO.- Es la etapa de aplicación plena del PRONACS, poniendo en funcionamiento regular los instrumentos internos y externos de Control y Seguimiento, para el mantenimiento sostenido de la calidad en el tiempo.

ANEXO N° 1

N° 1

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA NEGLIGENCIA MÉDICA

Adoptada por la 44° Asamblea Médica Mundial.

Marbella, España, septiembre de 1992

- a. Elevación del nivel y de la **calidad de educación médica** para todos los médicos, incluyendo el mejoramiento de la formación clínica.
- b. Crear y participar en programas destinados a los médicos encargados de mejorar la **calidad de la atención médica** y de los tratamientos.

N° 2

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA REFORMA DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

Santiago 2005

En el mundo existe un aumento de la cultura del litigio que afecta de manera negativa la práctica de la medicina y la disponibilidad y **calidad de los servicios de salud**. Algunas asociaciones médicas nacionales informan sobre una crisis de responsabilidad médica en la que la práctica de pleitos produce un incremento de los costos de salud, lo que restringe el acceso a los servicios de salud y obstaculiza los esfuerzos para mejorar la seguridad del paciente y la **calidad**. En otros países, las demandas por responsabilidad médica no son tan numerosas, pero las asociaciones médicas nacionales de dichos países deben estar alertas frente a los problemas y consecuencias que puede producir un aumento en la frecuencia y gravedad de las demandas por responsabilidad médica contra los médicos.

Las demandas por responsabilidad médica han aumentado mucho los costos de salud, lo que ha desviado los escasos recursos de salud hacia el sistema legal y los ha alejado de la atención directa del paciente, la investigación y la formación del médico. La cultura del pleito también ha dificultado la

distinción entre negligencia y resultados adversos inevitables, lo que produce con frecuencia una determinación aleatoria del nivel de atención. Esto ha contribuido a la percepción general de que cualquier persona puede demandar por casi cualquier cosa, con la idea de obtener un gran premio. Esta práctica engendra el cinismo y la desconfianza tanto en el sistema médico como en el legal con graves consecuencias para la relación médico-paciente.

Por lo que se debe:

- b. Elevar el nivel de la calidad de educación médica para todos los médicos, incluyendo el mejoramiento de la formación clínica.
- c. Crear y participar en programas destinados a los médicos encargados de mejorar la calidad de la atención médica y de los tratamientos.

Nº 3

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE EL ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 40ª Asamblea Médica Mundial Viena, Austria, septiembre de 1988.

26

CALIDAD

Mecanismos que aseguren la **calidad** deben ser parte de cada sistema de prestación de atención médica. Los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser **guardianes de la calidad** de la atención médica y no deben permitir que otros elementos de consideración del acceso pongan en peligro la **calidad** de la atención prestada.

Nº 4

DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL CON NORMAS PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Adoptada por la 49ª Asamblea General de la AMM Hamburgo, Alemania, noviembre 1997.

La finalidad de la atención médica es prevenir, diagnosticar o tratar las enfermedades, y mantener y promover la salud de la población. El objetivo de la revisión de la calidad de la atención médica es el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que se entregan a los pacientes y a la población, y de las maneras y medios para producir estos servicios.

La obligación de mejorar continuamente la capacidad profesional y de evaluar los métodos utilizados, está incluida en los códigos de ética de los médicos. Estos estipulan que el médico tiene que mantener y mejorar sus conocimientos y experiencia. El debe recomendar sólo exámenes y tratamientos que se saben que son eficaces y adecuados, en base al estado del arte de la medicina.

La **revisión de la calidad** de la atención médica y el continuo mejoramiento de los servicios es parte de la actividad de todo médico y establecimiento. La supervisión de las actividades profesionales de parte de las autoridades de salud es una actividad distinta y se debe mantener separada de la revisión de la atención médica. Los resultados de la revisión de médicos pueden usarse para fines establecidos por las autoridades supervisoras y los médicos involucrados, a menos que la legislación nacional estipule otra cosa.

ANEXO N° 2

PROPUESTA BASICA PARA LA CREACION DE LA UNIDAD DE CALIDAD DE ATENCIÓN Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN LOS SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD

JUSTIFICACIÓN DE MOTIVOS

La necesidad de lograr que en el quehacer cotidiano de los servicios de salud se mejore la calidad con satisfacción plena del usuario externo e interno, constituye hoy en día la prioridad número uno de la estructura sectorial en sus distintos niveles desagregados, desde los nacionales eminentemente normadores, supervisores y macroplanificadores, hasta los niveles operativos asistenciales. Para ello las relaciones intra e inter institucionales dialógicas y directas deben ser sistemáticas y sostenidas, tanto en el establecimiento y aplicación de normas y principios cabalmente difundidos que se supone fueron previamente consensuados, como en el seguimiento, control, supervisión y asesoría, para su cumplimiento regular en la red de servicios misma.

Por otra parte, para una mejor comprensión de las normas y necesidades de cambio o adecuación que requieren las instituciones, se hace necesario fortalecer el componente de capacitación y educación continua del personal en salud, incidiendo tanto en el área cognoscitiva como psicomotriz y afectiva. Esto resulta vital frente a nuevos desafíos que plantea la promulgación de la Ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, cuyo contenido hace referencia a la aplicación de documentos médicos oficiales, normas, protocolos de atención y formularios de consentimiento informado, que se supone deban ser únicos y uniformes para todos los centros asistenciales de salud, de acuerdo con las características de los niveles de atención a los que correspondan en la red articulada de servicios, e independientemente de cuales sean las instituciones orgánicas a las que pertenecen.

Asimismo, deberá trabajarse en el tema de auditoria médica (entiéndase en salud) no solo para la formación de auditores, como se viene haciendo en el post-grado, sino en su funcionamiento mismo dentro del sistema. Algo similar tendrá que hacerse con la conciliación y arbitraje, tanto más, si su existencia y puesta en funcionamiento está respaldada por la mencionada Ley N° 3131.

Todos estos desafíos son aun mayores, si consideramos una sociedad con poblaciones en constante aumento y por tanto con mayor requerimiento, mejor informada frente a los avances científicos o tecnológicos que desearía se apliquen en su propio beneficio, más conciente de sus legítimos derechos, y también contestataria y polémica por cuanto los

casos de reclamo ante fallas o errores médicos y/o del equipo de salud, están en incremento.

Con todo este análisis situacional, se hace necesaria la conformación de un equipo humano técnico que, a manera de puente, establezca una relación fluida entre la oficina central del SEDES y los centros asistenciales, ofreciendo apoyo en las funciones ya citadas de seguimiento y control de acciones operativas, asesoramiento, supervisión para la aplicación y cumplimiento de las normas y capacitación mediante la realización de cursos, seminarios o talleres dirigidos al personal profesional, técnico, administrativo y manual, de acuerdo con sus niveles, funciones y la relación directa que pudiese tener con los pacientes, usuarios externos o clientes.

Dicho equipo humano técnico, es el que conformaría la denominada **Unidad de Calidad y Satisfacción del Usuario (UCASU)** del SEDES Departamental actuando como estamento de unión o de vínculo estructural y funcional, tanto con la Unidad de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud y Deportes como al interior de las demás dependencias del propio SEDES y en la integración del conjunto de servicios pertenecientes al sector público municipal, seguridad social y sector privado con o sin fines de lucro.

VISION

Optimizar la calidad de atención en los servicios de salud, con base a normativas y procedimientos legales, previamente consensuados, y de aplicación uniforme y obligatoria para todo el sector.

MISIÓN

En correspondencia con el Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS) lograr el mejoramiento de la calidad de atención en los servicios de salud departamentales con acciones sostenidas en función a la satisfacción plena del usuario y la prevención del daño por error y/o mala práctica.

FUNCIONES

La UCASU tendría las funciones agregadas de:

1. Establecimiento, difusión y aplicación de instrumentos, documentos, normas y protocolos para el sector salud del respectivo Departamento.
2. Supervisión, asesoría y monitoreo en las etapas de establecimiento y aplicación de dichos instrumentos.
3. Seguimiento y control periódicos en el proceso de aplicación hasta su cumplimiento pleno y habitual
4. Capacitación y educación continúa del personal, tanto para el conocimiento, valoración y aplicación de los mencionados

instrumentos, como para la adquisición de otros conocimientos, aptitudes y destrezas que conduzcan al mejoramiento de la calidad de servicios y satisfacción del usuario.

5. Relacionamiento intra e interinstitucional
6. Evaluación de resultados obtenidos
7. Prosecución, conducción y en su caso reconducción de procesos
8. Realización de auditorías médicas externas relacionadas con reclamos y quejas presentadas en los diferentes centros asistenciales del departamento, en cumplimiento al artículo 17 del Decreto Supremo N° 28562 reglamentario a la Ley N° 3131.
9. Monitoreo para el cumplimiento periódico y sistemático de la Acreditación de Establecimientos de Salud y la aplicación de otros instrumentos de autoevaluación y mejoramiento de la calidad, como son la auditoría interna y las encuestas.

UBICACIÓN EN LA ESTRUCTURA INSTITUCIONAL Y RELACIONES

Por lo que se acaba de señalar en funciones, se considera que la ubicación de la UCASU abarca los distintos niveles del organigrama del SEDES, manteniendo relaciones funcionales con todas sus unidades y reparticiones.

Formaría parte fundamental de Consejo Técnico con un representante, y dependería en línea directa de la Dirección Técnica, dadas sus características propias para el relacionamiento o enlace del SEDES con el resto de instituciones pertenecientes al sector y su desplazamiento constante, ejerciendo las funciones de campo y de proyección ya señaladas.

ESTRUCTURA INTERNA

Para el cabal cumplimiento de sus funciones, la UCASU requiere una estructura interna simple, con cinco áreas de trabajo claramente identificadas:

1. Diseño y desarrollo de proyectos
2. Relaciones y coordinación intra e interinstitucional
3. Capacitación
4. Control y seguimiento
5. Acciones operativas concretas

En la medida que la unidad alcance mayor dinámica y madurez en su accionar, dichas áreas pueden crecer y generar mayores demandas, por lo que sus recursos humanos deben procurar un trabajo integrado y colaborativo, bajo la autoridad y tutela de un coordinador o jefe que interactúe permanentemente con los miembros de la Unidad.

RECURSOS HUMANOS, AMBIENTE Y MATERIAL DE APOYO

1. Recursos humanos:
 - Profesionales con formación en el área de calidad
 - Secretaria a tiempo completo
 - Mensajero (no exclusivo)

2. Ambiente laboral
 - Oficina con condiciones y mobiliario aptos para trabajo de equipo y conservación de documentos

3. Material de apoyo
 - Computadora con impresora
 - Fotocopiadora (no exclusiva, de acuerdo a requerimientos)
 - Equipo de Fax (no exclusivo, de acuerdo a requerimientos)
 - Pizarra acrílica, marcadores, borradores
 - Mobiliario.

Bolivia Digna, Soberana y Productiva

 **PARA VIVIR BIEN**