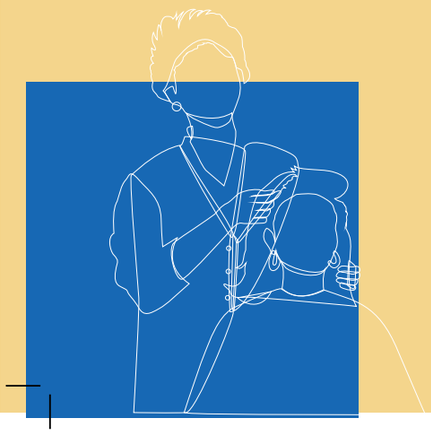


Libertad y Orden
Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Programa de Apoyo a la Reforma de Salud

CS Calidad en Salud en Colombia Los principios Carlos Alfonso Kerguelén Botero MD MA Colección pars

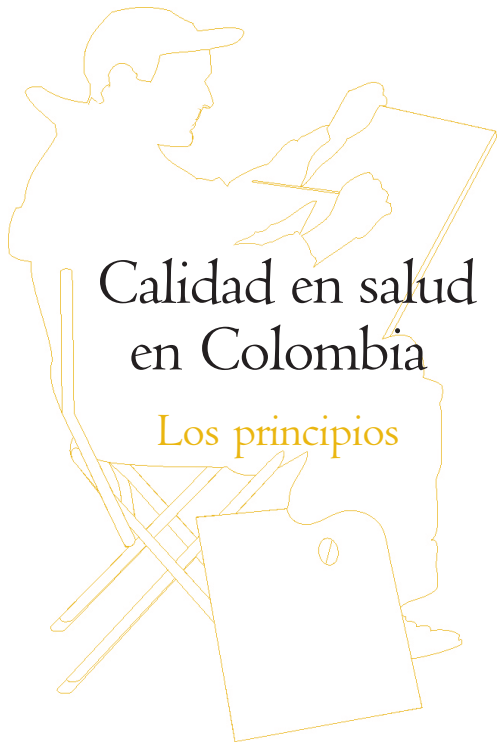
Calidad en salud en Colombia

Los principios

Carlos Alfonso Kerguelén Botero

Ministerio de la Protección Social
Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS

Ministerio de la Protección Social
Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
–PARS–



Calidad en salud en Colombia

Los principios

Carlos Alfonso Kerguelén Botero MD MA

Colección PARS

© 2008 Programa de Apoyo a la Reforma de Salud - PARS
Ministerio de la Protección Social - MPS

ISBN: 978-958-8361-49-9

Calidad en salud en Colombia. Los principios

Proyecto Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios (1999 - 2001)

Marzo 2008
Colección PARS

Teresa Tono Ramírez
Directora general
Edición técnica

Marcela Giraldo Samper
Directora editorial

Ana Mejía
Coordinación técnica y editorial

Editorial Scripto Ltda.
Impresión y acabados
Calle 76 Bis No 20C-19
Teléfonos: 217 38 30 - 606 20 71 - 606 74 30
Bogotá, D.C.

www.minproteccionsocial.gov.co
Cra. 13 No. 32-78
Teléfono 3305000, extensiones 1843/1503
Línea de atención al ciudadano
En Bogotá, 3305000, extensiones 1503/1843
Resto del país, 018000910097

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL - MPS

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social

Calos Jorge Rodríguez Restrepo
Viceministros Técnicos

Blanca Elvira Cajigas de Acosta
Viceministra de Salud y Bienestar

Marcela Giraldo Suárez
Dirección General de Calidad de Servicios

PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD - PARS

Teresa Tono Ramírez
Directora Ejecutiva

Jaime Ramírez Moreno
Coordinador Técnico Científico

María del Rosario Estrada Moncayo
Coordinadora Administrativa y Financiera



Tabla de contenido

Página

Presentación 11

Introducción 15

Capítulo 1
La calidad y el sistema de salud ¿un problema de ley? 27
A. Debate legal y conceptual 29
B. Puntos de partida para la discusión 30
C. Algunos hitos de la calidad en la reglamentación 33
1. La calidad y los fundamentos de la ley 33
D. Discusión metodológica de la calidad en la reglamentación . 43
E. De la ley a la práctica 46
1. Decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996 46
2. Decreto 2309 de octubre 15 de 2002 49
3. Decreto 1011 de abril 3 de 2006 52

Capítulo 2
Incentivar el trabajo en calidad y trabajar la calidad
para lograr incentivos 55
A. Los incentivos y la garantía de calidad 57
B. Competencia e incentivos 60
C. Competencia regulada 62

Capítulo 3
Sistema - garantía - calidad 69
A. Intruducción 71
B. Sistema 72
C. Garantía 74

Página

D. Calidad 77
E. Necesidad de trazar líneas 84

Capítulo 4
Marco conceptual de los componentes del SOGC 89
A. Introducción 91
B. Habilitación 92
1. Papel del Estado en el Sistema único de habilitación 92
2. Ideas clave del Sistema único de habilitación 95
C. Sistema único de acreditación 98
1. Papel del Estado en la acreditación 98
2. Ideas clave para resaltar 100
3. Principios fundamentales 103
D. Auditoría 105
1. Papel del Estado en la auditoría 105
2. Ideas clave para resaltar 106
3. Principios fundamentales 113

E. Información a usuarios 114
1. Papel del Estado en el Sistema de información a usuarios 114
2. Ideas clave 119
3. Principios fundamentales 123

Capítulo 5
Los componentes hablan entre sí 127
A. Introducción 129
B. Cómo se hablan 130
1. La habilitación marca el mínimo 130
2. La acreditación y la habilitación se complementan 131
3. La auditoría 135
4. La información a usuarios y los incentivos 137
5. El reto final 139

Página

Capítulo 6
Todos quieren el progreso, pero ¿todos están dispuestos a hacer el cambio? 141
A. Introducción 143
B. El concepto de cambio 144
C. Rechazo natural al cambio 148
D. Implicaciones del cambio en el recurso humano 149
1. El cambio y las personas 150
2. Las personas y la cultura 151
3. Cómo ayudar a las personas 152
E. Tipos de personas involucradas en el cambio 155
F. Consideraciones para el cambioI 157
G. Fases del cambio 157
Bibliografía recomendada 160

Capítulo 7
Es evolución, no revolución 163
A. Introducción 135
B. Evolución y revolución 137
C. Puntos relevantes del mejoramiento continuo de la calidad .. 169
1. Punto I. La filosofía 169
2. Punto 2. Principios organizacionales 175
3. Punto 3. Liderazgo 180
4. Punto 4. Sistemas y procesos 183
5. Punto 5. Enfoque del problema 186
6. Punto 6. Participación de las personas y los equipos 188
7. Punto 7. La investigación de las causas de los problemas. 193
8. Punto 8. Medición 195
9. Punto 9. Provea entrenamiento continuo 197
10. Punto 10. Aprenda a gerenciar el cambio 198
11. Punto 11. Enfatiza el trabajo de investigación de necesidades y expectativas de los clientes 198
D. Organización y pasos para un mejoramiento 199
Bibliografía recomendada 202

Página

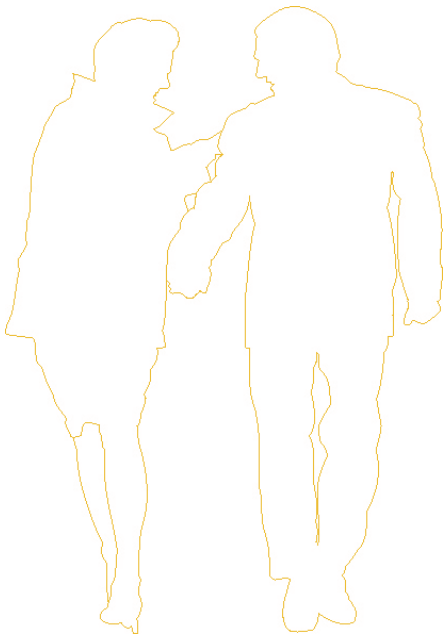
Capítulo 8
La calidad para el paciente tiene que ser gratis 205
A. Introducción 207

B. Enfoque de atención centrado en el cliente 211
C. Explicación del modelo 212
D. Los clientes y sus necesidades 216
E. Los clientes y el SOGC 220
Bibliografía recomendada 222

Glosario de siglas 225

Índice de cuadros 227

Índice de gráficos 229



Presentación

La reforma del sector en la década de los noventa, que creó el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) mediante la ley 100 de 1993, contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población.

En un sistema de salud basado en el aseguramiento como el SGSSS, pluralista con participación pública y privada, que opera bajo principios de equidad, universalidad, protección integral y libre escogencia de los usuarios, la calidad constituye un objetivo clave en cuyo logro concurren aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios. En este sentido, la generación, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención y su impacto sobre las condiciones de salud y bienestar de la población, ha estado presente en los postulados y desarrollos de la reforma desde su concepción.

La calidad de la atención, en el marco del SGSSS y la normatividad vigente, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.

En desarrollo de estos propósitos y con miras a disponer de evidencia, evaluar procesos y proponer alternativas de solución en torno a la calidad, el Ministerio de la Protección Social (MPS) a

través del Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) ha realizado una serie de proyectos orientados, en un primer momento, al diseño, desarrollo y ajuste de los instrumentos del Sistema de garantía de calidad, y a la implementación del mismo mediante acciones de asesoría y asistencia técnica.

Durante el período 1999 - 2001, el PARS ejecutó con el Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria - Canadian Council on Health Services Accreditation - QUALIMED, el proyecto Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de salud.

Este estudio a partir del análisis de teorías y conceptos sobre la calidad, el diagnóstico de la situación nacional y la revisión de experiencias nacionales e internacionales, propuso el Sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) con cinco componentes que interactúan forma armónica e integrada: a) en Sistema único de habilitación dirigido a garantizar el cumplimiento de unos requisitos obligatorios que minimicen los principales riesgos de la prestación de servicios de salud, con el fin de proteger la vida y la salud de los usuarios; b) Sistema único de acreditación, tanto de entidades promotoras de salud (EPS) como instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), en cuanto un proceso voluntario y periódico de evaluación de un conjunto de estándares óptimos de proceso; c) Auditoría encaminada al mejoramiento de la calidad de los procesos de atención en salud, mediante la evaluación sistemática de la calidad alcanzada frente a la deseada, según normas técnico científicas previamente definidas; d) Sistema de información a usuarios, para facilitar en estos la toma de decisiones basadas en calidad, que activen incentivos en los aseguradores y prestadores para mejorar los servicios y, finalmente, e) incentivos (económicos, de prestigio, legales y éticos) que estimulen la competencia por calidad.

Los resultados del proyecto se difundieron en el año 2001 en diversos informes sobre el sistema y cada uno de sus componen-

tes. Sus aportes fueron de gran trascendencia en la definición del marco teórico de la política del sistema de garantía de calidad, en los desarrollos normativos, en especial del decreto 2309 de 2002 que reglamentó el SOGC, en la prestación de asistencia técnica a los entes territoriales e instituciones para la implementación del sistema, y en el seguimiento y ajuste de los procedimientos e instrumentos.

En la segunda fase del PARS, se continuó con el apoyo a la reglamentación e implementación del sistema de habilitación de los prestadores de servicios de salud, la capacitación de funcionarios en el Sistema obligatorio de garantía de calidad, el diseño y difusión de mecanismos de empoderamiento de los usuarios a partir de la disponibilidad de información objetiva sobre la calidad de los servicios de salud, y ajustes a la normatividad sobre el SOGC.

En desarrollo de los incentivos de prestigio contemplados en el Sistema, como instrumentos orientados a disminuir las asimetrías de información, facilitar el ejercicio de la libre elección y promover la competencia por calidad, el PARS ejecutó en el año 2005 con el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional de Colombia dos proyectos sobre: a) Diseño y cálculo de un ordenamiento (*ranking*) de entidades promotoras de salud, a partir de las funciones establecidas para estas en el Sistema general de seguridad social en salud, como las de agencia, aseguramiento o gestión del riesgo y garantía de prestación de servicios; b) Elaboración de un ordenamiento (*ranking*) de instituciones prestadoras de servicios de salud con base en el Sistema único de habilitación. Se resaltan en estos proyectos las propuestas teórico - metodológicas para la construcción de los indicadores y ordenamientos, las cuales junto con los resultados, permiten futuros avances en esta materia.

De igual forma, en el año 2005 el PARS ejecutó con el Instituto de Ciencias de la Salud (CES) y el Centro de Gestión Hospitalaria, un proyecto orientado a la generación de estándares para la habilitación, acreditación y auditoría de servicios ambulatorios.

La presente publicación recoge los principales resultados de los proyectos del Sistema de garantía de calidad, especialmente los relacionados con el marco teórico y conceptual, y los componentes del mismo. En forma analítica, esta publicación plantea una discusión en torno a la calidad y los sistemas de salud en la normatividad, a la vez que avanza en el desarrollo de los conceptos que soportan el sistema y los enfoques sobre la calidad de la atención de salud, enfatizando en las nociones de cambio, mejoramiento continuo y atención centrada en el cliente.

Teresa Tono Ramírez



Introducción

Es frecuente cuando se habla del Sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) en el Sistema general de seguridad social en salud en Colombia (SGSSS), referenciarlo como una serie de elementos metodológicos sustentados en normas y en un conjunto de herramientas que deben ser aprendidas, y casi recitadas de memoria, sin tener en cuenta que estas son producto de un concienzudo análisis y desarrollo conceptual. También es frecuente ver, desafortunadamente, como los métodos se superponen en la escala de valores a los conceptos, dicho de otro modo, cómo es más importante aprender a manejar los instrumentos pasando por alto el soporte conceptual de los mismos.

Con la anterior idea no se pretende controvertir algo que es incontrovertible, como es el apoyo que han brindado las herramientas del SOGC a las organizaciones, entes departamentales y municipales, entidades de control del Estado y al propio Ministerio de la Protección Social en el control y seguimiento de los organismos del sector y la unificación metodológica de al menos una parte de la calidad.

Con ese panorama en mente, es necesario no perder de vista, los fundamentos conceptuales que dieron origen a las herramientas del SOGC. Fundamentos que si bien no son de autoría de los profesionales que participaron en el diseño de estas herramientas sino, por el contrario, son elementos conceptuales que vienen dominando la agenda de la calidad desde hace muchas décadas, son importantes de explicar con el fin de no dejar la sensación que el SOGC fue producto de un ejercicio informal de colección de objetos que puestos en un determinado orden daban la impresión de tener alguna lógica.

Frente al anterior párrafo hay que recalcar que en el desarrollo del proyecto de garantía de calidad, se realizaron numerosos informes en los que se presentaban los elementos conceptuales sobre los cuales se sustentaba un método, una herramienta, una prueba piloto. Sin embargo, es un poco difícil, dado el volumen de documentos producidos, encontrar uno solo que condense el marco conceptual. Es así como el presente libro rescata esos elementos conceptuales básicos que fueron debatidos por un grupo de profesionales y equipos de trabajo, en los ámbitos nacional e internacional, y que han cimentado las ideas que finalmente dieron forma a lo que hoy se conoce como el SOGC.

1. Proyecto de garantía de calidad[1]

El Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para Colombia (SOGC), es producto de un trabajo mancomunado del Ministerio de Salud (actual Ministerio de la Protección Social) y el Consorcio internacional conformado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y QUALIMED, como resultado del concurso internacional de méritos 06 de 1999 llevado a cabo por el Ministerio con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El objetivo del proyecto ha sido "Desarrollar y fortalecer el Sistema de garantía de calidad, que integra aspectos de evaluación de la calidad e información al usuario, así como los mecanismos para implementarlo en las entidades aseguradoras y los prestadores, con el fin de garantizar en el mediano plazo una óptima calidad de los servicios a toda la población cubierta por el sistema de seguridad social, y que conlleve una alta satisfacción de los usua-

1. Gran parte de esta sección es tomada del Ministerio de Salud –PARS– Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council On Health Services Accreditation – QUALIMED. Proyecto de Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios. Resumen ejecutivo del proyecto. Bogotá, 2001.

rios, al tiempo que impulse el desarrollo de la cultura de la calidad en el sector"[2].

Este consorcio tuvo la tarea de desarrollar el objetivo de la convocatoria y, en particular, proponer los cambios o propuestas de nuevos diseños en seis áreas de trabajo:

1. El replanteamiento de lo que en su momento se conocía como los requisitos esenciales que, *a posteriori*, dieron paso al Sistema único de habilitación (Suh), cuyo objetivo primordial es el de definir unas condiciones mínimas de calidad con que se permite la entrada de un prestador al sistema. Los requisitos son en su mayoría de carácter estructural y contemplan una serie de estándares básicos por servicios (idoneidad del recurso humano, infraestructura y dotación básica y su mantenimiento, insumos básicos y su manejo, documentación y registros médicos, coordinación de recursos y seguimiento a riesgos, por mencionar los principales). Estos estándares no buscan ser exhaustivos pero sí obligatorios de manera uniforme para el funcionamiento de un servicio de salud en todo el territorio nacional.

2. El diseño de un Sistema único de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud (Ips), sin que en ese momento fuera claro a qué tipo de prestadores, de todo un vasto potencial, se iba a dirigir.

   El diseño de un Sistema único de acreditación de entidades promotoras de salud (Eps), medicina prepagada, administradoras del régimen subsidiado (Ars) y adaptadas, que sin lugar a dudas se convierte en un referente no sólo local o regional, sino un punto a nivel internacional, dado el poco desarrollo de metodologías dirigidas a este tipo de instituciones.

   A la acreditación (de Ips y Eps) hay que verla como un proceso voluntario y periódico de autoevaluación y evaluación externa,

2. Ministerio de Salud. Pars. Bases del concurso de méritos 06 – 99.

que utiliza estándares únicos para toda organización y que son conocidos previamente por los evaluados. A diferencia de los requisitos, los estándares de acreditación se enfocan en los procesos, abarcan la organización como un todo, su contenido está dirigido al proceso de atención de los usuarios y fueron diseñados de forma que los estándares de las entidades promotoras y prestadoras de salud fueran complementarios y representaran el continuo de la atención del usuario dentro del SGSSS.

Para el diseño del sistema de acreditación se documentaron y analizaron los sistemas de acreditación de Canadá, Estados Unidos, México, Brasil, Argentina, Chile, Francia, España, Suecia, Noruega, Nueva Zelanda, Tailandia y Japón. Se siguieron las pautas y requerimientos internacionales para que la acreditación colombiana pudiera conseguir un reconocimiento y sirviera a las instituciones como elemento de prestigio en el ámbito nacional e internacional, y se convirtiera en un incentivo real para la calidad.

3. La auditoría, que en ese momento no tenía la connotación de su nombre actual, Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud, el cual no fue elegido al azar sino que representa un campo de acción bien definido. El instrumento de auditoría plantea la comparación sistemática entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud. Este instrumento fue diseñado de manera congruente y complementaria a la acreditación y el Sistema único de habilitación, para convertirse en el mecanismo de apoyo al control y mejoría de los procesos rutinarios que inciden directamente sobre la calidad de la atención de los pacientes. La auditoría pone gran énfasis en conjugar mecanismos internos de autocontrol y control interno con sistemas de control externo.

4. El componente de información a usuarios, no debe ser entendido desde la óptica macro de crear todo el andamiaje tecnoló-

gico que normalmente se viene a la cabeza cuando nos hablan de sistemas de información, sino más bien, cuál es la información mínima del desempeño de los profesionales y organizaciones del sector que debe ser puesta a disposición del consumidor de servicios de salud, para que entienda las verdaderas diferencias en la prestación de servicios a través de criterios, ojalá explícitos, de calidad. Para este componente se analizaron y documentaron múltiples esfuerzos sistemáticos para brindar información de calidad, buscando influir en la selección de prestadores o planes de servicio de salud.

Se analizaron sistemas en Estados Unidos, Canadá, México, España, Francia, Inglaterra, Nueva Zelanda y Australia. La evidencia sobre los logros de estos sistemas mostró que han podido influir en el conocimiento de los usuarios, pero no han podido probar su influencia en la toma de las decisiones mencionadas. Sin embargo, con base en lo anterior y en el análisis de las expectativas de los usuarios colombianos con respecto a calidad, se diseñó una estrategia de información a usuarios para responder a tres objetivos: apoderamiento de la población a través del conocimiento, y de esta forma estimular que las personas tengan mayor capacidad para tomar decisiones en lo referente al sector de la salud; referenciación de los prestadores y de las aseguradoras con indicadores de calidad para estimular en ellos la respuesta al incentivo de prestigio; e indicadores para hacer seguimiento al sistema de garantía de calidad.

5. Por último, había que enmarcar el SOGC dentro de un Sistema de incentivos, entendiendo por éste el sistema que permite, estimula y retribuye una buena atención a la salud y que desalienta al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, los usuarios o los administradores, es decir, hay que plantearlo desde un esquema fundamental, como fue el de responder la pregunta ¿cuáles son aquellas cosas que motivan a las organizaciones y personas del sector a trabajar en pos de la calidad? En el proyecto se

analizaron los incentivos existentes en el Sistema de seguridad social colombiano a la fecha del proyecto, contemplando tres niveles: el nivel macro, donde las políticas y la normatividad soporta una competencia basada en calidad. El nivel meso, que corresponde al ámbito donde se dan las condiciones que facilitan o frenan las relaciones entre los diferentes agentes que conforman el sector. El nivel micro, en donde lo que impera es el potencial gerencial para acomodar las organizaciones a los entornos previamente descritos, y demostrar con hechos sus logros en términos de calidad.

Es así como los instrumentos del SOGC fortalecen los pilares del Sistema de seguridad social en salud colombiano, ayudan a que opere la lógica del sistema con los incentivos de calidad implícitos en el marco de competencia regulada. De este modo, son varios los mensajes que se pretenden enviar con las herramientas del sistema:

- El Sistema único de habilitación apoya la libre concurrencia de actores y defiende a los prestadores de calidad frente a la aparición de instituciones llamadas "clínicas de garaje".
- Los requisitos de habilitación, así como los estándares de acreditación y la definición de calidad deseada que promueve la auditoría, permiten que exista información sobre calidad, que se disemina a través del sistema de información a usuarios.
- El instrumento de auditoría fortalece la capacidad de vigilancia y control, donde la información y la vigilancia y control son los vehículos para que los incentivos económicos y de prestigio muevan a las instituciones a competir por calidad.
- Los requisitos de habilitación, la acreditación y la auditoría ofrecen a las instituciones modelos para mejorar y fortalecen su capacidad de respuesta a incentivos de calidad.

Es importante resaltar que el SOGC partió de una serie de acuerdos entre los participantes en el proyecto, los reguladores e investigadores, donde dos principios desempeñaron un papel trascendental: la no exhaustividad y la gradualidad:

- El principio de no exhaustividad implica que no era pertinente pretender diseñar todas las herramientas descritas en la literatura o que han sido probadas y validadas en los sistemas de salud. Aquí era necesario el pragmatismo y evitar el "síndrome de la utopía" al pretender generar un arsenal mayor al que el sistema de salud colombiano pudiera ser capaz de absorber, legislar, controlar e implementar.

- El principio de gradualidad aborda una lógica complementaria, y es que una vez se definieran los instrumentos del SOGC, habría que definir qué tipo de instituciones del SGSSS se iban a priorizar para la definición exacta de herramientas, con el fin de ir gradualmente ampliando el marco de operación de cada uno de estos. Sobra recordar que en cada uno de los diferentes actores del sistema existe un amplio rango de instituciones, una prolífica taxonomía de organizaciones, donde establecer los linderos entre una y otra es a veces un verdadero reto. De ahí que se hiciera necesario determinar que los instrumentos debían ser diseñados para una serie inicial de organizaciones, para luego expandirlos progresivamente a otros.

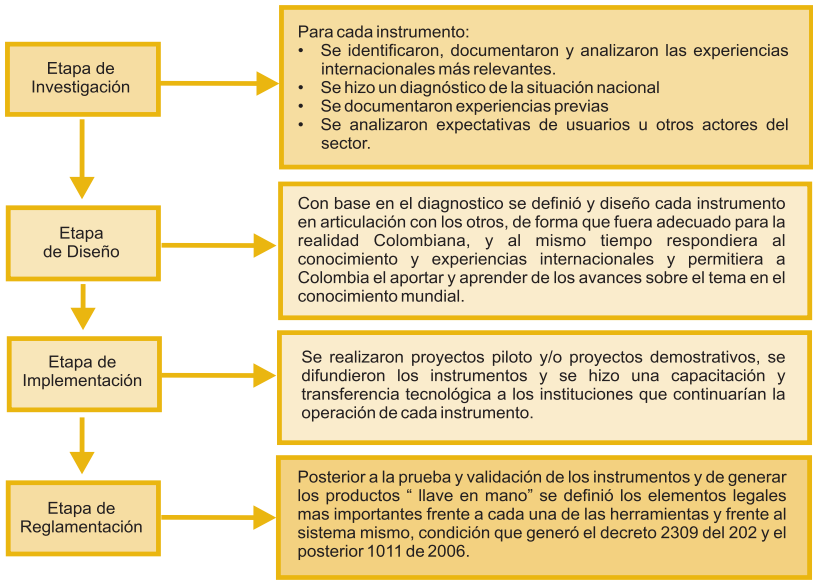
En razón a lo anterior, se desarrollaron por fuera del SOGC estrategias del nivel micro, como el fortalecimiento de recursos humanos, la reestructuración de hospitales, la estructuración de modelos de gestión basados en redes de servicios o el diseño de un sistema de evaluación de tecnología biomédica.

1.1 Fases del proyecto

El desarrollo de cada instrumento o componente tuvo, de manera genérica, cuatro fases, que se explican en el gráfico 1.

Para desarrollar cada una de estas áreas fue necesario reclutar un grupo de profesionales en los países miembros del proyecto, que trabajaran, no sólo al interior de cada componente sino dándole un orden coherente que garantizara su posterior coordinación y siner-

Gráfico 1
Fases proyecto Sistema obligatorio garantía de calidad



gia. El grupo en cuestión fue autor de varios de los textos en los cuales se basa este libro, en particular los capítulos 3, 5 y 6.

2. Principios conceptuales

Esta publicación va dirigida a todas aquellas personas, sean o no del sector salud, profesionales o técnicos de cualquier jerarquía en las instituciones, interesadas en conocer cuáles fueron los principios conceptuales que dieron fundamento a lo que hoy se conoce como el Sistema obligatorio de garantía de calidad en salud. Resulta además necesario hacer algunas aclaraciones básicas.

En primer término, este no es un texto clásico de calidad en el sentido que no se desarrollan todos los potenciales aspectos que conforman el concepto[3]. La razón práctica de lo anterior es que se

3. Se excluyen, por ejemplo, capítulos dedicados a herramientas estadísticas de calidad o la historia de la calidad.

dedica a plantear aquellos hitos que en su momento tuvieron relevancia en las discusiones de los equipos de trabajo y en el diseño de los instrumentos del SOGC.

En segunto término, los capítulos 3, 5 y 6 se basan en una serie de informes producidos por el proyecto Garantía de calidad, los cuales fueron entregados al Ministerio de la Protección Social y reposan en la biblioteca del mismo.

De lo anterior se colige que en este libro no se realice un recuento de lo que se hizo en el proyecto Garantía de calidad, dado que no es su objetivo. Tampoco es un recuento de las normas que de una u otra manera inciden sobre la calidad; si bien el capítulo 2 aborda esta temática y solo desarrolla hitos en la reglamentación.

Por último, la presentación de la bibliografía tiene una consideración particular, en los capítulos 2 al 6 se presentan las referencias bibliográficas en la medida en que van siendo utilizadas. Los tres últimos capítulos (7, 8 y 9), además de usar esta tradicional forma, presentan al final un listado de textos que son recomendados de consulta para ampliar los conceptos tratados en estos capítulos.

El libro está dividido en 9 capítulos, incluyendo como primero el actual. El capítulo 2 presenta una primera serie de argumentos frente al tema de la calidad y la legislación. La propuesta de este capítulo se centra en plantear una discusión sobre si los sistemas de calidad en los sistemas de salud varían en su esencia de acuerdo con el modelo de salud elegido o, por el contrario, los elementos fundamentales de calidad dentro de un sistema de salud son impermeables al modelo adoptado. Aquí la discusión es si las herramientas y funciones de un sistema de garantía de la calidad, varían acorde con el modelo de salud elegido.

El capítulo 3 retoma, tal como se mencionó en párrafos anteriores, la discusión sobre por qué el SOGC con sus instrumentos

puede y debe ser visto como un esquema de incentivos. No hay que perder de vista un tema que por su simpleza parece obvio y se corre el riesgo de no hacerlo explícito: todas y cada una de las herramientas del SOGC llevan consigo una señal de prestigio hacia la sociedad, que será buena en la medida en que la organización sea capaz de amoldarse a la herramienta, o mala si la incumple.

El capítulo 4 se centra en tres palabras: sistema, garantía y calidad. La razón tampoco puede ser menos obvia, el Sistema obligatorio de garantía de calidad no tomó su nombre por suerte o azar. Cada una de estas palabras tiene su razón de ser, en un orden que tampoco es al azar. Estas palabras marcaron las discusiones iniciales de los grupos de trabajo del proyecto, por lo que se hizo necesario explorar su significado y buscar su homologación dentro de los profesionales inmersos en su diseño. Es así como se plantean unas explicaciones de cuál es el significado de cada una de ellas, con el propósito de entender qué conceptos están inmersos en el título del sistema de calidad colombiano.

Una vez discutido el tema legal, de incentivos y conceptos básicos de un sistema de garantía de calidad, se llega a los instrumentos o herramientas del actual SOGC colombiano. En el capítulo 5 se intenta desarrollar dos ideas de cada uno de los principales componentes del SOGC: sus fundamentos, su esencia y el papel del Estado frente a cada uno de estos.

El capítulo 6 recoge un escrito que ha sido usado en los últimos años como soporte en la explicación de la integración de las diferentes herramientas del SOGC. Es un texto que, con pequeñas modificaciones, fue presentado al Ministerio con el único fin de entender las relaciones entre los diferentes componentes del SOGC, y apartar la visión de algunas personas de que las herramientas del sistema deben tratarse como unos métodos que no presentan ningún diálogo entre sí.

Los tres últimos capítulos desarrollan tres ideas que pueden ser leídas en casi cualquier orden. De hecho, se expone la tentación

de cambiarles el orden a estos capítulos, y la explicación es que son tres conceptos: cambio, mejoramiento y cliente, en los cuales no resulta fácil trazar una estricta línea divisoria entre ellos. Son parte de un mismo continuo. El capítulo 7 expone el concepto del cambio, no se puede pretender implementar un SOGC en cualquiera de los niveles de gestión sin modificar algo, sin romper con ciertos patrones actuales de trabajo y comportamiento. Se explora, entonces, el significado del cambio y los retos del mismo.

El capítulo 8 trata de abarcar el tema de evolución o, para ponerlo en palabras más académicas, el mejoramiento continuo de la calidad. He ahí el núcleo central del SOGC, el mejoramiento. Este capítulo y el anterior se conjugan en una premisa simple, casi en un axioma: no hay mejoramiento sin cambio. Todo mejoramiento es producto de un cambio, pero no todo cambio conduce necesariamente a un mejoramiento. He ahí el delicado balance.

Por último, pero no por eso menos importante, el cliente. El capítulo 9 se acerca al tema del cliente, que aun cuando se ha planteado desde hace décadas en los modelos industriales de calidad, en el sector salud cuesta aún trabajo entender que el sistema de salud y sus recursos deben estar centrados en buscar cómo crear valor frente a las necesidades de este, y olvidarnos que los sistemas de salud no son mecanismos para garantizar la supervivencia de obsoletos modelos de gestión aun a costa de las expectativas del ciudadano, e incluso de su vida misma.

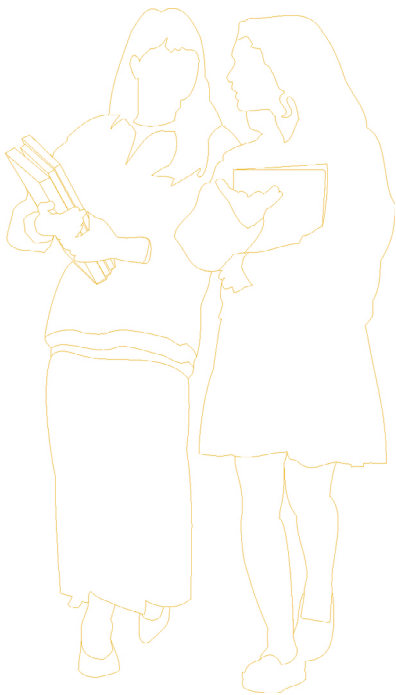
Carlos Alfonso Kerguelén Botero MD MA





Capítulo I

La calidad y el sistema de salud ¿un problema de ley?



A. Debate legal y conceptual

Es fácil al hablar de calidad, así como de otros muchos temas, en el contexto del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), caer en la tentación de preguntarse qué dice la ley marco del sistema, así como sus posteriores reglamentaciones. Por razones que escapan al contenido de análisis de este libro, se crean los tradicionales grupos de discusión a favor o en contra de lo estipulado en los mencionados textos.

Si bien es una discusión que no deja de ser interesante desde el punto de vista de competencias del Estado frente a un tema tan relevante y conceptualmente apasionante, es necesario preguntarse también si los conceptos, herramientas y métodos que se necesitan desarrollar en calidad son necesariamente una temática de una ley específica, dentro de un modelo de salud con una organización específica o si, por el contrario, son elementos constitutivos de cualquier sistema de salud, independientemente del modelo adoptado por el país.

Lo anterior plantea la discusión de si la calidad (incluyendo sus conceptos, instrumentos y competencias) tiene que estar necesariamente amarrada a un determinado modo de organizar el sistema de salud.

La discusión frente al tema toma mayor trascendencia si se tiene en cuenta que en nuestro medio se venía discutiendo desde hace varios años si se reformaba o no la ley a la cual se le atribuían poderes nefastos sobre la calidad de la atención en salud, y se plantea un nuevo modelo que fuera la panacea para la prestación de unos servicios de salud con una calidad sobresaliente. En este orden de ideas, la pregunta de fondo es: ¿es la calidad en el sistema

de salud una ley-dependiente? O, por el contrario, ¿es un tema que está implícito en el sistema de prestación de servicios de salud, independientemente de qué ley haya?, para complicar un poco más la cosa ¿es la calidad, buena o mala, un fenómeno que está íntimamente ligado al mercado? Se plantean a continuación algunas consideraciones generales, no con el ánimo de sentar una posición taxativa frente al tema, sino más bien para tratar de brindar una serie de argumentos con los que se pueda orientar una discusión.

B. Puntos de partida para la discusión[4]

Para ambientar la discusión planteada, que da origen al título de este capítulo, es necesario partir de una serie de elementos de análisis que, sin ser exhaustivos, ayudan a centrar la misma sobre la responsabilidad del sector frente a la calidad. Es así como los sistemas sociales en general, y los de salud en particular, han venido, desde un tiempo, siendo vistos con mayor detenimiento e interés por otros sectores tradicionalmente por fuera del campo de la salud (economía, sociología, por solo citar un par), gracias a factores inherentes a cualquier sistema de provisión de servicios en un contexto social, factores tales como su repercusión directa sobre el Estado de Bienestar (incluyendo el estado de salud) de una comunidad dada y el volumen de recursos (financieros y humanos) que el mismo sector moviliza frente a un objetivo social, en este caso la salud.

El párrafo anterior plantea una serie de ideas interesantes a desarrollar, pero todas ellas parten de una sola red de pensamiento. La primera de estas es la responsabilidad social del sector de la salud, no solamente frente a un usuario que pretende recibir un servicio, sino aquella responsabilidad frente a la sociedad como un

4. La presente sección está basada, con algunos cambios, en la sección de antecedentes del informe final del componente de incentivos del proyecto Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios. Ministerio de Salud - PARS -Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation – QUALIMED.

todo. El tema de la responsabilidad social, como expresión de una rendición de cuentas ante los jueces naturales, no ha dejado por fortuna, de tocar las puertas del sector de la salud.

Al asumir que el sector debe responder a unos objetivos encomendados directamente por el ciudadano, fin último de cualquier sistema de salud, es necesario demostrar ante ese usuario que el desempeño de sus instituciones y personas, así como el uso de los recursos depositados en confianza, impacta directamente su estado de salud y no son solo un medio para sustentar un sistema de sobrevivencia de dichos actores. Este tema de la responsabilidad social está acuñado por el redireccionamiento, en particular en nuestro país, de la visión de la salud ya no como un acto de beneficencia del Estado hacia el ciudadano consumidor, sino como un derecho inalienable de ese ciudadano, el cual ya no está atado a la decisión unilateral de un actor de lo que es o no conveniente brindarle, en qué cantidad y en qué nivel de desempeño.

Como segunda medida se encuentra el buen uso de los recursos con que cuenta el sector de la salud. Por razones que se escapan al análisis de este escrito, es sabido que cualquier país, independientemente del grado de desarrollo social y económico, siempre tiene una balanza negativa entre el número y magnitud de las necesidades de su comunidad y el volumen de recursos disponibles para acometer y resolver dichas necesidades. Lo anterior plantea la discusión sobre la necesidad del Estado de lograr una eficiencia en la distribución de los recursos, en donde el sector salud debe entrar a competir con otros sectores por el otorgamiento de unos recursos y, por otro lado, promover entre los actores e instituciones el buen uso de los mismos, la eficiencia técnica.

El tercer punto inmerso en la discusión es la introducción de la teoría de los mercados dentro de los servicios sociales[5]. Sin tratar

5. El concepto mercado no necesariamente tiene que estar ligado al concepto de privatizaciones, ya que existen modelos de salud eminentemente públicos en los que el Estado promueve reglas de mercado en sus instituciones.

de plantear, y mucho menos resolver, los juicios de valor inherentes a las decisiones de introducir o no modelos de mercado en el sector de la salud y de las diversas formas adoptadas frente al tema, es importante mencionar que el Estado está delegando, en buena medida, a los actores del sistema una serie de arreglos y desempeños, reteniendo algunas actividades y funciones clave, tales como la garantía de conformar una serie de reglas de juego para los actores, la definición de unos objetivos del sistema mismo y la tutela de unos servicios de bien público[6].

Estas tres ideas, la responsabilidad social, el buen uso de los recursos y el papel de los mercados en los servicios sociales, solo por mencionar las de alta relevancia para el objetivo del presente documento, direccionan a los sistemas de salud, incluyendo sus actores, hacia la necesidad de diseñar, medir, validar y demostrar el grado de compromiso y desempeño de todos los que hacen parte del sistema hacia el usuario frente a dichos aspectos. Si se asume que los anteriores conceptos desempeñan un papel en la calidad, se hace necesario que el sistema de salud trabaje en el diseño de mecanismos que garanticen estándares de calidad, que sean factibles de ser medidos a lo largo del tiempo, replicables al interior de múltiples actores que compartan características u objetos sociales similares y que tenga una representación mensurable en los estados de salud, la satisfacción de los usuarios y del personal involucrado y el mejoramiento permanente de las instituciones.

Por ello, múltiples mecanismos para suplir estas necesidades en calidad pueden ser puestos en marcha por el Estado y los particulares, de acuerdo con el grado de relevancia, sensibilidad e impacto sobre el estado de salud de la comunidad y frente a la idiosincrasia de cada comunidad. Estos actores pueden adoptar diversos papeles frente a cada uno de ellos y propiciar diversos grados de compromisos. Para lo anterior es necesario que el Estado cumpla su función de regulador de las reglas de juego (tema tratado en el capítulo 3 al

6. Este es el nivel macro que se comenta en la sección "La calidad como un sistema de incentivos", de este mismo capítulo.

hablar del nivel de macrogestión) entre los diferentes actores y entre estos y el Estado mismo. El cumplimiento de esta función está más allá de la discusión de si el Estado pretende desempeñar un papel solo de regulador, dejando a los particulares el diseño y aplicación de los mecanismos para garantizar la calidad o si, por el contrario, además de regular, pretende ser el diseñador y gerente operativo del sistema.

Colombia ha planteado, a los largo de los años que lleva el SGSSS, una serie de reglamentaciones, las cuales están sucintamente descritas en la siguiente sección.

El tema responsabilidad social está acuñado por el redireccionamiento, en particular en nuestro país, de la visión de la salud ya no como un acto de beneficencia del Estado hacia el ciudadano consumidor, sino como un derecho inalienable de ese ciudadano.

C. Algunos hitos de la calidad en la reglamentación

Es pertinente mencionar algunos apartes legales que marcan el estado actual del sistema de calidad y ayudan en la discusión sobre las funciones básicas que hay que desarrollar frente al tema. Estas funciones, aun cuando el planteamiento puede resultar polémico, y adelantándonos a algunas conclusiones, es factible que estén por encima del modelo de salud elegido, es decir, que haya que hacerlas sin importar si el sistema de salud es eminentemente público o privado, de mercado o no.

Se parte de las bases contempladas en la ley 100 de 1993, para luego mirar el contexto actual, en este caso, la ley 1122 del 9 de enero de 2007, la cual tiene como objeto realizar ajustes al Sistema general de seguridad social en salud, y no derogarlo.

1. La calidad y los fundamentos de la ley

En el ámbito de ley, las primeras menciones que se encuentran sobre el tema están descritas en los fundamentos del SGSSS

(artículo 153 de la ley 100). Específicamente, se plantean las siguientes ideas:

1.1 La calidad como un atributo igualitario de la equidad (numeral 1 artículo 153)

> En este numeral se habla de una serie de características que describen formas de cómo garantizar el fundamento de la equidad. Uno de estos hace mención especial a la calidad: "el Sistema general de seguridad social en salud proveerá *gradualmente* servicios de salud de *igual calidad* a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago".

Lo anterior plantea dos ideas para explorar. La primera es un principio de gradualidad en las metas de prestación de servicios, lo que implica la definición y exigencia escalonada en el tiempo de unos mecanismos para garantizar la calidad y el nivel de calidad provisto. La segunda, es la igualdad en la calidad. Esta última es posiblemente la que más retos plantea, tanto conceptuales como metodológicos. ¿Qué implica servicios de igual calidad? En aras de la discusión se podrían explorar alternativas como:

- Estándares de calidad uniformes que se aplicarán a todas las organizaciones y personas que prestan servicios de salud, que ayuden a definir unos criterios uniformes de entrada y permanencia en el sistema de salud, tanto de estructura como de procesos mismos de atención.
- Definir guías de atención, con criterios explícitos de pertinencia clínica, administrativas y financieras, que ayuden a garantizar que la atención se hará de igual manera, independientemente del sitio, prestador o persona.
- Definir procesos de atención uniformes, que sean conocidos e implementados por igual en todas las organizaciones.
- Generar indicadores explícitos de medición de la prestación de los servicios, con el fin de conocer si la mencionada igualdad se encuentra a través de estratos sociales, etnias, sitios geográficos.

- Predecir cuáles serán los resultados clínicos que se obtendrán una vez se atiendan las personas, los cuales tendrán que ser iguales o con muy pocas variaciones entre grupos poblacionales con características similares[7]. He aquí el reto mayor.

Pero plantear las anteriores situaciones no significa que el trabajo sea fácil, por el contrario, tiende a ser cada vez más complejo, ya que se abren otras discusiones no menos sencillas, como: ¿Quién define los estándares? ¿Cómo se logran consensos alrededor de estos?, ¿Quién los audita? ¿Cómo se logra una independencia técnica entre el que presta el servicio y el que audita? ¿Cómo se sabe que los resultados se están distribuyendo de igual manera? y ¿cuál es el nivel de calidad, dentro de todo un gradiente de exigencia, que el Estado quiere para su sociedad?[8]. Aquí, posiblemente, el Estado no puede solo y tendrá que trabajar de la mano con la academia y con organizaciones públicas y privadas.

1.2 La calidad y sus atributos como garantía de integralidad de la atención (numeral 3 artículo 153 ley 100, artículo 23 ley 1122)

> "El Sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan obligatorio de salud".

De esta manera, la norma plantea la necesidad de garantizar la calidad a través de un continuo de la atención en salud, basado en un enfoque sistémico e integral de la misma[9]. Esto refuerza la idea, en un sistema altamente fragmentado desde el punto de vista de prestación de servicios, que el Estado debe propender por una

7. Técnicamente hablando, con igual complejidad o casuística.
8. Parte de esta última pregunta se recogerá en el próximo capítulo.
9. Tema que será desarrollado en el capítulo 4.

serie de señales para garantizar al usuario un flujo coordinado por el sistema de prestación de servicios, independientemente de cuántos necesite y de qué tipo.

Este artículo concuerda con el artículo 23 de la ley 1122, el cual resalta en las obligaciones de las aseguradoras frente al tema de la calidad, el garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios, especialmente la asignación de las citas.

1.3 La calidad y el control (numeral 9 artículo 153 ley 100, artículo 39 ley 1122)

> *"El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios* la calidad *en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar* acreditadas *ante las entidades de vigilancia".*

En este aparte se plantean tres ideas. La primera es la calidad atada a mecanismos de control. Sin entrar a discutir sobre cuál es la acepción de control que se quiso plantear en este párrafo, implica un complemento a algo que ya se discutió, que es cómo se realiza un mecanismo operativo de monitorización del nivel de calidad obtenido frente a una atención. No puede haber control sin hechos, sin datos, sin números. Es la esencia misma del control. Eso hace pensar un sistema explícito de indicadores de monitorización de unos niveles de calidad que deben estar perfectamente definidos de antemano. He aquí nuevamente el papel del Estado en sentar las reglas de juego.

La segunda idea, de la mano del párrafo anterior, es que los servicios deben tener unas guías o parámetros de calidad que deben ser soportados por un nivel de conocimiento aceptado. Estos dos temas se pueden encontrar dentro del artículo 39 de la Ley 1122. Ahora bien, Colombia debe definir cuál es ese nivel socialmente acep-

tado, cuál es la preferencia social que quiere hacer frente a los niveles de calidad que desea o puede obtener. No sobra recordar que la salud no tiene precio, pero su calidad tiene un costo.

La tercera, no menos importante, es que el gobierno tiene una responsabilidad frente a la definición de mecanismos para que las instituciones del sistema se acrediten (tema que se desarrolla en el capítulo 5. Esta última idea se complementa en la misma Ley 100 en el artículo 186: "El gobierno nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento". Dos ideas que llaman la atención en la descripción del artículo en mención: la acreditación como un mecanismo de información para los usuarios de la calidad de las instituciones y la acreditación como un mecanismo de promoción del mejoramiento. Este último concepto es clave a lo largo de este libro y se desarrollará en el capítulo 8.

1.4 La calidad y las funciones de los órganos de dirección del sistema (artículo 172 ley 100)

En las funciones de los órganos rectores descritas por la ley, se encuentra que existen responsabilidades que inherentemente se relacionan con la calidad. Uno de los primeros llamados de atención se encuentra en las funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Cnss) (artículo 172, parágrafo 1), y la tutela que ejerce el ministro del ramo sobre las decisiones de este Consejo, cuando dichas decisiones tenga alguna implicación sobre la calidad del servicio público.

Es igualmente función del Ministerio dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por las entidades promotoras de salud y por las instituciones prestadoras de servicios de salud del Sistema general de seguridad social

en salud y por las direcciones seccionales, distritales y locales de salud (artículo 173). De nuevo, aparece el tema de una serie de parámetros que deben ser únicos, de aplicación nacional, de manera obligatoria, sustentados en una evidencia probada y validada y que necesariamente están ligados con los resultados en salud de la población atendida. Sobra decir que esto presenta un reto metodológico, no imposible por cierto con todo el advenimiento de la evidencia científica en salud, para poner todas estos aspectos en funcionamiento, en de un orden lógico.

1.5 La calidad y las instituciones del sistema (artículos 178 y 180 ley 100, artículo 185 ley 1122)

Así como se encuentran funciones de dirección del sistema, y específicamente algunas de ellas directamente relacionadas con el tema de calidad, es necesario plantear la delegación de estas funciones hacia las organizaciones del sector. Se encuentran, por ejemplo, que el control sobre la calidad de la prestación de servicios (mencionado anteriormente) es delegado a las entidades promotoras de salud (artículos 178 y 180). Las EPS tienen la obligación de establecer los procedimientos para controlar y evaluar sistemáticamente la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad de los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud. Esta idea se refrenda en el artículo 14 de la ley 1122, que refuerza en la organización del aseguramiento, la garantía de la calidad. Si se integran estas ideas con las responsabilidades de tutela de las EPS sobre el estado de salud de los afiliados, no es de extrañar el advenimiento de las metodologías de control por pares en la utilización de recursos para los cuidados en salud.

Pero así como existe una delegación de funciones hacia las EPS, también los prestadores tienen una serie de responsabilidades frente a la calidad (artículo 185), que están, posiblemente, más ligadas a la responsabilidad ética histórica de la prestación misma de servicios de salud, que a la obligatoriedad contemplada dentro de una ley.

1.6 Calidad y financiación (artículo 182 ley 100, artículo 16 ley 1122)

En la misma línea del último párrafo, y dentro de los procesos de establecer relaciones entre los diferentes niveles del sistema, se encuentra un tema que en Colombia siempre ha suscitado discusiones: el dinero y la calidad. En el artículo 182 de la ley 100 se establece que "Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el plan de salud obligatorio para cada afiliado, el Sistema general de seguridad social en salud reconocerá a cada entidad promotora de salud un valor per cápita, que se denominará unidad de pago por capitación, UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riegos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, *tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo nacional de seguridad social en salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud".*

Hay que puntualizar que el artículo incluye dos elementos de discusión: la relación entre la calidad y un pago o reconocimiento económico a las EPS por cada uno de sus afiliados, el cual a su vez está íntimamente ligado a una connotación de la calidad, descrita como "condiciones medias". ¿Qué es una condición media de calidad? ¿Un promedio igual (sin entrar en la discusión si el promedio es alto o bajo frente a la evidencia) para todas las personas? o ¿debe entenderse una condición media como lo mínimo posible frente a los recursos?

El anterior punto suscita discusiones producto de interpretaciones, comenzando por aquellos que sostienen que la calidad no tiene precio. Si bien no tiene precio, es sabido que tiene un costo, que no existen los recursos suficientes (en ninguna parte del mundo) para todas las necesidades en salud; que si bien existe un mínimo de condiciones (que ameritan unos recursos) por debajo del cual es inseguro prestar un servicio de salud tampoco es menos cierto que existe un nivel en el cual más recursos no implica nada adicional para los resultados clínicos e, incluso, puede poner en

Así como se encuentran funciones de dirección del sistema, y específicamente algunas de ellas directamente relacionadas con el tema de calidad, es necesario plantear la delegación de estas funciones hacia las organizaciones del sector.

riesgo la salud[10]. En fin, lo anterior plantea un adecuado y delicado balance de muchas variables, no siempre a favor de los intereses económicos de algunos grupos.

De igual manera, la ley 1122, en su artículo 16, propone la contratación de un mínimo porcentual asociado con el cumplimiento de unos indicadores de calidad, los cuales, por lógica, deben establecerse y diseñar el sistema de monitoreo, exigencia de cumplimiento y acciones a tomar en caso de su incumplimiento.

1.7 Calidad e incentivos (artículos 184 y 193 ley 100)

Un tema adicional descrito en la Ley 100, y relacionado con la calidad, es el de los incentivos (relacionados en los artículos 184 y 193, por ejemplo). Normalmente, se relacionan los incentivos con el dinero, cosa que si bien es importante, es solo parcialmente cierta, tal y como se verá en el capítulo 3. Si bien en los artículos mencionados se habla de los incentivos, estos se describen más en función de los resultados que espera obtener (calidad y eficiencia en la provisión de los servicios de salud, control de costos, aumento de productividad, asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia, racionalización del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, ampliación del conocimiento y manejo del sistema de parte de los beneficiarios y promoción de un servicio de mayor calidad al usuario) que de la forma como estos se organizan. Especial mención se hace sobre el incentivo que potencialmente se podría introducir para mejorar la calidad y la eficiencia a través de nuevos y diferentes sistemas de contratación a prestadores de servicios de salud, tema hasta hoy inexplorado, no solo en Colombia, sino en gran parte del mundo[11].

10. El cual es un concepto denominado por Donabedian como de "optimización".
11. Este es un tema importante en la agenda de salud actual de Estados Unidos e Inglaterra, con apenas algunos resultados evidenciados y con no pocas respuestas aún por resolver.

1.8 Calidad e información a usuarios (artículo 199 ley 100)

> *Este aparte, que se encuentra en el artículo 199 como: "El Ministerio de Salud definirá* normas de calidad *y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente" y en su parágrafo: "El Ministerio de Salud solicitará la información que estime necesaria con el objeto de establecer sistemas homogéneos de registro y análisis que permitan periódicamente la* evaluación de la calidad *del servicio y la satisfacción del usuario", plantea unos retos metodológicos importantes.*

Uno de estos retos es, nuevamente, la definición de un conjunto de normas universales y explícitas que determinen qué cosas, y en qué cantidad, modulan la satisfacción de los usuarios, que para ciertos tipos de prestaciones están descritos y probados en la literatura desde hace bastante tiempo. Pero, a la par de esta definición, hay que implementar un sistema periódico y disciplinado de medición de ese juego de atributos (sin importar en este nivel si la medición la realiza el Ministerio o un ente independiente), para establecer comparaciones que sean metodológicamente válidas y, posteriormente establecer mecanismos de difusión de resultados cuya información sea de manejo público. Nada de lo anterior es fácil pero tampoco imposible. Solo se necesita direccionamiento del ente rector y disciplina, tanto de este último para darle un uso adecuado a los datos, como de todos aquellos que estarían obligados a reportar.

1.9 La calidad y el derecho del usuario (artículos 216 y 231 ley 100)

Bajo este título se encuentran dos menciones, que aunque no definen elementos directamente relacionados con la calidad, potencialmente se constituyen en una herramienta de control social. El primero de ellos (mencionado en el artículo 216, numeral 4) hace un nexo entre la caducidad de los contratos de administración del régimen subsidiado por un potencial incumplimiento de

normas de calidad (las que posiblemente le corresponda definir al Estado y cuya discusión está planteada en los apartes anteriores). El segundo punto es la capacidad de control del ciudadano frente al sistema de salud con el fin de garantizar calidad (artículo 231).

Aquí, la calidad es un instrumento que apoyaría unas labores de control social por parte del ciudadano y de rendición de cuentas por parte de los involucrados en el sistema. Si bien los ciudadanos colombianos han usado mecanismos constitucionales (la tutela, por ejemplo) para obligar a las diferentes organizaciones del sector a cumplir con sus responsabilidades, es poco lo que se sabe de la efectividad del uso intensivo de otras posibilidades de control social (como la representación en las juntas directivas de los prestadores públicos).

1.10 Calidad y un sistema de garantía de calidad (artículo 227 ley 100)

> *Por úultimo, y sin pretender que existe un aparte más importante frente al tema de calidad, se encuentra el artículo 227 que dice: "Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un* sistema obligatorio de garantía de calidad *de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público".*

Este artículo es la esencia misma del tema de este libro e implica una serie de ideas de suma importancia. La primera de ellas es que hace responsable al gobierno de liderar el tema de la calidad, por lo menos en la expedición de las normas y en su organización global, para que las organizaciones del sistema lo apliquen. También implicaría, si se quisiera, que estas organizaciones no necesariamente están restringidas solo al cumplimiento de estas normas expedidas por el Estado, sino que también podrían buscar establecer mecanismos complementarios de calidad a *motu propio*. Dicho de otra manera, el Estado plantea una serie de medidas básicas y las organizaciones pueden explorar mecanismos complementarios de calidad.

Otra idea se refiere a que dichas normas deben dar paso a un sistema obligatorio de garantía de calidad, tema de por si complejo, dado que cada una de esas palabras implica una serie de ideas, que serán desarrolladas en el capítulo 4.

Este artículo ha sido uno de los pilares fundamentales que soportaron la expedición de sucesivos decretos (2174 de 1996, 2309 de 2002 y 1011 de 2006), que han promovido el desarrollo metodológico del sistema de garantía de calidad en Colombia.

D. Discusión metodológica de la calidad en la reglamentación

Tal como lo plantea el título, la ley, por tratarse de un marco general de intenciones, describe una serie de situaciones ideales que deben ser puestas en funcionamiento. Si se quisiera hacer un recuento de las grandes preguntas que se plantean y que se deberían desarrollar metodológicamente podrían salir temas como los siguientes:

- ¿Cómo garantizar que los resultados en salud, sin dejar de lado los procesos de atención y las condiciones mínimas de atención, se distribuyan de igual manera entre los habitantes del país, independientemente de su condición y situación geográfica?
- ¿Quién define cómo lograr tal igualdad?
- ¿Qué nivel de calidad se quiere distribuir, es decir, en dónde se pone el rasero de lo óptimo? ¿Están garantizados los recursos para ese óptimo?
- ¿En esta época de grandes despliegues de calidad y de evidencia, quién y cómo se define de manera explícita estos niveles de calidad, con qué herramientas?
- ¿Cómo se otorga legitimidad a dichas definiciones y niveles?

- ¿Cómo se garantiza que estas definiciones se lleven verdaderamente a la práctica?
- ¿Cómo evitar la tendencia marcada de creer que somos de "alta calidad" solo por una percepción personal y no por un sistema explícito de medición y comparación frente a mejores prácticas?
- ¿A quién le corresponde, sin estar incurso en conflictos de intereses, medir y hacer público los resultados obtenidos de los niveles de calidad obtenidos?
- ¿Qué pasa con aquellos que no logren generar tales niveles de calidad?
- ¿Cómo se logra la continuidad e integralidad de la calidad entre diferentes etapas de atención, sin importar quién preste la atención, o si la misma es prestada por diferentes actores?
- ¿Cómo erradicar la a veces arraigada concepción de calidad de que el mejoramiento es "más de lo mismo"? ¿Más médicos, más enfermeras, más dinero, más computadores, más tecnología?
- ¿Cómo promover que primero hay que saber cómo hacer un uso más eficiente, más seguro y con menos desperdicio de lo que tenemos en la actualidad?
- ¿Cómo amarrar los logros obtenidos en la calidad con sistemas de incentivos?
- ¿Cómo evitar que los incentivos económicos, independientemente de quién pague[12], no se basen solo en la percepción de "yo soy mejor", sino en la demostración fehaciente del hecho?
- ¿Cómo evitar que los incentivos económicos, independientemente de quién pague, se den para cubrir baches entre los estados actuales de calidad y los estándares descritos en la evidencia,

12. El que sea una EPS, el paciente o el Estado el que pague por la atención en salud no exime al prestador de garantizar unos niveles adecuados de calidad.

y no más bien por desempeños obtenidos frente a las mejores prácticas?

- ¿Es suficiente reestructurar un sistema, tomando como excusa el tema de la calidad, sin existir un solo estudio serio que demuestre la variación neta de los niveles de calidad antes y después de la introducción del modelo? ¿Quién puede demostrar que la variación es exclusivamente dependiente del modelo? ¿Dónde están los estudios de maluso, subuso o sobreuso de servicios en un estudio antes y después? ¿Dónde están los estudios de pertinencia?

Lo interesante de estas preguntas, a pesar de que adrede no se les da respuesta, es que nos retrotraen a algo previamente mencionado: ¿son estas preguntas necesariamente dependiente de una ley específica? o ¿dado que la atención de calidad es un imperativo moral, no están estos temas inmersos en cualquier ley que plantee un sistema de salud? Por otro lado, y asumiendo como cierto, sin hacer juicios de valor si es bueno o malo que el sistema de salud colombiano esté basado en unas teorías de mercado, ¿son estas decisiones necesariamente dependientes de un sistema de salud basado en mercados, o deberían ser discutidas aun si fuera un sistema eminentemente público?

Teniendo en cuenta la permanente coyuntura (así suene a antítesis) de una nueva e inminente reforma al sistema de salud (porque nunca todos quedan satisfechos con la anterior), estas preguntas no pueden ser evitadas, so pretexto que están centradas en uno u otro modelo de reforma (público o privado, mercado o no mercado). El verdadero llamado de atención de estas preguntas es que, por andar discutiendo todos esos efectos nocivos del modelo de salud sobre la calidad, se pierde de vista la discusión sobre: cómo se le provee cuidados de calidad a los ciudadanos con lo que tenemos a nuestra disposición, cómo evitar que una sonrisa, una mirada a los ojos, un llamado por su nombre no esté amarrado a quién paga y a qué régimen pertenece. Ahí es donde reside la calidad, no en "más de lo mismo".

E. De la ley a la práctica[13]

Una vez promulgada la Ley 100, comenzó el desarrollo normativo de una serie de contenidos que metodológicamente representaran algo para el sistema. Si bien existen algunas referencias legales que tenían que ver con calidad, como el Decreto 1917 de 1994, formalmente el Sistema obligatorio de garantía de calidad solo apareció hasta el año 1996, a través del Decreto 2174 de 1996 y, posteriormente, por el 2309 de 2002 y el 1011 de 2006. Cada uno de estos ha derogado a su antecesor. A continuación se presenta una breve descripción de los contenidos temáticos de cada uno de estos, para entender mejor cuáles temas fueron reglamentados de la Ley 100 y los cambios introducidos.

1. Decreto número 2174 de noviembre 28 de 1996

Esta norma comienza por definir un campo de aplicación, el cual cobija a todas las personas naturales y jurídicas que integran el Sistema general de seguridad social en salud. Adicionalmente, define la atención en salud, refiriéndose tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud como a los de prestación de servicios de salud en todas sus fases y las características de la calidad de la atención en salud, las cuales están dadas por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la seguridad social en salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios. Las características principales de la calidad de la atención en salud son: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad téc-

13. Es importante mencionar que existe una gran cantidad de legislación relacionada directa e indirectamente con el Sistema obligatorio de garantía de calidad, entre los cuales se puede mencionar la Ley 9 de 1979, la Ley 812 de 2003, el Programa Nacional de Salud 2003 – 2006, la Ley 715 de 2001, el documento de Política nacional de prestación de servicios de salud del año 2005, el documento Conpes 34461 de 2006. Sin embargo, estos documentos no serán tratados en el contexto de este capítulo.

nica, la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.

El Sistema obligatorio de garantía de calidad, para este decreto, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema general de seguridad social en salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible. Ese SOGC define competencias para el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, las direcciones territoriales de salud, las entidades promotoras de salud y las entidades que se le asimilen, los prestadores de servicios de salud y los usuarios.

Dentro de estas competencias se plantea que para las EPS y las que se les asimilen, el SOGC debe contener como mínimo la verificación permanente del cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud del Sistema único de habilitación; la evaluación y mejoramiento de la red de servicios y del Sistema de referencia y contrarreferencia; los procesos de auditoría médica; el desarrollo de un subsistema de información que permita conocer, en forma continua y oportuna los niveles de calidad a partir de los indicadores definidos por la entidad; la definición de mecanismos para garantizar la oportunidad en el pago a los prestadores de servicios de salud.

Las EPS deben contar con un soporte documental básico de la calidad, que incluye un manual de calidad, un manual de procedimientos, unos planes de mejoramiento y unos informes de calidad. Por su parte, el SOGC en los prestadores de servicios de salud debe incluir el cumplimiento del Sistema único de habilitación, de manera periódica (cada dos años) y de carácter obligatorio para la prestación de servicios de salud; el diseño y ejecución de un plan para el mejoramiento de la calidad; el desarrollo de un sistema de información que incluya componentes de oferta de servicios, uso

por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de salud de los usuarios atendidos; los procesos de auditoría médica, desarrollados de conformidad con lo establecido en el artículo 14 del decreto y el desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten.

Asimismo, el decreto define los objetivos del SOGC, los cuales están directamente relacionados con los preceptos contenidos en la Ley 100, ya analizados en este capítulo. De ahí que entre sus objetivos esté el de garantizar parámetros mínimos de calidad de la atención en salud, como punto de partida en el proceso de mejoramiento continuo de los servicios de salud; promover el desarrollo de una cultura de la calidad entre las personas y entidades que conforman el Sistema general de seguridad social en salud; fomentar la sana competencia entre las entidades de aseguramiento en salud y entre los prestadores de servicios de salud, sobre la base de la calidad en beneficio de los usuarios del Sistema; estimular el desarrollo de un sistema de información sobre la calidad, que facilite la realización de las labores de auditoría, vigilancia y control y contribuya a una mayor información de los usuarios, y crear condiciones propicias para el fortalecimiento de la participación de los usuarios en el mejoramiento de los servicios de salud.

Por otro lado, el decreto plantea una serie de instrumentos novedosos para la época. Como primera medida, se encuentra la acreditación de prestadores de servicios de salud, como un procedimiento sistemático voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los establecidos en el Sistema único de habilitación para la prestación de servicios de salud. En segundo lugar, las pautas de un Plan nacional de mejoramiento de la calidad, con el fin de propiciar el mejoramiento continuo de la calidad, el cual deberá ser diseñado por el Ministerio, con participación de las direcciones territoriales de salud, en el cual se establecerán prioridades, me-

tas y responsabilidades en materia de calidad en salud. Un tercer componente es el Sistema de información del Sistema general de seguridad social en salud, el cual deberá desarrollar e incorporar el componente de información a los usuarios, sobre la calidad de la prestación de los servicios.

Un cuarto componente, era el de auditoría médica, vista como la evaluación sistemática de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios. Significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud. Para tal efecto podrán ser utilizados diferentes procedimientos de seguimiento, evaluación e identificación de problemas y de soluciones en la prestación de los servicios. Por último, el decreto planteaba la expedición de unas normas para la evaluación de la tecnología biomédica.

Mucha discusión se puede dar frente al contenido de este decreto, más allá de si estuvo o no bien concebido. Algunas ideas clave que pueden ser extraídas de este decreto son por ejemplo: su enfoque sistémico, al plantear una serie de herramientas; los sistemas de complejidad creciente (la acreditación por encima del Sistema único de habilitación) y el desarrollo y congruencia con algunos preceptos de la ley. Sin embargo, además de ser reglamentado tarde, no fue consistentemente desarrollado. El componente que terminó trabajado, con no pocas críticas, fue el de requisitos esenciales.

2. Decreto 2309 de octubre 15 de 2002

Este decreto, tal como ya se mencionó, es producto de la etapa de reglamentación del proyecto de garantía de calidad y, en últimas, plantea los preceptos básicos de cada uno de los componentes desarrollados en dicho proyecto. Se debe entender que este decreto deroga completamente a su antecesor, aunque retoma algunos conceptos planteados por este último, dejando a su vez al-

gunos temas de trascendencia por fuera, como es el caso del sistema de evaluación de tecnología biomédica[14].

Al igual que el 2174, el 2309 define una serie de características básicas del sistema, como son su campo de aplicación, el cual cobija a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y las entidades departamentales, distritales y municipales de salud. En contraposición, también define a quiénes no se les aplicará la norma en cuestión. Frente al tema de atención en salud, recoge lo definido por el Decreto 2174 de 1996 e incluye una sobre lo que constituye la calidad de la atención de salud, que la establece como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

Por otra parte, define el Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, entendido como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Este sistema cuenta con una serie de características tales como:

a. **Accesibilidad:** posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema general de seguridad social en salud.

b. **Oportunidad:** posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios con respecto a la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

14. Sistema no incluido en el proyecto de garantía de calidad, y que tampoco fue reglamentado por el Decreto 2174.

c. **Seguridad:** conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probadas, que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

d. **Pertinencia:** grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

e. **Continuidad:** grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Las EPS deben contar con un soporte documental básico de la calidad, que incluye un manual de calidad, un manual de procedimientos, unos planes de mejoramiento y unos informes de calidad.

De igual forma, el decreto se centra en cuatro componentes del Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud. En estricto orden de aparición en la norma, estos componentes son:

a. **Sistema único de habilitación:** definido como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema; las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

b. **Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud:** entendido como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el

Sistema único de habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

c. **Sistema único de acreditación:** definido como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

d. **Sistema de información para la calidad:** el cual será implantado por parte del Ministerio, con el fin de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y, al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema.

A lo largo de todo el decreto, se definen una serie de responsabilidades del ministerio, la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades departamentales, distritales y municipales de salud en el Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud.

3. Decreto 1011 de abril 3 de 2006

Este decreto, que deroga al 2309, se debe entender en unas circunstancias coyunturales. Lo primero es que no cambia radicalmente la estructura del Sistema obligatorio de garantía de calidad, ya que mantiene intactos sus componentes y la gran mayoría de sus herramientas y métodos.

Lo segundo se debe tener en cuenta que habían pasado cuatro años desde la promulgación del 2309, y mucho aprendizaje había

surtido efecto en todos los involucrados dentro de la aplicación de la norma (Eps, prestadores, entes de regulación y control, secretarías de salud, etc.). Este aprendizaje fue el que cambió la estructura de redacción del nuevo decreto, pero no para derogar de manera tajante su contenido, sino para mejorar su comprensión. De ahí que el orden y contenido del nuevo decreto sea muy parecido a su antecesor.

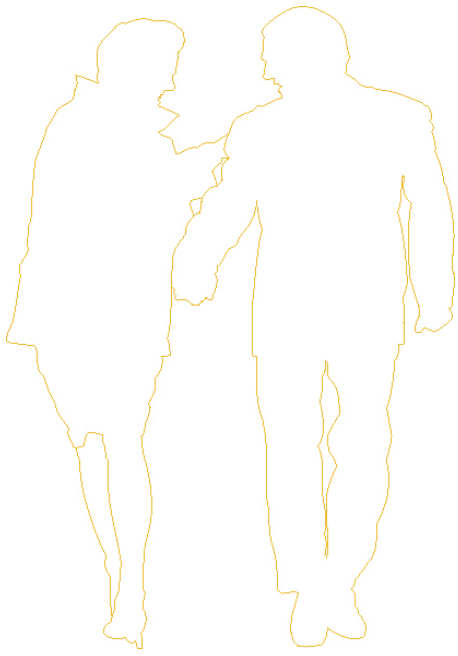
El tercer elemento es la tarea realizada en el año 2005 por el Pars y un grupo de asesores del consorcio conformado entre el Centro de Gestión Hospitalaria y el Instituto de Ciencias de la Salud (Ces), en un proyecto orientado a la generación de estándares para habilitación, acreditación y auditoría de servicios ambulatorios. En este proyecto, tal como su objeto lo indica, se diseñaron, probaron y validaron una serie de nuevas herramientas, bajo el enfoque de los componentes descritos del Sogc, pero dirigidos hacia un nuevo grupo de prestadores con características muy particulares: aquellos que prestan servicios de salud de manera ambulatoria.

Con esto en mente, y para evitar discusiones que podrían desviar el objetivo del libro, hay que plantear que posiblemente lo importante no sean las herramientas y métodos seleccionados, sino los conceptos que subyacen a estas herramientas. En los siguientes capítulos se tratan entonces los elementos conceptuales más importantes que dieron pie al actual Sistema obligatorio de garantía de calidad.

Capítulo 2

Incentivar el trabajo en calidad y trabajar la calidad para lograr incentivos





A. Los incentivos y la garantía de calidad[15]

Después del recuento del tema de calidad en la reglamentación del SGSSS, es útil enmarcar este tema en diferentes contextos. Uno de estos, es enfocar la discusión en la idea de que exista una conexión entre un sistema de calidad y un sistema de incentivos que promueva en los actores mecanismos de mejoramiento continuo. Este tema es uno de los pilares conceptuales del SOGC colombiano, ya que define las bases de cada uno de los elementos del sistema, el orden y la integración entre ellos[16].

A continuación se describen unas ideas básicas sobre incentivos, con el propósito de integrar una serie de mecanismos inherentes a un sistema de incentivos con la promoción de la calidad en los diferentes niveles de un sistema de salud.

> *Un sistema de incentivos en un sistema de calidad se puede definir como "El sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores" (Donabedian, 1996)[17]. También es factible usar la premisa plan-*

15. El tema específico de la garantía de calidad será explorado en el capítulo 4.

16. Tomando en cuenta lo señalado en la Introducción, que el marco conceptual del SOGC estaba escrito en muchos informes presentados al Ministerio, pero que no existe un documento en el que se recogieran dichos elementos, el contenido de la presente sección está basado en el informe final del componente de incentivos del proyecto Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios. Ministerio de Salud –PARS– Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation – QUALIMED.

17. Donabedian A. 1996. Garantía de la calidad: Quién es responsable? *Calidad de atención a la salud.* 3:7-11

teada por Ruelas (1994)[18], en el sentido que un sistema de garantía de calidad, independientemente del nivel de gestión en el cual opere, tiene como finalidad asegurar que las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención médica, estructura y proceso sean las más propicias para lograr que el paciente reciba el mayor beneficio al menor riesgo y costo, es decir, que reciba una atención de calidad. De igual manera, se define un incentivo como un estímulo que, al aplicarse en el nivel de un individuo, organización o sector, mueve, incita o provoca una acción. Puede significar un beneficio o recompensa, o un costo o castigo.

Teniendo en cuenta lo anterior, estos estímulos pueden tener un carácter positivo cuando premian a quien muestra el comportamiento deseado o negativo cuando castigan a quien se desvía de dicho comportamiento. Ahora bien, esos incentivos para el mejoramiento de la calidad pueden ser clasificados de la siguiente manera:

- **Incentivos económicos "puros":** el mejoramiento de la calidad es motivado por la posibilidad de obtener ganancias económicas, ya sea porque la calidad genera mayores ventas, mantiene los mismos contratos pero a tarifas preferenciales o aumenta los márgenes de rentabilidad. Tal y como se mencionó en el capítulo pasado, los incentivos económicos amarrados al desempeño son un tema en fase de exploración en varios países del mundo, que si bien son atractivos tienen un riesgo, el cual va amarrado a la dualidad de premiar o castigar con el incentivo.

  El tema con los incentivos económicos es que si bien puede ganarse un dinero extra por lograr desempeños sobresalientes, de igual forma pueden verse afectadas de manera negativa las finanzas de la organización o el profesional por no poder demostrar que llegó a un límite de calidad previamente acordado.

- **Incentivos de prestigio:** la calidad se mantiene o se mejora con el fin de mantener o mejorar la imagen o reputación. Son los incen-

18. Ruelas, E. 1994. Sobre la calidad de la atención médica. Conceptos, acciones y reflexiones. Gaceta Médica de México. 130: 218-30.

tivos que posiblemente no generan dinero adicional, pero sí el reconocimiento de propios y extraños y una mayor aceptación social.

- **Incentivos legales:** se desmotiva el desmejoramiento de la calidad por medio de sanciones o se premia a los ganadores por medio de algunas prerrogativas legales (impuestos, selecciones en licitaciones).

- **Incentivos ético-profesionales:** en el caso particular de la prestación de servicios de salud, existen incentivos para el mejoramiento de la calidad propios del sector, de carácter ético y profesional. La calidad se mantiene o se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.

Donabedian propone como principios mínimos que deben tener los incentivos para la calidad en el sector salud, la congruencia con lo que se concibe como calidad, la consistencia con los valores y tradiciones profesionales arraigados, la vinculación entre las diferentes partes del sistema y la persistencia para obtener unos resultados sólidos y previsibles. Ruelas, por su parte, recomienda como principios orientadores de los incentivos que estos generen una cultura de calidad, que hagan manifiesta que la racionalidad económica de la calidad implica ahorro y que otorguen visibilidad y reconocimiento al buen desempeño.

Lo anterior implica que, en un sector como el de salud, los incentivos económicos puros deben ser complementados con incentivos de prestigio y profesionales, de reconocimiento social o cultural, e incentivos negativos, asociados con la posibilidad de sanciones legales. Aunque en una economía de mercado los incentivos de prestigio o reconocimiento social conllevan un incentivo económico (permanecer en el mercado y mejorar sus posibilidades frente a la competencia), la aplicación de este tipo de incentivos puede considerarse en una categoría aparte, dado que la relación entre el prestigio y la retribución económica generalmente es me-

diata. Lo mismo ocurre, aunque en sentido inverso, con la aplicación de los incentivos negativos de carácter legal.

B. Competencia e incentivos

En Colombia, se habla de la competencia que sostienen las EPS y las IPS, tanto dentro de su gremio como entre los gremios. Si se va a las bases del concepto, a la competencia hay que verla como el conjunto de acciones (estratégicas, tácticas y operativas) que definen y ponen en práctica las organizaciones[19] de un determinado sector en respuesta al comportamiento, ya sea real o presumido, de otros agentes en el mercado, y cuyo objetivo es la maximización de su utilidad.

Para que la competencia pueda generar los beneficios previstos en términos de satisfacción de las necesidades del consumidor a unos niveles de costo razonable, el mercado debe operar bajo ciertas condiciones básicas[20], lo cual constituye el marco competitivo.

1. Se requiere que haya un gran número de organizaciones compitiendo entre sí, con libertad de entrar y salir del sistema, de manera que, por una parte, el consumidor tenga realmente opciones de escogencia y, por la otra, ningún agente tenga el poder suficiente para controlar los precios[21].

2. El consumidor puede ejercer su soberanía (libertad de escogencia) en forma racional, de tal manera que su selección siempre sea hecha con el fin de maximizar su utilidad.

19. También llamado agente, el cual es la organización o persona que es contratado por otro (denominado principal) para ejecutar un proyecto. En un contexto de salud, en un contrato típico existe un principal (por ejemplo, el Estado) que propone un proyecto (por ejemplo, prestar servicios de salud a la población), y un agente (por ejemplo, un hospital) que es contratado para ejecutarlo.

20. Para una discusión completa de los supuestos para el logro de un mercado competitivo, ver Rice, 1998.

21. El número de concurrentes puede no ser tan importante. Se arguye que incluso con pocas firmas en un mercado se puede obtener los beneficios de la competencia si existe la amenaza de que entren nuevos agentes.

3. El consumidor debe tener información adecuada acerca de las características y precios de los productos. Esta condición es más fácil de cumplir cuando el producto está bien definido o caracterizado (incluyendo sus atributos de calidad) y su precio puede ser conocido fácilmente.

En la medida en que se cumplan los tres requisitos anteriores, el mercado tendrá competencia y se podrán esperar beneficios para los consumidores en términos de calidad del servicio y precio. En caso contrario, el mercado no será competitivo y los beneficios para los consumidores serán reemplazados por beneficios para los productores, en términos de utilidades extraordinarias.

Se colige así que si existe una competencia dentro del sector, en principio esta debe inducir (o incentivar) el mejoramiento del sistema, fundamentalmente en dos aspectos: eficiencia (costos) y mejoramiento del valor percibido por el usuario cada vez que recibe el servicio. De esta manera, dada una especificación de un producto (que vendría a ser las especificaciones técnicas del mismo) el que tenga menor precio es el que atraerá un mayor número de consumidores. Alternativamente, dado un precio, aquel producto que presente las mejores especificaciones (mayor calidad) será el preferido. Aquí lo que se presenta es un balance entre los incentivos de reputación y aceptación social de las organizaciones por parte de sus clientes y los incentivos económicos. Eso sin mencionar los legales en caso de que algo no funcione bien en el paciente.

Si el marco competitivo funciona adecuadamente, deben ser visibles los efectos esperados, tanto en términos de eficiencia como de valor agregado para el usuario, ya que los agentes tomarán, cada uno dentro de su condición particular, las acciones que consideren necesarias para minimizar sus costos sin afectar los niveles de calidad establecidos como estándar, y viceversa. Se concluye, entonces, que aquellos agentes que no logren los dos objetivos anteriores estarán condenados a salir del mercado. Un desfase entre esos dos objetivos (que implicaría que el marco competitivo no funcionó) hará que los agentes tomen las acciones que consideren necesarias

para maximizar su utilidad, independientemente de si tales acciones tienen un efecto positivo sobre la calidad del servicio, o incluso la misma eficiencia.

C. Competencia regulada

Donabedian propone como principios mínimos que deben tener los incentivos para la calidad en el sector salud, la congruencia con lo que se concibe como calidad, la consistencia con los valores y tradiciones profesionales arraigados, la vinculación entre las diferentes partes del sistema y la persistencia para obtener unos resultados sólidos y previsibles.

En Colombia, la expresión mercado regulado hizo carrera casi desde el nacimiento del SGSSS, sin que necesariamente existiese por parte del ente rector una definición explícita y uniforme de la misma. En aras de la discusión, esa expresión posiblemente recoge un sinnúmero de prácticas y arreglos organizacionales, en diferentes niveles de operación, que pretenden describir la cohabitación de principios de mercado (como la competencia) con un marco legal que tratara de delimitar qué cosas son permitidas y cuáles no.

Vistas algunas consideraciones de un mercado competitivo, hay que resaltar que estos mercados no se dan en la práctica, tal y como lo dice la teoría, ya que no se dan las condiciones necesarias para que estos existan. Por esto, se hace necesario crear las condiciones mínimas requeridas para que el sistema de mercado cumpla, en la práctica, con los preceptos de la competencia. Esto se logra estableciendo lo que se ha denominado un marco de competencia regulada, dentro del cual las imperfecciones del mercado son compensadas o contrarrestadas a través de normas o reglas de operación emitidas por una autoridad reguladora que actúa en nombre del interés general de la sociedad.

La autoridad reguladora puede tener carácter gubernamental o puede ser un ente independiente, con un mandato legal que no necesariamente coincida con el período de gobierno. Por otra parte, la autoridad reguladora puede estar complementada con una autoridad de vigilancia, con cuyo concurso se ejerce el control de

la actividad. El diseño de estas reglas de juego dentro del sistema crea las señales para que las acciones de las organizaciones se dirijan hacia el logro de la eficiencia y el mejoramiento de la calidad. De esta manera, un sistema de incentivos contempla tres niveles: un nivel de macrogestión (nivel macro), un nivel de mesogestión (nivel meso) y un nivel de microgestión (nivel micro).

Son estos tres niveles donde tiene que entrar el diseño de los sistemas de calidad, partiendo de la base de un marco conceptual adecuado y de una serie de herramientas, las cuales organizadas de una manera estratégicamente alineada deberán enviar mensajes a todos los niveles de operación de un sistema de salud. Un punto importante a mencionar aquí es que cada país decide qué herramientas, de un arsenal considerable, quiere seleccionar para organizar su sistema de calidad. Estas herramientas, si son ordenadas bajo un enfoque sistémico, modularán uno u otro tipo de incentivo dentro del sistema de salud. Qué incentivo se genere depende directamente de la organización mencionada y del objetivo primario de cada una de las herramientas.

Antes de describir de manera conceptual estos tres niveles hay que aclarar que en los capítulos subsiguientes se hará más énfasis en el nivel micro. No porque este sea un nivel más importante que los otros, sino porque es donde operativamente suceden los cambios, en donde se necesita mayor fortaleza en la implementación y seguimiento de las estrategias. Una vez el nivel macro ha tomado las decisiones, y organizado y enviado los mensajes adecuados, es el nivel micro el que tiene el reto, en gran escala, de liderar e implementar los cambios. Es ahí donde se necesitan los verdaderos gerentes como agentes de cambio.

Los tres niveles de incentivos pueden resumirse así:

- **Incentivos en el nivel macro:** los incentivos actuantes en el nivel macro son los más importantes porque son los que determinan la racionalidad general del sistema. Si se toma como analogía un juego, el nivel macro es donde se definen los acto-

res, el juego y sus reglas (el marco competitivo). En un sistema de competencia regulada el juego es la competencia, el objetivo es la calidad, y lo que motiva a los actores a competir, o incentivo global, es de carácter económico. La normatividad o las reglas del juego, están dirigidos a alinear las estrategias del juego con los objetivos del mismo, evitando que se generen señales equivocadas o incentivos perversos que puedan inducir acciones que distorsionen la competencia.

Si el marco global establecido está incorrectamente conceptualizado, o sus señales son equivocadas, el sistema no funcionará bien, independientemente de los incentivos actuantes en los otros dos niveles. Las acciones adelantadas en los otros dos niveles tendrán un bajo nivel de efectividad o se distorsionarán rápidamente para ajustarse a la racionalidad exigida por el nivel global.

- **Incentivos del nivel meso:** este nivel se refiere al ámbito sectorial, en el cual se producen las interrelaciones de los agentes concurrentes y los usuarios. Los incentivos actuantes en el nivel meso juegan un papel complementario frente a los incentivos del nivel superior. Aquí pueden considerarse dos grandes tipos de incentivos, los positivos, es decir, establecidos para promover la competencia y los negativos, es decir, establecidos para evitar acciones que puedan disminuir la competencia.

  La operación de los incentivos a este nivel presupone la puesta en marcha de dos cosas. Por un lado, está el desarrollo de un sistema de información para promover la competencia por calidad, en espera de que la disponibilidad de información cumpla funciones múltiples en el nivel de mesogestión. Por el otro lado, está la vigilancia y control, buscando dos finalidades básicas, velar por el cumplimiento de los requisitos mínimos para la prestación de la atención y de la operación financiera, y evitar acciones que puedan disminuir la competencia, generando condiciones que hagan imposible (o muy difícil) la colusión entre entidades, con sanciones muy fuertes para los infracto-

res. Puesto que en la práctica el desarrollo de acciones contra la competencia es muy difícil de evitar, lo que se impone en la práctica es el desarrollo de sistemas de información y de seguimiento financiero y de calidad lo suficientemente buenos como para que el estamento regulador incremente su capacidad de negociación frente a los agentes del sistema.

Por medio de las acciones de vigilancia y control se generan incentivos de carácter legal para evitar las sanciones ocasionadas por el no cumplimiento de las regulaciones establecidas para la calidad de los servicios de salud.

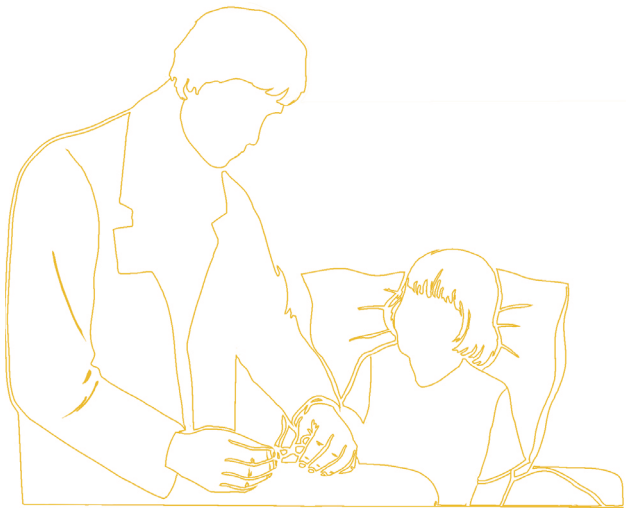
- **Incentivos en el nivel micro:** en el ámbito institucional o nivel micro, la orientación hacia la calidad en buena medida depende de que la racionalidad del sistema en los niveles macro y meso funcione efectivamente. El nivel micro debe ser visto como el dominio de los proveedores y no como el ámbito de acción del estamento regulador. Lo importante es asegurar que la racionalidad del sistema funcione efectivamente (niveles macro y meso), dejando que cada proveedor tome las acciones que considere pertinentes para lograr sus objetivos, teniendo en consideración sus propias y específicas características.

  Lo que se busca en el nivel micro es potenciar la capacidad de los agentes para responder a los incentivos. O sea, dar a los jugadores los elementos y estrategias para que compitan. El potencial institucional para responder a los incentivos y competir por calidad depende de dos factores básicos: el grado de autonomía o capacidad de tomar decisiones y la capacidad de gestión. La capacidad de gestión está afectada a su vez por la estructura organizacional, la capacitación del recurso humano, y la existencia de y el acceso a modelos y asesoría para mejorar (Gutiérrez, 1994; Cicmil, 1997)[22].

22. Gutiérrez, R. 1994. Organizaciones que aprenden. Misión ciencia educación y desarrollo. República de Colombia, Presidencia de la República, Colombia. Cicmil, S. 1997. Achieving completeness through to principles and organizational learning. The Learning Organization. 4(1).

Por último, es necesario no dejar en el aire la idea de que los incentivos éticos y profesionales son prescindibles, sino que también desempeñan un papel clave en la garantía de la calidad. Una forma de ver esto es partiendo del hecho que los mercados de salud se caracterizan por la asimetría de información o, dicho de otro modo, es el caso donde un proveedor (un médico, por ejemplo), sabe más acerca de la calidad de los servicios que quien los compra (el paciente). Todos los agentes que proveen servicios en un entorno donde la información es asimétrica tienen la posibilidad de aprovechar esta asimetría para su propio beneficio, máxime si hay dinero de por medio. Lo anterior no implica tildar de poco éticos a grupos específicos de profesionales, lo que implica es una condición humana que se toma frente a la conjunción del poseer información privilegiada en presencia de un incentivo económico.

De la mano de los profesionales y de los gerentes de las organizaciones depende que la sociedad y los ciudadanos no perciban conductas indecorosas como producto de estas situaciones. Esta idea es la esencia misma de la relación más antigua que tiene la medicina: la relación médico - paciente.



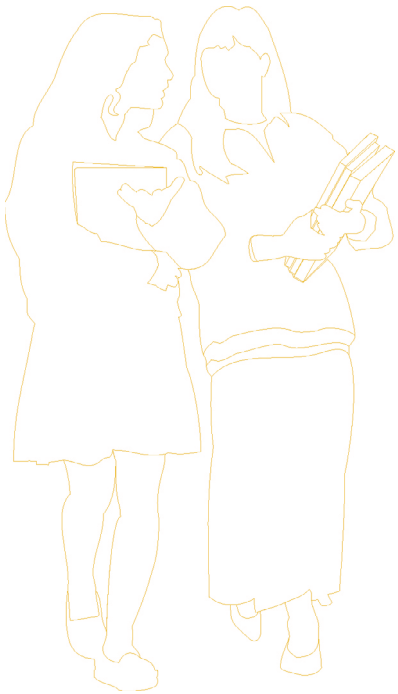






Capítulo 3

Sistema - Garantía - Calidad



A. Introducción

Corría el año 2000 y el equipo encargado de diseñar el nuevo Sistema obligatorio de garantía de calidad para Colombia tenía tareas específicas en diferentes frentes de trabajo, descritos en el objeto contractual. Como se señaló en el capítulo I, la idea general era que había que diseñar unos elementos metodológicos específicos de ese nuevo sistema. El riesgo que se corría era que cada persona aplicara su bagaje conceptual en el diseño de los diferentes componentes y, al final, resultara un juego de herramientas, cada una de ellas muy bien diseñada a título individual, pero sin ninguna relación con las demás e, inclusive, con abordajes conceptuales no alineados en un tiempo y secuencia.

El objeto mismo de la convocatoria para la selección de la firma encargada del desarrollo de la consultoría era evaluar y ajustar los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios. Es decir, había que buscar que el artículo 227 de la Ley 100 de 1993, se volviera algo tangible. Es en estos momentos donde la calidad tiende una trampa en la cual es fácil caer: desarrollar o adoptar uno o varios métodos de todo el arsenal disponible, sin preguntarse primero cuáles son las bases conceptuales y los objetivos que se persiguen en el tema de calidad.

No es difícil encontrar toda suerte de caja de herramientas en el tema de calidad, bien sean propias del sector salud o de otros sectores industriales. La calidad no adolece de falta de métodos, de lo que adolece en ocasiones es en la implementación de una buena herramienta para un objetivo mal planteado. Aquí es donde se debe entender que los métodos siguen a los conceptos y no al

revés, es decir, las herramientas son una elección que se toma una vez los objetivos de calidad están planteados y no la aplicación de cualquier herramienta en cualquier contexto, sólo porque se haya visto que funcionó en otro proyecto. La elección sin reflexión es la perdición.

Igualmente, el objeto contractual contenía tres palabras centrales: sistema - garantía- calidad. Aunque parezca una discusión trivial, era necesario ponerse de acuerdo en estos tres temas antes de ir al diseño de los productos. El presente capítulo pretende desarrollar las principales ideas frente a estas tres palabras, con el fin de dar sustento al por qué quedaron organizadas las herramientas de una determinada manera.

B. Sistema

Hablar de sistemas y teoría de sistemas puede ser un tema complejo, sobre todo en un libro que se centra en explicar un modelo de mejoramiento de calidad en salud. Sin embargo, es útil recurrir a definiciones simples, que nos centren en las ideas principales del tema, y ver sus implicaciones para el caso colombiano.

Las definiciones de sistema, de manera sencilla, involucran tres ideas[23]:

- Un conjunto de cosas
- Interactúan entre ellas de manera coordinada
- Buscan un conjunto de objetivos.

Una cuarta particularidad podría ser que actúan en respuesta a una serie de fuerzas externas.

23. Para un análisis más profundo del tema de sistemas *véase* Bertoglio, Óscar 1992. Introducción a la teoría general de sistemas. Grupo Noriega Editores.

Estos sistemas tienen una serie de elementos:

- Una corriente de entrada, también llamada *inputs*, donde están todos los insumos que se utilizarán en la producción de algo
- Un proceso de conversión, donde se toman las entradas y se procesan bajo unos parámetros previamente establecidos
- Una corriente de salida que son los bienes, servicios o productos ya elaborados a partir de los dos pasos anteriores
- La retroalimentación basada en los datos del sistema de monitoreo del desempeño de los productos y percepciones de los clientes, que lleva a plantear si es necesario realizar ajustes.

El hablar de un sistema de calidad para el caso colombiano implica que hay que diseñar no uno sino varios elementos o herramientas, que a su vez sean capaces de interactuar entre ellos, entablando un permanente diálogo y sinergia entre ellos. Estas herramientas deben tener una definición clara de qué se quiere cambiar con ellas, cuál es su razón de ser y qué se debe esperar de ellas si son bien aplicadas en el entorno adecuado. Las herramientas deben tener un marco conceptual claro que sirva de insumo a los potenciales usuarios del sistema, para que estos sean capaces de tomar las herramientas y usarlas para una transformación organizacional.

Un punto que no se puede perder de vista en el desarrollo de ese enfoque sistémico, es que el cambio tiene que impactar directamente sobre los usuarios, de otra forma no sirve. Por último, es necesario que haya un mecanismo de información de los logros obtenidos por las organizaciones gracias a la aplicación de las herramientas a todos los interesados.

Es así que existen una serie de conceptos que hay que tener presentes para entender mejor los capítulos 5 y 6, en los cuales se desarrollan cada uno de los componentes del SOGC:

- Los componentes del SOGC no pueden ser piezas individuales dentro del contexto de la calidad en salud, sino un conjunto

armónico, complementario e integrado de instrumentos. A pesar de que existen como herramientas separadas, cada una con diferente reglamentación y formas de llevarla a la práctica, presentan un fuerte engrane entre ellas. Se deben examinarlas en paralelo la una con la otra.

- Cada uno de los instrumentos cumple un papel dentro del sistema de incentivos o estrategias para facilitar calidad, tal y como se mencionó en el capítulo 3.
- No existe un sistema de subordinación entre los componentes desarrollados para el Sistema obligatorio de garantía de calidad, es decir, no existe un componente más importante que otros.
- Una forma de ordenar los componentes es a través de una aproximación cronológica, es decir, hay unos que deben ser implementados primero (posiblemente debido a su obligatoriedad).
- Los componentes desarrollados dentro del proyecto no son una serie exhaustiva que logre copar todo el espectro de un sistema de garantía de calidad. Quedan por fuera otros componentes importantes de desarrollar en un futuro como la certificación y recertificación periódica de los profesionales de la salud, que existe en países como Estados Unidos, Canadá o Inglaterra, o la evaluación de tecnología en salud, como elemento para optimizar la asignación de recursos.

C. Garantía

Se entiende por garantía de la calidad todo aquello que los individuos y una sociedad llevan a cabo para generar, mantener y mejorar la calidad[24]. La definición integra dos componentes, el diseño del sistema, que hace referencia a las características del sis-

24. Donabedian Avedis. 1996. Garantía de calidad ¿Quién es responsable? Calidad de la atención en salud. Junio. 3 (1 y 2).

tema de salud que contribuyen a la calidad; y la evaluación del desempeño del sistema[25].

Ruelas[26] realizó un juicioso análisis y justificación de la palabra "garantía", basado en que en las diferentes definiciones de calidad se asume que existe una responsabilidad moral, ética y legal por parte de las organizaciones y de los profesionales para garantizar la calidad en la atención. En ese orden de ideas, el término cobra su dimensión específica sirviendo como una sombrilla que cubre el resto de las herramientas y conceptos. Así, garantía de calidad es

> un conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, por cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoría, diseño, desarrollo y cambios organizacionales.

La definición implica que la evaluación y monitoría debe ser entendida como la medición sistemática y periódica de una o más variables durante un punto en el tiempo, lo que nos da la oportunidad de mejorar en el tiempo. El diseño organizacional es la suma de una serie de elementos estructurales y de trabajo que buscan garantizar el desempeño de la institución. El desarrollo son las estrategias de educación continuada que permiten a los funcionarios de la organización entender el papel que desempeñan en el esquema organizacional. Por último, no hay mejoramiento sin cambio, por eso hay que entender que se necesitan estrategias para lograr este cambio (el capítulo 7 está dedicado a este concepto).

Con base en los dos párrafos anteriores, construir un sistema de garantía de calidad implica tener un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente

25. Donabedian, Avedis. 1990. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

26. Ruelas, Enrique. 1992. Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. Salud pública de México. Suplemento. 34.

la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las acciones que se emprenden para corregir sus deficiencias.

Lo anterior implica que un punto de partida esencial para conducir un sistema hacia la garantía de la calidad es la evaluación. Esta evaluación se requiere tanto en el sistema en general de una organización, como en cada individuo en particular. Cada vez es más evidente la necesidad de datos objetivos para la toma de decisiones de quienes definen políticas y asignan recursos, quienes dirigen una organización y quienes prestan el servicio. Es, por lo tanto, indispensable la definición de indicadores y estándares que permitan comparar el desempeño del sistema frente a lo deseado, para encontrar brechas, corregir deficiencias y lograr el resultado que se espera de la atención: el mejoramiento de las condiciones de salud.

Lo que debe ser claro es que la evaluación en sí misma no trae mejoría de la calidad, requiere de acciones cuando se detectan las brechas o deficiencias frente a lo esperado. Ello implica revisar el diseño del sistema y los incentivos para lograr que opere como se desea, trabajar en gerencia de los procesos en las organizaciones de salud para que los resultados de la atención sean adecuados, analizar el conocimiento disponible y los mecanismos de difusión, y dar información a los usuarios, entre otros.

Por otro lado, el diseño de un Sistema de garantía de calidad implica la generación de múltiples instrumentos congruentes, acorde con las necesidades y prioridades definidas en el país e incluye: defender a los usuarios al establecer requisitos indispensables para funcionar va asegurar que los ciudadanos y empleados de una institución de salud no estén expuestos a desechos contagiosos u otros riesgos; y verificar que se cumplan las especificaciones en equipos e insumos que se utilicen en la atención.

Con la promulgación de la Ley 100 de 1993 y las posteriores reglamentaciones del artículo 227, se puso sobre la mesa el diseño de un conjunto de herramientas que interactuaran entre sí (el sistema mismo de garantía de calidad), que pudiesen generar, mantener y mejorar la calidad (la garantía de la calidad). Estas herramientas incluyen al Sistema único de habilitación como definición de las condiciones mínimas de estructura para permitir el funcionamiento de un prestador, la acreditación para buscar el mejoramiento de instituciones prestadoras de servicios de salud y de entidades promotoras y sus similares, la auditoría para tener un sistema de seguimiento o monitoreo permanente de la prestación de los servicios, y el sistema de información a los usuarios.

Garantía de calidad es "un conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, por cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoría, diseño, desarrollo y cambios organizacionales".

D. Calidad

Por último, y para completar la trilogía, está el tema de la calidad[27]. Este elusivo término que es fácil de pronunciar, útil a la hora de exigir, sencillo de usar en discursos, pero difícil de demostrar que se lleva a la práctica de manera consistente, soportado en hechos y datos concretos. El problema de seleccionar una definición de calidad es, tal y como lo menciona Donabedian (1988)[28], que existen "varias definiciones de calidad, o muchas variaciones de la misma definición, y que cada definición o sus variaciones es legítima dentro de su contexto".

27. Para una discusión más a fondo de la definición de calidad *véase* Kerguelén, Carlos. 2003 ¿Calidad en salud: qué es? Sus implicaciones en el Sistema obligatorio de garantía de calidad colombiano. Centro de Gestión Hospitalaria.

28. Donabedian, Avedis. 1988. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press.

Juran (1988)[29], por su parte consideraba que "hay muchas frases cortas entre las que elegir, pero la frase corta es una trampa". Así, entonces, resulta muy difícil encontrar la definición perfecta y unánime de la calidad. Lo que en apariencia complica el terminar la trilogía de las palabras que dan título a este libro.

Conexo con lo anterior, Weitzman[30] también considera que existen varias definiciones de calidad, todas válidas, y que esto es producto de la cantidad de criterios que están inmersos dentro de la definición misma. La definición de calidad también está directamente relacionada con quien la defina. No es lo mismo, ni potencialmente posible, que diferentes centros de poder acuerden una única definición en un corto párrafo que los satisfaga plenamente. Es así que cada uno de estos centros de poder (organizaciones profesionales, asignadores de los recursos, entidades estatales diferentes del ministerio del ramo, productores de insumos, tecnología biomédica o farmacéuticos, políticos o comunidades organizadas) puede tener una visión diferente del mismo tema. Quizás haya muchos puntos comunes, pero también puede haber unos pocos que generen grandes discusiones. La discusión se complica aún más cuando, tal y como lo menciona Donaldson (1999)[31], el resultado de la calidad está condicionado, muchas veces, por el papel del usuario en el tratamiento.

Todo lo anterior implica que hay una serie de factores que inciden sobre la calidad, tales como la infraestructura de los sistemas de salud, entendiendo por esto un complejo sistema de recursos, y la forma como se usan para la producción de los servicios, la forma como está organizado el sistema de prestación de servicios, los recursos económicos del sistema y la gestión misma de estos recursos.

29. Juran. J.M. 1988. Juran y la planificación para la calidad. Ediciones Díaz de Santos.
30. Weitzman, Beth. The quality of care: assessment and assurance.
31. Donaldson, Molla 1999. Measuring the quality of Health care. The National Roundtable on Health care quality. Institute of Medicine.

De este modo se comienza a plantear la disyuntiva si debe definirse calidad de manera taxativa o, más bien, explicar el concepto, que facilitaría la decisión del lector para amoldar estos conceptos a su entorno de trabajo. De aquí surgen varios enfoques frente a la definición de la calidad. Uno de ellos es el planteado por Deming (1989)[32], quien la define frente al sujeto (el paciente, el médico o la sociedad). Otro enfoque clásico puede ser el de Donabedian[33], quien integra tres sencillas temas en el plano de la relación médico paciente: la parte técnica, las relaciones interpersonales y el entorno donde se provee la atención.

Una tercera forma, donde se integran el sujeto y los criterios, puede ser vista en Ranson (2005), que hace una descripción de las diferentes características de la calidad (desempeño técnico, relaciones interpersonales, amenidades, acceso, preferencias del paciente, eficiencia y costo efectividad), y las conjuga con los participantes clave dentro de un sistema de salud (pacientes, proveedores de servicios y pagadores), para terminar planteando la idea de que estos criterios pueden mezclarse en diferentes proporciones, dependiendo de quien sea el actor que juzgue, dando por resultado diferentes variaciones de una misma definición, todas ellas válidas.

De ahí, entonces, que quizás lo más práctico es definir calidad desde una serie de criterios que se mezclan dependiendo del entorno en el cual se encuentre la persona, y de los resultados últimos que se quiera del proyecto. A continuación se mencionan los más usados, basados en un texto clásico de Donabedian (1996)[34], y, posteriormente, complementado por otros autores:

32. Deming, Edward. 1989. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Ediciones Díaz de Santos.

33. Vale la pena aclarar que posteriormente a esta visión se le incorporó otras características, ya que en esta primera se centraba en analizar la calidad desde la relación médico – paciente.

34. Donabedian, Avedis. 1996 y 1990. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114: 1115-8. Artículo traducido aparecido en la revista de *Calidad Asistencial*. Suplemento No 1, 2001, 16.

- **Eficacia:** "Es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables". Esta definición implica la atención en un ambiente óptimo y controlado, en donde las variables que influyen sobre el resultado puedan ser controladas por el prestador. Dada la dificultad de obtener estas condiciones en el trabajo diario, es necesario acudir al segundo pilar.

- **Efectividad:** "Es la mejora de salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana". Constituye un modelo más real, fundamentado en el concepto de que no es posible tener certidumbre de todos los acontecimientos en el proceso de atención. Según Wilding (1994)[35], la provisión de los servicios debe ser, en lo posible, cero errores y libre de fallas, que produzca un resultado, cuando no visible, medible, y que repercuta directamente en el estado de salud del consumidor, siempre en aras de mejorar este estado. Maxwell (1984)[36] y Aukett (1994)[37] también incluyen esta dimensión, que interpretan como el efecto del servicio provisto en el mejoramiento del estado de salud del individuo. Según Shaw (1986)[38] en la medida en que los servicios deben alcanzar los objetivos propuestos y, por último, Vouri (1990)[39] la define como la relación entre el impacto real de un servicio o programa y su impacto potencial en una situación ideal.

35. Wilding, Paul. 1994. Maintaining quality in human services. Social policy and administration. March 28(1): 57-71
36. Citado en Walshe, Kieran; Coles, James. 1993. Medical Audit: in need of evaluation. Quality in health care. 2: 189-190.
37. Aukett, James. 1994. The development of clinical Audit: Use of a "Quality Web" constructed for a community dental service. International Journal of Health Care Quality Assurance. 7: 32-36.
38. Shaw, Charles. 1986. Introducing quality assurance. KF project paper 64. London, King´s Fund Publishing Office. Citado en Ellis.
39. Vouri, H.V. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Masson, S.A., París.

- **Eficiencia:** es el costo invertido para lograr un determinado estado o mejora en salud. Shaw (1986) afirma que los servicios deben ser provistos no sólo de la manera menos costosa para el sistema, sino que se debe además evitar el desperdicio de estos servicios en personas que no lo necesitan, dejando a aquellos que realmente lo necesitan sin nada. DiPrete[40] la describe como la relación entre la atención óptima de los pacientes y los recursos con los que se cuenta en el medio.

- **Optimización:** es la representación progresiva de la decisión sobre hasta qué punto es necesario invertir para lograr un grado óptimo de salud, más allá del cual resulta ineficiente o inseguro seguir aplicando tecnologías en el proceso de atención.

- **Aceptabilidad:** es un concepto que en palabras del mismo autor, asume con un cierto grado de juicio arbitrario, pero que acepta como la adaptabilidad de la atención a los deseos, a las expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Esta aceptabilidad, según el autor, puede verse de manera más integral si se observan elementos de accesibilidad (obtener asistencia cuando se requiera), de la relación médico - paciente (que se les trate con consideración, respeto, se les suministren explicaciones sobre su estado de salud), del confort de la atención, de las preferencias del paciente sobre la efectividad de la atención y de las preferencias del paciente sobre el costo de la atención.

  Es necesario anotar, a manera de ejemplo, que el autor no incluye la totalidad de la relación médico-paciente como un criterio de la aceptabilidad, sino que plantea que esta última puede ser vista sumando algunas, no todas, las características de esta relación. Igual análisis puede ser aplicado al resto de las características anotadas. Wilding (1994)[41] complementa el funda-

40. DiPretre Brown; Miller, Lynne; Rafeh, Nadwa; Hatzell, Theresa. Garantía de calidad en la atención de salud en los países en desarrollo. Proyecto de Garantía de Calidad.

41. Wilding, Paul. 1994. Maintaining quality in human services. Social policy and administration. March (1): 57-71.

mento diciendo que este pilar indica cómo se proveen los servicios sanitarios. Estos deben ser provistos en un ambiente adecuado, la interacción proveedor-consumidor debe ser empática, olvidando el proveedor un papel crítico, paternalista, estigmatizador y rutinario hacia el consumidor del servicio. Según Maxwell (1984) y Aukett (1994) los servicios provistos no pueden contravenir factores culturales, valores y creencias de los futuros usuarios.

- **Legitimidad:** este concepto es también la suma de una serie de elementos, pero su trasfondo señala que los aspectos importantes para el individuo en la atención en salud, sean igual de importantes para la sociedad como un todo, y que no se acuda a una serie de elementos que no impliquen un bien común para la sociedad.

- **Equidad:** implica la justa distribución de los servicios. Según Maxwell (1984) y Aukett (1994) es la justa distribución de los servicios dentro de la comunidad, de acuerdo con las necesidades de los individuos. Shaw (1986) cree que los servicios deben estar disponibles para toda la población y ser distribuidos según las necesidades dentro de ella.

- **Pertinencia:** es importante resaltar este octavo pilar, que si bien no fue descrito por Donabedian, ha sido trabajado exhaustivamente por Brook[42]. Describe que "Una intervención o servicio se considera pertinente si, para individuos con características particulares, personales o clínicas, los beneficios esperados en su estado de salud exceden los riesgos esperados por un margen tan grande como para hacer valiosa la intervención o servicio". También dice que un subconjunto de los servicios pertinentes es necesario, y define que "un cuidado es considerado necesario si existe un chance razonable de un beneficio no trivial para el paciente y podría ser impropio no proveerlo. En

42. Brook, Robert; McGlynn, Elizabeth; Schuster, Mark. 1997. Why the quality of U.S. health care must be improved. The National Coalition on Health Care. RAND.

otras palabras, estos cuidados son lo suficientemente importantes que sería éticamente inaceptable no proveerlos".

Existen otros componentes que podrían complementar los pilares ya descritos, por ejemplo:

- **Competencia profesional:** se refiere a la capacidad de los profesionales y los equipos de trabajo para desempeñar sus funciones. Implica la capacidad de diseñar y seguir normas y poseer el conocimiento que debe ser aplicado en todas las fases del proceso de atención.
- **Accesibilidad:** aunque aparentemente comprendido, el acceso a los servicios de salud es más difícil de definir de lo que parece, éste debe ser geográfico, físico, sicológico y económico, sin que entre el consumidor y el proveedor exista ningún tipo de barrera o selección de la entrada al sistema de aprovisionamiento, como edad o sexo.
- **Satisfacción del cliente.**
- **Continuidad:** implica que un paciente pueda recibir una serie de servicios de salud sin interrupciones, suspensiones o repeticiones innecesarias. Significa la ausencia de interrupción de la atención necesaria y el mantenimiento de la relación entre las secuencias de la atención médica.
- **Seguridad:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias[43]. Implica la reducción de riesgos durante el proceso de atención, tanto para el paciente como para el prestador.

Eficacia: "Es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar".

Efectividad: "Es la mejora de salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana".

43. Definición del Decreto 2309 de octubre 15 de 2002. Ministerio de Salud.

- **Comodidades:** a menudo se relacionan con los aspectos físicos (edificios, máquinas, salas de espera) donde se presta la atención en salud, y que no están ligados a la eficacia clínica.
- **Calidad técnico-científica:** es el grado de aplicación de los conocimientos y tecnologías médicas disponibles.
- **Coordinación:** es el proceso mediante el cual los elementos y relaciones de la atención médica durante cualquier secuencia de la atención, se acoplan entre sí dentro de un propósito general.

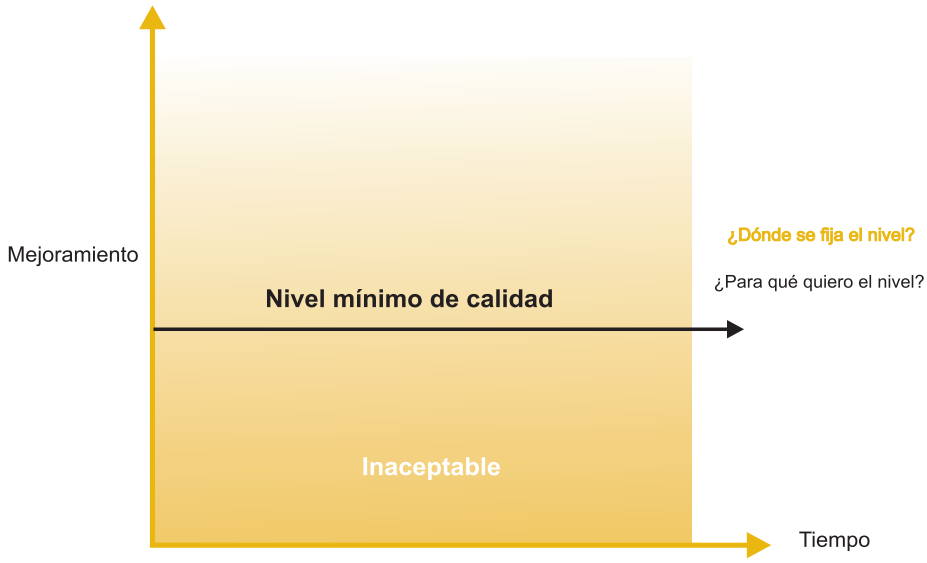
Tal y como puede colegirse, cuando se tiene un grupo más o menos amplio de criterios, la calidad puede ser definida desde múltiples puntos de vista, sin que necesariamente una sea mejor que la otra. Quizás la pregunta a hacerse es ¿cuál es el entorno que me rodea?, ¿cuáles son lo objetivos de lo que hago (sin dejar de mencionar al cliente)? Posiblemente así se llegue a descubrir cuáles son los criterios preponderantes en ese entorno y construir la definición más apropiada de calidad.

E. Necesidad de trazar líneas

Una vez abordada la discusión sobre la garantía de calidad, el sistema y los criterios de la calidad, se hace necesario pensar cómo ordenar algunas ideas, que sean capaces de llevar a la práctica un Sistema de garantía de calidad en salud. Sobra decir que se necesita un juego de herramientas o métodos, cada uno con su propio objetivo, pero interconectados entre sí (de ahí la palabra sistema), con el fin de lograr un objetivo común.

Una forma de explicar lo anterior, que tendrá ampliación más adelante para el caso del SOGC colombiano, puede ser a través de los gráficos 4.1 y 4.2.

Gráfico 3.1
Sistema de garantía de calidad
¿Dónde establecer el mínimo?

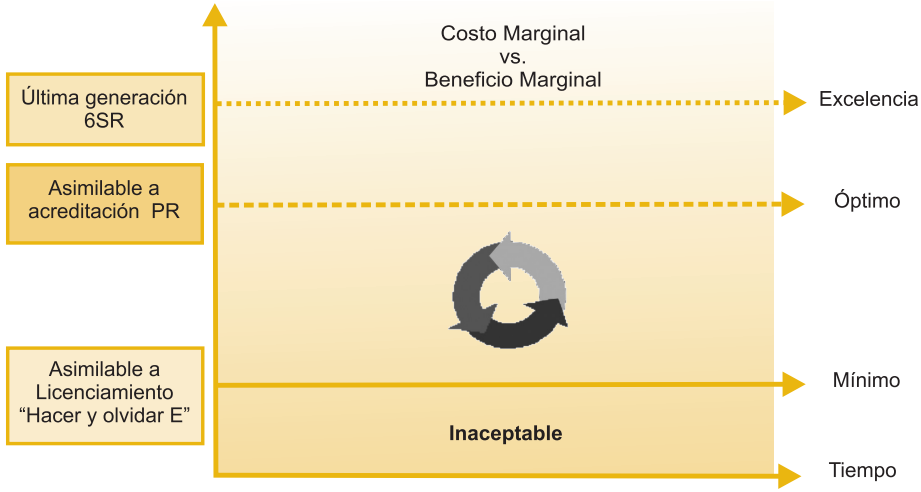


La idea central con el gráfico 4.1 es comenzar a construir el sistema desde el punto de vista metodológico (porque se hace necesario construir su marco conceptual y objetivos estratégicos primero) partiendo de que se necesita un nivel, que separe un mínimo de calidad de una franja donde sea inaceptable (por no decir ilegal). Todo esto teniendo como precepto al usuario. La pregunta entonces es: ¿dónde trazo esa línea divisoria? Sin entrar en profundidades, el sistema de salud debe responder esa pregunta como primera medida, dado que el resto de herramientas y métodos del sistema de calidad dependen de ésta. Para el caso colombiano, como se verá más adelante, esa línea se fundamenta en aquellos criterios de calidad que garanticen un mínimo de seguridad en los procesos de atención. He aquí dónde se pone la línea y para qué se quiere. Esta línea es asimilable al concepto de licenciamiento, cuya definición se presenta en el capítulo 5.

Ese punto de quiebre, el mínimo, debería ser para los gerentes algo de "hacer y olvidar". Con lo anterior, no debe pensarse

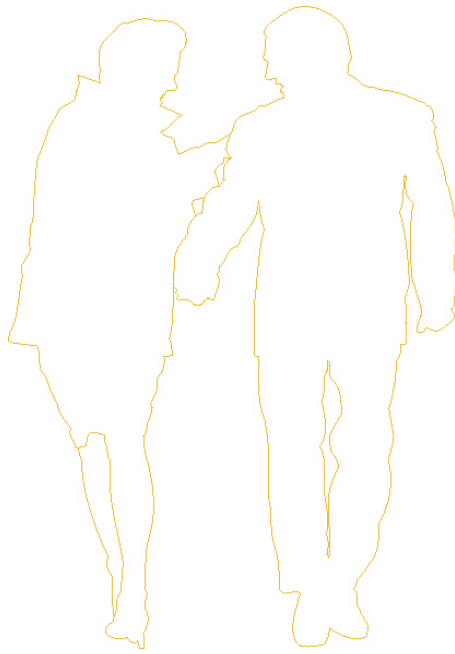
que gerenciar el mínimo es un tema baladí, lo que significa es que sería inaceptable que todos los recursos, los estratégicos y los del día a día, se concentren sólo en el conformismo de cumplir ese mínimo y quedarse ahí eternamente. De ahí que hay que explorar otras opciones.

Gráfico 4.2
Niveles de calidad



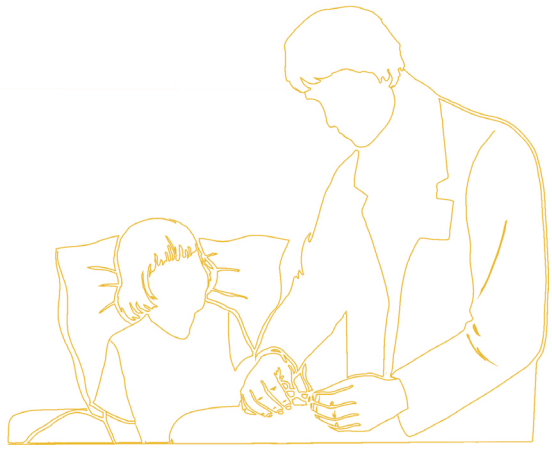
Si ya se sabe dónde está el mínimo, se tienen entonces dos áreas claras de trabajo: la primera es vigilar que nadie esté en lo inaceptable, para lo cual las reglas de juego definidas por el Estado en el nivel macro, y en sus funciones de inspección, vigilancia y control se vuelven trascendentales. La segunda área es hacia arriba de ese mínimo y, aquí, el cielo es el límite. Es posible trazar una primera sección hacia arriba del límite, donde se explore el diseño y aplicación de herramientas que empujen a las organizaciones a trabajar por niveles de calidad óptimos, cualquiera que sea la definición de ese óptimo. Aquí es donde aparecen herramientas basadas en criterios de procesos y resultados, en contraposición, pero de manera complementaria, a las estructurales comúnmente encontradas en el licenciamiento.

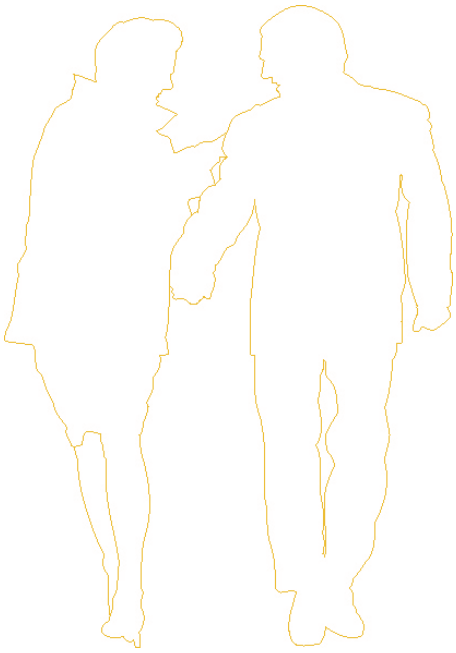
Por encima de esta franja, empujando aún más el rasero de calidad, se encuentra una serie de herramientas que intenta llevar a las organizaciones a un nivel de excelencia, no solo reconocida por sus propios pares, sino por empresas ajenas a la misma industria (el caso actual de la Toyota, por ejemplo). Son empresas que una vez alcanzan este punto, se consideran el *benchmark* de excelencia, y no el promedio del *bechmarking*. Esta es una franja en donde desafortunadamente se concentran pocas organizaciones, que necesariamente ya aprendieron como moverse en las anteriores. No se llega a este nivel por suerte o azar, se llega a través de una disciplina sostenida en el tiempo, superando las etapas menos complejas del mejoramiento.



Capítulo 4

Marco conceptual de los componentes del SOGC





A. Introduccion

En el proceso de diseño y desarrollo metodológico de los componentes del SOGC se realizó una serie de actividades, que incluyó:

- Revisión de la situación del país frente a cada uno de los componentes
- Recuento bibliográfico de las normas legislativas que de una u otra manera sustentan o describen las competencias y directrices frente al componente
- Revisión de experiencias nacionales, enmarcando aquellas pruebas realizadas o implementadas por diferentes organizaciones
- Revisión de experiencias internacionales, en caso de ser necesario
- Grupos focales que servían de catalizadores frente a la discusión de temas relacionados con los componentes del sistema
- Encuestas a actores claves realizadas bien sea de manera directa o por correo
- Investigación aplicada sobre algunos fundamentos que debían ser probados, con el fin de mirar su futura aplicabilidad.

Fue así como se produjo, principalmente en los años 2000 y 2001 y luego en 2005, una serie de documentos que desarrollan conceptualmente los objetivos planteados para los componentes del sistema. Si bien la lista de material producido es larga, a continuación se extractan, en muchos casos de manera textual, las ideas centrales de esos documentos, con el fin de explicar más en detalle los fundamentos que dan pie tanto a la necesidad de contar con uno u otro método, así como el por qué del marco operativo de las diferentes herramientas.

En seguida se plantea una discusión sobre los instrumentos del SOGC, la cual se centra en desarrollar dos ideas principales: el papel del Estado en cada herramienta y las principales ideas conceptuales de las mismas. Aunque la descripción de ambas ideas suena lógica, es útil recordar que el Estado, máxime en un sistema como el colombiano, necesita definir cuál es su papel en términos de regulación o gestión sobre cada una de las herramientas. La segunda pregunta apunta hacia la necesidad de dejar en claro que si bien cada herramienta del SOGC cuenta con una serie de materiales de trabajo, cada una de ellas va más allá de la instrumentación y cuenta con un trasfondo conceptual que da las bases al diseño de cada instrumento.

B. Habilitación[44]

1. Papel del Estado en el Sistema único de habilitación[45]

Los cometidos estatales esenciales, como parte de la función social del Estado, comprenden la protección de los derechos de los habitantes en el territorio colombiano. Uno de ellos es el derecho a la salud, por lo cual el Estado está legitimado para actuar e intervenir en una actividad en la cual se ejercita este derecho: la prestación del servicio de atención en salud.

La intervención del Estado en la prestación del servicio público de atención en salud, mediante la expedición del Sistema único de habilitación que regula esta actividad, así como su inspección, vigilancia y control, son legítimas dada su conexión con la protec-

44 La presente sección se basa en Ministerio de Salud –PARS– Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation – QUALIMED. Proyecto Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios. Informes: 1) Componente requisitos esenciales. Fundamentos jurídicos: informe consolidado y soporte de la fase diagnóstica. 2) Componente requisitos esenciales. Informe final fase diagnóstica.

45 En el contexto de este escrito es frecuente intercambiar el Sistema único de habilitación con el término requisitos esenciales.

ción de los derechos a la vida (de carácter prevalente) y el derecho a la salud (íntimamente relacionado con el primero). El ser un Estado Social de Derecho implica también la observancia de los principios de eficacia, eficiencia, economía e igualdad, entre otros, que a su vez, necesariamente deben guiar la formulación de requisitos de habilitación.

El Sistema único de habilitación constituye una de las funciones del Estado inmersa en la normatividad. Su justificación es la protección contra los riesgos propios de la prestación de los servicios de salud en el momento del ejercicio de los derechos a la salud y la vida. Es así como se reitera que las intervenciones estatales contempladas en las normas que tiendan a velar por la observancia del Sistema único de habilitación son legítimas.

El cometido estatal que se relaciona con la expedición de requisitos de habilitación es vigilar la prestación de los servicios públicos mediante los cuales se busca la protección de los derechos de los ciudadanos. Estas obligaciones constitucionales fueron reiteradas en la ley, quedando claro que la expedición de normas sobre el Sistema único de habilitación no es una mera potestad facultativa del Estado, sino una obligación constitucional y legal.

Es así como el Sistema único de habilitación propende por garantizar unas condiciones medias y uniformes de calidad en las instituciones que provean estos servicios. Son estas condiciones de calidad, que propenden porque la prestación del servicio de salud no implique un mayor riesgo que aquel que al mismo servicio es inherente, las que hacen que el Sistema único de habilitación sea una manifestación de esta obligación estatal.

Dada la naturaleza del Sistema único de habilitación, no sería posible crear y aplicar ciertos requisitos a algunas entidades y otros distintos a las demás, teniendo en cuenta que todas las personas a quienes se les va a prestar ese servicio son titulares de iguales derechos y, por ende, acreedores de igual protección a estos conforme lo establece el principio constitucional de igual-

dad. Por tanto, a los sujetos del Sistema único de habilitación, que son todas aquellas personas naturales o jurídicas que presten el servicio público esencial de atención en salud, tanto públicas como privadas, les será aplicado de manera uniforme el Sistema único de habilitación.

Como toda norma, la que se dicte en relación con el Sistema único de habilitación debe ser factible de ser aplicada. Los requisitos contenidos en el acto reglamentario que se expida no pueden correr el riesgo de resultar inoperantes: bien sea por exigir condiciones física o logísticamente inalcanzables por parte de los prestadores del servicio de atención en salud; o porque sean insuficientes para cumplir con los objetivos por los cuales fueron creados. Es por ello, que uno de los conceptos que se debe tener en cuenta a la hora de determinar el contenido de el Sistema único de habilitación es la necesidad de que se ajusten a criterios de racionalidad, entendida como la medida de coherencia que debe existir entre las condiciones imprescindibles impuestas en las normas que contenga el Sistema único de habilitación y las condiciones reales en las que actualmente opera el servicio de atención en salud.

El servicio público de prestación de salud es uno de los cometidos estatales en los que la competencia es un derecho de los particulares y del Estado mismo, como agente legalmente constituido para participar de los beneficios que ofrece el mercado de servicios. Dado que la salud está comprendida dentro de la noción de seguridad social y se caracteriza por ser una actividad en la que los prestadores compiten entre sí, es posible remitirse a la Ley 100 de 1993 con el fin de evidenciar el hecho de que el Sistema único de habilitación cumple una doble función en cuanto a competencia se refiere[46]:

46 En el caso de las concordancias normativas entre la Ley 100 de 1993 y el Sistema único de habilitación, la norma que se incluye dentro de otro cuerpo normativo es la de requisitos esenciales, y no a la inversa como los demás casos tratados en el numeral 2 del anexo No. 3 de este documento; es decir, que no es otra norma la que se incorpora en la formulación de requisitos esenciales, sino que son los del Sistema único de habilitación los que se incorporan en otro cuerpo normativo.

- Permite a los prestadores acceder al mercado y, por anto, garantizan que todos ellos inicien sus actividades relativas a la prestación del servicio de salud, al menos, en iguales condiciones de calidad.

- Le brindan al usuario una mayor gama de posibilidades de elección, con la seguridad de que todas las opciones que se le presentan cuentan con ese mínimo común de calidad.

Su carácter de instrumento estatal de evaluación involucra al Estado como garante de su cumplimiento y sugiere la evaluación por parte de éste (sin que eso sea camisa de fuerza del proceso); evaluación que ha sido delegada a las secretarías municipales de salud descentralizadas y a las secretarías departamentales de salud.

2. Ideas clave del Sistema único de habilitación

El Sistema único de habilitación es un conjunto de principios, procesos y estándares que constituyen una herramienta estatal del Sistema de garantía de calidad para la evaluación de calidad de la prestación de servicios de salud.

Su misión es proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento del Sistema único de habilitación para el funcionamiento de un prestador de servicios en el país. En desarrollo de esta misión, el Sistema único de habilitación:

- Constituye una herramienta fundamental para garantizar el cumplimiento de unos estándares mínimos en el funcionamiento de los prestadores, con el objeto de proteger la salud de los usuarios. Dado que están orientados a proteger la vida de los ciudadanos en un proceso de atención, el Sistema único de habilitación debe contener únicamente aquellas condiciones indispensables para defender la dignidad, la vida y la salud del paciente, so pena de perder su carácter esencial.

- Que sean estándares mínimos implica asegurar unas condiciones obligatorias de prestación de servicios y que deba complementarse con la definición de estándares óptimos o superiores

factibles, haciendo del Sistema único de habilitación un instrumento que se complete con la acreditación y con otros instrumentos de evaluación y de gestión por calidad.

- Incluye principalmente solo aquellos que son indispensables para defender la vida y la salud del paciente, y su ausencia condiciona directamente la presencia de riesgos sobre la vida, la salud y la dignidad en la prestación del servicio.
- Implica que los estándares no son exhaustivos, ni deben pretender abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud.
- Este instrumento se constituye en un método para cumplir la responsabilidad y los fines mismos del Estado de brindar seguridad a las personas en el servicio público esencial de salud; de allí la obligatoriedad en el cumplimiento.
- Tienen por destinatarios a la totalidad de los prestadores del servicio público esencial de prestación de salud. La anterior afirmación se fundamenta en el hecho de que los pacientes son todas personas titulares de los mismos derechos y, por tanto, acreedoras a la misma protección de estos.
- Se articula con otros componentes del sistema de garantía de calidad que tienen otros fines: acreditación, auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, planes de mejoramiento, incentivos, y sistema de información a usuarios, de manera que la existencia de los demás componentes se comporta como parámetro para definir el alcance del Sistema único de habilitación. Aquí, se refuerza el concepto de lo que es un sistema.
- Implica la obligatoriedad en el cumplimiento de los estándares y la eliminación de planes de cumplimiento. Si los estándares son realmente esenciales, su no cumplimiento implica la imposibilidad de prestar el servicio y la posibilidad del Estado de aplicar medidas sancionatorias y de seguridad en los servicios o instituciones. Lo contrario, significaría que se está prestando

un servicio de salud en pleno conocimiento de que el usuario está en riesgo.

- La aplicación de los estándares debe ser uniforme en todo el territorio nacional, dado que todos los usuarios de servicios de salud tienen el mismo derecho a ser protegidos de los riesgos.
- Deben ser efectivos, lo que implica que los requisitos tengan una relación directa con la seguridad de los usuarios, entendiendo por ello que su ausencia produzca riesgos que atenten contra su vida y su salud.
- Cambia el paradigma de la verificación y el control en la medida en que transfiere la responsabilidad de la evaluación de un observador externo, (como clásicamente se han hecho las verificaciones oficiales) a la misma organización, que mediante una declaración de cumplimiento asume la responsabilidad de la evaluación. El Estado se reserva las facultades de verificación y de ejercer las actuaciones que puedan derivarse de su incumplimiento. Esta verificación implica la cobertura del universo de instituciones y organizaciones de salud; independientemente de sus características geográficas o jurídicas.
- El hecho de ser estatal, obligatorio y de tener entre otras la finalidad de otorgar el permiso de funcionamiento de las instituciones, hace del Sistema único de habilitación un instrumento equivalente al licenciamiento[47]. En Colombia este

47 "La licenciatura es un proceso por medio del cual una autoridad gubernamental otorga el permiso a un médico individual o a una organización de salud para ejercer una ocupación o profesión. Los reglamentos de la licenciatura se establecen generalmente para asegurar que una organización o persona cumpla con los estándares mínimos, de manera de proteger la salud y seguridad públicas. Las personas individuales generalmente reciben la licenciatura después de aprobar algún tipo de examen o de dar respuesta de su educación, y puede renovarse periódicamente al pagarse un honorario y/o al ofrecer una prueba de educación continuada o competencia profesional. La licenciatura para las organizaciones se otorga después de una inspección local para determinar si se han cumplido los estándares mínimos de salud y seguridad. La conservación de la licenciatura es un requisito continuo que la organización de salud tiene que cumplir para poder seguir operando y ofreciendo cuidado al paciente". Rooney, Ann; R van Ostenberg. 1999. Serie de perfeccionamiento de la metodología de garantía de calidad. Licenciatura, acreditación y certificación: enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud (DRAFT). El proyecto de garantía de calidad. USAID.

licenciamiento aprovecha una característica usada en la acreditación como es la autoevaluación.

- Limita el alcance de los requisitos a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los profesionales independientes.
- La resolución de habilitación tiene la vocación de ser aplicable, por lo tanto, su contenido debe ajustarse a criterios de racionalidad entendida como la medida de coherencia que debe haber entre el contenido de la norma y las condiciones reales en las que opera el servicio público de prestación de salud.

C. Sistema único de acreditación[48]

1. Papel del Estado en la acreditación

Dado que el Estado tiene una función indelegable e íntimamente atada a los preceptos constitucionales de protección de unos derechos de los ciudadanos, materializada a través de un sistema de requerimiento de estándares mínimos de calidad, queda establecida una línea divisoria entre lo aceptable e inaceptable (por no decir legal e ilegal), tal como se vio en el capítulo 4. Esta delimitación hace que el Estado propenda, mediante todo su andamiaje organizacional, por hacer cumplir esos estándares mínimos. Ahora bien, si están establecidos unos mínimos, es factible diseñar y disponer de una serie de elementos por encima de ese mínimo. La pregunta que surge entonces es: si existe una función estatal atada a estos mínimos, pero con la posibilidad de generar niveles superiores de calidad ¿cuál es el papel del Estado en la definición y gestión de estos niveles superiores?

48 La presente sección se basó en Ministerio de Salud –Pars– Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria Canadian Council on Health Services Accreditation – Qualimed. Proyecto Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios. Informes: 1) Componente acreditación. Informe final de acreditación. 2) Componente acreditación Ips Guía práctica de preparación Ips.

Dentro de estos niveles superiores está, para el caso colombiano, el Sistema único de acreditación. La pregunta anterior, reformulada, es: ¿qué debe hacer el Estado frente al Sistema único de acreditación? Aquí hay que plantear un argumento que por su sencillez es poderoso: si se tiene un mínimo obligatorio, ¿es necesario que los niveles superiores sean igualmente obligatorios? La respuesta lógica, casi por descarte, es un rotundo no. ¿La razón?, si se tiene un sistema obligatorio, independientemente de su nivel de exigencia, este automáticamente se convierte en el mínimo, dado que por debajo de él no puede presentarse ninguna institución o profesional. Es por eso que a los niveles superiores de calidad, en presencia de un mínimo obligatorio, solo les cabe la lógica de ser voluntarios. De nuevo, si el sistema es voluntario, ¿cuál es el papel que le cabe al Estado?

Para entender mejor este punto fue necesario, dado que era una pregunta que durante no pocos años estaba "contaminando" la discusión sobre acreditación en el país, investigar a nivel internacional el papel del Estado frente a la acreditación, sobre todo en presencia de un sistema de licenciamiento. Aquí hay que resaltar tres puntos, que posiblemente den mejores luces sobre la respuesta[49]:

- Existe la creencia de que el gobierno, al tratar de involucrarse como actor principal dentro del proceso puede, y de hecho lo hace, frenar el desarrollo de éste, bien sea por tratar de tenerlo en sus manos o legislar un proceso que no amerita, por fundamentos propios de su filosofía, ser legislado.
- Cuando este proceso necesita una continuidad en el tiempo y ésta se amarra a la continuidad del papel y posición del Estado y el recambio de personal y directrices que los ministerios pueden tener, es obvio que el proceso tendrá una serie de altibajos.

49 Ministerio de Salud –Pars– Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation – Qualimed. Proyecto Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios. Componente acreditación Ips. Informe final de revisión de experiencias internacionales.

- Asimismo, el gobierno se constituye en barrera cuando es actor principal como agente regulador y no adelanta dicha regulación, máxime si los actores involucrados han aceptado dicho papel estatal.

Es así como el papel del Estado debe verse como una entidad que puede apoyar la creación de un Sistema único de acreditación, que apoya al sistema enviando mensajes o señales de incentivos a través de su reglamentación y fomenta el uso masivo de la acreditación por parte de sus futuros clientes, pero no involucrado como gerente del sistema mismo, sino posiblemente delegando a un tercero privado, caso que ocurrió en Colombia.

2. Ideas clave a resaltar

Por acreditación, en Colombia, debe entenderse un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por una única entidad de acreditación autorizada para dicha función.

El sistema único de acreditación definido en el artículo 41 del decreto 1011 de 2006, es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y las direcciones departamentales, distritales y municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

De las definiciones anteriores hay que enfatizar, que la acreditación:

- **Es un proceso voluntario:** no compromete ningún tipo de obligación por parte de la organización que se somete al proceso, el cual es llevado a cabo bajo el convencimiento interno de que es una opción válida para mejorar los procesos organizacionales.
- **Es un proceso periódico:** la acreditación no supone un proceso único en el tiempo de demostrar el cumplimiento de una serie de estándares de calidad, asume la posición de tener que demostrar cada cierto tiempo el sostenimiento y mejoramiento de los logros específicos alcanzados en los programas de calidad.
- **Es un proceso de evaluación:** se evita la visión de una metodología basada en la inspección, vigilancia y control. Es importante aclarar en este punto que la evaluación como tal supone dos estrategias complementarias, una evaluación interna (posiblemente el paso más crítico de todo el proceso) por parte de los equipos organizacionales conformados para tal fin y basado en los estándares de acreditación, y una evaluación externa.
- **La evaluación externa:** es conducida por pares específicamente entrenados para tal fin, con el único objetivo de confrontar las percepciones de los equipos de trabajo con los hallazgos de los expertos externos.
- **La evaluación:** es conducida bajo unos estándares. Por estándares se entiende un nivel de desempeño óptimo y factible de alcanzar por las organizaciones, más allá de los requisitos legales exigidos para el funcionamiento.
- **Los estándares:** están dirigidos a los procesos, es decir, no se constituye en una lista de chequeo de qué tiene y qué no tiene la organización sino de qué hace en cada uno de los procesos y cuáles son los soportes que logran demostrar el mejoramiento de estos procesos.

Dado que el Estado tiene una función indelegable e íntimamente atada a los preceptos constitucionales de protección de unos derechos de los ciudadanos, materializada a través de un sistema de requerimiento de estándares mínimos de calidad, queda establecida una línea divisoria entre lo aceptable e inaceptable.

Asimismo, es conveniente anotar que los estándares son conocidos de antemano por la organización, ya que con estos mismos se autoevalúan.

- Es un proceso confidencial: la información generada, en todas sus fases, no es de conocimiento público. Solo podrá hacerse público el estado de organización acreditada, el cual podrá ser usado para labores de mercadeo y reconocimiento por parte de la organización.

La acreditación es un sistema que conlleva al mejoramiento continuo de los procesos organizacionales. La esencia misma de la acreditación para Colombia es impulsar a las organizaciones a no ser conformes con tener unos procesos estandarizados que repetitivamente se lleven a cabo en el tiempo, intentando con cada una de estas repeticiones obtener el mismo resultado.

El cambio del paradigma introducido por la acreditación es lograr que las organizaciones sean capaces de preguntarse frente a sus procesos:

- ¿El proceso que tengo estandarizado lo evalúo periódicamente en el tiempo?
- ¿Ese proceso de evaluación es monitorizado a través de una serie de indicadores críticos de seguimiento?
- ¿La información arrojada por estos indicadores es utilizada para priorizar necesidades de intervención en los procesos?
- ¿Esas prioridades identificadas son volcadas a estrategias explícitas de mejoramiento?
- ¿Cómo son implementadas estas estrategias?
- ¿Cómo se mide el impacto de la estrategia implementada?

Por mejoramiento continuo de calidad, aunque será desarrollado en el capítulo 8, hay que entender que es una filosofía organizacional que busca conocer las necesidades del cliente y excederse

a sus expectativas, con un mínimo de esfuerzo, reprocesos, desperdicios, pero utilizando un proceso estructurado que selectivamente identifique y mejore continuamente todos los aspectos de los servicios de salud.

Los beneficios que se alcanzan a través de la implementación de la acreditación están relacionados con:

- Mejoramiento de las relaciones con los clientes
- Resultado clínicos óptimos
- Liderazgo altamente responsable
- Reducción de costos y actividades innecesarias
- Motivación del *staff*, médicos y todo el personal
- Decisiones basadas en la realidad
- Mejoramiento de la comunicación
- Responsabilidad con las necesidades de la comunidad

En síntesis, el Sistema único de acreditación cuenta con una misión, que es la de mejorar la gestión por calidad de las organizaciones de salud mediante un proceso voluntario de autoevaluación y evaluación externa, con unos estándares óptimos factibles, con el fin último de mejorar la salud de los colombianos. Su visión, es ser el mecanismo fundamental y de mayor credibilidad para direccionar el mejoramiento de las instituciones de salud en Colombia.

3. Principios fundamentales

El Sistema nacional único de acreditación en salud se orienta por los siguientes principios:

- **Confidencialidad:** La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la

acreditación, son estrictamente confidenciales. No obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las instituciones acreditadas. Cualquier información que surja con ocasión de la implementación del Sistema nacional único de acreditación en salud distinta a la mencionada, es estrictamente confidencial.

- **Eficiencia:** Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema único de acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles y en las instituciones que a él se someten.

- **Gradualidad y cobertura:** El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema único de acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. Igualmente, no solo buscará ampliar su cobertura a lo largo del tiempo a todas las organizaciones de salud, sino por su compromiso de aumentar progresivamente el nivel de calidad exigido para ser acreditado.

- **Igualdad en los criterios:** Los estándares del Sistema deben permitir su aplicación objetiva por parte de las entidades encargadas de verificar su cumplimiento.

- **Igualdad en el proceso de evaluación:** Los estándares establecidos por la Unidad Sectorial Única de Normalización en Salud se aplicarán de manera uniforme a todas las entidades que soliciten autorización para cumplir funciones de acreditación. De la misma manera, los estándares establecidos para obtener la acreditación serán aplicados de forma uniforme a las organizaciones de salud que aspiren a obtenerla.

- **Publicidad de los estándares:** Los estándares que establezca la Unidad Sectorial Única de Normalización en Salud para obtener la autorización y llevar a cabo la función de acreditación,

así como los destinados a obtener la acreditación, deben ser puestos en conocimiento de todos los interesados.

- **Publicidad de la información:** Será de público conocimiento la información relativa a las organizaciones de salud acreditadas, así como la que se refiere a las entidades autorizadas por el Ministerio para realizar funciones de acreditación.
- **Sinergia:** El desarrollo del Sistema nacional único de acreditación en salud debe ser congruente con los esfuerzos y estrategias de mejoramiento de la calidad que el país ha establecido para otros campos, en la medida en que todos hacen parte de un proceso de educación nacional encaminado a crear una cultura de la calidad en Colombia.
- **Transparencia:** Las entidades, instituciones y personas que intervengan en el Sistema nacional único de acreditación en salud deben ejecutar sus actuaciones abiertamente, de manera clara y atendiendo a la misión y visión del mismo.

D. Auditoría[50]

1. Papel del Estado en la auditoría

Dado que la salud es un servicio público, el Estado está en capacidad de dirigir, reglamentar y establecer las políticas para la prestación de este servicio público[51]. El Sistema de garantía de calidad de la atención en salud constituye una herramienta idónea a través de la

50 La presente sección está basada en Ministerio de Salud –PARS– Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation – QUALIMED. Proyecto Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios. Componente auditoría médica. Informe final documento de política modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad en el Sistema general de seguridad social en salud.

51 Se debe recordar que un servicio público se define como aquella actividad de interés general que tiende a la satisfacción de necesidades básicas de la comunidad que se encuentra regulada por un régimen especial de derecho público.

cual el Estado busca cumplir con uno de sus fines esenciales, como el de velar por la efectividad de los derechos de los habitantes en el territorio colombiano, en este caso del derecho a la salud.

Es claro, entonces, que el Estado tiene la obligación de reglamentar todo aquello que sea necesario para que el derecho a la salud sea efectivo. Lo anterior explica la existencia y contenido de la Ley 100 de 1993 y de la sucesiva reglamentación (Decretos 2174 de 1996, 2309 de 2002 y 1011 de 2006), en los cuales se hace referencia a la auditoría como un componente del SOGC, de obligatoria aplicación por parte de las IPS y EPS y entidades que se les asimilen. De esta manera, se colige que la obligatoriedad de la auditoría está plenamente justificada (para las IPS, EPS y las entidades que se les asimilen), si se tiene en cuenta que la salud es un derecho prestacional y un servicio público que se presta bajo la coordinación y control del Estado.

La auditoría, en tanto, hace parte del SOGC, es un instrumento cuyo resultado final será contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se les presten a los habitantes del territorio nacional. Este es el hecho que refuerza su obligatoriedad, tanto para entidades de naturaleza privada, como para las de carácter público.

2. Ideas clave a resaltar

La auditoría, al igual que los otros componentes del Sistema de garantía de calidad, contribuye a alcanzar el mejoramiento continuo de la calidad en las organizaciones de salud. Sin embargo, salvo algunas excepciones, la auditoría en salud en Colombia ha sido interpretada como un proceso de revisión de cuentas o de autorización de servicios. Este modelo de auditoría, a menudo punitivo, resulta no solamente impopular sino también ineficaz para cumplir el objetivo propuesto

Por lo anterior, el desarrollo de la auditoría en salud tendrá justificación en la medida en que esta se constituya en un instru-

mento eficiente y eficaz para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y se aplique en un marco de confianza y respeto entre los diversos integrantes del sistema.

El término auditoría, en el contexto del SOGC, se entenderá como Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, lo cual implica que:

a. El enfoque de la auditoría es el de una herramienta de evaluación sistemática. Un elemento fundamental del concepto de garantía de calidad es la evaluación; cada vez es más evidente la necesidad de disponer de hechos y datos objetivos para la toma de decisiones por parte de quienes definen políticas y asignan recursos, dirigen una organización y prestan un servicio. Por tanto, la evaluación debe ser planeada, basada en criterios explícitos predeterminados, aplicarse con un enfoque sistémico, con unidad de propósito y cohesión, y llevarse a cabo con una periodicidad establecida.

b. El campo de acción de la auditoría es la atención en salud, refiriéndose tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de los recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud, como a los de prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

c. El propósito fundamental de la auditoría es contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en salud. En este sentido, la auditoría es una función de toda la organización y debe ser congruente con la búsqueda de los mayores beneficios para el usuario y con la reducción de los riesgos, dados unos recursos.

d. Debe existir una comparación entre la calidad observada y la calidad deseada, lo cual significa que deben existir normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas y conocidas por todos los participantes del SGSSS para la atención en salud. Esto implica la necesidad de definir en forma previa la calidad deseada mediante manuales, guías de atención, nor-

mas técnicas, indicadores o estándares, entre otros instrumentos. Adicionalmente, es preciso establecer y divulgar los mecanismos y herramientas que se van a utilizar para evaluar y medir los procesos, y para informar y retroalimentar los hallazgos obtenidos.

e. El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud abarca, en su campo de aplicación, a las siguientes organizaciones del sistema:

- A las entidades promotoras de salud y entidades que se les asimilen, y a las entidades territoriales de salud, en su función de administradoras de beneficios en salud para los vinculados, desde el momento en que el afiliado o vinculado adquiere el derecho a los servicios de salud hasta que los utiliza y, posteriormente, en la medida que debe garantizársele la continuidad de los mismos. Entre de las funciones que deben desarrollar se encuentran:

  – **La auditoría de la red de servicios:** Consiste en un conjunto de acciones de autocontrol y auditoría interna, diseñados y aplicados por la entidad, para mejorar la calidad de los procesos de su red de prestadores y de su sistema de referencia y contrarreferencia. El prerrequisito para el funcionamiento de este proceso es la adopción, por parte de la organización, de una serie de estándares e indicadores de calidad que le permitan definir los parámetros de calidad deseada para su red de prestadores y su sistema de referencia y contrarreferencia.

Es claro, que el Estado tiene la obligación de reglamentar todo aquello que sea necesario para que el derecho a la salud sea efectivo.

Con base en estos parámetros, la entidad debe adoptar los mecanismos e instrumentos que le permitan realizar el seguimiento permanente al cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para los procesos prioritarios definidos por la organización. Adicionalmente, y en forma coyuntural, la entidad debe contar con mecanismos para alertar a los

directivos de la organización sobre fallas en su red o en su sistema de referencia y contrarreferencia, y efectuar el seguimiento a la implantación de las soluciones, para evitar la recurrencia de dichas fallas.

– **La auditoría de la atención al usuario:** Consiste en un conjunto de acciones de autocontrol y auditoría interna diseñados y aplicados por la entidad, para mejorar la calidad de los procesos destinados a garantizar a los afiliados el acceso a los servicios de salud y las prestaciones económicas que requiera y a los cuales tenga derecho. Este continuo de atención incluye los procesos relacionados con la comprobación de derechos y la autorización de servicios que inciden de manera importante en el acceso de los afiliados a las prestaciones económicas y de salud.

  El prerrequisito para el funcionamiento de este proceso es la adopción, por parte de la organización, de una serie de estándares e indicadores de calidad, que le permiten definir los parámetros de calidad deseada para los procesos prioritarios definidos por la organización, en la atención al usuario. Con base en estos parámetros, la entidad debe adoptar los mecanismos e instrumentos que le posibiliten realizar el seguimiento permanente al cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos. Adicionalmente, y en forma coyuntural, la entidad debe contar con mecanismos para alertar a los directivos de la organización sobre eventos adversos relacionados con la atención de los afiliados, y efectuar el seguimiento a la implantación de las soluciones, para evitar la recurrencia de dichos eventos adversos.

• A los prestadores de servicios de salud en todo el proceso de prestación, de servicios, desde el acceso del usuario hasta su alta y seguimiento. La auditoría de la prestación de servicios consiste en un conjunto de acciones de autocontrol y auditoría interna, diseñados y aplicados por la enti-

dad, para mejorar la calidad de aquellos procesos de atención al usuario definidos como prioritarios por la organización, en la medida en que se consideren fundamentales para la obtención de los resultados esperados o para la supervivencia de la organización[52].

El prerrequisito para el funcionamiento de este proceso es la adopción por parte de la organización, de una serie de estándares e indicadores de calidad que le permiten definir los parámetros de calidad deseada para los procesos de prestación de servicios a sus usuarios.

- Si las EPS e IPS tienen responsabilidades en el campo de aplicación de la auditoría, la relación entre ellas también la tiene. Un modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, debe estar construido sobre las bases de una visión compartida, en materia de objetivos y metas de calidad. Dado que los prestadores de servicios de salud constituyen, frente al usuario, la parte visible de las entidades administradoras de planes de beneficios en el campo de las prestaciones asistenciales, es indispensable que existan acuerdos claros entre los dos tipos de organizaciones, con respecto a los mecanismos, procedimientos, estándares, indicadores e instrumentos de medición de la calidad deseada para la prestación de los servicios de salud.

  Una vez que se cuente con estos acuerdos, las entidades administradoras de planes de beneficios y los prestadores de servicios de salud colaborarán en el seguimiento a los estándares e indicadores pactados y, en forma coyuntural, aplicarán los mecanismos que establezcan de común acuerdo para evaluar retrospectivamente la atención en caso de presentarse fallas críticas en la atención en salud. Se propo-

52 Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Estándares de acreditación de hospitales. Versión 1996.

ne la adopción de mecanismos como los comités *ad hoc* de auditoría clínica, para el análisis de los eventos adversos, como una estrategia viable y congruente con la filosofía de mejoramiento continuo de la calidad.

- A las entidades territoriales de salud en el cumplimiento de sus funciones de asistencia técnica y seguimiento institucional para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Como responsables de la asistencia técnica para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, a las direcciones territoriales de salud les corresponde, entre otras funciones, asesorar a las entidades promotoras de salud y las que se les asimilen, y a los prestadores de servicios de salud, en el desarrollo de sus sistemas de garantía de calidad, para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción.

Esta responsabilidad implica, en primer término y a manera de prerrequisito, diseñar e implantar un plan de capacitación en materia de garantía de calidad, con el propósito de orientar a los prestadores de servicios de salud y a las entidades promotoras de salud y las que se les asimilen, de manera que se unifiquen criterios y se establezcan acuerdos y compromisos, sobre los objetivos y metas regionales de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, y sobre los indicadores y estándares mediante los cuales se realizará el seguimiento requerido. Adicionalmente, y de manera coyuntural, las entidades territoriales de salud deberán llevar a cabo actividades de asistencia técnica específica a los prestadores de servicios de salud y a las entidades promotoras de salud, con el propósito de orientarlas en la prevención y resolución de problemas concretos detectados por la entidad territorial o por la propia organización. También en este componente, resulta válida la adopción de mecanismos como los comités *ad hoc* de auditoría clínica para el análisis de los eventos adversos, como una estrategia viable, y congruente con la filosofía de mejoramiento continuo de la calidad.

f. En cada una de las organizaciones que hacen parte del campo de aplicación del modelo, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud opera en tres niveles:
   - El primer nivel es el autocontrol, en el cual cada miembro de la organización planea, ejecuta, verifica y ajusta los procesos de atención en salud en los cuales participa para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la organización.
   - El segundo nivel es la auditoría interna, la cual es realizada en la misma organización por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que cada miembro de la organización adquiera la cultura de autocontrol. En etapas avanzadas del proceso, cuando el autocontrol ha alcanzado un alto grado de desarrollo, este nivel puede no existir en las instituciones.
   - El tercer nivel es la auditoría externa, que se lleva a cabo por un ente externo a la organización con base en los acuerdos previamente establecidos.

g. En cada una de las organizaciones que hacen parte del campo de aplicación, y para cada uno de los niveles que operan en el modelo, se llevan a cabo tres tipos de acciones de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud:
   - **Acciones preventivas:** son el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la misma.
   - **Acciones de seguimiento:** definidas como el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la atención en salud.

- **Acciones coyunturales:** son el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

3. Principios fundamentales

Los valores en que debe fundamentarse la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en todos sus ámbitos y niveles, son:

- **Autocontrol:** la auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y disciplina necesarias para que los procesos de atención en los cuales participa se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.
- **Prevención:** en el marco de los procesos de garantía de calidad, la auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos de atención conduzcan a los resultados esperados.
- **Confianza y respeto:** la auditoría debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los compradores de servicios de salud, de la autonomía institucional dentro de los términos pactados.
- **Sencillez:** las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma

efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.

- **Fiabilidad:** los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quién ejecute la medición.
- **Validez:** los resultados obtenidos en los procesos de auditoría deben referirse exclusivamente al objeto medido.

E. Información a usuarios[53]

1. Papel del Estado en el Sistema de información a usuarios

Para entender el papel del Estado como agente regulador de la información, es útil citar una serie de argumentos conceptuales, dado que se basa en muchos supuestos de teorías no necesariamente del sector salud.

La primera es que los sistemas de información y el papel del Estado pueden verse desde diferentes ópticas, dentro de un continuo de relaciones, que van desde la mera normatización de la estructura de datos de algún elemento del sistema de salud, hasta un papel de modulación de señales, que generen incentivos a través de la información de uso público. Es así como hay que establecer una serie de conceptos sobre el rol de la información en un sistema de salud basado en teoría de mercados, para entender mejor el papel del Estado.

Uno de los supuestos de la teoría económica neoclásica para que la competencia pueda generar los beneficios previstos en tér-

53 La presente sección está basada en Ministerio de Salud – PARS– Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation – QUALIMED. Proyecto Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios. Componente información a usuarios.

minos de satisfacción eficiente de las necesidades del consumidor es que los usuarios y los productores de servicios cuentan con información completa acerca de sus propias características y los bienes o servicios que se compran o se venden. Esto es lo que se conoce como un mercado con información perfecta[54,55].

Sin embargo, en la realidad, la disponibilidad de información perfecta casi nunca se cumple, por motivos tales como que la obtención de la información es muy costosa o difícil. Esta falta de información en una transacción de mercado puede afectar a una sola de las partes o a ambas a la vez.

Para que un sistema de salud basado en teorías de mercado cumpla con ciertos preceptos de la competencia, se requiere compensar o contrarrestar las imperfecciones de información a través de normas o reglas de operación emitidas por una autoridad reguladora (para el caso colombiano el Ministerio de la Protección Social), que actúa en nombre del interés general de la sociedad. Esto se da dentro del marco de competencia regulada, el cual está dirigido a subsanar los problemas que en la práctica, puedan afectar la existencia o aplicación de las condiciones fundamentales para la competencia.

Es así que una de las estrategias para el funcionamiento exitoso del SGSSS dentro de un marco de competencia regulada es la disponibilidad de información, particularmente en dos estamentos: el de los usuarios del sistema y el de las autoridades de control. De otra parte, el usuario requiere información relevante respecto al precio y calidad de los bienes o servicios efectivamente lograda por las distintas entidades para poder ejercer fácilmente las opciones disponibles para satisfacer sus preferencias. De otra, en el estamento de autoridades de control, la información relevante se refiere a la calidad del servicio, de tal manera que las situaciones encon-

54 Rice T. 1998. The Economics of Health Reconsidered. Health Administration Press. Chicago.

55 Stiglitz, JE. 1993. Economics. W.W. Norton & Company. New York.

tradas puedan contrastarse con los estándares establecidos, verificando que, efectivamente, tales estándares mínimos se cumplan. También, por supuesto, es necesario considerar la información financiera, de tal manera que se pueda realizar una vigilancia adecuada sobre las condiciones de sostenibilidad de la operación de los agentes.

La información también tiene una función importante a nivel de los agentes (IPS - EPS) generando presión competitiva al dar a conocer si las entidades del mercado se encuentran "por encima" o "por debajo" de los estándares medios del mercado. Una entidad que se encuentre por debajo de la media, tenderá a mejorar, y una que se encuentre por encima procurará aumentar su ventaja con respecto al resto de concurrentes, con el ánimo de alcanzar una posición de liderazgo.

Otra particularidad que se da con la información en el sector salud, tanto en los mercados de aseguramiento, como en los mercados de provisión de servicios médicos, es que ésta representa un obstáculo mayor para el adecuado funcionamiento de la competencia. Las particularidades del sector en cuanto al tema de la información representan retos para las autoridades regulatorias y de control. Uno de los temas más tratados es el de la asimetría de información, una situación en la que los agentes económicos que participan en una transacción tienen información diferente. En los mercados de aseguramiento en salud la asimetría de información genera diferentes problemas.

Por un lado, los usuarios conocen mejor que el proveedor (asegurador o prestador) sus necesidades de salud y por ende sus posibles gastos. Dada la posibilidad de elegir, escogen aquel plan que les ofrezca las mayores ventajas. Esto se conoce como selección adversa. Formalmente, la selección adversa aparece cuando la firma posee mayor información que el regulador sobre variables exógenas que, de alguna manera, afectan el costo y la calidad del servicio (por ejemplo, información sobre demanda, precios, etc.). El riesgo comportamental se refiere a variables endógenas que no son obser-

vables por el regulador, cuya manipulación por parte de la firma puede afectar el costo del servicio o su calidad.

Por el otro, existe un incentivo para los proveedores de "descremar el mercado", buscando activamente a los individuos con mejores condiciones de salud y evitando aquellos que, por sus precarias condiciones de salud, demandarán un mayor costo en la provisión del servicio. Esto último se conoce como selección de riesgos.

La selección adversa y la selección de riesgos son indeseables por varios motivos. La primera genera un conflicto estructural para el proveedor, pues, por un lado, deberá prestar una atención de calidad pero, por el otro, no querrá ganar prestigio por tratar bien los pacientes más enfermos. La segunda puede reemplazar el incremento de la eficiencia como estrategia para aumentar las utilidades, satisfaciendo los intereses del proveedor, pero sin cumplir la función social que originalmente motivó su contratación.

Por otra parte, ambos comportamientos amenazan la estabilidad del mercado, ya que, como resultado de la selección adversa, algunos proveedores podrían incurrir en gastos excesivos para atender a sus pacientes. Si la forma de pago no refleja el perfil de riesgo real enfrentado por estas entidades, ellas se verían obligadas a limitar el acceso a los servicios o a disminuir la calidad del servicio ofrecido para disminuir sus costos, lo cual podría acarrearles sanciones, pérdida de prestigio y competitividad y, eventualmente, podría llevarlas a salir del mercado[56].

Para que un sistema de salud basado en teorías de mercado cumpla con ciertos preceptos de la competencia, se requiere compensar o contrarrestar las imperfecciones de información a través de normas o reglas de operación emitidas por una autoridad reguladora (para el caso colombiano el Ministerio de la Protección Social), que actúa en nombre del interés general de la sociedad.

56 Cutler D, Zeckhauser R. 1999. The Anatomy of Health Insurance. En: Culyer AJ, Newhouse JP (eds): Handbook of Health Economics. Elsevier. New York.

Otras prácticas frecuentes en el sector salud, todas motivadas en una u otra forma por la asimetría de la información, incluyen la segmentación del mercado, la diferenciación de los productos, la imposición de límites de cobertura o de impedimentos para la afiliación, la creación de barreras de entrada, entre otras, todo lo cual lleva a serias ineficiencias e inequidad en el sistema de salud[57,58].

La asimetría de información también es un problema del mercado de provisión de servicios. La mayoría de los usuarios carece del suficiente conocimiento médico para tomar decisiones acerca de qué servicios de salud debe consumir. Por tanto, se delega la decisión en el médico, quien a pesar de sus parámetros morales o éticos, también tiene intereses económicos, de satisfacción personal o de minimización de riesgo, que le pueden llevar a inducir al paciente a consumir servicios cuyo costo no justifique su beneficio, afectando así la calidad del servicio. Este fenómeno se conoce como demanda inducida.

Todos los comportamientos anteriores son posibles y se facilitan debido a la complejidad de los servicios de salud y su extraordinaria variedad, lo cual determina que la medición y verificación de la calidad en este sector enfrenten barreras muy difíciles de superar, lo cual nos lleva de nuevo al tema de la capacidad de generar y disponer de información, así como del uso que de esta haga el Estado para regular las relaciones entre los actores.

Es por todo lo anterior que la legislación prevé, y es función del Estado hacer cumplir, la obligatoriedad de los proveedores de generar información, especialmente relacionada con la calidad, que permita mejorar los elementos de juicio en posesión de los usuarios, y sirva al mismo tiempo para inducir comportamientos de-

57 Enthoven, A. 1993. "The History and Principles of Managed Competition." Health Affairs 1993. (12Suppl): 24-48.

58 Enthoven, A. 1994."On the Ideal Market Structure for Third-Party Purchasing of Health Care." Social Science and Medicine 1994; (39): 1413-24.

seables entre los agentes concurrentes. Esto repercute directamente en las relaciones entre los agentes, ya que se espera que la información comparativa cumpla funciones múltiples, entre las cuales se destacan:

- Incidir en la toma de decisiones de contratación de la red por parte de las EPS, para que éstas puedan utilizar la calidad de su red como un argumento de venta hacia sus clientes potenciales.
- Generar presión competitiva entre los agentes concurrentes, al dar a conocer la posición relativa de los agentes en el mercado, generando incentivos de prestigio
- Introducir una preocupación por la imagen pública y el riesgo legal, que lleve a los agentes a actuar sobre sus áreas críticas de desempeño, propiciando así comportamientos autorreguladores que tiendan a mejorar el desempeño general del sistema
- Producir información pertinente para el trabajo de las autoridades regulatorias y de control, a partir de la cual puedan monitorear adecuadamente la operación y desarrollo del sistema y puedan, asimismo, generar información útil para los usuarios y los propios concurrentes.

2. Ideas clave

El Sistema de información a usuarios ha sido definido como un servicio de información asociado con la calidad en la prestación de los servicios de salud que, mediante facilidades de divulgación, referenciación por indicadores, guía y referenciación geográfica, apoyará a los usuarios y a los prestadores de los servicios de salud en el desarrollo de una cultura de la calidad. Es así como busca convertirse en un agente facilitador del cambio hacia una nueva cultura en la que la calidad sea un elemento esencial en la prestación de los servicios en salud.

El objetivo general que el Sistema de información a usuarios persigue se puede dividir en los siguientes aspectos:

- Convertirse en el registro permanente y el referente principal de la calidad de los servicios del sector.

- Convertirse en el instrumento de medición o calificación de la buena o mala prestación de servicios de salud de EPS e IPS. De esta manera, valida los acuerdos de servicio de las entidades del sector y los requerimientos del usuario.

- Ser percibido como un servicio de información confiable, creíble y de fácil acceso al público, para garantizar su consolidación como instrumento valioso para los participantes del sector y para el Ministerio.

Para alcanzar los objetivos de impacto y contribuir activamente a la transformación de la calidad de la prestación de los servicios de salud, el Sistema de información a usuarios deberá alcanzar algunos objetivos específicos que están vinculados con las necesidades detectadas, con los factores asociados a la calidad en la prestación de los servicios y, fundamentalmente, con la divulgación y administración de la información. De ser así, el sistema de información permitirá que los usuarios y los demás actores obtengan elementos útiles para el análisis y la toma de decisiones.

Los objetivos específicos del sistema de información se pueden agrupar en cuatro, de acuerdo con su alcance:

- **Calificar y clasificar las EPS e IPS por diferentes conceptos de calidad (referenciación multidimensional y dinámica).** La calificación de las instituciones busca a través de una gradación, presentar el nivel de cumplimiento de los parámetros de calidad en cada una de las entidades. Al construir esta calificación, se estará dotando a los usuarios con un mecanismo objetivo de referenciación del nivel de calidad ofrecido por cada institución.

- **Divulgar los indicadores que califican a las EPS e IPS frente a las necesidades primarias del usuario.** Mediante el uso de la información de los factores asociados con la calidad, se establecerá un conjunto de indicadores que permitirán referenciar

a las entidades según los niveles de calidad ofrecidos y conocer el desempeño y los logros alcanzados por éstas en materia de calidad. El conjunto de indicadores debe ser reducido, significativo y confiable. Su construcción depende fundamentalmente de la confiabilidad y oportunidad de la información recolectada y del valor agregado que ofrece en el proceso de mejoramiento de la calidad en el sector.

- **Entregar información para la evaluación por parte de los usuarios del sistema de salud, que tenga en cuenta los derechos y deberes del usuario.** Uno de los factores asociados con la calidad en la prestación de los servicios de salud es el conocimiento de los deberes y derechos de los usuarios, así como de las normas que regulan el desarrollo del sector. El sistema de información permitirá a los usuarios tener acceso a la información relacionada con este factor.

- **Respuesta a preguntas más frecuentes sobre el sistema de salud.** Las consultas más frecuentes que hacen los usuarios serán respondidas por los administradores del Sistema de información a usuarios o por expertos que puedan dar respuesta adecuada a dichas consultas. Estas respuestas se pondrán a disposición de los usuarios, permitiendo que múltiples beneficiarios se favorezcan con ellas.

Sin embargo, y a pesar de que el terreno parece ser fértil para que esta iniciativa prospere, el riesgo de que se convierta en un esfuerzo estéril puede ser alto, si el desarrollo del sistema de información no se fundamenta en una iniciativa integral, con visión de largo plazo y con el apoyo suficiente para que los actores lo acepten como una alternativa sólida que brinda credibilidad, reconocida como el referente en los conceptos de calidad. Esto implica una serie de riesgos y retos operacionales, tales como:

- El administrador del Sistema de información a usuarios deberá garantizar que funcione correctamente y cumpla las políticas y objetivos con los cuales fue creado. Esto implica que

debe contar con los recursos necesarios para la adecuada operación y administración de los recursos físicos y de información relevantes, para que se cumpla su misión. Teniendo en cuenta estas premisas, la elección del administrador debe ser muy cuidadosa, pues su papel es definitivo en el futuro del sistema de información.

- La interrelación entre el Sistema integrado de información en salud (SIIS) y el Sistema de información a usuarios es intensa, debido a que el principal proveedor de información para el Sistema de información a usuarios es el SIIS. Si el funcionamiento del SIIS no es adecuado o la información que entrega es incompleta, el Sistema de información a usuarios se verá afectado en su funcionamiento y no podrá operar de forma apropiada.

- El Sistema de información a usuarios es una iniciativa que debe sostenerse en el tiempo. A medida que se hace uso de él, su capacidad de convocar a todos los participantes del sector en torno a la información ofrecida y convertirse en un marco de referencia de la calidad de los servicios prestados, se irá consolidando paulatinamente. El desarrollo de mejoras representativas que se adecuen a los cambios del sector le permitirá al sistema de información a usuarios desarrollar mecanismos flexibles para adaptarse.

- Obtener múltiples beneficios de esta iniciativa y garantizar que la inversión de recursos en ella retorne aspectos positivos que favorezcan el desarrollo del sector en términos de calidad. Este es un interrogante que solo se puede responder iniciando un plan piloto y tomando el riesgo de construir una herramienta y una oferta de información interesante y suficientemente amplia en el tema de la calidad.

- El proceso de convertirse en el referente obligatorio en los conceptos de la calidad en el sector, será gradual. La oportunidad de consolidarse es amplia ya que en el momento no existe ningún elemento sustituto que pueda ofrecer algunos de los servicios de

información que el Sistema de información a usuarios prestará. Una fortaleza es que sea una iniciativa integradora del Ministerio, ya que a través de ella se puede convocar la participación de los diferentes actores, en un esfuerzo oficial.

- El cubrimiento de la población es fundamental para maximizar el impacto de esta iniciativa. El riesgo de cobertura está determinado por el acceso a los canales de divulgación de información. Es fundamental estudiar cuál debe ser la mezcla de canales de apoyo a internet, para alcanzar un número mayor de usuarios; el sistema de información será el elemento que contribuirá a que la iniciativa sea más próspera e integre al mayor número de usuarios alrededor del tema de la educación y la cultura en calidad.

Para alcanzar los objetivos de impacto y contribuir activamente a la transformación de la calidad de la prestación de los servicios de salud, el Sistema de información a usuarios deberá alcanzar algunos objetivos específicos que están vinculados con las necesidades detectadas.

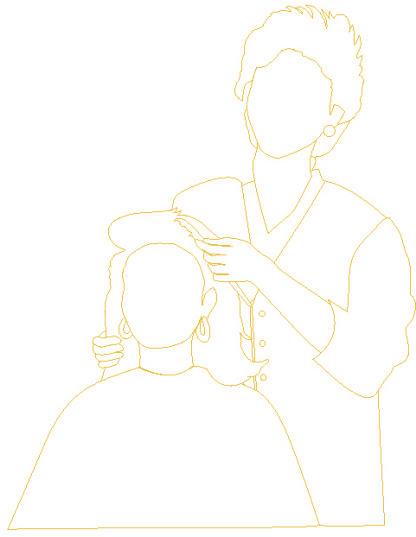
3. Principios fundamentales

Así como los demás componentes del Sistema obligatorio de garantía de calidad cuentan con unos principios, el sistema de información debe estar soportado sobre:

- **Gradualidad:** La información a entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en relación con el tipo que se ofrecerá a los usuarios. En concordancia con este principio se diseñaron indicadores para ser implementados en dos fases: los indicadores de primera fase son aquellos para los cuales existe mayor información y los de segunda fase se aplicarán una vez las instituciones hayan aprendido a utilizar la información y exista amplio acceso a los datos y capacidad de análisis
- **Sencillez:** La información se presentará de manera que su capacidad de ser comprendida e incorporada por la población sea la mayor posible.

- **Focalización:** La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de la entidad promotora de salud y de la institución prestadora de servicios de salud con base en criterios de calidad.
- **Validez y confiabilidad:** La información será válida en que presentará aspectos centrales de la calidad y confiable en que medirá calidad en todas las instancias en que sea aplicada.
- **Participación:** En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades directivas estatales del sector, las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud.



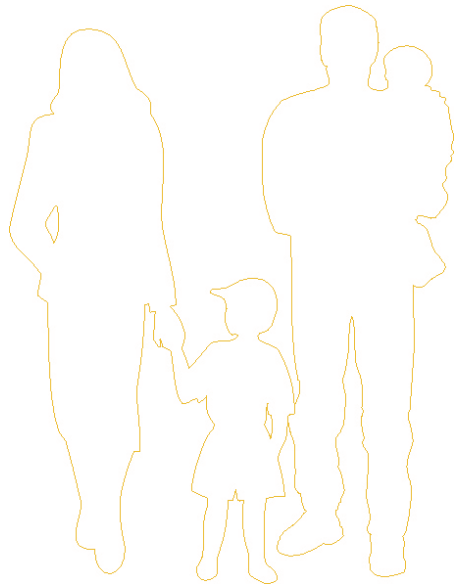


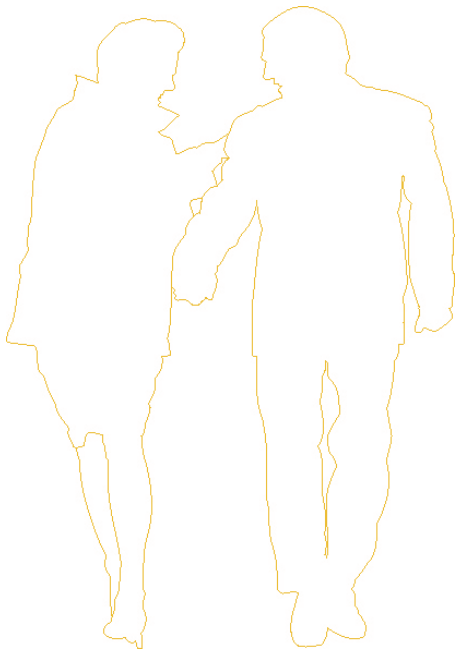




Capítulo 5

Los componentes hablan entre sí





A. Introducción

El presente[59] capítulo se enfoca a mostrar la integración y potencialización que surge una vez se tengan definidos, operacionalizados e integrados los componentes del proyecto, cuáles son los puntos comunes a ellos, y cómo sus diferencias son los puntales de apalancamiento para un trabajo coordinado entre los mismos. Después de recordar lo expuesto en el capítulo 4 en relación con:

- Los componentes del sistema de garantía de calidad no son piezas individuales dentro del contexto de la calidad.
- Los componentes desarrollados dentro del proyecto no son una serie exhaustiva de metodologías que abarquen todo el espectro de un sistema de garantía de calidad.
- No existe un sistema de subordinación entre los diferentes componentes.
- Son un conjunto armónico e integrado de instrumentos. Sus grandes diferencias son sus grandes complementos.
- Cada instrumento cumple un papel dentro del sistema de incentivos.

Conviene ahora ver el por qué de lo anterior.

59 El presente capítulo está basado, en su gran mayoría, en Ministerio de Salud – PARS– Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Services Accreditation – QUALIMED. Proyecto Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios. Componente acreditación: Informe final, capítulo 3.

B. Cómo se hablan

1. La habilitación marca el mínimo

De lo presentado en el capítulo 5 sobre el Sistema único de habilitación, es importante destacar algunos puntos relevantes de su misión, dentro de la cual se resaltan dos aspectos: que son esenciales, mínimos y obligatorios para el funcionamiento de cualquier prestador de servicios de salud, y que su propósito es defender y dar seguridad a los usuarios. Esto implica que se constituyen en el elemento definitivo para la entrada y funcionamiento de una IPS en el sector, indistintamente si esta es pública o privada.

Al analizar los requisitos se observa que tienen una serie de características, como: a) son preferencialmente de carácter estructural, así su verificación incluya procesos, b) giran alrededor de una serie de estándares diseñados para servicios, y c) se constituyen en una responsabilidad permanente del Estado hacia el ciudadano usuario de un sistema de salud, tanto en su definición y redefinición periódica como en la exigencia y verificación de su cumplimiento.

Entre de las categorías en que se encuentran divididos los requisitos (recurso humano, infraestructura, dotación y mantenimiento, insumos, documentación, registros, coordinación de recursos, seguimiento a riesgos, etc.) se crea un entorno selectivo de elementos que se vuelven indispensables para garantizar la seguridad del usuario. Esos elementos se reflejan en una serie de estándares, los cuales a su vez tienen una serie de características particulares, como: a) son únicos para todos los prestadores, b) son conocidos previamente por los involucrados, c) su grado de conformidad parte de un análisis organizacional interno que puede o no ser confrontado a través de un análisis externo (realizado por el sector estatal de la salud), d) buscan abarcar la totalidad de la organización y e) son reevaluados en el tiempo, siempre tratando de subir el nivel de exigencia.

De esta forma, el Sistema único de habilitación se constituye en un piso que comienza a cimentar las bases de la calidad en las organizaciones del sector, es decir, el mínimo del cual se hablaba en el capítulo 4. Si se plantea que existe un piso, entonces debe existir un óptimo factible de alcanzar, algo más allá de unos mínimos, que impongan un reto a los involucrados ya no de asegurar unas características estructurales esenciales, sino de garantizar permanentemente una serie de procesos y mejorarlos. Esto implica pasar y complementar una visión de qué tengo (la estructura) con una de cómo uso lo que tengo o qué hago con lo tengo (los procesos). Es aquí donde entra el proceso de acreditación, tanto para Eps como para Ips.

2. La acreditación y la habilitación se complementan

La acreditación busca desarrollar una serie de fundamentos básicos como: su enfoque en procesos organizacionales y centrada en el cliente, esto es, todos los procesos con que cuentan las organizaciones deben tener presentes las necesidades del cliente (interno y externo) y buscar darles solución. En vista que las interrelaciones con los clientes no son hechos únicos y discretos en el tiempo, es decir, no ocurren una sola vez sino que se constituyen en un elemento funcional y organizacional del día a día, se hace necesario inducir a éstas organizaciones al pensamiento continuo de planeación permanente de sus procesos, la identificación de sus metas o estándares a alcanzar, la priorización y puesta en marcha de estrategias para acometer estas metas y la monitorización y comparación permanente de sus logros con las metas. Esta idea no es más que una representación de un proceso de mejoramiento continuo, pilar fundamental del modelo de acreditación propuesto para el país.

Desde un punto de vista instrumental, la acreditación, al igual que el Sistema único de habilitación, cuenta con una serie de características como: a) son estándares únicos para todos aquellos interesados en acometer este proceso, b) son conocidos previamente por los involucrados, c) apoyan las labores de autoevalua-

La acreditación busca desarrollar una serie de fundamentos básicos como: su enfoque en procesos organizacionales y centrada en el cliente, esto es, todos los procesos con que cuentan las organizaciones deben tener presentes las necesidades del cliente (interno y externo) y buscar darles solución.

ción interna, y d) constituyen en punto de referencia primario para procesos de evaluación externa. Adicionalmente, estos estándares abarcan la totalidad de la organización y serán periódicamente ajustados con el fin de aumentar su nivel de exigencia.

Los estándares de acreditación, para el caso de las IPS, se despliegan, reflejan un proceso asistencial genérico de un cliente o paciente en una organización, desde su ingreso hasta su egreso y posterior seguimiento, apoyados por una serie de funciones organizacionales básicas como son el direccionamiento, la gerencia, la gerencia del recurso humano, del ambiente físico y de los sistemas de información. Para el caso de las EPS estas funciones de apoyo se preservan (con los cambios pertinentes a las particularidades de este tipo de organizaciones) y se complementan con un proceso asistencial que parte desde la afiliación del ciudadano hasta la garantía de prestación de servicios.

Tomando en cuenta los elementos consignados en estos últimos párrafos y confrontando el Sistema único de habilitación con el Sistema único de acreditación surge una pregunta: si ambos son metodologías orientadas al cliente-usuario que buscan obtener un determinado nivel de calidad, utilizando unos estándares únicos previamente conocidos, que soportan procesos de autoevaluación interna y evaluación externa, y que cuentan con una serie de categorías o funciones similares, ¿cuál es la diferencia entre ambos?

Son las similitudes las que los involucran dentro de un esquema de garantía de calidad y son sus diferencias las que los potencializan y coordinan. Lo anterior implica:

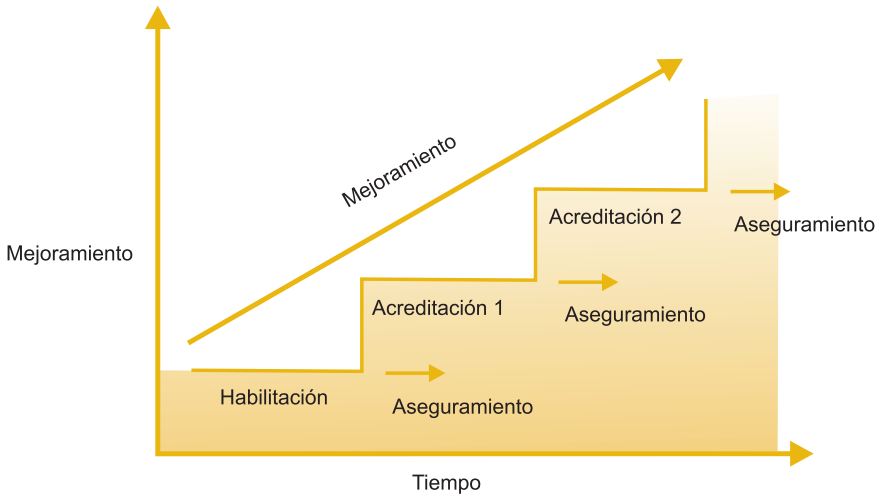
- Si bien ambos usan estándares únicos para cada uno, con las características ya mencionadas, estos se enfocan en dos direc-

ciones complementarias: la estructura y los procesos, lo mínimo con lo óptimo.

- Ambos son procesos para cumplir ciertos niveles de calidad, su diferencia está en que el cumplimiento de los primeros es de carácter obligatorio y los segundos son voluntarios.
- A la anterior diferencia se le adiciona que en la habilitación el papel del Estado es activo en su definición, puesta en marcha, readecuación y verificación, en tanto, en la acreditación su papel es más pasivo.
- Si bien ambos están dirigidos o centrados en el cliente, la habilitación busca asegurar la protección de éste a través de una serie de elementos estructurales, mientras que la acreditación busca garantizar la calidad de la atención a través de la definición y mejoramiento de procesos. Los estándares de acreditación no involucran la necesidad de contar o incluir elementos estructurales como espacios físicos o tecnología, por el contrario, hace énfasis en el talento de los trabajadores y la cultura de la organización.

Una manera de representar de forma esquemática lo descrito es a través del gráfico 6.1.

Gráfico 5.1
Interrelación Sistema único de habilitación y acreditación en el mejoramiento de la calidad



El piso que pone el Sistema único de habilitación es el comienzo del proceso de la garantía de la calidad, el cual la organización debe asegurar, es decir, que las características de calidad estructural exigidas por los estándares siempre se mantengan a lo largo del tiempo. Una vez se tengan aseguradas estas características la organización optará por entrar a un proceso continuado y repetitivo en el tiempo, que impondrá la necesidad de definir una serie de procesos de atención y apoyo a los clientes de la organización y mejorarlos continuamente, de ahí que la línea que une los procesos de acreditación sea incremental en el tiempo.

Es importante mencionar que en el gráfico citado el Sistema único de habilitación solo aparece una vez en el tiempo, cuando la realidad es que periódicamente serán rediseñados aumentando su nivel de exigencia, dependiendo de las condiciones del entorno de los prestadores. Esto implicaría, en términos gráficos, que serian varias escaleras, siempre teniendo a los estándares de acreditación por encima del nivel de exigencia de los de habilitación.

Desde un punto de vista operativo es el nivel de los estándares es fácil encontrar una serie innumerable de puntos comunes entre los dos métodos, conservando cada uno sus particularidades mencionadas pero complementándose en su alcance. A continuación se presentan un par de ejemplos:

1. En el tema de recursos humanos el Sistema único de habilitación busca garantizar la seguridad al usuario a través de la verificación de que el profesional que se necesita para atender al usuario en realidad sí sea profesional en el área específica de la atención y que, adicionalmente, sea avalado por las instancias competentes. La acreditación, más allá de acometer esta legítima preocupación, se centra en cómo la organización mantiene o garantiza a través del tiempo que ese profesional exigido por el Sistema único de habilitación esté permanentemente mejorando sus competencias a través de procesos de entrenamiento y reentrenamiento permanente.

2. En la categoría de infraestructura de requisitos esenciales se pondera que la organización cuente con una serie de características estructurales (áreas, espacios físicos y locativos) que, nuevamente, fortalezcan la seguridad de la prestación del servicio al cliente. Su contraparte en acreditación es la sección de gerencia del ambiente físico, la cual pretende garantizar que la organización, más allá de contar con esa infraestructura se preocupe permanentemente por el uso adecuado de la misma y buscar mecanismos que generen una cultura dentro de sus trabajadores del buen uso y conservación de los equipos e infraestructura.

Teniendo en cuenta que los intervalos entre evaluaciones tanto de habilitación como de acreditación se cuentan en períodos de años, dada sus características, surge entonces la segunda pregunta de esta sección: ¿qué pasa con la organización entretanto, o sea, entre una y otra evaluación? La sección a continuación pretende responder esta pregunta.

3. La auditoría

La respuesta a la anterior pregunta está en gran parte contestada con el componente de auditoría[60].

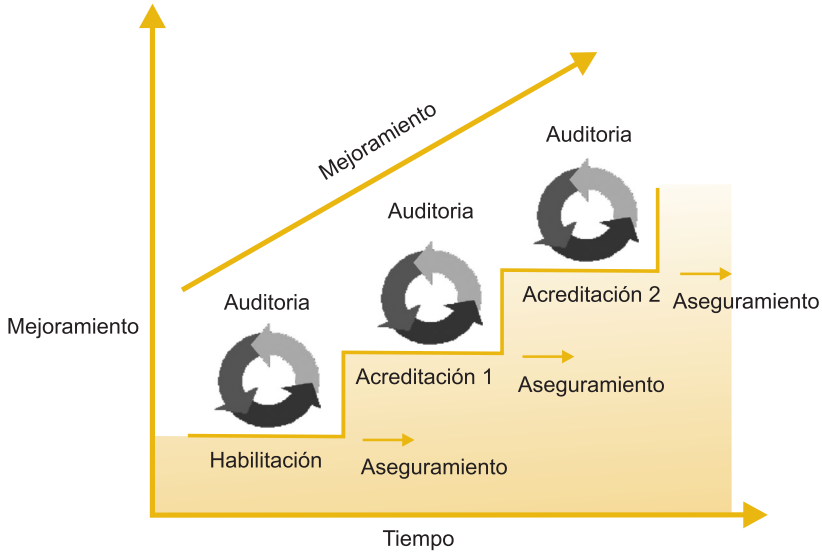
El proceso de auditoría está sintonizado con el Sistema único de habilitación y la acreditación desde su mismo fundamento filosófico, el cual es la búsqueda permanente del aseguramiento y mejoramiento de la calidad de los procesos inherentes a la atención del cliente, esto es, identificar qué es lo óptimo deseado de

60 Se afirma que en gran parte y no en su totalidad, debido a dos preceptos básicos, uno analizado al comienzo del documento que dice que el Sistema de garantía de calidad no es exhaustivo, y el otro argumento se extrae de la concepción misma de la auditoría, que dice que este se centra en los procesos organizacionales considerados como prioritarios. Lo anterior implica que la auditoría no hace todos los procesos que estén descritos en los estándares de acreditación o aquellos que sean objeto de verificación del Sistema único de habilitación, solo algunos considerados como prioritarios, bien sea por la misma organización o por la interrelación de una organización con otra (como es el caso de las relaciones o acuerdos contractuales entre EPS e IPS).

alcanzar, cuál es el logro a alcanzar, cómo se diseñan e implementan esas estrategias, cómo se mantienen estas estrategias en el tiempo, cómo se monitorizan los logros y se comparan al final; que, dicho de otra manera es la confrontación de la calidad observada versus la deseada, confrontación básica expresada desde la misma definición de la auditoría. Asimismo, conserva el espíritu del mejoramiento continuo de la calidad ya expresado en la acreditación.

De nuevo, una forma de complementar la anterior idea de la auditoría y su relación con los otros dos componentes es representándola gráficamente. Para esta tarea se utilizará el gráfico 2 mostrado anteriormente, adicionándole la labor de auditoría.

Gráfico 5.2
Relación Sistema único de habilitación, acreditación y Auditoría en el mejoramiento de la calidad



Tal como se aprecia, la auditoría es un excelente complemento a la gestión y mejoramiento de los procesos del día tras día, que redundarán y apoyarán cada cierto tiempo la preparación para el nuevo proceso de acreditación.

Adicionalmente, debe enfatizarse que existe un elemento común e integrador a todos los componentes mencionados: el clien-

te o paciente. La discusión frente a este es cómo participa, más allá de ser el receptor de los servicios. La respuesta a esta discusión y en el contexto del SOGC, es a través de la información.

4. La información a usuarios y los incentivos

El Sistema único de habilitación, el de acreditación y la auditoría son las herramientas por medio de las cuales las instituciones operacionalizan su búsqueda permanente del mejoramiento. Los usuarios del sistema son los que inducen a las organizaciones a la búsqueda del mejoramiento, dado que son estos los que en buena medida modulan los incentivos de prestigio y reputación en una sociedad.

En el sistema de salud colombiano, basado en el modelo de competencia regulada, los usuarios tienen el papel de ser los activadores de la competencia por calidad ya que al elegir al mejor proveedor inducen en las instituciones los incentivos económicos y de prestigio. Ahora bien, tal como ya se mencionó, hay que buscar un mecanismo sencillo para involucrar al usuario de servicios más allá de la mera prestación de dichos servicios. Un mecanismo es mediante la información.

Es por medio de la entrega de información que las personas pueden conocer los procesos y resultados obtenidos por las diferentes organizaciones, y así preferir a aquellos que les ofrezcan los mayores beneficios. De esta manera, los usuarios exigen a las instituciones el continuo mejoramiento de sus servicios, a riesgo por parte de las organizaciones de salir del mercado si ignoran a sus usuarios o no responden a sus necesidades.

La información se entrega a la población con dos objetivos:

- El apoderamiento de los usuarios para que ejerzan su condición de consumidores racionales e informados, y de esta forma, en última instancia, obtengan los mayores beneficios en términos de sus condiciones de salud.

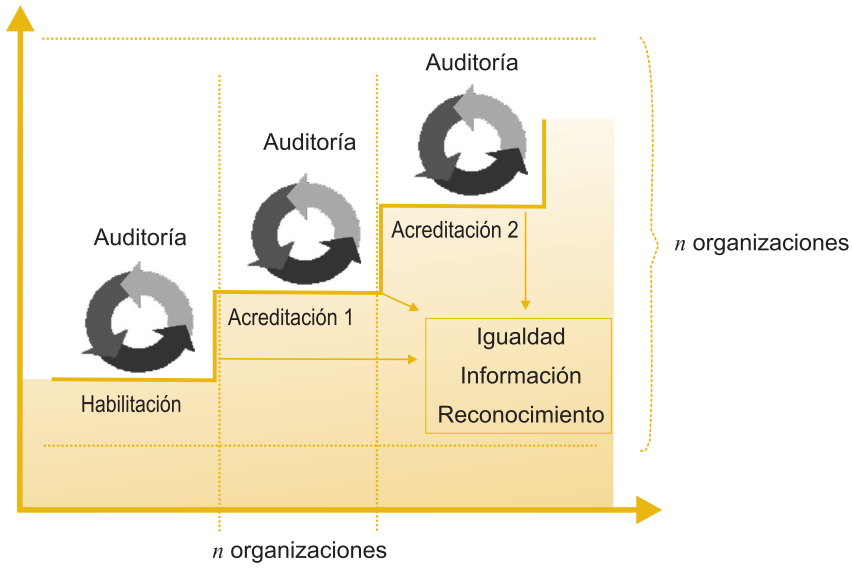
- La referenciación entre sí de las instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, para que se comparen con sus similares e induzca los procesos de mejoramiento.

La información que ofrece el sistema de información a usuarios es de dos tipos:

- Indicadores de desempeño de las instituciones en sus procesos o servicios críticos que le permite a los usuarios identificar éstas en relación con sus similares. Estos indicadores están también centrados en el cliente y examinan sus procesos y resultados.
- Indicadores de los procesos de las instituciones frente a las herramientas del sistema de garantía de calidad: cumplimiento y habilitación de actividades de acreditación y auditoría, y sus características.

De nuevo, se recurre a un complemento gráfico 6.3 para las anteriores ideas con el fin de integrar a todos los componentes.

Gráfico 5.3
Relación Sistema único de habilitación, acreditación, auditoría e información a usuarios en el mejoramiento de la calidad



El gráfico 6.3 representa una continua y permanente producción de información referente a calidad proveniente de múltiples fuentes organizacionales, con diferentes niveles de calidad y generada gracias a diversas herramientas, las cuales son en esencia únicas o similares en su concepción y aplicación dentro de las organizaciones. Esta información es factible de comparar de diversas maneras, y es donde la responsabilidad de los agentes del sistema de salud hacia el ciudadano se hace cada vez más relevante.

5. El reto final

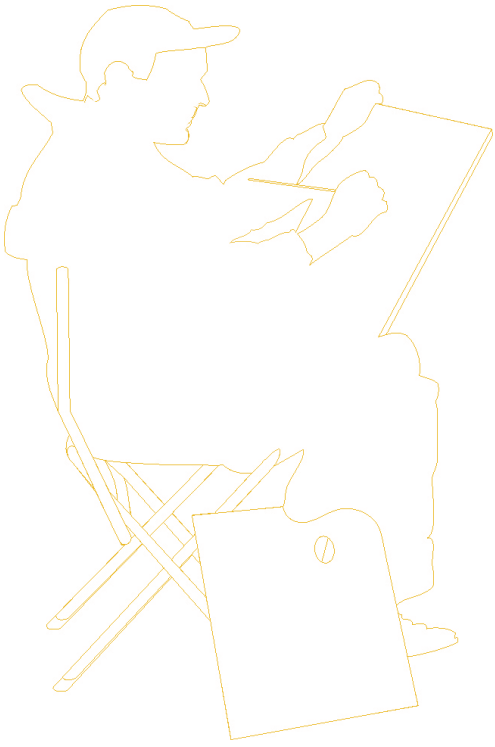
Una vez integrados los componentes de requisitos esenciales, acreditación y auditoría, y teniendo en cuenta algunos de los preceptos comunes a estos y a los componentes de información al usuario e incentivos, se debe concentrar el análisis en que en un período de tiempo no existe solo una organización atravesando por un proceso específico (las organizaciones en la parte inferior del gráfico 6.3) sino que existen n organizaciones (quizás un número mayor) atravesando por etapas similares en su proceso pero diferentes en sus alcances y niveles de logros. Es en esos múltiples momentos en los que la información generada, gracias a los instrumentos del sistema (y posiblemente a otros no contemplados por el proyecto), se constituye en elemento educador del usuario para la toma racional de decisiones y referenciador de instituciones con base en criterios de calidad.

El reto central de todo esto es cómo se le entrega la información a los usuarios. En los primeros capítulos se vio que no es claro que haya evidencia conclusiva sobre la modificación de la conducta por parte de los usuarios por medio de la provisión de la información. De esta manera, se hace necesario definir formas sencillas y pedagógicas de presentar la información y, sobre todo, buscar mecanismos transparentes de recolección de la misma.

Capítulo 6

Todos quieren el progreso, pero ¿todos están dispuestos a hacer el cambio?





A. Introducción

Quizás la mejor manera de resumir este capítulo es la siguiente: hablar de calidad implica hablar de mejoramiento (como se verá en el capítulo 8), y este necesariamente está precedido de un cambio; el mejoramiento no se da por suerte o azar, se da porque un grupo comprometido de líderes y equipos de trabajo se dedican a realizar un análisis de la situación actual de las cosas y proponen una serie de cambios. Esto implica que todo mejoramiento es producto de un cambio, más no todo cambio produce un mejoramiento, ya que puede ocurrir que el cambio sea malévolo para la organización si no fue bien planeado o la situación actual no fue bien analizada.

Los cambios en las organizaciones líderes de calidad no se dieron por suerte o azar, como tampoco fueron inmediatos o estériles en el uso de métodos probados. La clave del cambio está en rechazar el *status quo*, el conformismo con las reglas establecidas, que no necesariamente agregan valor al cliente. Vivir en el estatus quo es posiblemente la forma más cómoda de vivir, pero es inaceptable para un líder centrado en el mejoramiento.

El cambio es, como casi todas las cosas de calidad, una responsabilidad de los líderes, un proceso de disciplina y rigor; no hay cambio sin que sean ellos los que lo promuevan y se declaren inconformes frente a la situación actual. La habilidad de una organización para cambiar depende directamente de la habilidad de sus líderes para querer cambiar.

Mejoramiento y cambio son ideas indivisibles que hay que afrontarlas con igual dedicación, es por eso que en este libro se hace necesario dedicar unas páginas a este último concepto.

B. El concepto de cambio

El cambio, en el contexto de este libro, puede ser definido como un proceso continuo, planeado y lógico, de adopción de estrategias y estructuras con el fin de alterar una serie de circunstancias, internas o externas a la organización o las personas, que conlleve necesariamente a un mejoramiento de la situación actual.

Una buena forma de entender por qué el cambio a veces no es fácil, así todo el mundo promulgue que es necesario y sano hacerlo, es comprender que este transita a través de una serie de fases o pasos. Según Recklies (2001)[61] estas son:

- **Sorpresa:** es la confrontación con una situación no esperada y que requiere la necesidad de hacer ajustes. Esta necesidad puede evidenciarse a través de un hecho fortuito (una pérdida, una emergencia) o de un evento planeado (la asistencia a un curso de un nuevo tema). Esta fase hace ver a las personas que su modelo actual de desempeño no es el mejor y necesita ajustes.
- **Negación o rechazo:** aquí las personas hacen un proceso de reforzamiento psicológico de que el cambio no es necesario, que su posición en el mercado está bien.
- **Entendimiento:** ver posiblemente a otros (puede ser la competencia) transitando por la senda del cambio, o ver los datos internos de la empresa (pérdidas y ganancias, desperdicios), hace que el tema del cambio vuelva a aparecer como necesario.
- **Aceptación:** aquí los líderes desempeñan un papel preponderante, al entender que las cosas no pueden seguir tal y como están. Es, posiblemente, un proceso de crisis interna que debe vivir la empresa.
- **Aprendizaje:** la organización comienza a entender las honduras conceptuales y metodológicas de lo que necesita ser cam-

61 Oliver Recklies. 2001. Recklies management project.

biado, se toman las decisiones adecuadas y cambian los patrones de hacer las cosas, y se busca generar una nueva cultura. Se inician los cambios y se comienzan a entender las consecuencias, tanto positivas como negativas de los mismos.

- **Logro:** la recopilación de información se hace sistemática y la curva de aprendizaje es cada vez mejor. Se retroalimenta permanentemente a la gente de la empresa y se los prepara para nuevos y continuos cambios.
- **Integración:** la gente integra a su quehacer diario lo aprendido en el proceso de cambio.

Una buena forma de entender por qué el cambio a veces no es fácil, así todo el mundo promulgue que es necesario y sano hacerlo, es comprender que este transita a través de una serie de fases o pasos: sorpresa, negación o rechazo, entendimiento, aceptación, aprendizaje, logro e integración.

Visto lo anterior, no es de extrañar que el proceso de cambio esté plagado de dificultades para la gente, y que el rechazo sea una circunstancia natural del mismo. Pero, además del rechazo por parte de las personas, punto que tendrá un aparte especial dentro de este capítulo, existen otros elementos que son importantes de tener en cuenta en el proceso de cambio.

Un segundo aspecto es la posibilidad que el cambio pueda ser confundido con una serie de palabras que desde el punto de algunas personas suene lógico. Sin embargo, es útil diferenciar el término, así como las vías por medio de las cuales se puede llegar a un cambio. Este puede ser logrado a través de un proceso continuo, sostenido, de pequeños y secuenciales pasos intercalados de mejoramiento y mantenimiento de ese mejoramiento en el tiempo, o mediante un solo paso incremental en un solo momento del tiempo, normalmente amarrado a la adquisición o descubrimiento de una nueva tecnología. Son esos dos puntos de vista los que diferencian al mejoramiento continuo de la innovación y que serán explorados en el siguiente capítulo[62].

62 Para más información sobre innovación y mejoramiento *véase* Masaaki Imai. 1989. Kaizen. La clave de la ventaja competitiva japonesa. Compañía Editorial Continental. México.

Un tercer elemento a tener en cuenta es que muchas veces las propuestas para el cambio son "más de lo mismo". Esto implica que la gente no propone realmente nada nuevo, sino que piden más recursos físicos, más gente, más computadores, creyendo que de esta forma se solucionan los problemas. Esto solo agrega más costos a la iniciativa, llevando a la calidad a un punto de no optimización sino de desperdicio. En la actualidad, cuando la eliminación del desperdicio en los procesos (o la muda, como se le conoce en el tema de Lean Management) está a la orden del día, el "más de lo mismo" es una seria desavenencia al paradigma de la calidad.

Un cuarto punto, basándose en algunas ideas del cambio citadas en Morath (1999), es que hay que sentir una necesidad urgente de no poder seguir en la misma situación en la que se encuentra la organización, alinear esa necesidad con una misión y visión que promuevan la necesidad del cambio, definir unas metas que alinean las habilidades de la gente con los objetivos, promover un espíritu de trabajo en equipo, una sensación de que todos están metidos en el cambio y, por último, unas expectativas que sean realistas de cumplir.

Un quinto aspecto es el síndrome de la utopía, el cual es no comenzar a hacer los cambios esperando por ese maravilloso y perfecto plan, que nunca llega.

Un sexto punto es el papel del líder en la organización. No hay cambio sin líderes comprometidos y que entiendan los retos que dicha tarea implica. Al modo de ver de Schiemann[63], estos líderes deben pensar en cómo abordar doce retos en de los procesos de cambio:

1. Definir una orientación del negocio a largo plazo.

2. Afrontar sus mercados y productos dentro de un enfoque global.

63 William Schiemann. Organizational change starts with a strategic focus.

3. Generar relaciones sólidas con sus clientes y proveedores.
4. Estar centrado en el cliente.
5. Definir estructuras organizacionales planas.
6. Contar con tecnología que soporte a la gerencia con información.
7. Buscar el valor agregado en lo que hace.
8. Tener empleados permanentemente capacitados, con visión gerencial.
9. Mostrar sensibilidad para gerenciar un recurso humano diverso, muchas veces con poca educación.
10. Promover comportamientos y pensamientos que entiendan la integralidad de los procesos.
11. Implementar sistemas de decisiones rápidos.
12. Generar sistemas, personas y estructuras altamente adaptables.

Los líderes de las organizaciones deben ser concientes que si quieren mejorar es necesario pensar que deben hacer una serie de ajustes y cambios en la organización. Esto incluye desde crear una atmósfera de seguridad sicológica para aquellos que van a estar involucrados en el cambio, pasando por la inversión de recursos (financieros, físicos, humanos, tiempo), hasta llegar a un punto donde la inversión realizada genere un aprendizaje sistemático que sea reciclado en la misma organización. La calidad comienza por los líderes.

Por último, y algo que es todo un reto para los gerentes, es que hay que remover del modo de pensar de sus colaboradores que la situación actual es una opción. Aquí es donde hay que romper paradigmas, tradiciones, formas de pensar.

C. Rechazo natural al cambio

Antes de entrar de lleno en el tema del cambio es necesario entender un punto clave dentro de este proceso: la resistencia al cambio. Hay que entender que trabajar por la calidad implica un cambio, y casi sistemáticamente un cambio implica resistencia, grande o pequeña. Es, posiblemente, el tema más evidente del proceso de cambio, pero no necesariamente el más estudiado por parte de los gerentes. Es natural esperar que haya un rechazo al cambio, si bien no de todas las personas, sí de algunos grupos dentro de la organización. La razón es que el cambio implica, en muchas ocasiones, una reconfiguración de los esquemas de poder dentro de la organización en donde alguien pierde y alguien gana control sobre el manejo de recursos estratégicos de la organización. Entre de las muchas causas de la resistencia al cambio se pueden encontrar:

- La oposición, muchas veces maquillada como apatía o indiferencia, debida al escepticismo, cuando ya se han intentado procesos de cambio en épocas pasadas y no han sido bien gerenciados.
- El cinismo, por no hablar de oposición activa, la cual frecuente ver, demeritando cualquier beneficio potencial que pueda traer el cambio.
- El miedo, debido a una sensación de pérdida, de amenaza inminente a la estabilidad laboral o proyecciones en de la empresa, a la incertidumbre.
- Desconfianza por parte de los empleados a los verdaderos motivos que tienen los gerentes para hacer el cambio.
- Desconfianza hacia los métodos utilizados para hacer el cambio.
- Conformidad con las normas, a la gente le interesa mantener el *status quo*.
- Mantener la cultura. Si la gente piensa que la cultura actual es buena ¿para qué cambiar?

- Intereses particulares o pérdida de poder.
- El sacrosanto: son esas reglas inviolables que la gente cree que no deben ser tocadas.
- Rechazo a los agentes externos: los trabajadores asumen que la gente que viene de afuera de la organización no la entiende y, por eso, no debe estar involucrada en el cambio.
- No se involucra al personal dueño de los procesos: Este es un proceso de doble vía, por un lado los gerentes actúan sin pedirles consejo a los trabajadores y, por otro, puede ocurrir que los trabajadores eviten participar, dado que implicaría revelar por qué los procesos a veces no funcionan, en la creencia errónea de que se les va a culpar.

D. Implicaciones del cambio en el recurso humano

El cambio es un elemento multidimensional, tal como lo describe Caldwell (1998). Estas dimensiones incluyen cambios en:

La misión, en el mandato o las estrategias, la estructura organizacional, la adopción o eliminación de métodos y procedimientos, la adopción de nueva tecnología, herramientas, equipos; la forma de relacionarse con los clientes o proveedores externos y el tipo y cantidad del personal, bien sea por aumento o reducción de la planta de personal.

Visto lo anterior, hay un elemento del cambio que es importante resaltar: el elemento humano. Es así como Deming definió al mejoramiento continuo de la calidad como un sistema de profundo conocimiento, el cual contiene unos atributos. Uno de estos es la sicología, es decir, los cambios y el mejoramiento se dan en organizaciones con entornos sociales muchas veces complejos, fruto de la interacción diaria de grupos de personas que laboran en su interior. Hay que tener claro que el cambio, por pequeño que sea,

introduce, indefectiblemente, una disrupción en la vida cotidiana de las personas.

1. El cambio y las personas

El hablar del cambio y las personas impone una lógica indivisible debido a que el humano es un ser lleno de emociones, que no siempre reacciona bien ante la incertidumbre que impone un cambio, aun en presencia de información.

El cambio es estresante. Implica, dependiendo de la posición de la persona dentro de la organización, gastar jornadas de trabajo planeando los cambios, minimizando los riesgos, buscando explicaciones. Por otro lado, hay otro grupo de personas esperando noticias de qué implica el cambio para sus vidas laborales, e incluso su familia.

La adaptación al cambio requiere tiempo, este no se da de la noche a la mañana, por tanto se necesita una tutoría directa para el personal más afectado por el cambio. Aunque parezca absurdo, el cambio puede significar para muchas personas un proceso de duelo, en donde estas tienen que olvidar lo que anteriormente realizaban, hacer una transición por medio del aprendizaje de las nuevas cosas y, posteriormente, mirar la nueva situación como un comienzo de algo.

Es natural esperar que haya un rechazo al cambio, si bien no de todas las personas, sí de algunos grupos en la organización. La razón es que el cambio implica, en muchas ocasiones, una reconfiguración de los esquemas de poder en la organización en donde alguien pierde y alguien gana control sobre el manejo de recursos estratégicos de la organización.

Hay que entender que en un gran porcentaje del tiempo el cambio no es necesariamente controlado por las mismas personas que están inmersas en él, de ahí que es frecuente encontrar gente que quiera un cambio, pero que sea capaz de controlarlo. Este fenómeno se acrecienta cuando el cambio es debido a factores externos, no solo a la persona, sino a la misma organización, donde el control sobre el cambio es aún más remoto para el afectado y, por tanto, el estrés es aún mayor.

Todo lo anterior implica que las personas pueden resistirse al cambio, ser apáticos al mismo, aceptarlo en público pero negarlo en privado, aceptarlo por presión de los líderes de opinión, o estar profundamente integrados y comprometidos con el mismo.

2. Las personas y la cultura

Por otro lado, hablar de cambio exige la necesidad de alinear el análisis de la cultura con una serie de mensajes explícitos de parte de los líderes, para hacer que los cambios propuestos no naufraguen al enfrentarse con la cultura de la organización. Eso implica: primero, reforzar en las personas que el cambio es producto de trabajos en grupos, y que es a los grupos dueños de los procesos y sistemas a los que hay que hacer responsable del cambio, no a personas de manera individual.

Segundo, promover el respeto mutuo y la contribución. El análisis de los problemas no es un análisis de las personas, sino de los procesos organizacionales que están fallando. Asimismo, toda contribución es bienvenida; las personas que están en el día a día con los clientes son los que mejor entienden los problemas y los que, posiblemente, bien guiados propongan las mejores soluciones.

Tercero, tener humildad para pedir ayuda en aquellos casos en donde no se conozcan las respuestas en el grupo, o inclusive en la organización. La humildad en la búsqueda del conocimiento no implica debilidad o ignorancia.

Cuarto, invertir en la búsqueda y sistematización del conocimiento. Para el caso concreto de las organizaciones de salud, este conocimiento debe estar centrado en el objeto o función principal de dichas organizaciones: como atender mejor a los clientes, desde todo punto de vista.

Finalmente, fundamentar los cambios en hechos y datos. La organización debe promover el uso de todo tipo de herramientas estadísticas y parámetros de medición si quiere enfocarse en cam-

bios bien planeados. Se debe promover que los equipos tengan sus propios cuadros de mando, fomentar que estos equipos se reúnan de manera independiente y descentralizada a analizar su información para proponer soluciones a su nivel de mando. Igualmente, los niveles superiores deben fomentar este tipo de actividades y acompañarlos a dichas reuniones, no en la oficina del gerente, sino en el sitio físico de trabajo de los equipos.

3. Cómo ayudar a las personas

Caldwell (1998), al hablar de las estrategias para ayudar a las personas a través del cambio, propone un balance entre: a) las necesidades de la gente; b) las estrategias que ayudan a la gente durante el cambio, y c) aquellas estrategias que solo empeoran las cosas durante el cambio. A continuación se describen algunas ideas de cada una de las tres partes en mención.

a. Necesidades de la gente. En particular, las personas necesitan:

   - Confiar en sus líderes, en su integridad y seriedad para afrontar el reto del cambio.
   - Entender lo básico del cambio: quién está a cargo de los cambios, el por qué del cambio, cuál es mi papel dentro del cambio, cuál será mi futuro.
   - Tiempo para ajustarse al cambio, para planear su futuro.
   - Mantener en alto su autoestima, que le sigan respetando y confiando.
   - Tener algún grado de control sobre algo del cambio.
   - Herramientas para desempeñar su nuevo trabajo, sus nuevas funciones.

b. Esas necesidades pueden ser apoyadas mediante una serie de estrategias, que ayudan en el proceso del cambio:

   - **Comunicar el propósito del cambio:** esta comunicación, entre más temprano se haga, mejor. Esto da tiempo a las

personas de ir planeando de mejor manera sus actividades. El propósito del cambio debe ser claro para que la persona entienda lo inevitable que puede ser éste en la organización. Una de las peores estrategias es tener la información del cambio a un nivel directivo alto y no comunicarlo, eso sólo hace a los líderes de la organización parte del problema y no de la solución.

- **Algunas ideas clave de esta comunicación incluyen:** realizar un arduo trabajo que identifique y analice el problema, mostrar cómo el cambio afianza el propósito de la organización, exponer cómo el cambio está ligado a los usuarios de la organización, mostrar las bondades del cambio, no como una camisa de fuerza, diseñar un sistema para recoger dudas o comentarios durante la implementación del cambio, disponer de información acerca de qué es el cambio, cómo se va a hacer y cuándo.
- **Rendirle honores al pasado:** se deben resaltar los logros de la etapa que culmina, no centrase en lo malo o erróneo que pudo haber pasado. El cambio necesita un mínimo de dignidad y este es el momento adecuado para identificar los logros obtenidos y aprender de las debilidades halladas. Pocas veces se analiza el por qué las cosas salieron mal y qué se puede aprender de esto.
- **Ser claro e identificar qué cosas no van a cambiar:** esto da una sensación de continuidad y no de ruptura abrupta con el pasado. Muchas veces los líderes solo se preocupan por informar el cambio, pero no la continuidad de las cosas.
- **Garantizar una comunicación participativa:** la comunicación debe ser de doble vía, fluida. Tal y como se mencionó, las personas comúnmente no reaccionan bien ante la incertidumbre, menos aún cuando está en juego, posiblemente, su trabajo. La gente quiere información, la quiere por parte de sus líderes, de manera oportuna y en espacios donde se

pueda hablar de manera franca por parte de los involucrados en el cambio.

Buscar espacios para que las personas tengan participación en el cambio y puedan opinar sobre el mismo. Se deben buscar estrategias para mantener informada a las personas, tales como mostrar gráficamente los resultados de la implementación del cambio, estar preparado para discutir los puntos críticos del cambio, involucrar en la presentación de resultados a aquellos que están haciendo los cambios en la parte operativa.

- **Identificar las pérdidas que las personas sufrirán:** infortunadamente para algunos, el cambio traerá una pérdida en el poder que ostentan. Es necesario ser claros en cuáles serán esas pérdidas. Esta idea se conecta con otra, que es cómo se proveerá el soporte moral a esas personas que pierden con el cambio. Esto puede ser más fácil decirlo que hacerlo, pero toca las habilidades de los gerentes en generar empatía con su personal.
- **Proveer soporte:** esto incluye herramientas, métodos, entrenamiento en nuevos procedimientos, conformación y entrenamiento de nuevos equipos de trabajo, ensayos previos a la implementación del cambio.

c. Por último, también existen estrategias que solo complican el cambio y que deben ser evitadas, tales como:

- Generar programas y *slogans* sin ningún contenido, creer que pegar afiches con frases inteligentes en las paredes y diseñar mascotas para el programa de cambio, hace automáticamente el milagro.
- Hacerle explícito a la gente que el cambio es debido a la negligencia o ineficiencia de ellos.
- Evitar generar comunicación paralela o confusa con los empleados.

- Guardar las implicaciones del cambio como un secreto por parte de la gerencia.
- Impartir órdenes sin ningún tipo de explicaciones y asumir que cualquier pregunta o consideración por parte de los afectados es una falta disciplinaria.

E. Tipos de personas involucradas en el cambio

Es útil también entender, para seguir en el concepto de que las organizaciones son ambientes socialmente complejos, que no todas las personas reaccionan igual al cambio propuesto, que hay unos que son más proclives que otros a involucrarse en el cambio, así este no sea definido por esas personas.

Estos grupos han sido clasificados por varios autores, con cuantificaciones aproximadas de cuántos son en cada grupo. Uno de los más usados en salud es el presentado por Rogers (1995)[64], que usando un modelo previamente estudiado en un grupo de granjeros en la adopción de una nueva semilla, presentó una distribución porcentual de personal dentro de una organización según su propensión a la adopción de un cambio o una innovación. Esto dio como resultado cinco grupos de personas, clasificadas así[65]:

Los innovadores (*innovators*): corresponde al 2,5% del personal y son aquellas personas que son más propensos al cambio, que presentan una particular excitación y apertura a nuevas ideas.

Los primeros adoptadores (*early adopters*): corresponden al 13,5% de la población y es, posiblemente, el grupo más importante dado que aquí es donde están los lideres de opinión, aquellos que son vistos por el resto de la organización como ejemplos

64 Rogers, E.M. 1995. Lessons for guidelines from the diffusion of innovations. Joint Commission Journal of Quality Improvement 21: 324-28.

65 La traducción de los grupos es libre por parte del autor.

a seguir y generan las grandes recomendaciones que son seguidas por los demás.

- **La primera mayoría** *(early mayority):* corresponde al 34% de la población, son los que generan la masa crítica dado que son los que implementan los cambios en gran escala, producto de haber observado a los dos grupos anteriores hablar y aplicar el cambio.
- **La última mayoría** *(late mayority):* corresponde a otro 34% de la población y son quienes eventualmente pueden adoptar el cambio como producto de la presión de sus pares.
- **Los retrazados** *(laggards):* corresponden a 16% de la población y son los que adoptan de últimos los cambios, aunque no siempre y no necesariamente de buena gana.

El primer grupo se debe apoyar en su proceso de innovar. Normalmente, se asume que los innovadores son personas con poco contacto con la realidad y su entorno, y que la innovación es un arte inspirado por un toque de lucidez. Nada más falso[66]. A los innovadores hay que generarles un entorno de trabajo apropiado para sus labores, como a cualquier otra persona dentro de la organización. Es así como hay que:

- Brindarles recursos para el aprendizaje de nuevos métodos, no importa si no son de su entorno natural, para este caso salud.
- Apoyarlos con nuevas herramientas de trabajo, más acceso a información.
- Definirles o generarles las condiciones para la búsqueda de tutores.
- Complementarlos con equipos ejecutores, ojalá liderados por unos patrocinadores dentro de la organización, que sean capaces de hacer pilotos rápidos de los cambios.

66 Este tipo de personalidad, según Kelley (2001), cae dentro del grupo de los inventores. Esta referencia bibliográfica (que no es del sector salud) se encuentra al final del capítulo y es recomendada para el tema de innovación.

F. Consideraciones para el cambio

Los procesos de cambio están conceptual y metodológicamente integrados en el hecho mismo del mejoramiento. Lo anterior implica que no hay un método específico diferente a un método de mejoramiento. Eso, a su vez, implica que se necesita un proceso lógico de cambio planeado que va desde la definición del objetivo hasta la monitorización del efecto.

La adopción de un cambio, depende de varias consideraciones, tales como: la ventaja relativa, es decir, hasta dónde las personas ven una ventaja real en hacer el cambio; la compatibilidad, que es el grado en el cual el cambio es consistente con los valores, experiencias y necesidades; la complejidad en la aplicación del cambio; la posibilidad de ser probado en pequeña escala antes de su implementación definitiva y la capacidad de poder ver de manera tangible los cambios en un futuro.

G. Fases del cambio

Quizás uno de los textos, no específicos para el sector salud, pero con buenos ejemplos de organizaciones de este sector, y que mejor desarrolla el tema de cambio y mejoramiento es de Langley y colaboradores[67]. En éste presenta el cambio como un proceso constituido en tres, más que fases, ideas. Dada la complejidad de presentar aquí todos los tópicos que rodean estas tres ideas, solo se presentan las principales.

1. **Definir y planear el cambio:** es factible, como primera medida, que el mejoramiento dentro de una organización pueda ser producto del azar, pero este escenario es remoto y contrapuesto a cualquier estrategia gerencial seria. Por otra parte, para definir y planear el cambio hay que entender que, tal y como lo

67 Este texto es recomendable para entender el concepto de cambio y mejoramiento basado en el ciclo PHVA. En éste se puede encontrar repetitivamente la relación entre uno y otro término, llegando al punto que son prácticamente inseparables.

definía Deming en su "sistema de profundo conocimiento", cualquier cambio afecta necesariamente a todo un sistema. Por tal razón, es necesario entender el sistema y los procesos en los cuales está inmerso dicho cambio. Ese entendimiento va más allá de solo levantar el proceso y mirar el estándar y los procedimientos operativos. Lo verdaderamente importante es entender el propósito del sistema, qué es lo que hace el sistema, por qué lo hace de esa manera.

Los cambios planteados responden a la magnitud del problema y la capacidad organizacional de abordarlos. Es así como se puede plantear que los cambios tienen una mayor o menor intervención sobre el sistema u organización en la cual se están planteando, esto, al modo de ver de Langley, plantea una clasificación de cambios de primer y segundo orden. El primero de estos se reduce a ajustar aspectos del día a día de un proceso dentro de la organización, sin que necesariamente el impacto macro se sienta de manera dramática. Los de segundo orden propenden por cambiar e impactar el sistema organizacional a un nivel más macro, alterando varias medidas al mismo tiempo.

Uno de los puntos más importantes de esta etapa es la forma de pensar y actuar de las personas que están en el proceso, tal como se mencionó en la sección previa. Además del papel del gerente de minimizar la incertidumbre, y por ende la resistencia, es necesario que los participantes entiendan en profundidad el papel que la tecnología desempeña en los cambios, la cual, si bien es una herramienta útil, no es la panacea para resolver los problemas de las organizaciones. Frente a este tema se ha escrito mucho, pero es útil recordar que la migración de un sistema manual a uno lleno de tecnología debe estar precedido por la eliminación de los defectos del proceso manual. De no hacerlo, lo único que se logrará es automatizar el error, el cometerlo igual que antes, solo que esta vez a mayor velocidad.

De la misma manera, es necesario que las personas desarrollen habilidades de pensamiento crítico y pensamiento

creativo, para que amarrado al uso intensivo de datos y herramientas de análisis de sistemas y procesos, analice la situación de las cosas y proponga nuevas e innovadoras soluciones, y no "más de lo mismo".

2. **Probar el cambio:** a grandes fracasos grandes decepciones. El probar un cambio que se diseñó en la fase previa, implica llevar esos ajustes en un tiempo corto, cuya finalidad es aprender en pequeña escala. Es usual que las personas quieran hacer grandes cambios en cortos períodos de tiempo, sin antes haber entendido las implicaciones de los mismos y probar su efectividad en una pequeña escala. De aquí se colige la razón de la prueba, de poder hacer una predicción a través de una implementación limitada en el tiempo y en su magnitud, de cómo funcionaría el cambio a futuro en un espectro organizacional más amplio. Adicionalmente, lo anterior lleva a desarrollar habilidades organizacionales para medir y evidenciar el logro de la prueba, así como garantizar que las condiciones en las cuales se implementará a futuro el cambio sean similares a aquellas en las cuales se probó el cambio.

   De lo anterior se desprende que la prueba debería, en el mejor de los casos, ser realizada a través de ciclos cortos y secuenciales de trabajo, en donde el conocimiento se va generando también de forma secuencial e incremental a través de varios ciclos. Por otra parte, es aquí donde la organización puede hacer pruebas bajo diferentes escenarios, viendo cuál de estos puede maximizar a futuro el impacto del cambio. Cabe recordar una de las grandes ventajas de probar un cambio: la posibilidad de cometer errores y aprender de ellos.

3. **Implementar el cambio:** La implementación, en contraposición con la prueba, es

Además del papel del gerente de minimizar la incertidumbre, y por ende la resistencia, es necesario que los participantes entiendan en profundidad el papel que la tecnología desempeña en los cambios, la cual, si bien es una herramienta útil, no es la panacea para resolver los problemas de las organizaciones.

una adopción permanente del cambio, que se convierte en la rutina de la organización. En la prueba del cambio no se necesita necesariamente crear toda una infraestructura de soporte, ni se requiere de grandes cantidades de recurso humano, y es factible probar más de un cambio a la vez teniendo como valor agregado la posibilidad de equivocarse y aprender de ese error. En la implementación esta última opción es impensable.

Hablar de la implementación del cambio, ya no en el nivel de prueba sino como algo permanente en la organización, implica que se necesitan estrategias de mantenimiento para que este sea permanente. Eso lleva a pensar en todas las estrategias y métodos de estandarización, entrenamiento, documentación y medida permanente de las cosas que se implementaron.

Bibliografía recomendada

Bauer, John; Duffy, Grace. Westcott, Russell. The Quality Improvement Handbook. American Society for Quality.

Beckhard, Richard; Pritchard, Wendy. Changing the essence. 1987. The art of creating and leading fundamental change in organizations. Jossey-Bass.

Caldwell, Chip. 1998. The Handbook for Managing Change in Health Care. ASQ Health Care Series.

Deming, Edwards. 1989. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Ediciones Díaz de Santos.

Gram, Nancy. 1995. Quality in Health Care. Theory, application and evolution. ASPEN.

Hartman, Melissa (Editor). 2002. Fundamental Concepts of Quality Improvement. ASQ.

Juran, J.M. 1995. Análisis y planeación de la calidad. McGraw Hill.

Juran, JM. 1988. Juran y la planificación para la calidad. Ediciones Díaz de Santos.

Kelley, Tom. 2001. The Art of Innovation. Doubleday - Random House. 2001.

Langley, Gerald; Nolan, Kevin; Nolan, Thomas; Norman, Clifford; Provost, Lloyd; Ransom, Scout; Maulik, Joshi; Nash David. 2005. The Healthcare Quality Book. Vision, Strategy and Tools. ASQ.

Masaaki Imai. 1989. Kaizen. La clave de la ventaja competitiva japonesa. Compañía Editorial Continental. México.

McLaughlin, Curtis; Kaluzny, Arnold. 2006. Continuous Quality Improvement in Health Care. Theory, Implementations and Applications. Jones and Bartlett.

Morath, Jualianne. 1999. The Quality Advantage. A strategic guide or health care leaders. AHA Press.

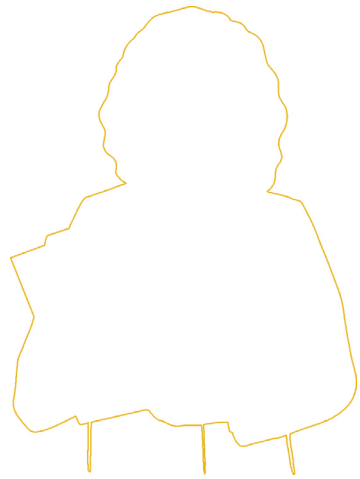
Nelly, Diane. 2003. Applying quality management in healthcare. A process for improvement. AUPHA. Health Administration Press.

Oliver Recklies. 2001. Recklies management project.

Rogers, EM. 1995. Lessons for guidelines from the diffusion of innovations. Joint Commission Journal of Quality Improvement 21: 324-28.

Schiemann William. Organizational change starts with a strategic focus.

The Improvement Guide. A practical approach to enhancing organizacional perfomance. Jossey-Bass. 1996.



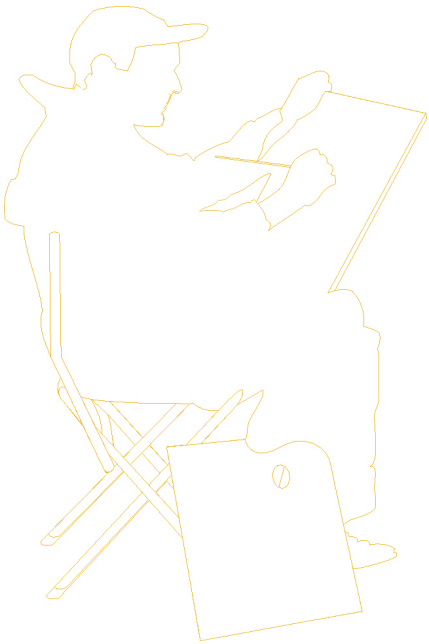




Capítulo 7

Es evolución, no revolución





A. Introducción

La calidad ha sufrido, en la medida en que pasa el tiempo, un cambio en su enfoque, por lo que es pertinente resaltar algunas diferencias importantes en el mismo.

Muchos libros se han escrito sobre la calidad y muchos autores han expresado los elementos constitutivos de ésta. Es así como el rastro de lo escrito en los últimos tiempos sobre lo que significa calidad[68], puede ser seguido hasta las primeras décadas del siglo XX, cuando nombres como Shewhart, Juran, Deming o Crosby comienzan a ser referenciados como los pioneros del tema, que disciplinadamente comenzaron a estandarizar conceptos y producir evidencia frente al mismo.

A estas épocas se remontan términos que todavía se utilizan y que comenzaron a ganar terreno gracias a la facilidad con que explicaban un fenómeno. De ahí nacieron conceptos como el de variabilidad, causa común y específica, control estadístico de procesos, planificación de la calidad, liderazgo para la calidad, entrenamiento para la calidad, sólo para mencionar sólo algunos. De igual manera, aparecieron varios listados del "deber ser" de la calidad, como los 14 puntos de Deming, los 14 pasos de la calidad de Crosby y la Hoja de ruta de la calidad de Juran. También, se comenzó a trabajar con cajas de herramientas estadísticas, como las famosas 7 de Ishikawa.

68 La demarcación en el tiempo es arbitraria y obedece más a la posibilidad de encontrar escritos formales sobre el tema que a una división formalmente establecida en la literatura.

En el cuadro 8.1 se presenta una serie de ideas útiles para enmarcar la discusión, principalmente de los cambios en el enfoque de algunos puntos de especial interés.

Cuadro 7.1
Diferentes visiones de la calidad en el tiempo*

	Calidad como responsabilidad del individuo	Calidad como un ejercicio de inspección	Calidad como mejoramiento continuo
Enfoque	Un enfoque de calidad implícito, centrado en el individuo.	Un enfoque de calidad explícito, centrado en especialistas.	Un enfoque de calidad explícito, centrado en equipos.
Definición de calidad	Calidad como una parte integral de un producto fabricado por un obrero altamente calificado.	Calidad como la ausencia de errores y defectos.	Calidad como la búsqueda del mejoramiento continuo, dirigido hacia la excelencia.
Control	Control directo del obrero sobre todas las partes de la producción.	Los empleados son responsables de tareas puntuales dentro del proceso.	Los grupos de empleados son responsables del proceso.
Visión de los empleados	Altamente entrenados y reconocidos por sus habilidades, comprometidos con el producto.	Bajos niveles de respeto y confianza, primordialmente motivados por una recompensa económica.	Altos niveles de respeto y confianza.

* Este cuadro y su discusión más en profundidad puede ser consultada en Kerguelén, Carlos. ¿Calidad en salud: qué es? Sus implicaciones en el Sistema obligatorio de garantía de calidad colombiano. Centro de Gestión Hospitalaria. 2003.

Sin embargo, tanta teoría junta impone un reto que debe ser resuelto de manera práctica, sobre cómo se puede generar un listado corto de puntos clave que ayuden a entender un poco aquellas cosas que son aceptadas como válidas dentro del panorama actual de la calidad.

Mas allá de describir las diferencias, lo verdaderamente importante a describir es la evolución misma del enfoque, asumiendo per se que se está en un momento donde no es conveniente analizar la calidad desde una definición taxativa, única y universal, sino más bien desde los elementos constitutivos de una visión más global, tal y como se vio en el capítulo 4. El presente capítulo se centra en explorar los elementos más relevantes, con el fin de centrar la dis-

cusión sobre el fundamento conceptual básico del Sistema obligatorio de garantía de calidad colombiano: el mejoramiento continuo de la calidad (MCC).

Hoy por hoy, podría decirse que, independientemente del método elegido por cualquier organización de salud para hacer cambios que conduzcan a la calidad, es casi imposible que el concepto de MCC no salga a colación o que no sea el fundamento conceptual que debe soportar todo el direccionamiento de los procesos de calidad. Podría decirse que una organización o persona que no entienda los elementos básicos del MCC está condenada a encontrar mejoramientos de calidad casi dependientes del azar, en el mejor de los casos.

B. Evolución y revolución

Tal como lo menciona Hartman, existen actividades que muchas veces son confundidas con mejoramiento de calidad. Por ello, antes de señalar algunos errores comunes, es prudente describir algunos acercamientos al mejoramiento continuo de la calidad.

El mejoramiento continuo de la calidad es una filosofía gerencial y un sistema que involucra a la gerencia, los profesionales y el *staff* en el mejoramiento continuo de los procesos de trabajo para alcanzar mejores resultados para los clientes. Involucra la aplicación de métodos estadísticos y herramientas de procesos para reducir el desperdicio, la duplicación y la complejidad innecesaria en el trabajo. La meta es alcanzar o exceder las necesidades de los pacientes, sus familias, el staff, los profesionales en salud y la comunidad[69].

Según Berwick (1990), citado en Harrigan, el mejoramiento continuo es un método gerencial que busca desarrollar la organización para que de una forma ordenada y planeada todo el personal desempeñe un papel activo en el entendimiento de los problemas

69 Harrigan, Marylou. 2000. Quest for Quality in Canadian Health Care. Continuous quality improvement. Segunda edición.

El mejoramiento continuo de la calidad es una filosofía gerencial y un sistema que involucra a la gerencia, los profesionales y el *staff* en el mejoramiento continuo de los procesos de trabajo para alcanzar mejores resultados para los clientes.

y los procesos que los soportan, recopilando y analizando datos de estos procesos, generando y probando hipótesis acerca de las causas de los errores, y diseñando, implementando y probando soluciones.

Es así como es frecuente encontrar algunas ideas que confunden el sentido del mejoramiento. Por ejemplo, es sabido que los procesos dentro una organización presentan variaciones, qué tanta no es la discusión. Esa variación puede ser medida y representada visualmente a través de gráficos de control e inmediatamente casi saber si las variaciones son debidas a causas específicas o comunes. Uno de los errores frecuentes frente al mejoramiento es pensar que cuando un proceso o sistema tiene una falla como producto de una causa específica, y se realiza una acción correctiva, se está haciendo un mejoramiento. Lo que en realidad se está realizando es una acción para que el proceso o sistema vuelva a funcionar como antes de la falla, es decir, se está llevando a una situación normal o estable, no a una situación mejor a como estaba anteriormente.

Por otra parte, también es frecuente pensar que todos los mejoramientos son producto de la innovación. Si bien algunos pueden ser producto de esta, no se puede generalizar. Hay que entender que el mejoramiento es un accionar progresivo que involucra tanto a gerentes como a trabajadores. Estas mejoras, a diferencia de la innovación, son progresivas y realizadas por el esfuerzo disciplinado y continuo. La innovación, por su parte, es una mejora drástica como resultado de un descubrimiento o aplicación de tecnología no usada antes[70]. He aquí una diferencia drástica entre la evolución y la revolución. Lo anterior no demerita el papel de la innovación en la calidad, sólo que cada cosa a su tiempo y en su medida.

70 Para más información sobre innovación y mejoramiento véase Masaaki Imai. 1989. Kaizen. La clave de la ventaja competitiva japonesa. Compañía Editorial Continental. México.

La idea, entonces, es entrar a describir las principales características del Mcc, como se hará a continuación.

C. Puntos relevantes del mejoramiento continuo de la calidad

El mejoramiento continuo de la calidad no es un elemento que se pueda implementar en una organización como si éste fuera una pieza de un equipo. Hay que entender que el Mcc es la suma de una serie de cosas que hay que saber combinar y tener en cuenta una vez se decida recorrer dicho camino. Es importante entender, tal como lo menciona McLaughlin (2006), que el Mcc es de manera simultánea una filosofía de gestión y unos métodos de gestión. Por tanto, se debe tener presente conceptos que están inmersos en el tema y los métodos, que en últimas, los hay de sobra.

Es pertinente mencionar que en los puntos que se mencionarán a continuación no se plantea el tema del cliente como uno de los elementos constitutivos del Mcc. Lo anterior no significa que el cliente no sea considerado importante, por el contrario, es tan importante que merece un capítulo aparte, el siguiente.

1. Punto 1. La filosofía

Patrocina un ambiente organizacional de confianza y compromiso para empeñarse constantemente en hacer las cosas mejor: el mejoramiento continuo de la calidad.

Quizás la mejor forma de describir esta idea es utilizando una del punto 5 de Deming[71]:

> *Mejore constantemente y por siempre el sistema de planeación, producción y servicio, con el fin de mejorar cada proceso y actividad dentro de la compañía,*

73 Citado en Fundamental concepts of Quality Improvement. Melissa Hartman (Editor). Asq 2002. Este libro se encuentra referenciado al final del capítulo como uno de los textos clave.

para mejorar la calidad y la productividad y, entonces, decrecer constantemente los costos. Implemente la innovación de los productos, servicios y procesos. Es una función de la gerencia la de trabajar continuamente dentro del sistema (diseño, insumos, mantenimiento, mejoramiento de equipos, supervisión, entrenamiento, etc.).

Para permanecer competitivo con los productos y servicios que siempre satisfagan a los clientes, las compañías deben, continuamente, mejorar sus procesos y sistemas. El compromiso con el mejoramiento continuo comienza por entender qué es lo que el cliente quiere y cómo el producto o el servicio será utilizado. También necesita reconocer que la calidad comienza en la etapa de diseño y continúa hacia adelante. El foco debe estar en la continua reducción de desperdicio y el mejoramiento de la calidad en cada actividad.

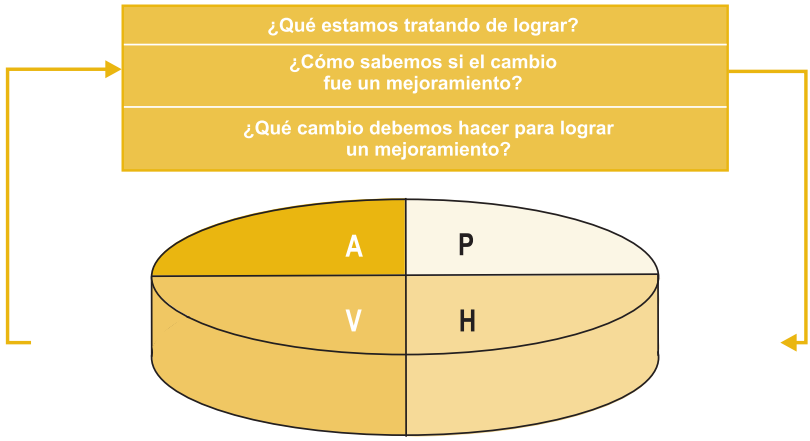
El compromiso de mejorar por siempre también involucra el reconocimiento de que la simple asignación de más recursos no traerá calidad. El mejoramiento de la calidad debe ser visto en el contexto del mejoramiento de los procesos. Dichos mejoramientos requieren conocimiento acerca de los procesos y los efectos de la variación estadística.

Lo anterior rompe un paradigma, donde se pasa de una percepción de la calidad como aquella función centrada en el cumplimiento con los estándares a una percepción de cómo esos estándares pueden ser medidos y repensados permanentemente.

Posiblemente la forma más sencilla y directa, y tal vez aquella que genera más consenso frente al mejoramiento, es presentar el enfoque basado en un ciclo de mejoramiento. Este ciclo no ha perdido su vigencia, a pesar del sinnúmero de métodos y herramientas que cada cierto tiempo aparecen sobre la calidad, normalmente presentadas como una reinvención del tema, pero que no pasan de ser maquillajes bien estructurados. Este ciclo, también conocido como ciclo de mejoramiento de Deming o ciclo PHVA, puede ser encontrado en muchas publicaciones de calidad, en casi cualquier sector. Igualmente, este se presenta de diversas maneras, conservando en general el núcleo original de las cuatro fases con algún agregado.

Una de las variantes de este modelo es el propuesto por Langley (1996), de amplio uso y probado en proyectos de calidad en innumerables sectores. En el gráfico 8.1 se resume dicho modelo.

Gráfico 7.1
Modelo de Langley



El modelo propuesto, que sirve como un marco general para plantear la filosofía del mejoramiento, comienza con tres preguntas:

a. ¿Qué se está tratando de lograr? Tal y como la pregunta lo indica, hay que comenzar a plantear una descripción general de lo que se quiere obtener al final del proceso. Es bueno también describir por qué es importante centrarse a trabajar en lo que se está proponiendo. Aquí surge un elemento muchas veces problemático: tratar de identificar un número que sirva de punto de referencia frente al logro. Lo anterior trae a colación cómo se define el número, especialmente en organizaciones donde la cultura del dato no está muy arraigada. Adicionalmente, se corre el riesgo de definir valores que están por encima de cualquier posibilidad real de conseguir.

   Esta primera pregunta tiene un propósito adicional y es el de hacerle ver al personal de la organización que lo que se quiere hacer es un verdadero cambio o, dicho de otro modo, el estado

actual de las cosas no es una opción válida de trabajo. Planteamientos como el de mantener la situación actual o remplazar partes del proceso para obtener el mismo resultado no tocan las fibras sensibles del mejoramiento, de hacer un cambio real en las cosas.

b. ¿Cómo se sabe si el cambio condujo a un mejoramiento? El planteamiento de esta pregunta es directo, aunque no siempre fácil de resolver. Posiblemente, la mejor manera de resolverla es preguntándole a los interesados: una vez finalice el proyecto de mejoramiento ¿cómo pueden ustedes saber que realmente hubo un cambio frente a la situación actual? Esto nos lleva directamente a definir una serie de indicadores de resultado, que son los que demostrarán si el mejoramiento, producto del cambio, ocurrió o no.

c. ¿Qué cambios se deben hacer para lograr el mejoramiento? Aquí es donde se plantean, a grandes rasgos, lo grandes cambios, donde se definen aquellos enunciados sobre los cuales se tendrán que hacer planes operativos.

Una vez se tengan estos grandes acuerdos se puede pasar a trabajar en el núcleo vital del mejoramiento: el ciclo PHVA o ciclo de mejoramiento[72].

El ciclo PHVA debe su nombre a que se divide en cuatro fases, y se toma la primera letra del nombre de cada fase para crear el acrónimo:

P: Planear. En esta etapa, el personal debe buscar inquisitivamente responder a las preguntas y variables posibles que potencialmente puedan en un futuro, debido a su no formulación, incidir negativamente en el resultado del proyecto. Es obvio, entonces, que las posibilidades son muchas, algunos ejemplos son:

72 También conocido como el ciclo de mejoramiento de Deming, que entre otras cosas no es obra de este reconocido autor de la calidad sino de Walter Shewhart. El por qué se le atribuye a Deming es gracias a que fue él quien lo masificó.

- ¿Cuáles son las actividades detalladas que se deben hacer?
- ¿Quién lo liderará?
- ¿Cómo se llevará a cabo?
- ¿Dónde se llevará a cabo?
- ¿Cuándo se llevará a cabo?
- ¿Qué información se recogerá para conocer una línea de base?
- ¿Quién necesita ser entrenado?

Es aquí donde aquellos grandes cambios que se plantearon en la tercera pregunta del modelo (¿Qué cambios se deben hacer para lograr el mejoramiento?), deben ser llevados a planes más concretos y detallados.

H: Hacer. Aparentemente, la lógica dice que no hay recetas. Si se planeó de manera adecuada, lo que implica haber planteado todas las preguntas posibles en la fase anterior, falta es realizar las actividades según el plan. Sin embargo, aquí es donde el cambio planeado empieza a enfrentarse con ese fenómeno social complejo dentro de las organizaciones: las personas, sus relaciones y la cultura establecida. Dicho de otra forma, el cambio se enfrenta al potencial, y tal vez natural, rechazo por parte de las personas, idea desarrollada en el capítulo pasado. De tal forma, se hace necesario reconocer y tomar en cuenta los aspectos sociales del cambio y proveer soporte para mantener el mejoramiento.

V: Verificar. Es la parte en la cual se miden y confrontan los resultados de la fase de implementación con los deseos expresados durante la planeación. Es donde todo el sistema de medición propuesto por la organización comienza a despejar las dudas sobre la utilización de los recursos y sobre el impacto del cambio. Asimismo, se hace necesario pensar en el mejoramiento desde el punto de vista del cliente y conocer si éste en realidad percibe dicho mejoramiento

A: Actuar. Si bien la palabra comúnmente usada en esta fase es actuar, puede también plantearse, en aras de la discusión, con otras acepciones, como aprender o analizar. La razón de esto es que aquí es donde se comienzan a sacar las conclusiones de todo el proceso, qué funciono y qué no.

Un punto fundamental en esta fase es no creer que el mejoramiento termina aquí, ya que lo que se colige de este ciclo de mejoramiento es solo el arranque de un nuevo ciclo, gracias a toda la enseñanza (de lo bueno y lo malo) que sale de este.

Por otro lado, también es el momento de hacerse preguntas que trascienden a la organización, como por ejemplo:

- ¿Qué partes del proceso necesitan ser estandarizadas?
- ¿Hay que revisar o cambiar políticas actuales?
- ¿Quién debe estar involucrado e informado del cambio?
- ¿Cómo se mantiene el cambio?
- ¿Cuáles son los próximos pasos en el mejoramiento?

Una alternativa válida al modelo anterior, que incorpora el ciclo PHVA, es el propuesto por Batalden (descrito en Ranson, 2005). El modelo usa el acrónimo de FOCUS - PDCA[73], cuya traducción podría ser:

- Encontrar una oportunidad de mejoramiento (F: Find)
- Organizar los esfuerzos, incluyendo los equipos (O: *Organize*)
- Entender cómo funciona actualmente el proceso (C: *Clarify*)
- Entender las variaciones del proceso (U: *Understand*)
- Seleccionar una estrategia de mejoramiento (S: *Select*)
- Aplicar el ciclo *PHVA*

73 Son las siglas en inglés del modelo. PDCA es el mismo ciclo PHVA.

El Punto 1 del mejoramiento y el SOGC

Esta es, posiblemente, la respuesta más fácil de todas. Solo basta con mirar las definiciones de los diferentes componentes para ver que la palabra mejoramiento es una invitada infaltable. Un claro ejemplo es el componente de auditoría, cuya descripción completa es Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud.

El mejoramiento también está de manera explícita en la definición, misión y visión de la acreditación, en la cual se describe como parte integral del concepto. Posiblemente, donde más se enfatice el pensamiento de mejoramiento es en los últimos cuatro estándares de cada capítulo de los manuales de acreditación. En estos se plantea una secuencia de exigencias, que comienzan con la necesidad de contar con un plan de mejoramiento por escrito, para luego emplazar a la organización a demostrar que dicho plan se implementa, se mide y los resultados de éste son utilizados para un nuevo plan.

2. Punto 2. Principios organizacionales

Ofrece la posibilidad de integrar la calidad en todos los aspectos de la planeación estratégica en una organización. El direccionamiento estratégico (DE) como enfoque.

Para integrar los anteriores conceptos, desde el punto de vista de Lohr (1990)[74] y Palmer (1995)[75], el direccionamiento estratégico debe ser:

- Capaz de cubrir una serie amplia de problemas. Debe contar con herramientas y métodos para prevenir, identificar y corregir problemas en diferentes servicios o programas, en cada uno de estos niveles
- Mínimamente invasivo en la relación paciente-médico, es decir, no debe dirigirse a minar la confianza que el paciente puede tener con su prestador de servicios

74 Lohr, K; Brook, R. 1984. Quality assurance in medicine. American Behavioral Scientist 27: 583 – 607.

75 Palmer, Heather. 1995. Variability in clinical systems: applying modern quality control methods in health care. Journal on Quality Improvement. 21 (8).

- Aceptable para los prestadores de servicios
- Apto para generar mejoramiento a través de los procesos de la organización
- Competente para identificar y mejorar las prácticas sub-estándar
- Idóneo para generar incentivos para el mejoramiento del desempeño
- Proveer respuestas oportunas con información objetiva.
- Entendible para los clientes y profesionales que son objeto de la evaluación
- Metodológicamente riguroso
- Enfocado a mejorar los resultados de salud en los pacientes
- Competente para documentar el mejoramiento y el progreso de las actividades
- Fácil de administrar
- Económico y costo efectivo
- Capaz de involucrar al usuario
- En la evaluación de las fuentes de defectos y errores hay que enfocarse en el proceso de producción, más que en los individuos
- Hay que entender las necesidades del consumidor, incluyendo los clientes internos de la organización.

Una de las cosas que debe iniciar un buen líder en una organización que pretenda trabajar en el MCC es saber establecer hacia dónde va dicha organización, cuál es su norte, por qué dentro de su razón de ser es imposible negarse al mejoramiento. De ahí el múltiple reto de establecer ese norte, definir cómo se llega allí y

comunicarlo efectivamente a sus colaboradores. Por otro lado, este líder debe integrar estos propósitos organizacionales con la visión de sus clientes; no hay que olvidar que, en últimas, el mejoramiento debe ser tangible desde la óptica del cliente, tiene que trascender a éste. Por último, esos propósitos deben volverse realidad en la cotidianidad de la empresa, volverse parte de la rutina.

Según Deming, no se pueden gerenciar las cosas a corto plazo a expensas de las de largo plazo. A esto lo llamó constancia en el propósito, que no es más que definir un propósito fijo de a dónde se quiere llevar la organización y mantenerse en este.

Juran estableció cuatro puntos que deberían ser abordados desde la alta gerencia si se deseaba trabajar en calidad:

- Definir unas metas anuales de mejoramiento de calidad
- Involucrar a los líderes en el proceso de mejoramiento
- Establecer un comité líder que sirva de direccionador del proceso de mejoramiento
- Establecer un proceso fuerte de entrenamiento en calidad

Es evidente que el tema de direccionar una organización y de involucrar a los líderes no es novedoso, pero sí necesario. El papel del direccionamiento dentro de un mapa global de la empresa puede verse en el gráfico 8.2.

El gráfico 8.2, que es una modificación de uno conocido como gestión integral por calidad, intenta generar una confluencia entre diferentes componentes, que si bien cada uno por su parte trae grandes aportes a la organización, la suma de los cinco genera una sinergia hacia el firme establecimiento de un norte. Estos componentes son:

Gráfico 7.2
Direccionamiento estratégico



- **El cliente:** este tema que se tratará en el capítulo 9, se centra en visualizar quiénes son sus clientes y qué quieren los mismos. Aquel que no conozca sus clientes no sabe qué ni cómo producir algo que genere valor.

- **El direccionamiento estratégico:** entendido como el conjunto de acciones que orientan la organización de salud hacia el logro de las metas, para alcanzar la continuidad en el tiempo, y dan foco a los esfuerzos para obtener la solidaridad de todas las personas hacia propósitos comunes. Es un concepto amplio que significa focalizar esfuerzos y lograr solidaridad hacia propósitos comunes. Es la forma de integrar unas relaciones entre una serie de acciones propuestas y el logro de unos objetivos.

- **Gerencia de los procesos del día a día:** maneja un conjunto de acciones orientado a garantizar y mejorar la calidad de los procesos, entendidos como el conjunto de procedimientos y tareas que interactúan para generar un resultado o producto que puede ser un bien o un servicio. Busca garantizar que la opera-

ción cotidiana genere los resultados esperados y, de este modo, alcanzar las metas.

- **Gerencia de la cultura:** la cultura de una organización es el conjunto de creencias básicas, construidas y compartidas en el tiempo, por un grupo de personas, las cuáles determinan las formas de pensar, sentir y obrar. Resulta de la construcción sistemática y permanente de soluciones efectivas y equitativas que utilizan las personas para resolver sus problemas de supervivencia en la búsqueda de su desarrollo[76]. Se gerencia la cultura mediante acciones deliberadas, planeadas, encaminadas a liderar su transformación, fortalecimiento o integración hacia rasgos deseables para la supervivencia y desempeño productivo de la organización.
- **Patrones de comportamiento:** si bien puede ser un componente de la cultura, se refiere a una serie de comportamientos, así como su nombre lo indica, que deben ser identificados previo a cualquier acción de mejoramiento. Estos comportamientos deben ser discutidos y analizados por todo el personal involucrado, para definir cuál es la situación de estos, en qué potencialmente podría incidir de manera negativa el futuro del proyecto y, lo más importante, cómo se negocia el cambio de estos hábitos dentro de la organización.

Es posible generar una discusión de cada una de las interrelaciones de estos cinco componentes, pero distraería el interés de esta sección. El punto verdaderamente importante es el papel activo que toma el direccionamiento estratégico como punto de anclaje entre los ideales de la organización y sus clientes, procesos y personas.

El Punto 2 del mejoramiento y el SOGC

El direccionamiento estratégico, como un elemento que sirva de engranaje para la gestión de las organizaciones, puede ser visto de manera directa en el primer capítulo de los estándares de apoyo de los manuales de acreditación, tanto de IPS como de EPS.

76 Schein, Edgar. 1988. La cultura empresarial y el liderazgo. Plaza y Janes. Madrid: 23 y 24.

Este primer capítulo define una serie de estándares básicos frente al tema del direccionamiento, que parte de la base de involucrar a los líderes de la organización en la definición, despliegue y seguimiento de este, así como de la definición de una misión, visión y valores, que serán los acuerdos fundamentales para el resto de empleados de la organización.

Para el caso de auditoría y del Sistema único de habilitación, si bien no hay secciones específicas de direccionamiento estratégico en los instrumentos, es obvio que el seleccionar procesos prioritarios de mejoramiento (uno de los pasos iniciales de la auditoría), lo que se está definiendo son aquellas cosas que se vuelven estratégicas para la organización, y que están en cabeza de los líderes de la misma. Esos procesos prioritarios pueden ser basados en los estándares de habilitación.

3. Punto 3. Liderazgo

Requiere un alto compromiso desde los ejecutivos en la planeación, participación y evaluación.

La calidad era vista antes como una responsabilidad de un comité de aseguramiento de la calidad o de un gerente de calidad, hoy es una responsabilidad compartida por todo el personal, pero cuyo mandato tiene que ser definido desde los líderes.

El liderazgo, en palabras de Ransom (2005), es la capacidad de trabajar con las personas y los sistemas para producir los cambios necesarios. Según Wilding (1994)[77], la "calidad es responsabilidad de todos, pero es la responsabilidad del gerente iniciarla y eliminar todos los obstáculos". Según Deming, los líderes deben tener dos cosas claras para que el cambio se produzca, la primera es tener constancia en el propósito y la segunda es adoptar una nueva filosofía, esa que él denominaba un "sistema de profundo conocimiento".

77 Wilding, Paul. 1994. Maintaining quality in human services. Social policy and administration. March 28 (1): 57-71.

Para el mejoramiento de la calidad se necesita gestión, y esta debe provenir necesariamente de los líderes de la organización, los cuales deben ser los motores que definen el norte hacia donde se debe dirigir la organización en términos de calidad.

La calidad nunca tendrá importancia estratégica en una organización hasta que los líderes hagan un compromiso explícito frente a la misma y conecten esta visión con los objetivos estratégicos. Estos deben alinear el mejoramiento de la calidad con los imperativos estratégicos de la organización, asegurar que se obtengan los recursos necesarios y garantizar que los resultados obtenidos se mantengan y mejoren en el tiempo. Esta conciencia se genera cuando se tenga la percepción de la necesidad de un cambio, cuando la organización reconoce que existe una discrepancia entre el desempeño actual y el desempeño que podría o debería tener y su impacto en el estilo gerencial actual, y determinar las necesidades de cambio de ese estilo gerencial.

El papel de los líderes es descrito por el IHI (2005)[78], que señala que sí los líderes quieren introducir mejoramientos de desempeño en el nivel organizacional, estos deben prestar atención a los siguientes puntos:

- **Establecer objetivos de mejoramiento en el nivel sistémico:** desde los niveles más altos de la organización. lo anterior incluye definir los objetivos, sus sistemas de medida, los medios para obtener dichos mejoramientos, comprometerse de manera pública, y dar a conocer esto a sus colaboradores y clientes.
- **Alinear las medidas, estrategias y proyectos como un sistema de aprendizaje:** esto implica una clara y explícita conexión entre ellas, que sea capaz, por un lado, de trascender al trabajo del día tras día y, por otro, ser capaz de predecir los resultados que se lograrían si estas tres cosas se alinean.

78 Institute for Healthcare Improvement. Innovation Series 2005. Seven Leadership Leverage Points. For organizational-level improvement in health care.

- **Prestar atención a los mejoramientos:** los líderes deben establecer mecanismos, que tengan a mano, para hacerle seguimiento y prestar atención a los mejoramientos.
- **Conformar el equipo adecuado e involucrarlo:** es uno de los criterios de éxito de una organización que está en medio de un proceso de mejoramiento. Este equipo debe tener el conocimiento, las habilidades, el compromiso y buenas relaciones entre ellos. Especial atención debe prestársele a involucrar a los pacientes y sus familias.
- **Hacer de su director financiero un campeón:** la relación entre el mejoramiento de la calidad y el desempeño financiero es poco estudiado por las organizaciones. Este punto en particular busca involucrar al director financiero en la búsqueda y disminución de los desperdicios en los procesos de la empresa, uniendo esta búsqueda al aprendizaje de cada uno de los proyectos de mejoramiento.
- **Apoderar a los médicos:** si bien no es un punto excluyente o preferencial para un grupo de profesionales dentro de la organización, hay que entender que son ellos los que están más en la línea de frente con los pacientes, que son unos poderosos motores del cambio. Pero esta aparente exclusividad no es gratis. Se necesita que los líderes exijan el uso permanente de evidencia probada y validada en el tratamiento de sus pacientes. Igualmente, se necesita que los resultados en los pacientes estén por encima de la autonomía del médico, es decir, hay que centrar la atención en los resultados del paciente y no en los médicos.
- **Crear capacidades para el mejoramiento:** esto implica el aprendizaje de nuevas técnicas, conceptos y habilidades dentro del personal, incluyendo los líderes mismos.

Resumir el papel de los líderes en el proceso de mejoramiento de la calidad es todo un reto. No hay un punto más importante que otro, por eso, el día tras día de los líderes es diferente al de los demás, su obsesión es estar buscando las formas de identificar mejoramientos y facilitar escenarios para que estos se lleven a cabo.

El Punto 3 del mejoramiento y el SOGC

Es imposible pensar que cualquier mejoramiento, cualquier cambio producto del análisis, despliegue, implementación y mejoramiento basado en las herramientas del SOGC, pueda realizarse sin el consentimiento de los líderes. Cualquiera de las herramientas del SOGC que se desee adoptar tiene que pasar por el consentimiento y concurso de los líderes. Si estos no definen las metas, los objetivos, los recursos y los tiempos para la adopción de cualquier herramienta, cualquier acción será perdida.

Aquí los líderes son responsables tanto por la adopción como por la falta de ésta, siendo en últimas los únicos responsables por las consecuencias.

4. Punto 4. Sistemas y procesos

Hay que tener una visión de las organizaciones como redes de procesos horizontales con proveedores y clientes.

Anteriormente, se estimuló el enfoque en las funciones principales y las actividades por departamentos, llevando a las organizaciones a una departamentalización a veces nociva. Es necesario pensar en un modelo de calidad basado en la interdependencia de todas las personas que intervienen en la provisión del servicio, incluido el cliente, y no dejarlo todo al prestador. Pensar en las organizaciones como sistemas, tal como se planteó en el capítulo 4. Se debe asumir una responsabilidad hacia la calidad, entendiendo esto como la suma de las responsabilidades individuales dentro de la organización, que las personas hacen los cambios y hay que apoderarlas.

La organización debe ver la calidad como una función que corta toda una serie de áreas, personas y equipos, lo que implica que gerenciar la calidad se debe hacer desde un enfoque sistémico y no como una mirada de actividades sin orden y conexión explícita, de ahí la necesidad de integrar el direccionamiento estratégico con los procesos de la rutina diaria. Una organización que quiera moverse dentro de la corriente del mejoramiento debe mirarse, primero que todo, como un sistema. Es decir, como un conjunto interconectado de cosas (gente, recursos, tecnología), con un pro-

No hay un punto más importante que otro, por eso, el día tras día de los líderes es diferente al de los demás, su obsesión es estar buscando las formas de identificar mejoramientos y facilitar escenarios para que estos se lleven a cabo.

pósito común. El reto está en quién y cómo se interconectan todas estas cosas.

Aunado al tema de sistemas está el de procesos. Son esas formas de operar que hacen que las cosas dentro de una organización se muevan; esas manifestaciones operativas que están en el sistema y hacen el papel de interconector de toda la organización. No debe pensarse que alguien puede hacer algo dentro de una organización (e incluso en su vida cotidiana), menos aún de cara al cliente o paciente, sin que eso lleve un orden lógico, utilizando una serie de elementos o herramientas. De ahí la necesidad, sobre todo cuando hay vidas o estados de salud de por medio, de tener una secuencia explícita, lógica y ordenada de actividades.

Un proceso agrupa en secuencia todas las tareas dirigidas a obtener un determinado resultado; esto equivale a decir que un proceso está constituido por personas, equipos, materiales, métodos, procedimientos, etc., combinados de modo que produzcan algo, tangible o no. Es un enfoque paso a paso para resolver un problema que usualmente requiere lógica condicional. Adicionalmente, es una forma avanzada de dividir las actividades y de reintegrar alrededor de las personas las actividades, saberes, haceres y recursos organizacionales.

Gerenciar estos procesos implica lograr el dominio tecnológico de la organización, a través de la documentación dinámica y participativa de las mejores prácticas empleadas en la cotidianidad organizacional. Para esto, se emplea un método de diagnóstico de los procesos, análisis y reformulación de los mismos, un sistema de estandarización y un método estructurado de solución de problemas.

Harrington (1991), propone que estos procesos deben tener un responsable, un límite y alcance, interacciones y responsabili-

dades bien definidas; procedimientos ordenados, documentados y con mecanismos de entrenamiento; controles y medidas de evaluación permanentes (incluyendo a los clientes), así como mecanismos de retroalimentación; tienen ciclos de tiempo conocidos de antemano, así como cuál debe ser el resultado que se espera de ellos, bajo operaciones en condiciones normales.

El entender, entonces, la organización como un sistema de procesos interconectados sirve para:

- Reconocer los clientes y proveedores, tanto internos como externos, y sus interdependencias, dentro de una organización
- Especificar el flujo lógico de un proceso de atención
- Ayudar a tomar decisiones que incluyan secuencias complejas de decisiones dependientes entre sí
- Enfocar la solución de los problemas, entendiendo que dicha solución debe tener un impacto sobre el sistema y no sobre una determinada persona o departamento
- Adelantar un proceso de entrenamiento
- Realizar la integración clínica y funcional
- Resolver conflictos
- Calcular el consumo de recursos (dinero, tiempo, personas).

El Punto 4 del mejoramiento y el SOGC

El tema de los procesos es, posiblemente, uno de los puntos reiterativos dentro del SOGC. En cada uno de estos se encuentran marcadas referencias acerca de trabajar en este tema, y esto puede ser observado desde dos puntos de vista. El primero de ellos es en la redacción misma de los instrumentos. Por ejemplo, el SUH hace explícita la necesidad de contar con ciertos procesos y procedimientos dentro de las organizaciones, como aquellos dirigidos al seguimiento a riesgos de los pacientes o procesos prioritarios, los orientados a proteger la dignidad de los usuarios o los procesos de remisión de usuarios, sólo por mencionar algunos.

En el tema de auditoría hay un mecanismo específico para identificar aquellos procesos prioritarios para ser mejorados, para posteriormente diseñarle sus mecanismos de seguimiento por parte de los involucrados. Por último los estándares del Sistema único de acreditación esta redactados prioritariamente en términos de procesos, es decir, este sistema no está interesado en buscar elementos estructurales de las organizaciones, sino cómo realizan éstas los procesos de atención y administración en su día tras día.

La segunda forma de ver este tema dentro del SOGC es a través de los mecanismos que utilizan las organizaciones en el proceso mismo de apretamiento para cumplir con cada uno de los instrumentos. Eso significa que abordar el cumplimiento de las herramientas es necesariamente una secuencia planeada de pasos, con el fin de recorrer una ruta crítica que parte de la decisión de los gerentes, pasando por el proceso de autoevaluación y posterior evaluación por pares externos, cuando esto último aplique.

5. Punto 5. Enfoque del problema

Para introducir mejor este tema, y centrado en el área de atención del paciente, es útil citar dos fuentes bibliográficas. La primera, de Leape et al, afirma:

> *El imperativo médico es claro: para hacer el cuidado en salud seguro, nosotros necesitamos rediseñar nuestros sistemas para hacer difícil el cometer errores y crear una cultura en la cual la existencia de la prevención del riesgo y de la lesión sea reconocida como una responsabilidad de todo el mundo. Un nuevo entendimiento de la responsabilidad que esté más allá de castigar a los individuos cuando cometen errores debe ser establecida si quiere hacerse el progreso. Los procesos en salud no han sido diseñados para garantizar la seguridad, más bien, se han soportado en recursos humanos libres de errores, lo cual conlleva necesariamente al castigo. Este método de trabajo ha sido abandonado por otras industrias hace tiempo*[79].

79 Leape, Lucian; Woods, David; Hatlie, Martín; Kenneth, Kizer; Schroeder, Steven; Lundberg, George. 1998. Promoting patient safety by preventing medical error. JAMA. 28 October. 280 (16). 1444 – 1447.

La segunda, de Best practice network, señala:

> *Para crear sistemas que ayuden a reducir los errores, lo primordial es entender que los errores son síntomas de un mal sistema, no de malas personas, que los errores son causados por malos sistemas y no por gente mala. Eso no quita de en medio que existen errores causados por la gente, como los casos de negligencia o impericia*[80].

La utilidad de las anteriores citas es que una de las cosas que se enfatiza dentro del MCC es que evita sobremanera el castigo a las personas y se centra en las causas gerenciales asociadas con el problema. Lógica que anteriormente estaba invertida, centrándose en las personas. Es obvio, dado que las personas están asociadas con el proceso, que también hay que abordar el tema del recurso humano, pero he aquí el cambio en el paradigma. El sistema gerencial se centra en identificar a las personas involucradas en un proceso que tuvo un mal desempeño, pero no para responsabilizarla, sino para indagar qué pudo haber influido desde el diseño del proceso para que la persona actuara mal[81].

Adicionalmente, el MCC implica descentralizar una serie de responsabilidades a las personas y equipos de trabajo. Esto implica, por un lado, un apoderamiento permanente del personal y, por el otro, la dignificación del trabajo del personal, al conferirle la confianza de hacer las cosas.

El Punto 5 del mejoramiento y el SOGC

Uno de los consejos que reiterativamente se hacen dentro del proceso de análisis que cada organización debe realizar para conocer su situación actual frente a las herramientas del SOGC, es el de mantener la discusión centrada en cuáles son aquellas cosas que la organización no está realizando de manera adecuada, alejando dicha discusión sobre quién es responsable por la debilidad encontrada en el análisis.

80 Best practice network. Best practice interview to Lucian Leape. 2000.

81 Se excluyen, por razones obvias, aquellas situaciones donde el problema fue debido a una negligencia o sabotaje por parte de las personas, en donde las soluciones no están en los sistemas de garantía de calidad sino en los procesos que soportan el sistema disciplinario.

Hay que entender que centrar la discusión sobre las personas no tiene ninguna validez, ya que la decisión entonces sería seguirle un proceso disciplinario. Esto solo generaría un estado de paranoia colectiva, llevando a que ninguna prueba de autoevaluación sea abordada con la honestidad que se requiere. Es por esto que hay que centrar el análisis de los problemas desde la óptica de qué cosas la organización no tiene diseñada o implementada adecuadamente para que las personas hagan bien su trabajo.

6. Punto 6. Participación de las personas y los equipos

Exige la participación de todos los que trabajan en la organización. El trabajo en equipo y la habilidad para funcionar en un grupo son fundamentales.

Anteriormente, la participación del personal era mínima y la de los médicos era un reto. Los gerentes, por lo general, concebían el aseguramiento de la calidad como "una adición" a las labores de dirección.

Ahora, los trabajadores de primera línea[82] deben tener, independientemente de su formación académica, un entendimiento claro del concepto de calidad en servicios de salud, al igual que los estándares de calidad que su institución ofrece. No puede pretenderse que las personas trabajen en el tema de calidad si no conocen las bases de su significado. Aquí parece invertirse la pirámide organizacional, quedando el vértice de la pirámide abajo y figurando estos trabajadores como las personas más importantes dentro de la organización. Resulta indispensable pensar que trabajar en MCC necesita transformar la cultura, introducir nuevos métodos de trabajo, nuevas habilidades y funciones dentro del personal, tanto directivo como operativo. En este esquema de pensamiento aparece, entonces, la necesidad de entrenar y educar al personal en la filosofía de calidad y, también, delegar las funciones de la provisión de la calidad en el servicio.

82 Son aquellos trabajadores con los cuales el paciente tiene el primer contacto al llegar a la institución.

Antes de avanzar operativamente en el tema del mejoramiento, hay que tener a las personas alineadas hacia donde va la organización. La definición del direccionamiento estratégico y de los deseos colectivos de trabajo tienen que estar antes de iniciar este proceso, y es función de los líderes el garantizar estas cosas.

Se debe hacer explícito, tanto conceptual como operativamente hablando, que las personas van a su trabajo no solo a desempeñar unas funciones que están escritas en un manual. Un punto importante al cual pocas personas le dan relevancia, es el papel que desempeña cada persona dentro de un sistema de mejoramiento de calidad. Dicho de otro modo, más allá de hacer un trabajo rutinario, cómo se amarra ese día a día a la consecución de los objetivos planteados en el direccionamiento estratégico, el cual es una de las intersecciones planteadas en el punto 2 de este capítulo. Esta es una función de doble vía, de los gerentes hacia los trabajadores explicándoles qué se espera de ellos y generando los espacios y entornos propicios para tal fin, y de los trabajadores que deben ser conscientes que esos valores y objetivos definidos, muchas veces con su participación, deben ser incorporados a su accionar diario.

El sistema gerencial se centra en identificar a las personas involucradas en un proceso que tuvo un mal desempeño, pero no para responsabilizarla, sino para indagar qué pudo haber influido desde el diseño del proceso para que la persona actuara mal.

De la misma manera, se debe entender que las organizaciones son el arreglo de una serie de personas, grupos, procesos y recursos trabajando de forma interdependiente. Por tanto, el trabajo de cualquier individuo, en cualquier parte de la empresa, afecta necesariamente el de otro en otra parte. Es imperativo en consecuencia, que la organización disponga las estrategias para que estas personas se unan a los procesos de mejoramiento desde la misma planeación. El mejoramiento está ligado con la capacidad de la organización de trabajar en equipos que muestren un mutuo respeto entre sus integrantes.

Se colige, entonces, que la organización por equipos dentro de la empresa es clave. No se puede creer que la provisión de la calidad dentro de una organización o sistema depende exclusivamente de una persona u oficina, máxime cuando se proveen servicios en los cuales una serie de factores externos influye en el estado de bienestar de las personas y que, además, los servicios son prestados en muchas ocasiones como un proceso de producción en línea, donde intervienen numerosas personas.

Por otro lado, el hablar de equipos puede tener muchos enfoques[83], a continuación se presentan algunos.

a. Un primer enfoque trata de clasificar los equipos en tipos o funciones:

   - Equipos de trabajo: diseño, manufactura y entrega de productos o prestación de servicios a clientes, agregando valor.
   - Equipos de perfeccionamiento: aconsejan cambios en la organización, procesos, tecnología para mejorar calidad, costo o reducir tiempo de entrega.
   - Equipos de integración: asegurar que el trabajo esté coordinado en toda la organización. Conectan los otros equipos alrededor de un centro (cliente, línea, tecnología, mercado).

b. Otro enfoque sobre los equipos gira alrededor de dos criterios: la madurez del equipo y el papel del líder:

   - El primero es el equipo inicial de trabajo, el cual no tiene experiencia previa en trabajar en equipo, ni en el tema de calidad. Aquí la función del líder es:
     - Enseñar y entrenar a los participantes.
     - Ayudar a definir qué quieren creer, cuáles son sus propósitos, metas y enfoques.

83 Para ampliar el tema de equipos se recomienda leer a Scholtes (2003).

- Buscar formas de crear compromiso y confianza, mezclando y consolidando diferentes niveles de conocimientos y habilidades.
- Gestionar las relaciones externas y eliminar obstáculos en el desarrollo de las actividades del equipo.
- Crear oportunidades para que los miembros sobresalgan.

• Un segundo equipo, más experimentado que el anterior, es el de transición, en el cual la función del líder es:

- Supervisor a coordinador
- Adquirir los recursos que el equipo necesita
- Coordinar con otros equipos

• Del anterior se pasa a un equipo experto, que ya aprendió los conceptos y métodos de trabajo en calidad, y que no necesariamente tiene la presencia permanente del líder, ya que este puede coordinar más de un equipo y servir de mediador. La función del líder es:

- Coordinador general, coordina más de un equipo
- Recoge información de productividad, calidad, costos, satisfacción de cliente
- Retroalimenta sobre desempeño
- Mediador entre equipos y clientes.

• Por último, se tiene al equipo maduro, en el cual el líder es un recurso compartido para un grupo de equipos. La función del líder es:

- Recurso para un grupo de equipos, pero son estos los que deciden cuándo requieren su ayuda.

c. De igual forma, se podría trabajar sobre los hitos para el éxito de los equipos, cualquiera que éste sea y cualquiera que sea su madurez. Se necesita entonces:

• Rediseñar el trabajo, centrándose en pocos temas estratégicos, organizados alrededor de los procesos globales y ex-

tendiendo las responsabilidades donde todos hagan de todo. Igualmente, hay que diseñar el trabajo para retroalimentación inmediata garantizando que los equipos tengan acceso a soporte técnico.

- Rediseñar el sistema de información, buscando que el rendimiento del equipo sea proporcional al acceso a información.
- Cambiar o eliminar evaluaciones de desempeño individual, dándole más importancia al trabajo en equipo y haciendo participar a éste en el proceso de análisis, a través de un sistema de evaluación simple.
- Establecer objetivos de desempeño específicos y exigentes, centrados en equipos pequeños, en un ambiente de trabajo adecuado.
- Intervenir cuando el equipo se estanque, revisando de nuevo las bases, intentando plantear pequeñas victorias, aprovechar los expertos o formadores o cambiar a los miembros, incluso al líder, si es necesario.
- Incrementar su efectividad a través de la mejora en la toma de decisiones. Se requiere preguntarse constantemente:
  - ¿Se conocen todos los riesgos y se tiene toda la información?
  - ¿Se propicia que todos los involucrados en la decisión participen?
  - ¿Se debe tomar ese riesgo ahora?
  - ¿Existen discrepancias en las decisiones entre los tomadores de decisiones?
  - ¿Se ha descrito el caso rigurosamente?

El Punto 6 del mejoramiento y el SOGC

Los equipos de trabajo están en todas las fases de implementación del SOGC. Específicamente, estos entran en dos momentos claves de las metodologías: en el análisis de la situación actual de la organización frente a las exigencias de los estándares o metodologías, y en el diseño, implementación y seguimiento de los planes para mejorar las deficiencias encontradas.

Es así como para la habilitación y la acreditación, por ejemplo, una de las primeras actividades que realizan es la socialización de la herramienta a trabajar y, posteriormente, la definición de quiénes deberán estar al frente del análisis de las herramientas, sus exigencias y el estado de la organización frente a estas exigencias. Esto necesariamente lo deben apropiar los responsables de los procesos, que no son más que equipos de personas que están dentro de la organización. Estos equipos pueden estar confrontados de manera explícita o natural desde antes, pero en el caso de no estarlo es el momento propicio para conformarlos, entrenarlos y hacerlos responsables como equipo, no a título individual.

Para el caso de la auditoría, son equipos y, posiblemente, otro personal que se les una, los responsables de identificar las prioridades de mejoramiento, para, posteriormente, diseñar las estrategias y acciones de dicho mejoramiento.

7. Punto 7. La investigación de las causas de los problemas

Anteriormente, muchos aspectos relacionados con la calidad quedaron sin resolver, debido a que sus causas no fueron discutidas. La razón principal era que las investigaciones no estaban centradas en el análisis de causa raíz.

Una de las premisas generadas desde mucho tiempo atrás es que el MCC hace énfasis, tal como ya se planteó, en el hecho de que la mayoría de los problemas de calidad resultan de la forma como se diseñan los procesos y no necesariamente de cómo las personas se desempeñan. Es así como el MCC confía en el método y análisis estadístico para identificar, reducir o controlar variaciones en el proceso, buscando identificar las causas de los problemas y no centrándose en los síntomas. De igual manera, el MCC se centra en definir los problemas y buscarles la causa, entendiendo que nor-

malmente cualquier problema presenta un fenómeno de multicausalidad. El análisis de estos problemas tiene la obligación de estar soportado en datos que ayuden al mismo.

Por esto, la organización necesita entender qué es un problema y cuáles son los métodos para identificar, analizar y solucionarlo. Un problema, de manera escueta, es el resultado indeseable de un proceso. Por consiguiente, como el indicador de gestión mide el resultado de un proceso, se puede decir que un problema es un indicador de gestión con el cual no se está satisfecho.

Lo anterior implica, por un lado, unos resultados indeseados y, por el otro, la identificación de las causas. Aquí, es necesario diferenciar los síntomas de las causas y entender los efectos de cada causa. Parodiando a Juran, el método de resolución de problemas es un viaje en dos etapas: la primera va desde el síntoma hasta la causa y el segundo desde la causa hasta la solución.

Para este análisis de causas se debe dar un entrenamiento profundo a las personas de la organización en el genéricamente denominado análisis de causa raíz (ACR), el cual es una investigación estructurada que pretende identificar las verdaderas causas de un problema, y las acciones necesarias para eliminarlo[84]. Las principales características de este análisis son: es interdisciplinario, incluyendo los dueños del proceso; enfocado en los procesos más que en las personas; centrado en el qué y el por qué hasta que todos los aspectos del proceso se hayan revisado: identifica los cambios que pueden ser introducidos e incluye literatura relevante.

Dos de los aspectos que hay que resaltar del Análisis causa raíz es que, primero, tiene una serie genérica de pasos: entender el problema, identificar las posibles causas, separar los síntomas de las causas, recolectar los datos del problema, analizar las posibles causas y realizar un análisis de causa y efecto. Lo segundo, es que cada

84 Andersen, Bjorn. Fagerhaug, Tom. Root Cause Analysis. Simplified tools and techniques.

una de estas fases cuenta con herramientas probadas y validadas, es decir, el ACR no es per se una herramienta, sino una serie ordenada de herramientas que son seleccionadas y usadas dependiendo del paso del análisis en el cual se encuentra y de la pregunta que se quiera responder.

El Punto 7 del mejoramiento y el SOGC

Así como es una constante en el MCC la necesidad de investigar los problemas hasta sus causas y no quedarse sólo en sus síntomas, el SOGC, en cualquiera de sus herramientas, hace énfasis en un proceso continuo de evaluación, análisis y planteamiento de soluciones. Estos tres pasos, pero en especial el último, son iguales de importantes para cualquiera de los instrumentos del sistema, ya que la única forma de plantear verdaderas soluciones es realizar un análisis a profundidad de los estándares y seguir un método formal de planeación de las soluciones. Para esto último, se tiene a la mano el proceso planteado de la auditoría, mientras para el primer proceso (evaluación y análisis) se encuentran las rutas críticas definidas para la acreditación y la habilitación.

8. Punto 8. Medición

Enfatiza fuertemente en el monitoreo de indicadores y la medición estadística.

Un sistema que no se mide no se mejora, un sistema que no se mide no se puede gerenciar. La razón primordial de los datos es crear conocimiento. Estas son frases repetidas en cualquier programa de entrenamiento en mejoramiento continuo de la calidad, pero conviene siempre recordarlas.

La calidad no se asume, la calidad se demuestra, y esto se realiza con hechos y datos tangibles, bien estructurados y disciplinadamente recolectados. Estos datos incluyen los costos, que son frecuentemente ignorados en las mediciones de calidad. De igual forma, es frecuente, en contraposición con las anteriores ideas, encontrar el fenómeno de organizaciones que caen en la parálisis informativa, al pretender medir todas las cosas posibles, olvidando cuáles son en realidad las cosas importantes a ser medidas.

Un sistema que no se mide no se mejora, un sistema que no se mide no se puede gerenciar. La razón primordial de los datos es crear conocimiento.

En el tema de la medición hay que identificar cuándo, por qué y qué tipo de variación se está produciendo. Lo anterior refuerza una relación de antaño entre el tema de los hechos y datos y el tema de la variación. Se debe entender que los sistemas y los procesos, por más normales que parezcan, son susceptibles de exhibir variaciones, y la única forma de observar dichas variaciones y sus patrones es mediante datos seguidos a través del tiempo. Aquí es donde aparecen los conceptos de las variaciones como producto de causas comunes o causas específicas. Estudiado desde principios del siglo XX por Walter Shewhart, el tema de la variación es un punto necesario de entender por la gerencia. Para esto es útil citar a Hartman (2002) y Amsden (1993). Lo primero que hay que resaltar es que los procesos y los sistemas presentan variaciones, y este es un fenómeno natural, no se puede pretender que dos cosas sean exactamente iguales en el tiempo. Esto no se debe convertir en excusa para aceptar las variaciones sin ningún tipo de análisis, lo que se debe buscar es que estas variaciones sean mínimas durante el tiempo y dentro de un rango limitado.

Un segundo punto que se resalta es que es muy fácil medir las variaciones. Las herramientas estadísticas están diseñadas desde hace tiempo. La medición hace factible saber si las variaciones se mueven dentro de un rango predecible o, si por el contrario, existen variaciones que no llevan un patrón dentro de los datos. Aquí es donde Shewhart se refirió sobre las variaciones producto de las causas comunes y específicas[85]. Las primeras son predecibles y tienen un comportamiento dentro de un rango de control. El proceso está controlado y es predecible su comportamiento. En el segundo caso, no hay una variación que no puede ser predecida y está por fuera de los rangos de control esperado. Lo importante de

85 Estos términos pueden ser vistos en otras referencias con nombres diferentes.

estas clasificaciones es que para controlar a las primeras variaciones se necesita hacer ajustes, si no a todo, posiblemente a muchas piezas del sistema; mientras que para arreglar las segundas solo hace falta ajustar una pieza individual que es la que está produciendo la variación. Conviene recordar, como se mencionó en el capítulo 8, que cuando se incide sobre la causa específica no se está realizando ningún mejoramiento, solo está llevando el proceso a sus sistemas de desempeño original.

De lo anterior se desprende que toda variación tiene una causa explicativa. Si bien existen diferentes clasificaciones para estas causas, es curioso ver como algunas variaciones son debidas a ajustes innecesarios (muchas veces de buena fe) sobre sistemas que no requerían de ninguno[86].

El Punto 8 del mejoramiento y el SOGC

La medición dentro del SOGC está representada desde múltiples ópticas, algunas mencionadas aquí. Posiblemente, la más centrada de éstas es la medición de líneas de base de aquellas cosas que explícitamente están en los estándares o requisitos, promoviendo de esta manera que las organizaciones realicen un trabajo formal de levantamiento de hechos, cifras y datos que muestren de forma objetiva el estado del arte, que posteriormente será confrontado con sucesivas mediciones para conocer el progreso de la organización frente al objeto mismo del mejoramiento.

9. Punto 9. Provea entrenamiento continuo

Este entrenamiento debe incluir, por una parte, un elemento que esté ligado fuertemente al conocimiento sobre calidad, su teoría, sus diferentes enfoques, sus herramientas y por la otra, en salud resulta importante mencionar que el entrenamiento de los trabajadores de la organización no solo es teórico sino en el desarrollo de habilidades. Esto ayuda a crear cultura y a disminuir el escepticismo frente a los cambios. Se debe enfatizar que las

86 Descrita en la literatura como *Tampering*.

personas hacen parte de complejos sistemas de trabajo, donde existe una permanente interacción social, y si no se entiende la psicología de los comportamientos humanos y de enfoque sistémico va a ser difícil realizar los cambios.

Los líderes deben servir como gestores de conocimiento, asegurarse que su gente reciba el entrenamiento adecuado, y que el conocimiento generado de los procesos de mejoramiento sea sistemáticamente recolectado, apropiado por el personal y usado en nuevos proyectos.

Resulta indispensable el entrenamiento del recurso humano en temas como: planeación estratégica; calidad y procesos; técnicas efectivas de comunicación y capacitación; resolución de problemas; técnicas efectivas de reuniones, herramientas estadísticas de medición de expectativas de clientes y herramientas estadísticas de medición de calidad.

El Punto 9 del mejoramiento y el SOGC

Después de señalar en un punto anterior lo importante que era involucrar al personal de la organización en los procesos del SOGC a través de la conformación de equipos de trabajo, es indispensable fomentar un programa de educación continuada para estos equipos y demás personal de la organización. Se requiere proveerles de un entrenamiento del SOGC, su reglamentación, estructura de sus herramientas y la forma detallada de cómo avanzar a través de la ruta crítica de cada una de las herramientas del sistema.

10. Punto 10. Aprenda a gerenciar el cambio

Este tema que resulta de suma importancia, fue desarrollado en el capítulo anterior.

11. Punto 11. Enfatiza el trabajo de investigación de necesidades y expectativas de los clientes

Los requerimientos se establecen en colaboración con los clientes y los profesionales.

Anteriormente, los estándares fueron establecidos por profesionales o por departamentos de producción o diseño de las empresas. En la actualidad, es necesario volcar la empresa hacia el cliente. Este tema será abordado en el siguiente capítulo.

D. Organización y pasos para un mejoramiento

Es frecuente encontrar personas en las organizaciones, no pocas veces gerentes, preguntando cuál es la receta o los pasos a seguir para el mejoramiento de un programa, proyecto o proceso. Esta es una pregunta que no tiene una respuesta universal. Sin embargo, existen algunos consejos o modelos que guían a las personas para ordenar los pensamientos y acciones frente al mejoramiento por ejemplo, en el punto I presentado en la sección anterior se encuentra el llamado modelo de mejoramiento, descrito y utilizado extensivamente en proyectos de mejoramiento de calidad dentro y fuera del sector salud.

Otro modelo es el descrito como la historia de mejoramiento de la calidad, el cual presenta siete componentes:

- Seleccionar un tema a mejorar y obtener toda la información pertinente del mismo, lo cual puede incluir los objetivos organizacionales que influyen en el tema, el diagrama de flujo del proceso y sus objetivos. Se resalta a los involucrados en el proceso de mejoramiento que es necesario buscar medidas de desempeño de carácter numérico, lo cual no siempre es fácil para los colaboradores de la organización.
- Entender la situación actual del proceso, es decir, generar una línea de base.
- Analizar la situación actual con el fin de identificar contramedidas.
- Implementar las contramedidas, ojalá en pequeña escala en un principio.

- Determinar la efectividad de las contramedidas, es decir, determinar si éstas reducen las diferencias entre el desempeño del proceso y las necesidades del cliente.
- Revisar los estándares y procedimientos operacionales para ver si hay que cambiarlos en el caso de que las contramedidas fueran exitosas. Si no lo fueron, volver a analizar qué pasó con las contramedidas y sugerir unas nuevas.
- Planear las acciones futuras.

Ranson (2005), propone que para la institucionalización de un programa de calidad se debe:

- Desarrollar la visión de calidad.
- Planear sistemáticamente lo que se quiere hacer.
- Garantizar el compromiso de los líderes, desde la misma junta directiva.
- Definir una política de calidad de la organización, sólida y clara.
- Identificar a los líderes o campeones que guíen la calidad. Hay que involucrar a la mejor gente posible en los procesos de la calidad. Pero no hay que confundir liderazgo con popularidad.
- Organizar un comité que empuje y motive el trabajo de calidad.
- Garantizar una estructura organizacional mínima que soporte el trabajo en calidad.
- Pensar en planes alternativos o estrategias que permitan redireccionar el programa, en caso de algún inconveniente.
- Asegurarse de que todo lo que se implemente esté alineado con la misión de la organización.
- Buscar mecanismos para que las personas respondan por sus tareas, que rindan cuentas por lo asignado.

- Documentar todo lo que se hace, medir todo lo que se implemente.
- Desplegar a los colaboradores los logros y progresos
- Mantenerse enfocado en lo que se definió como prioritario, no perderlo de vista.

Una manera, mucho más coloquial de ver las cosas podría ser:

- Entender lo que hace, preguntarse: ¿Qué es lo que nosotros hacemos? ¿Cómo lo hacemos? ¿Por qué lo hacemos de esa manera? Dicho de otra manera, entender su negocio.
- Tener voluntad para hacer las cosas. Voluntad no es sólo decir "vamos a hacer", sino garantizar los recursos para hacerlo.
- Entender los conceptos básicos de calidad y mejoramiento. Si no se sabe esto, es muy difícil convencer a su gente.
- Definir sus objetivos claramente, hacia dónde quiere ir. No caer en el síndrome de la utopía, queriendo cambiar todo al mismo tiempo y en un corto período.
- Seleccionar un método. Calidad está plagado de métodos, por eso es necesario entender los conceptos básicos, para seleccionar el más adecuado.
- Disciplina. No cambiar de método o direccionamiento estratégico cada fin de semana, entender que cambiar el mensaje y la forma de trabajar a los colaboradores sólo genera desconfianza.
- Tener sentido común, si la explicación al problema que tiene enfrente es demasiado obvia, si lo datos que se están usando para medir su progreso hablan por si solos, usar el sentido común para plantear las soluciones.

Bibliografía recomendada

Amsden, David; Butler, Howard; Amsden, Robert. 1993. Control estadístico de procesos simplificados para servicios. Panorama.

Bauer, John. Duffy, Grace; Westcott, Russell. 2006. The Quality Improvement Handbook. American Society for Quality.

Caldwell, Chip. 1998. The Handbook for Managing Change in Health Care. ASQ Health Care Series.

Crosby, Philip. 1987. La calidad no cuesta. Cómo administrar la calidad de manera que se convierta en fuente de utilidades para su negocio. CECSA.

Crosby, Philip. 1984. Quality without tears. The art of hassle free management. McGraw Hill.

Deming, Edward. 1989. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Ediciones Díaz de Santos.

Gram, Nancy. 1995. Quality in Health Care. Theory, application and evolution. ASPEN.

Harrigan, Marylou. 2000. Quest for Quality in Canadian Health Care. Continuous quality improvement. Segunda edición.

Hartman Melissa (Editor). 2002. Fundamental Concepts of Quality Improvement. ASQ.

Institute for Healthcare Improvement. Innovation Series 2005. Seven Leadership Leverage Points. For organizational-level improvement in health care.

Juran. J.M. 1988. Juran y la planificación para la calidad. Ediciones Díaz de Santos.

Langley, Gerald; Nolan, Kevin; Nolan, Thomas; Norman, Clifford; Provost, Lloyd. 1996.The Imporvement Guide. A practical approach to enhancing organizacional performance. Jossey-Bass.

Masaaki Imai. 1989. Kaizen. La clave de la ventaja competitiva japonesa. Compañía Editorial Continental. México.

McLaughlin, Curtis; Kaluzny, Arnold. 2006. Continuous Quality Improvement in Health Care. Theory, Implamantations and Applications. Jones and Bartlett.

Morath, Julianne. 1999. The Quality Advantage. A strategic guide or health care leaders. AHA Press.

Nelly, Diane. 2003. Applying quality management in healthcare. A process for improvement. AUPHA. Health Administration Press.

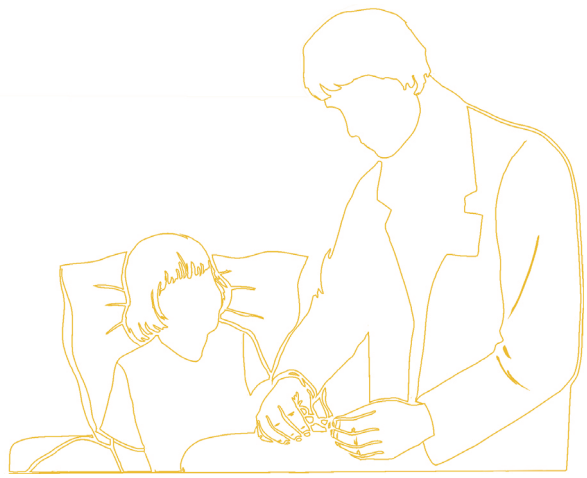
Ransom, Scout; Maulik, Joshi; Nash, David. 2005. The Healthcare Quality Book. Vision, Strategy and Tools. ASQ.

Scholtes, Meter; Joiner, Brian; Streibel, Barbara. 2003. The Team Handbook. ASM Group Company.

Shortell, Stephen; Kaluzny, Arnold; Healthcare management. 1993. A text in organizacional theory and behavior. Delmar Publisher.

Vouri, H.V. 1988. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Masson, S.A., París.

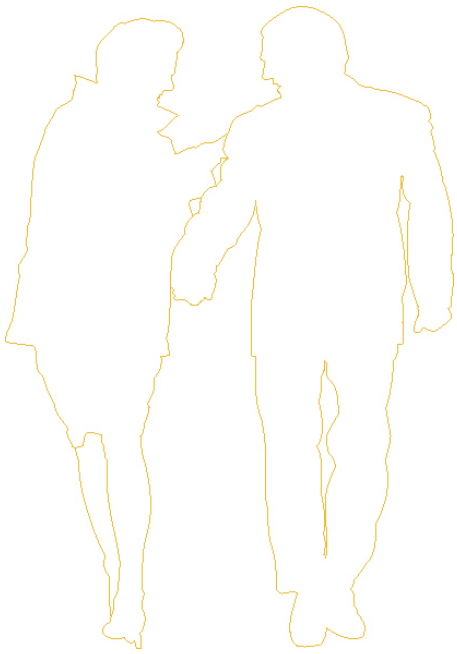
Weitzman, Beth. The quality of care: assessment and assurance.



Capítulo 8

La calidad para el paciente tiene que ser gratis





A. Introducción

No me mate
No me lesione
No deje que me duela
No me haga sentir inútil
No me mienta
No me deje esperando

Estas frases pueden ser algunas de las que los pacientes, incluso cualquier persona, podrían repetir cuando se enfrentan a un proceso de atención en salud. Esto solo muestra la estrecha relación que tiene la calidad de un sistema de salud o un prestador, con el usuario y, en particular, la opinión que estos tienen sobre los atributos de los servicios. También es el reflejo, según Lansky (1998)[87], de las preocupaciones que los usuarios tienen cuando usan o buscan un servicio de salud. Estas necesidades se pueden categorizar así:

- Lo básico, que significa una preocupación por el acceso a los servicios que necesita, con un trato respetuoso y esperando entender lo que le digan.
- Mantenerse saludable, lo cual no es más que la preocupación por contar con el nivel más saludable posible.
- Mejorarse, es decir, en caso de enfermedad, cómo lograr recuperarse y volver a sus actividades normales.
- Aprender a vivir con la enfermedad, sobre todo en enfermedades crónicas.

87 Lansky, D. 1998. Perspective: measuring what matters to the public. Health Aff, July. 40-41.

- Cambiar las necesidades, esto es, si alguien dentro del núcleo familiar muere o sufre una discapacidad, cómo enfrentar esa nueva forma de vida, minimizando el dolor y manteniendo a la familia unida.

Después de mencionar las anteriores ideas, se plantea el enfoque que destaca la relación entre calidad y servicio. Es necesario resaltar lo frecuente que es, a la hora de definir calidad, incorporar criterios relacionados con el cliente: satisfacción, quejas, empatía, entre otros. Esto no es más que un reflejo de lo directa que es la relación entre clientes y prestación de servicios, sobretodo en un entorno que genera toda una serie de emociones encontradas, como ansiedad, frustración, expectativas exageradas o incluso, alienación. Sin embargo, también refleja el modo de ver al paciente desde el punto de vista reactivo, es decir, que se observan las percepciones del paciente o usuario después de haber provisto el servicio, creyendo, erróneamente, que dado el nivel técnico con el que se manejan las cosas en las organizaciones es imposible que el usuario entienda lo que se hace en salud.

El tema del cliente se viene incorporando en las discusiones sobre calidad desde muchas décadas atrás. Juran[88,89] por ejemplo, en dos de sus textos clásicos incorporó lo que él llamó el mapa de carretera para la planificación de la calidad, que no es más que la necesidad de seguir una secuencia ordenada de pasos, en los cuales se encuentran: definir los procesos y productos existentes, identificar el listado de los clientes, descubrir las necesidades de los clientes utilizando su lenguaje, para así posteriormente traducir ese lenguaje al de los prestadores de servicios. Esta última tarea algunos la han llamado también "desdoblamiento de la calidad".

88 Juran. J.M. 1988. Juran y la planificación para la calidad. Ediciones Díaz de Santos.
89 Juran, J.M. 1995. Análisis y planeación de la calidad. McGraw Hill.

Otro clásico, esta vez Deming[90], reiteró la necesidad de definir la calidad desde el punto de vista del usuario. Es éste quien debe estar presente en la mente de los líderes cuando se vaya a definir un producto, proceso o servicio. Solo es válida la calidad de algo si esta es percibida por el cliente. Este mismo autor plantea cómo el cliente es el eje central de cualquier cadena de producción de servicios, elemento conceptual fácilmente aplicable al sector salud, y afirma que si no hay nadie que compre los servicios es mejor cerrar el negocio. Un cliente insatisfecho, no necesariamente se queja para que se cambie, simplemente cambia de proveedor.

Generar cambios y mejoramientos que sean visibles y de alto valor para los usuarios es posiblemente la tarea más difícil de cualquier empresa. Es buscar un adecuado equilibrio, como también lo anotó Donabedian décadas atrás, entre el valor invertido por un servicio y la utilidad percibida por dicho servicio; es decir, integrar un modelo de utilidad, costos y calidad en un mismo recipiente: el consumidor del servicio. El mismo Donabedian (1992)[91], resalta que el usuario puede desempeñar una serie de papeles, así:

Los usuarios como colaboradores de la garantía de la calidad: Contribuyen de tres formas:

- Como definidores de calidad, es decir, como aquel elemento que a través de sus expectativas y necesidades define lo que debería estar incorporado dentro de la calidad
- Como evaluadores de la calidad, a través de la información y retroalimentación provista del servicio
- Como informadores de calidad, al ser facilitadores de difusión de sus experiencias y motivaciones.

90 Deming, Edwards. 1989. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Ediciones Díaz de Santos.

91 Donabedian, Avedis. 1992. The Lichfield Lecture. Quality assurance in Health care: consumer´s role. Qual. Health care. 1992; 1: 247-51. Artículo traducido aparecido en la revista de *Calidad Asistencial*. Suplemento No 1, volumen 16.

Los usuarios como objetivos de garantía de calidad:

- Como coproductores de asistencia, esto es, cuando el paciente hace parte de su proceso de atención y autocuidado de la salud, a través de la preparación que los profesionales de la salud le han dado.

- Como vehículos de control, en la medida en que pueden ser capaces de controlar algunas actuaciones de sus médicos. El mismo autor es cuidadoso al abordar esta función, ya que podrían delegarse funciones para las cuales los usuarios no están preparados.

Los usuarios como reformadores de la atención médica: Pueden apoyar el cambio a través de:

- Participación directa, por medio de mecanismos ya descritos y en especial en la relación con su médico.

- Apoyo administrativo, ya sea de manera indirecta en la medida que expresan sus percepciones frente a los procesos de atención, o de manera más directa actuando por medio de ligas o asociaciones de consumidores.

- Como reguladores de mercados, en la medida en que tengan la capacidad e información para elegir quién les presta sus servicios.

La relación entre la calidad y el cliente, vista como todo un engranaje que va desde la identificación de las necesidades y querencias de los clientes, pasando por la incorporación de estas en el diseño y la posterior entrega, es algo que no tiene discusión. La calidad del producto o del servicio tiene que estar desde antes que el cliente llegue o solicite el servicio, no tiene por que exigirla, se le debe dar en la forma que la espera y, para eso hay qué saber cómo la quiere. Esto dicho de otra manera, es cambiar un paradigma y migrar hacia un enfoque de atención centrada en el cliente, el cual es uno de los puntos clave del Sistema obligatorio de garantía de calidad colombiano.

B. Enfoque de atención centrado en el cliente

Durante mucho tiempo, los líderes de las organizaciones han pensado en formas de administrar que llevan a la segmentación estructural y funcional. Esto trae como consecuencia que dichas organizaciones se van llenando de "feudos" o "parcelas", también llamados "silos", donde generalmente se hacen las cosas de una determinada manera, no siempre encajando dentro de las formas de hacer de las otras unidades funcionales, incluso, no necesariamente como está establecido en la organización. Adicionalmente, cada una de estas parcelas cuenta con un jefe o encargado, quien vela porque las funciones se lleven a cabo de una determinada forma, y quien periódicamente se reúne a rendir cuentas, frecuentemente en comités citados por algún superior. Estos silos normalmente no aceptan que se rompa el gradiente de autoridad, tema que hoy es trascendental para la excelencia, quedando los jefes como la única voz autorizada dentro del área para tomar todas las decisiones, aun en aquellas donde hay personas con más experiencia.

El resultado del fenómeno citado es que se pueden adoptar mecanismos muy efectivos de tratar con el cliente al interior de cada unidad funcional, pero no necesariamente entre unidades funcionales. La respuesta tradicional, cuando la organización se enfrenta a una queja de un cliente es buscar quién tuvo la culpa o dónde se presentó el inconveniente, dejando al resto con una sensación de libertad frente al inconveniente. Naturalmente, la respuesta se dirige a quién o dónde, pero pocas veces se analiza el proceso en su totalidad (qué fue lo que pasó). He aquí el punto clave del asunto frente al cliente.

Hay que entender que el cliente no compra secciones de la organización, lo que él compra es la organización, un todo. Es infrecuente que las organizaciones planteen y tengan una férrea disciplina de reiterarle a la gente que trabaja en ella que la separación funcional y estructural es un mecanismo para poner actividades comunes bajo

un mando y en sitio específico, pero que de cara al cliente lo que hay que saber gerenciar es la continuidad e integración de las funciones bajo procesos centrados en las necesidades de los clientes, no de los jefes o trabajadores de la unidad funcional. De ahí que el paradigma deba ser roto y centrarse a pensar en quién es nuestro cliente, dónde está, qué características posee, qué quiere, cómo traducimos esas expectativas a nuestros servicios, cómo le hacemos ver la continuidad en el flujo de los procesos, como no se le transfieren a él la solución de los problemas que va encontrando en su proceso de atención sino que la organización se le adelanta a solucionarle el potencial inconveniente. Es ahí donde se comienza a pensar en el enfoque de atención centrado en el cliente.

C. Explicación del modelo

A continuación se presentan dos gráficos que pueden servir de marco para explicar mejor el concepto del enfoque centrado en el cliente. En el primer gráfico la idea es sencilla, si el centro de la organización son sus clientes, entonces hay que comenzar a definir este concepto desde el direccionamiento mismo (tema planteado en el capítulo anterior, en el punto I del MCC). Es en el direccionamiento donde la organización y sus líderes van a definir qué es lo que quieren hacer con el cliente, cuáles son los grandes valores que van a guiar el comportamiento de los trabajadores cuando tengan que interactuar con un cliente, cuáles son las estrategias que se van a definir para llevar al día a día lo planteado en el direccionamiento y, sobretodo, cuál es el papel de los líderes para proveer los recursos y crear los escenarios propicios para que todo eso se dé.

También hay que definir la nueva visión de calidad dentro de la empresa, elaborando una estrategia para centrase en los clientes de la organización y entenderlos. La organización tiene que preguntarse si la definición y el enfoque de su sistema de calidad es el más adecuado para la atención centrada en el usuario. De igual forma, es necesario preguntarse sobre cuál es el significado del mejoramiento continuo de calidad (MCC), la visión hacia el

futuro del MCC, los valores que soportan al MCC en la organización y, cómo está ligado el mejoramiento a la visión de esta.

Es fundamental para el éxito en la implementación del MCC, la orientación de la organización hacia los clientes, a satisfacer sus necesidades y expectativas. Esta transición de los prestadores de servicios de atención hacia el enfoque de satisfacer a sus clientes, implica un compromiso continuo de la organización para hablar con ellos, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y, finalmente, verificar si los resultados de la atención cumplieron con dichas expectativas.

> La relación entre la calidad y el cliente, vista como todo un engranaje que va desde la identificación de las necesidades y querencias de los clientes, pasando por la incorporación de estas en el diseño y la posterior entrega, es algo que no tiene discusión.

Como en cualquier reorientación o readaptación de una institución, adaptarse a este enfoque implica cambios en la filosofía y cultura de la institución, en el tipo de liderazgo, en la planeación y despliegue del conocimiento del negocio, en hacer cambios significantes en el trabajo diario, en los roles y apoderamiento de las personas y en las relaciones y coordinación del trabajo entre los profesionales de la organización.

Una vez se tiene esa definición se debe comenzar a trabajar en los proveedores de servicios, independientemente de si estos son de servicios de apoyo (administración, servicios generales, etc.) o están directamente involucrados en la prestación directa de los servicios, en la línea de frente. Si la organización es capaz de transmitir los mensajes claros del direccionamiento a sus trabajadores, se hace fácil trabajar a favor del cliente.

Un enfoque similar al anteriormente presentado puede ser visto en Ramson (2005), en donde menciona que el centro de la diana es el paciente, y luego lo que lo rodea son una serie de entornos que cada vez se van haciendo más complejos, comenzando por el entorno de lo micro (visto como el área o servicio donde se

presta el servicio), pasando luego al nivel organizacional y, posteriormente, al nivel macro, localizado por fuera de la organización (gráfico 9.1).

Gráfico 8.1
Enfoque de atención centrado en el cliente



Otra forma de ver las cosas es la siguiente: tal como se ha señalado, las organizaciones son elementos socialmente complejos donde los sistemas, procesos y personas interactúan de determinada manera para generar un producto. Es por eso que si se desea prestar un servicio o producir algo, es necesario conocer previamente a quiénes se les va a brindar dichos servicios, qué quieren, cómo lo quieren, etc. Luego se debe preguntar qué se hace para suplir las necesidades de esos clientes, cuál es la cadena lógica de eventos que deben sucederse para que éste reciba lo que quiere y tiene derecho a recibir. Se deduce entonces, que se debe conocer cuál es el resultado de toda esa operación.

Como tercera medida, se debe recordar que es casi improbable que alguien, en solitario, provea todo el servicio al cliente sin necesidad de interactuar con alguien más dentro de la organización.

Por tanto, hay que pensar quiénes más participan en el proceso de atención al cliente, qué hace cada uno, a quién se lo entrega para que el proceso continúe sin problemas, cómo necesita esa persona (en este caso se convierte en un cliente interno) que se le entreguen las cosas para responderle bien al cliente. Todo lo anterior sin importar quién o en qué unidad funcional de la organización se encuentre (gráfico 9.2).

Nada de lo anterior valdría si no se tiene un enfoque claro desde los líderes de la organización. Se ha insistido en que los líderes deben estar permanentemente buscando la forma de crear escenarios óptimos de trabajo, con los recursos adecuados, para que cada quien se desempeñe como se espera, pero con una consideración adicional: que cada cosa que se haga por parte de los trabajadores de la organización impacte sobre los objetivos estratégicos y, por ende, a los clientes.

Por último, se debe pensar permanentemente: cómo lo hago mejor. Y esto necesariamente lleva al capítulo previo sobre mejoramiento continuo de la calidad.

Gráfico 8.2
Enfoque de atención centrado en el cliente - Procesos



D. Los clientes y sus necesidades

Teniendo en cuenta que se ha mencionado la necesidad de saber qué quieren los clientes y cómo se incorpora esa visión en los procesos de atención, es común encontrar la pregunta de cómo se hace para saber cómo se identifican las necesidades de los clientes. Si bien existe buena literatura al respecto, y este texto no se centra en responder a profundidad el tema, es pertinente anotar un par de ideas frente a lo anterior. Para esto es útil citar a Langley (1996), quien plantea cuatro etapas sencillas.

Lo primero es preguntarse qué podría expandir las expectativas de los clientes o qué podría el cliente notar como un valor agregado en lo que se le está ofreciendo. Aquí entran muchas metodologías, no hay una definitiva: grupos focales, investigaciones de mercado, quejas de los usuarios, encuestas, etc. Casi cualquiera o una combinación de estas, sirve. Lo que si tienen todas ellas en común es algo en lo cual se ha venido insistiendo: hechos y datos.

A modo de ver de Omachonu, los pacientes se forman unas expectativas previas de lo que van a recibir a través de sus necesidades, experiencias previas, conocimiento del ambiente al cual se van a enfrentar y las promesas del prestador del servicio. Un quinto elemento que podría asociarse, es lo que han oído en boca de terceros. Todo esto une para terminar generando una expectativa, que al final puede o no ser confirmada.

Una manera de ver qué quiere el paciente es remitirse a un estudio realizado por Press (1992)[92], quién analizó 134.000 encuestas realizadas en 230 hospitales, donde se categorizaron en orden de importancia para el paciente aquellas cosas que modulaban su satisfacción, realizando una especie de ranking de las 100 principales motivaciones. A continuación se presentan las quince primeras:

92 Press, I. 1992. Patient Satisfaction: Where does it fit in the quality picture. Trustee.

4. Sensibilidad del *staff* por el inconveniente de la enfermedad y la hospitalización.
5. Sensibilidad del *staff* por la privacidad del paciente.
6. Pertinencia de la información brindada a los familiares.
7. Actitud de los enfermeros al llamado de los pacientes.
8. Capacidad en la cual los enfermeros tomaron seriamente su problema.
9. Amigabilidad de los enfermeros.
10. Actitud de los enfermeros con las visitas.
11. Cortesía del personal de admisión.
12. Atención de los enfermeros acerca de las necesidades especiales y personales.
13. Información dada por los enfermeros acerca de las pruebas de laboratorio y tratamientos.
14. Habilidades técnicas de los enfermeros.
15. Rapidez de los enfermeros en responder al llamado.
16. Explicación de los técnicos acerca de las pruebas y tratamientos.
17. Habilidad de los técnicos que toman la sangre.
18. Cortesía del personal de información.

De lo anterior se desprende que hay dos motivadores natos de la satisfacción de los pacientes: las relaciones interpersonales y la información. Lo anterior es interesante analizarlo a la luz de los usuarios colombianos. Un estudio realizado para el Ministerio (2001)[93], cuyo objetivo fue identificar las percepciones y ex-

93 Para un mejor entendimiento de la metodología utilizada para este estudio ver, Ministerio de Salud - PARS. Consorcio Canadian Council on Health Services Accreditation –Asociación Centro de Gestión Hospitalaria– QUALIMED. 2001. Proyecto Evaluación y ajuste de los procesos, estrategias y organismos encargados de la operación del Sistema de garantía de calidad para las instituciones de prestación de servicios. Informe final de la encuesta a usuarios.

pectativas de la población colombiana sobre las variables o factores de la prestación de servicios de salud que motivaban la satisfacción. Se observó cómo para las personas encuestadas son factores de satisfacción las relaciones interpersonales del personal de la entidad aseguradora y de los prestadores (32,02%), como también las amenidades del lugar donde son atendidos (14,42%). De igual manera, les gusta tener acceso a los servicios que necesitan (8,14%) y la calidad técnica de los mismos (5,64%). Un segundo grupo de elementos que generan satisfacción son aquellos vinculados con los servicios (4,83%) como un concepto general que incluye varios aspectos señalados; los pagos (2,12%) en lo referente a los bajos costos de los servicios, la calidad (0,34%), y el prestigio (0,17%) de la EPS o IPS. También se presentan los conceptos Nada (5,43%) y Normal (0,51%) que no revelan los gustos de los encuestados pero fueron mencionados por ellos (cuadro 9.1).

Cuadro 8.1
Principales factores de satisfacción en la atención recibida

Concepto	Frecuencia	Porcentaje %
Relaciones interpersonales	755	32,02
Amenidades	340	14,42
Acceso	192	8,14
Calidad técnica	133	5,64
Servicio	114	4,83
Pagos	50	2,12
Calidad	8	0,34
Prestigio	4	0,17
Crédito	1	0,04
Todo	621	26,34
Nada	128	5,43
Normal	12	0,51
Total	**2.358**	**100**

Los datos presentados refuerzan lo planteado por Omachonu, en el sentido de que los servicios de salud son una labor humanística en donde lo que prima para el paciente es el buen trato que se

le da. Nada de lo que técnicamente se pudo realizar bien compensa un mal trato.

Otro de los consejos que los autores brindan sobre el tema, es que una de las primeras acciones que se deben realizar es mirar en profundidad los procesos actuales de atención o prestación del servicio. Cuando se dice mirar no se alude a la revisión de los diagramas de flujo o los procesos escritos, se refiere a mirar al cliente en su entorno, en el sitio físico de la atención. Este es uno de los consejos en los que Kelley (1995) hace más énfasis, con el propósito de innovar bienes o servicios para los clientes. Este autor dice que "para conocer el tigre, hay que meterse en la jungla", como una forma de resaltar que si alguien quiere saber como se comporta el cliente y su entorno, hay que verlo en ese ambiente de atención, solo así se identificarán los cuellos de botella o inconvenientes que este pueda tener. Otro consejo que se menciona con frecuencia es el de tomar el papel de un usuario y así recorrer todo el proceso de atención.

Mas allá del método que se tome para ver qué cosas del proceso funcionan o no, lo importante es mirar al cliente bajo condiciones reales de observación, en donde es factible obtener información que normalmente no se lograría a través de entrevistas.

Un segundo punto, luego de identificar las potenciales cosas que podrían generarle valor agregado al cliente, es probar unos cuantos cambios. Esto implica generar una serie de prototipos de nuevos procesos que deben ser puestos en práctica, tal como se mencionó atrás sobre probar los cambios. Por último, se debe buscar una forma novedosa de entregar el servicio, sea mediante una diferenciación en cómo o a través de quién se entrega. Un punto adicional es saber si la entrega del servicio, con el ánimo de generar valor agregado, debe diferenciarse por tipos de clientes, aun cuando se conserve un templete común a todos ellos. Es lo que se conoce como individualización masiva (o *mass customize*). Es útil también, echar mano de cuáles son los grandes facilitadores que otras industrias, no necesariamente de salud, utilizan para proveer

el servicio de una manera que genere valor. Esto últimos es cercano a ciertas fases de un bechmarking.

E. Los clientes y el SOGC

Si bien el tema de clientes en la calidad es de gran importancia, es necesario integrar ese cliente al SOGC. Como se ha mencionado en varias oportunidades, uno de los pilares, tanto desde el punto de vista conceptual como metodológico, del SOGS es el cliente, de forma que en cada uno de los componentes se hace un llamado específico al tema del mismo. En acreditación, por ejemplo, en los lineamientos del mismo se hace explícito que es una metodología integrada en un sistema de garantía de calidad, que si bien se afianza como una herramienta de mejoramiento institucional busca, en últimas, impactar directamente los procesos y resultados al servicio del usuario.

De igual manera, en la definición de la acreditación se sostiene que es una herramienta institucional de mejoramiento de procesos cuyo fin es garantizar la calidad de la atención de los usuarios, en tanto en el marco conceptual se refuerza como los dos pilares que marcan el derrotero de la acreditación: el MCC y el enfoque de atención centrado en el cliente. Adicional a lo anterior, la palabra cliente es mencionada más de un centenar de veces en cada uno de los manuales de acreditación vigentes.

Por su parte, el Sistema único de habilitación reitera que el cometido estatal que se relaciona con la expedición de la normatividad del SUH es vigilar la prestación de los servicios públicos mediante los cuales se busca la protección de los derechos de los ciudadanos o en otras palabras, el cliente. Es tal la importancia del cliente en esta normatividad que está presente como responsabilidad constitucional, quedando claro que la expedición de una norma no es una mera potestad facultativa del Estado, sino una obligación constitucional y legal. De ese modo, se hace reiterativo el papel del usuario o cliente en cada una las grandes definiciones

del SUH, insistiendo en la obligación del Estado de proteger los derechos de sus administrados, específicamente para este caso, los derechos a la vida, la salud y la dignidad humana. Un ejemplo de la importancia del cliente dentro del SUH está en su misión, la cual hace explícita la necesidad de proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de los requisitos esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios en el país.

La auditoría incorpora de manera explícita al cliente desde su definición misma, al llevar en su nombre el término atención en salud, el cual se refiere tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de los recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud, como a los de prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. En estos, la participación del cliente se da por descontado. Muestra de ella, por ejemplo, es que la auditoría dirigida a los prestadores de servicios de salud se centra en diseñar y poner en marcha un conjunto de acciones de autocontrol y auditoría interna para mejorar la calidad de los procesos destinados a garantizar a los clientes el acceso a los servicios de salud.

El último componente del SOGC, el sistema de información a usuarios, refrenda el concepto de la atención en salud, haciendo salvedad que éste es, por general, entendido como algo que los prestadores dan y los usuarios reciben, con poca capacidad para juzgar la conveniencia de lo que han recibido. Sin embargo, los usuarios pueden y deben ser partícipes de la garantía de calidad porque orientan la decisión del curso de acción que más les conviene para sus objetivos personales, porque su colaboración es necesaria en la aplicación del tratamiento establecido y es indispensable para lograr los beneficios requeridos de la atención; porque suministran información sobre lo que les gusta o les desagrada durante el proceso de atención, y porque su comportamiento facilita o dificulta el buen funcionamiento de la organización o del sistema en general. Se concluye, entonces, que una forma de hacer lo ante-

rior es brindándole información acerca de lo que va a recibir o está recibiendo en los servicios de salud.

Bibliografía recomendada

Amsden, David; Butler, Howard; Amsden, Robert. 1993. Control estadístico de procesos simplificados para servicios. Panorama.

Bauer, John; Duffy, Grace; Westcott, Russell. 2006. The Quality Improvement Handbook. American Society for Quality.

Crosby, Philip. 1987. La calidad no cuesta. Cómo administrar la calidad de manera que se convierta en fuente de utilidades para su negocio. CECSA.

Deming, Edwards. 1989. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Ediciones Díaz de Santos.

Donabedian, Avedis 1992. The Lichfield Lecture. Quality assurance in Health care: consumer´s role. Qual. Health care. 1992; I: 247-51. Artículo traducido publicado en la revista de *Calidad Asistencial*. Suplemento No I, 2001, 16.

Gram, Nancy. 1995. Quality in Health Care. Theory, application and evolution. ASPEN.

Harrigan, Marylou 2000. Quest for Quality in Canadian Health Care. Continuous quality improvement. Segunda edición.

Hartman, Melissa. 2002. Fundamental Concepts of Quality Improvement. ASQ.

Heidemann, Elma G. 1995. Client - Centered Accreditation. The Canadian Council on Health Services Accreditation.5. Juran. J.M. 1988. Juran y la planificación para la calidad. Ediciones Díaz de Santos.

Juran, J.M. 1995. Análisis y planeación de la calidad. McGraw Hill.

Langley, Gerald; Nolan, Kevin; Nolan, Thomas; Norman, Clifford; Provost, Lloyd. 1996. The Imporvement Guide. A practical approach to enhancing organizacional performance. Jossey-Bass.

Lansky, D. 1998 Perspective: measuring what matters to the public. Health Aff, July 40-41.

Leander, Willian. 1996. Patient first. Experiences of a patient - focused pioneer. Health Administration Press.

McLaughlin, Curtis; Kaluzny, Arnold. 2006. Continuous Quality Improvement in Health Care. Theory, Implementations and Applications. Jones and Bartlett.

Morath, Julianne. 1999. The Quality Advantage. A strategic guide or health care leaders. AHA Press.

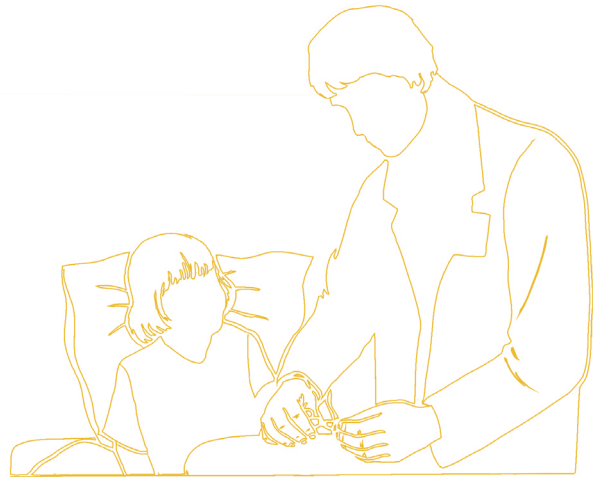
Omachonu, Vincent. 1991. Total quality and productivity management in health care organizations. American Society for Quality Control.

Porter, Michael. 2006. Olmsted, Elizabeth. Redefining Health Care. Creating value-based competition on results. Harvard Business School Press.

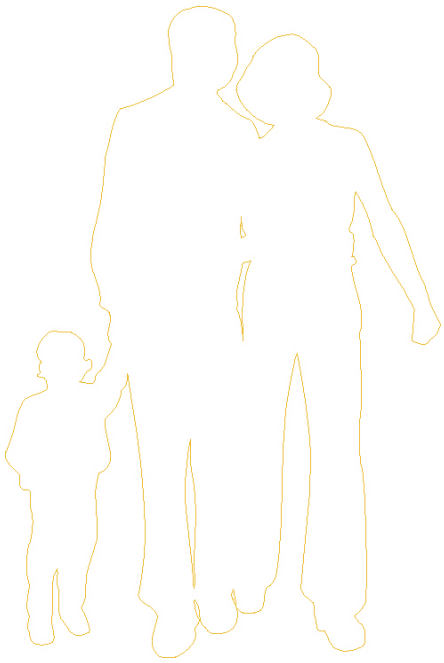
Ransom, Scout; Maulik, Joshi; Nash, David. 2005. The Healthcare Quality Book. Vision, Strategy and Tools. ASQ.

Vouri, H.V. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Masson, S.A., París.

Wilding, Paul. 1994. Maintaining quality in human services. Social policy and administration. March. 28 (1): 57-71.

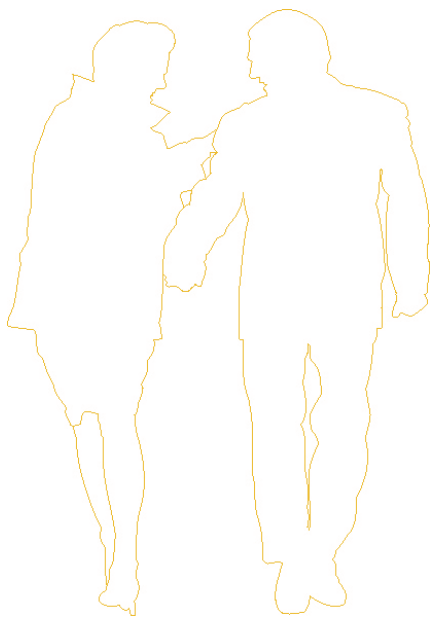






Glosario de siglas

ACR	Análisis de causa raíz
ARS	Administradoras del régimen subsidiado
CES	Instituto de Ciencias de la Salud
CID	Centro de Investigaciones para el Desarrollo
DE	Direccionamiento estratégico
DRAFT	Enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud
EAPB	Empresas administradoras de planes de beneficios
EPS	Entidades promotoras de salud
IPS	Instituciones prestadoras de servicios de salud
JICAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
MCC	Mejoramiento continúo de la calidad
MPS	Ministerio de la Protección Social
PARS	Programa de Apoyo a la Reforma de Salud
PHVA	Ciclo de mejoramiento (PDCA, por sus siglas en inglés)
SGSSS	Sistema general de seguridad social en salud
SIIS	Sistema de información a usuarios
SOGC	Sistema obligatorio de garantía de calidad
SUH	Sistema único de habilitación
UPC	Unidad de pago por capitación
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo

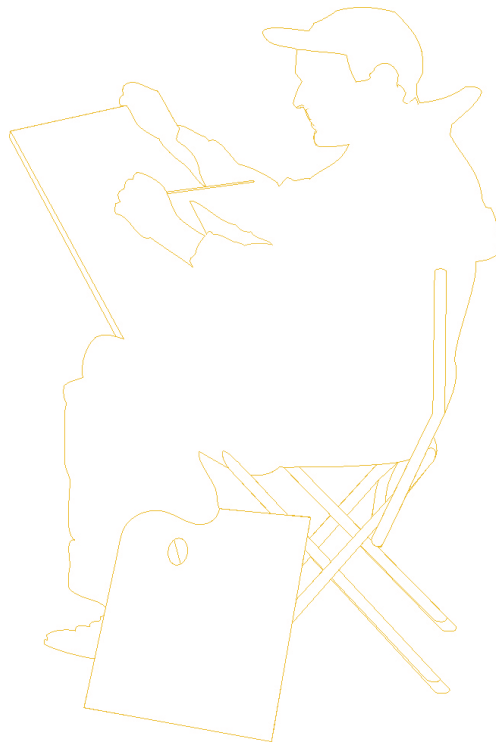


Índice de cuadros

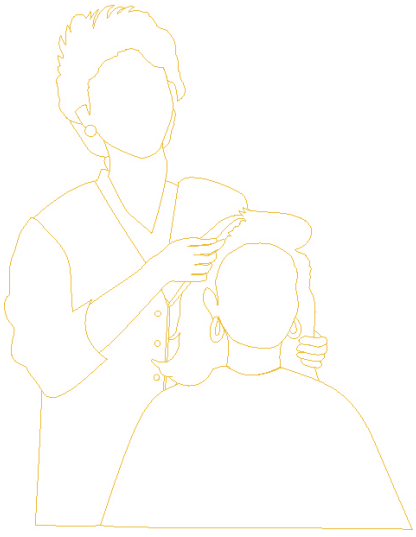
Página

Cuadro 7.1 Diferentes visiones de la calidad en el tiempo 166

Cuadro 8.1 Principales factores de satisfacción en la atención recibida 218







Índice de gráficos

Página

Gráfico 1. Fases proyecto garantía de calidad 22

Gráfico 3.1 Sistema de garantía de calidad - ¿Dónde establecer el mínimo? 85

Gráfico 3.2 Niveles de calidad 86

Gráfico 5.1 Interrelación Sistema único de habilitación y acreditación en el mejoramiento de la calidad 133

Gráfico 5.2 Relación Sistema único de habilitación, acreditación y auditoría en el mejoramiento de la calidad 136

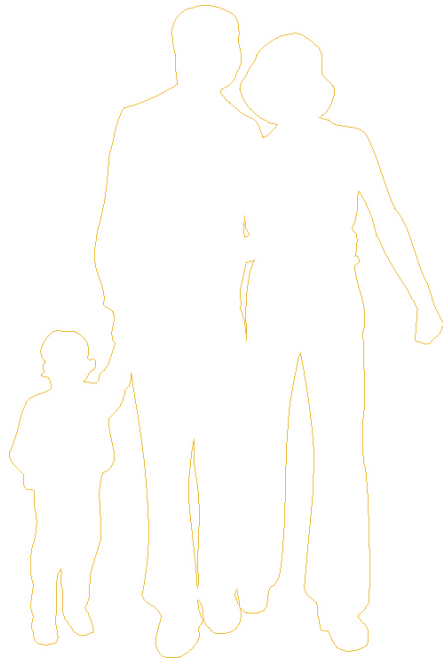
Gráfico 5.3 Relación Sistema único de habilitación, acreditación, auditoría e información a usuarios en el mejoramiento de la calidad 138

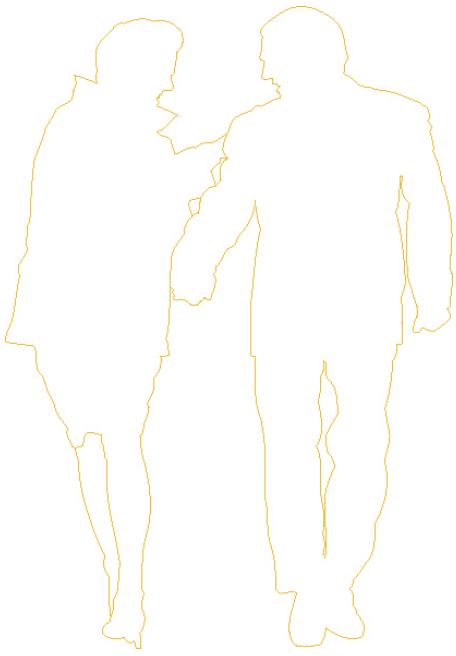
Gráfico 7.1 Modelo de Langley 171

Gráfico 7.2 Direccionamiento estratégico 178

Gráfico 8.1 Enfoque de atención centrado en el cliente 214

Gráfico 8.2 Enfoque de atención centrado en el cliente - Procesos 215





TRABAJO AUTORES Y ETAPAS DE CALIDAD

1. Identifique y describa a los padres de la calidad.

2. Los aprendices realizan una lectura de cada una de las etapas de la historia de la calidad, y cada equipo colaborativo debe extraer los aspectos importantes de la etapa de la calidad que le fue asignada, para ello, deben utilizar las diferentes fuentes del conocimiento.

3. Cada equipo colaborativo debe consultar sobre los postulados de los siguientes cinco autores de la calidad: William Edwards Deming, Joseph M. Juran, Armand V. Feigenbaum, Kaoru Ishikawa y Philip B. Crosby. A partir de la consulta, tendrán que realizar un cuadro comparativo, en el cual resalten la influencia de este pasado histórico en el presente de la calidad en salud en nuestro país. Cada grupo, debe realizar la presentación del autor que le correspondió, a través de cartelera. Como conclusión del ejercicio, respondan la siguiente pregunta: ¿Qué postulado escogería y aplicaría usted para hacer una propuesta que propicie mejoras en la situación actual de las instituciones prestadoras de servicios de salud?

Con base en el trabajo desarrollado, el instructor propondrá un debate en la siguiente asesoría.

Grupo No. 1- Elaborar una cartelera explicando en qué consiste la calidad y que beneficios trae para la empresa. Utilice recorte de revistas, dibuje y aplique colorido.
Grupo No.2 – Explicar qué el sistema de gestión de la calidad, elabore carteles llamativos de los esquemas asociativos más comunes (tamaño carta o un octavo).
Grupo No.3 – Preparar una dramatización relacionada con el precio de la NO calidad
Grupo No. 4.

Revista de la Universidad de La Salle

Volume 2009 | Number 48 Article 4

January 2009

El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad

María Constanza Cubillos Rodríguez
Universidad de La Salle, Bogotá, mcubillos@unisalle.edu.co

Diego Rozo Rodríguez
Universidad de La Salle, Bogotá, drozo@unisalle.edu.co

Follow this and additional works at: https://ciencia.lasalle.edu.co/ruls

Citación recomendada

Cubillos Rodríguez, M. C., y D.Rozo Rodríguez (2009). El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. Revista de la Universidad de La Salle, (48), 80-99.

This Artículo de Revista is brought to you for free and open access by the Revistas de divulgación at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Revista de la Universidad de La Salle by an authorized editor of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

Powered by CamScanner

EL CONCEPTO DE CALIDAD:

HISTORIA, EVOLUCIÓN E IMPORTANCIA PARA LA COMPETITIVIDAD

María Constanza Cubillos Rodríguez.*
Diego Rozo Rodríguez.**

RESUMEN

La importancia de la calidad para la competitividad de las empresas es innegable; la función de calidad dentro de las organizaciones, su impacto en el mercado, el progresivo aumento del interés de la comunidad académica, los cambios que ha sufrido en sus principios y prácticas, la organización de los expertos en la materia son indicadores de su avance. Este artículo expone el proceso de evolución de la calidad, cambios de concepto, cambios de enfoque, tocando temas asociados como el control, el aseguramiento, la gestión y el mejoramiento; incluye un resumen biográfico de los gurús de la calidad, sus conceptos de calidad y sus mayores aportes. Termina con el Sistema de Gestión de Calidad establecido por la norma NTC ISO9001:2008.
Palabras clave: evolución de la calidad, control, aseguramiento, gestión, mejoramiento.

ABSTRACT

THE CONCEPT OF QUALITY: HISTORY, EVOLUTION AND IMPORTANCE FOR THE COMPETITIVENESS

The importance of quality to the competitiveness of enterprises is undeniable, the quality function within organizations, their impact on the market, the progressive increase in the interest of the academic community, the changes to its principles and practices, organization of subject matter experts are indicators of progress. This article explains the quality evolution, concept changes, and changes in appro-

* Ingeniera de sistemas. Especialista en Teleinformática. Magíster en Docencia. Profesora TC, Facultad de Ciencias Administrativas y Contables, Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia. mcubillos@unisalle.edu.co

** Ingeniero industrial. Especialista en Administración de Empresas. Estudiante de Maestría en Ingeniería Industrial. Profesor TC, Facultad de Ciencias Administrativas y Contables, Universidad de La Salle, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: drozo@unisalle.edu.co

Powered by CamScanner



ach topics as control, assurance, management, improvement; includes a biographical summary of the quality gurus, their concepts of quality as well as its greatest contribution and ends with the Quality Management System established by the NTC standard ISO9001: 2008.
Keywords: quality evolution, control, assurance, management, improvement.

INTRODUCCIÓN

La calidad es un concepto inherente a la misma esencia del ser humano. Desde los mismos orígenes del hombre, éste ha comprendido que el hacer las cosas bien y de la mejor forma posible le proporciona una ventaja competitiva sobre sus congéneres y sobre el entorno con el cual interactúa.

En la actualidad, cambios en el esquema empresarial mundial, como la globalización, conducen a que la calidad deje de tener el contexto de *boom* o moda que se percibía en años anteriores, para convertirse en una herramienta para la toma de decisiones de obligatorio manejo en cualquier organización que pretenda asegurar su sostenibilidad en el tiempo.

Infortunadamente, aunque el concepto de calidad en nuestro medio es relativamente novedoso, en el resto del mundo es un concepto de manejo cotidiano que ha marcado las enormes brechas en el campo industrial entre los países industrializados y los países emergentes.

El propósito del presente artículo es evidenciar y comprender el proceso evolutivo de la calidad, visualizando su proceso cronológico y conceptual hasta llegar a la que se conoce hoy en día. Asimismo, en este proceso, identificar los aportes a nivel conceptual y operativo de los intelectuales que con sus ideas ayudaron a construir, lo que el mundo entiende hoy por calidad. Para entender el presente y poder proyectarse hacía

Powered by CamScanner

el futuro es fundamental conocer el pasado, es decir, conocer la historia.

EVOLUCIÓN CRONOLÓGICA DEL CONCEPTO DE CALIDAD

ANTECEDENTES

La calidad ha sido un elemento inherente a todas las actividades realizadas por el hombre desde la concepción misma de la civilización humana. Esto se evidencia principalmente en que desde el inicio del proceso evolutivo, el hombre ha debido controlar la calidad de los productos que consumía, por medio de un largo y penoso proceso que le permitió diferenciar entre los productos que podía consumir y aquellos que eran perjudiciales para su salud.

En este proceso evolutivo, el hombre entendió que el uso de armas facilitaba el abastecimiento de los alimentos necesarios para su subsistencia, lo que generó un gran interés por construir y desarrollar armas que le permitieran cazar presas más grandes y con un esfuerzo menor, lo que obligó a que en el proceso de diseño, construcción y mejora de sus armas la calidad estuviera presente a lo largo de todos estos. Este proceso se replicó a lo largo de la satisfacción de todas sus actividades primarias, como la construcción de sus viviendas, la fabricación de sus prendas de vestir, etc.

El hombre consolida las primeras civilizaciones conocidas, en las cuales existen pruebas documentadas sobre la existencia de la calidad y su importancia en las actividades desarrolladas. Según Lara (1982), un testimonio de este fenómeno se remonta al año 2150 a.C., época en que la calidad en la construcción de casas estaba regida por el Código de Hammurabi, cuya regla 229 establecía que "si un constructor construye una casa y no lo hace con buena resistencia y la casa se derrumba y mata a los ocupantes, el constructor debe ser ejecutado".

Otro testimonio documentado es aportado por la civilización fenicia. Los fenicios también utilizaban un programa de acción correctiva para asegurar la calidad, con el objeto de eliminar la repetición de errores. Los inspectores simplemente cortaban la mano de la persona responsable de la calidad insatisfactoria.

Evidencias adicionales sobre la importancia de la calidad se encuentran en otras civilizaciones, como la egipcia, donde los inspectores de calidad egipcios verificaban las medidas de los bloques de piedra caliza de las pirámides por medio de una cuerda. Esta estrategia también la empleó la civilización maya. Otro ejemplo es presentado por la civilización griega, que también utilizó instrumentos de medida que garantizaran homogeneidad de medidas para la construcción de los frisos de sus templos.

ETAPA ARTESANAL

En este proceso evolutivo llegamos a la Edad Media, donde surgen mercados con base en el prestigio de la calidad de los productos, se generaliza la costumbre de agregarles marca y, con esta práctica, se desarrolla el interés de mantener una buena reputación (las sedas de damasco, la porcelana china, etc.). Según De Fuentes (1998), en el siglo XIII empezaron a existir los aprendices y los gremios, fenómeno que convirtió a los artesanos en instructores del oficio y en inspectores de éste, ya que conocían a fondo su trabajo, su producto y sus clientes.

Powered by CamScanner

Este conocimiento tan amplio del artesano determinó que sus productos fueran de la mejor calidad, ya que realizaban el control de calidad de sus productos y de antemano conocían las necesidades y expectativas de sus clientes.

En el siglo XVII se produjo una separación entre la ciudad y el mundo rural, debido a que se presenta en la escena productiva el desarrollo del comercio internacional. Este proceso obliga a que paulatinamente los artesanos migren a las ciudades y se concentren allí. En este momento aparece la figura del mercader, que compra la producción de los artesanos para comercializarla posteriormente. Esta operación permite a estos la dedicación exclusiva a sus actividades productivas. Durante esta etapa, que es el antecedente a la Revolución Industrial y su producción en masa, la calidad se fundamentaba en las destrezas y la reputación del artesano (Penacho, 2000).

REVOLUCIÓN INDUSTRIAL. FINALES DEL SIGLO XIX

Con la llegada de la era industrial, esta situación cambió. El taller cedió su lugar a la fábrica de producción masiva, bien fuera de artículos terminados o bien de piezas que iban a ser ensambladas en una etapa posterior de producción. Los artesanos, al igual que los talleres también cambiaron. Los de mayor capacidad económica se transformaron en empresarios, mientras que el resto se convirtió en los operarios de las nuevas fábricas.

La era de la revolución industrial trajo consigo el sistema de fábricas para el trabajo en serie y la especialización del trabajo. Como consecuencia de los altos niveles de demanda y la necesidad implícita de mejorar la calidad de los procesos exigida por los nuevos esquemas productivos, la función de inspección se convierte en elemento fundamental del proceso productivo y la realiza el operario. Por consiguiente, el objeto de la inspección simplemente era identificar los productos que no se ajustaban a los estándares deseados, para que no llegaran hasta el cliente (Garvin, 1988).

ADMINISTRACIÓN CIENTÍFICA. SEGUNDA GUERRA MUNDIAL

A finales del siglo XIX, en los Estados Unidos desaparece totalmente la comunicación estrecha que existía entre los fabricantes y sus clientes, debido a la imposibilidad de los productores de comunicarse y satisfacer individualmente las necesidades de cada uno de sus clientes, como consecuencia de la aparición del sistema de producción en serie, el cual se caracteriza por la poca flexibilidad del producto. En pocas palabras, se inició formalmente el proceso de estandarización de las condiciones y métodos de trabajo.

Es entonces cuando aparecen las teorías sobre la administración científica, cuyo pionero fue Frederick Winslow Taylor (1911). Según Evans y Lindsay (2008), uno de los principios fundamentales de esta teoría determina que las actividades de planificación y ejecución del trabajo deben estar totalmente separadas con el objetivo de aumentar la productividad. Este nuevo esquema generó inicialmente una disminución clara en la calidad del producto, debido a que los errores humanos aumentaron en gran medida al desaparecer la inspección realizada por cada operario anteriormente. Como solución, se adoptó la creación de la función de inspec-

Powered by CamScanner

ción en la fábrica, centralizada en un empleado responsable de determinar los productos buenos y malos.

Así aparecen por primera vez en los organigramas de las empresas los departamentos de control de calidad que, a través de la inspección, verifican uno a uno los productos terminados para detectar sus defectos y proceder a tomar las medidas respectivas de solución y evitar así que los mismos lleguen al consumidor. En esta etapa, calidad significa atacar los efectos y no la causa; se encuentra un enfoque netamente correctivo, porque los responsables son únicamente los inspectores de calidad, que soportan sus decisiones en inspecciones visuales y en la utilización de algunos instrumentos de medición para realizar comprobaciones de producto contra unos estándares fijados para éste.

En consecuencia, con la aparición de la administración científica en los esquemas productivos de la época, se da inicio a la primera etapa del desarrollo de la calidad, conocida como control de calidad por inspección.

Una vez terminada la primera guerra mundial, periodo donde se perfeccionan los sistemas de producción en serie y los procesos y técnicas de inspección de calidad, se inicia la segunda etapa del desarrollo del concepto de calidad, donde la inspección se convierte en una herramienta de la calidad y deja de ser el eje de la misma.

Entre 1920 y 1940 la tecnología industrial cambió rápidamente. La Bell System y su subsidiaria manufacturera, la Western Electric, estuvieron a la cabeza en el control de la calidad creando un departamento de ingeniería de inspección que se ocupara de los problemas creados por los defectos en sus productos y la falta de coordinación entre sus departamentos. George Edwars y Walter Shewhart, miembros de dicho departamento, fueron sus líderes.

En 1924 el matemático Walter Shewhart diseñó una gráfica de estadísticas para controlar las variables del producto, dando así inicio oficial a la era del control estadístico de calidad, lo cual proporcionó un método para controlar la calidad en medios de producción en serie a unos costos más económicos que los anteriores. El objetivo de este nuevo método era mejorar, en términos de costo-beneficio, las líneas de producción, aplicando la estadística de manera eficiente para elevar la productividad y disminuir los errores (Shewhart, 1931). Cabe anotar que además de su preocupación por la estadística aplicada al control de calidad, Shewhart también se preocupó por el rol administrativo de la calidad, diseñando el famoso ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar), bautizado más adelante por los japoneses como el ciclo Deming, el cual es la base de los sistemas de gestión de calidad existentes en la actualidad.

Al estallar la Segunda Guerra Mundial, el control estadístico de calidad se convirtió de manera paulatina en un arma secreta de la industria. Así, los estudios industriales sobre cómo elevar la calidad basándose en el nuevo método estadístico propuesto condujeron a los norteamericanos a liderar la segunda etapa del desarrollo de la calidad, conocida como aseguramiento de la calidad.

Según Duncan (1996), el objetivo fundamental de este nuevo sistema era el demostrar con total certeza que, a través de un sistema basado en la estadística, era posible garantizar los estánda-

Powered by CamScanner

res de calidad de manera que se evitara, sobre todo, la pérdida de vidas humanas; uno de los principales interesados en elevar la calidad y el efecto de ésta en la productividad fue el gobierno norteamericano, en especial su industria militar.

Para los militares era fundamental el evitar que tantos jóvenes norteamericanos perecieran simple y sencillamente porque sus paracaídas no se abrían. En octubre de 1942, de cada mil paracaídas fabricados, por lo menos 3,45% no se abrió, lo que significó una gran cantidad de jóvenes soldados norteamericanos caídos como consecuencia de los defectos de fábrica de los paracaídas. A partir de 1943 se intensificó la búsqueda para establecer los estándares de calidad a través de la visión aportada por aseguramiento de la calidad para evitar aquella tragedia.

Para lograr elevar la calidad en las industrias militares, se crearon las primeras normas de calidad en el mundo, fundamentadas en el concepto de aseguramiento de la calidad. Para lograr un verdadero control de calidad, se creó un sistema de certificación de calidad que el ejército de Estados Unidos implantó en la Segunda Guerra Mundial. Las primeras normas de calidad norteamericanas funcionaron precisamente en la industria militar y fueron llamadas las normas Z1, las cuales tuvieron un gran éxito para la industria norteamericana y permitieron elevar los estándares de calidad drásticamente, disminuyendo en un gran número el derroche de vidas humanas.

Durante el mismo periodo de la Segunda Guerra Mundial, aparece en la escena del desarrollo de la calidad el doctor William Edwars Deming, uno de los grandes estadistas y discípulos Shewhart, que también había trabajado en la célebre Western Electric Company de la ciudad de Chicago, Illinois, donde tuvieron lugar los primeros experimentos serios sobre productividad por Elton Mayo. Deming, absolutamente desconocido en este tiempo, trabajó en la Universidad de Stanford capacitando a los ingenieros militares en el control estadístico de calidad. Entre 1942 y 1945 Edwards Deming contribuyó a mejorar la calidad de la industria norteamericana dedicada a la guerra.

SEGUNDA GUERRA MUNDIAL. DÉCADA DE LOS SETENTA

Según Evans y Lindsay (2008), una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial, la calidad siguió dos caminos diferentes. Por un lado, Occidente continuaba con el enfoque basado en la inspección. Por otro lado, se debe destacar el proceso desarrollado en Japón, que comenzó una batalla particular por la calidad con un enfoque totalmente distinto al occidental. Japón, durante la década de los cincuenta, comprendió que para no fabricar y, por tanto, vender productos defectuosos, era necesario producir artículos correctos desde el principio.

Deming llegó a Tokio y en 1947 inició sus primeros contactos con ingenieros japoneses. En 1950 fue invitado por el presidente de la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (JUSE). Deming, el padre de la calidad japonesa, se dio a conocer por impartir una serie de conferencias a estos ingenieros sobre control estadístico de calidad y sobre el modelo administrativo para el manejo de la calidad, en las que explicó la responsabilidad del personal directivo para lograrla. Deming llevó a Japón el ciclo PHVA.

Por consiguiente, pese a que el control de calidad se inició con la idea de hacer hincapié

Powered by CamScanner



en la inspección, pronto se pasó a la prevención como forma de controlar los factores del proceso que ocasionaban productos defectuosos. Las empresas niponas entendieron que se necesitaba un programa de control de calidad cuya aplicación fuera más amplia que la considerada hasta el momento. Por mucho que se esforzase el departamento de producción, sería imposible resolver los problemas de confiabilidad, seguridad y economía del producto si el diseño era defectuoso o los materiales eran mediocres (Gorgemans, 1999).

Es importante señalar que los japoneses no tenían antecedentes claros de la calidad y que ésta era muy baja antes de la llegada de Deming en 1950 y antes de la visita de Joseph Juran en 1954 a Japón. Joseph M. Juran visitó por primera vez Japón en 1954 y contribuyó a destacar el importante compromiso del área gerencial por el logro de la calidad, modelo que después se adoptó en todo el mundo (Pareja, 1990).

Otro personaje muy importante fue Armand V. Feigenbaum quien creó el concepto de gestión de la calidad o de gestionar la calidad, e introdujo el programa de calidad de la General Electric, que aplicó por primera vez el Total Quality Control en Estados Unidos, que apareció en 1951 en su libro *Total Quality Control*. Feigenbaum fue nombrado director de todas las unidades de producción existentes en el mundo para la General Electric y así difunde en esta compañía sus conocimientos acerca de calidad. Feigenbaum también fue a Japón en 1956. A estos tres nombres: Edwards Deming, Joseph Juran y Armand V. Feigenbaum, se debe la gran explosión de la calidad en Japón, consolidada a través de Ishikawa a partir de 1955.

Powered by CamScanner

Hasta principios de los años sesenta la calidad en Estados Unidos permaneció en el ámbito de los ingenieros y de la gestión. El hombre en la empresa no es más que un factor, carece de responsabilidad en la obtención de la calidad. En octubre de 1961 Phillip B. Crosby lanzó su concepto de cero defectos.

Los primeros fracasos en el terreno espacial mostraron que, en efecto, los fallos provienen casi exclusivamente de errores humanos; por tanto, hay que concentrar los esfuerzos en el hombre. En 1966 Crosby, nombrado nuevamente vicepresidente de calidad de la empresa ITT, desarrolla un experimento basado en la experiencia conseguida por Martín Marrieta, donde se responsabiliza al operario por la calidad de las operaciones que se le confían. Este método entraña la supresión de numerosos controles y genera en el operario la toma de conciencia de "hacerlo bien a la primera y siempre" (Crosby, 1979). La ITT adopta este lema y estos conceptos de filosofía de calidad con resultados innegables, en particular en las actividades relacionadas con el servicio.

Desde el caso japonés, en 1962, el empresario y consultor japonés Kaoru Ishikawa constituye los primeros círculos de control de calidad en Japón con el fin de lograr un mejoramiento importante en la calidad de sus productos. Como primer resultado de esta implantación, los empleados japoneses aprendieron y aplicaron técnicas estadísticas sencillas.

En mayo de 1963 se llevó a cabo en Japón la Primera Conferencia de Circulo de Control de Calidad, donde se dio inicio a lo que hoy se conoce como el milagro japonés.

DÉCADA DE LOS SETENTA-DÉCADA DE LOS NOVENTA

Como se puede observar, el periodo comprendido entre la terminación de la Segunda Guerra Mundial y el fin de la década del setenta, aportó el mayor porcentaje de la fundamentación teórica y conceptual de la calidad que conocemos hoy. Posteriormente a esta década, y como consecuencia de los nuevos esquemas económicos mundiales, se presenta una tercera etapa en el desarrollo de la Calidad. Aparece en el escenario mundial *"El Proceso de Calidad Total"*.

Esta nueva etapa se distingue por un esfuerzo para alcanzar la calidad en todos los aspectos dentro de las organizaciones sin importar su actividad económica, incluidas las áreas de finanzas, ventas, personal, mantenimiento, administración, manufactura y servicios. Esto significaba que quienes intervenían en la planificación, diseño e investigación de nuevos productos, así como quienes estaban en la división de fabricación, en la contabilidad y en el personal, entre otras áreas, tenían que participar sin excepción. A su vez, los encargados de la investigación de mercados tenían un papel importantísimo, pues debían escuchar las opiniones de los consumidores para incorporarlas en la planificación del producto con el fin de satisfacer las necesidades de los consumidores, a quienes iba dirigido. La calidad se enfoca ya al sistema como un todo y no exclusivamente en la línea de manufactura.

DÉCADA DE LOS NOVENTA-ACTUALIDAD

La tercera etapa del concepto de calidad finaliza con el inicio de la década de los no-

Powered by CamScanner

venta, cuando aparecieron nuevos fenómenos socioeconómicos como la globalización, que cambian por completo el concepto de empresa (Evans y Lindsay, 2008).

Esta cuarta etapa, en la cual se encuentra la calidad actualmente es conocida como mejora continua de la calidad total. La competencia empieza a ser cada vez más fuerte, los mercados se globalizan y la industria occidental, y particularmente la estadounidense, comienza a perder el liderazgo en sectores donde durante décadas había disfrutado de una posición ventajosa (automóviles, acero, semiconductores, ordenadores, etc.).

En esta nueva etapa, el factor humano cumple un papel muy importante al iniciar un proceso continuo de reducción de costos, dado que ha desarrollado habilidades para trabajar en equipo y para la resolución de problemas. La empresa descubre que tiene que desarrollar cerebros y generar su propio conocimiento, pero de forma sistémica.

Al madurar el liderazgo de las directivas, el trabajo en equipo sufre una transformación de grupos naturales de trabajo a equipos de mejora continua, dotando al personal de medios formales para implementar mejoras en su propio lugar de trabajo. Una parte del sueldo o salario de los empleados se otorga según los resultados obtenidos.

Al competir en un mercado globalizado, las empresas se enfrentan al reto de producir y vender productos de alta calidad al menor costo posible. La suma de los esfuerzos del personal y la optimización del proceso se reflejan en una reducción continua de costos que, junto con la reducción de la brecha con los clientes, traducida en ventas, refleja una mejora en las utilidades de la empresa.

La tabla 1 permite visualizar de manera resumida la evolución cronológica del concepto de calidad.

EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DE LA CALIDAD

Teniendo como base el proceso de evolución cronológica de la calidad, se observa que el concepto de calidad propiamente dicho, inicia en la etapa de la administración científica, específicamente con la aparición del control de calidad por inspección, que da comienzo formal al concepto de calidad, ya que en este punto empiezan a definirse los criterios para catalogar si un producto es bueno o malo de acuerdo con las especificaciones previamente establecidas.

La evolución del proceso de control de calidad, evidenciada por el cambio de un proceso de control realizado por inspección a todas las unidades a un proceso de control realizado con criterios y herramientas estadísticas, determina el punto de partida para la aparición de una definición formal de calidad. Esta definición de calidad puede analizarse desde dos dimensiones fundamentales: la dimensión cronológica y la dimensión conceptual, que se inicia con el surgimiento del control estadístico de calidad.

Desde el punto de vista conceptual, se pueden identificar claramente cuatro etapas del desarrollo de la calidad: control de calidad, aseguramiento de la calidad, proceso de calidad total y mejora continua de la calidad total.

Powered by CamScanner

Tabla 1. Evolución cronológica del concepto de calidad.

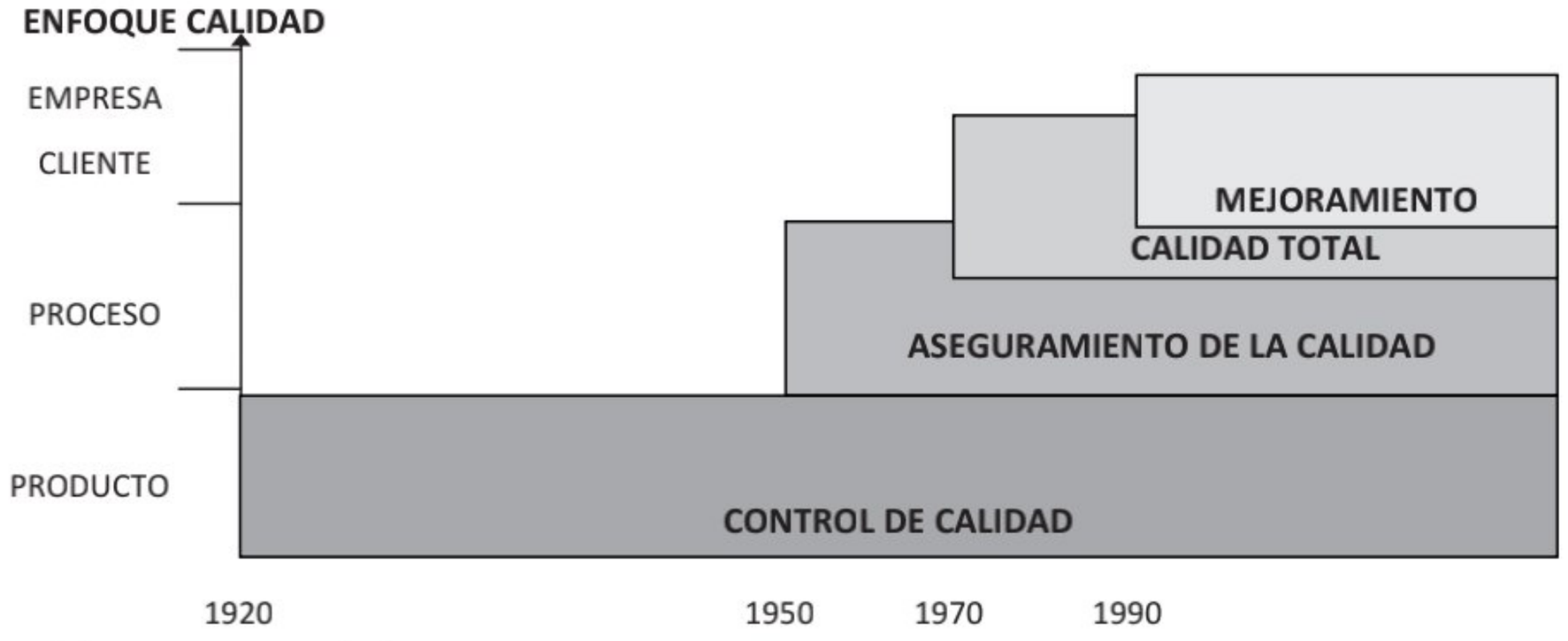
Etapa	Concepto	Finalidad
Artesanal	Hacer las cosas bien independientemente del costo o esfuerzo necesario para ello.	Satisfacer al cliente. Satisfacción del artesano, por el trabajo bien hecho. Crear un producto único
Revolución Industrial	Producir en grandes cantidades sin importar la calidad de los productos.	Satisfacer una gran demanda de bienes. Obtener beneficios.
Administración científica	Técnicas de control de calidad por inspección y métodos estadísticos, que permiten identificar los productos defectuosos.	Satisfacción de los estándares y condiciones técnicas del producto.
Segunda Guerra Mundial	Asegurar la calidad de los productos (armamento), sin importar el costo, garantizando altos volúmenes de producción en el menor tiempo posible.	Garantizar la disponibilidad de un producto eficaz en las cantidades y tiempos requeridos.
Posguerra Occidente	Producir en altos volúmenes, para satisfacer las necesidades del mercado	Satisfacer la demanda de bienes causada por la guerra.
Posguerra Japón	Fabricar los productos bien al primer intento.	Minimizar los costos de pérdidas de productos gracias a la calidad. Satisfacer las necesidades del cliente. Generar competitividad.
Década de los setenta	Sistemas y procedimientos en el interior de la organización para evitar productos defectuosos	Satisfacción del cliente. Prevenir errores. Reducción de costos. Generar competitividad.
Década de los noventa	La calidad en el interior de todas las áreas funcionales de la empresa	Satisfacción del cliente. Prevenir errores. Reducción de costos. Participación de todos los empleados de la empresa. Generar competitividad.
Actualidad	Capacitación de líderes de calidad que potencialicen el proceso.	Satisfacción del cliente. Prevenir errores. Reducción sistemática de costos. Equipos de mejora continua. Generar competitividad. Aumento de las utilidades

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Powered by CamScanner

Aunque anteriormente se evidenciaron las características de estas etapas, la gráfica 1 relaciona el desarrollo cronológico de la calidad con su desarrollo conceptual, usando un punto común para los dos: el enfoque de calidad cronológico y conceptual que se persigue

Gráfica 1. Evolución conceptual de la calidad.



Fuente: Elaboración propia de los autores

GURÚS DE LA CALIDAD

A través de la historia hay bastante que mencionar acerca de personajes estudiosos de la calidad, reconocidos mundialmente por sus aportaciones académicas de disciplinas; por eso se ha considerado relevante contextualizar la vida y obra de los gurús de la calidad para dar una visión clara y precisa de su origen, fundamentos, principios y logros. Entre los gurús de la calidad se encuentran William Edwards Deming, Joseph M. Juran, Kaoru Ishikawa, Philip Crosby, William Ouchi y Armand V. FFeigenbaum.

WILLIAM EDWARDS DEMING

Nació el 14 de octubre de 1900 en Sioux City, Iowa. Su vida se caracterizó por la pobreza y el trabajo duro; salió a trabajar cuando tenía ocho años. En la Universidad de Wyoming estudió ingeniería. Recibió un Ph.D. D. en Físicas Matemáticas en la Universidad de Yale en 1927, donde fue empleado como profesor. Durante la Segunda Guerra Mundial, Deming enseñó a los técnicos e ingenieros estadounidenses estadísticas que pudieran mejorar la calidad de los materiales de guerra. Este trabajo atrajo la atención de los japoneses. Durante los siguientes treinta años, Deming dedicaría su tiempo y esfuerzo a la enseñanza de los japoneses.

Deming fue invitado a Japón cuando su industria y economía se encontraba en crisis. Ellos le escucharon, cambiaron su forma de pensar, su estilo de administrar, su trato a los empleados. Al seguir la filosofía de Deming, los japoneses giraron su economía y productividad por completo para convertirse en los líderes del mercado mundial. El emperador Hirohito condecoró a Deming con la Medalla del Tesoro Sagrado de Japón en Segundo Grado. La mención decía:

Powered by CamScanner

"El pueblo de Japón atribuye el renacimiento de la industria Japonesa y su éxito mundial a ED Deming".

Las corporaciones estadounidenses le prestaron atención después de la transmisión de un documental por NBC en junio de 1980, que detallaba el éxito industrial de Japón. Enfrentados a una producción decadente y costos incrementados, los presidentes de las corporaciones consultaron con Deming acerca de negocios. Los principios de Deming establecían que mediante el uso de mediciones estadísticas, una compañía debía ver su funcionando para luego desarrollar maneras de mejorar dicho sistema, siguiendo los Catorce Puntos y teniendo presente los Siete Pecados Mortales.

Concepto de calidad: "Una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua"

Principales aportaciones: pionero de la calidad total (TQM, Total Quality Management), creador de sus famosos catorce puntos con los cuales las compañías estarían en posición de mantenerse a la par con los constantes cambios del entorno económico: 1. Crear constancia en el propósito de mejorar el producto y servicio 2. Adaptar la empresa a la economía en que se vive. 3. Evitar la inspección masiva de productos. 4. Comprar por calidad (no por precio) y estrechar vínculos con los proveedores. 5. Mejorar continuamente en todos los ámbitos de la empresa. 6. Formar a los trabajadores para la mejora del desempeño. 7. Adoptar e implantar el liderazgo. 8. Eliminar el miedo para que las personas den lo mejor de sí. 9. Romper las barreras entre departamentos. 10. Eliminar consignas, sustituyéndolas por acciones de mejora. 11. Eliminar incentivos y trabajo a destajo. 12. Eliminar barreras a las personas que evitan sentirse orgullosa de su trabajo. 13. Estimular a la gente para su mejora personal y 14. Aplicar el PDCA o PHVA, y evitar los siete pecados mortales.

Divulga el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), también conocido como Círculo de Deming. Es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos, también denominada "espiral de mejora continua", muy utilizado en los sistemas de gestión de calidad.

JOSEPH M. JURAN

Nació el 24 de diciembre de 1904 en la ciudad de Braila, Rumania. Es reconocido como la persona que agregó la dimensión humana para la amplia calidad; de ahí provienen los orígenes estadísticos de la calidad total.

Crea la conciencia de la crisis de la calidad, el papel de la planificación de la calidad en esa crisis y la necesidad de revisar el enfoque de la planificación de la calidad. Establece un nuevo enfoque de la planificación de la calidad. Suministra formación sobre como planificar la calidad, utilizando el nuevo enfoque, asistir al personal de la empresa para replanificar aquellos procesos insistentes que poseen deficiencias de calidad inaceptables, asistir al personal de la empresa para utilizar el dominio resultante en la planificación de la calidad de forma que se evite la creación de problemas crónicos nuevos.

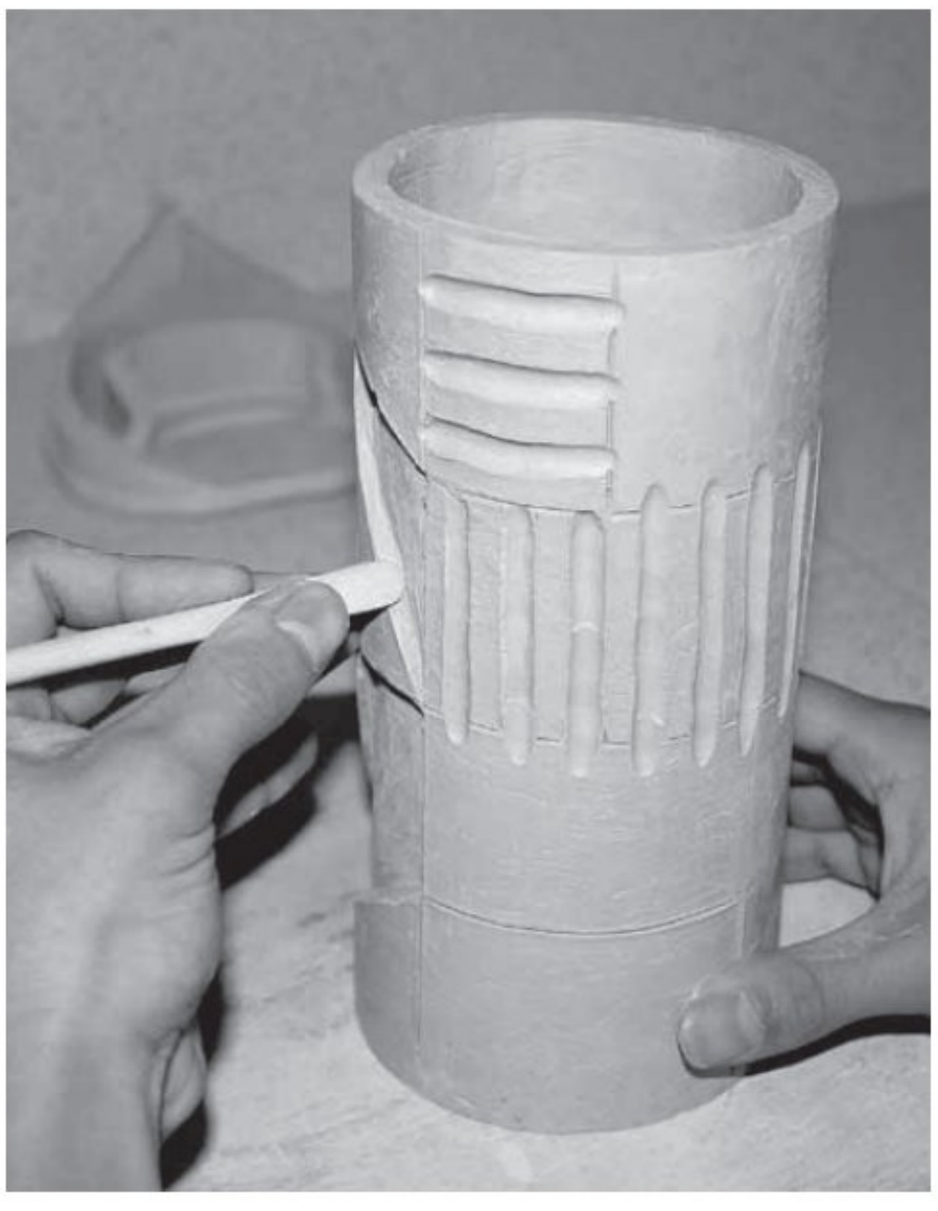
Concepto de calidad: Juran (1981) la define como la aptitud para el uso, satisfaciendo las necesidades del cliente. Ross (1999) referencia su concepto líder, administración de la calidad total (TQM), como la integración e

Powered by CamScanner

interrelación de todas las funciones y procesos en una organización para lograr el mejoramiento continuo de los productos y servicios y obtener la satisfacción del cliente.

Principales aportaciones: la trilogía de procesos de Juran, los cuales se encuentran interrelacionados:

- **Planeación de la calidad**. Es aquel proceso en el que se hacen las preparaciones para cumplir con las metas de calidad y cuyo resultado final es un proceso capaz de lograr las metas de calidad bajo las condiciones de operación.
- **Control de la calidad**. Es el que permite comparar las metas de calidad con la realización de las operaciones y su resultado final es conducir las operaciones de acuerdo con el plan de calidad.
- **Mejora de la calidad.** Es el que rompe con los niveles anteriores de rendimiento y desempeño y su resultado final conduce las operaciones a niveles de calidad marcadamente mejores de aquellos que se han planteado para las operaciones.



KAORU ISHIKAWA

Nació en Japón en 1915 y murió en 1989. Teórico de la administración de empresas japonés, experto en el control de calidad. Educado en una familia con extensa tradición industrial, Ishikawa se licenció en Química en la Universidad de Tokio en 1939. De 1939 a 1947 trabajó en la industria y en el ejército. Ejerció también la docencia en el área de ingeniería de esa universidad. A partir de 1949 participó en la promoción del control de calidad, y desde entonces trabajó como consultor de numerosas empresas e instituciones comprometidas con las estrategias de desarrollo del Japón de la posguerra. En 1952 Japón entró en la ISO (International Standard Organization), asociación internacional creada con el fin de fijar los estándares para las diferentes empresas y productos. Ishikawa se incorporó a ella en 1960 y, desde 1977, fue el presidente de la delegación del Japón. Fue además presidente del Instituto de Tecnología Musashi de Japón.

Ishikawa explicó el interés y el éxito de los japoneses en la calidad basándose en la filosofía del kanji (escritura de letras chinas), puesto que la dificultad de su aprendizaje favorece los hábitos de trabajo preciso. La base filosófica de sus ideas es de tipo roussoniano: el hombre es bueno por naturaleza y se implica positivamente con aquello que le afecta. Es por ello que Ishikawa critica el modelo productivo de Occidente, en el que el trabajador recibe un trato irrespetuoso con su dignidad humana. El

Powered by CamScanner

taylorismo y el fordismo, base técnica de los modelos occidentales vigentes en ese momento, se desarrollaban a partir de concepciones en las que el hombre es malo por naturaleza. El trabajador era reducido a un objeto desechable, a un robot que cumplía las órdenes de los jefes. Para romper esa dinámica, Ishikawa intentaba conseguir el compromiso de los obreros como personas: solamente así los trabajadores tendrían interés en mejorar la calidad y la producción.

Concepto de calidad: Ishikawa (1986) define el control de calidad (CC) como: desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el útil y siempre satisfactorio para el consumidor.

Principales aportaciones: sus siete herramientas básicas son gráfica de Pareto, diagrama de causa-efecto, estratificación, hoja de verificación, histograma, diagrama de dispersión y gráfica de control de Shewhart. El control de calidad empresarial (CWQC) enfatiza en que la calidad debe observarse y lograrse no solo en el producto sino también en el área de ventas, calidad de administración, la compañía en sí y la vida personal; conlleva a disponer de directivos con habilidades ingenieriles, de gestión de recursos humanos y directivas. Es el padre de los círculos de calidad**,** a los cuales define como pequeñas unidades de trabajo próximos que potencian el desarrollo de habilidades, trabajo en equipo y rotación.

PHILIP CROSBY

Norteamericano, fue director de calidad en la International Telephone and Telegraph ITT, donde desarrolló y aplicó las bases de su método. Estableció su modelo que llama de administración preventiva**,** modelo de dirección.



Powered by CamScanner

Otra parte interesante de su filosofía es la que dice que hay tres mitos sobre la calidad, que se describen así: **Primero:** la calidad es intangible. Por ello, se habla de alta calidad, calidad de exportación, producto bueno o malo, servicio excelente o pésimo. **Segundo:** la calidad cuesta. La falacia está por ejemplo en decir: no cuesta ensamblar bien un auto que hacerlo mal; no cuesta más surtir bien un pedido que despacharlo erradamente; no cuesta más programar bien que hacerlo mal. Lo que cuesta es inspeccionar, descubrir errores y corregirlos; lo que cuesta son las horas de computadora y el papel desperdiciado; lo que cuesta son las devoluciones de los clientes inconformes; lo que cuesta es rehacer las cartas mal mecanografiadas, etcétera. Lo costoso, realmente, son los errores y los defectos, no la calidad; por lo tanto, nunca será más económico tolerar errores que "hacerlo bien desde la primera vez", y no habrá un "punto de equilibrio" entre beneficios y costo de calidad. **Tercero:** Los defectos y errores son inevitables. Se ha convertido en costumbre aceptar los baches en las calles, los productos defectuosos, los accidentes, etcétera. ¿Será que cada día somos más mediocres?

Concepto de calidad: Crosby tiene el pensamiento que la calidad es gratis, es suplir los requerimientos de un cliente, al lograr cumplir con estos se logra cero defectos.

Principales aportaciones: creador del concepto cero defectos. Desarrolló un concepto denominado los absolutos de la calidad total, cuyos principios son: 1. La calidad se define como cumplimiento de requisitos. 2. El sistema de calidad es la prevención. 3. El estándar de realización es cero defectos. 4. La medida de la calidad es el precio del incumplimiento.

WILLIAM OUCHI

Autor de *la teoría Z*: Cómo pueden las empresas hacer frente al desafío japonés. Ouchi analiza la utilidad de aplicar el enfoque directivo japonés en el ámbito norteamericano. Motivado por conocer las causas de la productividad japonesa, inició el estudio de empresas norteamericanas y japonesas. Su objetivo básico era encontrar los principios de aplicación universal en las unidades empresariales que fuesen independientes de los principios propios de la cultura que ayudasen a determinar qué podía aprenderse de las técnicas administrativas japonesas. Según Ouchi, la productividad se logra al implicar a los trabajadores en el proceso, base de su teoría.

La conclusión principal de Ouchi es que la elevada productividad se da como consecuencia del estilo directivo y no de la cultura, por lo cual considera que sí es posible asimilar como aportaciones japonesas sus técnicas de dirección empresarial y lograr así éxito en la gestión de las organizaciones. Sin embargo, reconoce que los elementos culturales influyen en el establecimiento de una filosofía corporativa congruente con los principios de su teoría.

Concepto de calidad: para Ouchi calidad es hacer las cosas bien desde la primera vez,

Principales aportaciones: la **teoría Z** proporciona medios para dirigir a las personas de tal forma que trabajen más eficazmente en equipo. Las lecciones básicas de esta teoría que pueden aprovecharse para el desarrollo armónico de las organizaciones son: 1. Confianza en la gente y de ésta en la organización. 2. Atención puesta en las sutilezas de las relaciones humanas. 3.

Powered by CamScanner

Relaciones sociales más estrechas. Esta teoría sistematiza las diferencias culturales entre las prácticas de gestión norteamericana y japonesa.

ARMAND VALLIN FEIGENBAUM

Nació en 1922. En 1944 era el principal experto en calidad de General Electric en Schenectady, Nueva York. Obtuvo el título de posgrado académico en el Instituto Tecnológico de Massachusetts en 1951. Por ese entonces escribió su obra más importante, Total Quality Control (Control de la calidad total), hoy en su tercera edición. En 1958 fue designado ejecutivo de las operaciones industriales de General Electric en el mundo. En 1968, fundó la compañía General Systems en Pittsfield, Massachusetts, donde hoy cumple las funciones de presidente.

Plantea tres preguntas relativas al proceso de instrucción en calidad:

Primera. ¿Cuál es el alcance, la magnitud y la efectividad de la capacitación que la compañía da a los empleados para que adquieran los conocimientos y habilidades laborales específicos que se necesitan para el diseño, construcción y mantenimiento de la buena calidad? **Segunda.** ¿Cuál es el efecto neto que las influencias informales diarias en el trabajo producido por la experiencia, contactos y orientaciones tan importantes en el proceso de capacitación en calidad en una compañía, tienen en lo que el personal piensa acerca de la calidad? **Tercera.** ¿Cuál es el alcance, la magnitud y la efectividad de los esfuerzos de la compañía para instruir al personal en los conceptos modernos de calidad y en los programas y métodos del control de calidad?

Concepto de calidad: Feigenbaum (1986) la define como el resultante total de las características del producto y del servicio de mercadotecnia, ingeniería, fabricación y mantenimiento a través de los cuales el producto o servicio en uso satisfará las esperanzas del cliente. Define un sistema de gestión de calidad total como la estructura de trabajo operativo acordada, que abarca a la empresa y a la planta, documentada en procedimientos de técnicos y administrativos integrados, a fin de orientar las acciones coordinadas del personal, las máquinas y la información, de la compañía y la planta de una manera eficaz. El sistema de GCT proporciona un control permanente e integrado de todas las actividades clave, que alcanza verdaderamente a toda la organización.

Principales aportaciones: establece 19 pautas para el mejoramiento de la calidad, las cuales se enuncian a continuación: 1. Definición del control de la calidad total. 2. Calidad versus calidad. 3. Control. 4. Integración. 5. La calidad incrementa las ganancias. 6. Se espera calidad, no se la desea. 7. Los seres humanos influyen en la calidad. 8. El CCT se aplica a todos los productos y servicios. 9. La calidad abarca todo el ciclo de vida del producto. 10. El control del proceso. 11. Define sistema de GCT 12. Beneficios. 13. El coste de la calidad. 14. Organice para el control de la calidad. 15. Facilitadores de la calidad, no policías de la calidad. 16. Compromiso permanente por parte de la dirección. 17. Use herramientas estadísticas. 18. La automatización no es una panacea. 19. El control de calidad en las fuentes.

Powered by CamScanner

LA CALIDAD HOY, ¿QUÉ ESTÁN UTILIZANDO LAS ORGANIZACIONES?

Internacionalmente, las organizaciones están implementando el modelo de gestión de calidad basado en procesos, el cual enuncia que para que una organización funcione eficazmente tiene que establecer y gestionar diversas actividades relacionadas entre sí. Se denomina "enfoque basado en procesos" porque aplica un sistema de procesos dentro de la organización, la identificación e interacción de éstos, así como su gestión para producir los resultados deseados.

La figura 2 ilustra las relaciones-vínculos entre los procesos que contienen los capítulo 4 a 8 de la Norma NTC-ISO 9001:2008, donde los clientes cumplen un rol relevante para definir los requisitos como entradas. El seguimiento de la satisfacción del cliente requiere una evaluación de la percepción de éste acerca de si la organización ha cumplido cumple o no sus requisitos.

Figura 2. *Modelo de un sistema de gestión de calidad basado en procesos.*



Fuente: NTC ISO 9001,2008

Puede aplicar la metodología creada por Deming, denominada Círculo Deming, compuesta por PHVA: Planificar (establecer objetivos y procesos para obtener resultados según requisitos del cliente y políticas organizacionales), Hacer (Implementar sus procesos), Verificar (Seguimiento a procesos, productos respecto a políticas, objetivos y requisitos) y Actuar (tomar acciones para mejorar continuamente)

Considera fundamental aplicar los 8 principios que incluye, los cuales se listan a continuación: 1. Enfoque al cliente. 2. Liderazgo 3. Participación del personal. 4. Enfoque basado en procesos. 5. Enfoque de sistema para la gestión. 6. Mejora continua. 7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones. 8. Relaciones de beneficio mutuo con los proveedores.

Powered by CamScanner

CONCLUSIONES

El enfoque de calidad ha evolucionado tanto cronológica como conceptualmente desde 1920 a hoy, atravesando cuatro etapas fundamentales: control de calidad por inspección, aseguramiento de calidad, calidad total y mejora continua.

La gestión de la calidad es un constructo multidimensional sobre la cual no existe una definición comúnmente aceptada en primera instancia porque se trata de un concepto complejo, difícil de observar, difícil de medir; en segunda instancia, por la percepción incompleta que tienen los directivos de las organizaciones de los principios, prácticas, técnicas y herramientas de medición que conforman cada enfoque de la gestión de la calidad y en tercera instancia se olvidan partes muy importantes como las dimensiones cultural, estratégica y organizacional.

La construcción de enfoques ha sido el resultado de un cúmulo de conocimientos de los gurús, instituciones internacionales, estudiosos y académicos que, a partir de ideas heredadas, han generado constructos nuevos y mejorados. Asimismo se puede apreciar la magnitud de los cambios a través de la historia.

La evolución y el desarrollo de los diversos enfoques de gestión de calidad ha generado cambios sustanciales en los perfiles de las habilidades que requieren los especialistas de calidad, pues incluye funciones de tipo estadístico, competencias financieras, en gestión de recursos humanos, en estrategia y organización, habilidades como liderazgo, orden, organización, planeación operativa, planeación estratégica, control sin dejar de lado el pensamiento sistémico.

Una característica particular de los modelos de gestión de calidad es su carácter global, dado que incluye la organización completa: personas, departamentos, facultades, actividades, procesos. Todos los miembros de la organización tienen el deber de identificar, controlar y mejorar los grados de calidad bajo su responsabilidad. En consecuencia, los principios de gestión de calidad deben desarrollarse por toda la organización, lo cual se fundamenta en prácticas de gestión por procesos (no a las funciones) y en el pensamiento sistémico. Es aquí donde cobra importancia la organización horizontal, lo que implica desechar la concepción taylorista y las jerarquías verticales para adoptar un enfoque horizontal, transversal a los departamentos, facultades, divisiones y secciones. Otro concepto relevante que cobra importancia es el trabajo en equipo, el cual permite a la organización beneficiarse de las sinergias generadas por varias personas trabajando en pos de una misma meta.

Las organizaciones que aprenden (Senge, 2006) son aquellas que se basan en la idea de que hay que aprender a ver la realidad con nuevos ojos, detectando ciertas leyes que nos permitan entenderla y manejarla. Considera que todos los miembros de la organización son elementos valiosos, capaces de aportar mucho más de lo que comúnmente se cree. Son capaces de comprometerse totalmente con la visión de la empresa, adoptándola como propia y actuando con total responsabilidad. En consecuencia, son capaces de tomar decisiones, de enriquecer la visión de la organización haciendo uso de su creatividad, reconociendo sus propias cualidades y limitaciones y aprendiendo a crecer a partir de ellas. Son capaces de trabajar en equipo con una eficiencia y una creatividad renovadas.

Powered by CamScanner

BIBLIOGRAFÍA

Biografías y vidas. (s.f.) Recuperado el 3 de abril de 2009, de http://www.biografiasyvidas.com/biografia/i/ishikawa.htm

Calidad y desarrollo organizacional a través de la certificación ISO 9000. (s.f.) Recuperado el 2 de abril de 2009, de http://www.emagister.com/calidad-desarrollo-organizacional-traves-certificacion-iso-9000-cursos-1029589.htm#programa

Calidad. Un concepto cambiante. (1 de abril de 2001). Recuperado el 18 de abril de 2009, de http://www.revistavirtualpro.com/ediciones/calidad_calidad_un_concepto_cambiante-2006-04-01_5

Camisón, C., Cruz S., González, T. (2006). *Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. Madrid: Pearson.

Crosby, P. (1979). *Quality is free. The Art of Making Quality Certain*. New York: McGraw-Hill

De Fuentes, P. (1998). Evolución del concepto de calidad: una revisión de las principales aportaciones hasta su situación en el entorno competitivo actual. *Alta Dirección, 199*, pp. 204-212.

Duncan J.A. (1996). *Control de calidad y estadística industrial* (5 ed.) México: Alfaomega.

Edward Deming. (s.f.) Recuperado el 8 de abril de 2009, de http://www.admigratoria.org.ar/Biograf%C3%ADa%20de%20Edward%20Deming.htm

Emagister.com. Wikilearning (s.f.) Recuperado el 26 de marzo de 2009, de http://www.wikilearning.com/monografia/calidad_total-antecedentes/11375-1

Evans J.R. & Lindsay W.M. (2008). *Administración y control de calidad* (7 ed.) Cengage Learning.

Feigenbaum A.V. (1994). *Control total de la calidad* (3 ed.) México: Editorial Continental.

Garvin, D.A. (1988). *Managing Quality: the Strategic and Competitive Edge*. New York: The Free Press.

Gorgemans S. (mayo-junio, 1999). La calidad total y el departamento de personal. *Alta Dirección, 35*.

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC. (2008). *Implementar un Sistema de Gestión de Calidad según ISO 9001 ISBN 958-33-9032-I*. Bogotá: Icontec.

Instituto Panamericano de Gestión de la Salud. Otero Jaime I. Recuperado el 11 de abril de 2009, de http://www.gerenciasalud.com/art483.htm

Ishikawa, K. (1991). *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*. Barcelona: Norma.

Juran, J.M. (1964). *Managerial breakthrough. A new concept of the Manager's Job*. McGraw-Hill.

Juran, J.M. (1981). *Planificación y análisis de la calidad*. McGraw-Hill.

La calidad como filosofía de gestión. Biografías y aportes. Armand V. Feigenbaum (viernes, 6 de febrero de 2009). Recuperado el 16 de abril de 2009, de http://www.pablogiugni.com.ar/httpwwwpablogiugnicomarp91/

Lara Peinado, F. (1982). *Código de Hammurabi* (4 ed.) Madrid: Tecnos.

Pareja R.I. (1990). *La calidad. Eje de la empresa japonesa*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.

Penacho, J.L. (2000). Evolución histórica de la calidad en el contexto del mundo de la empresa y del trabajo. *Fórum Calidad, 116*, pp. 59-64.

Powered by CamScanner

Ross, J. E. (1999). *Total Quality Management: Text, cases and readings* (eth Edition) Londres: CRC Press.

Senge, P.M. (2006). *La quinta disciplina: cómo impulsar el aprendizaje en la organización inteligente* (2 ed.) Buenos Aires: Granica.

Shewhart, W.A. (1931). Control económico de la calidad en manufactura. New York.

Powered by CamScanner