



SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

Bases Conceptuales y Operativas

Tegucigalpa, M.D.C., Abril 2012



SECRETARÍA DE SALUD

HONDURAS, C.A., 2012

Este documento ha sido elaborado bajo la dirección de la Dra. Yolany Batres, Subsecretaria de Redes y Servicios de Salud. El grupo de trabajo se constituyó con el Dr. Mario Chiesa de la Dirección General de Regulación Sanitaria (DGRS), Dr. Carlos Flores, de la Unidad de Planeación y Evaluación de la Gestión (UPEG), Dra. Rosario Cabañas, Dra. Pina María Boquín y Dr. Alcides Martínez del Departamento de Garantía de Calidad (DGC.), Dra. Nilda Anariba del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, Abogada Erika Castillo de Asesoría Legal. Agradecemos particularmente a la USAID-Honduras por su asistencia técnica y financiera a través de Health Care Improvement (HCI). La Secretaria de Salud reconoce en particular la participación en este proceso de la Lic. Kellie Stewart (Directora de la Oficina de Salud de USAID), Dr. David Castellanos (Especialista de Salud y Reforma de USAID), Dra. Norma Aly (Directora HCI/USAID), Dr. Jorge Hermida (Director para América Latina/HCI), Dr. Gustavo Corrales, consultor HCI/USAID, Dr. Jaime Zamora, consultor HCI/USAID; y la colaboración especial del Dr. Hugo Godoy, Héctor Colindres y la Lida. Glenda Ruíz de MSH/ULAT/USAID.

La elaboración de este documento para su difusión en el Sector Salud ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad de La Secretaría de Salud de Honduras y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos



SECRETARÍA DE ESTADO
EN EL DESPACHO DE SALUD
AUTORIDADES NACIONALES

DR. ARTURO BENDAÑA PINEL

SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD

DRA YOLANI BATRES

SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS

LIC. MIRIAM YOLANDA PAZ

SUB SECRETARIA DE RIESGOS POBLACIONALES

DR. JAVIER RODOLFO PASTOR

SUB SECRETARIO DE POLÍTICA SECTORIAL

ABOG. RAÚL MATAMOROS BERTOT

SECRETARIO GENERAL

LIC MOISÉS TORRES LÓPEZ

GERENTE ADMINISTRATIVO

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| PRESENTACIÓN..... | 6 |
| INTRODUCCIÓN..... | 7 |
| ACRONÍMICOS..... | 8 |
| DEFINICIÓN DE TÉMINOS..... | 10 |
| I. ANTECEDENTES..... | 13 |
| 1. Historia de la calidad..... | 13 |
| 2. Red mundial de calidad en salud..... | 14 |
| 3. Situación actual de la calidad en Honduras..... | 17 |
| 4. Bases legales relacionadas con el Sistema Nacional de Calidad en Salud..... | 24 |
| II. LA REFORMA, LA RECTORIA Y LA CALIDAD..... | 27 |
| 1. La reforma en salud y la calidad..... | 27 |
| 2. Objetivos de la Reforma en salud y su relación con la calidad..... | 31 |
| 3. Funciones de la rectoría y su relación con la calidad..... | 32 |
| 4. Modelo de gestión de la calidad..... | 34 |
| III. SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD..... | 39 |
| 1. Definición, Misión, y Visión..... | 39 |
| 2. Componentes..... | 40 |
| 2.1 Normalización y Reglamentación Técnica..... | 40 |
| 2.2 Vigilancia de la Calidad..... | 42 |
| 3. Actores del Sistema Nacional de Calidad en Salud..... | 43 |
| 4. Definición de los mecanismos de la calidad..... | 44 |
| 4.1 Mecanismos externos de la calidad..... | 44 |
| 4.2 Mecanismo interno de la calidad..... | 48 |
| 4.3 Mecanismos sociales de la calidad..... | 50 |
| IV. Estrategias del Sistema Nacional de Calidad en Salud..... | 52 |



| | |
|--|----|
| V. Prioridades del Sistema Nacional de Calidad en Salud..... | 60 |
| VI. Implicaciones de la implementación del Sistema Nacional de Calidad en Salud..... | 65 |
| 1. Ordenamiento de la estructura de normalización y reglamentación técnica actual..... | 65 |
| 2. Ordenamiento de la estructura de vigilancia de la calidad actual..... | 69 |

PRESENTACIÓN

Este documento - Bases Conceptuales y Operativas del Sistema Nacional de Calidad en Salud (SNCS) - junto con el documento de Política de Calidad en Salud, forman parte del propósito de la Secretaría de Salud de Honduras (SESAL) para definir y ordenar las actividades relacionadas con la calidad del sistema de salud: de los insumos, de los procesos de atención y gestión, y de los resultados y su impacto en la salud, satisfacción y calidad de vida de los hondureños. Tanto del subsistema de servicios de salud, incluyendo los propios así como los del sector privado, como del subsistema sanitario que incluye agua, aire, desechos, alimentos, cosméticos, medicamentos, etc. Esencialmente este documento tiene seis componentes:

- Capítulo I ANTECEDENTES, que, como su nombre lo indica hace referencia a la historia y situación de la calidad, a la red mundial de calidad, y a los aspectos legales que actualmente respaldan el desarrollo de un sistema nacional de calidad en salud.
- El Capítulo II LA RECTORÍA, LA REFORMA Y LA CALIDAD, donde se trata de establecer una vinculación entre las funciones rectoras, la propuesta de reforma, y cómo un modelo de calidad en salud encaja dentro de estos dos elementos, y de la manera cómo condicionan el desarrollo del sistema de calidad mismo.
- El Capítulo III EL SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD, donde ya se entra en la propuesta de los componentes del sistema de calidad, así como los mecanismos de control y procesos clave del mismo.
- El Capítulo IV ESTRATEGIAS DEL SNCS, en donde se plantean las líneas claves a seguir para el desarrollo de este sistema.
- El Capítulo V PRIORIDADES DEL SNCS, donde se delimitan las actividades prioritarias a las cuales el sistema de calidad debe abocarse, y los que de hecho delimitan su alcance estratégico y operativo.
- El Capítulo VI IMPLICACIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SNCS, plantea la necesidad de que la SESAL readeque su estructura orgánica y funcional a la nueva operación clave del modelo de calidad propuesto, mostrando la necesidad de redefinir funciones y consecuentemente modificaciones de naturaleza orgánica dentro de la estructura de la SESAL y del sector salud según corresponda.

INTRODUCCIÓN

Este documento da los contenidos para el desarrollo de un sistema nacional de calidad en salud (SNCS.) Se trata de un tema que concierne a todos: la garantía de la seguridad y la obtención de los resultados deseados por el sistema de salud en todos los ámbitos y actividades de su incumbencia. Esto, desde luego, está directamente relacionado con la protección misma de la salud, el bienestar y la vida humana. Todos los seres humanos, de una u otra manera, son sujetos y están expuestos a los variados aspectos del ámbito de acción de este sistema, el cual deberá incidir en la certeza, precisión y confiabilidad de los procesos y resultados de los servicios de salud y sanitarios, en la introducción y uso de nuevas tecnologías, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento; y en la seguridad en el uso de productos de interés sanitario como los medicamentos, alimentos, cosméticos, etc.

Aun cuando los aspectos directos de la atención en salud son clave para un sistema de calidad, éste no se limita a las atenciones clásicas brindadas en un establecimiento de salud y/o por un profesional de la salud, sino que trasciende a otras aéreas y las cuales por ley la SESAL debe asegurar su calidad. El Sistema Nacional de Calidad en Salud tiene que ver con la definición de calidad en el manejo de, por ejemplo, del agua para consumo humano; la disposición final de sustancias y desechos tóxicos y control de sus potenciales daños a la salud; la producción, manipulación, expedición y servido de comidas; la instalación de cementerios; la disposición de las basuras y de las excretas humanas de manera tal que no afecten la salud; y de otros aspectos definidos en las leyes actuales.

No es difícil darse cuenta que se habla de un ámbito de acción muy amplio y muy importante en el cual hay bastante avanzado, no se parte de cero. Hay ya un adecuado respaldo legal, una experiencia valiosa, un equipo humano capacitado y comprometido, y una voluntad política por crear las condiciones de implementación necesarias. La realización de esta vasta tarea requiere de una organización claramente estructurada alrededor de sus procesos fundamentales, uno de los cuales es el proceso de gestión de calidad. Esto permitirá el desarrollo de la calidad como un concepto orientado a fortalecer el espíritu y la práctica de la excelencia en la producción y servicio en salud, y enfocada hacia la protección y satisfacción de la persona humana, propósito último de un sistema de calidad.



ACRONÍMICOS

AS: Autoridad Sanitaria

BPM: Buenas Prácticas de Manufactura

CH: Certificado de Habilitación

CSNS: Comisión Sectorial de Normalización en Salud

CTN: Comité Técnico de Normalización

DEBORA: Grupos organizados trabajando con la comunidad para la vigilancia de la satisfacción de cliente/usuarios. El nombre se inspira en una profetiza gobernadora israelita considera justa, trabajadora y responsable (La Biblia, versión popular, Jueces 3, 4 – 4, página 295)

DGC: Departamento de Garantía de la Calidad

DGRS: Dirección General de Regulación Sanitaria

EC: Evaluación de la Conformidad

FNUAP: Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población

IHSS: Instituto Hondureño de Seguridad Social

LS: Licencia Sanitaria

MANCORSARIC: Mancomunidad de Municipios de Copán Ruinas, Santa Rita y Cabañas, incluyendo a San Jerónimo

MCC: Mejora Continua de la Calidad

OHA: Organismo Hondureño de Acreditación

OHN: Oficina Hondureña de Normalización

OMS: Organización Mundial de la Salud

OVC: Organismos de Vigilancia de la Calidad

PN: Plan de Normalización

PAVC: Plan Anual de Vigilancia de la Calidad

PSEIS: Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario, incluyendo los recursos humanos.



QAP: Quality Assurance Project

SEPLAN: Secretaría de Planificación

SES: Secretario de Estado en el Despacho de Salud

SNCS: Sistema Nacional de Calidad en Salud

SESAL: Secretaría de Salud

UFAU: Unidades Funcionales de Atención al Cliente/usuario

USAID: United States Agency for International Development

VC: Vigilancia de la Calidad

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

ACREDITACIÓN: Procedimiento mediante el cual un organismo autorizado otorga reconocimiento formal de que un organismo o persona es competente para llevar a cabo tareas específicas.

ACREDITACIÓN DE SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Es un proceso de evaluación externa, voluntario, y periódico, que garantiza la calidad a través de la medición del cumplimiento de estándares óptimos previamente establecidos y conocidos por las entidades evaluadas.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los cliente/usuarios. Es de carácter técnico y requiere competencia en el área que se audita.

AUTORIDAD SANITARIA: Instancia, organismo o funcionario público que por ley o delegación tiene la potestad de velar por el cumplimiento de normas, políticas, criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico que deban regir las unidades administrativas y ejecutoras de los servicios de salud.

CALIDAD: Hacer lo correcto de manera correcta siempre.

CANCELACIÓN DE LICENCIA SANITARIA: Privación de la autorización concedida para el funcionamiento de un establecimiento.

CANCELACIÓN DE REGISTRO SANITARIO: Es la privación definitiva de la autorización que se había conferido, por haber incurrido en hechos o conductas contrarias a las disposiciones sanitarias.

CERTIFICACIÓN: Es un procedimiento voluntario mediante el cual un tercero, llamado organismo certificador, otorga garantía escrita de que una persona, producto, proceso o servicio cumple con los requisitos establecidos en relación a una normativa o reglamento, y que determinan la existencia de competencias que permiten ejercer correctamente las prestaciones y funciones esperadas.

CLIENTE/USUARIO: Toda persona que utiliza los servicios de salud públicos o privados independientemente si existe o no un remuneración directa por estos servicios.

CONTROL: Comprobación, inspección, fiscalización, intervención. Regulación manual o automática de un sistema.

DESIGNACIÓN: Autorización para que un determinado organismo, en un ámbito de actuación definido y debidamente certificado o acreditado, y actuando a nombre del ente rector, lleve a cabo actividades de Vigilancia de la calidad (OVC)

ESTABLECIMIENTOS DE INTERES SANITARIO: Entidad que produce, manipula, almacena, transporta, distribuye, expende o dispensa productos de interés sanitario; así como brinda servicios de salud en forma organizada formalmente clasificados según el grado de complejidad.



FISCALIZAR: Significa cuidar y comprobar que se proceda con apego a la ley y a las normas establecidas al efecto.

FISCALIZACIÓN SANITARIA: Controlar, comprobar y asegurar la aplicación del marco normativo sanitario que debe acatar toda persona física y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario, o que realiza actividades o mantiene conductas que por su naturaleza puedan afectar la salud de la población, ambientes de vida y trabajo, con el fin de proteger la salud de individuos, familias y comunidades.

INSPECCIÓN: Acto de revisar o constatar el estado de funcionamiento de un establecimiento de interés sanitario y/o productos relacionados, y que utiliza un instrumento previamente definido para su ejecución.

HABILITACIÓN: Es un proceso desarrollado por el establecimiento o servicio de interés sanitario, y que implica la revisión y el cumplimiento de las condiciones básicas y los estándares de conformidad en cuanto a capacidad operativa, científica y tecnológica que están previamente definidas por el ente rector. El cumplimiento de estos estándares es verificado por una entidad designada por el ente rector y será la Autoridad Sanitaria quien otorgará la licencia sanitaria.

METROLOGIA: Ciencia de la medida. Se ocupa de lo relativo a los métodos de medición, medios de medición y calibración de los patrones y equipos empleados en producción, pruebas e inspección de servicios y bienes.

NORMAS TÉCNICAS: documentos establecidos por consenso y aprobados por un organismo reconocido, que provee, para el uso común y repetido, reglas, lineamientos o características de algún proceso o su resultado, con el fin de lograr un óptimo grado de orden en un contexto determinado. Las normas deben basarse en los resultados consolidados de la ciencia, la tecnología y la experiencia (ISO/IEC Guide 2:2004).

NORMALIZACIÓN: Actividad colectiva encaminada a dar soluciones a situaciones repetitivas, que provienen fundamentalmente del campo científico o técnico, y consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas.

REGLAMENTACIÓN TÉCNICA: Disposición de carácter obligatorio que contiene medidas legislativas y/o administrativas, y que ha sido adoptada y publicada por un órgano legal que tenga los poderes necesarios al efecto. Un reglamento puede hacer obligatoria cualquier norma hasta entonces voluntaria.

REGULAR: Determinar las reglas o normas a las que debe ajustarse alguien o algo.

REGULACION: Proceso mediante el cual se regula o se ordena.

REGISTRO SANITARIO: Es la autorización para que un producto de interés sanitario pueda ser fabricado, importando, envasado o expedido una vez se cumpla con todos los requisitos técnicos y legales.

LICENCIAMIENTO: Procedimiento técnico administrativo de carácter obligatorio, que verifica el cumplimiento de requisitos mínimos indispensables vigentes para fines de otorgar o denegar la licencia sanitaria



LICENCIA SANITARIA: Es la autorización para que un establecimiento pueda fabricar, importar, exportar, transportar, distribuir, manipular, almacenar, envasar, expender y dispensar productos de interés sanitario; así como brindar servicios en salud, una vez que se cumpla con todos los requisitos técnicos y legales.

PRODUCTOS DE INTERES SANITARIO: Son los alimentos y bebidas, medicamentos, biológicos, cosméticos, productos higiénicos, sustancias peligrosas, dispositivos y equipos de uso médico, productos naturales, reactivos de laboratorio, y otros que en su momento sean considerados por la autoridad sanitaria y que representan un riesgo para la salud

VIGILANCIA DE LA CALIDAD (VC): Proceso de medición y verificación del cumplimiento de la normativa vigente.

I. ANTECEDENTES

1. Historia de la calidad

La calidad, como un proceso moderno - sistemático, programable y verificable -, se inicia con la revolución industrial de inicios del siglo XIX. Los procesos industriales progresivamente fueron siendo definidos en procedimientos de cómo hacerlos de la mejor manera. Sin embargo, la calidad que es en sí, un fenómeno de carácter regulatorio, tiene una larga historia. Ya en el Antiguo Testamento se recomendaba no comer animales de mar que no tuvieran escamas, previendo, posiblemente, que se descomponían rápidamente y podrían provocar infecciones severas al ser comidos. El Talmud, La Tora y el Código de Hammurabi daban normas y recomendaciones sobre muchas cosas de la vida diaria. Entre otras recopilaciones de leyes se encuentran el Código de Ur-Nammu, rey de Ur; el Código de Eshnunna; y el Código de Lipit-Ishtar.

A lo largo de la historia, la definición y aplicación de reglas de distinta naturaleza, ha sido una constante que ha caracterizado y posibilitado la convivencia humana, y ha sido estimulada por el poder y la autoridad. De hecho, las personas investidas de autoridad, ya sea por una supuesta delegación de Dios, por decisión de sus conterráneos o por la fuerza, han tenido la responsabilidad en la formulación y aplicación de las reglas de aceptación común. Por esta razón, se dice que los procesos regulatorios siempre han sido, y siguen siendo, un requisito y producto de la vida en común a nivel familiar, de la comunidad así como de las naciones.

En salud, el concepto de calidad ha tenido, en su concepción moderna, una definición que se empieza a esbozar desde principios del siglo pasado. En los EUA se inició primero con el proceso de certificación de las especialidades médicas creándose los llamados “boards”, grupos de expertos en la materia –los mejores y con mayor experiencia – que de forma desinteresada y sin recibir pago alguno, se dedican a definir la frontera del conocimiento en su especialidad, y a la cual deben sujetarse todos sus miembros para poder ejercer su actividad como tales. Con este proceso, llamado de certificación de los recursos humanos, se busca garantizar que los individuos que ejercen una función específica, tengan el conocimiento y las destrezas adecuadas para llevar a cabo sus tareas con la máxima eficiencia, eficacia y seguridad. Este movimiento fue iniciado por los cirujanos y oftalmólogos, que fueron los primeros en llevarlo a cabo, y posteriormente se unieron las 24 especialidades ahora reconocidas.

Sin embargo, fue evidente que no es suficiente garantizar que los recursos humanos estén debidamente certificados, es también necesario asegurar la calidad de la infraestructura y los equipamientos, que son insumos clave para generar una atención de alta calidad, hecho que se acentúa por la explosión tecnológica ocurrida durante el último y actual siglo. Entonces apareció la idea de la acreditación de los establecimientos de salud y de las organizaciones. En los EUA se creó la Joint Commission of Accreditation of Health Services (JCAHS), desarrollando una metodología que se ha extendido por todo el mundo, existiendo a esta altura una variedad de organismos internacionales en la materia.

Aun así, con la garantía de calidad de los recursos humanos y las instalaciones, resulta también importante que los médicos y otro personal de salud, lleven a cabo los procesos para el manejo de los casos de manera sistemática y coherente. Así, han surgido técnicas que abordan aspectos como los procesos de atención que procuran disminuir la variabilidad y la discrecionalidad en los procedimientos, buscando la estandarización. De esta manera, surgieron las Guías de Práctica Clínica (GPC), los protocolos del manejo de casos, y los conceptos de auditoría clínica, que guían al practicante de la medicina y sus procesos sobre la mejor manera de llevarlos a cabo, enfrentado a ciertas circunstancias similares que deben ser resueltas de manera uniforme.

En los últimos años se ha trascendido a conceptos y prácticas que se orienta ya no sólo al establecimiento de los estándares en recursos humanos, infraestructura y los procesos sino que a acciones claras de apoyo al mejoramiento de aspectos que muestran esa necesidad, lo que ha dado lugar al desarrollo de estrategias y técnicas como la gestión total de la calidad (TQM, por sus siglas en inglés) y de mejoramiento continuo de la calidad (MCC) como procesos permanentes de todo el equipo de producción, orientados no sólo a corregir los problemas identificados sino que a desarrollar procesos permanente de innovación y generación de nuevos conocimientos y destrezas.

Pero además, debe recordarse que el ámbito de acción de la SESAL no se restringe a los servicios de salud - lo que este documento se denomina el subsistema de servicios de salud -, sino que también a otra serie de aspectos no relacionados con la atención clínica, y son los denominados aspectos sanitarios - lo que se denomina el subsistema sanitario -, que incluye la regulación de la calidad del agua, del aire, de los desechos, de los alimentos, los productos farmacéuticos y cosméticos, las basuras, y otros aspectos definidos en la ley.

2. Red de mundial de calidad en salud

Es importante que los sistemas nacionales de calidad en general, y en salud en particular, se relacionen y lleven un contacto estrecho y constante con la red mundial de organismos dedicados a la calidad, cuyo objetivo es generar confianza entre las distintas entidades del sistema y colaborar con los sistemas nacionales en los procesos de normalización, vigilancia de la calidad, mejora continua, certificación y acreditación.

Existen estos organismos por cada materia. En el caso de la reglamentación técnica del comercio está la Organización Mundial del Comercio (OMC) que ha formulado el acuerdo sobre Obstáculos Técnicos al Comercio (OTC) donde se establecen los principios y normativa sobre este tema. En la normalización se encuentra la ISO u Organización Internacional de Normalización; la Comisión Mixta FAO/OMC sobre el Codex Alimentarius; ISQua o Sociedad Internacional sobre la Calidad de Atención en Salud (International Society for Quality in Health). En el caso de la acreditación se encuentran el Foro Internacional de Acreditación (International Accreditation Forum, IAF); la Cooperación Internacional de Acreditación de Laboratorios (International Laboratory Accreditation Commission, ILAC). Estas instituciones están conformadas por participantes de organismos de calidad nacionales y regionales.

También hay una serie de organismos regionales dedicados a las mismas tareas, se encuentran para el caso en el tema de acreditación: la Cooperación Europea de Acreditación (European

Accreditation, EA); la Cooperación del Pacífico de Acreditación (APEC); la Comunidad Surafricana de Desarrollo en Acreditación (IAAC.) A nivel de América está la Comisión Panamericana de Normas Técnicas (COPNT).

Los organismos y procesos nacionales de calidad se encuentran o deben estar estrechamente vinculados a esa red internacional, la que tiene como finalidad determinar la funcionalidad de los proveedores de productos y servicios, tanto de atención en salud, como del resto de aspectos sanitarios. Ningún país debe operar en forma aislada sus procesos de calidad ya que existen estándares mundiales de uso común, así como una vasta experiencia internacional que debe ser plenamente aprovechada y utilizada. Por supuesto, Honduras no es la excepción, a lo cual se suma que la mayoría de la tecnología y el conocimiento actual se generan fuera del país.

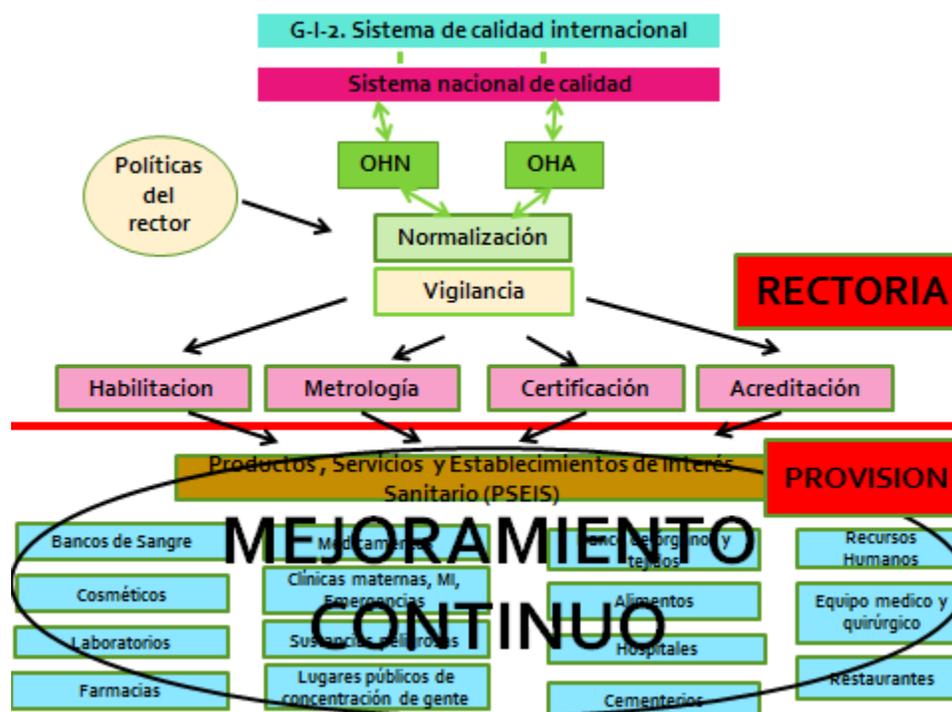
La red mundial de calidad puede ser vista en la gráfica siguiente:



Estos organismos internacionales se vinculan recíprocamente con los organismos nacionales de normalización, vigilancia y acreditación ubicados dentro de las diferentes secretarías de Estado, que en el caso de Honduras son la Secretaría de Planificación (SEPLAN), la Secretaría de Industria y Comercio (SIC) y, desde luego, la Secretaría de Salud (SESAL.) Toda esta red de normalización se concentra hacia los procesos de vigilancia de la calidad a través de medios y técnicas como la evaluación, la inspectoría, la auditoría, la calibración, etc. para, finalmente, ejercer su acción sobre los proveedores de los productos y servicios, así como sobre los establecimiento de interés sanitario, sujetos últimos de todo este andamiaje de calidad, y donde los resultados deben y pueden ser demostrados. Y es en los cuales, el desarrollo de la excelencia y la innovación constante debe ser el producto final. Es importante señalar que los conductores, inductores y realizadores de este proceso de calidad, deben poseer y demostrar las mismas

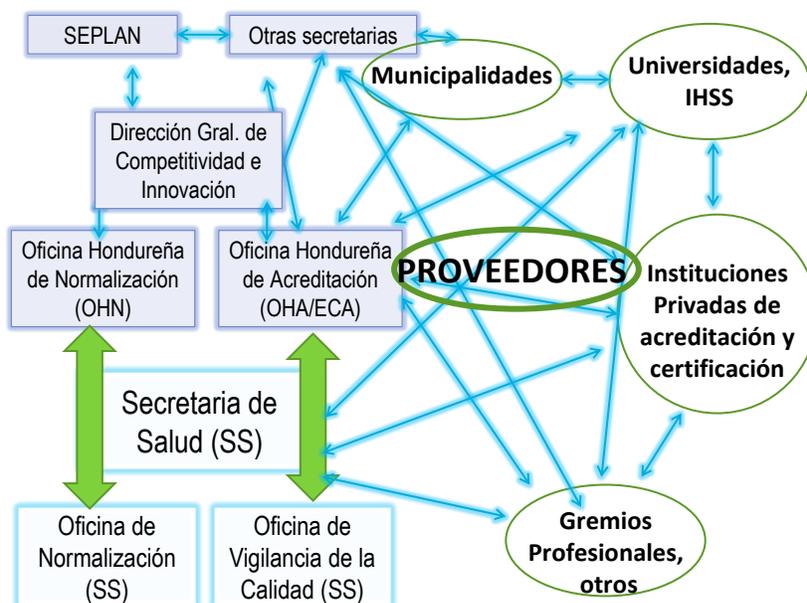
características de calidad y excelencia que ponen en movimiento. Una norma incorrecta e inadecuada llevará a los mismos resultados. Estos grupos humanos deben ser apasionados de la excelencia, sin excepciones, además de poseer excepcionales cualidades y conocimientos técnicos.

En la gráfica G-I-2 se puede visualizar estas vinculaciones de forma más clara. Como parte de la red nacional aparecen dos oficinas, la OHN (Oficina Hondureña de Normalización), y la OHA (Organismo Hondureño de Acreditación) de la SEPLAN, como elementos fundamentales en el desarrollo de la calidad en el país. Aparecen además, los dos componentes clave de un modelo de calidad: la normalización y la vigilancia sobre el cumplimiento de esa normativa. Se pueden ver las estrategias seguidas para modelar y ejercer el proceso de gestión de la calidad y, finalmente, el efecto de mejoramiento que se desea se produzca sobre los proveedores. La parte superior de la gráfica es función rectora, y la inferior corresponde fundamente a los proveedores.



En la gráfica siguiente, G-I-3, se puede ver que la calidad se expresa a través de una intrincada red de instituciones gubernamentales y privadas tanto centrales como municipales; organismos formadores de recursos humanos; instituciones privadas de acreditación y certificación; gremios profesionales y de técnicos y auxiliares en el área de la salud; y, desde luego, los proveedores de productos y servicios en salud, sujetos finales del accionar de calidad.

G-I-3. RED NACIONAL DE CALIDAD



3. Situación actual de la calidad en Honduras

En este capítulo se expresan las consideraciones y condiciones actuales del sistema de calidad en salud en operación, y cuyo análisis es importante para la formulación de la política para un nuevo modelo y sistema de calidad.

3.1 De la reforma en salud y la calidad

La normalización, y la vigilancia de la calidad que asegure su cumplimiento, son parte integral e irrenunciable de la rectoría en salud, y está por tanto, estrechamente vinculada a la conducción en salud. Esto a su vez, se relaciona estrechamente con los procesos de descentralización y la participación de la población en la gestión en salud. Sin embargo, cuando el Estado mismo asume la función de provisión de servicios de salud, como es el caso de Honduras, el desarrollo de este proceso normativo y de vigilancia es generalmente muy limitado, estando presente en todo momento, la contradicción de ser juez y parte, que es la situación tanto de la SESAL como del IHSESAL. Esta es una situación que busca resolver la reforma en salud a través de lo que ha sido denominado la separación de las funciones rectora y proveedora,

Tal como lo menciona el documento Plan Nacional de Salud, 2010-2014: “*La reforma de salud, que propone el Plan Nacional de Salud, 2010-2014, se iniciará en esta administración a través de la separación de las funciones rectoras y de provisión de servicios de salud del sistema, la descentralización y el inicio del aseguramiento, renovando a escala del sistema, los modelos de atención y gestión, los sistema de financiamiento, la monitoria y evaluación, así como la organización de la comunidad como base del sistema que se desarrollará en las condiciones concretas que la realidad del país define.*” Un nuevo modelo de calidad en salud, y la consiguiente reorganización del sistema de

calidad actual implican la separación de la función proveedora de los servicios de salud de la función rectora y, en un futuro, la separación de la función de aseguramiento y financiamiento.

Esta separación de la función rectora y de provisión de los servicios, permite el establecimiento del principio clave de la gestión: la petición y rendición de cuentas, constituyéndose este precepto en base del modelo conceptual y de operación del nuevo sistema de calidad. Es más, es dentro de este marco que la actividad de gestión de la calidad toma la relevancia que le corresponde, porque es el mecanismo clave de la petición de cuentas por parte del rector, para verificar el cumplimiento de los productos y su calidad por parte de los proveedores de servicios. Y, por otro lado, también, es como el rector y los proveedores deben rendir cuentas a la población.

3.2 De la normalización

Dentro del mismo documento, Plan Nacional de Salud, 2010-2014, se menciona que: *“Son evidentes las indefiniciones relacionadas con el ejercicio del rol rector y para el proceso de separación de cada una de la funciones sustantivas del sistema: financiamiento, regulación, aseguramiento y provisión, donde se observa un desequilibrio normativo, caracterizado por excesos de normas con poca aplicación o ausencia de ellas en diversas áreas de gestión del sistema, como en calidad donde es más notoria la limitada regulación y su correspondiente fiscalización en la provisión pública y privada de los servicios de salud.”* Este párrafo describe de manera muy clara y elocuente la situación del sistema de calidad dentro del sector salud, y apunta a la relevancia y desequilibrio del proceso normativo, que es parte de la denominada función sustantiva de *regulación*, la que, su vez y en sí misma, constituye el elemento fundamental de un sistema de calidad.

El concepto y práctica de calidad está conformado por dos procesos clave: la normalización - que define la calidad por medio del establecimiento de los parámetros de desempeño esperados o marco normativo -; y la vigilancia de la calidad, que es el acto de medición y verificación del cumplimiento de ese marco normativo. En el sistema de salud de Honduras se encuentra exceso de normas con poca aplicación, duplicación y hasta triplicación de normas sobre un mismo sujeto y con contradicciones entre sí, falta de actualización de normas en uso y, por otro lado, ausencia de normativa en áreas importantes del sistema. Esta observación muestra que el proceso de generación de políticas, su priorización y la consiguiente normalización, no es fluido ni consistente, y se da de manera desordenada e improvisada.

En el referido documento se menciona también que: *“Prevalece una estructura organizativa, central y regional por programas que funcionan de forma vertical y compartimentalizada, con criterios que fragmentan la organización y no de procesos que le corresponden de acuerdo al marco legal, restringiendo la capacidad y oportunidad de respuesta de la gestión así como la clara diferenciación por incoherencias entre las funciones normativas y programáticas entre los distintos niveles de atención.”* El funcionamiento del sistema de calidad actual no es ajeno a esta situación, y su operación está muy ligada a la misma, dentro de la cual el proceso de normalización se encuentra de igual manera dividido en compartimientos-estancos sin relación entre sí conformados por los actuales programas de salud, produciendo la fragmentación mencionada y la inconsistencia en su desarrollo y aplicación. Actualmente, cada programa de la SESAL lleva a cabo su propio proceso de normalización. Esta forma de normalizar, dentro de los principios de la reforma y de un nuevo modelo de calidad, debe ser

sustancialmente modificada tanto en el diseño, formulación y elaboración normativa, como en su ejecución, sin dejar de aprovechar el conocimiento y práctica valiosa acumulada hasta la fecha.

Dentro de esta organización actual en programas, la función de normalización se ha encontrado ligada a la de vigilancia de la calidad, esta última con denominaciones como supervisión, monitoria y evaluación. Usualmente, las mismas personas responsables de normalizar han tenido también la tarea de ejercer la vigilancia. Esta situación crea conflictos que deben ser evitados en el futuro, lo cual debe ser tomado en cuenta para la formulación de la nueva política de calidad, ya que ambas actividades deben ser desarrolladas por entes y estrategias distintas, aunque estrechamente relacionados.

La Dirección General de Regulación Sanitaria (DGRS) también ha tenido, por mandato expreso, que desarrollar el papel de normalizador y el de vigilancia y control sanitario. Sin embargo, su función fuerte ha sido la normalización emitiendo una buena cantidad de documentos técnicos reglamentarios. En el caso de la función de vigilancia sanitaria algunos procesos de menor complejidad han sido delegados por la DGRS a las regiones de salud a través de los departamentos de regulación sanitaria y sus oficinas de inspectoría, pero con muy limitada capacidad operativa para cubrir los sujetos, materias y ámbitos sobre los cuales se debe ejercer la vigilancia.

3.3 De la vigilancia de la calidad (VC)

En el documento de Plan de Salud 2010-2014, en la página 41, se menciona una...“*propuesta para la puesta en marcha de un proceso de autonomía de la gestión de hospitales*”.... Y más adelante se enuncia...*lograr que cada hospital funcione con un enfoque de gestión por resultados a través de la medición de indicadores que deben ser monitoreados, analizados y reportados periódicamente para orientar la toma de decisiones al interior del hospital y efectuar la rendición de cuentas a los niveles superiores de la Secretaría de Salud y a la sociedad misma.*” También se menciona...*incorporar al componente de auditoría social al proceso de gestión descentralizada, de tal forma que se pueda garantizar una gestión institucional transparente y eficiente de los servicios de salud.*” Y en la página 49 se hace acotación al fortalecimiento del rol rector de la SESAL para “...*Monitorear y fiscalizar a un nuevo sistema plural e integral.*” De acuerdo a esto la Vigilancia de la Calidad (VC), como un proceso de medición y verificación del cumplimiento de la normativa vigente es esencial dentro del Sistema Nacional de Calidad. También, se menciona la auditoría social, que, como se verá más adelante, es uno de los componentes esenciales de la nueva política de calidad, específicamente en la verificación de la normativa en los procesos de atención y gestión de los servicios de salud, y orientada a fortalecer la mejora continua y la excelencia.

El proceso de vigilancia de la calidad, al igual que el de normalización, tal como se describió en la sección anterior, ha sido llevado a cabo también de una manera separada, dispersa y descoordinada, generalmente sin una metodología sistemática, estandarizada y coherente. Esto es más producto de lo mencionado antes sobre la organización y estructura compartimentalizada de la SESAL en programas, que a una carencia de talento, habilidad o interés. Este es otro proceso que deberá ser realizado de forma diferente para adaptarlo a las demandas actuales y la naturaleza de los sujetos de acción. Es muy claro, pues, dentro de las declaraciones de política de la SESAL y de sus lineamientos y resultados, la importancia que el proceso de vigilancia de la calidad adquiere como parte del proceso reformador y los planes actuales de la SESAL

La acción de vigilancia de la calidad (VC) exige la existencia de un ordenamiento o reglamentación que sirve como referente para llevar a cabo el acto de evaluación o medición del funcionamiento de esa reglamentación normativa. La vigilancia ha avanzado en el proceso de habilitación, o sea en el establecimiento de los estándares mínimos de operación. Sin embargo, esta actividad, en algunos casos, adolece de problemas importantes como cuando se extienden licencias sanitarias (LS) sin la existencia de la normativa respectiva, y/o sin haberse llevado a cabo el proceso de habilitación, previo e imprescindible al licenciamiento. Es importante mencionar que el ente rector de la salud en Honduras debe también ser vigilado en cuanto al cumplimiento de las normativas relacionadas a su función, esta vigilancia debe ser realizada por una instancia externa que deberá definirse.

Las tareas del Departamento de Garantía de la Calidad (DGC) se han orientado a la realización de la vigilancia de la calidad verificando el cumplimiento de la normativa de los procesos de atención en salud materna e infantil. Y en adición a esto también se ha abocado a hacer, por ejemplo, los flujogramas de los procesos evaluados, así como a construir estándares e indicadores de los mismos - actividades propias del proceso de construir una norma – siendo esto más por deficiencia en la elaboración de la normativa evaluada. A través de la VC se determinan las brechas en el cumplimiento de la misma, lo cual es el detonante para iniciar los procesos de mejora continua de la calidad (MCC), en los cuales este Departamento se ha involucrado fuertemente. Eventualmente, este Departamento debe ser ubicado apropiadamente dentro de una estructura en la cual se aproveche la gran experticia en las tareas de VC ya que hasta el momento sólo tiene una estructura funcional.

3.4 Del mejoramiento continuo de la calidad (MCC)

La Secretaría de Salud (SESAL), abogando por la seguridad y satisfacción de los cliente/usuarios, ha realizado múltiples acciones desde inicios de los años 90 en el campo de la MCC, facilitando la organización de una Unidad de Garantía de Calidad que adquirió el estatus de Departamento en el año 2006. Este Departamento ha promovido y facilitado, a través de los diferentes programas, cambios para aumentar la disponibilidad de los insumos y mejorar los procesos de atención, con la finalidad de lograr los resultados propuestos. Sin embargo, estas acciones han sido centralizadas y con poca sostenibilidad, ya que no hay incentivos precisos e indicadores de calidad que deben ser cumplidos por los proveedores de servicios de salud para mejorar la calidad, y porque muchas decisiones tienen que ser tomadas a nivel central debido a la estructura jerarquizada del actual sistema de salud.

Son varias las acciones de mejoramiento continuo de los procesos de atención y gestión que se han desarrollado en el ámbito nacional. Diversas agencias de cooperación han apoyado estos esfuerzos, tales como el Proyecto de Salud con Calidad financiado por la Unión Europea en la ex Región de Salud No.5 con sede en Copán; el Proyecto de Mejoramiento de los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales, (CONE), financiado por la USAID en once regiones de salud de Honduras; la formación de capacitadores en métodos de Calidad Total apoyados por JICA; y el diseño de un Plan Nacional de Calidad y su instrumentación, apoyado por el Proyecto de Reforma de Servicios de Salud (PRSS) del Banco Mundial para el ámbito nacional. De igual forma, el PRSS apoyó al Instituto Hondureño de Seguridad Social durante el periodo entre 2002- 2006, para desarrollar procesos de modernización de la gestión incluyendo la mejora continua en los principales centros asistenciales de la institución. El FNUAP,

también ha dado apoyo al IHSESAL con un proyecto para el mejoramiento de los servicios de salud reproductiva durante el mismo periodo.

Con el advenimiento de los convenios y compromisos de gestión se ha realzado la imagen de la MCC y la necesaria inversión y énfasis en la calidad, como un eje clave de la reforma. Aun cuando los procesos de MCC han permitido a los proveedores de servicios de salud mejorar sus indicadores y reducir muertes maternas e infantiles, existen problemas que es necesario apuntar para reforzar el diseño del nuevo modelo del sistema de calidad:

- La calidad se enuncia como un eje transversal dentro del modelo de salud, que significa que atraviesa todas las actividades del sistema. Sin embargo, por los requerimientos en esfuerzos, tiempo, recursos, y el personal necesario para impulsar la calidad en los servicios de la SESAL, no se ha dedicado el tiempo y recursos necesarios para este tema que pueda apoyar a los equipos en sus esfuerzos de MCC. Al no ser estas actividades de calidad parte de un contrato ligado a un pago, los gerentes no ven la urgencia o necesidad de hacerlo. La progresiva descentralización de los proveedores y el desarrollo de los contratos de gestión, y la calidad en ellos como una exigencia, cambiaran sustancialmente esta situación.
- No existen mecanismos que obliguen el cumplimiento de los lineamientos de programación en los cuales se indica, a los proveedores del modelo tradicional de servicios de salud de la SESAL, como programar actividades relacionadas con la calidad. Esto es un reflejo de la baja prioridad que la gestión de la calidad ha tenido, tanto desde el punto de vista del rector - que da los lineamientos -, como del proveedor que debe cumplirlos.
- Tampoco ha habido la suficiente inversión financiera en calidad. El funcionamiento del DGC se basa en su mayoría en fondos de la cooperación externa, y los proveedores de servicios de salud no cuentan con los recursos que permita implementar los cambios conducentes a la mejoría en la calidad.
- Tampoco ha existido el impulso y necesario apoyo político para el desarrollo de la calidad en los servicios de salud, aunque esto está cambiando con el proceso de elaboración y promulgación de la Ley de Calidad de Honduras, y como lo demuestra la elaboración misma de esta propuesta de calidad.

3.5 De la acreditación y certificación

No existe en Honduras institución de salud que esté acreditada, pero tampoco ha existido una política que conduzca esta estrategia. Es uno de los aspectos clave que debe ser desarrollado en la nueva política de calidad, tomando en cuenta que la acreditación es una respuesta para lograr los máximos u óptimos estándares de calidad en una institución de salud.

Ha habido algunas actividades en acreditación como la apoyada por la UNICEF sobre la *Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños*, que promovió procesos de acreditación focalizada, que se alcanzaba cuando el hospital cumplía ciertos requisitos que garantizaban el cuidado adecuado para los niños, especialmente en el fomento del apego precoz y la lactancia materna exclusiva. En otro intento,

siguiendo un modelo de la OPS inspirado en un sistema desarrollado en Argentina, en la década de los setenta se hizo intentos de acreditar las áreas hospitalarias de atención materna infantil, pero la iniciativa no prosperó debido, por un lado, a que los estándares eran muy elevados, y, por otro, por la imposibilidad operativa y financiera del Estado de aplicar la estrategia y luego la necesidad de “cerrar la brecha” entre lo normado y lo encontrado.

El proceso de acreditación toma especial relevancia cuando se trata de alcanzar Acuerdos de Reconocimiento Mutuo (ARM) entre países, en procesos como el de la integración centroamericana. Por ejemplo, en el caso del control de alimentos se necesita que los establecimientos o laboratorios encargados de efectuar las pruebas de calidad y seguridad, estén acreditados por un organismo acreditador experto en la materia y de reconocida capacidad técnica, probablemente internacional, que le otorgue confianza y garantice el proceso de acreditación. Todo esto está en un estado muy incipiente en el país, aunque está en vías de lograrse la acreditación del Laboratorio Central de Alimentos de la SESAL.

Al igual que la acreditación, en el país no existen procesos de certificación en salud, por ejemplo de recursos humanos, de organismos de vigilancia de la calidad (OVC), o de otros servicios específicos. Los recursos humanos en salud, tanto profesionales como técnicos medios y auxiliares, una vez egresados de las instituciones formadoras no están sujetos a proceso alguno de certificación ni re-certificación que garantice que tienen las cualidades, destrezas y conocimientos necesarios para que las funciones bajo su responsabilidad sean llevadas a cabo de la mejor manera posible. En este campo, el Departamento de Recursos Humanos debe tomar un papel relevante como organismo de vigilancia en los procesos de habilitación de instituciones formadoras y certificación de recursos humanos y proveedores relacionados con su formación.

La acreditación y la certificación son esenciales para el desarrollo de los Organismos de Vigilancia de la Calidad que, actuando a nombre del rector y debidamente certificados por institución acreditada en la materia, lleven a cabo las actividades de vigilancia de la calidad, tanto en las actividades de habilitación, previas al licenciamiento, como las de auditoría en servicios de salud, así como las de metrología como la calibración de equipos biomédicos, u otras más. En el país actualmente se está iniciando el proceso para el desarrollo de este tipo de organismos.

3.6 De la participación social y la calidad

En Honduras no es usual que los ciudadanos participen en opinar sobre los servicios de salud en forma activa, especialmente sobre los de la SESAL. Mucho menos en quejarse o hacer reclamos y, más remotamente, en participar activamente en el diseño y evaluación de los servicios de salud. Sin embargo, los ciudadanos y ciudadanas tienen una larga trayectoria de apoyo a la SESAL, especialmente en brindar servicios en las comunidades, referencias, ante la carencia de insumos, financiamiento de remodelaciones, campañas de vacunación, traslado de cliente/usuarios (as), etc.

Desde los años 2002 y 2003, se ha iniciado un movimiento creciente de proyectos nacionales, tanto de la SESAL como de organizaciones privadas, orientados a promover y facilitar que los ciudadanos expresen sus inconformidades con el sistema de salud. Algunos ejemplos son los grupos comunitarios de nombre DEBORA, organizados por Aldea Global, y otras experiencias de otras ONG locales; los buzones de la Fiscalía del Consumidor; etc. Estas experiencias son cada vez más frecuentes. La SESAL diseña en

la actualidad una propuesta de auditoría social, la cual para que funcione como expresión de una verdadera participación social de los cliente/usuarios, debe incluir los mecanismos que faciliten la participación social en la gestión de la calidad.

Es conocido que a nivel mundial, los cliente/usuarios organizados están tomando cada vez más actitudes proactivas e inclusive participan en los equipos de mejoramiento de la calidad. La creciente participación de los cliente/usuarios como gestores de servicios de salud, tendrá como consecuencia el incremento de su participación en la gestión de la calidad de los servicios de salud. En los servicios de salud de la SESAL también se han iniciado experiencias orientadas a mejorar la satisfacción de los cliente/usuarios, entre ellas, la aplicación de las encuestas a los clientes/usuarios a la salida de los servicios de salud, para conocer su grado de satisfacción, o las encuestas desarrolladas a nivel comunitario en el caso de monitoreo de los Compromisos de Gestión.

Otra experiencia incipiente pero de gran valor, son las Unidades Funcionales de Atención al Cliente/usuario (UFAU), que son instancias en los hospitales y clínicas maternas que sirven de canal para orientar a los cliente/usuarios dentro del hospital, pero también, a su vez, procesan los reclamos, sugerencias y quejas de ellos, llevándolas hasta la dirección del proveedor de servicio y los equipos de mejora, dando respuesta en un tiempo prudencial. Esta experiencia parece tener un gran potencial, sin embargo, los hospitales no cuentan con la instancia legalmente reconocida y con personal asignado, lo que limita su desarrollo. Eventualmente se debe recurrir a las nuevas tecnologías de información como la internet, para facilitar la expresión del público sobre los servicios recibidos, tanto de satisfacción como de insatisfacción.

3.7 De los componentes operativos de la calidad

El documento Plan Nacional de Salud, 2010-2014, página 37, enuncia que: *“El modelo de salud propuesto será el conjunto de políticas, normas, procedimientos, instrumentos, manuales y disposiciones que darán las líneas de acción para la implementación de un sistema de protección social en salud, basado en la articulación de tres componentes: atención, gestión y financiamiento que privilegien el enfoque promocional, la descentralización, la calidad y una amplia participación social.”* En este claro y preciso enunciado, se menciona las políticas, normas, procedimientos e instrumentos como factores clave del modelo de salud propuesto. Además, se privilegia la calidad y la participación social como elementos fundamentales del mismo. Esto indica la relevante postura que un sistema de calidad renovado y eficiente tendrá progresivamente dentro del desarrollo de ese modelo de salud.

En el mismo documento, página 51, punto 3 de las áreas estratégicas, se enuncia: **El desarrollo de un Sistema Nacional de Calidad en Salud que implicará:** *“la definición de la funciones de regulación de los estándares mínimos de calidad para establecimientos y productos de interés sanitario; normalización de los procesos de atención; la fiscalización y control de la garantía de la calidad; los subsistema de auditoría de calidad; los subsistema de certificación y acreditación, así como los de normalización para la implementación de procesos de mejora continua en los proveedores de servicios de salud”*. De esta parte se visualiza nuevamente, los dos procesos centrales de la gestión de la calidad: la normalización, cuando habla de *“los estándares mínimos de calidad”*, *“la normalización de los procesos de atención.”*; y por otro lado menciona *“los subsistema de certificación y acreditación, así como la*

normalización...de los procesos de mejora...” Así mismo se destaca el otro proceso central, la función de vigilancia de la calidad (VC) cuando se menciona *“la fiscalización y el control, la auditoría de calidad”*.

También, de este enunciado se puede apreciar que la habilitación de los proveedores, que significa cumplir los “estándares mínimos”, que se definen durante el proceso normalizador, debe ser una prioridad y una estrategia central a la operación del sistema de calidad. De la misma manera, se hace notable referencia a los procesos de acreditación y certificación que serán elementos fundamentales para el desarrollo del nuevo sistema de calidad, y que deben quedar muy claramente expresados en la política. Así mismo quedan muy claramente establecidos los procesos de mejora, lo cual también debe dar lugar a una estrategia operativa prioritaria del sistema de calidad.

En la página 56, sección de resultados, acápite **2. Resultados vinculados al sistema de salud. Incrementando el acceso a servicios de salud con calidad:** punto segundo, dice: *“Alcanzar y mantener un mínimo de 90% de satisfacción de los cliente/usuarios de los servicios de salud en la calidad percibida y un 100% de cumplimiento de las normas de atención materna infantil en lo relativo a la calidad técnica”*. Metas también precisas y sobre las cuales el sistema de calidad se convierte en el factor clave, tanto para definir esas normas como para asegurar que se están cumpliendo y, para, finalmente, el establecimiento de los procesos de mejora continua encargados de cerrar la brecha. Esto incluye la expresión de la población usuaria sobre su satisfacción con la calidad percibida.

4. Bases legales relacionadas con el sistema nacional de calidad en salud

En este capítulo se da un breve análisis de las dos leyes más importantes actualmente para el desarrollo de un sistema de calidad en salud: el Código de Salud, aprobado en 1991, y el Reglamento para el Control Sanitario de los Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario (PSEIS) aprobado en 1996. Se mencionan los artículos que parecen más relevantes para los propósitos de este documento, y no es en manera alguna un análisis profundo y detallado de ambos reglamentos, lo cual se sugiere debe ser realizado, tanto a la luz del tema de este documento que es el desarrollo de un sistema nacional de calidad en salud, como de la reforma en curso.

4.1 El Código de Salud

El desarrollo del SNCS se puede fundamentar en El Código de Salud, Decreto Número 65-91 del Congreso Nacional, publicado en La Gaceta el 6 de agosto de 1991. Se citan algunos artículos que son de importancia relevante como los siguientes:

Artículo 3. – Corresponde la Secretaría de Salud en el Despacho de Salud Pública, que para los efectos de la presente Ley se llamará “LA SECRETARÍA”, la definición de la política nacional de salud, la normalización, planificación, y coordinación de todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud.

Artículo 4. – Se faculta a LA SECRETARÍA para que mediante resolución delegue o reasigne en cualquier tiempo y en cualquiera de sus unidades administrativas, dependencias u otros organismos constituidos de conformidad con la Ley, las actividades propias del sector salud.

Artículo 5. – Para los efectos de la coordinación funcional el Sector Salud está constituido por las dependencias e instituciones siguientes:

- a) La Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública.*
- b) La Secretaría de Estado en los Despachos de Gobernación y Justicia.*
- c) La Secretaría de Estado en los Despachos de Trabajo y Previsión Social.*
- d) La Secretaría de Estado en el Despacho de Educación Pública.*
- e) La Secretaría de Estado en el Despacho de Recursos Naturales.*
- f) La Secretaría de Estado en los Despachos de Planificación, Coordinación y Presupuesto.*
- g) El Instituto Hondureño de Seguridad Social, el Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, y los Organismo Autónomos a los que su propia ley les encomiende actividades en la materia.*
- h) A las municipalidades en lo que se refiere a las obligaciones que esta ley les impone.*
- i) Los organismos públicos y privados, nacionales y extranjeros e internacionales que virtud de ley, convenio o tratado estén autorizados para desarrollar actividades, cooperar o asesorar en materia de salud pública.*

En estos tres artículos se muestran varios elementos que son importantes para la política de calidad:

- La SESAL tiene la responsabilidad y el mandato de normalizar¹ todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud, esto significa que la SESAL, como rector, es el gran regulador de las operaciones de la salud y que el diseño del nuevo sistema de calidad debe fundamentarse en esa premisa.
- El artículo 4 abre el camino para que algunas actividades, tales como la normalización puedan llevarse a cabo por medios externos a la SESAL, como grupos *ad-hoc* especialmente creados para ese propósito. Así mismo, en el caso de la función de vigilancia de la calidad, se puede llevar a cabo por formas diferentes a las actuales como a través de organismos de vigilancia de la calidad (OVC).
- El artículo cinco menciona las entidades que conforman al sector salud, asunto relevante para la conformación de una visión sectorial de la calidad, por ejemplo, en el proceso de normalización, en el que se involucre a todo el sector para lograr estándares comunes tanto en el subsector público como en el privado.

4.2 Reglamento para el Control Sanitario de los PSEIS

El segundo documento clave desde el punto de vista legal es el Reglamento para el Control Sanitario de los Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario, emitido el 21 de septiembre de 2005, del cual se destacan los siguientes artículos:

Artículo 8. Para la aplicación de este reglamento, la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, por medio de las instancias competentes adopta la obligatoriedad de las normas nacionales vigentes y las

¹ En el Anexo A. se encuentra una lista de ámbitos que deben estar normalizados por demanda expresa de este Código, y a los cuales la SESAL, como ente rector, deberá dar fiel cumplimiento

que sean aprobadas en el futuro, así como las normas internacionales sobre productos servicios y establecimientos de interés sanitario contenidos en los convenios y tratados internacionales ratificados por Honduras.

Artículo 70. Previo al funcionamiento e instalación todo establecimiento de interés sanitario requiere Licencia Sanitaria. Para la ampliación, modificación y traslado de los establecimientos de interés sanitario se requiere autorización por la Secretaría de Salud.

Artículo 122. Para ejercer control sanitario de productos, establecimientos y servicios la Secretaría de Salud utilizara los siguientes mecanismos de control: Licencia Sanitaria, Registro Sanitario, Inspección Sanitaria, Auditorías, Acreditación y Certificación.

Artículo 123. Si para dar cumplimiento al artículo anterior, fuera necesario el uso de laboratorios públicos o privados, la Secretaría de Salud podrá utilizar sus servicios, asegurándose que estén debidamente acreditados por institución nacional o internacional reconocida.

Artículo 124. La Secretaría de Salud podrá contratar servicios profesionales para la inspección sanitaria, auditorías, acreditación y certificación, en caso de ser necesario.

Artículo 125. La Secretaría de Salud deberá formular las normas técnicas para la contratación de servicios profesionales en las áreas específicas de la regulación sanitaria.

En los artículos anteriores se destacan puntos importantes que dan respaldo a una política de calidad, como la obligatoriedad de las normas nacionales vigentes y las que sean aprobadas en el futuro, y las normas internacionales; la necesidad de una licencia sanitaria para operar; los mecanismos para hacer la evaluación de la calidad que se vincula muy estrechamente con los OVC y con los procesos de certificación y acreditación.

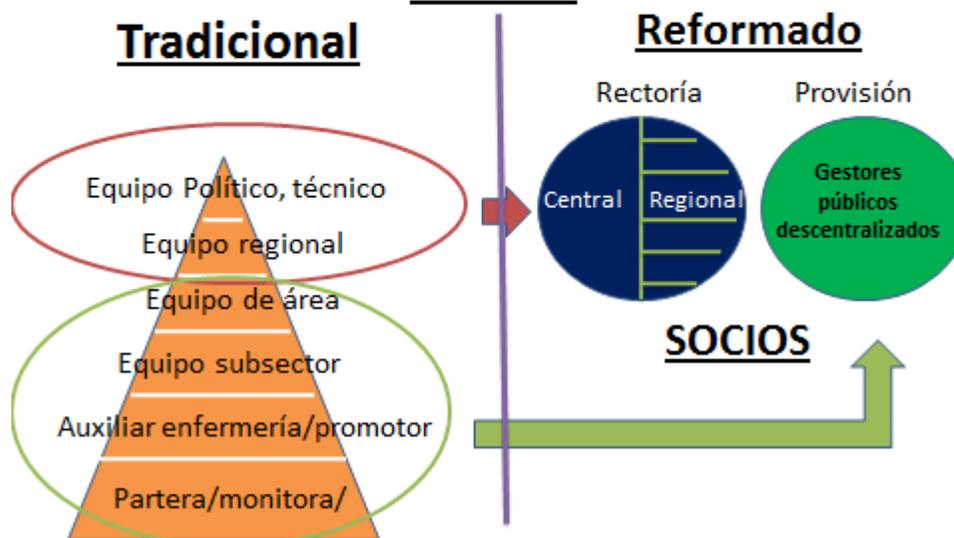
II. LA REFORMA, LA RECTORIA Y LA CALIDAD

1. La reforma en salud y la calidad

El país ha iniciado un nuevo proceso de reforma que se basa en el principio de separación de la rectoría de la provisión de los servicios de salud – promoción, prevención, manejo de casos, rehabilitación-. El propósito fundamental de esta reforma es crear las condiciones para la petición y rendición de cuentas, donde el peticionario deviene a ser el rector, y el rendidor el proveedor. Actualmente, cuando el rector y el proveedor conforman un mismo ente dificulta enormemente, si no es que lo imposibilita, la acción de petición de cuentas y su rendición, que es la situación actual de la SESAL.

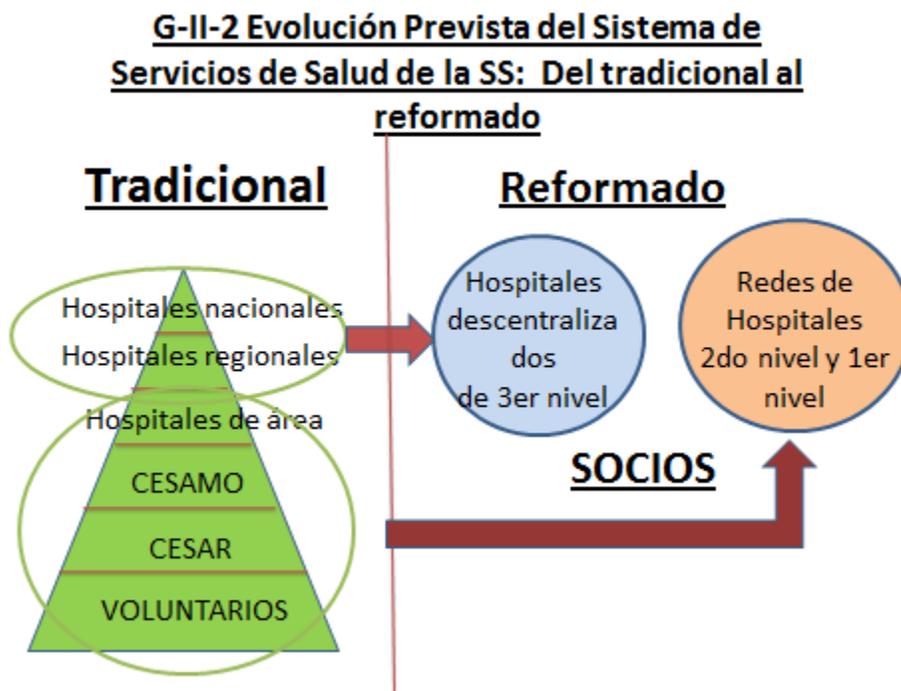
En este cambio, el actual nivel central de la SESAL evoluciona a conformar la rectoría, junto con el equipo actual de las regiones de salud, que se convierten en las rectorías regionales, bajo una nueva estructura basada en la reingeniería de los procesos clave rectores y de las expresiones funcionales correspondientes. El resto de los actuales niveles toma la función de gestores de salud encargados de la administración de la provisión de los servicios. Se evoluciona de un sistema piramidal, jerarquizado, centralizado, con pago a la oferta, y sin incentivos a producción y la calidad (ver figura G-II-1.) hacia un sistema horizontalizado, descentralizado, no jerarquizado, con pago a la demanda, y con incentivos a producción y la calidad

G-II-1. Evolución del Sistema de Salud de la SS: Del tradicional al reformado



También, esta reforma tiene un consiguiente cambio en los servicios de salud, que operan como instituciones que, aunque financiadas por el gobierno, gozan de una gestión descentralizada aunque, con

la responsabilidad de rendir cuentas de acuerdo con lo definido en los contratos de gestión (ver figura G-II-2.)



Esto significa un cambio sustancial en el funcionamiento del sistema de salud. En la graficas G-II-3 y 4 se puede ver como la naturaleza de las relaciones cambia de manera importante. De un sistema jerarquizado, en el cual los fondos financieros se asignan por presupuestos históricos y se reembolsa por la verificación del gasto, a un sistema en que los fondos se asignan en base a la negociación de un contrato y se reembolsa por producción, tanto en cantidad como en calidad. Y es en esta situación cuando un sistema de calidad coherente toma su papel crucial.

G-II-3. Características del Sistema de Salud Tradicional:

- Excluyente
- Piramidal
- Centralizado
- Vertical
- Jerarquizado por niveles
- Financiamiento a la oferta
- Asignación por presupuesto histórico
- Control por gasto no por rendimiento ni calidad
- Subsistema de gestión - financiero, personal, suministros, información, mantenimiento , etc.– centralizados
- Segmentado: público (SS), seguro social, privado
- Sin cobertura universal
- Sin vigilancia sistemática de la calidad

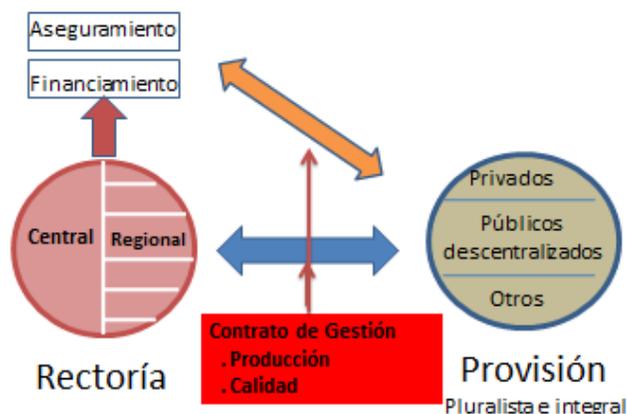
G-II-4. Características del Sistema de Salud Reformado:

- Asociado
- Descentralizado
- Horizontal
- No jerarquizado por niveles administrativos
- Financiamiento a la demanda/contratos de gestión
- Asignación por resultados/productos/calidad
- Control por procesos/producción (productividad)
- Subsistema de gestión - financiero, personal, suministros, información, mantenimiento, etc.– descentralizados
- Integrado: Proveedores múltiples (plural integrado) público, seguro social, privado.
- Con cobertura universal
- Definición y verificación sistemática de la calidad

La imagen final de este cambio se muestra en la gráfica G-II-5, donde también se puede apreciar que, en algún momento al futuro, la financiación y el eventual desarrollo de los seguros de salud, se desconcentrarán y, actuando en nombre del rector, serán responsables de la financiación y aseguramiento en salud. En el futuro, otros procesos centrales a la calidad como el de normalización y vigilancia de la calidad, incluyendo la certificación de recursos humanos y procesos, así como la acreditación, podrán desconcentrarse y actuar con mayor autonomía.

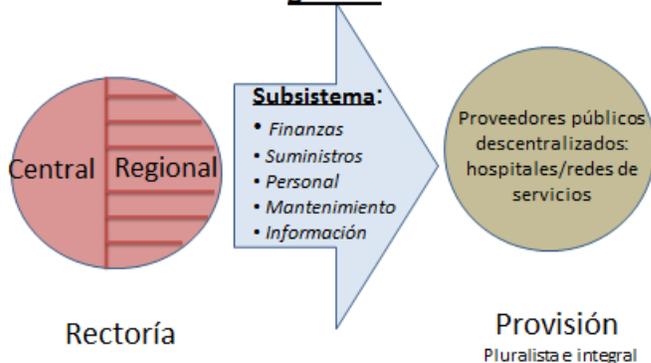
G-II-5. Sistema de Salud Reformado:

Descentralizado, no Jerarquizado, Financiamiento a la Demanda y Productos, basado en Calidad



Para esto será necesario un intenso proceso de descentralización, especialmente de la gestión administrativa de los subsistemas gerenciales tales como finanzas, suministros, personal, mantenimiento e información, base fundamental para que los proveedores tengan la suficiente capacidad de gestión a fin de que puedan cumplir con los compromisos que asuman en los contratos de gestión. Esto se puede ver muy bien en la gráfica G-II-6. La descentralización de estos sistemas gerenciales, por medio de los cuales tradicionalmente el gobierno ha controlado la gestión, significa que los productos y los medios para controlar serán diferentes, que es lo que se propone en este documento e, incluso, que el concepto de control y fiscalización, per se, evolucionan hacia el concepto de vigilancia y de apoyo a los proveedores.

G-II-6. Fortaleciendo la capacidad de gestión de los proveedores públicos : descentralización de los subsistema de gestión



2. Objetivos de la reforma en salud y su relación con la calidad

El desarrollo de un modelo y sistema de calidad es uno de los pilares de la reforma en salud y, a su vez, este sistema de calidad en salud debe enmarcarse dentro de los conceptos y procesos de la reforma. Los objetivos fundamentales de la reforma son cinco (ver en la figura G-II-7):

G-II-7. OBJETIVOS FUNDAMENTALES DE LA REFORMA

| <u>Objetivos centrales.</u> <u>Garantizar el/la:</u> | <u>Objetivos de proceso.</u> <u>Procurar la:</u> | <u>Objetivo global.</u> <u>Lograr la:</u> |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• <u>Acceso con equidad</u>• <u>Calidad</u> | <ul style="list-style-type: none">• <u>Eficiencia</u>• <u>Sostenibilidad</u> | <ul style="list-style-type: none">• <u>Participación social</u> |



- **Acceso y equidad**: Se refiere a lograr que los servicios estén accesibles a toda la población de una manera equitativa. Es decir, a cada quien según sus necesidades: que el sistema de salud, además de garantizar el acceso, estos respondan a las demandas y problemas de cada persona o grupos con necesidades comunes o específicas.
- **Calidad**: El aseguramiento de la calidad de una manera objetiva y continua, es un objetivo fundamental de la reforma. Calidad es por tanto indivisible al desarrollo de la reforma, especialmente si toma la relevancia que se pretende con la creación de un sistema nacional de aseguramiento en salud. La reforma prioriza la calidad transformándola de un evento discrecional y, en cierta manera azaroso, a un proceso bien definido, organizado, verificable y con acciones claras de mejora continua de la calidad.
- **Eficiencia**: se orienta a lograr los parámetros de desempeño óptimo definidos, con el menor costo humano, de insumos, financieros y de tiempo. La eficiencia es una dimensión de la calidad, por lo que debe ser sistemáticamente analizada y estudiada.
- **Sostenibilidad**: Significa que se debe tener un sistema de salud que pueda soportar los costos y su desarrollo en general a lo largo del tiempo. La búsqueda de nuevas formas de organización, de financiamiento, y de control de costos, por ejemplo, en tecnologías costosas, es una tarea continua.

- **Participación social:** Es un proceso de cómo la población puede ejercer control de la gestión de salud. Hay varias maneras para desarrollar este concepto en la práctica, tales como, por ejemplo, prever, en el marco jurídico, la manera como los clientes/usuarios pueden mostrar su grado de satisfacción, y lograr resultados con la calidad de los servicios recibidos. O cómo pueden ser involucrados en las tareas de evaluación sistemática, o en las actividades de planificación y asignación de fondos. Un medio más avanzado, como ocurre en el subsector privado y en sistemas de seguros de salud (no necesariamente privados), es tener la libertad de elegir al proveedor de los servicios, e incluso, poder seleccionar al asegurador.

Cuando esto último ocurre, la participación social plena, se convierte en un poderoso motor de la calidad ya que la libertad de elección del proveedor por el cliente/usuario, obliga al primero a garantizar la calidad como medio de lograr la captación y fidelidad, así como la prevención de demandas legales por parte del último. Esta participación social y sus diversas formas de expresarse, es un reto permanente que debe ser incluido con prioridad en la reforma.

3. Rectoría y su relación con la calidad

La rectoría como función global se relaciona con la calidad a través de tres aspectos claves: Primero, la definición de los *qué*. Esto, que es la conducción, es hacia donde se dirige la SESAL en particular y el sector salud en general, en esencia se expresa por la formulación de políticas de salud y sanitarias, y por la consiguiente asignación de fondos. Estas políticas dan direccionalidad al accionar del sector. Segundo, definición de los *cómo*. Esto es la normalización, que es la definición y diseño de cómo funcionarán los procesos relacionados con la aplicación de las políticas expresadas, tanto de atención, producción y gestión. Y, tercero, la definición de los *cuánto*. Esta es la medición del cumplimiento de esa normativa, llevada a cabo por medio de la vigilancia de la calidad. Es decir, asegurar que lo definido se cumpla tal y como ha sido decidido y normado.

3.1 Conducción:

La conducción se refiere a la formulación de políticas; en este ámbito el rector define los *qué*. ¿Cuáles son los problemas y situaciones sobre las cuales se actuará? ¿Hacia dónde va el sector? ¿Cuáles son las avenidas, vías y lineamientos a los que todas las instituciones relacionadas deberán apegarse? Esto en calidad se expresa como hacer lo correcto: con la definición de políticas de salud apropiadas se inicia la calidad. Esta es probablemente la parte más importante de la rectoría porque define el curso de actuación de la institución y del resto de actores de la sociedad. Define el quehacer en el ámbito de la salud.

3.2 Normalización: Definición de los parámetros de desempeño esperado

Esto es definir los principios, procedimientos y formas de actuación con respecto a lo antes decidido. O sea, fijar las normas del actuar y su aplicación. El modelo de operación previsto que garantice, por un lado, la obtención de los productos deseados y, por otro, lograr, tanto para los proveedores como para los eventuales clientes/usuarios, seguridad en la producción y uso de los mismos. Esta es la función de normalización, y significa definir el *cómo*. La calidad se delimita y define con precisión por medio de la normalización: la definición de los procesos y sus flujos – insumos, procedimientos, resultados -, los estándares que deben ser alcanzados, los indicadores que permiten

visualizar los cambios y, así mismo, los instrumentos que permiten medir y observar periódicamente estos cambios. Esto conduce a un paradigma en calidad: sin norma no hay calidad. Esto en calidad se denomina *hacerlo de manera correcta*.

3.3 Vigilancia: Medición

Consiste en asegurar que lo decidido y normado se cumpla. La vigilancia de la calidad, entonces, *mide* y determina la magnitud del cambio y la diferencia entre lo normado y lo logrado. Engloba, de manera genérica, todas las estrategias, mecanismos, técnicas y herramientas diseñadas y utilizadas para hacer la evaluación del cumplimiento de la normativa con instrumentos precisos de medición que limiten la discrecionalidad del evaluador. De existir una brecha, se apoya el proceso de corrección por la formulación de planes y actividades de mejoramiento, ajuste y corrección. Esta acción por tanto determina *cuánto* se está haciendo y los *ajustes* que son necesarios hacer en la operación. Esto último se llama en calidad la *mejora continua de la calidad (MCC)*, desarrollada por los equipos de mejora al seno de cada unidad productiva. Esto es la búsqueda incesante del más alto cumplimiento y el establecimiento de los nuevos horizontes en calidad, en un proceso de innovación constante. Un paradigma aquí es que sin vigilancia no hay garantía de calidad. En la siguiente grafica se puede ver lo anterior.

G-II-8. Funciones Primarias de la Rectoría

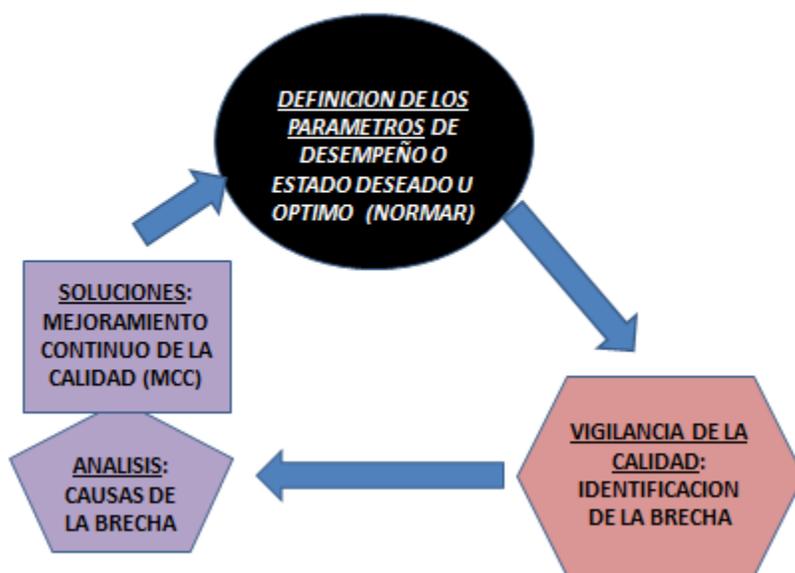


4. Modelo de gestión de calidad

4.1 Estructura del modelo

El modelo de calidad en salud está conformado por los siguientes componentes: Primero, la normalización o definición de los parámetros de funcionamiento u operación. Segundo, la vigilancia de la calidad, que significa medir e identificar las brechas de cumplimiento entre la calidad normada y la calidad encontrada. Tercero, análisis de las causas de esas brechas para la formulación de las estrategias, medidas y medios para cerrarla, o sea, mejorar. Esta última función denominada mejoramiento continuo es esencialmente del proveedor de servicios, y la función de la rectoría es vigilar y asegurar que se realice. Este es el triángulo de la gestión de la calidad: norma – vigilancia – mejora (figura G-III-1).

G-III-1. ESTRUCTURA DEL PROCESO DE GESTION DE LA CALIDAD



La gestión de la calidad es un proceso que conlleva la existencia de una serie de momentos que constituyen un círculo que alimenta a cada uno de ellos. Este proceso comienza con la definición o diseño de la calidad misma o sea la normalización. Constituye el marco o modelo de referencia que permite *observar* objetivamente como debe ocurrir algo para que pueda realizarse con *calidad*. La definición de estos parámetros de desempeño constituye el primer momento del “*proceso de gestión de la calidad*”.

Así, en mayor detalle, los momentos clave de un proceso de gestión de la calidad consisten de lo siguiente:

- Definición de los parámetros de desempeño óptimo o deseado, que define el nivel de calidad, que permitirá, por un lado, ser guía del desempeño o realización apropiada de la actividad y, por otro, será el contrastante de lo que realmente está ocurriendo en la práctica. Esto es la normativa con sus estándares e indicadores. Vale recordar que sin norma no hay calidad, es imposible, no se puede seguir ni medir.
- Verificación del cumplimiento de esos parámetros definidos, que en esencia es la comprobación del cumplimiento de la calidad esperada, y la determinación de la brecha entre lo esperado y lo encontrado en la realidad durante la vigilancia en el acto de verificación. Recordar que sin vigilancia no hay garantía de calidad, aun cuando esta última haya sido bien definida e implementada.
- Análisis en equipo que explica las causas de esa brecha y soluciones. En este momento se recurre a técnicas de análisis en las cuales se abordan todos los aspectos que puedan estar influyendo para que no se estén logrando los resultados deseados. Esto abarca los insumos, los procesos y los resultados. Esto debe desembocar en las posibles soluciones de mejora las cuales pueden ser de un rango amplio. En este momento es posible que sea necesario indicar el tiempo requerido para hacer la corrección, identificar a el/la/los responsables, así como la magnitud de la misma, ya que algunas soluciones pueden estar fuera de la capacidad de resolución, al menos inmediata, de los participantes. Esto es el proceso de “*mejora continua de la calidad*” (MCC): la tendencia, conducida y a propósito, para obtener el óptimo definido y aceptado en un proceso continuo y permanente. Sin los dos momentos anteriores, normalización y vigilancia, la mejora continua no puede ocurrir.

Todo lo antes dicho puede ser visto con mayor detalle en la figura siguiente.

G-III-2. Proceso de Gestión de la Calidad



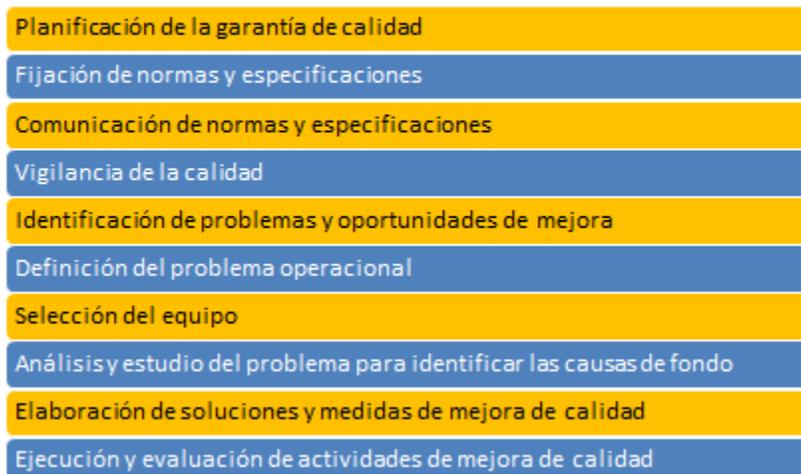
La mejora continua le da el cierre al proceso de gestión de la calidad ya que es cuando, de una manera deliberada y dialéctica, se exponen las causas de la brecha en el cumplimiento, y esto debe llevar a una discusión amplia, informada y transparente de las soluciones que aseguren y garanticen esa calidad definida en la normativa. En la figura siguiente se puede ver este proceso.

G-III-3 SECUENCIA DEL PROCESO DE CALIDAD



Este proceso va en un círculo constante: normalización; vigilancia y determinación de la brecha entre lo deseado y lo encontrado; y el análisis de las razones de esa brecha y las soluciones, lo que cierra el proceso con la mejora continua.

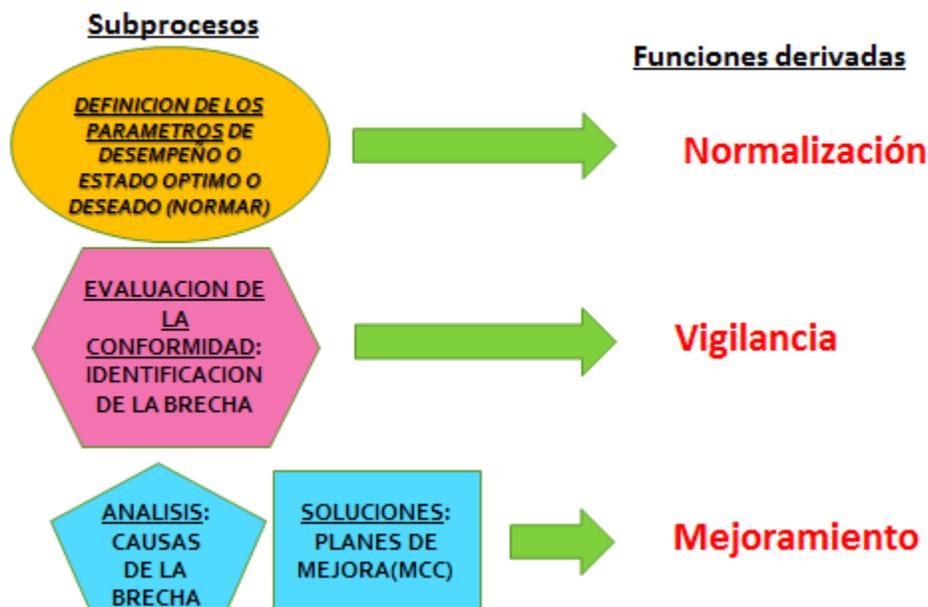
G-III-4 Los Diez Pasos del Ciclo de Diseño, Vigilancia y Mejoramiento de la Calidad



4.2 Funciones derivadas

Esta estructura de procesos del modelo de gestión de la calidad, da lugar a una serie de funciones correspondientes, tal como puede verse en la figura G-III-5, siendo de hecho estas funciones: normalización, vigilancia, y mejora continua de la calidad (MCC.) La mejora continua es una función inherente al proveedor, quien es en primera y última instancia, es el responsable de desarrollarla y llevarla a cabo. Sin embargo, el Estado como rector, tiene la responsabilidad de vigilar y estimular su realización en cada uno de los proveedores con el propósito final de crear la cultura de la excelencia y la innovación permanente. En los servicios de salud que pertenecen a la SESAL, esta actividad deberá ser apoyada fuertemente, como se ha hecho hasta la fecha a través del Departamento de Garantía de la Calidad, y se debe incorporar como una actividad del proceso de vigilancia de la calidad a la atención y gestión en salud.

G-III-5. PROCESO DE GESTION DE LA CALIDAD Y FUNCIONES DERIVADAS



En el caso de los proveedores privados, y más adelante con los servicios de la SESAL en un régimen de gestión descentralizada, la función de mejora continua como parte de las responsabilidades del rector será básicamente de estímulo y, desde luego, a través de la elaboración e implantación normativa y la vigilancia. Por tanto, mejora continua debe ser vista más como una consecuencia deseada de las actividades de normalización y vigilancia, que debe conducir al desarrollo de la cultura de la excelencia en los proveedores, propósito final de todo el entramado del sistema de calidad en salud.

Debe señalarse aquí que la rectoría como tal no está exenta de sus propios procesos de mejora continua, lo cual demostrará, por un lado, elaborando las normativas del sector salud de forma oportuna, eficiente, precisa y de alta calidad; y, por otro lado, lo demostrará en la vigilancia, la cual deberá ser llevada a cabo de manera objetiva con enfoque científico, con precisión en la medida, transparente, sistemática y congruente. Estas no son tareas fáciles y requerirá de equipos humanos muy identificados con estas responsabilidades y sumamente capacitados en las mismas. Crear esta estructura orgánica y funcional de recursos humanos para la gestión de la calidad es clave para el futuro desempeño del sistema de calidad. El rector, la Secretaría de Salud, debe ser paradigma de la excelencia para poder exigirla.

III. SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD (SNCS)

1. Definición, misión y visión del sistema de calidad en salud

Calidad, hacer las cosas bien, desde el inicio bien, siempre bien y cada vez mejor, es una cualidad inherente o atributo de la continua actividad humana que Aristóteles llamaba un hábito. La acumulada experiencia de hacer las cosas repetitivamente y, cada vez más basado en la evidencia científica, crean progresivamente los elementos de perfeccionamiento que van quedando insertos dentro de los procesos humanos del quehacer diario, desde actividades rutinarias y casi triviales como cepillarse los dientes – para lo cual ciertamente existe un procedimiento para hacerlo de forma correcta, y prevenir así las caries, la gingivitis y el mal aliento -, hasta la realización de los más complejos procesos, como construir un automóvil, una bomba atómica, o enviar una nave al espacio. Deming definió la calidad como “*hacer lo correcto, de manera correcta, siempre*”, definición que tiene la gracia de la sencillez, la elegancia de la precisión concreta, y la profundidad en el uso correcto de las palabras del que sabe de lo que está hablando. La calidad es una acción deliberada y armoniosa en contra de la entropía o la tendencia natural a la destrucción. Una casa sin cuidado se derrumba en pocos años; una debidamente mantenida dura por siglos y milenios.

Hacer las cosas bien, significa, para fines de desarrollar un sistema de calidad usable y comprensivo, tener un marco de referencia que permita, por un lado dar el curso – etapas, momentos, combinaciones – de cómo una actividad humana – un proceso - debe ser efectuado, así como, por otro lado, sirva como contrastante al desempeño real, como un límite hacia el cual debe extenderse, o un nivel que debe ser alcanzado: estándares y metas.

Por tanto, calidad, es una expresión de la realización deseada o esperada de algo que se lleva a cabo con el propósito de lograr un efecto concreto: un resultado, con beneficios esperados y demostrables. De esta manera, calidad está íntimamente relacionada con el enfoque de sistemas y tiene, por tanto que ver con la definición de los insumos – cuáles, cuántos y cualidades -, cómo se organizan - los procedimientos - , y de los resultados, como la obtención de ciertas metas y la satisfacción de las necesidades y expectativas de los cliente/usuarios. La calidad es una manifestación precisa, concreta, objetiva y, especialmente, medible por un observador apropiado. La calidad para que tenga la cualidad de ser medible y reproducible debe expresarse como una categoría matemática o numérica sobre la cual se puedan construir valores de comparación en el tiempo y sobre el proceso mismo. A esto se llama estándares e indicadores.

1.1. Definición

El Sistema Nacional de Calidad en Salud (SNCS) como el conjunto procesos, procedimientos, normas y reglamentos que, de forma ordenada y transparente desarrollan los actores del SNCS bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud, como entidad rectora, encaminado a la normalización y la vigilancia de la calidad de los Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario (PSEIS) y de los procesos de atención, gestión y producción, recursos

humanos, tecnologías y equipo con el fin de proteger la salud y garantizar la seguridad y satisfacción de la población.

1.2. Misión

El SNCS como parte integral del sistema de salud, garantiza el establecimiento de directrices y mecanismos que orienten el desarrollo de las acciones destinadas a garantizar y mejorar la calidad, transparencia y la seguridad, a través del compromiso con la mejora continua de la calidad, la innovación y la excelencia.

1.3. Visión

El SNCS habrá establecido, de forma gradual, la elaboración, comunicación y aplicación del marco normativo así como de los mecanismos que garanticen su cumplimiento a través de las diferentes formas de aplicación de la vigilancia de la calidad (VC), el desarrollo de los procesos de mejora continua de la calidad (MCC), y con ciudadanos participando activamente en el diseño, gestión y vigilancia de la calidad en salud.

2. Componentes del Sistema Nacional de Calidad en Salud

La estructura del sistema de calidad en salud para un abordaje completo e integral se expresa por una serie de componentes orientados a desarrollar, fortalecer e implantar el sistema de calidad en todos los ámbitos y sujetos de acción que, por ley, le corresponde ejercer a la Secretaría de Salud (SESAL). Estos componentes son:

2.1. Normalización y Reglamentación Técnica

La normalización es la actividad colectiva encaminada a dar soluciones a situaciones repetitivas, que provienen fundamentalmente del campo científico o técnico, y consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas técnicas

A través del proceso de normalización y de manera participativa y abierta, la Secretaría de Salud establece los parámetros de operación deseados con respecto a los insumos, procesos y/o problemas actuales o potenciales identificados, y que son para el uso común de los involucrados en el sector salud. Estas se expresan en documentos normativos debidamente clasificados por la entidad respectiva emisora y, dependiendo de su naturaleza e intencionalidad, pueden ser de carácter obligatorio o voluntario

Las Normas Técnicas son “documentos establecidos por consenso y aprobados por un organismo reconocido, que provee, para el uso común y repetido, reglas, lineamientos o características de algún proceso o su resultado, con el fin de lograr un óptimo grado de orden en un contexto determinado. Las normas deben basarse en los resultados consolidados de la ciencia, la tecnología y la experiencia”, (ISO/IEC Guide 2:2004). En el sector salud el organismo reconocido y con facultad legal para conducir la normalización es la SESAL.

La reglamentación técnica es una disposición de carácter obligatorio que contiene medidas legislativas y/o administrativas, y que ha sido adoptada y publicada por un órgano legal que tenga los poderes necesarios al efecto. Un reglamento puede hacer obligatoria cualquier norma hasta entonces voluntaria.

Los Reglamentos Técnicos son "documentos en el que se establecen las características de un producto o los procesos y métodos de producción con ella relacionados, con inclusión de las disposiciones administrativas aplicables, y cuya observancia es obligatoria" (OMC-OTC).

El reglamento técnico, como expresión normativa, se expide por el Estado y mediante el cual se establecen requisitos y condiciones de carácter obligatorio y perentorio para el mantenimiento de la calidad en cuestiones de riesgo que afecten aspectos fundamentales como la vida, la salud, la seguridad, el medio ambiente y la información a los cliente/usuarios o consumidores. El reglamento tiene un carácter obligatorio en la regulación de los PSEIS, y puede ser expedido sin ningún tipo de socialización, acuerdo o conciliación de las partes afectadas. De forma similar, la Secretaría de Salud debe brindar la normativa voluntaria y los reglamentos obligatorios para los procesos de atención a fin de minimizar los riesgos para la seguridad de los clientes/usuarios.

El proceso de normalizar en salud requiere desarrollar la experticia en este campo y formar grupos humanos capaces de conducirlo y llevarlo a cabo. Dependiendo del sujeto o asunto a normalizar debe buscarse la ayuda y colaboración de organismos internacionales expertos en el tema y el proceso de normalizar. Se debe hacer vinculaciones formales a estos organismos y participar regularmente en foros, reuniones y talleres sobre normalización. Esta relación da garantía que las propuestas y resultado de los organismos nacionales de normalización sean del suficiente nivel técnico para ser aceptados sin reservas.

Las normas - principios reglamentarios, de procedimiento, resultado y medición -, permiten establecer la calidad de una manera objetiva, verificable y reproducible, tanto para el nivel político – conductor como para el nivel técnico y, finalmente y de suma importancia, para el cliente/usuario como receptor final de la acción, producto o servicio.

La elaboración de una norma conlleva una serie de pasos que conforman una secuencia definida que deberá ser seguida cuidadosamente. Las normas son las reglas, el terreno común sobre el cual el Estado y el proveedor de un servicio definido, pueden llevar a cabo su interacción mutua. Es en esa normativa donde el rector define cómo deben ser los procesos con los que el proveedor funciona, fundamentados en evidencia y en beneficio de los clientes/ usuarios, y es donde, desde luego, el proveedor sabe con precisión que se espera de ellos y cuál debe ser su comportamiento operativo. La norma es, por tanto, el acuerdo mutuo de calidad basado en evidencia.

Elaborar una norma, ciertamente, no es cuestión de improvisación, discrecionalidad o incertidumbre. Elaborarlas es el primer paso, indispensable y más importante, para establecer el proceso de gestión de la calidad, siendo clara la necesidad de que sea llevado a cabo con la mayor precisión y objetividad posible. Normas mal elaboradas serán fuente de confusión, conflicto, mal entendimiento y desconciertos innecesarios entre el proveedor y el rector.

No hay área o campo del activar humano que no pueda ser definida en esos términos, por tanto, dentro del marco del accionar de un sistema de salud, todas las actividades inherentes a su desempeño pueden y deben ser abordadas de una manera sistemática con el concepto de calidad.

El proceso normalizador debe seguir todas las etapas que se establezcan en la Norma Cero, es decir la norma para hacer normas.

Para la elaboración de la norma, el experto metodólogo de la oficina normalizadora de la SESAL, debe conformar un grupo de trabajo *ad-hoc* con expertos en el tema para el manejo de los contenidos técnicos. Se tiene la responsabilidad de la conducción y delineación del proceso pero no del contenido, el cual queda en manos de los concedores del tema tratado. Este es un grupo *ad-hoc* que se constituye con el exclusivo propósito de elaborar la norma, por lo que a la finalización de la misma, el grupo desaparece, o de acuerdo con las condiciones particulares del tema, podrían continuar. Desde luego, del grupo pueden participar tanto expertos nacionales como extranjeros dependiendo de la materia.

La oficina normalizadora de salud deberá tener un inventario de las áreas o sujetos que deben ser normalizados, y los cuales deben ser sometidos a priorización que conduzcan a un eventual plan de Normalización. También las normas deberán ser colocadas en un sitio de la red de manera que queden accesibles a todo público, y prevenir que alguien pueda alegar desconocimiento o falta de acceso a las mismas como excusa para no implementarlas.

2.2 Vigilancia de la calidad

El segundo componente del SNCS es la vigilancia de la calidad (VC) entendida como el proceso de medición y verificación, mediante el cual, un producto, equipo, tecnología, proceso, persona, institución, servicio o sistema, es evaluado con respecto a una norma técnica o un reglamento vigente. La VC debe llevarse a cabo por medio de herramientas apropiadas de inspección, fiscalización, auditoría, prueba, calibración, certificación y verificación, y llevada a cabo por organismos de vigilancia de la calidad (OVC) los cuales deberán estar acreditados y actuar a nombre del rector. La vigilancia de la calidad es un acto científico: debe ser reproducible, verificable y consistente, y los resultados deben ser los mismos aun cuando los instrumentos sean aplicados por distintas personas. La variabilidad y discrecionalidad del observador debe ser reducida al mínimo; por eso, los instrumentos de medición deben ser de muy alta calidad y precisión.

La verificación del cumplimiento de las normas, requiere de un instrumental que, a partir del indicador definido, guíen a los que realizan la verificación y, desde luego, a los mismos realizadores de la actividad durante la autoevaluación de su propio desempeño. Estos instrumentos deben contener, como un ejemplo, lo siguiente:

- a) Fuente de la información que permita construir y contrastar el indicador. Esta es la información contrastante, y su fuente de origen y la posibilidad real de ser encontrada y utilizada es clave para la gestión de la calidad. Al definir el indicador, la fuente debe estar clara y perfectamente identificada.

- b) Información adicional. En ciertos casos es necesario información adicional como el operario que realizó la acción, si son varios; el turno; el servicio; etc. que permite delimitar mejor el ámbito de responsabilidades.
- c) Metodología de recolección de los datos. Si será por observación *in situ* en la realización de la actividad; por revisión documental; o por una investigación estructurada o no estructurada; etc.
- d) Muestra. El número de sujetos u objetos de un universo que serán incluidos en el análisis, así como la técnica para hacer la selección de los mismos.
- e) Frecuencia. Cada cuando es pertinente realizar este análisis.
- f) Responsable. La persona dentro de los proveedores de salud responsable de llevar un control y registro sistemáticos de la información necesaria, así como de la construcción del indicador como un proceso de autoevaluación.
- g) Registro y visualización. Es conveniente diseñar cuadros y graficas que permitan anotar los resultados y el comportamiento confrontado con la expresión numérica del indicador y el rango o umbral aceptable que se haya definido.
- h) Análisis de la brecha para determinar causas. Sobre las brechas observadas, se debe investigar y anotar las posibles causas. Para realizar esta actividad, la cual debe ser desarrollada de forma ordenada, participativa, objetiva e informada, se pueden usar varias técnicas como las utilizadas en equipos de mejora continua de calidad (diagrama de Ishikawa o del esqueleto de pescado) u otros que, eventualmente, serán sujetos del desarrollo práctico del sistema de calidad.
- i) Búsqueda, análisis y selección de las soluciones, que determinan los compromisos orientados hacia el logro del estándar. Es decir, el compromiso para el mejoramiento continuo de la calidad (MCC), tal como ha sido definido. Esto, desde luego, puede significar la revisión de la propiedad del estándar y el indicador.

3. Actores del sistema

El fin último y central del SNCS es ofrecer servicios de calidad, confiables y seguros al usuario/a, por tanto, la satisfacción de éstos dependerá del desempeño de los actores involucrados.

Los principales actores del SNCS son:

- a) Secretaría de Salud de Honduras

Que a través de su función rectora, garantiza la calidad de los servicios de salud y los productos de interés sanitario por el ejercicio de los componentes de normalización y vigilancia de la calidad.

b) Financiadores y/o aseguradores

Son los responsables de vincular el financiamiento con el cumplimiento de las normativas de calidad y de mejora continua establecidas por el rector, mediante instrumentos de relacionamiento con los proveedores de servicios de salud, y también son responsables de establecer sistemas de vigilancia del cumplimiento de dichas normativa y proceso de mejora continua en los proveedores.

c) Los proveedores

Tienen la responsabilidad de cumplir las normas técnicas y los reglamentos técnicos definidos, así como desarrollar e implementar los procesos de mejora continua de la calidad (MCC) y evaluación de su desempeño.

d) Usuarios/as

Es el conjunto de ciudadanos, que de manera organizada, pueden incluso participar activamente en el diseño y gestión de los servicios de salud, incluyendo el control de la calidad y la adecuación de los mismos a sus necesidades y expectativas.

4. Definición de los mecanismos de la calidad

Para asegurar la calidad, el SNCS implementará los siguientes mecanismos:

4.1 Mecanismos externos de la calidad

4.1.1 Habilitación

Es el proceso que implica el cumplimiento de las normas en cuanto a capacidad operativa, científica y tecnológica, que han sido previamente definidos y establecidos por el ente rector y que permite la entrada de los proveedores, productos, servicios, establecimientos, instituciones, recursos humanos y tecnologías de interés sanitario al sistema nacional de salud, una vez que se han verificado el cumplimiento de los estándares básicos definidos en la normativa por el ente rector.

El ente rector debe garantizar el acceso a la normativa de habilitación a través de medios oficiales tales como una página web o documentos impresos puestos a la disposición de cualquier proveedor.

La habilitación se inicia con la autoevaluación o auto-verificación de los estándares de habilitación definidos.

Posteriormente, una organización de vigilancia de la calidad (OVC) debe hacer la verificación del cumplimiento de la normativa y, en el caso de cumplimiento proceder a la extensión del Certificado de Habilitación (CH) el cual permite la obtención de la licencia sanitaria la que a su vez da la entrada a los diferentes entes, elementos y recursos al sistema de salud.

La habilitación de los establecimientos de interés sanitario para su eventual licenciamiento, es una actividad prioritaria que permite a los gobiernos asegurar de inicio, la calidad de los servicios y establecimientos controlando la entrada de los proveedores al sistema nacional por el establecimiento de estándares esenciales, a fin de lograr y mantener este estado. Los estándares de habilitación son definidos y/o aprobados por la SESAL en su carácter rector.

Para el licenciamiento de instituciones de carácter privado, o en el futuro con la reforma, instituciones públicas autónomas, que opten a Convenios o Compromisos de Gestión con la Secretaría de Salud, se deberá comprobar la capacidad de gestión técnico administrativa y la suficiencia financiera de éstas para cumplir con su cometido. Esta es la base para la entrada y permanencia en el sistema de salud. Este proceso puede ser visto en la figura siguiente.

**G-III-12 PROCESO DE HABILITACION PARA LA
EXTENSION DE LA LICENCIA SANITARIA**



El proceso de habilitarse en sí, lo lleva a cabo la institución o la persona que solicita la licencia. Por sí mismos se auto evalúan y verifican que cumplen con los estándares que han sido definidos por el rector para su operación, y a los cuales tiene acceso por medio de un sitio en la red o por un documento escrito que debe obtener en una editorial. Una organización de vigilancia de la calidad (OVC) verifica la habilitación, por designación del rector y, de estar a satisfacción, le extiende un Certificado de Habilitación (CH). En base a esto, el proveedor solicita a la autoridad sanitaria respectiva le extienda la licencia sanitaria (LS) que le permita operar. No se podrá extender LS de operación que no vaya precedida del CH. Una vez extendida la LS, la autoridad sanitaria procederá a incluir en una base de datos la institución, persona o servicio habilitado y licenciado. Esta base de datos deberá estar permanentemente actualizada y al acceso del público en un sitio de la red. Sin estar incluida en esta base de datos ninguna organización puede operar y/o ser contratada aun cuando se le haya extendido la licencia sanitaria; esto será un mecanismo de doble control para evitar que si algún establecimiento tiene suspendida o no renovada su LS, ya no pueda seguir funcionando aun cuando tenga el documento de la LS original.

4.1.2 Certificación

La certificación es un procedimiento voluntario mediante el cual un tercero, llamado organismo certificador, otorga garantía escrita de que una persona, producto, proceso o servicio cumple con una norma, y que determinan la existencia de competencias para ejercer correctamente las prestaciones y funciones esperadas.

El ente rector deberá identificar y promover instituciones y personas que asuman el papel de organismos certificadores debidamente acreditados en el ámbito nacional para ejercer esa función.

La certificación de los proveedores de salud reconoce que un individuo ha demostrado una especial destreza o conocimiento en un campo específico. Uno de los objetivos primordiales de la certificación es dar confianza al proceso de vigilancia de la calidad (VC).

Cuando es aplicada a instituciones, por ejemplo, laboratorios, la certificación usualmente implica que la organización dispone de servicios, tecnología o capacidad más allá de las encontradas en instituciones similares que sólo han sido habilitadas.

4.1.3 Acreditación

La acreditación es el reconocimiento público y formal de que un servicio, proceso, gestión, persona o establecimiento cumple con los requisitos establecidos en una norma técnica y que es competente técnicamente para llevar a cabo tareas específicas.

La acreditación tiene como características la demostración de competencia con base en criterios reconocidos internacionalmente y el reconocimiento de una tercera parte (realizado por un Organismo de Acreditación).

La SESAL deberá proceder a la identificación de organismos acreditadores en las distintas áreas de la salud y en el caso de no existir organismos nacionales acreditadores relacionados, se debe estimular su creación. En este proceso se establecerá la coordinación necesaria con el Organismo Nacional de Acreditación denominado actualmente Organismo Hondureño de Acreditación (OHA) perteneciente a SEPLAN.

En el ámbito de los servicios de salud, la acreditación es el proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los insumos, procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente/usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de ser alcanzados, previamente conocidos por la entidades evaluadas, y que son emitidos por institución reconocida a través de un proceso de elaboración y discusión definido, conocido y transparente. Debe ser realizada por personas adecuadamente capacitadas y avalado por entidades reconocidas en acreditación. Mediante este proceso se reconoce públicamente que una institución que presta servicios de salud, cumple los requisitos superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos y en un esfuerzo continuo de mejoramiento. La acreditación de servicios de

salud comienza con un proceso de evaluación interna como producto de un proceso de mejoramiento continuo, que le permite al proveedor identificar sus limitantes y cerrar las brechas para lograr ser acreditado durante la evaluación externa.

La acreditación es una actividad que ha sido ampliamente aceptada y desarrollada por los países con mayor avance en la calidad. Para lograr la máxima confianza del público tanto nacional como internacional, un ente de acreditación debe adoptar los estándares internacionales de acreditación que, por definición son los más exigentes.

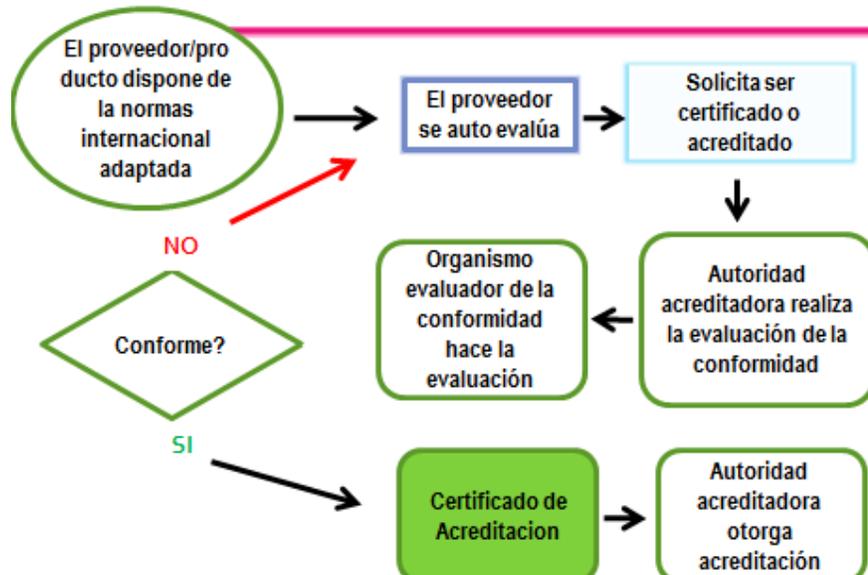
La acreditación permite establecer Acuerdos de Reconocimiento Mutuo (ARM) con otros países basados en evaluaciones pares y en la aceptación recíproca de los respectivos sistemas de acreditación nacional. Para lograr estos acuerdos es clave que el ente acreditador muestre más allá de cualquier duda razonable, su capacidad técnica, resultados confiables, imparcialidad, autonomía y eficiencia en su gestión. Si las actuaciones del ente acreditador no tiene el reconocimiento debido, los ensayos, calibraciones, inspecciones y certificaciones que se lleven a cabo en un país deberán ser repetidas en otro país que posea reconocimiento internacional, obligando al interesado a realizar re-inspecciones, re-certificaciones que se traducen en incremento de los costos y pérdidas de tiempo.

Las instituciones acreditadas en un campo específico actúan como certificadoras de las organizaciones de vigilancia de la calidad (OVC), las que a su vez, llevan a cabo el proceso de habilitación de otras instituciones o servicios nacionales dedicados a los mismos trabajos, proceso esencial y previo a la extensión de la LS (Licencia Sanitaria).

Por lo anterior, se debe proceder a la identificación de organismos que puedan actuar como entidades acreditadas en los distintos aspectos de su accionar, por ejemplo, laboratorios clínicos, laboratorios de alimentos, de recursos humanos, de calibración de equipos, de procesos de atención en salud, alimentos, medicamentos, etc. Y también debe considerarse la necesidad de ser creados o estimular su creación. Este proceso de acreditación inicialmente se puede llevar a cabo con instituciones internacionales de acreditación basado en estándares reconocidos mundialmente. Posteriormente la acreditación se extiende a otras entidades de acuerdo con las circunstancias. En este proceso participa la OHA de SEPLAN.

El desarrollo de este proceso de acreditación de instituciones en salud es de extrema importancia para el fortalecimiento de un nuevo sistema de calidad, y es en esencia, un factor de excelencia ya que son los organismos acreditados, que pueden ser parte del sector privado, los que permitirán a su vez, que el rector, la SESAL, actúe con excelencia. Estos organismos no deben ser parte de la SESAL, ni orgánica ni institucionalmente.

G-III-13 PROCESO DE ACREDITACION



4.1.4 Auditorias de Mejora Continua de la Calidad

Es uno de los mecanismos utilizados por el rector y aseguradores, para garantizar el cumplimiento de las normas, mecanismos y procesos de calidad de parte de los proveedores de servicios de salud que forman parte de la red de servicios.

4.2 Mecanismos internos de la calidad

4.2.1 Mejora continua de la calidad (MCC)

En general, MCC se entiende como: “*un mecanismo que permite realizar cambios en los procesos que transforman los elementos de un sistema con el fin de obtener resultados de alta calidad técnica y satisfacción de los clientes/usuarios.*”

La MCC, entonces, debe reflejarse en los cambios introducidos en los procesos de atención y gestión en salud para la corrección de la brecha existente entre la calidad esperada y observada.

El rector, a través de la instancia normalizadora, desarrollará la normativa que establezca el marco operativo de los procesos de mejora continua; y los aseguradores estimularán los procesos de mejora continua a nivel de los proveedores, como consecuencia primaria y obligada del desarrollo e implantación de la normativa, así como de la vigilancia del cumplimiento de los contratos.

La mejora continua de la calidad es un proceso que debe ser desarrollado a nivel de los proveedores y ser de su responsabilidad, ya que allí es donde toma lugar el producto y servicio clave y final de todo el sistema de calidad: la excelencia e innovación permanente.

En la medida que la reforma avance y la función proveedora de servicios de salud se separe, en esa medida la MCC será cada vez más responsabilidad directa de los servicios públicos descentralizados, sobre lo que rendirán cuentas y en base a lo cual serán pagados y recompensados. Esto debe quedar establecido en los Contratos y Convenios de Gestión.

Para garantizar los procesos de MCC eficaces y sostenibles, se deberán tomar en cuenta los siguientes lineamientos:

- La organización de equipos multidisciplinarios que serán los responsables de la aplicación de los métodos y herramientas de calidad en los diferentes niveles o ámbitos de trabajo.
- La formación de facilitadores que brindaran asesoría técnica permanente en métodos y herramientas de calidad a los equipos como un elemento fundamental de institucionalización de la MCC.
- Documentar permanente el trabajo de MCC realizado por los equipos.
- Intercambiar experiencias permanentemente para el aprendizaje entre equipos de sus logros e innovaciones.

La actividad final del proceso de gestión de la calidad es la MCC, la cual se enfoca en que una vez analizadas las causas de las brechas encontradas durante la vigilancia entre lo normado y la realidad, se desarrolle un plan de decisiones que lleva a la corrección de la brecha, y como consecuencia al mejoramiento. En estricta manera, este proceso debe ser desarrollado por la entidad, servicio o persona evaluada, pero la entidad que ejerce la vigilancia colabora en el fortalecimiento del mismo con metodologías para analizar las causas de la brecha y en la elaboración del plan, especialmente en el caso de los servicios de salud de la SESAL.

En el caso de los servicios públicos actuales de la SESAL, en la medida que la función proveedora de servicios de salud se separe de la función de rectoría, en esa medida la MCC será cada vez más una responsabilidad directa de los proveedores públicos descentralizados, sobre la cual deben rendir cuentas y, sobre cuyo rendimiento, deben ser incentivados. La SESAL establecerá los mecanismos necesarios para promover que los proveedores voluntariamente busquen ser certificados y acreditados, y que esto les permita una competencia sana en búsqueda de financiamiento para mejores resultados.

De igual forma en la MCC también debe existir la participación social como parte de la gestión de la calidad y por lo tanto la población debe propiciar los procesos de mejora continua como una práctica habitual y consistente en todos proveedores del sector salud.

4.3 Definición de los mecanismos sociales de control de la calidad

Como una estrategia de la gestión de salud, es cada vez más relevante la necesidad del involucramiento de la población como un componente clave de la gestión de la calidad. La población debe y puede participar en los procesos de control de la gestión, lo cual se debe efectuar desde diversos ángulos y mecanismos tales como participar en el diseño y gestión de los servicios de salud de forma activa, propositiva y con adaptación cultural. Así mismo, fortalecer la capacidad de expresar su nivel de satisfacción sobre la calidad del servicio recibido, a través de mecanismos legales y formales claramente establecidos y sin temor a represalias de ningún tipo.

Es muy importante fortalecer y/o establecer relaciones más intensas con actividades y organismos que tienen el propósito de mejorar la capacidad del cliente/usuario para exigir sus derechos ante los servicios de salud, tales como, establecer contactos regulares y sistemáticos con la Fiscalía del Consumidor del Ministerio Público; fortalecer las Unidades Funcionales de Atención al Cliente/usuario (UFAU) en los establecimientos de salud; realización de estudios y encuestas sistemáticas de satisfacción del cliente/usuario; y otros mecanismos para determinar la calidad percibida por los mismos.

El sistema de calidad debe fortalecer la orientación de los servicios de salud hacia los cliente/usuarios, promoviendo e incentivando la investigación sobre sus requerimientos y necesidades en cuanto a los servicios de salud, gestionando las quejas, sugerencias y reclamos; facilitando el uso de los servicios y la resolución oportuna de los problemas de salud de los cliente/usuarios. En la figura siguiente se puede ver un modelo integrado del sistema de calidad.

G-III-14 SISTEMA INTEGRAL DE CALIDAD

AMBIENTE QUE CONDICIONA LA CALIDAD



IV. ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SNCS

1. Con respecto al Estado como ente rector en su función de autoridad sanitaria.

- 1.1 Asignación de recursos en el Presupuesto Nacional de Ingresos y Egresos del Estado en el área de salud, para el desarrollo de las actividades de implementación, seguimiento y evaluación del Sistema Nacional de Calidad en Salud.
- 1.2 Establecimiento de las normas, reglamentos, directrices o disposiciones en calidad de atención y gestión.
- 1.3 Establecimiento de mecanismos de vigilancia de la implementación de la Política Nacional de la Calidad en Salud.
- 1.4 Establecimiento de instancias y mecanismos de rendición periódica de cuentas a la ciudadanía sobre la calidad de la atención provista.
- 1.5 Promoción, difusión y capacitación en la implementación de Buenas Prácticas de atención en salud.

2. Con respecto a los Entes Financiadores y/o Aseguradores.

- 2.1. Establecimiento de instrumentos contractuales con todos los proveedores, que prestan servicios a sus beneficiarios, estableciendo en ellos todas las obligaciones de los mismos a fin de garantizar la calidad a los usuarios.
- 2.2. Establecimiento de mecanismos de vigilancia del cumplimiento del contrato con los proveedores, incluyendo sistemas de monitoria, evaluación y auditorías para mejora continua a los proveedores que prestan servicios a sus beneficiarios.
- 2.3. Establecimiento de mecanismos de evaluación de la percepción de la calidad de atención por parte de los usuarios.
- 2.4. Asegurar que los proveedores contratados implementen las normas, reglamentos, directrices o disposiciones para mejorar la calidad de los proveedores que prestan servicios de salud a sus beneficiarios.

3. Con respecto al ciudadano, usuario o cliente.

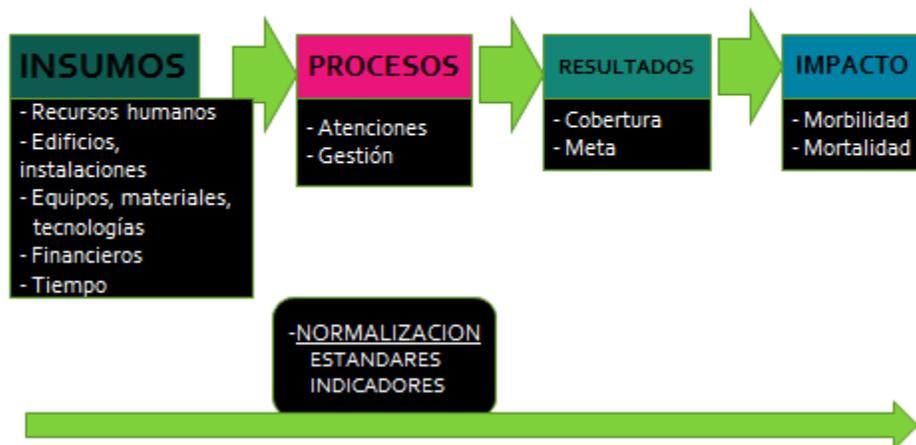
- 3.1. Desarrollar procesos de investigación de las necesidades de los usuarios a través de la aplicación de encuestas, organización de grupos focales, con la participación de los usuarios/as en dichas investigaciones.
- 3.2. Creación de las condiciones necesarias para que el usuario/a pueda participar de una manera más directa en la gestión, evaluación y planificación de los servicios de salud, contribuyendo así al fortalecimiento de la petición-rendición de cuentas.
- 3.3. Definición, promoción, fortalecimiento de los medios legales y técnicos correspondientes para que el usuario/a pueda expresar su nivel de satisfacción sobre los servicios del sector salud.
- 3.4. Promoción del buen trato al usuario/a relacionado con el respeto, amabilidad, atención personalizada, privacidad, confidencialidad e información continua que el personal de salud debe ofrecer.
- 3.5. Se debe poner siempre en primer lugar la satisfacción del usuario/cliente. El SNCS buscará garantizar que todo el accionar del sistema salud se haga con este enfoque, que demanda conocer y satisfacer sus necesidades y requerimientos.
- 3.6. Además, el cliente/usuario deberá participar de una manera más directa en la gestión, evaluación y planificación de los servicios de salud; en la creación de una cultura de rendición de cuentas.

4. El enfoque de sistemas y procesos

- 4.1. Requiere analizar y tomar en cuenta los insumos, procedimientos y resultados involucrados en el SNCS, ya que cualquier alteración en los mismos afectará positiva o negativamente la calidad deseada.
- 4.2. Implica, entonces, que los actores del SNCS, deben basarse en el análisis sistemático de los insumos, procedimientos y resultados de acuerdo a la normativa establecida.
- 4.3. Un sistema es, en sí, un procesador: toma un conjunto de elementos que, articulados de una manera definida a través de normas y procedimientos extraídos de la experiencia, la investigación y la evidencia científica, permite la obtención de resultados deseados y el logro de un cambio benéfico o impacto. Esto se determina por la definición de los estándares o comportamientos que se desean y por los indicadores, la expresión numérica de aquellos, orientados a los sujetos de la acción del sistema. El desarrollo de un sistema de calidad, por tanto y por su misma naturaleza y enunciado, se fundamenta en el enfoque sistémico que tiene cuatro componentes:
 - 4.3.1. Los insumos, que en esencia, aunque no necesariamente limitados a ellos, son cinco: recursos humanos; edificios, instalaciones; equipos, tecnologías y materiales; financieros; y tiempo.
 - 4.3.2. El proceso en el cual los insumos se organizan, articulan y combinan de manera tal que permiten el logro de ciertos resultados.
 - 4.3.3. Los resultados, que son los productos esperados y verificables.
 - 4.3.4. El impacto, que son los beneficios observables tras la obtención de los resultados.

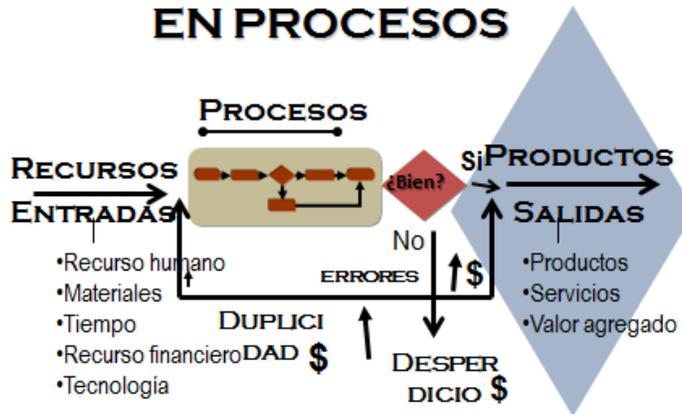
En la figura siguiente, G-III-6, se puede apreciar este modelo sistémico. El sistema de calidad debe atender a cada uno de estos componentes para normalizar y verificar su desempeño.

G-III-6 ENFOQUE SISTEMICO DE LA SALUD Y LA GESTION DE LA CALIDAD



Toda actividad de mejoramiento de la calidad debe basarse en el enfoque de sistemas y procesos, considerando que cualquier alteración en los mismos lleva a situaciones que afectarán la calidad deseada. El no contar con los insumos en cantidad y cualidades necesarias, dificultará que los proveedores alcancen el nivel de calidad esperado. De igual manera, la ausencia de procedimientos o su inadecuada definición y precisión, conducirá a limitaciones en la obtención de los resultados esperados. Lo anterior implica que los gerentes y directores deben involucrarse en el *proceso de gestión y mejoramiento*, en tener las entradas o insumos apropiados, y en realizar los procedimientos de acuerdo a la normativa establecida y enfocarse en el logro de resultados (Figura G-III-7.)

G-III-7. CALIDAD: BASADA EN PROCESOS



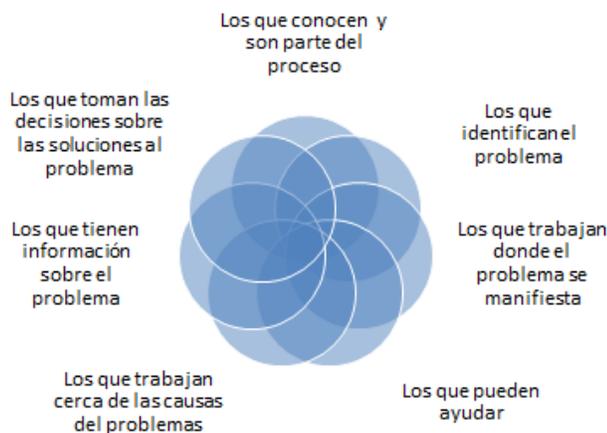
5. Toma de decisiones basadas en información

- 5.1. Para impulsar la calidad, los actores del SNCS deben conocer su funcionamiento, basándose en información concreta y medible que le den objetividad.
- 5.2. La toma de decisiones debe conducir al mejoramiento de la calidad y para esto se debe diseñar un sistema de información de calidad que permita contar con los datos necesarios para esta toma de decisiones.
- 5.3. El proceso de gestión de la calidad total, tanto durante la realización de las funciones rutinarias como en su práctica durante el momento de la verificación, debe recurrir a instrumentos o herramientas que permitan visualizar de forma sencilla, evidente y con sentido histórico y progresivo lo que está sucediendo. Gráficas de tendencia, histogramas de frecuencias, flujogramas de eventos, etc. son ya medios conocidos, entre otros, de las estadísticas para presentar datos de una manera ordenada y coherente.
- 5.4. Es básico darse cuenta que no es posible mejorar la calidad de los proveedores si no se conoce su estado, considerando que la calidad es concreta y se mide a través de las dimensiones de la calidad que le dan objetividad. Los datos son el resultado de las actividades de monitoreo de indicadores y de los procesos de evaluación. También, son de mucha utilidad las investigaciones y estudios realizados por expertos. Pero el cambio intrínseco crucial en los procesos de calidad es la obtención de datos del monitoreo realizado por los mismos equipos de mejoramiento a lo interno de los proveedores, que es la base para la toma de decisión y su transformación para lograr la excelencia. Deben ser los proveedores y sus equipos de mejoramiento de la calidad, los que desarrollen la experticia en el manejo de los datos y la forma de presentarlos de manera estadísticamente coherente así como encontrar soluciones correctas a las brechas encontradas.

6. Trabajo en equipo

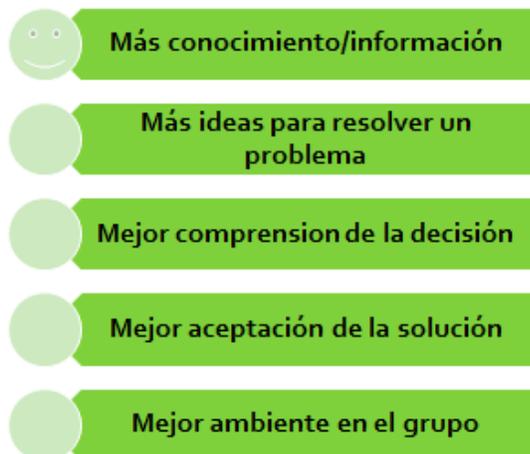
- 6.1. Para el logro de los objetivos del SNCS, es necesario fomentar el trabajo en equipo como mecanismo de fortalecimiento de la cooperación para la solución de problemas.
- 6.2. El trabajo en equipo permite que un grupo de personas comparta metas y objetivos comunes determinados por las necesidades de la institución y la comunidad. Es interdependiente y desarrollado en un plano horizontal, con respeto, y orientado a la satisfacción de los usuarios.
- 6.3. El conducir un proceso de gestión de la calidad requiere de trabajo en equipo, por lo que para el logro de los objetivos se necesita propiciar y/o fortalecer este estilo de trabajo. El trabajo en equipo se define como un grupo de personas que comparten una meta y objetivos comunes determinados por las necesidades de la institución y de la comunidad. Se caracteriza por ser multidisciplinario, con diferentes grados de especialización, interdependiente entre sí, trabajando en un plano horizontal, y con la finalidad de la satisfacción de los cliente/usuarios. En la gráfica siguiente se delinea las personas apropiadas para formar parte de estos equipos de calidad.

G-III-8 SELECCION DEL EQUIPO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD



6.4. El trabajo en equipo tiene las ventajas expresadas en la siguiente gráfica:

G-III-9 VENTAJAS DEL TRABAJO EN EQUIPO EN EL PROCESO DE GESTION DE CALIDAD



7. Fomento y fortalecimiento del liderazgo

7.1. El fomento del liderazgo en todos los actores del SNCS y en todos los niveles del sector salud es clave para el éxito del sistema. La calidad requiere compromiso y participación activa de los actores, de tal manera que en su propia dimensión y ámbito de acción puedan desarrollar sus funciones de manera plena y con liderazgos claramente establecidos que faciliten el respaldo a la toma de decisiones acertadas y oportunas.

7.2. La participación activa y compromiso por parte de los gerentes para establecer la calidad, es de extrema importancia e indispensable en cada organización. Sin embargo, el liderazgo, en el caso de la calidad, no es exclusivo de éstos, los equipos de mejoramiento de la calidad permiten el desarrollo de las cualidades de liderazgo de sus miembros, lo que facilita brindar guía, motivación, influencia, apoyo, gestión, fomento a las iniciativas, respaldo a la toma de decisiones acertadas y oportunas de los integrantes de los equipos.

8. Tomar en cuenta las Dimensiones de la gestión de la calidad

8.1. En el desarrollo del Sistema Nacional de Calidad en Salud (SNCS) se deben tomar en cuenta las dimensiones de la calidad, es decir, los distintos ángulos o facetas que conforman los variados aspectos de la acción normada. Estos aspectos son sumamente dinámicos y la lista puede modificarse de acuerdo con la materia tratada, y pueden variar tanto en sí mismos como en sus contenidos. Estas dimensiones de la calidad son clave para el diseño de las normas con sus

estándares ya que éstas se expresan en función de aquellas. En el cuadro siguiente se puede ver cómo, para el diseño de las normas, el concepto de dimensiones de la calidad es sumamente importante.

G-III-10 DIMENSIONES DE LA CALIDAD Y EL DISEÑO DE NORMAS

Se toma en cuenta las dimensiones de la calidad para:

- ✓ Diseñar las normas o estándares de calidad.
- ✓ De acuerdo con los aspectos y/o resultados críticos que se desee controlar y/o mejorar de cada proceso de trabajo.
- ✓ En relación con la problemática crítica a mejorar en un proceso determinado, se describe la condición o situación requerida, norma o estándar.

Estas dimensiones pueden ser, aunque no se limitan a:

8.1.1 Recursos humanos. Competencia técnica

La capacidad y competencia técnica con respecto a los requisitos del cargo definidos para desempeñar las acciones previstas de forma adecuada.

8.1.2 Accesibilidad

Al servicio que realiza la actividad/proceso, lo cual puede ser definido de varias maneras. Por ejemplo, la posibilidad real de llegar al servicio por factores geográficos; el tiempo de demora para lograr ser atendido incluyendo el rechazo; el costo; la identidad cultural; etc.

8.1.3 Oportunidad

La posibilidad real de recibir el servicio en el momento cuando se necesita y de una manera expedita.

8.1.4 Pertinencia

Lograr el servicio requerido apropiado a la naturaleza del problema.

8.1.5 Eficiencia

La realización de la actividad normada al mejor costo tanto financiero como en el uso de los recursos humanos y físicos.

8.1.6 Eficacia

La producción de los resultados esperados y de impacto. Puede decirse como la solución real de la situación o problema que se enfrenta.

8.1.7 Continuidad

La garantía de que la atención, en la medida que sea necesario, pueda seguir siendo recibida hasta la solución del problema o situación.

8.1.8 Seguridad

La garantía que la acción se está realizando dentro de margen óptimo de confianza, procedimiento y conocimiento que evite la iatrogenia.

8.1.9 Satisfacción

La expresión clara y espontánea de la persona usuaria de su conformidad y contento con la atención recibida.

G-III-11 DIMENSIONES DE CALIDAD EN SALUD



Lo anterior son dimensiones seleccionadas que orientan la elaboración de los estándares e indicadores, permitiendo rescatar los distintos aspectos o magnitudes de la atención sobre las cuales se tiene un especial interés en desarrollar y tomar en cuenta (ver Anexo B, para un ejemplo).

V. PRIORIDADES DEL SNCS

En este Capítulo se definen las cuatro áreas prioritarias y estratégicas del trabajo operativo del SNCS que, a su vez, dan la magnitud del trabajo futuro inmediato. Debido a que en las sociedades humanas cada vez más complejas por el desarrollo de la ciencia y la tecnología, los asuntos a regular son muchos, por eso es importante que, dentro del marco de políticas de calidad se defina este horizonte posible y prioritario.

En el contexto latinoamericano, la normativa en salud es cumplida con carácter obligatorio por instituciones públicas, mientras que en otras naciones más desarrolladas, gran parte del sistema es voluntario y administrado por organizaciones no gubernamentales. En esta última situación, el principio de la calidad está más imbuido dentro de las organizaciones mismas sin que el Estado deba ejercer una acción coercitiva, aunque se reserva el derecho de hacerlo cuando sea necesario. Lo anterior aplica más en la provisión de servicios de atención en salud a las personas ya que en el campo de la salud ambiental y de los productos de interés sanitario, la regulación es fundamentalmente una función estatal y el cumplimiento de las normas es obligatorio. Sin embargo, aun en los modelos en que predominan esquemas de autoevaluación o de cumplimiento voluntario, se puede encontrar mecanismos que le dan un carácter obligatorio, como las exigencias de que los establecimientos de salud estén licenciados, e incluso acreditados o certificados, para recibir fondos públicos o pagos de las agencias aseguradoras.

Dado que son múltiples las acciones que tienen o pueden tener una relación con la salud colectiva, y ante la ineficiencia y costo que significaría controlarlas todas, es necesario que el Estado centre sus esfuerzos en aquellas actividades que realmente tienen o pueden tener un impacto negativo en el estado de salud de la población. Por esto, la regulación debe basarse en la evidencia y en una valoración objetiva del riesgo, apoyándose para esto en los resultados de la vigilancia de la salud, y en el conocimiento científico y tecnológico. La definición de las prioridades de un sistema de salud debe estar acorde con los datos que se obtienen de los análisis de situación de salud y de la vigilancia epidemiológica y de las políticas y planes de salud.

No se debe ni se puede normar y vigilar todo. Por eso, el rector de salud, cada año, debe formular un plan de políticas de estado en salud, las cuales deben ser ajustadas sistemáticamente de acuerdo a necesidad y situaciones emergentes. Este plan de políticas es la guía para los procesos de asignación de fondos y recursos y, consiguientemente y de acuerdo al tema que se trata aquí, para el plan de normalización y vigilancia de la calidad. En ese plan se expresa, entonces, hacia donde se va y cuáles son las prioridades de la SESAL y del sector.

Cualquier esquema de calidad tiene un costo para el Estado y para los proveedores. Por esto, antes de emitir nuevas reglas o de abrir nuevos frentes, es necesario revisar los objetivos que se persiguen, así como analizar el costo/ beneficio de las medidas a tomar. Por tanto, es muy importante que los sujetos o áreas a incluir en un sistema de calidad deban ser producto de un consenso entre las partes interesadas en el tema, buscando un equilibrio entre los requerimientos exigidos y las posibilidades técnicas, económicas y administrativas de cumplir con ellos.

1. Habilitación de establecimientos de interés sanitario

La acción básica de un sistema de calidad en salud es asegurar que todos los PSEIS que estén funcionando o estén en el proceso de entrar al sistema de la salud ofertando servicios y productos, están o sean habilitados y, según corresponda, tengan su registro sanitario. Es por tanto clave para la operación del SNCS, priorizar como actividad relevante, la elaboración de las normas y estándares mínimos de operación de todos los PSEIS cuya regulación está bajo la responsabilidad de la SESAL.

A la par con lo anterior, la SESAL deberá establecer y poner en operación los mecanismos y medios para llevar a cabo la vigilancia del cumplimiento de los estándares mínimos que se hayan definido para la habilitación de los PSEIS, de lo cual se dará fe por la extensión del Certificado de Habilitación.

Se deberá desarrollar un plan de implementación que conduzca a la puesta en marcha del sistema de habilitación que contenga al menos los siguientes aspectos:

- a) Elaborar una ruta crítica del proceso de habilitación con los instrumentos, flujo gramas, y procedimientos.
- b) Realizar inventario de establecimientos sanitarios con el respectivo diagnóstico de su situación normativa actual, incluyendo la situación en cuanto a la verificación de esa normativa.
- c) Priorización de los establecimientos de interés sanitario a ser habilitados.
- d) Elaboración de un plan de habilitación con los objetivos, metodología, flujograma, marco conceptual, procedimientos.
- e) Elaboración de la normativa o revisión de la misma de acuerdo a la priorización realizada.
- f) Desarrollar un sistema de nomenclatura para la debida organización, registro y clasificación de los documentos normativos.
- g) Diseño, implementación y mantenimiento de una página en la red con la base de datos relacionada a estos procesos
- h) Implementación de los mecanismos de vigilancia para la verificación de la habilitación

2. Certificación y recertificación de los recursos humanos en salud

Los recursos humanos, sus conocimientos y destrezas, son fundamentales para que los procesos funcionen apropiadamente. Priorizar la certificación y recertificación de los recursos humanos, tanto técnico, auxiliar y de servicio, así como el personal profesional, para asegurar sistemática y continuamente que disponen de los conocimientos y destrezas que exige el cargo para el cual han sido designados, y que están al tanto de los avances y cambios ocurridos en su campo de trabajo, es de extrema importancia para el desarrollo de un sistema de calidad. Para esto el SNCS deber hacer lo siguiente:

- a) Desarrollar una propuesta de un sistema de certificación y recertificación de los recursos humanos del sector salud.
- b) Priorizar la habilitación y licenciamiento de los establecimientos de formación de recursos humanos técnico, auxiliar y de servicio.

- c) Definir los mecanismos y medios, incluyendo los entes y personas que llevarán a cabo la habilitación de los establecimientos formadores, incluyendo la redefinición de las funciones del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos.
- d) Gestionar las formas de asegurar la certificación y recertificación regular y sistemática de los recursos humanos en salud.
- e) Promover y facilitar la organización de entes re-certificadores de recursos humanos en salud, tales como las academias de especialidades, sociedades, etc., que previamente acreditadas puedan ejercer esta función en el sector salud.

3. Mejora continua de la calidad

- 3.1 Se prioriza la elaboración de las normas técnicas y reglamentos de los procesos de atención y gestión esenciales del subsistema de servicios de salud, que incluya los instrumentos de verificación para la evaluación de los mismos.
- 3.2 La definición de la norma técnica para el desarrollo y aplicación de la mejora continua de la calidad (MCC), la cual deberá ser implementada y evaluada.
- 3.3 Poner en operación los mecanismos y medios para llevar a cabo la vigilancia del cumplimiento de los estándares que se hayan definido para los procesos de atención de los proveedores de servicios de salud y para los procesos de gestión priorizados.
- 3.4 El plan de implementación para la puesta en marcha de la mejora continua de la calidad de los procesos de atención y gestión esenciales en el subsistema de los servicios de salud contendrá al menos los siguientes aspectos:
 - 3.4.1 Ruta crítica con los objetivos, flujo grama, y procedimientos.
 - 3.4.2 Realizar inventario de las normas de los procesos de atención y gestión con el respectivo diagnóstico de su situación actual.
 - 3.4.3 Priorización de los procesos de atención y gestión a ser normalizados.
 - 3.4.4 Elaboración de la norma o revisión de la misma.
 - 3.4.5 Identificación de los mecanismos de vigilancia de la calidad.
- 3.5 Cada proveedor de salud será responsable por el desarrollo de los siguientes aspectos:
 - 3.5.1 Elaboración del manual de la calidad propio del establecimiento, basado en el sistema nacional de calidad del sector.
 - 3.5.2 Elaboración del plan de calidad (implementación del sistema de calidad.)
 - 3.5.3 Desarrollar mejora continua de la calidad en todos sus procesos, desde los misionales hasta los administrativos y de apoyo.

4. Sub-Sistema de Información de Calidad en Salud (SICS)

La puesta en operación el SNCS, demanda el diseño e implementación de un Subsistema de Información para la Calidad en Salud (SICS), con el objeto de estimular la mejora de la calidad entre los diversos proveedores; orientar a los cliente/usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, y en el conocimiento de la calidad de los proveedores de productos y servicios, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que contemplan las leyes hondureñas con respecto a la protección del consumidor. Así mismo, se deberá incluir en una página en la red los datos del SICS con el propósito de facilitar a la población el acceso en línea sobre esta materia y que los potenciales cliente/usuarios puedan tomar decisiones informadas.

4.1 El diseño de un sub-sistema de Información de la Calidad en Salud (SICS) integrado al Sistema de Información general de la SESAL, tendrá el propósito de:

- Estimular la mejora de la calidad entre los diversos proveedores.
- Que los usuarios puedan disponer de información para toma de decisiones a través de orientarlos en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, y en el conocimiento de la calidad de los proveedores de productos y servicios.
- Permitir al rector orientar la toma de decisiones en materia de calidad en salud.

4.2 Los objetivos del SICS, son los siguientes:

Objetivo general: Proporcionar información confiable, objetiva, accesible y oportuna sobre calidad a todos los actores del sector salud, para la mejora continua de la calidad y la toma de decisiones.

Objetivos específicos:

- Incentivar la gestión de la calidad basada en evidencia científica, hechos y datos.
- Facilitar que las entidades directivas y de vigilancia puedan realizar los ajustes pertinentes.
- Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de los proveedores en ámbito y naturaleza pertinente.
- Establecer los mecanismos que permitan que los usuarios puedan expresar su opinión sobre los servicios recibidos.

4.3 Elaborar un plan de implementación con participación activa y permanente las entidades integrantes del sector salud. sustentado en los siguientes principios:

- Participación activa y permanente las entidades integrantes del sector salud.
- La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad, y confiable en cuanto mida calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
- La información será transparente y basada en mecanismos de petición y rendición de cuentas.

- La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
- La información debe ser clara, sencilla y comprensible para la población.
- La información transmitirá los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de un proveedor.
- La información será útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

4.4 Para su implementación, el SICS debe sustentarse en los siguientes principios:

- a) En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa y permanente las entidades integrantes del sector salud.
- b) La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad, y confiable en cuanto mida calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
- c) La información será transparente basada en mecanismos de petición y rendición de cuentas.
- d) La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
- e) La información debe ser clara, sencilla y comprensible para la población.
- f) La información transmitirá los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de un proveedor.
- g) La información será útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

VI. IMPLICACIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD

El desarrollo e implantación del SNCS requiere de la reorganización de la estructura orgánica de la SESAL ya que la organización actual basada en problemas-programas no responde a las demandas de un nuevo modelo de calidad.

Por lo tanto y de manera imprescindible y previa a la implementación del SNCS, es esencial que la redefinición de la estructura orgánica de la SESAL se concrete a través de la oficialización de una estructura que considere la separación de funciones, la petición y rendición de cuentas, y la descentralización. No se está proponiendo aumentar estructuras sino más bien, realizar una reingeniería en la cual las estructuras actuales se reorganicen en base a la calidad.

Lograr una estructura orgánica en la cual calidad, como un eje transversal, quede claramente expresado, implica lo siguiente:

1. Ordenamiento de la estructura de normalización y reglamentación técnica actual

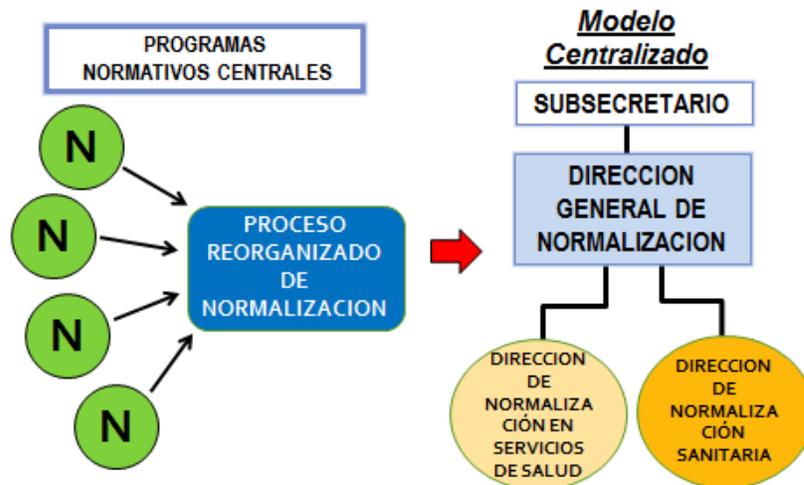
1.1. Redefinición de la estructura orgánica y funcional normativa

El ordenamiento de la normalización y la reglamentación técnica requiere la creación de instancias orgánicas dedicadas exclusivamente a esa tarea, para que puedan ser llevadas a cabo de una manera coherente, planificada, ordenada y coordinada. Estará constituida por expertos metodólogos en el desarrollo de normas técnicas y reglamentos, los cuales serán responsables de la conducción y liderazgo en el proceso de elaboración, comunicación y revisión de dicha norma. Este ente puede evolucionar, al futuro, hacia la constitución de una oficina sectorial de normalización, con involucramiento de otras instituciones del sector salud como el IHSS y los servicios privados.

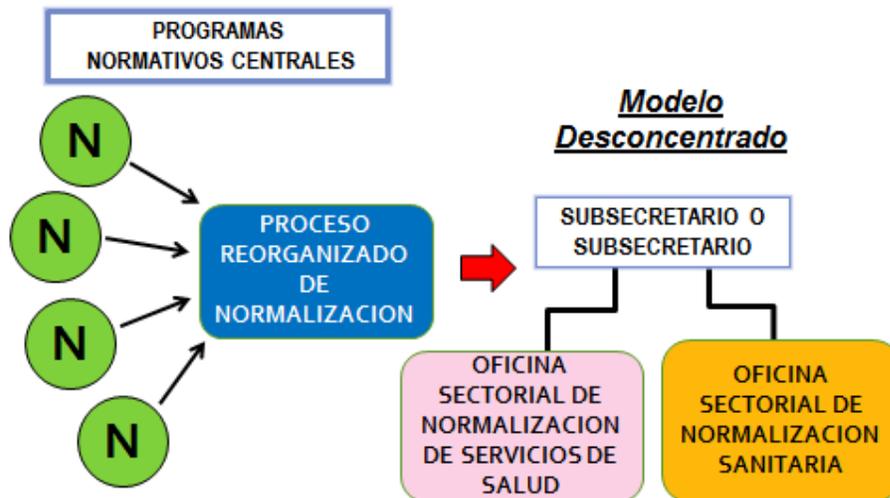
Independientemente del tema de la norma técnica o reglamento del proceso de atención en salud, toda propuesta de elaboración debe ser presentada a la instancia rectora establecida para tal fin para su eventual discusión, priorización e inclusión en un plan de trabajo anual.

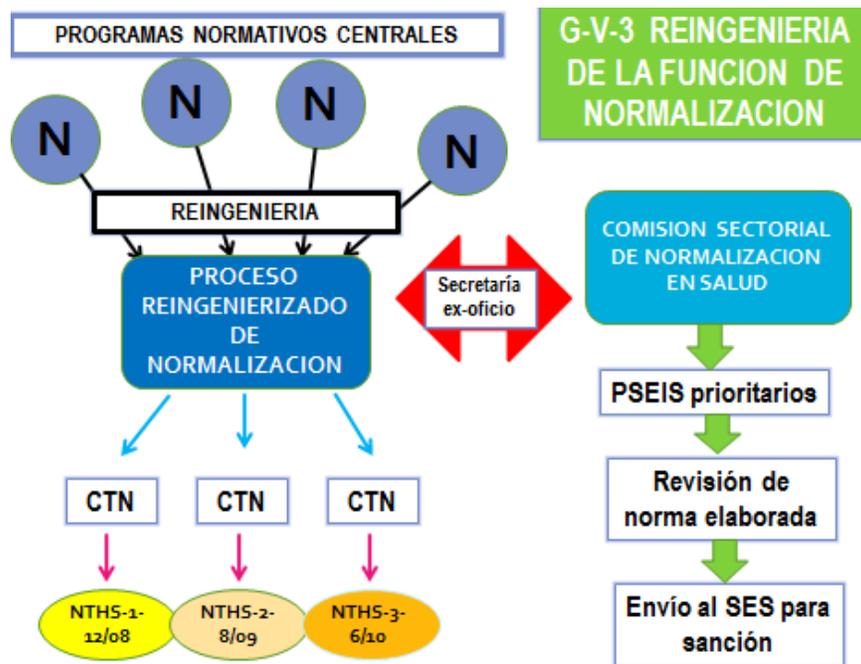
El funcionamiento de este SNCS demanda un proceso de reingeniería de la estructura funcional de la SESAL, y, como consecuencia, de su estructura orgánica (desarrollo organizacional: DO.).

G-V-1 REORGANIZACIÓN DE LA FUNCION DE NORMALIZACION



G-V-2 REORGANIZACIÓN DE LA FUNCION DE NORMALIZACION





1.2 Funciones sugeridas de la instancia normalizadora

- Realización de un inventario de sujetos o áreas que deben estar normalizados y su estado actual.
- Recolectar todas normas ya existentes tanto en papel como en formato digital relacionadas con los sujetos del punto anterior.
- De acuerdo con lo anterior, establecer las prioridades de normalización para un periodo de acuerdo con las directrices políticas de la Oficina de la Secretaría de Estado, y expresarlo como un Plan Estratégico para el periodo 2010-2014 y el Plan de Normalización (PN) quinquenal.
- Definir una metodología y patrón estandarizado para la elaboración de normas.
- Implantar un sistema de ordenamiento, clasificación y nomenclatura de las normas.
- Iniciar un sitio en la red para colocar las normas aprobadas y con acceso a todo público, lo cual estará en una base de datos sobre todas las normas elaboradas y debidamente clasificadas.
- Participar en las reuniones de la Comisión Sectorial de Normalización en Salud (CSNS) y actuar como secretaría *ex-oficio* de la CSNS.
- Establecer relaciones con instancia de normalización nacional como la Oficina Hondureña de Normalización (OHN) dependiente de SEPLAN, así como con organizaciones regionales e internacionales en la materia.
- Organizar los Comités Técnicos de Normalización (CTN) para la elaboración de normas.
- Reunirse sistemáticamente con la instancia de vigilancia de la calidad para la elaboración, ajuste y revisión de las normativas, incluyendo el desarrollo de los instrumentos y guías de evaluación.

- k) Participar en eventos – cursos, seminarios, talleres – relacionados con el tema de la normalización en salud.
- l) Poner los borradores finales de las normativas a la consideración de los miembros de la CSNS para sus comentarios y consenso.
- m) Someter la normativa final a consideración del Secretario de Estado en Salud (SES) para su aprobación final.
- n) Apoyar la difusión y la implementación de la normativa por las técnicas y mecanismos apropiados.
- o) Colocar la norma, con su debida nomenclatura, en el sitio de la red.
- p) Establecer el mecanismo de control para el seguimiento sistemático de la norma y su eventual revisión.

1.3 Organización de los Comités Técnicos de Normalización (CTN)

La SESAL, por medio de la instancia de normalización creada, establecerá como procedimiento regular la conformación de grupos *ad-hoc* de expertos en el tema, sujeto o área tratada para fines de normalización, que tendrán la responsabilidad de su elaboración y serán llamados Comités Técnicos de Normalización (CTN).

Cada CTN estará liderado por un miembro de la instancia normativa correspondiente, quien tendrá la responsabilidad de conducir el proceso y proporcionar la metodología estandarizada para la elaboración de la norma. Definirán el plan de trabajo en un cronograma que finalice en su versión acabada. Podrán hacer las consultas legales necesarias de acuerdo a la materia tratada y, también, buscar ayuda adicional cuando el grupo considere que necesite mayor ilustración sobre un aspecto específico. El líder del CTN presentará los avances de la norma a la autoridad sanitaria, a la CSNS u otras instancias que lo soliciten.

1.4 Creación de la Comisión Sectorial de Normalización en Salud (CSNS)

Se deberá crear la Comisión Sectorial de Normalización en Salud (CSNS) con carácter deliberativo no ejecutivo, constituida por todas las organizaciones que forman parte del sector salud. Tendrá su propia organización interna con un presidente elegido de su seno. Los directores de las instancias de normalización serán miembros permanentes de esta Comisión, y actuarán como secretaría *ex-officio* (secretaría permanente) de la misma.

Las funciones básicas de esta Comisión son:

- a) Revisión y actualización del inventario de sujetos o áreas que deben ser normalizados y la priorización de los mismos para un periodo de tiempo, lo cual deberá ser presentado al Secretario de Estado en el Despacho de Salud para su discusión y aprobación final.
- b) Revisar el Estratégico de Normalización 2010-2014 y el Plan de Normalización (PN) respectivo, incluyendo los Reglamentos Técnicos.

- c) Colaborar y sugerir miembros para conformar los CTN.
- d) Dar ayuda institucional cuando sea necesario.
- e) Colaborar en la implementación de la norma, así como en su eventual revisión.
- f) Discutir y hacer planteamientos sobre el curso que deberá seguir el proceso normalizador en salud para el futuro.

2. Ordenamiento de la vigilancia de la calidad

2.1 Redefinición de la estructura orgánica y funcional de vigilancia de la calidad

El ordenamiento de vigilancia de la calidad de las normas y reglamentos de cumplimiento obligatorio requiere la creación de instancias orgánicas dedicadas exclusivamente a esa tarea, para que pueda ser llevada a cabo de una manera coherente, planificada, ordenada y coordinada. Estas estructuras deben estar conformadas por expertos en metodologías como auditoría, inspectoría, evaluación y metrología, así como instrumentos, protocolos y guías de evaluación normativa de procesos de atención y gestión. Estos expertos serán responsables de la conducción y liderazgo de los procesos de vigilancia.

La estructura de vigilancia de la calidad puede constituirse o evolucionar, eventualmente, hacia una instancia separada del ente rector, con autonomía y jurisdicción sobre todo el sector salud.



2.2 Funciones sugeridas para la instancia de vigilancia de la calidad

Las funciones del ente de vigilancia de la calidad serían las siguientes:

- a) Hacer un inventario de los sujetos y áreas respectivas que actualmente están licenciados, y su estado en cuando a normalización, habilitación y en cuáles se hizo la evaluación de la calidad previo al licenciamiento.
- b) De acuerdo con lo anterior, establecer las prioridades de vigilancia para un periodo de acuerdo con las directrices políticas de la Oficina de la Secretaría de Estado, y expresarlo como un Plan Estratégico para el periodo 2010-2014 y el Plan Anual de Vigilancia de la Calidad (PAVC) para el año en curso.
- c) Participar en la elaboración de normas y especialmente en los instrumentos o guías de evaluación de las mismas.
- d) Buscar, adaptar, diseñar y elaborar metodologías para auditoría de servicios de salud y la inspectoría y verificación del sistema sanitario.
- e) Desarrollar el proceso de designación para la selección de OVC.
- f) Desarrollar los procesos de acreditación de servicios de salud, incluyendo la estimulación de procesos de acreditación de organismos clave para la designación y los ARM (acuerdos de reconocimiento mutuo).
- g) Desarrollar los procesos de certificación de recursos humanos en atención de salud, de OVC y de otras áreas de interés.
- h) Realizar la habilitación de personas, servicios y establecimientos de salud y sanitarios y extender el Certificado de Habilitación (CH) para el trámite de la licencia sanitaria.
- i) Llevar una base de datos de las personas y establecimientos habilitados y licenciados y en operación.
- j) Desarrollar y fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad (MCC).
- k) Participar de reuniones nacionales e internacionales y mantener contactos con organizaciones e institutos dedicados al desarrollo de la vigilancia en servicios de salud y del subsistema sanitario.
- l) Desarrollar el concepto de metrología y la acreditación de laboratorios de mediciones y calibración de equipo biomédico.
- m) Hacer una propuesta y plan de los servicios de salud y sanitarios que deben ser vigilados – prioritarios - y discutirlos con la entidad normativa, para que pueda iniciar la elaboración de las normas y su eventual implementación, paso previo al acto de vigilancia.
- n) Ser parte de la CSNS para facilitar la coordinación sobre las nuevas normativas.
- o) Llevar una base de datos, la cual estará también en un sitio de la red, de todos los sujetos o áreas habilitados, licenciados, acreditados y certificados, así como de los sancionados y cerrados por incumplimiento de la normativa.

2.3 Desarrollo de la designación para los Organismos de Vigilancia de la Calidad (OVC)

La designación es: *el estudio y autorización para que un determinado organismo en un ámbito de actuación definido y debidamente certificado o acreditado, lleve a cabo actividades de vigilancia de la calidad (VC)*. Esta actividad es importante porque permite y facilita a las entidades públicas encargadas por ley de hacer la vigilancia de la calidad a través de la verificación, inspectoría, calibración y auditoría de los proveedores, puedan recurrir a entes del sector privado o públicos con gran nivel de autonomía, para llevar a cabo esta tarea. Estos son los llamados organismos de vigilancia de la calidad (OVC.)

El proceso de designación implica la selección y la adjudicación de la vigilancia de la calidad a un determinado organismo debidamente certificado o acreditado, el cual y en nombre del ente rector, realizará esta vigilancia.

La designación fortalece el desarrollo de la vigilancia de la calidad con la incorporación de actores expertos en esta área y contribuye a tener procesos ordenados, sistemáticos, regulares y transparentes.

Las leyes ya existentes establecen que este proceso de designación está legalmente garantizado en los artículos 124 a 126 del Reglamento sobre la regulación de los PSEIS. Este mecanismo es la garantía de poder llevar a cabo la vigilancia de la calidad sin que la rectoría se vea obligada al nombramiento de personas para efectuar estas labores, y viéndose de nuevo en la necesidad de tomar nuevamente funciones operativas, desdiciendo su propósito enunciado en la reforma de convertirse en un ente esencialmente rector.

El Estado asume la responsabilidad por el contenido y veracidad de los documentos emitidos por estas entidades que son fundamento para la toma de decisiones como el licenciamiento, los planes de mejora e incluso las sanciones. En Honduras no existe un proceso o mecanismo que dé los principios para el desarrollo de esta actividad. Si la designación eventualmente se diera sin garantía de la competencia técnica de esos entes se arriesga el proceso total, ya que los documentos que se produzcan no tendrán la validez necesaria ni el reconocimiento nacional o internacional. El proceso de acreditación de organismos que, a su vez, certifiquen a los OVC, es fundamental para lograr una buena designación.

Esta actividad de designación debe ser priorizada como parte de la operación de la nueva política de calidad, siendo que es una de las limitantes más importantes del Estado la dificultad para vigilar apropiadamente las mismas normas y regulaciones que deben ser de cumplimiento obligatorio para los proveedores, a la par lo es la carencia de entes que asuman esta función, especialmente cuando no hay una tradición nacional de evaluación de la calidad.

2.4 Desarrollo de los procesos de metrología

Se deberán iniciar las actividades de metrología, especialmente en las acciones de calibración de equipos médicos y de laboratorio. Esto implica la creación de una dependencia encargada del desarrollo de la misma, y que se ubicará dentro del ente de vigilancia de la calidad y, para el futuro, en caso de crearse una superintendencia de servicios de salud o un instituto de vigilancia de servicios de salud, como se menciona antes, debería formar parte de esta estructura.

Definir su responsabilidad acerca de cómo asegurar y crear las condiciones necesarias para la certificación de la precisión de los equipos que estén en uso, verificando y haciendo las pruebas necesarias para determinar su calibración, y de las instalaciones de nuevos equipos con nuevas tecnologías. Es muy importante la acreditación y certificación de los organismos que actuará como certificadores de los OVC en este campo específico.

El control legal sobre las mediciones que involucran salud pública y seguridad de los seres humanos, es importante desde el punto de vista de la protección al usuario, por ejemplo, un termómetro clínico o un instrumento de medición de presión sanguínea que no se verifique apropiadamente puede conducir a diagnóstico errado y a que se prescriban medicamentos incorrectos.

El alcance de la metrología en salud, cae en el campo legal y obligatorio pues salvaguarda la salud y la seguridad de los seres humanos (derechos legítimos), por lo cual debe hacerse cumplir a través de Reglamentos Técnicos, los cuales deberán comprender:

- **Requisitos Metrológicos:**
Están previstos para establecer los errores máximos permisibles de los instrumentos y las condiciones bajo las cuales estos requisitos se deben cumplir.
- **Requisitos Técnicos**
Están previstos para determinar las características de diseño generales esenciales de los instrumentos con el fin de asegurar que se mantenga en uso su calidad metrológica, los resultados de las mediciones sean simples y precisos y se evite el riesgo de errores en la medida de los posible.
- **Requisitos Administrativos**
Establecen el alcance y campo de aplicación de los Reglamentos Técnicos, la evaluación del cumplimiento de los Reglamentos y las obligaciones de los usuarios.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

Oficio No. 171-SS-2022

17 de Enero del 2023

Msc. Ericka Arely Suazo Bonilla
Directora Ejecutiva de ONADICI
Su Despacho

Estimada Msc Bonilla:

En seguimiento al producto solicitado del inciso #1.1, # 1.3, #2.1 de la Circular ONADICI No. 003-DI-2023, **del Plan Anual para la implementación del Marco Rector del Control Interno Institucional de los Recursos Públicos** aprobado y enviado por ONADICI, para el cumplimiento en el ejercicio fiscal 2023:

Productos

- 1.1 Acta de Compromiso para la Implementación del MARCI
- 1.3 Reglamento Interno de COCOIN SESAL aprobado mediante acuerdo 5063-2021
- 2.1 Políticas Institucionales

Atentamente,


Dr. José Manuel Matheu Amaya
Secretario de Estado en el Despacho de Salud



cc: Dra. Nerza Paz /Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud
cc: Dra. Suany Montalvan/Subsecretaria de Inversión Pública de Proyectos
cc: Dr. José Ángel Vázquez Briceño/Director de UPEG SESAL
cc: Licdo. Félix Pedro Núñez/ Director interino de la Unidad de Auditoria Interna SESAL
cc: Licdo. Roberto Oqueli/Especialista del Control Interno (ONADICI)
cc: Archivo/*Linday

**SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD
ACTA DE COMPROMISO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL
MARCO RECTOR INSTITUCIONAL DE LOS RECURSOS PÚBLICOS (MARCI)**

Formulario A1 SESAL

ACTA N.1

LUGAR Y FECHA: TEGUCIGALPA M.D.C. 17 DE ENERO DEL 2023. La Máxima Autoridad Ejecutiva / Institucional de la **SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD**, que firma el final de este documento (**Secretario de Estado en los Despacho de Salud**), expresa su compromiso de liderar y apoyar, de manera directa y recurrente, la Implementación del Marco Rector de Control Interno Institucional de los Recursos Públicos (MARCI) Institución **SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD**, a través de nuestro ejemplar cumplimiento de la Constitución, las leyes, reglamentos, los componentes, principios, normas de control interno, el Manual para la Implementación del MARCI y otras normativas relacionadas.

El MARCI que se adopta mediante esta Acta, permitirá el logro de los objetivos de la **SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD**, con ética, eficiencia, economía, cuidado del ambiente y transparencia; protegerá los recursos humanos, financieros, tecnológicos y cualquier otro recurso contra pérdida, uso indebido o despilfarro; prevendrá e identificará oportunamente errores o irregularidades; y, proveerá de información para la aplicación de acciones correctivas.

Suscribo, y también me comprometo a facilitar los procesos de difusión y capacitación del MARCI y a estimular, con nuestro ejemplo, la implementación, supervisiones continuas, autoevaluación y evaluación para promover mejoras.

También me comprometo a cumplir las recomendaciones y observaciones originadas de las evaluaciones independientes de la Auditoría Interna y Externa, como un insumo básico dentro del proceso de planeación, seguimiento y mejoramiento continuo de la institución.

Para constancia se firma en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. a los 17 días del mes de enero del 2023

**Nombre y firma de la Máxima Autoridad Ejecutiva
Secretario de Estado en los Despacho de Salud**



SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

Política Nacional de Calidad en Salud

Tegucigalpa, M.D.C., Marzo de 2011



SECRETARÍA DE SALUD

HONDURAS, C.A., 2011

Este documento ha sido elaborado bajo la dirección de la Dra. Yolany Batres, Subsecretaria de Redes y Servicios de Salud. El grupo de trabajo liderado por el Dr. Billy González se constituyó con el Dr. Mario Chiesa de la Dirección General de Regulación Sanitaria (DGRS), Dr. Carlos Flores, de la Unidad de Planeación y Evaluación de la Gestión (UPEG), Dra. Rosario Cabañas, Dra. Pina María Boquín y Dr. Alcides Martínez del Departamento de Garantía de Calidad (DGC.), Dra. Nilda Anariba del Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, Abogada Erika Castillo de Asesoría Legal. Agradecemos particularmente a la USAID-Honduras por su asistencia técnica y financiera a través de Health Care Improvement (HCI). La Secretaría de Salud reconoce en particular la participación en este proceso de la Lic. Kellie Stewart (Directora de la Oficina de Salud de USAID), Dr. David Castellanos (Especialista de Salud y Reforma de USAID), Dra. Norma Aly (Directora HCI/USAID), Dr. Jorge Hermida (Subdirector para América Latina/HCI), Dr. Gustavo Corrales, consultor HCI/USAID, Dr. Jaime Zamora, consultor HCI/USAID; y la colaboración especial del Dr. Hugo Godoy, Héctor Colindres y la Lida. Glenda Ruíz de MSH/ULAT/USAID.

Esta publicación ha sido posible por el apoyo generoso del pueblo Norteamericano a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo internacional (USAID). Los contenidos no necesariamente reflejan los puntos de vista de la USAID o del gobierno de los Estados Unidos de Norte América.



SECRETARÍA DE ESTADO
EN EL DESPACHO DE SALUD
AUTORIDADES NACIONALES

DR. ARTURO BENDAÑA PINEL

SECRETARIO DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD

DRA YOLANI BATRES

SUB SECRETARIA DE REDES DE SERVICIOS

LIC. MIRIAM YOLANDA PAZ

SUB SECRETARIA DE RIESGOS POBLACIONALES

DR. JAVIER RODOLFO PASTOR

SUB SECRETARIO DE POLÍTICA SECTORIAL

ABOG. RAÚL MATAMOROS BERTOT

SECRETARIO GENERAL

LIC MOISÉS TORRES LÓPEZ

GERENTE ADMINISTRATIVO

ÍNDICE

| | |
|---|--------------------------------------|
| PRESENTACIÓN | 5 |
| INTRODUCCIÓN | 6 |
| ACRONÍMICOS | 7 |
| DEFINICIÓN DE TÉRMINOS | 9 |
| I.DEFINICIÓN, MISIÓN Y VISIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD..... | |
| ¡Error! Marcador no definido. | |
| II.COMPONENTES, ACTORES Y MECANISMOS DEL SISTEMA DE CALIDAD..... | 133 |
| 1.Componentes del sistema | 13 |
| 1.1 Normalización y Reglamentación Técnica..... | 13 |
| 1.2 Vigilancia de la calidad | 14 |
| 2.Actores del sistema..... | 15 |
| 3. Mecanismos de la calidad..... | 15 |
| a) Mecanismos externos de la calidad..... | 15 |
| b) Mecanismo interno de la calidad..... | 17 |
| III. ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SNCS | 15 |
| IV. PRIORIDADES DEL SISTEMA DE CALIDAD..... | 20 |
| 1. Habilitación establecimientos de interés sanitario..... | 20 |
| 2. Certificación y recertificación de recursos humanos..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 3. Mejora continua de la calidad..... | 21 |
| 4. Subsistema de información de calidad en salud | 21 |
| V.IMPLICACIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD..... | 23 |
| 1. Ordenamiento de la función de normalización y reglamentación técnica | 23 |
| 1.1Redefinición de la estructura orgánica y funcional de normalización y reglamentación técnica..... | 23 |
| 1.2 Organización de los Comités Técnicos de Normalización (CTN)..... | 23 |
| 1.3 Creación de la Comisión Sectorial de Normalización en Salud..... | 244 |
| 2. Ordenamiento del proceso de vigilancia de la calidad..... | 24 |
| 2.1 Redefinición de la estructura orgánica y funcional de vigilancia de la calidad | 24 |
| 2.2 Proceso de designación para los Organismos de Vigilancia de la Calidad (OVC)..... | 24 |

PRESENTACIÓN

Este documento es una propuesta de política para dar ordenamiento y definir las actividades relacionadas con la calidad del sistema de salud en Honduras, tanto de los insumos, los procesos de gestión y atención, los establecimientos y los servicios de interés sanitario. Su ámbito es el sector salud de Honduras, tanto los incluidos en el subsistema de servicios de salud como los del subsector sanitario.

Este documento consta de seis componentes expresados como capítulos:

El Capítulo I. DEFINICIÓN, MISIÓN Y VISIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD, da una perspectiva del sistema de calidad de una manera concreta y clara sobre sus fines e ideales.

El Capítulo II. COMPONENTES, ACTORES Y MECANISMOS DEL SISTEMA DE CALIDAD, describe que el SNCS está constituido por dos grandes componente: normalización, que es la definición de cómo algo - un servicio, un proceso, etc. - debe funcionar; y la vigilancia que asegura que esa normativa se cumpla. Además, hace referencia a los actores centrales de este sistema de calidad, que son tres: el rector, o sea el Estado a través de la Secretaría de Salud (SS); los proveedores de los productos y servicios y los establecimientos de interés sanitario, definidos según ley; y los usuarios o clientes, como receptores finales de esos productos y servicios. Y finalmente hace mención de los mecanismos externos e internos del sistema de calidad.

El Capítulo III. ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SNCS, expresa los aspectos clave para que el SNCS funcione.

El Capítulo IV. PRIORIDADES DEL SISTEMA DE CALIDAD, donde se delimitan cuatro elementos que son fundamentales y prioritarios para el desarrollo y práctica del sistema de calidad: El primero se refiere al proceso de habilitación de los proveedores; segundo, a la certificación de los recursos humanos; tercero, a los procesos de mejora continua a nivel de los proveedores; y el cuarto, al desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, fundamental para mantener su dinámica interna.

El Capítulo V. IMPLICACIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD, donde se enuncian las implicaciones estructurales y organizacionales sobre las que se deberá efectuar ajustes para que el SNCS pueda operar.

INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Salud (SS) ha iniciado acciones destinadas a definir un modelo de calidad en salud, y el diseño consiguiente del Sistema Nacional de Calidad en Salud (SNCS), adecuado a las circunstancias actuales de un mundo globalizado, de tratados de integración económica y de libre comercio, a la intensificación del tránsito de personas por el turismo y el comercio mismo, cambios todos que conllevan riesgos y oportunidades nuevas. Pero también, esta definición de la calidad en salud se está dando en un ambiente nacional en el cual los clientes/usuarios son cada vez más conscientes y exigentes en la garantía de la seguridad en el uso de los servicios identificados como de interés sanitario y, dentro de este contexto, la calidad recibida y percibida es sumamente importante. Por otro lado, la intensificación de los procesos de reforma del sector salud – y del Estado mismo en su totalidad - orientados a ampliar la cobertura de los servicios, y al mejoramiento general del bienestar de la población, crean la necesidad de una gestión gubernamental ágil, eficiente y eficaz. Esto lleva a la intensificación de los procesos de descentralización y desconcentración de la gestión gubernamental, procesos en los cuales la calidad, como un mecanismo que define la operación apropiada, ejerce vigilancia, da seguridad y busca el desarrollo de la excelencia, es un eje fundamental para lograr esos propósitos de mejora y bienestar.

Así mismo, si bien el propósito final y central del SNCS, es garantizar la seguridad y satisfacción de los usuarios/as, se debe destacar que un propósito intermedio y de carácter institucional, que incluye a todos los elementos constitutivos del sector salud, es la creación de la CULTURA DE LA EXCELENCIA, mediante la demostración de la competencia técnica y la utilización de las mejores prácticas en los servicios de salud. De manera tal que, esta visión de la calidad, signifique que debe migrarse hacia el concepto y práctica de hacer las cosas bien, desde el inicio bien, siempre bien, y en un proceso permanente de innovación y mejora continua. La cultura de la excelencia debe permear toda la cultura hondureña lo cual dará la oportunidad de crecer y medrar en un mundo globalizado en el cual, la calidad y la garantía de la misma, es un factor crucial para poder expandirse y competir.

Además, el desarrollo del SNCS debe estar aparejado al desarrollo de las nuevas tecnologías de información, como la internet, los celulares, la televisión satelital, las teleconferencias y las computadoras que permiten, en tiempo real, conectar a persona e instituciones y tener acceso a volúmenes grandes y oportunos de información, lo que es una condición para establecer un sistema de calidad eficiente, oportuno y exitoso.

ACRONÍMICOS

AS: Autoridad Sanitaria

BPM: Buenas Prácticas de Manufactura

CH: Certificado de Habilitación

CSNS: Comisión Sectorial de Normalización en Salud

CTN: Comité Técnico de Normalización

DEBORA: Grupos organizados trabajando con la comunidad para la vigilancia de la satisfacción de usuarios. El nombre se inspira en una jueza israelita considerada justa, trabajadora y responsable

DGC: Departamento de Garantía de la Calidad

DGRS: Dirección General de Regulación Sanitaria

EC: Evaluación de la Conformidad

FNUAP: Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población

IHSS: Instituto Hondureño de Seguridad Social

LS: Licencia Sanitaria

MANCORSARIC: Mancomunidad de Municipios de Copán Ruinas, Santa Rita y Cabañas, incluyendo a San Jerónimo

MCC: Mejora Continua de la Calidad

OEC: Organismo de Evaluación de la Conformidad.

OHA: Oficina Hondureña de Acreditación

OHN: Oficina Hondureña de Normalización

OMS: Organización Mundial de la Salud,

OVC: Organismos de Vigilancia de la Calidad

PAN: Plan Anual de Normalización

PAVC: Plan Anual de Vigilancia de la Calidad

PSEIS: Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario, incluyendo los recursos humanos.

QAP: Quality Assurance Project



SEPLAN: Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa.

SES: Secretario de Estado de Salud

SNCS: Sistema Nacional de Calidad en Salud

SS: Secretaría de Salud

UFAU: Unidades Funcionales de Atención al Usuario

USAID: United States Agency for International Development

VC: Vigilancia de la Calidad

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

ACREDITACIÓN: Procedimiento mediante el cual un organismo autorizado otorga reconocimiento formal de que un organismo o persona es competente para llevar a cabo tareas específicas.

ACREDITACIÓN DE SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS DE SALUD: Es un proceso de evaluación externa, voluntario, y periódico, que garantiza la calidad a través de la medición del cumplimiento de estándares óptimos previamente establecidos y conocidos por las entidades evaluadas.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los cliente/usuarios. Es de carácter técnico y requiere competencia en el área que se audita.

AUTORIDAD SANITARIA: Instancia, organismo o funcionario público que por ley o delegación tiene la potestad de velar por el cumplimiento de normas, políticas, criterios, sistemas y procedimientos de carácter técnico que deban regir las unidades administrativas y ejecutoras de los servicios de salud.

CALIDAD: Hacer lo correcto de manera correcta siempre.

CANCELACIÓN DE LICENCIA SANITARIA: Privación de la autorización concedida para el funcionamiento de un establecimiento.

CANCELACIÓN DE REGISTRO SANITARIO: Es la privación definitiva de la autorización que se había conferido, por haber incurrido en hechos o conductas contrarias a las disposiciones sanitarias.

CERTIFICACIÓN: Es un procedimiento voluntario mediante el cual un tercero, llamado organismo certificador, otorga garantía escrita de que una persona, producto, proceso o servicio cumple con los requisitos establecidos en relación a una normativa o reglamento, y que determinan la existencia de competencias que permiten ejercer correctamente las prestaciones y funciones esperadas.

CLIENTE/CLIENTE/USUARIO/CLIENTE/USUARIO: Toda persona que utiliza los servicios de salud públicos o privados independientemente si existe o no una remuneración directa por estos servicios.

CONTROL: Comprobación, inspección, fiscalización, intervención. Regulación manual o automática de un sistema.

DESIGNACIÓN: Autorización para que un determinado organismo, en un ámbito de actuación definido y debidamente certificado o acreditado, y actuando a nombre del ente rector, lleve a cabo actividades de Vigilancia de la calidad (OVC)

ESTABLECIMIENTOS DE INTERES SANITARIO: Entidad que produce, manipula, almacena, transporta, distribuye, expende o dispensa productos de interés sanitario; así como brinda servicios de salud en forma organizada formalmente clasificados según el grado de complejidad.

FISCALIZAR: Significa cuidar y comprobar que se proceda con apego a la ley y a las normas establecidas al efecto.

FISCALIZACIÓN SANITARIA: Controlar, comprobar y asegurar la aplicación del marco normativo sanitario que debe acatar toda persona física y jurídica que provea o reciba bienes y servicios de interés sanitario, o que realiza actividades o mantiene conductas que por su naturaleza puedan afectar la salud de la población, ambientes de vida y trabajo, con el fin de proteger la salud de individuos, familias y comunidades.

INSPECCIÓN: Acto de revisar o constatar el estado de funcionamiento de un establecimiento de interés sanitario y/o productos relacionados, y que utiliza un instrumento previamente definido para su ejecución.

HABILITACIÓN: Es un proceso desarrollado por el establecimiento o servicio de interés sanitario, y que implica la revisión y el cumplimiento de las condiciones básicas y los estándares de conformidad en cuanto a capacidad operativa, científica y tecnológica que están previamente definidas por el ente rector. El cumplimiento de estos estándares es verificado por una entidad designada por el ente rector y será la Autoridad Sanitaria quien otorgará la licencia sanitaria.

METROLOGIA: Ciencia de la medida. Se ocupa de lo relativo a los métodos de medición, medios de medición y calibración de los patrones y equipos empleados en producción, pruebas e inspección de servicios y bienes.

NORMAS TÉCNICAS: documentos establecidos por consenso y aprobados por un organismo reconocido, que provee, para el uso común y repetido, reglas, lineamientos o características de algún proceso o su resultado, con el fin de lograr un óptimo grado de orden en un contexto determinado. Las normas deben basarse en los resultados consolidados de la ciencia, la tecnología y la experiencia (ISO/IEC Guide 2:2004).

NORMALIZACIÓN: Actividad colectiva encaminada a dar soluciones a situaciones repetitivas, que provienen fundamentalmente del campo científico o técnico, y consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas.

REGLAMENTACIÓN TÉCNICA: Disposición de carácter obligatorio que contiene medidas legislativas y/o administrativas, y que ha sido adoptada y publicada por un órgano legal que tenga los poderes necesarios al efecto. Un reglamento puede hacer obligatoria cualquier norma hasta entonces voluntaria.

REGULAR: Determinar las reglas o normas a las que debe ajustarse alguien o algo.

REGULACION: Proceso mediante el cual se regula o se ordena.

REGISTRO SANITARIO: Es la autorización para que un producto de interés sanitario pueda ser fabricado, importando, envasado o expedido una vez se cumpla con todos los requisitos técnicos y legales.

LICENCIAMIENTO: Procedimiento técnico administrativo de carácter obligatorio, que verifica el cumplimiento de requisitos mínimos indispensables vigentes para fines de otorgar o denegar la licencia sanitaria



LICENCIA SANITARIA: Es la autorización para que un establecimiento pueda fabricar, importar, exportar, transportar, distribuir, manipular, almacenar, envasar, expender y dispensar productos de interés sanitario; así como brindar servicios en salud, una vez que se cumpla con todos los requisitos técnicos y legales.

PRODUCTOS DE INTERES SANITARIO: Son los alimentos y bebidas, medicamentos, biológicos, cosméticos, productos higiénicos, sustancias peligrosas, dispositivos y equipos de uso médico, productos naturales, reactivos de laboratorio, y otros que en su momento sean considerados por la autoridad sanitaria y que representan un riesgo para la salud

VIGILANCIA DE LA CALIDAD (VC): Proceso de medición y verificación del cumplimiento de la normativa vigente.

I. DEFINICIÓN, MISIÓN Y VISIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD

1. Definición

El Sistema Nacional de Calidad en Salud (SNCS) como el conjunto procesos, procedimientos, normas y reglamentos que, de forma ordenada y transparente desarrollan los actores del SNCS bajo el liderazgo de la SS, como entidad rectora, encaminado a la normalización y la vigilancia de la calidad de los Productos, Servicios y Establecimientos de Interés Sanitario (PSEIS) y de los procesos de atención, gestión y producción, con el fin de proteger la salud y garantizar la seguridad y satisfacción de la población.

2. Misión

El SNCS como parte integral del sistema de salud, garantiza el establecimiento de directrices y mecanismos que orienten el desarrollo de las acciones destinadas a mejorar la calidad, transparencia y la seguridad, a través del compromiso con la mejora continua de la calidad, la innovación y la excelencia.

3. Visión

El SNCS habrá establecido, de forma gradual, la elaboración, comunicación y aplicación del marco normativo así como de los mecanismos que garanticen su cumplimiento a través de la vigilancia de la calidad (VC), el desarrollo de los procesos de mejora continua de la calidad (MCC), y con ciudadanos participando activamente en el diseño, gestión y vigilancia de la calidad en salud.

II. COMPONENTES, ACTORES, Y MECANISMOS DEL SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD.

La política nacional de calidad en salud, en el marco del aseguramiento universal tal como lo establece el Plan de País y el Plan Nacional de Salud 2010-2014, debe implementar los mecanismos externos de control de calidad - habilitación, certificación y acreditación -, y fortalecer los mecanismos internos para su control - mejoramiento continuo -, aplicados a todos sus procesos. El fin es garantizar a todo usuario/o que los productos, servicios, recursos humanos y establecimientos de interés sanitarios en el país, se brinden aplicando las prácticas más seguras de la ciencia y la tecnología, basadas en evidencia, que aseguren el mínimo de riesgos a la salud y la vida humana. Así mismo, para lograr lo anterior, se debe incrementar en los ciudadanos el derecho y obligación a participar en el diseño de los servicios de salud y en el control de la calidad de los mismos.

La Política Nacional de Calidad en Salud es de obligatorio cumplimiento en el sector salud, incluyendo las organizaciones públicas, privadas o mixtas proveedoras de servicios en salud y proveedores de servicios y productos al sector.

1. Componentes del sistema

Los dos grandes componentes del SNCS son la **NORMALIZACIÓN Y REGLAMENTACIÓN TÉCNICA**, y la **VIGILANCIA**, las cuales son función del Estado, conducidas por la Secretaría de Salud en su carácter rector.

a) Normalización y Reglamentación Técnica

La normalización es la actividad colectiva encaminada a dar soluciones a situaciones repetitivas, que provienen fundamentalmente del campo científico o técnico, y consiste en la elaboración, difusión y aplicación de normas técnicas

Las Normas Técnicas son “documentos establecidos por consenso y aprobados por un organismo reconocido, que provee, para el uso común y repetido, reglas, lineamientos o características de algún proceso o su resultado, con el fin de lograr un óptimo grado de orden en un contexto determinado. Las normas deben basarse en los resultados consolidados de la ciencia, la tecnología y la experiencia”, (ISO/IEC Guide 2:2004).

La reglamentación técnica es una disposición de carácter obligatorio que contiene medidas legislativas y/o administrativas, y que ha sido adoptada y publicada por un órgano legal que tenga los

poderes necesarios al efecto. Un reglamento puede hacer obligatoria cualquier norma hasta entonces voluntaria.

Los Reglamentos Técnicos son "documentos en el que se establecen las características de un producto o los procesos y métodos de producción con ella relacionados, con inclusión de las disposiciones administrativas aplicables, y cuya observancia es obligatoria" (OMC-OTC).

La reglamentación técnica es expedida por el Estado y mediante el cual se establecen requisitos y condiciones de carácter obligatorio y perentorio para el mantenimiento de la calidad en cuestiones de riesgo que afecten aspectos fundamentales como la vida, la salud, la seguridad, el medio ambiente y la información a los usuarios o consumidores.

i) Las áreas prioritarias para el desarrollo de la normativa en salud son:

- Habilitación.
- Certificación y recertificación de los recursos humanos;
- Certificación de servicios y establecimientos.
- Procesos de atención y gestión.
- Mejora continua de la calidad.
- Acreditación.

iv) La normalización se lleva a cabo en coordinación con el Organismo Hondureño de Normalización (OHN) dependiente de la Dirección de Innovación y Competitividad de la Secretaría Técnica de Planificación y Cooperación Externa (SEPLAN).

v) Cuando sea pertinente se solicitará la cooperación técnica de organismos nacionales y/o internacionales expertos en el tema a normalizar.

b) Vigilancia de la calidad

i) La vigilancia de la calidad (VC) es el proceso de medición y verificación, mediante el cual, un producto, proceso, persona, servicio o sistema, es evaluado con respecto a una norma técnica o un reglamento vigente.

ii) Las normas técnicas, que está conformada por estándares, indicadores, instrumentos y guías para la vigilancia, serán elaboradas y proporcionadas por el ente normalizador designado por el rector. De este proceso participa estrechamente el ente estructural de la Secretaría de Salud responsable de conducir la vigilancia.

iii) La VC debe llevarse a cabo por organismos especializados de carácter privado o público, denominados Organismos de Vigilancia de la Calidad (OVC.). Los OVC deberán estar acreditados y actuar a nombre del rector.

2. Actores del sistema

El fin último y central del SNCS es ofrecer servicios de calidad, confiables y seguros al usuario/a, por tanto, la satisfacción de éstos dependerá del desempeño de los actores involucrados.

Los principales actores del SNCS son:

a) Secretaría de Salud de Honduras

Que a través de su función rectora, garantiza la calidad de los servicios de salud y los productos de interés sanitario por el ejercicio de los componentes de normalización y vigilancia de la calidad.

b) Los proveedores

Tienen la responsabilidad de cumplir las normas técnicas y los reglamentos técnicos definidos, así como desarrollar e implementar los procesos de mejora continua de la calidad (MCC) y evaluación de su desempeño.

c) Usuarios/as

Es el conjunto de ciudadanos, que de manera organizada, pueden incluso participar activamente en el diseño y gestión de los servicios de salud, incluyendo el control de la calidad y la adecuación de los mismos a sus necesidades y expectativas.

3. Mecanismos de la calidad

Para asegurar la calidad, el SNCS implementará los siguientes mecanismos:

a) Mecanismos externos de la calidad:

i) Habilitación

Es el proceso que implica el cumplimiento de las normas en cuanto a capacidad operativa, científica y tecnológica, que han sido previamente definidos y establecidos por el ente rector y que permite la entrada de los proveedores al sistema nacional de salud, una vez que se han verificado el cumplimiento de los estándares básicos definidos en la normativa por el ente rector.

El ente rector debe garantizar el acceso a la normativa de habilitación a través de medios oficiales tales como una página web o documentos impresos puestos a la disposición de cualquier proveedor.

La habilitación se inicia con la evaluación interna del proveedor cuando, por sí mismo, verifica que cumple con los estándares definidos.

Posteriormente, una organización de vigilancia de la calidad (OVC) debe hacer la verificación del cumplimiento de la normativa y, en el caso de cumplimiento proceder a la extensión del Certificado de Habilitación (CH).

El proceso de habilitación permite al proveedor, presentando el certificado de habilitación, solicitar la licencia sanitaria (LS) la cual es el documento legal que le otorga el permiso para ingresar al sistema de salud.

El otorgamiento de LS estará a cargo exclusivamente de la autoridad sanitaria (AS) respectiva.

El ente rector será quien establecerá el periodo de vigencia de la LS, a través de los mecanismos legales apropiados y de acuerdo a la naturaleza de los establecimientos y/o los servicios.

Una vez extendida la LS, la autoridad sanitaria procederá a incluir en una base de datos la institución o servicio licenciado. Esta base de datos deberá estar permanentemente actualizada y al acceso del público en un sitio de la red o por otros medios similares. Sin estar incluido en esta base de datos ninguna organización puede operar y/o ser contratada aun cuando se le haya extendido la licencia sanitaria.

ii) Certificación

La certificación es un procedimiento voluntario mediante el cual un tercero, llamado organismo certificador, otorga garantía escrita de que una persona, producto, proceso o servicio cumple con una norma, y que determinan la existencia de competencias para ejercer correctamente las prestaciones y funciones esperadas.

El ente rector deberá identificar y promover instituciones y personas que asuman el papel de organismos certificadores debidamente acreditados en el ámbito nacional para ejercer esa función.

iii) Acreditación

La acreditación es el reconocimiento público y formal de que un servicio, proceso, gestión, persona o establecimiento cumple con los requisitos establecidos en una norma técnica y que es competente técnicamente para llevar a cabo tareas específicas.

Características de la acreditación:

- Demostración de competencia con base en criterios reconocidos internacionalmente.
- Reconocimiento de tercera parte (realizado por un Organismo de Acreditación).

La SS deberá proceder a la identificación de organismos acreditados en las distintas áreas de la salud y en el caso de no existir organismos nacionales acreditados relacionados, se debe estimular su creación. En este proceso se establecerá la coordinación necesaria con el Organismo Nacional de Acreditación denominado actualmente Oficina Hondureña de Acreditación (OHA) perteneciente a SEPLAN.

b) Mecanismo interno de la calidad

i) Mejora continua de la calidad (MCC)

La MCC son los cambios introducidos en los procesos de atención y gestión en salud para la corrección de la brecha existente entre la calidad esperada y observada.

El rector estimulará los procesos de mejora continua a nivel de los proveedores, como consecuencia primaria y obligada del desarrollo e implantación de la normativa, así como de la vigilancia de su cumplimiento.

Así mismo, se debe desarrollar la normativa que establezca el marco operativo de los procesos de mejora continua.

Los procesos de mejora continua se fundamentan en la norma establecida por el rector de salud para la normalización de las entradas y procesos del sistema de salud.

La mejora continua de la calidad es un proceso que debe ser desarrollado a nivel de los proveedores y ser de su responsabilidad, ya que allí es donde toma lugar el producto y servicio clave y final de todo el sistema de calidad: la excelencia e innovación permanente.

En la medida que la reforma avance y la función proveedora de servicios de salud se separe, en esa medida la MCC será cada vez más responsabilidad directa de los servicios públicos descentralizados, sobre lo que rendirán cuentas y en base a lo cual serán pagados y recompensados. Esto debe quedar establecido en los Contratos y Convenios de Gestión.

Para garantizar los procesos de MCC eficaces y sostenibles, se deberán tomar en cuenta los siguientes lineamientos:

- La organización de equipos multidisciplinarios que serán los responsables de la aplicación de los métodos y herramientas de calidad en los diferentes niveles o ámbitos de trabajo.
- La formación de facilitadores que brindaran asesoría técnica permanente en métodos y herramientas de calidad a los equipos como un elemento fundamental de institucionalización de la MCC.
- Documentar permanente el trabajo de MCC realizado por los equipos.
- Intercambiar experiencias permanentemente para el aprendizaje entre equipos de sus logros e innovaciones.

III. ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SNCS

1. Con respecto al Estado como ente rector en su función de autoridad sanitaria.

- 1.1 Asignación de recursos en el Presupuesto Nacional de Ingresos y Egresos del Estado en el área de salud, para el desarrollo de las actividades de implementación, seguimiento y evaluación del Sistema Nacional de Calidad en Salud.
- 1.2 Establecimiento de las normas, reglamentos, directrices o disposiciones en calidad de atención a ser cumplida por los proveedores de servicios y productos en salud.
- 1.3 Establecimiento de mecanismos de vigilancia de la implementación de la Política Nacional de la Calidad en Salud.
- 1.4 Establecimiento de mecanismos de evaluación de la percepción de la calidad de atención por parte de los usuarios.
- 1.5 Establecimiento de instancias y mecanismos de rendición periódica de cuentas a la ciudadanía sobre la calidad de la atención provista.
- 1.6 Promoción, difusión y capacitación en la implementación de Buenas Prácticas de atención en salud.

2. Con respecto al ciudadano, usuario o cliente.

- 2.1 Desarrollar procesos de investigación de las necesidades de los usuarios a través de la aplicación de encuestas, organización de grupos focales, con la participación de los usuarios/as en dichas investigaciones.
- 2.2 Creación de las condiciones necesarias para que el usuario/a pueda participar de una manera más directa en la gestión, evaluación y planificación de los servicios de salud, contribuyendo así al fortalecimiento de la petición-rendición de cuentas.
- 2.3 Definición, promoción, fortalecimiento de los medios legales y técnicos correspondientes para que el usuario/a pueda expresar su nivel de satisfacción sobre los servicios del sector salud.
- 2.1. Promoción del buen trato al usuario/a relacionado con el respeto, amabilidad, atención personalizada, privacidad, confidencialidad e información continua que el personal de salud debe ofrecer.

3. El enfoque de sistemas y procesos

- 3.1. Requiere analizar y tomar en cuenta los insumos, procedimientos y resultados involucrados en el SNCS, ya que cualquier alteración en los mismos afectará positiva o negativamente la calidad deseada.
- 3.2. Implica, entonces, que los actores del SNCS, deben basarse en el análisis sistemático de los insumos, procedimientos y resultados de acuerdo a la normativa establecida.

4. Toma de decisiones basadas en información

- 4.1. Para impulsar la calidad, los actores del SNCS deben conocer su funcionamiento, basándose en información concreta y medible que le den objetividad.
- 4.2. La toma de decisiones debe conducir al mejoramiento de la calidad y para esto se debe diseñar un sistema de información de calidad que permita contar con los datos necesarios para esta toma de decisiones.

5. Trabajo en equipo

- 5.1. Para el logro de los objetivos del SNCS, es necesario fomentar el trabajo en equipo como mecanismo de fortalecimiento de la cooperación para la solución de problemas.
- 5.2. El trabajo en equipo permite que un grupo de personas comparta metas y objetivos comunes determinados por las necesidades de la institución y la comunidad. Es interdependiente y desarrollado en un plano horizontal, con respeto, y orientado a la satisfacción de los usuarios.

6. Fomento y fortalecimiento del liderazgo

- 6.1. El fomento del liderazgo en todos los actores del SNCS y en todos los niveles del sector salud es clave para el éxito del sistema. La calidad requiere compromiso y participación activa de los actores, de tal manera que en su propia dimensión y ámbito de acción puedan desarrollar sus funciones de manera plena y con liderazgos claramente establecidos que faciliten el respaldo a la toma de decisiones acertadas y oportunas.

IV. PRIORIDADES DEL SISTEMA NACIONAL DE CALIDAD EN SALUD

1.Habilitación de los establecimientos de interés sanitario

- 1.1. Se deben poner en marcha los mecanismos y medios para la elaboración y revisión de las normas técnicas y reglamentos de habilitación.
- 1.2. Definir los mecanismos para la vigilancia del cumplimiento de las normas técnicas y reglamentos de habilitación de los establecimientos de interés sanitario.
- 1.3. Elaborar un plan de implementación que incluya al menos las siguientes acciones:
 - Elaborar una ruta crítica del proceso de habilitación con los instrumentos, flujo gramas, y procedimientos.
 - Realizar inventario de establecimientos sanitarios con el respectivo diagnóstico de su situación normativa actual, incluyendo la situación en cuanto a la verificación de esa normativa.
 - Priorización de los establecimientos de interés sanitario a ser habilitados.
 - Elaboración de la normativa o revisión de la misma de acuerdo a la priorización realizada.
 - Definir los contenidos de información requeridos para el proceso de habilitación de establecimientos de interés sanitario y que formaran parte del subsistema de información de calidad.
 - Programación de Habilitación de establecimientos de interés sanitario para un periodo determinado.
 - Implementación de los mecanismos de vigilancia para la verificación de la habilitación.

2.Certificación y recertificación de los recursos humanos en salud

- 2.1 La certificación y recertificación de los recursos humanos en salud es esencial para asegurar sistemática y continuamente que las personas disponen de los conocimientos y destrezas que exige el cargo para el cual han sido nombrados.
- 2.2 Deben definirse los mecanismos y medios, incluyendo los entes y personas que llevaran a cabo la certificación y recertificación de los recursos humanos en salud. La certificación de competencias de los recursos humanos en salud deben promoverse a través de organismos públicos o privados acreditados en los alcances requeridos.

3. Mejora continua de la calidad

- 3.1 Se prioriza la elaboración de las normas técnicas y reglamentos de los procesos de atención y gestión esenciales del subsistema de servicios de salud, que incluya los instrumentos de verificación para la evaluación de los mismos.
- 3.2 La definición de la norma técnica para el desarrollo y aplicación de la mejora continua de la calidad (MCC), la cual deberá ser implementada y evaluada.
- 3.3 Poner en operación los mecanismos y medios para llevar a cabo la vigilancia del cumplimiento de los estándares que se hayan definido para los procesos de atención de los proveedores de servicios de salud y para los procesos de gestión priorizados.
- 3.4 El plan de implementación para la puesta en marcha de la mejora continua de la calidad de los procesos de atención y gestión esenciales en el subsistema de los servicios de salud contendrá al menos los siguientes aspectos:
 - 3.4.1 Ruta crítica con los objetivos, flujo grama, y procedimientos.
 - 3.4.2 Realizar inventario de las normas de los procesos de atención y gestión con el respectivo diagnóstico de su situación actual.
 - 3.4.3 Priorización de los procesos de atención y gestión a ser normalizados.
 - 3.4.4 Elaboración de la norma o revisión de la misma.
 - 3.4.5 Identificación de los mecanismos de vigilancia de la calidad.
- 3.5 Cada proveedor de salud será responsable por el desarrollo de los siguientes aspectos:
 - 3.5.1 Elaboración del manual de la calidad propio del establecimiento, basado en el sistema nacional de calidad del sector.
 - 3.5.2 Elaboración del plan de calidad (implementación del sistema de calidad.)
 - 3.5.3 Desarrollar mejora continua de la calidad en todos sus procesos, desde los misionales hasta los administrativos y de apoyo.

4. Subsistema de información de calidad en salud

- 4.1 El diseño de un sub-sistema de Información de la Calidad en Salud (SICS) integrado al Sistema de Información general de la SS, tenga el propósito de:
 - Estimular la mejora de la calidad entre los diversos proveedores.
 - Que los usuarios puedan disponer de información para toma de decisiones a través de orientarlos en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, y en el conocimiento de la calidad de los proveedores de productos y servicios.
 - Permitir al rector orientar la toma de decisiones en materia de calidad en salud.

4.2 Los objetivos del SICS, son los siguientes:

Objetivo general: Proporcionar información confiable, objetiva, accesible y oportuna sobre calidad a todos los actores del sector salud, para la mejora continua de la calidad y la toma de decisiones.

Objetivos específicos:

- Incentivar la gestión de la calidad basada en evidencia científica, hechos y datos.
- Facilitar que las entidades directivas y de vigilancia puedan realizar los ajustes pertinentes.
- Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de los proveedores en ámbito y naturaleza pertinente.
- Establecer los mecanismos que permitan que los usuarios puedan expresar su opinión sobre los servicios recibidos.

4.3 Elaborar un plan de implementación con participación activa y permanente las entidades integrantes del sector salud. sustentado en los siguientes principios:

- Participación activa y permanente las entidades integrantes del sector salud.
- La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad, y confiable en cuanto mida calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
- La información será transparente y basada en mecanismos de petición y rendición de cuentas.
- La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.
- La información debe ser clara, sencilla y comprensible para la población.
- La información transmitirá los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de un proveedor.
- La información será útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

V. IMPLICACIONES DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE CALIDAD

El desarrollo e implantación del SNCS requiere de la reorganización de la estructura orgánica de la SSH ya que la organización actual basada en problemas-programas no responde a las demandas de un nuevo modelo de calidad.

Por lo tanto y de manera imprescindible y previa a la implementación del SNCS, es esencial que la redefinición de la estructura orgánica de la SSH se concrete a través de la oficialización de una estructura que considere la separación de funciones, la petición y rendición de cuentas, y la descentralización. No se está proponiendo aumentar estructuras sino más bien, realizar una reingeniería en la cual las estructuras actuales se reorganicen en base a la calidad.

Lograr una estructura orgánica en la cual calidad, como un eje transversal, quede claramente expresado, implica lo siguiente:

1. Ordenamiento de la estructura de normalización y reglamentación técnica actual

1.1. Redefinición de la estructura orgánica y funcional normativa

El ordenamiento de la normalización y la reglamentación técnica requiere la creación de una instancia orgánica dedicada exclusivamente a esa tarea, para que puedan ser llevadas a cabo de una manera coherente, planificada, ordenada y coordinada. Estará constituida por expertos metodólogos en el desarrollo de normas técnicas y reglamentos, los cuales serán responsables de la conducción y liderazgo en el proceso de elaboración, comunicación y revisión de dicha norma.

Independientemente del tema de la norma técnica o reglamento, toda propuesta de elaboración debe ser presentada ante esta instancia para su eventual discusión, priorización e inclusión en un plan de trabajo anual.

1.2. Organización de los Comités Técnicos de Normalización (CTN)

Los CTN se conforman de manera *ad-hoc* por expertos en el tema tratado, y tendrán la responsabilidad de proporcionar los contenidos normativos

Cada CTN estará liderado por un miembro de la instancia normativa correspondiente, quien tendrá la responsabilidad de conducir el proceso y proporcionar la metodología estandarizada para la elaboración de la norma (Norma cero).

Para la elaboración de toda norma, los CTN deberán coordinar con la Oficina Hondureña de Normalización (OHN) de la Secretaría de Planificación (SEPLAN), así como con organismos internacionales en la materia que sean pertinentes.

1.3 Creación de la Comisión Sectorial de Normalización en Salud

La Comisión Sectorial de Normalización en Salud (CSNS) tendrá carácter deliberativo no ejecutivo, y estará constituida por todas las organizaciones que forman parte del sector salud.

Tendrá su propia organización interna con un presidente elegido de su seno. Los directores de las instancias de normalización serán miembros permanentes de esta Comisión, y actuarán como secretaría *ex-officio* (secretaría permanente) de la misma.

2. Ordenamiento de la vigilancia de la calidad.

2.2 Redefinición de la estructura orgánica y funcional de vigilancia de la calidad

El ordenamiento de vigilancia de la calidad requiere la creación de una instancia orgánica dedicada exclusivamente a esa tarea, para que pueda ser llevada a cabo de una manera coherente, planificada, ordenada y coordinada. Estas estructuras deben estar conformadas por expertos en metodologías como auditoría, inspectoría, evaluación y metrología, así como instrumentos, protocolos y guías de evaluación normativa de procesos de atención y gestión. Estos expertos serán responsables de la conducción y liderazgo de los procesos de vigilancia.

La estructura de vigilancia de la calidad puede constituirse o evolucionar, eventualmente, hacia una instancia separada del ente rector, con autonomía y jurisdicción sobre todo el sector salud.

2.3 Proceso de designación para los Organismos de Vigilancia de la Calidad (OVC)

El proceso de designación implica la selección y la adjudicación de la vigilancia de la calidad a un determinado organismo debidamente certificado o acreditado, el cual y en nombre del ente rector, realizará esta vigilancia.

La designación fortalece el desarrollo de la vigilancia de la calidad con la incorporación de actores expertos en esta área y contribuye a tener procesos ordenados, sistemáticos, regulares y transparentes.

**SECRETARIA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD
POLÍTICAS INSTITUCIONALES**

Formulario A4 SESAL

INSTITUCIÓN (MAE/MAI)

CONSIDERANDO:

Que, Para lograr ética, eficiencia, economía, cuidado del ambiente y transparencia en el logro de los objetivos institucionales.

Que, Es obligación promover el control social a través de información de calidad accesible a toda la comunidad por los medios más apropiados.

Que, ...

En ejercicio de sus atribuciones legales,

ACUERDA:

Aprobar las siguientes **POLÍTICAS INSTITUCIONALES** para guiar en forma permanente la promulgación de reglamentos, el diseño e implementación de procesos, instructivos y otras normativas, con el propósito de lograr ética, transparencia, eficiencia, eficacia y economía, en la gestión integral de la (Institución Pública):

Art. 1.- POLÍTICA DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Todos los servidores de la institución aplicarán en sus actividades públicas y privadas, las más elevadas normas de conducta, para generar confianza ciudadana y prestigiar a la Institución, mediante el cumplimiento del Código de Ética del Servidor Público, su Reglamento y demás normas aplicables, y la denuncia responsable y oportuna de irregularidades que sean de su conocimiento, sin importar el nivel jerárquico. Quienes denuncien sustentada y responsablemente, tendrán el respaldo de la MAE/MAEI

Art. 2.- POLÍTICA DE CONTROL INTERNO

Las autoridades, directivos y todos Los servidores de la institución, aplicarán los componentes, principios y normas de control interno contenidos en el Marco Rector de Control Interno Institucional de los Recursos Públicos (MARCI) emitido por el Tribunal Superior de Cuentas (TSC) y publicado en la Gaceta Oficial número ... del..., para ética, eficiencia, economía, cuidado del ambiente y transparencia en sus actuaciones, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos, y de acuerdo con el grado de autoridad y responsabilidad relativos a sus cargos.

Art. 3.- POLÍTICA DE TALENTO HUMANO

La MAE/MAI privilegiará la ética, la actitud y la competencia profesional en los procesos de selección, contratación, fijación de remuneraciones, admisión a los planes de carrera, evaluación del desempeño, promoción, y retención del talento humano, con el empleo de modernos sistemas de gestión que serán aplicados con objetividad, independencia y profesionalismo, para lograr un óptimo ambiente laboral y la calidad de los servicios para la comunidad.

Art. 4.- POLÍTICA DE PLANIFICACIÓN Y RENDICIÓN DE CUENTAS

La planificación integral de la institución que se realizará con la participación activa de sus servidores, de los organismos públicos y privados relacionados con sus funciones, y principalmente de la ciudadanía contará como mínimo con: objetivos, estrategias, metas, indicadores, actividades y medios de verificación de corto, mediano y largo plazo, que serán aplicados de manera obligatoria por todas las unidades administrativas de la Institución, para promover la eficacia, eficiencia, economía y la responsable rendición de cuentas, a través de la comparación objetiva de los resultados alcanzados y los recursos utilizados, frente a lo planificado.

Art. 5.- POLÍTICAS DE EFICIENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

La desconcentración, la simplificación y mejoramiento continuo de los procesos, la eficiencia y economía en el uso de los recursos humanos, materiales, financieros, tecnológicos y de tiempo, caracterizarán a la institución, a través de una organización sencilla y ágil orientada a los procesos, la coordinación, la transparencia mediante la comunicación interna y externa y la actitud de sus servidores.

Art. 6.- POLÍTICA DE TRANSPARENCIA

La información de la institución estará a disposición de la ciudadanía, de otros organismos del Estado y de todos los servidores de la Institución, con las excepciones que establezca la Ley, para promover el control social, disminuir los riesgos de errores e irregularidades, y lograr la coordinación interna y externa, utilizando todos los medios de comunicación disponibles, con énfasis en la tecnología.

Art. 7.- POLÍTICA DE TECNOLOGÍA

La institución utilizará en forma intensiva y generalizada, la tecnología más avanzada, auspiciará la investigación y el desarrollo de nuevos sistemas, técnicas y procedimientos de trabajo, para cumplir con eficiencia y seguridad sus actividades al servicio de la ciudadanía, de los organismos públicos y privados, y de los usuarios internos.

Art. 8.- POLÍTICA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS

La institución prestará a la ciudadanía y a otros usuarios públicos y privados, servicios eficientes y de alta calidad, para retribuir los impuestos y otras contribuciones que recibe, con educación, salubridad, seguridad, movilidad, conectividad a los más bajos costos y con los mejores estándares de satisfacción posibles.

Para la consecución de estas políticas se aplicará la mejor tecnología posible, se coordinará interna y externamente, se propenderá a la simplificación de los procesos y la adecuación de la normativa vigente.

Art. 9.- POLÍTICAS DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN

La institución coadyuvará el combate a la corrupción, mediante el diseño y ejecución de planes de probidad y ética, con la creación y funcionamiento del Comité de Probidad y Ética Públicas, con la participación de la ciudadanía y la coordinación efectiva con los organismos de control, la administración de justicia y demás instituciones públicas y privadas, nacionales e internacionales.

Dado y firmado en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. a los 17 días del mes de enero del 2023



**Nombre y firma de la Máxima Autoridad Ejecutiva
Secretario de Estado en los Despacho de Salud**