



# MEMORIA DEL ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD



27 Y 28 DE MAYO 2025

Con el apoyo de:



## Tabla de contenido

1. Convocatoria:	5
2. Programa:	5
3. Indicadores de la calidad de la atención en salud	7
4. La calidad en la gestión asistencial en el contexto iberoamericano	19
5. Indicadores de calidad de la humanización de la atención de salud por parte de las instituciones iberoamericanas de seguridad social	42
6. Plantillas presentación “buenas prácticas”	56

# 1. Convocatoria:

## Encuentro-taller interactivo sobre indicadores iberoamericanos de calidad y humanización de la salud

### *1.1.- Organizado por*

Organización Iberoamericana de Seguridad Social con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID)

### *1.2.- Justificación y objetivos*

La salud es una dimensión fundamental del desarrollo. Sin salud, el capital humano de una población se resiente, generando problemas económicos y sociales que socavan la cohesión social. En este contexto, a pesar de los avances que en las últimas décadas han tenido los sistemas de salud de los países iberoamericanos, aún persisten grandes desequilibrios que amenazan la calidad, la eficiencia y la universalidad en la prestación de los servicios de salud. Para afrontarlos, los sistemas de salud deben dirigir sus esfuerzos hacia la cobertura universal, con atención integral, integrada y continuada, que incluya la atención familiar y comunitaria, en el marco de servicios de salud con altos estándares de calidad. Todo lo cual no podrá realizarse plenamente sin adoptar una óptica humanizadora basada en el respeto a la dignidad humana, los derechos humanos y los principios de buena gobernanza.

Asimismo, la expansión del coronavirus SARS-CoV-2, que se propagó a lo largo y ancho de la geografía universal muy rápidamente durante la pandemia, ocasionó una fuerte crisis en los sistemas sanitarios. Por ello, la OISS, con el apoyo de la AECID, impulsó el fortalecimiento de los sistemas de salud a través de diferentes acciones, como el intercambio de experiencias, la formación de profesionales del ámbito sanitario, la información a la ciudadanía sobre los procesos de vacunación y la concientización sobre la importancia y necesidad de la vacunación, entre otras.

Asimismo, gracias al apoyo de la AECID en años previos, la OISS dispuso de un conjunto de indicadores de calidad de asistencia sanitaria aplicables en los países de la región. Para obtener los datos correspondientes y para dar a conocer periódicamente esta herramienta en la región, se propuso la celebración de este taller digital dirigido al personal directivo y gestor de entidades sanitarias, así como al personal sanitario. Dado que este taller se celebró en el contexto post pandémico, sirvió también para recopilar información sobre la aplicación de los estándares de calidad en el contexto de la pandemia.

El objetivo general fue fomentar el conocimiento sobre los estándares adecuados de efectividad, eficiencia y oportunidad de los servicios de atención a la salud y tratamientos, respetando criterios de seguridad y equidad, y con una perspectiva de atención integral centrada en el/la paciente.

### **1.3.- Público objetivo:**

- Profesionales de las Administraciones Públicas de Salud
- Personal directivo de entidades de salud;
- Gestores/as sanitarios
- Jefaturas de Servicio Hospitalario y de Administración y Control de Gestión
- Personal director o gerente de áreas médicas, de enfermería y de administración y servicios generales de centros hospitalarios o de atención primaria
- Personal de dirección o de gerencia de hospitales públicos o privados.

### **1.4.- Fecha de realización**

27/05/2025 y 28/05/2025

### **1.5.- Modalidad/lugar**

Modalidad virtual.

### **1.6.- Contenidos y metodología**

El taller se realizó online a través de la plataforma Teams, durante dos días, de tres horas diarias de duración, en el que se presentaron de forma detallada los indicadores iberoamericanos de calidad y humanización. Al mismo tiempo, se presentó la herramienta que permitió cumplimentar los apartados de los diferentes indicadores.

Por otra parte, se realizó un ejercicio que dotó a las personas participantes de los conocimientos indispensables para cumplimentar los referidos indicadores.

Se trabajó en una plantilla para recabar buenas prácticas país en la mejora continua de la calidad de los servicios de salud; retos y desafíos en gestión de servicios de salud identificados por la crisis generada por la pandemia; indicadores presentados por los países, entre otras cuestiones. *(Es necesario adjuntar el programa del curso)*

### **1.7.- Tipo de ayuda**

El taller contó con el apoyo de la AECID, por lo cual las personas seleccionadas contaron con beca para la realización del taller.

### **1.8.- Certificación:**

Las personas que asistieron a la totalidad del taller recibieron certificado de asistencia.

### **1.9.- Coordinación de la actividad**

Holman Jiménez Ardila, director de Programas de la OISS

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

### 2. Programa:

**Metodología:** El taller se realizó online a través de la plataforma Teams, durante dos días, de tres horas diarias de duración, en el que se presentaron de forma detallada los indicadores iberoamericanos de calidad y humanización. Al mismo tiempo, se presentó la herramienta que permitió cumplimentar los apartados de los diferentes indicadores.

Por otra parte, se realizó un ejercicio que dotó a las personas participantes de los conocimientos indispensables para cumplimentar los referidos indicadores.

Se trabajó en una plantilla para recabar buenas prácticas país sobre la mejora continua de la calidad de los servicios de salud; retos y desafíos en gestión de servicios de salud identificados por la crisis generada por la pandemia; indicadores presentados por los países, entre otras cuestiones.

Hubo una encuesta de satisfacción al finalizar el taller.

**Nota:** Era indispensable que las personas que participaron en el encuentro-taller presentaran brevemente una buena práctica país sobre avances en la mejora continua de calidad y humanización de la salud.

Ciudad de México, México	8:00
San Salvador, El Salvador	8:00
San José, Costa Rica	8:00
Bogotá, Colombia	9:00
Lima, Perú	9:00
Quito, Ecuador	9:00
Caracas, Venezuela	10:00
Santiago, Chile	10:00
Buenos Aires, Argentina	11:00
Asunción, Paraguay	11:00
Montevideo, Uruguay	11:00
Madrid, España	16:00

**Agenda:**

**Martes 27 de mayo**

<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>
16:00 16:10	<b>Inauguración</b>
16:10 16:30	<b>Presentación de indicadores de calidad y humanización de la salud</b> Dr. Alberto Infante, Consultor OISS.
16:30 18:00	<b>La importancia de la calidad para mejorar los sistemas de salud</b> Dr. Conrado Gómez, exsuperintendente de Salud de Colombia
18:00 19:00	<b>Presentación herramienta para cumplimentar los apartados de los indicadores</b>
19:00	Fin de la jornada

**Miércoles 28 de mayo**

<b>Hora</b>	<b>Actividad</b>
16:00 17:00	<b>Ejercicio práctico con herramienta para cumplimentar los apartados de los indicadores</b> (Por grupos)
17:00 18:00	<b>Cumplimentación de plantilla para recabar buenas prácticas país sobre la mejora continua de la calidad de los servicios de salud y otros datos</b> (Por grupos)
18:00 19:00	<b>Presentación buenas prácticas país</b>
19:00	Fin de la jornada

## 3. Indicadores de la calidad de la atención en salud

**Por: Dr. Alberto Infante**

Profesor (emérito) de Salud Internacional en la Escuela Nacional de Sanidad/Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 27/05/2025

### *3.1.- Algunas definiciones de calidad:*

**3.1.1.- Donabedian (1980):** “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”. O bien: “Do the right things, righth”

**3.1.2.- International Organization for Standardization (ISO, 1989):** “Grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”. Ello implica: a) la calidad puede medirse y, b) como la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo, depende de cómo se define éste.

**3.1.3.- OMS (1991):** “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos y/o de la población, de una forma total y precisa, y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado del conocimiento lo permite”.

**Todo ello de acuerdo con:**

- Los principios básicos de la bioética:
  - Autonomía
  - Beneficencia
  - No maleficencia
  - Justicia (Equidad)
- Los Derechos Humanos.

### *3.2.- El proyecto de la OISS (2015-2017)*

Elaborar un conjunto de indicadores de la calidad de la atención de salud para las instituciones que son parte de la OISS.

Formaría parte de un Observatorio de la Calidad que incluiría información sobre Políticas de mejora de la calidad y sobre Buenas prácticas.

### 3.2.1.- Indicador:

“Variable que sirve para medir cambios” (OMS, 1981)

“Puntos de referencia, que brindan información cualitativa o cuantitativa, conformada por uno o varios datos, constituidos por percepciones, números, hechos, opiniones o medidas, que permiten seguir el desenvolvimiento de un proceso y su evaluación, y que deben guardar relación con el mismo”

### 3.3.- Características básicas de los indicadores:

#### 3.3.1.- Calidad:

Depende de factores intrínsecos al propio indicador. La calidad de un indicador depende de la:

- **Mensurabilidad:** esta basado en datos disponibles
- **Validez:** mide efectivamente lo que se desea medir
- **Confiabilidad:** produce los mismos resultados al usarse varias veces
- **Especificidad:** mide sólo el fenómeno que se desea medir
- **Sensibilidad:** detecta bien los cambios en el fenómeno
- **Relevancia:** permite sacar conclusiones operativas
- **Relación costo-efectividad:** los resultados obtenidos aplicando el indicador justifican la inversión de recursos invertidos en obtenerlo

Fuente: OPS/PAHO, 2001.

#### 3.3.2.- Utilidad:

Depende de factores extrínsecos. La utilidad de un indicador depende de la:

- **Oportunidad:** está disponible cuando se requiere.
- **Generalización de su uso:** se comprende bien y facilita las comparaciones entre instituciones y/o territorios.
- **Pertinencia:** es consistente con los problemas considerados prioritarios.
- **Aceptabilidad:** es admitido por aquellos que han de tomar decisiones basándose en él.

Por tanto, cuánto más participativa haya sido su elaboración/selección más útil será.

Fuente: OPS/PAHO, 2001.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

### *3.4.- Fases del proyecto*

1. Revisión de Fuentes
2. Primera lista de indicadores
3. Validación
4. Lista propuesta (2017)
5. Revisión anual durante 3 años
6. Rediseño (si procede)

### *3.5.- Revisión de Fuentes*

#### **3.5.1.- Indicadores Básicos de salud OPS-OMS (1995-2015):**

- Determinantes de salud (indicadores socio-económicos)
- Salud poblacional (demografía, mortalidad, morbilidad)

En 2015 se incluyó un capítulo sobre “Recursos, acceso y cobertura” con algunos indicadores que pueden ser útiles para el monitoreo de la calidad de la atención de salud a las personas.

#### **3.5.2.- Serie Health at a Glance (2008-2015, OCDE y UE):**

- Situación de salud
- Determinantes de salud
- Sistemas de salud
- Calidad de los cuidados
- Acceso
- Financiamiento y gasto en salud

**Limitante:** solo para los 34 países miembros (entre ellos México y Chile) y en ciertos casos también de algunos otros países asociados al proyecto (entre ellos Brasil, Costa Rica y Colombia).:

#### **3.5.3.- Iniciativa de Seguridad de los Pacientes (2004, OMS)**

Estudios e informes sobre:

- Lavado de manos en establecimientos de salud
- Radioterapia
- Cirujía segura
- Cuidados del recién nacido

Contienen propuestas útiles para establecer estándares e indicadores para el monitoreo de los progresos conseguidos en estos campos.

### 3.5.4.- Resolución instando a fomentar la seguridad de los pacientes (OPS/OMS, 2007):

- Fortalecer la cultura de la evaluación, la mejora continua y la seguridad del paciente entre los profesionales.
- Identificar líderes nacionales que actúen de forma proactiva en seguridad del paciente.
- Involucrar en la calidad a los niveles de gobierno y gerenciales, al mismo tiempo que a los niveles de ejecución.
- Realizar un trabajo interdisciplinario.
- Promover la participación activa de los profesionales en la gestión de la calidad.
- Incorporar a los pacientes, las familias y la comunidad en la toma de decisiones y en la promoción del autocuidado.

### 3.5.5.- Actividades promovidas por OPS/OMS en Seguridad de los pacientes

- El estudio “Análisis comparado sobre calidad atención y seguridad del paciente en América Latina y Comunidad Europea” (2012)
- La publicación “Sistemas de notificación de incidentes en la Región de las Américas” (2013)
- Un curso virtual sobre “Evaluación y mejora de la calidad y seguridad del paciente”, así como una investigación sobre “Prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria (AMBEAS) en Brasil, Colombia, México y Perú” (2013).
- Al menos dos países (México y Colombia) han organizado sistemas de notificación de efectos adversos (Pier Paolo Baladelli, 2013)

### 3.6.- Algunas iniciativas en los países

- **Perú:** Estándares, Normas técnicas e Indicadores del primer nivel de atención y de los hospitales (Ministerio de Salud, en 2002 y 2003)
- **México:** Sistema INDICAS (Secretaría de Salud)
- Colombia: Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención de Salud (Ministerio de Protección Social, 2011)
- **Argentina:** Programa de Indicadores de Calidad de la Atención Médica (PICAM) (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud, 2012)
- **Chile:** Indicadores incluidos en el Manual para la acreditación de instituciones de atención cerrada (Superintendencia de Salud, 2014)
- **España:** La 2a Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, para 2015-2020 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) que, entre otras cosas, incluye:
  - Un listado de prácticas seguras recomendadas por diversos organismos y agencias de todo el mundo.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

- Una evaluación del grado de cumplimiento de las líneas estratégicas de la 1a Estrategia (2010-2013) por los servicios de salud de las CCAA mediante 10 indicadores referidos a los niveles macro y meso, y 5 indicadores referidos al nivel micro (hospitales)
- **EEUU:** La Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ):
  - Listado de 18 indicadores relacionados con la seguridad de los pacientes.
  - Listado de 28 indicadores para medir la calidad de la atención de los pacientes ingresados en hospitales.
  - Una metodología para su aplicación práctica como parte de los programas de mejora de la calidad de la atención (AHRQ, 2016)

### *3.7.- Elaboración de una primera lista de indicadores*

Se consideraron las tres dimensiones de la calidad de la atención: calidad técnica (o intrínseca), calidad percibida (o calidez) y calidad administrativa.

**Primer criterio de inclusión:** que el indicador figure en los IB de OPS o en la base de datos de la OCDE. En el segundo caso, se han incluido aquellos indicadores comunicados por, al menos, dos de los cinco países iberoamericanos posibles, sin contar España y Portugal. (excepción: los indicadores referidos a sepsis abdominal post-quirúrgica y trauma obstétrico en parto vaginal instrumental y no instrumental, que no han sido comunicados por ningún país ibero-americano pero se han incluido debido a: i) su relevancia y, ii) porque muchos hospitales de ibero-américa los usan)

#### **Ventajas:**

- **Primera:** asegura que tanto la ficha técnica como el proceso de recolección, depuración y comunicación están bien establecidos y son conocidos en los países.
- **Segunda:** permite que los resultados sean comparables entre los países y dentro de un mismo país.
- **Tercera:** indica que, probablemente, existirá una serie temporal del indicador o, al menos, un año de base a partir del cual se pueden establecer tendencias.
- **Cuarta:** aunque se comunican agregados para el total nacional son fácilmente referibles a demarcaciones territoriales más pequeñas (p. ej. estado, provincia, región, municipio) y, también, a determinadas redes de servicios (p. ej. la red de establecimientos de salud del seguro social o el conjunto de hospitales supervisados por la Superintendencia de Salud). Para ello suele bastar con cambiar los denominadores (p.ej. en lugar de considerar el “gasto nacional” en salud considerar el “gasto institucional en salud” (nivel meso) o el “gasto institucional en salud en el territorio X” (nivel micro); o bien en lugar de considerar la “población total”, considerar los “derecho-habientes” (nivel meso) o los “derecho-habientes en el territorio X” (nivel micro), respectivamente)
- **Quinta:** su interpretación suele ser relativamente sencilla porque:
  - el estándar es cero o la cifra más baja posible (p. ej. en los casos de sepsis abdominal post-quirúrgica o de mortalidad por IAM o ACV)

- el estándar es cien por cien -o la cifra más alta posible (p. ej. en los indicadores de cobertura vacunal o del % de mujeres de 20-69 años que se hicieron la prueba de cáncer cervical en un periodo determinado)
- se pueden usar los valores de una amplia lista de países como referencia para establecer el margen de mejora.
- En el caso de la publicación **Health at a Glance**, al comienzo de cada capítulo existe una explicación de qué significa y cómo hay que interpretar los indicadores incluidos en ella.

En consecuencia, son indicadores **muy robustos** en cuanto a su **validez** aunque puedan ser algo menos robustos en cuanto a su utilidad.

### Principales limitaciones:

- **Oportunidad:** los resultados de su aplicación suelen publicarse con dos o más años de retraso.
- **Pertinencia:** no todos se corresponden bien con los problemas prioritarios en los niveles macro, meso y micro del sistema de atención de la salud (o de la organización de que se trate) en un momento determinado.

Por ello la lista se ha completado con indicadores que cumplieran un **segundo criterio:** conocer en qué grado se están desarrollando actividades de mejora continuada de la calidad.

Para ello se han incluido indicadores referidos a:

- los sistemas de notificación de efectos adversos,
- la existencia de estrategias de seguridad de los pacientes
- la existencia y el uso de sistemas de medida de la opinión de los pacientes.

Son indicadores **cualitativos** ampliamente consagrados por el uso. Pretenden comprobar el grado de implementación de la **Resolución** aprobada en 2007 por el Consejo Ejecutivo de la OPS/OMS.

### 3.8.- Indicadores de Estructura:

- 1.: Número de médicos, enfermeras y dentistas por 10.000 hab. (Fuente: OPS, IB 2015)
- 2.: Número de camas hospitalarias por 1.000 hab. (Fuente: OPS, IB 2015)
- 3.: Unidades de resonancia magnética por millón de habitantes (Fuente: OCDE, 2014 (CHI, MEX))
- 4.: Unidades de Tomografía computarizada por millón de habitantes (Fuente: OCDE, 2014 (CHI, MEX))
- 5.: Gasto nacional en salud, público y privado como % del PIB (Fuente: OPS, IB 2015)
- 6.: Gasto en salud per cápita en USD ppp (Fuente: OCDE, 2014 (MEX, CHI, BRA))
- 7.: Variación interanual del gasto en salud per cápita en términos reales (Fuente: OCDE, 2014 (MEX, CHI))

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

- 8.: % de mujeres que usan anticonceptivos (todos los métodos) (Fuente: OPS, IB 2015)
- 9.: % cobertura de atención de salud prenatal por personal capacitado (4 visitas y +) (Fuente: OPS, IB 2015)
- 10.: % inmunización de niños menores de 1 año (DTP3, Polio3, BCG) (Fuente: OPS, IB 2015)
- 11.: % de inmunización antigripal en mayores de 65 años (Fuente: OCDE, 2014 (MEX, CHI)
- 12.: ¿Existen en los niveles nacional, intermedios y locales unidades y/personas responsables de impulsar la mejora continuada de la calidad de la atención y que cuentan con el apoyo y los medios necesarios para tener el liderazgo y desarrollar actuaciones efectivas en estos temas?

### 3.9.- Indicadores de Proceso

- 1.: Duración promedio en días de la estancia media en hospitales de agudos (Fuente: OCDE, 2014 -CHI, MEX)
- 2.: Duración promedio en días de la estancia media del parto normal (Fuente: OCDE, 2014 -CHI, MEX)
- 3.: Duración promedio en días de la estancia media del Infarto Agudo de Miocardio (Fuente: OCDE, 2014 -CHI, MEX)
- 4.: Número cesáreas por 100 nacidos vivos (Fuente: OCDE, 2014 -CHI, MEX)
- 5.: % de mujeres de 20-69 que se hicieron la prueba de Ca cervical en un periodo determinado (2003-2013) (Fuente: OCDE, 2014 -CHI, MEX)
- 6.: Número de angioplastias coronarias por 100.000 habitantes (Fuente: OCDE, 2014 -CHI, MEX)
- 7.: Número de angioplastias coronarias como porcentaje del total de procedimientos de revascularización coronaria (Fuente: OCDE, 2014 -CHI, MEX)
- 8.: ¿Existen en el nivel nacional **sistemas de notificación de efectos adversos en hospitales** que sean conocidos y estén funcionando? (Fuente: OPS, 2007)
- 9.: ¿Existen en el nivel nacional **estrategias para fomentar la seguridad de los pacientes en hospitales** que sean conocidas y estén funcionando, y que incluyan al menos dos de los siguientes componentes: adecuada identificación de pacientes, atención limpia y lavado de manos; abatimiento de la mortalidad materna; disminución de la infección hospitalaria, prácticas de cirugía segura y manejo adecuado de fármacos? (Fuente: OPS, 2007)
- 10.: ¿Existen sistemas en los niveles nacional, intermedios y locales para evaluar **la opinión y el grado de satisfacción de los pacientes** con al menos tres de los siguientes aspectos de la atención de salud: tiempo de espera para ser atendido en consulta de atención primaria; tiempo de espera para ser atendido en consulta hospitalaria; tiempo de espera para ser ingresado una vez se indicó el ingreso; trato recibido durante la consulta de atención primaria; trato recibido durante el ingreso en el hospital; trato recibido durante la atención de urgencias; información recibida en la consulta de atención primaria; información recibida durante el ingreso en el hospital; información recibida en el momento del alta en el hospital; información recibida durante la atención de urgencia? (Fuente: OPS, 2007)

- 11.: En su caso ¿se da publicidad y se usa la información recogida por los sistemas arriba mencionados para fomentar la participación de los pacientes y realimentar periódicamente la toma de decisiones de los niveles correspondientes? (Fuente: OPS, 2007)

### 3.10.- Indicadores de Resultado

- 1.: Tasa estandarizada por edad y sexo de casos de diabetes ingresados en hospitales por 100.000 hab. (Fuente OCDE, 2014 (CHI, MEX))
- 2.: Mortalidad por infarto agudo de miocardio a los 30 días del ingreso en adultos mayores de 45 años estandarizada por edad y sexo (Fuente: OCDE, 2014 (CHI, MEX))
- 3.: Mortalidad por accidente vascular cerebral a los 30 días del ingreso en adultos mayores de 45 años estandarizada por edad y sexo (Fuente: OCDE, 2014 (CHI, MEX))
- 4.: Mortalidad estandarizada por 100.000 mujeres por Ca de cuello uterino en un periodo determinado (2003-2013) (Fuente: OCDE, 2014 (BRA, CHI, COL, COR, MEX))
- 5.: Mortalidad estandarizada por 100.000 mujeres por Ca de mama en un periodo determinado (2003-2013) (Fuente: OCDE, 2014 (BRA, CHI, COL, COR, MEX))
- 6.: Mortalidad estandarizada por Ca colorectal en un periodo determinado (2003-2013) (Fuente: OCDE, 2014 (BRA, CHI, COL, COR, MEX))
- 7.: Casos de sepsis abdominal postquirúrgica por 100.000 altas (Fuente: OCDE, 2014---)
- 8.: % de trauma obstétrico en recién nacidos mediante parto vaginal instrumental (Fuente: OCDE, 2014---)
- 9.: % de trauma obstétrico en recién nacidos mediante parto vaginal no instrumental (Fuente: OCDE, 2014---)
- 10.: ¿Existen sistemas en los niveles nacional, intermedios y locales, para evaluar periódicamente y de forma transparente y confiable el grado de **satisfacción global** de los pacientes con la atención recibida? (Fuente: OPS, 2007)

### 3.11.- Proceso de validación

La lista se presentó a un grupo de 30 profesionales de 10 países iberoamericanos: Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana.

Se les explicó el propósito del proyecto y los criterios seguidos para elaborar el listado. Se les pidió que, de acuerdo con su experiencia, puntuasen de 0 a 10 la validez y de 0 a 10 la utilidad de cada indicador.

Además, al final de cada bloque de indicadores (estructura, proceso y resultados) se incluía una pregunta abierta formulada del siguiente modo: ¿Propondría usted algún otro indicador de estructura/proceso/resultado? Si es así ¿cuál? No ponga más de tres.

**Resultado:** Al final del proceso se han seleccionado **22 indicadores** de calidad y humanización: **17 cuantitativos** y **5 cualitativos**.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

- Los 17 indicadores cuantitativos son muy conocidos y ya se están recolectando y, en bastantes casos, comunicando por los países iberoamericanos a la OPS y/o a la OCDE desde hace tiempo. Por tanto, son factibles y robustos.
- Los 5 indicadores cualitativos tratan de conocer el grado de aplicación de la resolución sobre calidad de la atención de salud aprobada por los países en el Consejo Directivo de la OPS.

### 3.12.- INDICADORES DE ESTRUCTURA

- Número de médicos, enfermeras y dentistas por 10.000 derecho-habientes (evolución 2003-2013 o último periodo disponible)
- Número de camas hospitalarias por 1.000 derecho-habientes (evolución 2003-2013 o último periodo disponible)
- Unidades de resonancia magnética por millón de derecho-habientes (último año o periodo disponible)
- Unidades de Tomografía computarizada por millón de derecho-habientes (último año o periodo disponible)
- Gasto en salud por derecho-habiente en USD ppc.
- ¿Existen en los niveles nacional, intermedios y locales de la red asistencial unidades o personas responsables de impulsar la mejora continuada de la calidad y de la humanización de la asistencia que cuentan con el apoyo y los medios para desarrollar actuaciones efectivas en estos temas?

### 3.13.- INDICADORES DE PROCESO

- Porcentaje de mujeres derecho-habientes que usan anticonceptivos (todos los métodos)
- Porcentaje de mujeres de 20 a 69 años que se hicieron la prueba de detección de Ca cervical en un periodo determinado (p. ej. 2003-2013)
- Porcentaje de cobertura de la atención de salud prenatal a mujeres derecho-habientes por personal capacitado (4 visitas y +)
- Duración promedio en días de la estancia media del parto normal en los hospitales de la red asistencial.
- Número cesáreas por cada 100 nacidos vivos en los establecimientos de la red.
- Duración promedio en días de la estancia media del Infarto Agudo de Miocardio en los establecimientos de la red (último año disponible)
- ¿Existen en el nivel nacional estrategias/sistemas para fomentar la seguridad de los pacientes en los hospitales de la red asistencial que son conocidas y están funcionando?
- ¿Existen en el nivel nacional sistemas de notificación de eventos adversos en los hospitales de la red asistencial que son conocidos y están funcionando?

### 3.14.- INDICADORES DE RESULTADO

- Tasa estandarizada por edad y sexo de casos de diabetes ingresados en hospitales por 100.000 derecho-habientes.
- Mortalidad por infarto agudo de miocardio a los 30 días del ingreso en adultos derecho-habientes mayores de 45 años, estandarizada por edad y sexo.
- Mortalidad por accidente vascular cerebral a los 30 días del ingreso en adultos derecho-habientes mayores de 45 años estandarizada por edad y sexo.
- Mortalidad estandarizada por 100.000 mujeres derecho-habientes por Ca de cuello uterino durante un periodo determinado (p. ej. 2003-2013)
- Mortalidad estandarizada por 100.000 mujeres derecho-habientes por cáncer de mama durante un periodo determinado (p. ej. 2003-2013)
- Mortalidad estandarizada por cáncer colo-rectal en población derecho-habiente durante un periodo determinado (p. ej. 2003-2013)
- Porcentaje de trauma obstétrico en recién nacidos mediante parto vaginal instrumental.
- ¿Existen en los niveles nacional, intermedios y locales de la red asistencial sistemas/procedimientos para evaluar la opinión y el grado de satisfacción de los pacientes?

### 3.15.- Ficha técnica de un indicador

#### Porcentaje de mujeres derechohabientes que usan anticonceptivos (todos los métodos) (2003-2013 o último periodo o año disponible)

- **Fórmula:** número de mujeres que usan algún método anticonceptivo x100/número de mujeres derechohabientes en edad reproductiva.
- **Aclaraciones:** se consideran mujeres en edad reproductiva las que se encuentran entre 15-49 años de edad. Se excluye a las mujeres embarazadas.
- **Fuente de datos:** Registros oficiales de la institución de seguridad social. Si no se dispone de ellos, informar alternativamente los datos del país.
- **Justificación:** El porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos para regular su fecundidad se considera un indicador tanto del nivel de educación sanitaria de las mujeres como de acceso a servicios básicos de salud. Este indicador es tanto más relevante cuanto menor es el nivel de desarrollo del país, comarca o región, o grupo poblacional. Todos los países iberoamericanos comunican este dato a la OPS/OMS desde hace tiempo. Los valores nacionales promedio oscilan entre el 45 y el 76% (2015). La mayor parte de los dispositivos de atención primaria de ibero-américa registran este dato. Por tanto, conocer el porcentaje de mujeres derechohabientes que usan métodos anticonceptivos permitiría comparar este indicador con el de otras poblaciones cubiertas por servicios de salud de otras instituciones y, también, con la población total del país.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

### 3.15.1.- Observaciones:

- Ha de generarse un proceso participativo y de realimentación continuada entre el equipo técnico del Secretariado de la OISS y los “puntos focales” de las Instituciones.
- Durante los primeros 2-3 años tanto la lista como la formulación de algunos indicadores incluidos en ella podrá variar en función de la experiencia acumulada.
- Forma parte del proyecto de elaboración de un Observatorio de la Calidad y la Humanización de la atención de salud de las instituciones iberoamericanas de Seguridad Social.

### En la actualidad, se podría considerar la inclusión de:

- ¿Se dispone de planes de actuación y de personal entrenado para hacer frente a eventos catastróficos de origen natural o causados por el hombre (p.ej. inundaciones, incendios, terremotos, etc.)
- ¿Se dispone de planes de contingencia para hacer frente al desabastecimiento de insumos esenciales, p.ej. Pcr, vacunas o respiradores?
- ¿Existen planes para fomentar el uso racional de medicamentos, en particular de los antibióticos, así como para hacer frente a las resistencias microbianas?

### 3.16.- *Declaración de la XVI Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud (2021)*

**Considerando XVI:** La importancia de los Indicadores de Calidad de los servicios de salud de las instituciones de Seguridad Social de Iberoamérica, promovidos por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), instrumento para mejorar la calidad de la atención de salud, en el marco de la función de los Órganos de Regulación, Inspección, Vigilancia y Control de los Sistemas de Salud.

**Acuerdo 24:** Instar a las instituciones de salud a que promuevan el reporte periódico del cumplimiento de los indicadores de calidad de los servicios de salud de las instituciones de seguridad social de Iberoamérica y su reporte al Observatorio de Regulación y Vigilancia Iberoamericano en Salud “RE-VISA”.

### 3.17.- *Criterios generales para la inclusión de buenas prácticas en calidad y humanización de la atención de salud:*

- **Pertinencia y adecuación** de las intervenciones desarrolladas a las necesidades y problemas de salud y a las características de la población a que se dirige, con especial énfasis en su impacto a la hora de disminuir/eliminar inequidades previamente demostradas.
- **Utilidad conocida** en términos de años de vida ganados y de calidad de vida mejorada de las poblaciones a quienes va dirigida.
- **Eficiencia** en el manejo de los recursos humanos, financieros y organizacionales.
- **Mejora de la participación** de los profesionales, de los pacientes, de sus familiares y de la comunidad en los procesos de priorización, diseño, desarrollo y evaluación de las intervenciones, incluyendo el empoderamiento de las mujeres en el cuidado de su salud.

- **Mejora de los cuidados** en pacientes con problemas de salud de elevada prevalencia e impacto en términos de morbi-mortalidad y de calidad de vida, incluyendo enfermedades crónicas, enfermedades mentales y enfermedades terminales.
- **Impacto en la eficiencia** de los **procesos asistenciales** (accesibilidad, continuidad de los cuidados, promoción de prácticas asistenciales efectivas y seguras, la satisfacción con la atención recibida, etcétera), así como de los **sistemas de información** para la toma de decisiones tanto por parte de los gestores como por los pacientes y la población general.
- **Adecuación de la práctica asistencial a la evidencia científica** existente o a recomendaciones internacionales consensuadas.
- **Mejoras o implantación de modelos organizativos y de gestión** orientados a la ampliación de la cobertura, el uso adecuado de recursos, la coordinación entre los distintos centros y niveles asistenciales, el uso adecuado de tecnologías y medicamentos, la seguridad de los pacientes y la atención a pacientes de especial interés (por ejemplo, poblaciones muy pobres o en riesgo de exclusión, grupos étnicos, inmigrantes, etcétera).
- **Implantación de innovaciones** y desarrollo de programas de mejora de la calidad en materia de sistemas de información clínico-asistenciales, sistemas de información económica, registros y sistemas de información de base poblacional y registros de datos clínicos (historia clínica, informes clínicos).

**En todos los casos** la inclusión de la buena práctica se basará en la **calidad metodológica del proyecto, el ámbito de aplicación, el grado de desarrollo real, la calidad de la evaluación del mismo, y el impacto de las acciones desarrolladas.**

## 4. La calidad en la gestión asistencial en el contexto iberoamericano

Por: Dr. Conrado Adolfo Gómez Vélez

### 4.1.- Conceptos básicos

#### 4.1.1.- Calidad

##### 4.1.1.1.- Elementos básicos:

- Conformidad
- Oportunidad
- Satisfacción

##### 4.1.1.2.- En salud

- Seguridad
- Reducción de la variabilidad
- Humanización
- Eficacia
- Accesibilidad

### 4.2.- Antecedentes de calidad

- **Control de la calidad:** Frederick Taylor. Racionalizar el trabajo, estandarizar
- **Aseguramiento de la calidad:** Años 50 aparece un enfoque de prevención de errores desde el origen. Se caracteriza por establecer una necesidad de coordinación de las diferentes áreas y procesos, a fin de garantizar el cumplimiento de los estándares de la calidad. Aparecen
- **Calidad Total:** Filosofía de “Hacer las cosas bien a la primera”. Desarrollada por los Japoneses y, liderada por un Estadounidense: W. Edwards Deming.
- **Mejoramiento (Mejora Continua):** El énfasis de esta mejora se centra en el enfoque en el cliente y en el mercado, la reducción de defectos a partir del manejo de conceptos matemáticos (Seis Sigma); Años 80. Reducción permanente de los ciclos permanentes de fabricación, distribución y/o venta.

### 4.3.- *Calidad Asistencial*

Hablar de calidad en la práctica asistencial supone tener en consideración los múltiples aspectos que permitan que los servicios sanitarios a individuos o poblaciones tengan las máximas posibilidades de cumplir con los objetivos deseados de salud, de forma coherente con los conocimientos profesionales actualizados. Institute of Medicine (IOM) ---> La calidad debe asumirse como un modo de vida dentro de la organización

El concepto de calidad tiene dos aspectos básicos:

- **Calidad técnica o intrínseca:** Características técnicas de un bien o servicio, que, evaluadas y comparadas con las de otros productos, permiten establecer un juicio objetivo al respecto.
- **Calidad percibida:** Impresión que los usuarios tienen sobre la idoneidad de un producto para satisfacer sus expectativas.

La calidad de la atención médica como capacidad de satisfacer las necesidades de la población, los pacientes, o usuarios, de los servicios de salud.

La calidad en salud exige idoneidad en el actuar técnico de los médicos y demás profesionales: concordancia con el cuerpo compacto de saberes sobre aquello que indica la adopción de las mejores prácticas y tecnologías.

Existen atributos característicamente clínicos, como la efectividad, la oportunidad y la seguridad, así como otros más condicionados por aspectos sociales y económicos, como la equidad, la eficiencia y la accesibilidad.

La variabilidad de la práctica clínica es fuente de error, de inequidad en la asistencia y de ineficiencia.

Calidad asistencial es, en primer lugar, conocer herramientas que permitan disminuir la variabilidad en la práctica clínica, herramientas de diseño y seguimiento que pueden utilizarse tanto en proyectos aislados como en planes complejos:

- Elementos básicos de planificación,
- Modelo de mejora continua,
- Gestión basada en procesos y evaluación.

Calidad asistencial es también hablar de seguridad del paciente.

### 4.4.- *Antecedentes representativos de la calidad en salud siglo XX*

- **1910:** Abraham Flexner. Calidad de la formación médica.
- **1910:** Abraham Flexner. Calidad de la formación médica.
- **1916:** Dr. Codman. Certificación del médico, acreditación de establecimientos de salud.
- **1918:** Creación del Programa Nacional de Normalización Hospitalaria en los EEUU.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

- **1951:** Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales de EEUU. Joint Commission on Accreditation of Hospitals.
- **1958:** Canadá crea su propia comisión de acreditación.
- **1970:** Brasil, Instituto del Corazón-Univ. Sao Paulo: Programa de garantía de calidad.
- **1973:** Australia establece el Congreso Australiano de Normas de Hospitales.
- **1981:** Cataluña establece un Programa General de Acreditación de Hospitales.
- **1986:** Comisión Acreditación de Hospitales de EEUU: Proyecto “Agenda para el cambio”.
- **1990:** Implementación de Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe.
- **1992:** Modelo de Manual de Acreditación Hospitalaria. Federación Latinoamericana de Hospitales y OPS/OMS.

### *4.5.- La calidad en la gestión hospitalaria*

- Conjunto de métodos aplicados a la organización
  - Mejora el servicio del cliente
  - Reduce costos
  - Aumenta la productividad
- La calidad como un derecho, un deber ser y no como un privilegio
- La calidad como cultura organizacional, formación de competencias, cambios actitudinales y de coordinación de los profesionales dentro de la organización.
- **La calidad total:** Conjunto de principios, de métodos organizados de estrategia global, dirigidos a movilizar toda la empresa a fin de obtener la mayor satisfacción del cliente al menor costo posible.
- Diversos enfoques de control de la calidad
  - **El enfoque estructural:** Buenas condiciones permiten mejores resultados. (instalaciones y equipos, recursos humanos).
  - **El enfoque del proceso:** Si se aplican el conocimiento médico del momento y la tecnología disponible a todas las fases de la atención al paciente, es probable que se obtengan buenos resultados.
  - **El enfoque del resultado:** Establecer fines, y medir resultados en término de curación, satisfacción, prevención, reducción de indicadores de no calidad o daño, complicaciones innecesarias

### *4.6.- La calidad en salud en el contexto iberoamericano*

Conferencia Sanitaria panamericana del 17 de julio del 2007, definió la calidad de la atención, como eje fundamental para la consecución de los objetivos nacionales de salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud.

Durante la 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana, en 2007 se expidió la Resolución CSP27/10, que incluye la seguridad del Paciente.

### **Resolución CSP27/10. Cinco líneas estratégicas:**

1. Posicionar el programa de calidad de la atención y seguridad del paciente como prioridad sectorial.
2. Promover la participación ciudadana en temas de calidad.
3. Generar información y evidencia en temas de calidad.
4. Desarrollar, adaptar y apoyar la implantación de soluciones en calidad.
5. Desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente con un horizonte de diez años.

Los países de América Latina han estructurado sus normativas con base en la CSP27/10; no obstante, el proceso de integración entre países o regiones como: Mercosur, UNASUR, Comunidad Andina, Sistema de Integración Centroamericano, ha llevado a que también haya normativas a nivel subregional, para lo cual los países han tenido que adaptar sus legislaciones nacionales.

La mayoría de las Constituciones de los países de América Latina hacen referencia directa al derecho a la salud, que disponen de normativa sobre el derecho a la salud.

**La Estrategia y Plan de Acción 2020-2025 de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO)** para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud se basa en tres enfoques fundamentales:

- **Abordaje desde los sistemas de salud y la intersectorialidad:** Se busca fortalecer los sistemas de salud mediante la integración de políticas intersectoriales que garanticen una atención equitativa y de calidad.
- **Acciones adaptadas a cada país:** Se reconoce la diversidad de los sistemas de salud en la región, promoviendo estrategias específicas para cada contexto nacional.
- **Principios orientadores:** Se fundamenta en el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la ética, la participación comunitaria y la toma de decisiones basadas en evidencia.

Además, la estrategia se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Agenda 2030, promoviendo el acceso universal a servicios de salud de calidad.

### **Principios orientadores de la Estrategia y Plan de Acción 2020-2025 de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO)**

- **Derecho a la salud:** Garantizar que todas las personas puedan acceder al grado máximo de salud posible.
- **Equidad:** Reducir las desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de salud.
- **Solidaridad:** Promover la cooperación entre países y comunidades para fortalecer los sistemas de salud.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

- **Decisiones éticas:** Asegurar que las políticas y acciones sean guiadas por principios éticos y de justicia social.
- **Participación y empoderamiento:** Involucrar a las personas, familias y comunidades en la toma de decisiones sobre su salud.
- **Toma de decisiones basada en evidencia:** Utilizar datos y mejores prácticas para diseñar estrategias efectivas.

“**Prestación de servicios de salud de calidad: Un imperativo global para la cobertura sanitaria universal**” de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en colaboración con la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y el Banco Mundial (2020). Destaca la importancia de la calidad en la atención sanitaria para lograr la cobertura universal.

- **Definición de calidad en salud:** La calidad se entiende como la prestación de servicios efectivos, seguros, centrados en las personas, oportunos, equitativos, integrados y eficientes.
- **Desafíos globales:** Se identifican barreras como la falta de acceso equitativo, la variabilidad en la calidad de los servicios y la necesidad de fortalecer la seguridad del paciente.
- **Estrategias de mejora:** Se proponen enfoques para garantizar la calidad, incluyendo el fortalecimiento de la gobernanza, la capacitación del personal y el uso de datos para la toma de decisiones.
- **Impacto en la cobertura universal:** Se enfatiza que la calidad es un componente esencial para que los sistemas de salud sean sostenibles y efectivos.

Países como Costa Rica y Argentina regulan normativamente el derecho a la salud como extensivo al derecho a la vida incorporando garantías de acceso en normas generales de salud y de seguros de salud.

Se define claramente la rectoría de la autoridad de salud en Ministerios y Secretarías de Salud.

La Garantía de calidad recae en los ministerios / Secretarías de salud; en algunos se encuentra compartida (Brasil).

**Los aspectos de calidad mas frecuentemente regulados en la región son:**

- Autoridad competente en salud
- Calidad en la atención
- Tecnologías
- Acreditación y habilitación de establecimientos
- Formación del personal de salud
- Seguridad del paciente
- Reporte de eventos, incidentes y daño

Por lo general la responsabilidad de la calidad de la atención de salud recae en los ministerios/Secretarías de salud o ministerio de protección social. Los países federales tienen instancias regulatorias subnacionales.

En todos los países hay instancias intraministeriales vinculadas con la calidad en áreas como:

- Medicamentos
- Tecnología médica
- Vigilancia sanitaria
- Vigilancia epidemiológica
- Acreditación
- Certificación de recursos humanos
- Atención de quejas

En el caso de España y Portugal, se tiene en cuenta el Derecho Europeo que prima sobre el Derecho Nacional. La calidad es descrita y considerada un principio operativo compartido en toda la UE “todos los ciudadanos de la Unión esperan encontrar este principio y que exista las estructuras de apoyo necesarias en todos los sistemas sanitarios de la UE”.

En la legislación española, sobre la base de Ley General de Sanidad (Ley 14/1986), determina que “las Administraciones públicas, a través de sus servicios de salud y de los órganos competentes en cada caso, desarrollarán actuaciones de control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles”.

La Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece que la mejora de la calidad del sistema sanitario en su conjunto debe dirigir las actuaciones de las instituciones sanitarias públicas y privadas, para consolidar los elementos que configuran la “infraestructura de la calidad”, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos.

#### ***4.7.- Sistema de Gestión de Calidad***

El Sistema de Gestión de Calidad busca, de manera estratégica, planear y ejecutar las actividades necesarias para el cumplimiento de los requisitos de calidad y así satisfacer las necesidades de los vinculados estratégicos, especialmente, el cliente externo.

#### ***4.8.- Componentes de un sistema de Calidad***

- **Un Sistema institucional y de regulación nacional**
  - Organismos rectores y reguladores
  - Ⓜ Instituciones y organismos de IVC
  - Ⓜ Organismos de Normalización
- **Un proceso de habilitación o licenciamiento:**
  - Para prestadores de servicios
  - Para Aseguradores o Administradores

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

- **Un proceso de Acreditación o de Alta Calidad**
  - Certificación de Alta Calidad
- **Desarrollo Institucional de acreditación y certificación**
  - Organismos o mecanismos de certificación
  - Organismos y mecanismo de certificación

### 4.9.- Diferenciar: Regulación vs. Normalización

Regulación	Normalización
Obligatoria	Estandarización
Seguridad	Mejores prácticas y experiencias
Conformidad con estándares mínimos	Es voluntaria
Recoge experiencias internacionales y exigencias propias	

### 4.10.- Habilitación o Licenciamiento

En algunos países existen las superintendencias de salud; Vistas comparativamente, sus competencias son variadas, (Colombia, Chile, República Dominicana, Venezuela) en parte del sistema Argentina, dirigida a las obras sociales. Otras comparten competencias con el Ministerio respectivo (Colombia, Perú, Paraguay).

En muchos países la vigilancia y el control lo ejercen direcciones de calidad de los ministerios de salud.

### 4.11.- Acreditación de Alta Calidad

- Es un nivel superior de calidad
- Es voluntario
- Debe ser certificada por una entidad externa, que debe a su vez estar acreditada
- **Metodologías e instrumentos específicos de Salud:**
  - Joint Commission of Healthcare: Método Malcom Balbridge
  - Modelo EFQM
- **Metodologías generales:**
  - Certificación de normas ISO

— *Acreditación y Habilitación*

Habilitación	Acreditación Alta Calidad
Estructura, Proceso y Resultado	Cultura calidad
Seguridad	Seguridad del paciente
Conformidad con estándar o reglamento	Existencia de políticas y programas dirigidos a la humanización de la atención
Indispensable para funcionar	Gestión de la Tecnología
Obligatoria	Enfoque y Gestión del riesgo
	Gestión del Conocimiento
	Eficiencia
	Prestigio
	Voluntaria

**4.12.- Acreditación de Acreditadores**

El programa International Accreditation Process (IAP) de la ISQua es el único programa que “acredita a los acreditadores” y le da reconocimiento a nivel mundial a las organizaciones acreditadas que alcanzan los estándares internacionales aprobados.

ISQua por tanto se encarga de acreditar a las entidades que van a realizar las evaluaciones de calidad en las organizaciones del sector salud.

**4.13.- Algunos modelos comparativos**

**COLOMBIA:**

**ENTIDAD QUE AUTORIZA:** Ministerio de Salud y Protección Social

**NOMBRE DEL SISTEMA:** Sistema Único de Acreditación - SUA

**ORGANISMO EJECUTOR:** Junta nacional de Acreditación en Salud INCONTEC Instituto Colombiano de Normas Técnicas Entidades Acreditadoras que se inscriben en el Registro Especial de Acreditadores en Salud (Decreto 903)

**ENFOQUE:** Atención centrada en el usuario de los servicios de salud, cuya meta es identificar, satisfacer y exceder sus expectativas y necesidades. Gestión clínica excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad. Humanización de la atención en salud, cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano.

**BENEFICIOS DE ESTE PROCESO:** Mejoran la imagen y credibilidad ante los clientes y la comunidad en general. Se reducen los costos de la no calidad. Mejoran su capacidad de negociación con las aseguradoras y el estado. Esfuerzo por mantener los logros alcanzados con la acreditación y orientación hacia un proceso de mejoramiento continuo de la calidad. Exportación de servicios.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

**OBJETIVO:** Incentivar el manejo de las buenas prácticas y afianzar la competitividad de las organizaciones de salud proporcionando información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas

**PROPOSITO:** El propósito es lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud a quien se les proveerá estos servicios de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos.

**VIGENCIA:** 4 años

**OBLIGATORIEDAD:** Voluntario

### CHILE

---

**ENTIDAD QUE AUTORIZA:** Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud

**NOMBRE DEL SISTEMA:** Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud

**ORGANISMO EJECUTOR:** El Estado es el que desarrolla los estándares a evaluar (en base a consultas con todos los interesados), financia las acreditaciones y decide, al azar, cuál de las acreditadoras se encargará de la tarea, todas las acreditadoras son privadas y deben estar inscritas en el registro de Acreditadores de la Superintendencia

**ENFOQUE:** Que evalúen las condiciones sanitarias, seguridad de las instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos

#### **BENEFICIOS DE ESTE PROCESO:**

- Mejora la confianza de los usuarios con las instituciones de salud, porque valoran la calidad y la seguridad del paciente.
- Involucra a los pacientes y sus familiares en el proceso de atención de salud.
- Construye una cultura organizacional a partir del aprendizaje de acontecimientos adversos, ejemplo, las caídas de pacientes, para mejorar la seguridad de la atención.

**OBJETIVO:** Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los derechos de las personas” a través de un Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad”.

**PROPOSITO:** La población pueda comparar a los prestadores de salud no sólo por precio, sino también por la calidad pero existe un condicionante: quienes no se acrediten no podrán brindar servicios a beneficiarios del Plan AUGE (Atención Universal con Garantías Explícitas) Proyecto de Régimen de Garantías en Salud.

**VIGENCIA:** 3 años

**OBLIGATORIEDAD:** Obligatoria

## MÉXICO

---

**ENTIDAD QUE AUTORIZA:** Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

**NOMBRE DEL SISTEMA:** Sistema Nacional de Certificación

**ORGANISMO EJECUTOR:** La Subsecretaría de Innovación y Calidad es la instancia oficial encargada de emitir el dictamen de auditoría

**ENFOQUE:** A. Capacidad. Explora suficiencia de recursos para prestar los servicios básicos y de gastos catastróficos. Valor ponderal 50%. B. Seguridad. Explora condiciones de una práctica médica segura para el paciente. Valor ponderal 35%. C. Calidad. Mínimos indispensables de gestión de calidad, que ayuden a los procesos de mejora continua. Valor ponderal 15%.

**BENEFICIOS DE ESTE PROCESO:** Unifica criterios para la aplicación de las políticas de calidad y seguridad en la atención a los pacientes, coordinar acciones enfocadas a mejorar la calidad en la atención a la salud, difunde la medicina basada en la evidencia, formula recomendaciones y efectúa seguimiento de los indicadores de calidad técnica y calidad percibida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud a través de el Comité Nacional por la Calidad en Salud

**OBJETIVO:** Coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno

**PROPOSITO:** Mejorar los niveles de salud de los mexicanos garantizando el trato adecuado en la prestación del servicio, fortaleciendo al Sistema Nacional de Salud para que dé respuesta con calidad y respeto al ciudadano, desarrollando una estrategia nacional de calidad basada en un Sistema Integral de Calidad

**VIGENCIA:** 5 años

**OBLIGATORIEDAD:** Obligatoria

## ARGENTINA

---

**ENTIDAD QUE AUTORIZA:** El Ministerio de Salud y Ambiente

**NOMBRE DEL SISTEMA:** Sistema Nacional de Evaluación Externa en Servicios de Salud

**ORGANISMO EJECUTOR:** El ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de los Establecimientos de Salud) y/o cualquier institución pública que cumpla con los requisitos del comité evaluador

**ENFOQUE:** Estructura, proceso y resultado 40 servicios con “criterio trazador” Habilitación y Categorización obligatorios

**BENEFICIOS DE ESTE PROCESO:** Beneficia a las instituciones con el fin de revisar su actuación de acuerdo a estándares conocidos, demuestra a los pacientes el esfuerzo que el establecimiento desarrolla para su mejora y así aumentar la confianza de la comunidad en él, beneficia al equipo de salud, reconociendo e incentivando la participación de este en la mejora de la calidad.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

**OBJETIVO:** Promover el mejoramiento continuo de la atención, proporcionando al usuario la confianza para acceder a un servicio de salud que garantiza que los establecimientos evaluados cuentan con los recursos y la capacidad de gestión adecuados para ofertar servicios efectivos, eficientes, seguros y de calidad.

**PROPOSITO:** Promueve el proceso continuo de la mejora de la calidad y está centrado en el paciente

**VIGENCIA:** 3 años

**OBLIGATORIEDAD:** Voluntaria

### PERU

---

**ENTIDAD QUE AUTORIZA:** Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección de Calidad en Salud

**NOMBRE DEL SISTEMA:** Comisión Nacional Sectorial de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos

**ORGANISMO EJECUTOR:** La Comisión Sectorial de Acreditación asume el rol en las funciones técnicas del proceso de acreditación, la Dirección de Calidad en Salud en las funciones de dirección como la regulación, vigilancia y control a través de evaluadores.

**ENFOQUE:** Orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y el desarrollo de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo. Garantizar a los usuarios que los establecimientos acreditados cuentan con recursos y capacidad de gestión hospitalaria ofreciendo servicios eficaces, eficientes y efectivos.

**BENEFICIOS DE ESTE PROCESO:** El Proceso de Acreditación garantizará a los Usuarios y al Sistema de Salud que los Establecimientos de salud o Servicios Médicos de apoyo, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de Calidad sobre la base del cumplimiento de Estándares nacionales previamente definidos.

**OBJETIVO:** Elevar la calidad de los servicios de salud a niveles aceptables en toda la región y que sea percibido por la población.

**PROPOSITO:** Contribuir al incremento del nivel de salud y satisfacción de los usuarios a través de la mejora de la calidad de la atención en las Organizaciones de Salud.

**VIGENCIA:** 4 años

**OBLIGATORIEDAD:** Voluntaria

### *4.14.- Acreditación en salud*

Proceso voluntario, en el que se realiza una evaluación específica para procesos del sector salud aplicada por una entidad que no tiene otro vínculo con el evaluado solo la propia evaluación. Durante el procedimiento se garantiza el cumplimiento de estándares internacionales óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas.

Metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados.

#### *4.15.- Referentes de acreditación a nivel mundial*

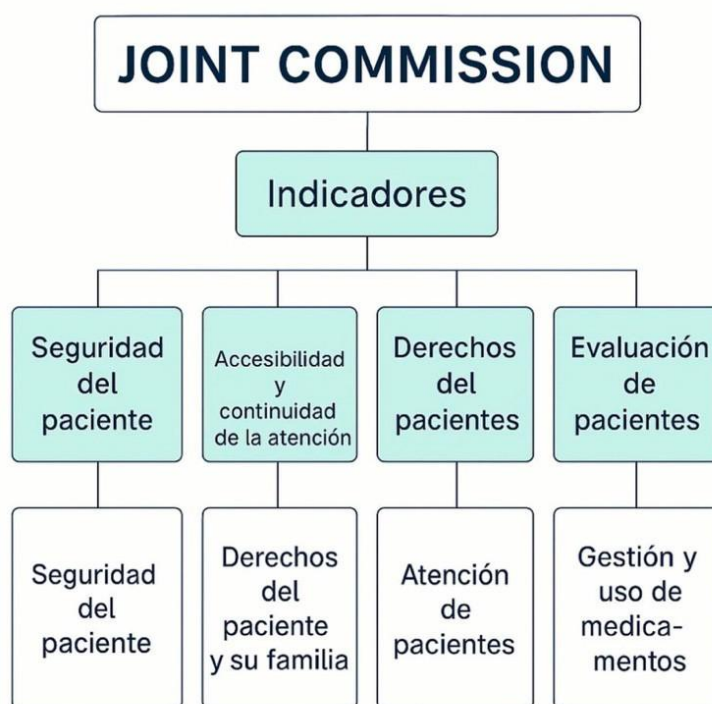
En 1987, la Joint Commission for Accreditation of Hospital, cambió su nombre a **Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations**. Dedicada a la mejora de la calidad y la seguridad de las organizaciones sanitarias ha acreditado a cerca de 1.000 organizaciones a nivel mundial. La información y la experiencia obtenidas al evaluar estas organizaciones se utiliza a su vez para actualizar los estándares periódicamente, adecuándolos así a los cambios de los servicios sanitarios.

#### *4.16.- Joint Commission International (JCI) para la evaluación de calidad en salud*

Se basa en estándares rigurosos que garantizan la seguridad del paciente y la excelencia en la atención médica. Algunos de los principales indicadores incluyen:

- **Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente (IPSG):** Evalúan la identificación correcta de los pacientes, la comunicación efectiva, la seguridad en el uso de medicamentos y la reducción de riesgos en procedimientos clínicos.
- **Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC):** Mide la disponibilidad de servicios y la coordinación entre niveles de atención.
- **Derechos del paciente y su familia (PFR):** Evalúa el respeto a la dignidad, la privacidad y la participación del paciente en decisiones médicas.
- **Evaluación de pacientes (AOP):** Analiza la calidad de los diagnósticos y la efectividad de los tratamientos.
- **Atención de pacientes (COP):** Examina la seguridad y eficacia de los procedimientos clínicos.
- **Gestión y uso de medicamentos (MMU):** Evalúa la administración segura de fármacos y la prevención de errores en la medicación.
- **Educación del paciente y su familia (PFE):** Mide la calidad de la información proporcionada a los pacientes sobre su salud y tratamiento.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD



### 4.17.- Algunas instituciones acreditadoras de alta calidad en América Latina y el Caribe

- **ICONTEC (Colombia):** Organismo que lidera la acreditación en salud en el país, promoviendo estándares de calidad y seguridad.
- **Instituto Nacional de Calidad (INACAL) - Perú:** Evalúa y certifica instituciones de salud bajo criterios de excelencia.
- **Superintendencia de Salud (Chile):** Responsable de la acreditación de prestadores institucionales de salud en el país.
- **Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES) - Argentina:** Certifica hospitales y clínicas bajo estándares internacionales.
- **Comisión Nacional de Acreditación en Salud (CNAS) - México:** Evalúa la calidad de los servicios de salud en el país.

### 4.18.- Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud (ISQua)

Originada en 1984, se encuentra en cinco continentes. Se destaca por su programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), Programa de Liderazgo en Programas para la Acreditación de Cuidado de la Salud, la cual es una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que deseen avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

ISQua evalúa a los organismos acreditadores en salud con base en criterios rigurosos para garantizar estándares de calidad y seguridad. Algunos de los factores clave incluyen:

- **Desarrollo de estándares:** Se verifica que los criterios de acreditación sean claros, basados en evidencia y alineados con mejores prácticas internacionales.
- **Proceso de evaluación:** Se examina la metodología utilizada para evaluar instituciones de salud, asegurando imparcialidad y rigor técnico.
- **Capacitación y competencia:** Se revisa la formación y experiencia de los evaluadores encargados de la acreditación.
- **Mejora continua:** Se evalúa la capacidad del organismo para actualizar sus estándares y procesos en función de avances en calidad y seguridad.
- **Impacto en la atención sanitaria:** Se mide cómo la acreditación contribuye a mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia de los servicios de salud.

#### **4.19.- Certificación ISO en salud**

La Certificación según la ISO 9001 y la Acreditación en Salud son sistemas que tienen en común diversos aspectos como el mejoramiento continuo. No son sistemas que se excluyan el uno al otro, pero tampoco complementarios, en ellos encontramos algunas diferencias como el modo de realizar las evaluaciones. Comprometen y enseñan a toda la organización que los toma a involucrarse en la autoevaluación constante y a la búsqueda de la satisfacción del cliente. Las actualizaciones recientes de dichas normas apuntan a la gestión de riesgos.

#### **4.20.- Norma ISO 7101:2023**

Norma más reciente para la gestión de la calidad en organizaciones sanitarias. Es el primer estándar de consenso internacional que establece requisitos para un enfoque sistemático en sistemas de salud sostenibles y de alta calidad.

##### **Aspectos clave de la ISO 7101:2023:**

- **Cultura de calidad:** Promueve una gestión basada en la atención centrada en las personas, el respeto, la equidad y la dignidad.
- **Seguridad del paciente:** Establece medidas para garantizar la seguridad y el bienestar de los pacientes y del personal sanitario.
- **Evaluación del desempeño:** Incluye mecanismos para monitorear y mejorar continuamente los procesos clínicos y administrativos.
- **Gestión de riesgos:** Identifica y aborda riesgos en la prestación de servicios de salud.
- **Eficiencia operativa:** Optimiza el uso de recursos para mejorar la calidad de la atención.
- Promover la adopción de un sistema de salud basado en la atención centrada en las personas, el respeto, la compasión, la coproducción, la equidad y la dignidad.
- Identificar y abordar riesgos.
- Garantizar la seguridad y el bienestar de los trabajadores.
- Controlar la prestación de servicios a través de procesos e información documentados.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

- Monitorear y evaluar el desempeño clínico y no clínico.
- Mejorar continuamente sus procesos y resultados.
- Favorecer la creación de una cultura de calidad sólida desde la alta dirección.

### *4.21.- Los países iberoamericanos con sistema de acreditación en salud tienen en común*

- La centralización de los estándares ya no es en el servicio debido a que el proceso de atención al usuario conlleva a interrelacionar varios servicios simultáneamente.
- Comparten los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud.
- Uno de sus frutos es la disminución de los costos de la no calidad incurridos por hacer mal las cosas. Ejemplos: los costos de la infección hospitalaria, internaciones innecesarias, encarnizamiento terapéutico, estancias prolongadas.
- Los estándares se ajustan de manera progresiva de tal forma que, poco a poco se incrementa el nivel de los mismos, aumentando así el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

### *4.22.- EFQM (European Foundation for Quality Management)*

La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) surge en la década de los 80 y es un referente en el ámbito de la Unión Europea, otorgando el Premio Europeo a la Calidad. Se ha convertido en una referencia para muchas empresas públicas de los diferentes países miembros de la Unión. La concesión de este premio se basa en los criterios del modelo de Excelencia Empresarial. Las entidades que hayan implantado el modelo pueden voluntariamente presentar su candidatura para obtener un Reconocimiento a la Excelencia en la Gestión basado en la aplicación del Modelo EFQM de Excelencia, que se instrumenta mediante los Sellos de Excelencia EFQM.

### *4.23.- Modelo EFQM*

Se basa en principios fundamentales para evaluar y mejorar la calidad organizacional.

- **Liderazgo:** La organización debe contar con líderes comprometidos con la calidad y la mejora continua.
- **Estrategia:** Se requiere una estrategia clara y coherente alineada con los objetivos organizacionales.
- **Personas:** La gestión del talento es esencial para garantizar el compromiso y el desarrollo del personal.
- **Socios y proveedores:** La colaboración con aliados estratégicos es clave para la excelencia.
- **Procesos:** Se deben establecer procesos eficientes y orientados a la mejora continua.
- **Resultados:** La medición y evaluación de resultados permiten asegurar el cumplimiento de los objetivos.

- **Gestión de recursos:** La administración eficaz de los recursos garantiza la sostenibilidad.
- **Relación con clientes:** La satisfacción del cliente es un indicador clave de calidad.
- **Relación con el público:** La organización debe mantener una buena reputación y comunicación con la sociedad.



### Comparación: Acreditación en Salud vs. Certificación ISO 9001:2015

Acreditación en Salud	Certificación con ISO 9001:2015
Específica para organizaciones del sector salud	Genérica para cualquier tipo de organización independientemente de sus características
Metodología de calificación estructurada, para conseguir mayor objetividad	Metodología de evaluación subjetiva según la experiencia de los auditores
Carácter global: Toda la organización	Carácter parcial: Su alcance lo determina la organización.
Organismo de Acreditación: Depende del que adopte cada país	Algunos organismos Certificadores: ICONTEC, BVQI y SGS
Homologación internacional con ISQUA (the international Society for Quality in health Care) , EFQM (European Foundation for Quality Management) , JCI (Joint Commission International) u otras.	Homologación internacional con ISO

#### 4.24.- Aspectos comunes en los sistemas de acreditación en salud

- Un ente rector constituido por una junta de acreditación que asume la Dirección con autoridad otorgada por el gobierno a través de un Ministerio o Superintendencia de Salud.
- Los clientes de la acreditación en salud son los prestadores de servicios de salud de cualquier complejidad y nivel hospitalarios y/o ambulatorios.
- Se incentivan por el reconocimiento que obtiene la Entidad acreditada y no por beneficios económicos.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

- Su objetivo común es el mejoramiento continuo de la calidad y la satisfacción del usuario como centro de los sistemas de salud.
- Comparten estándares similares óptimos y factibles.
- La calidad la enfocan en el usuario y sus familiares.

### Los países iberoamericanos con sistema de acreditación en salud tienen en común

- Es aplicada por una entidad que no tiene otro vínculo con el evaluado más que la propia evaluación.
- ISQUA - the International Society for Quality in Health Care a través de su programa ALPHA (Programa de Liderazgo en Programas para la Acreditación de Cuidado de la Salud) estableció el procedimiento de evaluación global (no de servicios aislados) de la calidad.
- Ofrece principios y pautas comunes a todos los países sin perjuicios de las características propias de cada sistema de salud.
- El resultado de la acreditación es confidencial, así no sea favorable para la Institución; sirve como instrumento para toma de decisiones una vez que documenta las fortalezas y debilidades de la Institución.

### 4.25.- Cifras de calidad en salud de algunas instituciones de la región

La acreditación de calidad hospitalaria es un fenómeno que vino para quedarse en la región. Cada año que pasa, el Ránking de los Mejores Hospitales y Clínicas de América Latina cuenta con nuevas instituciones que presentan acreditaciones internacionales. En 2009 tan sólo seis hospitales del ranking tenían Joint Commission International (JCI); actualmente, en 2023 más de 100 hospitales a evaluaciones de acreditación de alta calidad en la region.

#### 4.25.1.- Hospitales con acreditaciones de alta calidad 2021

País	Cantidad
Argentina	4
Brasil	7
Chile	3
Colombia	27
Costa Rica	1
Ecuador	2
México	7
Panamá	1
Paraguay	1
Perú	7
República Dominicana	1
<b>Total general</b>	<b>61</b>

Fuente: Revista Americana de Economía

**4.25.2.- Hospitales dentro de los primeros 250 del mundo en calidad**

Posición	Hospital	País
34	Hospital Israelita Albert Einstein	Brazil, Sao Paulo
104	Hospital Sirio Libanes	Brazil, Sao Paulo
115	Hospital Moinhos de Vento	Brazil, Porto Alegre
162	Fundación Valle Del Lili	Colombia, Cali
177	Hospital Alemão Oswaldo Cruz	Brazil, Sao Paulo
185	Hospital Santa Catarina Paulista	Brazil, Sao Paulo
210	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP)	Brazil, Sao Paulo
235	Hospital Médica Sur	Mexico, Ciudad de México
248	Centro Médico ABC Campus Santa Fe	Mexico, Ciudad de México

Fuente: Revista Newsweek <https://www.newsweek.com/rankings/worlds-best-hospitals-2023>

**4.25.3.- Ranking de hospitales de América Latina (61 posiciones)**

Hospital	País
1. Hospital Israelita Albert Einstein – Brasil	Brasil
2. Clínica Alemana – Chile	Chile
3. Hospital Italiano de Buenos Aires – Argentina	Argentina
4. Fundación Valle del Lili – Colombia	Colombia
5. Fundación Cardioinfantil – Colombia	Colombia
6. Fundación Cardiovascular de Colombia	Colombia
7. Centro Médico Imbanaco -Colombia	Colombia
8. Hospital Moinhos de Vento- Brasil	Brasil
9. Hospital Universitario Austral -Argentina	Argentina
10. Hospital Pablo Tobón Uribe – Colombia	Colombia
11. Hospital Punta Pacífica – Panamá	Panamá
12. Hospital Alemão Oswaldo Cruz – Brasil	Brasil
13. Hospital Clínica Bíblica – Costa Rica	Costa Rica
14. Clínica Ricardo Palma – Perú	Perú
15. Hospital Alemán – Argentina	Argentina
16. Clínica San Pablo Surco – Perú	Perú
17. Hospital Metropolitano – Ecuador	Ecuador
18. Hospital Universitario San Vicente Fundación -Colombia	Colombia
19. Hospital Médica Sur – México	México
20. Clínica Internacional – Perú	Perú
21. Clínica Jesús del Norte – Perú	Perú
22. Clínica Universitaria Bolivariana – Colombia	Colombia
23. Hospital Vozandes – Ecuador	Ecuador
24. Hospital Clínico de la Universidad de Chile Dr. José Joaquín Aguirre	Chile

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

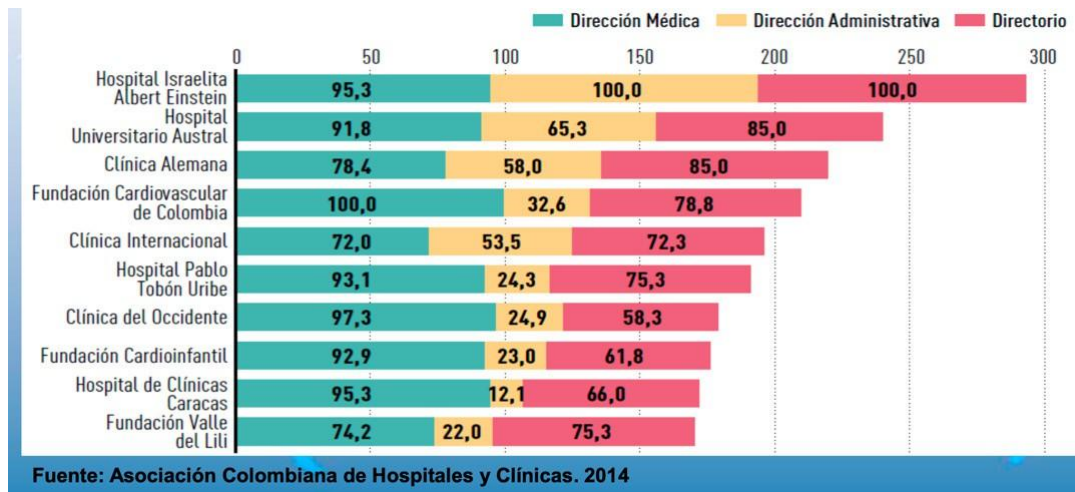
Hospital	País
25. Clínica de Occidente – Colombia	Colombia
26. Hospital Infantil Teletón de Oncología -México	México
27. Clínica Universitaria de Colombia	Colombia
28. Hospital Zambrano Hellion – Colombia	Colombia
29. Hospital Sótero del Río – Chile	Chile
30. Clínica de las Américas – AUNA – Colombia	Colombia
31. Centro Médico ABC Campus observatorio – México	México
32. Mederí – Colombia	Colombia
33. Hospital San José – México	México
34. Christus Meguerza Hospital Sur -México	México
35. Clínica Universitaria de la Sabana – Colombia	Colombia
36. Hospital General de Medellín – Colombia	Colombia
37. Hospital Universitario de Caldas – Colombia	Colombia
38. Clínica San Gabriel – Perú	Perú
39. Hospital Edmundo Vasconcelos – Brasil	Brasil
40. Hospital Municipal Dr. Moisés Deutsh – Brasil	Brasil
41. Fundación Hospital Infantil Los Ángeles – Colombia	Colombia
42. Sanatorio Güemes – Argentina	Argentina
43. Clínica Los Nogales – Colombia	Colombia
44. Hospital León XIII- Colombia	Colombia
45. Hospital Universitario de San José – Colombia	Colombia
46. Centro Policlínico del Olaya – Colombia	Colombia
47. Hospital Pediátrico Dr. Hugo Mendoza – República Dominicana	República Dominicana
48. Samaritano Higienópolis – Brasil	Brasil
49. Clínica Las Vegas – Colombia	Colombia
50. HOMI – Colombia	Colombia
51. Centro Cardiovascular Colombiano	Colombia
52. Clínica Cerro Colorado SAC – Perú	Perú
53. Sanatorio La Costa – Paraguay	Paraguay
54. Clínica Medellín – Colombia	Colombia
55. Clínica La Merced – Perú	Perú
56. Hospital Samaritano Paulista – Brasil	Brasil
57. Hospital Universitario de Nariño – Colombia	Colombia
58. Hospital Galenia – México	México
59. Christus Muguerza – Alta Especialidad – México	México
60. Clínica Portoazul – Colombia	Colombia
61. Clínica del Prado – Colombia	Colombia

Fuente: América Economía Intelligence 2021

<https://www.americaeconomia.com/negocios-industrias/ranking-de-los-mejores-hospitales-2021-el-futuro-que-la-pandemia-nos-esta>

### Cifras de calidad en salud en algunos países de la región

Puntajes de las variables de Gobierno Hospitalario de los 10 Hospitales mejor posicionados en este indicador (base 100)



#### 4.26.- Duodécimo Programa General de Trabajo, 2014-2019 de la OMS

Propender por el establecimiento de modelos de gestión, alineados con los estándares comunes de calidad, en especial el manejo medio ambiental. Implementar métodos de aseguramiento en la asistencia y la garantía en los procesos metrológicos de laboratorios, con un enfoque integrador y a través de la transferencia tecnológica, estandarización de los procedimientos operativos. Fortalecimiento de los programas de evaluación externa de la calidad, la sistematización del control de calidad interno, la elaboración de guías de buenas prácticas y de ética, la difusión de material de educación continua, formación en cascada de líderes en calidad, inspectores y evaluadores, el desarrollo de herramientas para la auditoría.

#### 4.27.- Calidad y salud: realidades políticas, económicas, sociales y medioambientales

Adicionalmente se consideró en la reunión las siguientes reflexiones:

- La pertinaz recesión económica que sufren algunos países desarrollados, con la consiguiente disminución del gasto público, somete a tensiones crecientes el contrato social entre las poblaciones y sus gobiernos. La disminución del gasto público puede generar un círculo vicioso que afecte negativamente a los servicios básicos, reduzca la salud y el rendimiento escolar y eleve el paro juvenil. En el otro extremo de la escala de edades, los jubilados afrontan a veces el espectro del empobrecimiento y la mala salud a una edad avanzada
- Para 2050, el 70% de la población mundial vivirá en ciudades. La urbanización rápida y anárquica ya es una realidad, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. La urbanización trae consigo oportunidades en el terreno de la salud, sobre todo cuando median administraciones urbanas con muchos recursos, pero también acarrea riesgos de exclusión e inequidad.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

La migración entre países puede ser beneficiosa para los países de origen y los de llegada, pero no está en modo alguno garantizado que ello sea así, y en su búsqueda de oportunidades económicas muchos migrantes se ven expuestos a un mayor riesgo sanitario

- El dividendo demográfico que resulta del aumento de la población joven trabajadora ha impulsado el crecimiento económico en muchas partes del mundo. Ello ofrece a muchos países una oportunidad crucial, que sin embargo se desaprovechará si no hay un esfuerzo por aumentar los niveles de empleo juvenil. El desempleo crónico, aunado a la ausencia de derechos económicos y políticos y de alguna forma de protección social, puede desembocar en indignación y revueltas
- El medio ambiente mundial también está sometido a presión. Ya se han cruzado algunos límites planetarios cruciales, por ejemplo, respecto a la pérdida de biodiversidad, y otros se franquearán en poco tiempo. En muchas partes del mundo el cambio climático pondrá en peligro los requisitos fundamentales de la salud, en particular aire urbano limpio, agua de bebida segura y suficiente, abastecimiento asegurado de alimentos nutritivos, protección frente a fenómenos meteorológicos extremos y vivienda adecuada. La mayoría de la población y de los gobiernos acepta los argumentos científicos en favor del desarrollo sostenible. También son conscientes de que la salud contribuye a ese objetivo, se ve favorecida por políticas ambientales robustas y ofrece una de las medidas más eficaces de los progresos realizados. Sin embargo, a escala mundial y nacional se ha avanzado con decepcionante lentitud a la hora de establecer instituciones y políticas más capaces de reforzar la coherencia de las políticas sociales, ambientales y económicas.

### 4.28.- Auditorias de los estándares mínimos para la prestación

Mediante las cuales se verifica el cumplimiento a las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

- **Recursos Humanos:** El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.
- **Infraestructura – Instalaciones Físicas – Mantenimiento:** Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.
- **Dotación – Mantenimiento:** Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.
- **Medicamentos y Dispositivos Médicos – Gestión de Medicamentos y Dispositivos:** Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.
- **Procesos prioritarios asistenciales:** Se refiere a la documentación de los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

#### 4.29.- Recurso humano la acreditación en salud

“Los modelos de acreditación tienen en cuenta la satisfacción tanto del ciudadano como del profesional sanitario.” – **Josep Davis**, Director general de Servicios Sanitarios del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.

Los modelos globales de acreditación no tienen en cuenta solo la calidad que recibe el ciudadano, sino que, por otro lado, para poder ser excelentes, cuidan también a las personas que trabajan en la organización. Toda empresa que quiera ser excelente, a la larga, debe promover que los profesionales crezcan y trabajen con los recursos necesarios para poder cumplir con su misión.

En el modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) o modelos similares no solo se piensa en el ciudadano, TAMBIÉN EN EL TRABAJADOR DE SALUD.

Una organización, un centro excelente, es aquel en el que los profesionales trabajan satisfechos y ofrecen una atención satisfactoria a los ciudadanos.

#### 4.30.- Reflexiones

- Existe amplias normativas sobre calidad y seguridad del paciente en gran parte de los países de la región, con variada jerarquía.
- Igualmente existen normas sobre: garantías de acceso y equidad; autonomía de pacientes; regulación de medicamentos; establecimientos; reporte de daños; certificación profesional, etc.
- Los avances sobre la materia tuvieron un fuerte impulso con los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, que han dado paso a la aparición y fortalecimiento de las Defensorías del Pueblo, u Oidoras, la Contralorías, Veedurías, entre otras, que han propiciado la participación ciudadana y la garantías de sus derechos.
- Existen en la región menos avance en normativas relacionadas con:
  - Directivas anticipadas
  - Deberes de los pacientes
  - Encuestas a los pacientes
  - Información de alta de expediente clínico
  - Evaluación y monitoreo de los riesgos institucionales
  - Evaluación del desempeño del sistema de salud

El paciente espera que el Estado satisfaga sus expectativas como ciudadano, en el ámbito de la Calidad de Servicios de Salud, recibir servicio de atención integral, integrada y continua que involucre la atención familiar y comunitaria, con acciones intersectoriales; con altos estándares de calidad que contemple la seguridad del paciente, la humanización, la farmacovigilancia, la tecnovigilancia y manejo seguro de la tecnología, la cultura de la seguridad, derechos de los pacientes, manejo del dolor, cartera de servicios, trato humano en todas las dimensiones (física, mental, emocional, relacional, del ambiente físico, etc.), para que con ello se garantice el respeto a la dignidad y por consiguiente a los derechos fundamentales.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

### 4.31.- Desafíos

- Acceso y continuidad en la atención
- Derechos de los usuarios
- Creación de Programas nacionales de Calidad y Seguridad del Paciente
- Sistemas de registro y de información
- Investigación clínica y bioética
- Responsabilidad profesional
- Habilitación, certificación y acreditación de instituciones de salud, de profesionales sanitarios e instituciones formadoras.

### 4.32.- Recomendaciones:

- Observar, registrar sistematizar y estudiar los avances de cada país que comparte características similares en sus sistemas de salud, destacando de programas exitosos de mejora de la calidad a través de la acreditación de sus instituciones.
- Hacer extensivos los procesos de calidad y acreditación a toda la red involucrada en la prestación de servicios de salud, haciendo participe a la comunidad usuaria incluyendo hasta las comunidades indígenas quienes requieren enfoque diferencial combinando la prestación de los servicios de salud de la medicina tradicional con la indígena.
- Los aportes que se puedan generar en materia de acreditación y de calidad en salud deben nacer de las propias necesidades dirigiéndose hacia la disminución de las diferencias y la búsqueda de la prestación equitativa de los servicios.
- Los Sistemas de calidad y acreditación deben influenciar y convencer a los rectores de los Sistema de Salud de los países, para evitar que estos giren en torno a las lógicas del consumo y el mercantilismo, que dificultan la humanización de los servicios.

“Para una organización la mejora continua de su desempeño global debe ser un objetivo permanente” - **William Eduards Deming**

## 5. Indicadores de calidad de la humanización de la atención de salud por parte de las instituciones iberoamericanas de seguridad social

Tras un proceso de consulta de bases de datos y de validación a través de grupos focales de profesionales que trabajan en las instituciones iberoamericanas de seguridad social, se ha seleccionado un primer listado de 22 indicadores de calidad y humanización de la atención de salud (18 cuantitativos y cuatro cualitativos), el cual se muestra a continuación.

Este listado fue endosado en el correspondiente grupo técnico de la reunión de los cuerpos directivos de la OISS que tuvo lugar en Buenos Aires el 31 de marzo de 2017.

Todos los indicadores deben considerarse referidos a la población derechohabiente atendida por la red de establecimientos de salud que depende de la correspondiente institución de seguridad social.

El enunciado de cada indicador va seguido de una breve ficha técnica, redactada en un lenguaje sencillo, que incluye una sucinta explicación sobre su método de cálculo (si fuera el caso), su justificación, así como sobre su disponibilidad en los países iberoamericanos y en países de la OCDE.

Las fichas se acompañan de una tabla Excel para facilitar la recogida y el envío de los datos al equipo técnico de la Secretaría General de la OISS ([holman.jimenez@oiss.org](mailto:holman.jimenez@oiss.org)). Por favor, lea la totalidad de la ficha antes de cumplimentar la casilla del indicador.

Como criterio general, se solicita facilitar datos oficiales consolidados de acuerdo con los criterios habituales de cada institución y correspondientes al último periodo o año disponible. Si algún(os) dato(s) no está(n) disponible(s), o corresponde a estimaciones no oficiales, se hará constar en la casilla correspondiente.

El equipo técnico está a la disposición de los respectivos puntos focales de cada institución para resolver cuántas dudas puedan plantearse.

### 5.1.- INDICADORES DE ESTRUCTURA

#### 5.1.1.- Número de médicos, enfermeras y dentistas por 10.000 derechohabientes

**Formula:** Presentar por separado el número de médicos, de enfermeras y de dentistas por 10.000 derechohabientes.

**Aclaraciones:** Para los médicos se contabilizarán los médicos con contrato fijo o temporal registrados en la organización de salud. No se contabilizarán los médicos internos y residentes, becarios, asistentes

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

voluntarios ni colaboradores. Para las enfermeras: se contabilizará el personal que presta sus servicios para la institución de seguridad social, independientemente de su puesto (supervisora, etc.) en la categoría correspondiente. Se tendrá en cuenta el personal efectivo de la institución, y no los puestos de trabajo que figuran en plantilla. No se incluirán matronas, matronas en formación, parteras, fisioterapeutas, personal técnico de laboratorio ni colaboradores. Población derechohabiente es la comunicada por la institución de seguridad social a la entidad nacional responsable las estadísticas oficiales.

**Observaciones:** Documentar la evolución en el periodo 2003-2013, y si no se dispone, documentar el último periodo o año disponible.

**Fuente de datos:** Registro de recursos humanos de la institución de seguridad social.

**Justificación:** La disponibilidad de personal sanitario cualificado es un elemento clave de la calidad de la atención. En casi todos los países desarrollados o de mediano nivel de desarrollo, el número total de médicos, enfermeras y dentistas graduados tiende a aumentar cada año. Sin embargo, la distribución de este personal al interior de los países (sea entre regiones o entre instituciones de salud) y entre distintos países se ve afectada por múltiples factores (legislación, demanda, tipo de especialidad, políticas institucionales, expectativas de desempeño y retribución, migración interna y externa, etcétera). Cada país dispone de su propia normativa/procedimiento para calcular el número de médicos, enfermeras y dentistas. La práctica totalidad de los países iberoamericanos ha venido comunicando durante la última década este dato a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Asimismo, muchas instituciones de seguridad social de Iberoamérica publican regularmente esas cifras. Por todo ello, conocer el número de médicos, enfermeras y dentistas por cada 10.000 derechohabientes, y su evolución a lo largo del tiempo, permitiría comparar la situación de una determinada red de establecimientos de salud (por ejemplo, la dependiente de una institución de seguridad social) con instituciones similares de otros países, y con el conjunto del país.

### 5.1.2.- Número de camas hospitalarias por 1.000 derechohabientes.

**Aclaraciones:** Cada país dispone de su propia normativa/procedimiento para definir y, en su caso, censar las camas hospitalarias, la cual establece qué camas se incluyen y cuáles no. Además, la mayoría de los países cuentan con un registro de hospitales y un cómputo nacional de las camas con que cuentan, el cual se actualiza periódicamente. Normalmente se incluyen las camas de los hospitales de agudos, de especialidades y de los hospitales psiquiátricos, pero no las camas de las residencias de larga estancia.

**Fuente de datos:** registros oficiales de recursos de salud del país y/o de la institución de seguridad social.

**Observaciones:** Documentar la evolución en el periodo 2003-2013, y si no se dispone, documentar el último periodo o año disponible.

**Justificación:** Si bien ha ido perdiendo parte de la importancia que antes se le otorgaba, el número total de camas hospitalarias por 1.000 habitantes (o población de referencia) sigue proporcionando una medida de los recursos disponibles en los hospitales. Cuatro países iberoamericanos (Brasil, Colombia, Chile y México) comunican este dato a la OCDE agregado a nivel del país. Asimismo, muchas

instituciones de seguridad social de Iberoamérica publican regularmente esa cifra. Por tanto, conocer el número de camas hospitalarias por cada 1.000 derechohabientes, y su evolución a lo largo del tiempo, permitiría comparar la situación de una determinada red de establecimientos de salud (por ejemplo, la que depende o es habitualmente utilizada por una institución de seguridad social) con otras análogas, y con el conjunto del país.

### 5.1.3.- Unidades de resonancia magnética por millón de derechohabientes (último año disponible).

**Aclaraciones:** número de unidades que se consideran funcionantes con independencia de que estén temporalmente sin servicio por avería u otra causa.

**Observaciones:** Incluir el dato del último año o periodo disponible.

**Fuente de datos:** registros oficiales de la institución sobre los establecimientos y recursos de salud.

**Justificación:** El uso de nuevas tecnologías puede aumentar la precisión diagnóstica, pero puede incrementar también el costo de la atención. No existen referencias claras que permitan hacer un “benchmarking” razonable sobre el número de aparatos de resonancia magnética por millón de habitantes. De hecho, existen grandes variaciones tanto en el número como en su uso entre los países de la OCDE, e incluso dentro de un mismo país. Contar con muy pocos creará problemas (desplazamientos de pacientes, listas de espera) y tener demasiados tenderá a estimular la sobreutilización y a elevar el gasto. En los últimos años se han desarrollado guías de práctica clínica (por ejemplo, por el NICE en Reino Unido o por el movimiento “Choosing widely” en USA y Canadá) para racionalizar su uso, pero sus resultados están aún por ver. Dos países iberoamericanos (Chile y México) comunican este indicador a la OCDE. Por tanto, conocer el número de aparatos de resonancia magnética por millón de derechohabientes, y su evolución a lo largo del tiempo, significaría un importante avance para la mayoría de los países e instituciones de Seguridad Social iberoamericanas. Ello permitiría comparar la situación de una determinada red de establecimientos de salud (por ejemplo, la que dependen de una institución de seguridad social) con otras análogas, y con el conjunto del país.

### 5.1.4.- Unidades de tomografía computarizada por millón de derechohabientes.

**Aclaraciones:** número de unidades que se consideran funcionantes con independencia de que se encuentren temporalmente sin servicio por avería u otra causa.

**Observaciones:** Incluir datos del año en curso o periodo disponible.

**Fuente de datos:** registros oficiales de la institución sobre establecimientos y recursos de salud.

**Justificación:** El uso de nuevas tecnologías puede aumentar la precisión diagnóstica y, al mismo tiempo, incrementar el costo de la atención. No se dispone de referencias claras que permitan hacer un “benchmarking” razonable sobre el número de aparatos de tomografía computarizada por millón de habitantes. De hecho, existen grandes variaciones tanto en el número como en su uso entre los países de la OCDE, e incluso dentro de un mismo país. Disponer de muy pocas creará problemas (despla-

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

zamientos de pacientes, listas de espera) y tener demasiadas tenderá a estimular la sobreutilización y a elevar el gasto. En los últimos años se han desarrollado guías de práctica clínica (por ejemplo, por el NICE en Reino Unido o por movimiento “Choosing widely” en USA y Canadá) para racionalizar su empleo, pero los resultados están por ver. Dos países iberoamericanos (Chile y México) comunican este indicador a la OCDE. Por tanto, conocer el número de aparatos de tomografía computarizada por millón de derechohabientes, y su evolución a lo largo del tiempo, significaría un importante avance para la mayoría de los países e instituciones de Seguridad Social iberoamericanas. Ello permitiría comparar la situación de una determinada red de establecimientos de salud (por ejemplo, la que dependen de una institución de seguridad social) con otras análogas, y con el conjunto del país.

### 5.1.5.- Gasto en salud en dólares (USD) per cápita (ppc) por derecho-habiente. (último periodo o año disponible).

**Justificación:** Este indicador mide el consumo final de bienes y servicios de salud por persona protegida por cada institución expresado en USD. Para que los datos sean comparables entre unos países y otros, el dato bruto debe de ajustarse para tomar en consideración la capacidad de compra de las distintas divisas de cada país. Cada país dispone de su propia normativa/procedimiento para calcular el gasto en salud y el gasto per cápita en salud. La totalidad de países iberoamericanos comunica periódicamente a la OPS/OMS el gasto en salud como porcentaje del PIB, así como el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en salud. Cinco países iberoamericanos (México, Chile, Costa Rica, Colombia y Brasil) comunicaron en el gasto total en salud por habitante en 2015 a la OCDE. La gran mayoría de instituciones de seguridad social calculan el gasto por derechohabiente en USD de forma periódica, habitualmente una vez al año, aunque no todas lo publican. Disponer de este indicador permitiría comparar su evolución temporal en cada institución de seguridad social con el indicador en el nivel nacional. Esta comparación puede ser útil para verificar cómo se encuentra la población derechohabiente con relación a la población general.

### 5.1.6.- ¿Existen en los niveles nacional, intermedios y locales de la red asistencial de la institución unidades y personas responsables de impulsar la mejora continuada de la calidad y de la humanización de la asistencia, las cuales cuentan con el apoyo y los medios para desarrollar actuaciones efectivas en estos temas?

**Aclaraciones:** Se responderá SI/NO para cada nivel. En caso afirmativo, se describirá brevemente (no más de seis líneas en cada caso): a) quién o quienes se dedican a ello y si lo hacen a tiempo completo; b) cómo se expresa el apoyo del nivel directivo y, c) los medios materiales y financieros con que cuenta(n).

**Justificación:** Para que las políticas destinadas a impulsar la calidad de la atención tengan éxito se requieren personas/unidades dedicadas a impulsarlas que trabajen a tiempo completo en los niveles central, intermedio y local (o de establecimiento de salud). Estas personas/unidades deben contar con apoyo suficiente de los niveles directivos el cual ha de expresarse periódicamente (por ejemplo, debatiendo los problemas de la calidad y la humanización, las propuestas del responsable de calidad y humanización, así como los resultados de las acciones desarrolladas, asignando recursos personales y materiales, facilitando la formación periódica o promoviendo modificaciones organizativas). Cada vez más instituciones de seguridad social y establecimientos de salud iberoamericanos cuentan con personas/unidades destinadas a impulsar la calidad de la atención y la humanización de la asistencia,

si bien no siempre cuentan con el apoyo, los medios y la formación necesarios para llevar adelante su tarea. Este indicador trata de explorar si existen esas personas/unidades en cada uno de los tres niveles mencionados. Se establecerá de ese modo una línea de partida a partir de la cual se podrán comparar diferentes instituciones y países y explorar este asunto con mayor detalle en el futuro.

## 5.2.- INDICADORES DE PROCESO

### 5.2.1.- Porcentaje de mujeres derechohabientes que usan anticonceptivos (todos los métodos) (2003-2013 o último periodo o año disponible).

**Fórmula:** número de mujeres que usan algún método anticonceptivo x100/ número de mujeres derechohabientes en edad reproductiva.

**Aclaraciones:** se consideran mujeres en edad reproductiva las que se encuentran entre 15-49 años de edad. Se excluye a las mujeres embarazadas.

**Fuente de datos:** Registros oficiales de la institución de seguridad social. Si no se dispone de ellos, informar alternativamente los datos del país.

**Justificación:** El porcentaje de mujeres en edad fértil que utilizan métodos anticonceptivos para regular su fecundidad se considera un indicador tanto del nivel de educación sanitaria de las mujeres como de acceso a servicios básicos de salud. Este indicador es tanto más relevante cuanto menor es el nivel de desarrollo del país, comarca o región, o grupo poblacional. Todos los países iberoamericanos comunican este dato a la OPS/OMS desde hace tiempo. Los valores nacionales promedio oscilan entre el 45 y el 76% (2015). La mayor parte de los dispositivos de atención primaria de ibero-américa registran este dato. Por tanto, conocer el porcentaje de mujeres derechohabientes que usan métodos anticonceptivos permitiría comparar este indicador con el de otras poblaciones cubiertas por servicios de salud de otras instituciones y, también, con la población total del país.

### 5.2.2.- Porcentaje de mujeres de 25 a 69 años que se hicieron la prueba de detección de cáncer cervical (último periodo o año disponible).

**Formula:** número de mujeres de 25-69 años con prueba de detección de cáncer cervical x100/ número de mujeres 25-69 años.

**Aclaraciones:** se refiere a cualquier prueba de detección de cáncer cervical (citología y/o prueba de VPH. Se excluyen mujeres con histerectomía.

**Fuente de datos:** registros oficiales de la institución de seguridad social. Si no se dispone de ellos, informar alternativamente los datos del país.

**Justificación:** El cáncer de cuello uterino es prevenible si las lesiones pre-cancerosas se diagnostican y se tratan a tiempo. El 95% de los cánceres de cuello uterino se debe a la exposición al virus del papiloma humano durante la actividad sexual. Las políticas de salud para hacer frente a este problema varían entre los países dependiendo, entre otras cosas, de la prevalencia de cáncer cervical, de la organización

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

de los sistemas de salud, de la accesibilidad a los servicios de atención primaria y de la disponibilidad de recursos. Casi la mitad de los países de la OCDE tienen programas de cribado poblacional pero los grupos diana y la periodicidad recomendada varían. La cobertura aumentó entre 2000 y 2013 en casi todos ellos (de 57 a 61% en promedio). Sin embargo, en casi la mitad de ellos, la cobertura de los programas de cribado ha disminuido ligeramente en los últimos años, lo cual se ha relacionado con la introducción de la vacuna frente al virus del papiloma humano iniciada a finales de los años 2000. La OMS recomienda introducirla en los programas de vacunación para las niñas entre 9 y 13 años de edad. Hoy en día, la mayoría de los países de la OCDE la han incluido. Dos países iberoamericanos (Chile y México) comunican este dato a la OCDE. La mayor parte de los dispositivos de atención primaria de Iberoamérica registran este dato y muchas instituciones de seguridad social lo agregan con carácter anual. Por tanto, conocer el porcentaje de mujeres derechohabientes de entre 25 y 69 años que se hicieron la prueba en un periodo determinado (por ejemplo, entre 2003 y 2013) permitiría comparar este indicador con el de otras poblaciones cubiertas por servicios de salud de otras instituciones y, también, con la población general.

### 5.2.3.- Porcentaje de cobertura de la atención de salud prenatal a mujeres derechohabientes por personal capacitado (4 visitas y +) (último periodo o año disponible)

**Formula:** número de mujeres gestantes que reciben  $\geq 4$  consultas por personal capacitado  $\times 100$  / número de mujeres derechohabientes gestantes.

**Aclaraciones:** Consultas prenatales según las directrices/guías/protocolos adoptados por el país. Personal capacitado será el considerado en las leyes nacionales que regulan las profesiones sanitarias.

**Fuente de datos:** Registros oficiales de la institución de seguridad social. Alternativamente si no se dispone, se usará el dato del país.

**Justificación:** El porcentaje de cobertura de atención prenatal mediante 4 consultas o más con personal capacitado se considera un buen indicador de acceso a servicios básicos de salud, así como de la calidad de los cuidados obstétricos. El indicador tiende a ser tanto más relevante cuanto menor es el nivel de desarrollo del país, comarca o región o grupo poblacional. Todos los países iberoamericanos comunican este indicador a la OPS/OMS desde hace tiempo. Los valores varían entre el 43 y el 97% según los países (2015). La mayor parte de los dispositivos de atención primaria de Iberoamérica registran este dato. Por tanto, conocer el porcentaje de cobertura de la atención de salud prenatal por personal capacitado a mujeres derechohabientes permitiría comparar este indicador con el de otras poblaciones cubiertas por servicios de salud de otras instituciones y, también, con la población total.

### 5.2.4.- Duración promedio en días de la estancia media del parto normal en los hospitales de la red asistencial (último periodo o año disponible).

**Formula:** número de días de estancia por parto normal / número de partos normales con ingreso.

**Aclaraciones:** se excluyen las estancias de 0 días, los partos instrumentales y los partos por cesárea.

**Fuente de datos:** Datos de los hospitales que dependen de la institución de seguridad social.

**Justificación:** El porcentaje de partos atendidos en hospital tiende a aumentar con el nivel de desarrollo del país, de la región y del grupo poblacional. Los países iberoamericanos comunican este dato a la OPS/OMS desde hace tiempo, el cual varía según los países entre el 66 y el 99% del total de partos. La duración promedio en días de la estancia media del parto normal en los hospitales se considera un indicador tanto de la calidad de la atención como de la eficiencia de los cuidados hospitalarios. No existe un criterio comúnmente admitido sobre la duración promedio de la estancia del parto normal en hospital. Una duración excesiva indicaría poca eficiencia y sometería a las mujeres y a los recién nacidos a riesgos innecesarios causados por una mayor probabilidad de ocurrencia de efectos adversos debidos al exceso de hospitalización. Por otro lado, el alta hospitalaria demasiado temprana implicaría mayor intensidad de tratamiento, un costo por día más elevado y un mayor riesgo de complicaciones no bien atendidas y de reingresos. La duración promedio en días de la estancia media del parto normal en los hospitales de los países de la OCDE fue de 2,9 días en 2013, con un rango que osciló entre 5,1 y 1,3 días. Dos países iberoamericanos comunicaron este dato a la OCDE en 2015 (Chile y México). La práctica totalidad de los hospitales de Iberoamérica registran este dato. La mayoría de las instituciones de seguridad social recogen el dato correspondiente a los hospitales dependientes o que tratan a población derechohabiente si bien no todas ellas lo publican. Por tanto, conocer la duración promedio en días de la estancia media del parto normal en los hospitales de una determinada institución de seguridad social permitiría comparar este indicador con el de otras poblaciones cubiertas por servicios de salud de otras instituciones y, también, con la población total.

#### 5.2.5.- Número cesáreas por cada 100 nacidos vivos en los establecimientos de la institución de seguridad social (último periodo o año disponible).

**Fórmula:** número de partos por cesárea x100/ número total de partos.

**Fuente de datos:** registros de datos administrativos de la institución de seguridad social.

**Justificación:** La cesárea aumenta la mortalidad materna, la morbilidad materno-infantil, así como las complicaciones de los partos posteriores. Por tanto, debe practicarse solamente cuando está indicada. Sin embargo, la tasa de cesáreas ha aumentado en la mayoría de los países de la OCDE (del 20% en promedio en el 2000 al 28% en 2013). Unos pocos países han conseguido disminuirla en los últimos años. Dos países iberoamericanos (Chile y México) comunican este dato a la OCDE. Se da la circunstancia de que ambos se encuentran en el grupo de países con las tasas más elevadas (casi dos veces superiores al promedio). Los hospitales iberoamericanos registran las cesáreas y la gran mayoría de las instituciones de seguridad social recolectan y agregan el dato con carácter periódico desde hace tiempo. Por tanto, conocer el número de cesáreas por cada 100 nacidos vivos en los hospitales de una determinada institución de seguridad social permitiría comparar este indicador con el de otras poblaciones cubiertas por servicios de salud de otras instituciones y, también, con la población total. Asimismo, podría compararse con la tasa de los países que califican mejor en este indicador (Israel y los países nórdicos de Europa)

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

### 5.2.6.- Duración promedio en días de la estancia media del infarto agudo de miocardio (IAM) en los establecimientos de la red (último periodo o año disponible).

**Formula:** número de días de estancia por IAM / número de IAM.

**Aclaraciones:** para los infartos ocurridos durante la hospitalización, se contará desde la fecha de diagnóstico del IAM.

**Fuente de datos:** Registros de actividad de los hospitales que dependen de la institución de seguridad social.

**Justificación:** La duración promedio en días de la estancia media del IAM se usa como un indicador tanto de la eficiencia en la gestión como de la calidad de la atención prestada en los hospitales. No existe un criterio comúnmente admitido sobre la duración promedio de la estancia del IAM en un hospital. Una duración excesiva indicaría poca eficiencia y sometería a los pacientes a riesgos innecesarios por la mayor probabilidad de ocurrencia de efectos adversos debidos al exceso de hospitalización. Por otro lado, un alta demasiado rápida probablemente implicaría mayor intensidad de tratamiento, un costo por día más elevado, así como mayor riesgo de complicaciones no bien atendidas y de reingresos. La duración promedio en días de la estancia media del IAM en los hospitales de los países de la OCDE fue de unos siete días en 2013, con un rango que osciló entre más de 10 días en Corea y Alemania y en torno a 4 días en Dinamarca y Noruega. Dos países iberoamericanos comunican este dato a la OCDE (Chile y México) La práctica totalidad de los hospitales de Iberoamérica registran este dato. La mayoría de las instituciones de seguridad social recogen el dato correspondiente a los hospitales dependientes o que tratan a la población derechohabiente. Por tanto, serían posibles las comparaciones tanto entre distintos centros hospitalarios como entre distintas redes de prestadores o incluso entre países.

### 5.2.7.- ¿Existen en el nivel nacional estrategias/sistemas para fomentar la seguridad de los pacientes en los hospitales de la red asistencial que son conocidas y están funcionando?

**Formula:** Se responderá con un Sí o un No.

**Aclaraciones:** Para que la respuesta pueda ser afirmativa estas estrategias deben incluir: nombre del organismo responsable, periodo de vigencia, y objetivos y líneas estratégicas, acciones a desarrollar y sistema de evaluación. Se incluirá una breve descripción (en no más de seis líneas para cada apartado) de: a) las estratégicas incluidas, y b) el modo como los resultados se analizan y las estrategias/sistemas son realimentadas por los decisores.

**Justificación:** La existencia de estrategias/sistemas para fomentar la seguridad de los pacientes en los hospitales de la red asistencial que son conocidas y están funcionando es un elemento esencial tanto de las políticas de calidad como de los esfuerzos por humanizar la atención de salud. Para que estas estrategias/sistemas resulten fiables deben ser apropiadas (es decir, deben tomar en cuenta los principales problemas relacionados con la seguridad de los pacientes en esa red asistencial, por ejemplo (infección hospitalaria, errores quirúrgicos, errores en la medicación, etc.) y útiles (es decir, deben de ser factibles con los medios de que se dispone y basarse en el mejor conocimiento disponible). Por “estar funcionando” se entiende que los resultados de esas estrategias/sistemas son periódicamente revisados por los

decisores del nivel nacional y que los resultados de esa revisión se usan para realimentar esas estrategias/sistemas. Cada vez más instituciones y establecimientos de salud iberoamericanos cuentan con este tipo de estrategias/sistemas, si bien las variables incluidas varían tanto entre los establecimientos como entre las instituciones y los países. Por ello, insistir en que incluyan la valoración de, al menos, dos de las variables arriba mencionadas las cuales están ampliamente reconocidas en todas las estrategias de seguridad de los pacientes puede ser útil para facilitar las comparaciones entre establecimientos, instituciones y países.

### 5.2.8.- ¿Existen en el nivel nacional sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos en los hospitales de la red asistencial que son conocidos y están funcionando?

**Formula:** Se responderá con un Sí o un No.

**Aclaraciones:** Este indicador trata de evaluar si en el nivel de dirección de la red asistencial de las instituciones de seguridad social se han tomado acciones sistemáticas y continuadas para fomentar la comunicación de los eventos adversos. Si la respuesta es SI, en no más de seis líneas, se describirá el modo cómo se analizan los datos comunicados y se toman acciones correctoras correspondientes.

**Justificación:** Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es el evento o circunstancia que ha ocasionado un daño innecesario a un paciente o podría haberlo hecho (CISP, OMS, 2009). Un evento adverso es un incidente que provoca daño al paciente como consecuencia de la atención sanitaria recibida (OMS, 2009). Diversos estudios internacionales han demostrado que entre 6 y 10 por ciento de los pacientes ingresados en hospitales de países desarrollados sufre algún evento adverso como consecuencia de dicho ingreso. La mayoría de estos eventos adversos son leves o moderados. Sin embargo, alrededor de la cuarta parte se consideran graves. Los servicios de urgencia, las unidades de cuidados intensivos, el bloque quirúrgico (incluidos los paritorios), la medicación y las infecciones hospitalarias suelen ser las áreas físicas y funcionales donde se concentran la mayoría de los efectos adversos. Los eventos adversos pueden clasificarse en evitables e inevitables en función de los conocimientos científicos disponibles en cada momento. La prevención de los eventos adversos evitables, en muchos casos debidos a errores personales o a fallos organizacionales, está en la base de las estrategias de seguridad de los pacientes que se han impulsado desde finales del pasado siglo. Cada vez más instituciones, redes y establecimientos de salud establecen sistemas para detectar, notificar, analizar y prevenir los eventos adversos. La primera dificultad estriba en reconocer que los eventos adversos constituyen un problema serio que debe ser abordado. La segunda, y muy importante, suele radicar en que, por diversas razones, a menudo los profesionales de la salud tienden a ocultar los efectos adversos que ocurren en su entorno. Por tanto, la mayor dificultad radica en establecer un clima organizacional que facilite la consideración como problema y la comunicación posterior de los efectos adversos. Solo así se podrán analizar y evitar. Cada vez más hospitales iberoamericanos han introducido estrategias de seguridad de los pacientes las cuales incluyen la detección, notificación, análisis y prevención de los efectos adversos.

### **5.3.- INDICADORES DE RESULTADO**

#### **5.3.1.- Tasa estandarizada por edad y sexo de casos de diabetes ingresados en hospitales por 100.000 derechohabientes (último periodo o año disponible)**

**Justificación:** La diabetes, normalmente asociada a la obesidad, va en aumento en todo el mundo. Es un factor condicionante de enfermedad cardiovascular, ceguera, fallo renal y amputación de miembros inferiores. Un adecuado control de la diabetes, que incluye elevados niveles de autocuidado, hábitos saludables, actividad física y control de los niveles de glucosa, reduce sustancialmente las complicaciones y la necesidad de hospitalización. Por tanto, el número de hospitalizaciones con diagnóstico primario de diabetes en pacientes mayores de 15 años por 100.000 habitantes es un buen indicador del grado de control de la diabetes, si bien la comparabilidad podría verse afectada por los criterios seguidos para designar diabetes como diagnóstico primario del ingreso. Normalmente, los hospitales iberoamericanos registran las hospitalizaciones por esta causa y la mayoría de las instituciones de seguridad social que cuentan con hospitales agregan las hospitalizaciones por causas habitualmente con base anual. Dos países iberoamericanos, México y Chile, comunican periódicamente el dato agregado en el nivel nacional a la OCDE. Por tanto, es posible usar este indicador referido a la población derechohabiente para comparar la calidad de la atención: a) entre los hospitales dependientes de una misma institución de seguridad social, b) entre instituciones de un mismo país y, c) con las cautelas propias del caso, entre hospitales e instituciones de distintos países.

#### **5.3.2.- Mortalidad por infarto agudo de miocardio (IAM) a los 30 días del ingreso en adultos derechohabientes mayores de 45 años, estandarizada por edad y sexo (último periodo o año disponible)**

**Justificación:** Es un indicador generalmente usado para medir la efectividad de la atención a procesos agudos de alto riesgo vital. Su medida es un reflejo de una serie de factores tales como un rápido y adecuado transporte a una institución capaz de atender esa situación o factores relacionados con el paciente tales como otras enfermedades concurrentes o el grado de severidad del ataque. A lo largo de los últimos años se observan sustanciales reducciones en muchos países las cuales traducen mejoras en la calidad de la atención debidas a una mejor organización (incluida la existencia de unidades especializadas en el manejo del IAM), la reducción de los tiempos de atención, un mejor entrenamiento del personal y medios de tratamiento más eficaces. Existen dos formas de calcular el indicador según se utilicen datos de: a) los servicios de admisión de los hospitales que, por definición, no incluyen los fallecimientos producidos tras el alta o durante el traslado a otro hospital por lo que tienden a infravalorar el fenómeno o, b) información referida a los pacientes, que incluye todos los fallecimientos ocurran donde ocurran y proporciona, por tanto, una información más precisa y fiable, pero que no está disponible en todos los países. Normalmente, los hospitales iberoamericanos registran esta mortalidad y las instituciones de seguridad social que cuentan con hospitales agregan esa información habitualmente con base anual. Dos países, México y Chile, comunican periódicamente el dato agregado en el nivel nacional (calculado según el primer método) a la OCDE. Por tanto, es posible usar este indicador para comparar la calidad de la atención: a) entre los hospitales dependientes de una misma institución, b) entre instituciones de un mismo país, c) con las cautelas propias del caso, entre hospitales e instituciones de distintos países.

### 5.3.3.- Mortalidad por accidente vascular cerebral (ACV) a los 30 días del ingreso en adultos derechohabientes mayores de 45 años estandarizada por edad y sexo (último periodo o año disponible).

**Fórmula:** Número de derechohabientes fallecidos por ACV x100/ Número de altas por fallecimiento. Se presentarán por sexo y por rango de edad de 45-65 años y > 65 años.

**Fuente de datos:** Registro de mortalidad de la institución de seguridad social.

**Justificación:** Al igual que el indicador precedente, se trata de un indicador usado para medir la efectividad de la atención a procesos agudos de alto riesgo vital. Su medida es un reflejo de una serie de factores tales como un rápido y adecuado transporte a una institución capaz de atender esa situación, o de factores relacionados con el paciente tales como otras enfermedades concurrentes o el grado de severidad del ataque. El tratamiento del ACV ha mejorado sustancialmente durante la última década. Se han demostrado los claros beneficios del tratamiento trombolítico, de la reducción del tiempo de atención y del manejo de estos pacientes en unidades dotadas de personal especializado. Todo ello ha contribuido a reducir la mortalidad. Existen dos formas de calcular el indicador según se utilicen datos de: a) los servicios de admisión de los hospitales que, por definición, no incluyen los fallecimientos producidos tras el alta o durante el traslado a otro hospital por lo que tienden a infravalorar el fenómeno o, b) información referida a los pacientes, que incluye todos los fallecimientos ocurran donde ocurran y proporciona, por tanto, una información más precisa y fiable, pero que no está disponible en todos los países. Normalmente, los hospitales iberoamericanos registran la mortalidad por esta causa y las instituciones de seguridad social que cuentan con hospitales agregan esa información habitualmente con base anual. Dos países, México y Chile, comunican periódicamente el dato agregado en el nivel nacional (calculado según el primer método) a la OCDE. Por tanto, es posible usar este indicador para comparar la calidad de la atención: a) entre los hospitales dependientes de una misma institución, b) entre instituciones de un mismo país y, c) con las cautelas propias del caso, entre hospitales e instituciones de distintos países.

### 5.3.4.- Mortalidad estandarizada por 100.000 mujeres derechohabientes por cáncer de cuello uterino durante un periodo determinado (último periodo o año disponible)

**Fórmula:** Número de mujeres derechohabientes fallecidas por Cáncer de cuello uterino x 100.000 / Número total de mujeres derechohabientes fallecidas en el periodo considerado.

**Fuente de datos:** registro de mortalidad de la institución de seguridad social.

**Justificación:** El cáncer de cuello uterino es altamente prevenible si las lesiones pre-cancerosas son detectadas y tratadas en estados tempranos. El virus del papiloma humano causa aproximadamente un 95% de los cánceres de cuello uterino. Muchos países disponen de programas de cribado del cáncer de cuello uterino pero la periodicidad y los grupos de edad varían. La OMS recomienda la vacunación contra el virus del papiloma humano en las niñas de entre 9 y 13 años como parte de las campañas de vacunación. Las variaciones en la mortalidad por cáncer de cuello de útero reflejan el impacto de las campañas de cribado, así como cambios en la incidencia. Aunque muchos países desarrollados han visto disminuir la mortalidad y aumentar la supervivencia durante los últimos años, esto no ha ocu-

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

rrido en todos los casos. Cada vez más países desarrollados han creado registros nacionales de cáncer que suelen incluir el cáncer de cuello de útero, el cual sigue siendo una prioridad de salud pública en muchos de ellos, como asimismo en la mayoría de los países de desarrollo mediano y bajo. Existen dos formas de calcular el indicador según se utilicen datos de: a) los servicios de admisión de los hospitales que, por definición, no incluyen los fallecimientos producidos tras el alta o durante el traslado a otro hospital por lo que tienden a infravalorar el fenómeno o, b) información referida a los pacientes, que incluye todos los fallecimientos ocurran donde ocurran y proporciona, por tanto, una información más precisa y fiable, pero que no está disponible en todos los países. Normalmente, los hospitales iberoamericanos registran la mortalidad por esta causa y las instituciones de seguridad social que cuentan con hospitales agregan esa información habitualmente con base anual. Cinco países iberoamericanos (Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México) comunican datos de mortalidad estandarizada por cáncer de cuello de útero a la OCDE. Por tanto, es posible usar este indicador para comparar la calidad de la atención: a) entre los hospitales dependientes de una misma institución, b) entre instituciones de un mismo país y, c) con las cautelas propias del caso, entre hospitales e instituciones de distintos países.

### 5.3.5.- Mortalidad estandarizada por 100.000 mujeres derechohabientes por cáncer de mama (último periodo o año disponible)

**Fórmula:** Número de mujeres derechohabientes fallecidas por cáncer de mama x 100.000 / número de mujeres derechohabientes fallecidas en el periodo.

**Fuente de datos:** registro de mortalidad de la institución de seguridad social.

**Justificación:** El cáncer de mama es la forma más prevalente de cáncer en las mujeres de la mayoría de los países. La supervivencia al cáncer de mama ha aumentado gracias al diagnóstico precoz mediante programas de cribado poblacional. Sin embargo, la frecuencia recomendada y los grupos de edad varían entre los países. Ello, unido al número de falsos positivos y al riesgo de sobrediagnóstico, llevó a la OMS a revisar recientemente (2014) los criterios del cribado poblacional. Existen dos formas de calcular el indicador según se utilicen datos de: a) los servicios de admisión de los hospitales que, por definición, no incluyen los fallecimientos producidos tras el alta o durante el traslado a otro hospital por lo que tienden a infravalorar el fenómeno o, b) información referida a los pacientes, que incluye todos los fallecimientos ocurran donde ocurran y proporciona, por tanto, una información más precisa y fiable, pero que no está disponible en todos los países. Normalmente, los hospitales iberoamericanos registran la mortalidad por esta causa y las instituciones de seguridad social que cuentan con hospitales agregan esa información habitualmente con base anual. Cinco países iberoamericanos (Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México) comunican datos de mortalidad estandarizada por cáncer de mama a la OCDE. Por tanto, es posible usar este indicador para comparar la calidad de la atención: a) entre los hospitales dependientes de una misma institución, b) entre instituciones de un mismo país y, c) con las cautelas propias del caso, entre hospitales e instituciones de distintos países.

### 5.3.6.- Mortalidad: estandarizada: por: cáncer: colo-rectal: en: población derechohabiente durante ((último periodo o año disponible).

**Fórmula:** Número de fallecimientos por cáncer colo-rectal x 100.000 derechohabientes/número de derechohabientes fallecidos en el periodo considerado.

**Fuente de datos:** registro de mortalidad de la institución de seguridad social.

**Justificación:** El cáncer colorrectal sigue siendo una importante causa de mortalidad en los países, tanto en hombres como en mujeres si bien es más frecuente en hombres. Se sabe que los factores personales (antecedentes familiares, edad, colitis ulcerosa, poliposis y otros) y el estilo de vida (dieta baja en fibras y rica en grasas, poca actividad física, obesidad, tabaquismo y alcohol) influyen en su aparición y desarrollo. Durante los últimos años se han introducido diferentes métodos para el diagnóstico precoz (hemorragias ocultas en heces, colonoscopia y recto-sigmoidoscopia flexible) pero los protocolos difieren. También se han producido avances en el tratamiento. Algunos países han conseguido reducciones en la mortalidad y mejoras en la supervivencia, pero todavía queda mucho por hacer. Existen dos formas de calcular este indicador según se utilicen datos de: a) los servicios de admisión de los hospitales que, por definición, no incluyen los fallecimientos producidos tras el alta o durante el traslado a otro hospital por lo que tienden a infravalorar el fenómeno o, b) información referida a los pacientes, que incluye todos los fallecimientos ocurran donde ocurran y proporciona, por tanto, una información más precisa y fiable, pero que no está disponible en todos los países. Normalmente, los hospitales iberoamericanos registran la mortalidad por esta causa y las instituciones de seguridad social que cuentan con hospitales agregan esa información habitualmente con base anual. Cinco países iberoamericanos (Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y México) comunican datos de mortalidad estandarizada por cáncer de colon a la OCDE. Por tanto, es posible usar este indicador para comparar la calidad de la atención: a) entre los hospitales dependientes de una misma institución, b) entre instituciones de un mismo país y, c) con las cautelas propias del caso, entre hospitales e instituciones de distintos países.

### 5.3.7.- Porcentaje de trauma obstétrico en recién nacidos derechohabientes mediante parto vaginal instrumental (último periodo o año disponible).

**Formula:** Número de recién nacidos derechohabientes con trauma obstétrico x 100/número de partos vaginales instrumentales.

**Aclaraciones:** se excluyen partos por cesárea.

**Justificación:** El trauma obstétrico en el parto vaginal instrumental se refiere a los desgarros producidos por el empleo de fórceps y ventosa. Los datos de este tipo de partos se suelen informar de forma separada de los del parto vaginal no instrumental. Los datos de este tipo de traumas se consideran representativos de la calidad de la atención obstétrica, y relativamente fiables y comparables entre países e instituciones, si bien el temor a las demandas judiciales puede hacer que el indicador esté subestimado en ciertos países e instituciones en comparación a países e instituciones donde existen unidades especiales destinadas a analizar estos u otros tipos de efectos adversos. En 2013, el porcentaje de trauma en este tipo de partos (6%) fue cuatro veces más elevado que el porcentaje de trauma en el parto vaginal no instrumental (1,6%) en 21 países de la OCDE. Suele observarse una estrecha correlación

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

entre ambos tipos de indicadores. No todos los hospitales iberoamericanos este tipo de traumas y pocas instituciones de seguridad social colectan y publican este indicador con base anual. Ningún país iberoamericano comunica estos datos a la OCED. Sin embargo, dada la importancia de este indicador para medir la calidad de la atención obstétrica en los hospitales, así como para comparar la calidad de esa atención entre los hospitales dependientes de una misma institución, entre instituciones de un mismo país (y, con las cautelas propias del caso, entre hospitales e instituciones de distintos países), se debería hacer un esfuerzo especial por recolectarlo y comunicarlo.

### 5.3.8.- ¿Existen en los niveles nacional, intermedios y locales de la red asistencial sistemas/procedimientos para evaluar la opinión y el grado de satisfacción de los pacientes?

**Fórmula:** Se responderá con un Si o un NO para cada nivel de la institución. En caso afirmativo, se enumerarán las diferentes dimensiones que el sistema/procedimiento empleado incluye. Por ejemplo: tiempo de espera para ser atendido en consulta de atención primaria; tiempo de espera para ser atendido en consulta hospitalaria; tiempo de espera para ser ingresado una vez se indicó el ingreso; trato recibido durante la consulta de atención primaria; trato recibido durante el ingreso en el hospital; trato recibido durante la atención de urgencias; valoración de la información recibida en la consulta de atención primaria; información recibida durante el ingreso en el hospital; información recibida en el momento del alta en el hospital; información recibida durante la atención de urgencia. Los sistemas/procedimientos han de incluir mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos y, si es el caso, describir brevemente (no más de seis líneas) estos resultados.

**Justificación:** La existencia de sistemas/procedimientos para evaluar la opinión y medir el grado de satisfacción de los pacientes que sean confiables y estén funcionando es un elemento esencial tanto de las políticas de calidad como de los esfuerzos por humanizar la atención de salud. Para que estos sistemas/procedimientos sean confiables deben ser sensibles (es decir, deben valorar la opinión de quienes han recibido la atención poco tiempo después de haberla recibido) y específicos (es decir, deben valorar aspectos de la atención que se consideran relevantes, por ejemplo, los relacionados con la oportunidad y la calidez de los cuidados y la información a pacientes y familias). Por “estar funcionando” se entiende que sus resultados son periódicamente revisados por los decisores de los distintos niveles (establecimientos de salud, nivel intermedio y nivel central) de la institución, y que estos resultados realimentan las políticas y estrategias de esos decisores. Cada vez más establecimientos de salud iberoamericanos cuentan con este tipo de sistemas/procedimientos, si bien las variables incluidas varían mucho tanto en establecimientos como entre instituciones y países. Por ello, lo más importante es insistir en que los sistemas/procedimientos han de incluir mecanismos de evaluación de los resultados obtenidos y, si es el caso, describir brevemente estos resultados.

# 6. Plantillas presentación "buenas prácticas"

<b>Autores:</b> Lic Dionisia Pereira Gonzalez.	Institución/otros M.S.PyB.S.
<b>Región/País/Localidad:</b> Sur, Paraguay, Itapúa	Puesto de Salud Tres Palmitos
<b>Año:</b> 2025	
<b>Resumen</b>	
Como experiencia puedo aportar que el primer contacto con el usuario debe ser humanitaria, cordial y con respeto, para lograr esa calidad de atención en un todo de la persona, al entablar esa apertura de confianza.	
<b>Aportación</b>	
<p><b>1. Qué aporta la experiencia para mejorar la calidad en los servicios de salud?</b></p> <p>La experiencia aporta mucho, es el contacto directo con la realidad y el sentir de las necesidades de una atención de calidad y humanizada, empezando por la autoformación del profesional y la gestión de insumos, o las necesidades que busca resolver el usuario, para brindar una calidad de atención real.</p> <p><b>2. Profundizar, en términos particulares, sobre qué técnicas de aplicabilidad y de evaluación se pueden poner en práctica a la hora de diseñar un programa en materia de seguridad y protección social.</b></p> <p>Las técnicas de aplicabilidad serian: planear las practicas diseñadas, divulgar, buscar colaboración de otros sectores, capacitación a los profesionales, controlar si se lleva a cabo.</p> <p>Se podría evaluar utilizando encuestas, entrevistas, reuniones grupales o comunitarias, utilizando agenda de quejas o agradecimientos. ¡De hecho, que existen planes diseñados de SPS en el País como Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Sistema de Protección Social Vamos! del Paraguay.</p>	
<b>Resultados e impacto (Evaluación/indicadores)</b>	
Los resultados de la experiencia obtenida fueron positivas, ya que esto genera un mejor vinculo de relacionamiento y conformidad del usuario y el profesional que brinda una atencion humanitaria y de calidad, sobre todo la confianza, ya que con una calidad adecuada se llega a resultados satisfactorios.	
<b>Referencia</b>	
<a href="https://www.msps.gov.py/dependencias/portal/adjunto/30b849-CalidadenSalud.2017.pdf">https://www.msps.gov.py/dependencias/portal/adjunto/30b849-CalidadenSalud.2017.pdf</a> <a href="https://gabinetesocial.gov.py/wp-content/uploads/2023/10/sist.pdf">https://gabinetesocial.gov.py/wp-content/uploads/2023/10/sist.pdf</a>	

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

<b>Autores</b>	Seguro Social de Salud - Essalud
<b>Región/País/Localidad</b>	Perú
<b>Año</b>	2024
<b>Resumen</b>	
<p>Con el objetivo de fomentar una cultura organizacional y asistencial centrada en la humanización, el Seguro Social de Salud (EsSalud), ha elaborado la estrategia "Cuidando con el Corazón" para fortalecer la cultura de humanización en sus centros asistenciales a nivel nacional, la misma que está centrada en la persona, incluyendo a usuarios internos, externos y familiares acompañantes.</p>	
<b>Aportación</b>	
<p><b>1. ¿Qué aporta la experiencia para mejorar la calidad en los servicios de salud?</b></p> <p>La estrategia de humanización del Seguro Social de Salud – EsSalud está basado en cinco ejes funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Comunicación Efectiva</b>, que busca fortalecer la comunicación en el ámbito médico para mejorar la experiencia del paciente y su cuidador.</li> <li>• <b>Formando Cuidadores</b>, que reconoce el papel crucial de los cuidadores en el proceso de atención, por ello se implementará un programa de capacitación para ellos.</li> <li>• <b>Volviendo a Casa</b>, garantizará la continuidad de la atención desde el entorno hospitalario hasta el hogar del paciente</li> <li>• <b>24/7 Sin Dolor</b>, que consiste en el control del dolor del paciente, utilizando herramientas como la escala visual analógica para abordarlo adecuadamente</li> <li>• <b>Mejorando tu entorno</b>, que consiste en utilizar la colorimetría y generar un espacio más acogedor para el paciente.</li> </ul> <p><b>2. Profundizar, en términos particulares, sobre qué técnicas de aplicabilidad y de evaluación se pueden poner en práctica a la hora de diseñar un programa en materia de seguridad y protección social.</b></p> <p>Las acciones y/o actividades que contribuirán a garantizar el cumplimiento de las metas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar planes de trabajo anuales con objetivos claves para el cumplimiento de la humanización "Cuidando con el Corazón".</li> <li>• Especificación de indicadores por Eje para las prestaciones sociales y económicas.</li> <li>• Asistencias técnicas y capacitaciones.</li> <li>• Seguimiento in situ, supervisiones</li> <li>• Coordinar con las gerencias de las redes prestacionales para el logro de resultados.</li> </ul>	
<b>Resultados e impacto (Evaluación/indicadores)</b>	
<p>Para evaluar la estrategia "Cuidando con el Corazón" en el Seguro Social de Salud - EsSalud, será a través del porcentaje de planes de servicios prestacionales humanizados implementados en la institución, el cual tiene como fórmula la siguiente:</p>	
<p><b>1. Fórmula de cálculo del indicador:</b></p> $\frac{\text{N° de Planes de Humanización implementados}}{\text{N° total de Planes de Humanización oficializados}} \times 100$	
<b>Referencia</b>	
<p>Fuente: <a href="https://www.gob.pe/institucion/essalud/campa%C3%B1as/52511-estrategia-de-humanizacion-cuidando-con-el-corazon">https://www.gob.pe/institucion/essalud/campa%C3%B1as/52511-estrategia-de-humanizacion-cuidando-con-el-corazon</a></p>	

<b>ENCUESTA DE SATISFACCION – QR – SISTEMA INTEGADO DE SALUD DEL GOBIERNO DE EL SALVADOR</b>	
<b>Autores</b>	SISTEMA INTEGRADO DE SALUD
<b>Región/País/Localidad</b>	EL SALVADOR
<b>Año</b>	2025
<b>Resumen</b>	
<p>A partir del mes de febrero del presente año, el Sistema Integrado de Salud de el Salvador implemento una encuesta de satisfacción dirigida a los usuarios del sistema de salud nacional, incluyendo el ISSS, mediante el uso de un código QR, expuesto en toda la red de centros de salud a nivel nacional, con el propósito de medir la percepción de la calidad y calidez en la atención.</p>	
<b>Aportación</b>	
<p><b>1. ¿Qué aporta la experiencia para mejorar la calidad en los servicios de salud?</b></p> <p>El mecanismo de evaluación aporta información oportuna de forma cualitativa y cuantitativamente sobre el proceso de atención que incluye: Otorgamiento de citas, medicamentos, laboratorio, cirugías y buen trato en las atenciones, así como también, se puede reportar o denunciar, malas praxis.</p>	
<p><b>2. Profundizar, en términos particulares, sobre qué técnicas de aplicabilidad y de evaluación se pueden poner en práctica a la hora de diseñar un programa en materia de seguridad y protección social.</b></p> <p>Permite implementar técnicas de aplicabilidad como el análisis georreferenciado de experiencias, segmentación por grupos poblacionales, y la identificación de patrones de satisfacción o insatisfacción. A partir de estos insumos, se pueden implementar técnicas de evaluación participativa, monitoreo continuo y mejora adaptativa, fundamentales al momento de diseñar programas en materia de seguridad y protección social, asegurando que respondan a necesidades reales y percibidas por la población, promoviendo así mayor legitimidad, eficacia y equidad en la intervención pública.</p>	
<b>Resultados e impacto (Evaluación/indicadores)</b>	
<p>El resultado se obtiene diariamente, lo que permite tomar acción de forma inmediata sobre las inconformidades reportadas; asimismo, se utiliza para conocer las atenciones satisfactorias brindadas por los trabajadores, lo que permite la implementación de estrategias de motivación para los profesionales de la salud.</p> <p>Asimismo, se emite un reporte mensual a cada centro de atención con el resumen de los resultados obtenidos durante el período, con el objetivo que se efectúen acciones correctivas y/o preventivas y motivacionales según corresponda.</p>	
<b>Referencia</b>	
<p><a href="https://opinion.salud.gob.sv/">https://opinion.salud.gob.sv/</a></p>	

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

SATISFACCIÓN DEL USUARIO DE ATENCIÓN EN SALUD	
<b>Autores</b>	CAJA NACIONAL DE SALUD/ KAREM PAMELA BERRIOS HUAYTA
<b>Región/País/Localidad</b>	Quillacollo/COCHABAMBA /BOLIVIA
<b>Año</b>	2025
Resumen	
La satisfacción del usuario a través de encuestas, para medir parámetros necesarios, entre atención, infraestructura y confort.	
Aportación	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué aporta la experiencia para mejorar la calidad en los servicios de salud? Los datos obtenidos ayudaran en mejorar la calidad de la atención</li> <li>2. Profundizar, en términos particulares, sobre qué técnicas de aplicabilidad y de evaluación se pueden poner en práctica a la hora de diseñar un programa en materia de seguridad y protección social. Se mide la satisfacción a través de encuestas, entrevistas. Con el fin de identificar necesidades, expectativas de los usuarios, establecer objetivos claros y medibles, implementar monitorización de las necesidades.</li> </ol>	
Resultados e impacto (Evaluación/indicadores)	
Mencionar la evaluación del impacto e indicadores de las experiencia o buena práctica	
Se puede medir mediante : medir nivel de satisfacción general, calidad de atención, resolución de problemas. Comunicación efectiva entre personal de salud y asegurados y tasa de satisfacción.	
Referencia	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organización Mundial de la Salud. (2018). Evaluación de la satisfacción del usuario en servicios de salud. Ginebra: OMS.</li> </ol>	

Titulo de la buena práctica o experiencia <i>(escriba aquí el título)</i>	
<b>Autores</b>	CLINICA HOSPITAL PATZCUARO ISSSTE
<b>Región/País/Localidad</b>	México; Pátzcuaro Michoacán
<b>Año</b>	2024
Resumen	
Se realiza sesión mensual del comité COCASEP (comité de calidad y seguridad del paciente), somos una clínica de segundo nivel de atención, con las responsabilidades de estas. Cada bimestre llevamos a cabo recopilación de evaluación de las acciones esenciales para la seguridad del paciente, con pases de visita con hincapié en la misma, dentro de esas acciones, tratamos en especial la acción esencial número 7, además implementamos acciones para detectar debilidad en cualquiera de las acciones comentadas.	
Aportación	
<p><b>1. ¿Qué aporta la experiencia para mejorar la calidad en los servicios de salud?</b></p> <p>La implementación del comité conlleva el análisis de acciones esenciales, además aumenta la comunicación entre personal de salud que muchas veces esta roto, implementamos bitácoras como ejemplo de indicaciones verbales, la protocolización de eventos nos ayuda a cometer la menor cantidad posible de incidentes o accidente. Este comité va encaminado sobre todo a la aplicación en nivel intrahospitalario.</p> <p><b>2. Profundizar, en términos particulares, sobre qué técnicas de aplicabilidad y de evaluación se pueden poner en práctica a la hora de diseñar un programa en materia de seguridad y protección social.</b></p> <p>Las técnicas de aplicación son de sencilla aplicación y en lo particular prácticamente gira alrededor de las acciones esenciales que enseguida menciono:</p> <p><u>2.1 Identificación Correcta del Paciente:</u> Es fundamental verificar la identidad del paciente de manera correcta y precisa, utilizando al menos dos datos de identificación (como nombre completo y fecha de nacimiento) para evitar confusiones y errores en la atención.</p> <p><u>2.2 Mejorar la Comunicación Efectiva:</u> Una comunicación clara y efectiva entre el personal de salud y los pacientes es fundamental para evitar errores, asegurar la comprensión de las instrucciones y promover la participación del paciente en su cuidado.</p> <p><u>2.3 Mejorar la Seguridad en el Proceso de Medicación:</u> Se deben implementar medidas para prevenir errores en la prescripción, dispensación y administración de medicamentos, así como para garantizar la seguridad de los pacientes en el manejo de medicamentos de alto riesgo.</p> <p><u>2.4 Procedimientos Correctos:</u> Realizar los procedimientos de forma correcta y seguir los protocolos establecidos es fundamental para evitar errores, reducir el riesgo de complicaciones y asegurar la calidad de la atención médica.</p> <p><u>2.5 Reducción del Riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria:</u> Se deben implementar medidas para prevenir la transmisión de infecciones en los establecimientos de salud, como la higiene de manos, el uso correcto de equipos de protección personal y la adecuada limpieza de superficies.</p> <p><u>2.6 Reducción del Riesgo de Daño al Paciente por Caídas:</u> Se deben identificar a los pacientes con riesgo de caer y tomar medidas para prevenir las caídas, como la evaluación del riesgo, la educación al paciente y al acompañante, y la adaptación del entorno.</p>	

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

### 2.7 Registro de Cuasifallas, Eventos Adversos y Eventos Centinela:

Es importante registrar y analizar los incidentes de seguridad, incluyendo las cuasifallas (incidentes que pudieron haber causado daño), los eventos adversos (daño real causado por la atención) y los eventos centinela (incidentes graves que pueden provocar la muerte o discapacidad) para aprender de ellos y mejorar la atención.

### 8. Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente:

Evaluar la cultura de seguridad en el establecimiento de salud es importante para identificar áreas de mejora y promover una cultura de seguridad en la que todos los miembros del equipo de salud estén comprometidos con la seguridad del paciente.

### **Resultados e impacto (Evaluación/indicadores)**

Se reportan menos infecciones intrahospitalarias, aun presencia de cuasifallas, eventos adversos, no eventos centinelas, la comunicación efectiva y constante con el familiar y el paciente, mejora la calidad de atención sobre todo en el servicio de urgencias.

### **Referencia**

[Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, por C de Salubridad General · 2023 chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920141/AESP\\_CSG-DGCES\\_16\\_junio\\_2023.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920141/AESP_CSG-DGCES_16_junio_2023.pdf)

## Referencias:

- Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). (2016). *Listado de 18 indicadores relacionados con la seguridad de los pacientes; listado de 28 indicadores para medir la calidad de la atención de los pacientes ingresados en hospitales; metodología para su aplicación práctica como parte de los programas de mejora de la calidad de la atención.*
- América Economía Intelligence. (2021). Ranking de los mejores hospitales 2021: El futuro que la pandemia nos está dejando. *América Economía*. <https://www.americaeconomia.com/negocios-industrias/ranking-de-los-mejores-hospitales-2021-el-futuro-que-la-pandemia-nos-esta>
- Baladelli, P. P. (2013). Sistemas de notificación de efectos adversos en México y Colombia.
- Caja Nacional de Salud. (2025). *Satisfacción del usuario de atención en salud*. Quillacollo, Cochabamba, Bolivia.
- Clínica Hospital Patzcuaro ISSSTE. (2024). *Buena práctica: Comité COCASEP (Comité de Calidad y Seguridad del Paciente)*. México, Pátzcuaro Michoacán.
- Comisión de Salubridad General. (2023). *Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920141/AESP\\_CSG-DGCES\\_16\\_junio\\_2023.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/920141/AESP_CSG-DGCES_16_junio_2023.pdf)
- Davis, J. (s.f.). *Modelos de acreditación: satisfacción del ciudadano y del profesional sanitario*. Director general de Servicios Sanitarios del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña.
- Deming, W. E. (s.f.). *Para una organización, la mejora continua de su desempeño global debe ser un objetivo permanente*.
- Donabedian, A. (1980). *Calidad de la atención: definición y conceptos fundamentales*.
- Essalud (Seguro Social de Salud). (2024). *Estrategia de humanización "Cuidando con el Corazón"*. Perú. <https://www.gob.pe/institucion/essalud/campa%C3%B1as/52511-estrategia-de-humanizacion-cuidando-con-el-corazon>
- European Foundation for Quality Management (EFQM). (s.f.). *Modelo EFQM de Excelencia*. Unión Europea.
- Flexner, A. (1910). *Calidad de la formación médica*.
- Gómez Vélez, C. A. (2025). *La calidad en la gestión asistencial en el contexto iberoamericano*. Organización Iberoamericana de Seguridad Social.
- Infante, A. (2025). *Indicadores de la calidad de la atención en salud*. Organización Iberoamericana de Seguridad Social.
- Institute of Medicine (IOM). (s.f.). *La calidad debe asumirse como un modo de vida dentro de la organización*.
- International Organization for Standardization (ISO). (1989). *Definición de calidad*.
- International Society for Quality in Health Care (ISQua). (s.f.). *Programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation)*.
- Joint Commission International (JCI). (s.f.). *Estándares de evaluación de calidad en salud: Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente (IPSG), Accesibilidad y continuidad de la atención (ACC), Derechos del paciente y su familia (PFR), Evaluación de pacientes (AOP), Atención de pacientes (COP), Gestión y uso de medicamentos (MMU), Educación del paciente y su familia (PFE)*.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (1987). *Historia y estándares de acreditación hospitalaria*.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*. España.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*. España.
- Ministerio de Protección Social de Colombia. (2011). *Biblioteca Nacional de Indicadores de Calidad de la Atención de Salud*.
- Ministerio de Salud de Perú. (2002, 2003). *Estándares, Normas técnicas e Indicadores del primer nivel de atención y de los hospitales*.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. (2015). *\*2a Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud (2015-2020)\**.

## ENCUENTRO-TALLER INTERACTIVO SOBRE INDICADORES IBEROAMERICANOS DE CALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA SALUD

- Newsweek. (2023). World's Best Hospitals 2023. *Newsweek*. <https://www.newsweek.com/rankings/worlds-best-hospitals-2023>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2007). *Estudio sobre reducción de la pobreza en 8 países de América Latina*.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). (2015-2017). *Proyecto de indicadores de calidad de la atención de salud*.
- Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). (2021). *Declaración de la XVI Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1981). *Definición de indicador*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1991). *Definición de atención sanitaria de alta calidad*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Iniciativa de Seguridad de los Pacientes*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente (CISP)*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014-2019). *Duodécimo Programa General de Trabajo*.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) & Banco Mundial. (2020). *Prestación de servicios de salud de calidad: Un imperativo global para la cobertura sanitaria universal*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). \*Resolución CSP27/10 sobre seguridad del paciente\*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2012). *Estudio "Análisis comparado sobre calidad atención y seguridad del paciente en América Latina y Comunidad Europea"*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). *Sistemas de notificación de incidentes en la Región de las Américas*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020-2025). *Estrategia y Plan de Acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud*.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (1995-2015). *Indicadores Básicos de salud*.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2001). *Características básicas de los indicadores de calidad*.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2007). *Resolución instando a fomentar la seguridad de los pacientes*.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2013). *Investigación sobre "Prevalencia de eventos adversos en la atención ambulatoria (AMBEAS) en Brasil, Colombia, México y Perú"*.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2008-2015). *Serie Health at a Glance*.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2014). *Datos de indicadores de salud: Chile, México, Brasil, Colombia, Costa Rica*.
- Pereira Gonzalez, L. D. (2025). *Buena práctica en calidad de atención*. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. Puesto de Salud Tres Palmitos, Itapúa, Paraguay.
- Sistema Integrado de Salud de El Salvador. (2025). *Encuesta de satisfacción mediante código QR*. El Salvador. <https://opinion.salud.gob.sv/>
- Superintendencia de Salud de Chile. (2014). *Manual para la acreditación de instituciones de atención cerrada*.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Revisión de criterios de cribado poblacional*.

**Fuentes adicionales de las plantillas de buenas prácticas:**

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), Paraguay. (2017). *Calidad en Salud*. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/30b849-CalidadenSalud.2017.pdf>
- Gabinete Social Paraguay. (2023). *Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación del Sistema de Protección Social Vamos!*. <https://gabinetesocial.gov.py/wp-content/uploads/2023/10/sist.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Evaluación de la satisfacción del usuario en servicios de salud*. Ginebra: OMS.



**Organización Iberoamericana de Seguridad Social**

Secretaría General  
c/ Velázquez, 105. 1.ª planta  
28006 Madrid - España  
Correo electrónico: [sec.general@oiss.org](mailto:sec.general@oiss.org)  
[www.oiss.org](http://www.oiss.org)