

UNIVERSIDAD MILITAR

NUEVA GRANADA



APROXIMACIÓN AL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD (SOGCS) DESDE EL PENSAMIENTO COMPLEJO

Viviana Fernanda Meneses Romero

Artículo de Grado de Maestría en Gestión de Organizaciones

Revisado por: Profesora Ana Elsa Vargas

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

FACULTAD DE ECONOMÍA

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE ORGANIZACIONES

BOGOTÁ D.C.

2010

APROXIMACIÓN AL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD (SOGCS) DESDE EL PENSAMIENTO COMPLEJO¹

VIVIANA FERNANDA MENESES ROMERO*

Resumen

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) es una herramienta integradora en la gestión de organizaciones de salud; sus cuatro componentes se convierten en pasos claves para que estas evolucionen hacia un bienestar sostenible: en la habilitación se establecen los parámetros básicos para la prestación de servicios, la auditoria para el mejoramiento proporciona bases generales para autoevaluar los procesos y mejorarlos, por medio del sistema de información se dan a conocer los resultados generales de la gestión a los diferentes implicados y por último se encuentra el sistema de acreditación que promueve la excelencia concibiendo a la organización como un sistema complejo y por esto humaniza los servicios y personas, impacta y transforma la cultura organizacional, analiza y a fianza las interrelaciones de los servicios, emplea la comunicación como acción y transformación, tiene presente el impacto del tiempo en los procesos y es consciente de su entorno asumiendo su responsabilidad social y ambiental, logrando de este modo que las organizaciones de salud gestionen su día en torno al mejoramiento continuo, atendiendo que este no tiene fin y por ende las obliga a reiventarse cuando es necesario.

Palabras Claves: Complejidad, calidad, salud, auditoría, acreditación, organización.

Abstract

The Obligatory System for Warranting the Quality of Health (SOGCS) is an integration tool in the management of health organizations; its four components become major steps in the sustainable evolution of these organizations: in the filling out, some basic parameters are established for assistance services, the audit for improvement provides the general basis for process autoevaluation and improvement, through the information system one could get to know the general results concerning the management of different actors, and finally, the accreditation system promotes the excellence, conceiving the organization as a complex system, reason why it humanizes services and people, impacts the organizational culture, analyses different interrelationships, uses communication as action, keeps alert the impact

¹ El presente documento corresponde al Artículo de reflexión como requisito de trabajo de grado para la Maestría en Gestión de las Organizaciones de la Universidad Militar Nueva Granada.

* Economista, Universidad Santo Tomas de Aquino. Especialista en Alta gerencia, Universidad Militar Nueva Granada. Estudiante de Maestría en Gestión de las Organizaciones (UMNG). Consultora en Gestión y Mejoramiento de Organizaciones de Salud. Correo vivianamenesesr@hotmail.com

of time in the processes and it is conscious of the environment assuming its social and environmental responsibility.

Key Words: Complexity, quality, health, audit, accreditation, organization.

Introducción

Cuando se habla de organizaciones encargadas de brindar servicios de salud, no es difícil presumir la enorme responsabilidad que estas tienen, tal vez se puede pensar que una de las organizaciones más complejas que pueden existir, teniendo en cuenta la alta calificación de los profesionales y la diversidad de patologías que se pueden atender. Su cliente es la vida misma, lo más valioso que posee el ser humano que es la salud y cualquier alteración en esta generalmente tiene efectos no sólo en el paciente, sino en su familia, su trabajo, su entorno, entre otros. Al estar a disposición de la vida, se debe velar para que todos los elementos que constituyen este tipo de organizaciones estén sincronizados de tal forma que satisfagan las necesidades y expectativas de los pacientes, de los aseguradores, de los mismos colaboradores² y de la sociedad, respetando la dignidad humana y ambiental.

Como se puede observar se trabaja con innumerable cantidad de variables que no sólo son vistas desde el campo de la salud, sino que podrían estar involucradas en la sociología, la economía, la Ingeniería, la ecología y la biología, es decir que están inmersas en la complejidad. Como lo expresa Morín en su libro, “las unidades complejas como lo es el ser humano o la sociedad son multidimensionales: el ser humano es a la vez biológico, síquico, social, afectivo y racional”. (Morin, Edgar;, 2001)

Para aclarar mejor el concepto, Morín define complejidad como “un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados, un tejido de acciones, eventos, interacciones, retroacciones, determinaciones y azares, que constituyen el mundo”. (Morin, Edgar;, 1990), se podría visualizar como una red de múltiples variables y por ende múltiples posibilidades, donde es imposible eliminar la incertidumbre pero se debe aprender a convivir con ella para poder reaccionar ante los eventos emergentes. Esto da lugar a un pensamiento complejo, llevándolo al campo de las organizaciones de salud se podría hablar de un manejo integral siendo consciente que se van a tener imperfecciones y limitaciones pero que se intentarán abordar desde diferentes puntos de vista contando con un enfoque interdisciplinario.

En si mismo una organización de salud es un tejido de acciones, eventos, interacciones y determinaciones, que están sujetos no solo al saber humano y profesional sino al azar y también a la escasez de recursos propia del sistema de salud, lo cual hace aún mucho más difícil el camino a la excelencia y es entonces donde se hace necesario utilizar herramientas que estandaricen y permitan la trazabilidad de las acciones para poder emprender el mejoramiento.

² Se entiende por colaboradores todas las personas que prestan los servicios de salud.

Durante muchos años se han empleado los sistemas de calidad en las organizaciones de salud para lograr su correcto desempeño alcanzado una anhelada satisfacción para los usuarios, su familia y los colaboradores; para Donabedian “calidad significa conformidad con las normas”, él explica que tales normas no son absolutas sino que varían de una sociedad a otra y tienen tres componentes en la atención en salud: a. atención técnica, b. el manejo de la relación interpersonal y c. el ambiente físico en el que se desarrolla la atención. (Donabedian, A., 1990). Por otra parte en el decreto 1011 del 2006 se describe la calidad de la atención en salud “como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”. (Decreto 1011, 2006) pero ¿será que en realidad estos sistemas de calidad permiten ver la organización de la salud como ese tejido complejo del que se habló anteriormente?, ¿será que se tiene en cuenta la diversidad de sus partes e interrelaciones?.

El presente artículo pretende hacer una reflexión acerca del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud (SOGCS) desde el pensamiento complejo, analizando sus puntos coincidentes y permitiendo verlo como una herramienta integradora en la gestión de las organizaciones de salud que presta grandes beneficios al sistema de salud colombiano y que tiene un enfoque al usuario desde todas las perspectivas de la organización. Los componentes del SOGCS son los siguientes:

- a. Sistema único de habilitación, hace referencia al conjunto de normas, requisitos y procedimientos mínimos para garantizar a los usuarios que la organización cuenta con las condiciones de capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y financiera y la capacidad técnico administrativa para prestar los servicios de salud.
- b. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, tiene en cuenta las actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios, generando unos estándares de calidad esperada y unas acciones correctivas y preventivas para evitar desviaciones en las medidas deseadas.
- c. Sistema único de acreditación, tal como lo describe el decreto 1011 “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 EAPB³ y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso”. (Ministerio de la protección Social, 2006)
- d. Sistema de información para la calidad, hace referencia a los sistemas de información en salud generados por el ministerio de la protección social y a los diferentes actores del sistema para mantener a los usuarios y prestadores informados y motivados a mejorar la calidad de sus procesos y a orientarlos frente a inconsistencias en la prestación de los servicios.

³ EAPB, empresas administradoras de planes de beneficios

El artículo está distribuido en tres secciones, la primera hace referencia a la complejidad, la cual será la base para el análisis posterior del SOGCS, se pretende dar una idea más clara sobre la complejidad, sus sistemas y ciencias. La segunda sección corresponde a los conceptos básicos del SOGCS, abarca una descripción general de sus componentes, analizando cada uno desde el pensamiento complejo.

Teniendo en cuenta que el sistema único de acreditación es el componente más completo y exigente del SOGCS, se hace un análisis de este en la última sección, reflexionando sobre su acercamiento a la complejidad. Se debe tener en cuenta que al adoptar el pensamiento complejo para hacer la reflexión se tienen limitaciones respecto a todos los puntos a analizar ya que el tema es demasiado amplio e incluye sistemas tan robustos como lo son el ser humano y sus interacciones, sin embargo se pretende hacer un ejercicio mental que permita situarse como observador desde una óptica más abierta.

1. . Complejidad

Durante muchos años se presumió que la realidad estaba ya formada y lo que un observador hacia era tomarla, pero tal como lo dice Guzmán “lo que normalmente se ve es tan sólo el orden desplegado de las cosas, lo que aquí se llama realidad visible, pero la realidad es algo más profundo que esa trama aparente de hechos; hay un orden subyacente que opera como patrón generativo de esta realidad de segunda generación”. (Guzmán Hennesey, Manuel, 2007) .

Esto cambia la percepción de la realidad, transformandola en una creación del observador y es en este punto donde se abre un nuevo mundo de posibilidades con infinitas variables y con una incertidumbre constante, surge la necesidad de un cambio de pensamiento que elimine los paradigmas del reduccionismo y permita ir más allá de la verificación de prejuicios o pre-conceptos, es decir, la creación de una nueva racionalidad humana llamada complejidad. Como amplia Morín, “la complejidad se impone de entrada como imposibilidad de simplificar; ella surge allí donde la unidad compleja produce sus emergencias, allí donde se pierden las distinciones y claridades en las identidades y causalidades, allí donde los desórdenes y las incertidumbres perturban los fenómenos, allí donde el sujeto-observador sorprende su propio rostro en el objeto de observación, allí donde las antinomias hacen divagar el curso del razonamiento” (Morín, Edgar;, 1993).

La palabra complejo viene de la raíz latina *plectere* que significa trenzar, enlazar, tal como Mitchell expone “el campo de la complejidad en sí es un entrelazamiento de muchos campos diferentes”. (Mitchell, Melanie;, 2009) Agazzi y Montecucco afirman que el significado de complejidad no puede ser codificado por medio de una definición explícita simplemente se podría decir que es lo opuesto a la simplicidad. (Agazzi, Evandro; Montecucco, Luisa;, 2002)

Para Cillers La complejidad es el resultado de una interacción abundante y estrecha de elementos simples que sólo responden a limitada información que esta presente en cada uno

de ellos. La complejidad emerge como un resultado de los patrones de interacción entre los elementos. (Cilliers, 1998) ,

Morín dice que hay complejidad cuando son inseparables los elementos diferentes que constituyen el todo y que existe un tejido interdependiente, interactivo e interretroactivo entre el objeto de su conocimiento y su contexto, las partes y el todo, el todo y las partes, las partes entre ellas. (Morin, Edgar;, 2001)

Según esta descripción de Morin ¿podría no ser compleja una organización que presta servicios de salud?, casi que responde plenamente al concepto, puesto que la interconexión que existe entre las partes para arrojar un resultado favorable para la salud del individuo constituyen un todo sin que pierdan su singularidad y aún son inseparables para su efectividad.

Para Maldonado, “se trata notablemente, de aquellos eventos que están marcados por inestabilidades, fluctuaciones, sinergia, emergencia, autoorganización, no-linealidad, bucles de retroalimentación positiva antes que de retroalimentación negativa, equilibrios dinámicos, rupturas de simetría, en fin, aquellos que se encuentran en el filo del caos” (Maldonado, Carlos Eduardo;, 2005)

Como se puede ver no es sencillo definir complejidad, pero se acerca a un tejido de elementos en los cuales el todo no es igual a la suma de sus partes o una trama con muchas variables envueltas en la incertidumbre, donde es imposible tener un control absoluto.

Por su parte un sistema complejo es en el cual grandes redes de componentes sin un control central y con simples reglas de operación generan unos comportamientos colectivos complejos, con procesamiento de información sofisticada y adaptación a travez del aprendizaje o la evolución. Tal como lo expone García, “ en el mundo real, las situaciones y los procesos no se presentan de manera que puedan ser clasificados por su correspondencia con alguna disciplina en particular. En ese sentido, se puede hablar de una realidad compleja. Un sistema complejo es una representación de un corte de esa realidad, conceptualizado como una totalidad organizada” (Garcia, Rolando;, 2006)

Cuando un sistema tiene pocos elementos, el comportamiento de estos puede frecuentemente tener una descripción formal en terminos convencionales, pero cuando el número es suficientemente extenso, el significado no sólo llega a ser poco practico sino que puede ser incomprendible, este es el caso de los sistemas complejos, ellos cambian con el tiempo y pueden tener interacciones físicas o de transferencia de información. Para Cilliers las interacciones son fascinantes, cualquier elemento en el sistema es influenciado por un una gran cantidad de otros. El comportamiento de un sistema sin embargo no es determinado por un número exacto de interacciones asociadas con los elementos especificos. Algunas de las características de los sistemas complejos que cita Cilliers son las siguientes (Cilliers, 1998):

- a. Las interacciones son no-lineales. Un gran sistema de elementos lineales se puede resumir en uno equivalente mucho más pequeño. En la no-linearidad las pequeñas causas pueden tener grandes resultados y viceversa.

- b. Las interacciones usualmente tienen un rango bastante pequeño, la información es recibida inicialmente por los vecinos inmediatos, sin embargo, pueden existir interacciones de un rango amplio pero las limitaciones prácticas fuerzan esta consideración. Esto no impide un amplio alcance de influencia, debido a que la interacción es abundante, la ruta de un elemento a otro puede usualmente resumirse en pocos pasos. Como resultado, la influencia se gradúa a lo largo de esa trayectoria, incrementándose, suprimiéndose o alterándose de diferentes formas.
- c. Existen bucles en las interacciones. El efecto de una actividad se puede retroalimentar en ella misma, a veces inmediatamente o después de una serie de etapas intermedias. Esta retroalimentación puede ser positiva (mejoramiento, estimulación) o negativa (inhibiendo), las dos clases son necesarias. El término de este aspecto de los sistemas complejos se llama recurrencia.
- d. Los sistemas complejos operan bajo condiciones alejadas del equilibrio. Tienen un flujo constante de energía para mantener la organización del sistema y para asegurar su supervivencia. Tal como expone Maldonado, los sistemas alejados del equilibrio son altamente sensibles a las novedades o a las innovaciones, a los eventos o al azar. Pues son estos cambios los que generan dinámicas no-lineales. (Maldonado, Carlos Eduardo;, 2005)
- e. Los sistemas complejos tienen una historia, no sólo evolucionan a través del tiempo, su pasado es co-responsable de su comportamiento en el presente, por lo tanto un análisis de un sistema complejo que ignore la dimensión del tiempo está incompleto.
- f. Cada elemento en el sistema ignora el comportamiento del sistema como un todo, este responde sólo a la información que está disponible localmente. Este punto es básico porque si cada elemento sabe que está pasando en el sistema completo, toda la complejidad tendría que estar presente en ese elemento. Esto implicaría una imposibilidad física ya que un solo elemento no tiene la capacidad necesaria para que el todo esté contenido en una unidad en particular. Es necesario aclarar que en este tipo de sistemas hay siempre presencia del todo a través de sus partes, Morín en su libro afirma que tanto en el ser humano como en los seres vivos, cada célula contiene la totalidad del patrimonio genético, de un organismo policelular, La sociedad como un todo está presente en el interior de cada individuo, de su lenguaje, su saber, sus obligaciones, sus normas, de esta forma cada individuo singular, contiene de manera holográfica el todo del cual hace parte y que al mismo tiempo hace parte de él. (Morin, Edgar;, 2001)
- g. Los sistemas complejos son sistemas abiertos que interactúan con su entorno y no tienen límites definidos, su alcance es usualmente determinado por el propósito de su descripción y depende de la posición del observador. Tal como menciona García “Investigar uno de tales sistemas significa estudiar un trozo de realidad que incluye aspectos físicos, biológicos, sociales, económicos y políticos. Hay múltiples formas de abordar estos sistemas, dependiendo de los objetivos que se persigan en cada programa concreto de estudio”; para él los sistemas complejos que se presentan en la realidad

empírica carecen de límites precisos, tanto en su extensión física como en su problemática. (García, Rolando;, 2006)

Para García todo sistema abierto está expuesto a perturbaciones que pueden presentarse en diferentes escalas, estas pueden ser de carácter exógeno que corresponden a las modificaciones de las condiciones del entorno o endógeno que son los cambios de algunos de los parámetros que determinan las relaciones dentro del sistema. Si para una cierta escala de perturbaciones estas modificaciones permanecen en ciertos límites, de tal forma que no se varíe la estructura del sistema, se dice que el sistema se encuentra estable con respecto a dicha escala de perturbación, en este caso las perturbaciones son amortiguadas o incorporadas al sistema; cuando no ocurre ninguno de los dos casos, el sistema se comporta inestable y se produce una ruptura brusca en su estructura. (García, Rolando;, 2006)

Algunos sistemas tienen un comportamiento organizado que surge sin un control interno o externo, estos son llamados *auto-organizaciones* y las reglas simples que producen son llamadas emergentes. La cuestión central de las ciencias de la complejidad es precisamente el análisis del comportamiento de la emergencia en la auto-organización. (Mitchell, Melanie;, 2009)

Mitchell hace una interesante comparación entre sistemas tales como las colonias de insectos, el sistema inmunológico, el cerebro y las economías, estos son sistemas complejos que cuentan con componentes relativamente simples y con sólo una limitada comunicación entre sí y en conjunto dan lugar a comportamientos complicados y sofisticados. Mitchell muestra tres características principales en estos sistemas (Mitchell, Melanie;, 2009):

- a. Comportamiento colectivo complejo: los sistemas complejos están contruidos por grandes redes formadas por componentes individuales (como en el caso de las hormigas, las neuronas y los compradores de acciones), estos tienen acciones colectivas con un extenso número de relaciones que dan lugar a lo complejo, son difíciles de predecir, y los patrones de conducta son fascinantes.
- b. Procesamiento de la información, los sistemas anteriormente descritos producen y emplean la información y señales de sus ambientes internos y externos.
- c. Adaptación, todos estos sistemas se adaptan, ajustan su comportamiento para mejorar sus posibilidades de supervivencia o el éxito a través del aprendizaje o de los procesos evolutivos.

El estudio de los sistemas complejos integra a las ciencias de la complejidad, que como explica Maldonado “es el modo como se designan diversos modelos explicativos, teorías, conceptos y categorías, caracterizados por rasgos diversos como no-linealidad, autoorganización, emergencia, disipación, inestabilidades, fluctuaciones, evolución, en fin, cambios súbitos, irreversibles y sorpresivos”. (Maldonado, Carlos Eduardo;, 2005) A continuación se describirán algunas de las ciencias de la complejidad:

- a. *Termodinámica del no-equilibrio.* cuando se habla de sistemas en equilibrio termodinámico, se hace referencia a aquellos que no experimentan cambios en su estado cuando están sometidos a diferentes condiciones de su entorno. Los sistemas en equilibrio son cerrados y sólo perciben entornos inmediatos, pues es irrelevante que puedan ver más allá porque el horizonte lejano es igual al cercano o inversamente, es decir, el entorno inmediato contiene su horizonte. En el caso de los sistemas complejos, existen señales que recorren todo el sistema y provienen de lugares lejanos, el sistema es sensible a estas y dicha sensibilidad les imprime dinámica, de tal forma que no se puede hablar de un equilibrio.

Cronológicamente la termodinámica de no-equilibrio es la primera de las ciencias de la complejidad, esta fue desarrollada por I. Prigogine⁴. Tal como lo describe Maldonado la termodinámica está articulada en torno a tres conceptos, la irreversibilidad, las estructuras disipativas y la importancia y el carácter mismo del tiempo. El núcleo de la termodinámica está dada por la irreversibilidad, la cual revela que los sistemas dinámicos se encuentran lejos del equilibrio, y por ello la flecha del tiempo ya no conduce a una muerte sino que se observa la estructura del tiempo cada vez más compleja, el tiempo implica creación y es en este instante cuando el conocimiento humano descubre su incapacidad para predecir el futuro de un sistema complejo. (Maldonado, Carlos Eduardo;, 2005)

- b. *El caos*, para Sardar & Abrams consiste en un tipo de orden sin periodicidad o el estudio cualitativo de la inestabilidad de los sistemas dinámicos no-lineales (Sardar, Ziauddin; Abrams, Iwona;, 2005). La teoría del caos fue desarrollada inicialmente por E. Lorenz⁵, él expone que las cadenas de sucesos a través de las cuales surge el caos a partir de la regularidad o la regularidad a partir del caos, son aspectos esenciales en los sistemas dinámicos. Puede presentarse que un leve cambio en algún elemento produzca un cambio significativo en el sistema total, de estacionario a periódico, o de estacionario periódico o cuasi-periódico a caótico. Él afirma que hasta el mismo caos puede cambiar abruptamente a un caos con una complicación mayor o menor, estas alteraciones son conocidas como bifurcaciones. (Lorenz, Edward Norton;, 2000) .

Para Maldonado, el núcleo de estudio y de trabajo en el caos consiste en la búsqueda y en la identificación de atractores extraños, él dice que esta labor tiene gran dificultad e importancia teórica y práctica pero deja muchas dudas. El estudio cualitativo de comportamientos inestables en un sistema dinámico no-lineal se muestra como un asunto con serias implicaciones teóricas que pueden ser entre otras científicas y filosóficas e implicaciones prácticas como por ejemplo políticas, económicas, sociales, militares, entre otros, es interesante ver en el caos una teoría que tiene serios alcances y repercusiones prácticas, esto no se presentaba en la ciencia clásica. (Maldonado, Carlos Eduardo;, 2005)

⁴ Ilya Prigogine, físico, químico, sistémico y profesor universitario belga, obtuvo el premio nobel de química del año 1977.

⁵ Edward Norton Lorenz, físico y matemático estadounidense, introdujo el concepto de atractores extraños y efecto mariposa, se considera el pionero en el desarrollo de la teoría del caos.

Rojí afirma que el caos trata de situaciones como la turbulencia que rápidamente se convierte en inmanejable, mientras que la complejidad trata sistemas compuestos por muchos agentes en interacción, con una conducta que no es predecible pero es manejable, según esto la teoría del caos es un subconjunto de la teoría de la complejidad. (Rojí Ferrari, 2006)

- c. *La geometría de los fractales*, El concepto de fractal apareció inicialmente en las matemáticas y se refirió a algunos de los objetos geométricos obtenidos por procedimientos de iteración, después B. Mandelbrot⁶ define los fractales como objetos geométricos que satisfacen dos condiciones inseparables: la estructura de la autosimilaridad y la dimensión fractal (es decir, no integral o no entero). (Szempli, Wanda; Stupnicka, Ska., 2003)

Existen diversos tipos de fractales, los más empleados según Maldonado implican azar. La autosimilitud consiste en el rasgo más destacado del estudio de los fractales, esta propiedad significa que a niveles menores un mismo objeto se parece a sus partes de mayor tamaño o viceversa, según esto, una relación fractal hace referencia a una medida cuantitativa de la autosimilitud. Una relación entre la geometría de fractales y la complejidad es la multiescalaridad o la invarianza por el cambio de escala, esto significa que una vez se reconoce la especificidad de la dimensión fractal, los cambios de escala enriquecen al objeto y al observador⁷. (Maldonado, Carlos Eduardo., 2005)

- d. *Teoría de las catástrofes*, es elaborada en el lenguaje de la topología y fue desarrollada por René Thom⁸, una noción clave de la topología que se expresa sobre el cambio abrupto es el concepto de equivalencia topológica en el que dos objetos se dice que son equivalentes si comparten ciertos atributos esenciales, independientemente de sus otras diferencias. (Rich, David Z., 2001).

Según Maldonado, la teoría de las catástrofes se inicia en la matemática, teniendo en cuenta que esta no es matemática. Thom resalta que la entidad primitiva es lo que el observador percibe pero como pueden existir varios observadores sobre un mismo fenómeno, el problema consiste en hacer una síntesis de las diferentes versiones que tenga cada uno de estos, a esta labor se le conoce como teoría de las catástrofes y es cualitativa. El tema grueso de esta teoría son las transiciones orden/desorden que corresponde a la forma en la que se designa el objeto de trabajo en las ciencias de la complejidad. La teoría ofrece una metodología que permite en cierta parte enfrentarse a problemas de carácter filosófico con métodos de carácter geométrico y científico, teniendo como base técnicas de la topología diferencial y de la geometría diferencial. (Maldonado, Carlos Eduardo., 2005)

⁶ Benoît Mandelbro, matemático polaco, fue uno de los primeros científicos en emplear la computadora para el análisis de la geometría fractal.

⁷ Los cambios de escala de un fenómeno no generan modificaciones sustanciales ni en el fenómeno ni en la observación del mismo.

⁸ René Thom, Matemático francés, además del desarrollo de la teoría de las catástrofes, se le atribuye el concepto de cobordismo en la topología diferencial.

e. *Las lógicas no clásicas*, son lógicas de sistemas abiertos. Maldonado afirma que la lógica clásica hace énfasis en las teorías, modelos y explicaciones de corte hipotético-deductivo, en las no clásicas la deducción no es el fundamento de los temas de trabajo ni problemas sino que se basan en temas, conceptos y problemas que fueron dejados de lado por parte de la lógica clásica, algunos de estos temas hacen referencia al tiempo, la intuición, los conceptos de relevancia y la incertidumbre. El autor presenta algunos tipos de lógicas no clásicas: (Maldonado, Carlos Eduardo, 2005)

- *Lógicas paraconsistentes*, en estas se reconoce la importancia de la inconsistencia, las paradojas o las aporías⁹.
- *La lógica de la relevancia*, esta se preocupa por constituir una alternativa a la lógica clásica en la formalización del discurso ordinario, busca la manera de establecer lenguajes naturales a partir del reconocimiento de los contextos del propio lenguaje.
- *La lógica modal*, consiste en las modalidades de verdad y falsedad, que son: la necesidad, la posibilidad, la contingencia y la imposibilidad, de esta forma ya no se trabajan sólo los conceptos de verdad y falsedad como en la lógica clásica, se asume la importancia de la modalidad de los mismos.
- *Las lógicas polivalentes*, su preocupación es establecer como qué y cómo existe un campo fronterizo entre la verdad total y la total falsedad.
- *La lógica temporal*, su tarea radica en determinar como el tiempo modifica el valor de las proposiciones.
- *La lógica cuántica*, el problema de esta es determinar que esta es la base del mundo empírico.

Después de haber realizado un vistazo general de la complejidad y sus ciencias, se podría afirmar que en un mundo marcado por un futuro incierto, el problema central que generan las ciencias de la complejidad es el de las acciones que hay que emprender y aceptar que el futuro nunca está dado.

2. Componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS)

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) tal como lo indica el decreto 1011 del 2006 “es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y

⁹ Aporía, hace referencia a los razonamientos en los cuales surgen contradicciones o paradojas irresolubles.

mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” (Ministerio de la protección Social, 2006)

El SOGCS debe cumplir con las siguientes características: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. La accesibilidad es la disponibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que ofrece el sistema. La oportunidad corresponde a la posibilidad que tiene el usuario de que se le presten los servicios requeridos justo a tiempo y sin retrasos. La seguridad hace referencia a todos los elementos, herramientas, procesos y metodologías empleadas para garantizar la minimización del riesgo de un evento adverso. La pertinencia tiene que ver con la utilización inteligente de los recursos cuando se presta el servicio al usuario, logrando tener beneficios mayores a los posibles efectos secundarios ocasionados en el paciente. Finalmente, la continuidad corresponde al grado en que los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basadas en el conocimiento científico. (Ministerio de la protección Social, 2006)

El SOGCS inicia con la habilitación que corresponde a la definición de los principios básicos y mínimos de calidad, desde este punto se refleja la información general en el sistema de información para la calidad, luego continúa con la auditoria que hace referencia al monitoreo y la búsqueda de acciones preventivas y correctivas para lograr un mejoramiento continuo, el último paso es el logro de la excelencia mediante la acreditación.

El SOGCS aplica para entidades prestadoras de salud IPS¹⁰, EPS¹¹, servicio de transporte asistencial de pacientes, prestadores de servicio de salud, entidades de medicina prepagada, entidades de salud departamental, distrital y municipal y fuerzas de salud militares y de policía. En la presente sección se describirá de forma general los tres primeros componentes del SOGCS, reflexionando si tienen en cuenta la complejidad de la organización de salud.

2.1. El sistema único de habilitación

Tal como se expresa en la guía práctica para la habilitación y certificación de prestadores de servicios de salud,” La atención en salud hace referencia al suministro de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, por medio de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (Secretaría de salud de Bogotá., 2008), Este sistema considera nueve estándares suficientes para mitigar los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios al prestar el servicio.

Para implementar el sistema, se requieren una serie de procedimientos documentales, como lo son: la resolución para el ejercicio de la profesión y ocupaciones del área de la salud, el

¹⁰ IPS, Instituciones Prestadoras de Salud

¹¹ EPS, Entidad Promotora de Salud

certificado de inscripción, la habilitación o inscripción de servicios de salud, la radicación de novedades, los distintivos de habilitación, el certificado de habilitación, el licenciamiento de equipos, fuentes y materiales generadores de radiaciones ionizantes y el carné de radioprotección.

Adicional a la documentación se exige el cumplimiento de los nueve estándares de habilitación, a continuación se describen de forma general: (Secretaría de salud de Bogotá., 2008)

1. *Recurso humano*, se exige a los prestadores de salud, tener soporte del proceso de selección del personal incluyendo entre otros la verificación de los títulos de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliares, antes de la contratación. Adicional a lo anterior se requiere: el establecimiento de las necesidades de personal, el análisis de estructuración de los cargos, la captación, convocatoria y/o reclutamiento del personal, el análisis de las hojas de vida, la evaluación de los candidatos, la definición de la contratación, la incorporación, inducción, entrenamiento y capacitación.

El primer punto a analizar está en la idea de ver al hombre como un recurso, cuando es claro que el talento humano es el capital más importante que tiene la organización, es la esencia de su sostenibilidad. Tal como menciona Etkin, “la organización no existe sólo en función de eficacia de sus estrategias y políticas. No basta con obtener recursos crecientes, porque ellos deben ser procesados de tal forma que sirvan al conjunto”, él explica que toda organización tiene rasgos de complejidad porque no opera en un entorno estable y previsible, está formada por muchos actores con diversidad de fines, generando movimientos en su interior que no siempre apuntan hacia los objetivos. (Etkin, Jorge;, 2005) Por esta razón la gestión del talento humano es indispensable y no es suficiente con tener en cuenta el proceso de selección sino las acciones necesarias para contar con colaboradores motivados con su remuneración y en su operación, estos deben estar en aprendizaje continuo.

Al no hablar de talento humano, no se toca el concepto de cultura organizacional, tal como lo mencionan Galvis, Calderón y Torres, en un entorno cambiante la adaptabilidad y el aprovechamiento de las mejores oportunidades por parte de las organizaciones, la racionalización de sus actividades y el incremento de su productividad, derivan de la capacidad de sus empleados y de su actuación cooperativa. La cultura es precisamente la forma en que se hacen las cosas en la organización, la serie de normas y valores (implícitos y explícitos) que respaldan los comportamientos y generan el ambiente o clima mental en el que se desarrolla la convivencia del grupo. Al omitir estos conceptos no se está aceptando la complejidad de la organización. (Galvis, Sandra Milena; Calderón, Gregorio; Torres, Karen;, 2006)

En este estándar también se mencionan los convenios de docencia servicio pero no se tiene en cuenta la innovación, desaprovechando la oportunidad de obtener grandes beneficios de la academia en las organizaciones de salud, mediante la investigación continua y la generación de ideas de mejoramiento.

2. *Infraestructura, instalaciones físicas y su mantenimiento*, las instalaciones físicas y su mantenimiento en las IPSs y en los servicios de los profesionales independientes deben tener características de localización geográfica, estructura, materiales, condiciones mínimas de tamaño, ubicación física interna, acceso, funcionalidad, condiciones de mantenimiento y condiciones higiénicas sanitarias apropiadas para la prestación de los servicios de salud ofrecidos. (Secretaría de salud de Bogotá., 2008)

Este estándar no contempla el entorno de la organización, no incluye las investigaciones sobre tecnología existente en el mercado a nivel global. Puede que con la tecnología actual la organización logre prestar la atención en salud, pero dar un vistazo al entorno le permitirá tener una visión más clara de los aspectos que debe mejorar o funcionalidades nuevas que ya existen y se podrían adaptar a sus necesidades.

3. *Dotación y mantenimiento*, este estándar trata sobre el inventario de los equipos, programa de mantenimiento preventivo y calibración, controles de calidad para los equipos y calidades del personal del mantenimiento de los equipos. No se contempla la trazabilidad en el mantenimiento, manejo de indicadores de fallas presentadas, manejo de materiales, entre otros factores que podrían afectar los diferentes proceso donde se involucra esta parte física.
4. *Medicamentos y dispositivos médicos-gestión de medicamentos y dispositivos*, en este estándar se exige a la organización de salud tener un listado de medicamentos y de dispositivos médicos, debe llevar un registro del proceso definido para la adquisición, almacenamiento, transporte y entrega de los principales medicamentos y dispositivos médicos para uso humano que se utilicen en la prestación del servicio asistencial, adicionalmente incluye la verificación del registro INVIMA y del programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia. (Secretaría de salud de Bogotá., 2008)
5. *Procesos prioritarios asistenciales*, en este estándar se tienen en cuenta las guías clínicas de atención escritas para las patologías que constituyen las primeras diez causas de consulta o de egreso para IPS, o para prestadores independientes las cinco primeras causas de morbilidad¹² reportadas en sus servicios.

La guía clínica de atención es un conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Incluye objetivos, alcance, población objeto, recomendaciones y un flujograma. Estas se deben actualizar periódicamente, divulgar, capacitar, retroalimentar y aunque no es obligatorio se pueden basar en la evidencia. Se puede observar que la exigencia implica sólo una parte documental lo que puede generar información de papel, más nunca una cultura de calidad.

¹² Morbilidad, se refiere a la cantidad de personas o individuos que son considerados enfermos en un espacio y tiempo determinado, es un dato estadístico.

Para que este estándar sea funcional debe hacer parte de la gestión del conocimiento, donde las guías, manuales, procedimientos y otros documentos puedan ser herramientas útiles dentro de la organización siempre y cuando sean aceptados, adaptados y asimilados en la operación real y en su cultura organizacional y sean retroalimentados por medio de las lecciones aprendidas, de lo contrario se pueden convertir en una serie de documentos que sólo se presentan al sistema de habilitación y que no se incorporan a la organización, esto genera desgaste y no aporta ningún valor. Adicionalmente existe la paradoja entre la estandarización de los procesos y la generación de ideas innovadoras ya que se tiene el riesgo de reprimir las nuevas ideas frente a la obligación de seguir una pauta en las actividades.

6. *Historia clínica y registros asistenciales*, la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. (Ministerio de Salud, 1999)

Por su parte los registros asistenciales corresponden a los datos que se obtienen de las atenciones de consulta, procedimientos, hospitalizaciones, atenciones de urgencias y acciones de promoción y prevención. En este estándar se tienen en cuenta los requisitos para el manejo y uso de la historia clínica y de los registros asistenciales.

7. *Interdependencia de servicios*, esta se aplica a las IPSs y se fundamenta en la necesidad de que estas instituciones según los servicios que oferten, tengan las condiciones de apoyo asistencial requeridas para una adecuada prestación. En este punto no se evidencia un mecanismo claro para medir la sinergia entre cada uno de los procesos y su mejora a través del tiempo.
8. *Referencia y contrareferencia*, este tiene un amplio campo de acción que va desde las actividades de interconsulta interinstitucional o entre profesionales independientes para la valoración y/o manejo de pacientes de atención electiva en consulta ambulatoria u hospitalaria, pasando por el campo de las remisiones que se realicen de los procesos de la telemedicina y la referencia urgente de los pacientes. En este estándar se tiene en cuenta el proceso para hacer las remisiones de los usuarios a determinada institución porque el evento supera la capacidad técnica científica del prestador, más no se plantea el seguimiento a las referencias y contrareferencias para identificar si existen mecanismos de control y prevención y mejorar la atención en situaciones de emergencia.
9. *Seguimiento a riesgos en la prestación de servicios*, este estándar busca incentivar a las organizaciones de salud a implementar un proceso de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes a la prestación de sus servicios. Para el desarrollo de este estándar la norma establece los siguientes riesgos: los generales inherentes al tipo de servicio que presta, los relacionados con el cumplimiento de las características del SOGCS y los específicos para cada uno de los servicios que los prestadores ofertan.

Frente a este estándar se establecen dos observaciones, la primera es que no se evidencian los planes de mejora ni la gestión del riesgo y la segunda es que no se están incluyendo otro tipo de riesgos como los sociales, ambientales e incluso los éticos, es decir, no se está asumiendo a la organización como un sistema complejo

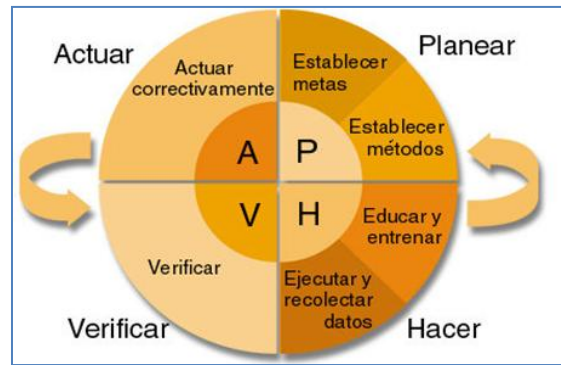
Para las IPSs se incluye un ítem especial dentro del sistema único de habilitación que corresponde a las condiciones de capacidad técnico administrativa y de suficiencia patrimonial y financiera, donde se incluyen temas de constitución de la organización, aspectos legales, contables y una serie de indicadores del patrimonio, de obligaciones laborales, entre otros.

Después de tener un poco más de claridad del sistema único de habilitación se podría afirmar que simplemente busca suplir las condiciones básicas para que un prestador de servicios de salud pueda operar, sin embargo se queda corto frente a la complejidad de la organización, no contempla una estrategia clara, los colaboradores son tenidos en cuenta como recursos, no se evidencia la gestión del talento humano ni del conocimiento, no genera mecanismos de acción frente a los eventos emergentes del entorno y siempre trata de satisfacer al usuario pero no explora su naturaleza humana. Adicionalmente, el sistema exige un gran número de documentos que de no ser articulados correctamente dentro de los procesos, se pueden convertir en algo no funcional para la organización

2.2. Auditoría para el mejoramiento

La auditoría que contempla el SOGCS es una herramienta de la gestión de la calidad y a su vez de la gestión gerencial, es integral, con un enfoque sistémico y tiene como bases el mejoramiento continuo y la atención centrada en el cliente. Esta combina diferentes mecanismos y técnicas que en última instancia, están articulados por la capacidad que tenga el auditor de ver la relación entre el uso de los recursos y el impacto en el desempeño de la organización. (Ministerio de la protección social; Programa de apoyo a la reforma de salud; Unión Temporal Instituto de ciencias de la Salud; CES, centro de gestión hospitalaria, 2007) Las etapas generales de la auditoría se encuentran reflejadas en el ciclo PHVA. Ver figura 1:

Figura 1. Ciclo PHVA, Extraído de la guía básica para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud (Ministerio de la protección social; Programa de apoyo a la reforma de salud; Unión Temporal Instituto de ciencias de la Salud; CES, centro de gestión hospitalaria, 2007)



- a. *Planear*, en esta etapa se realiza un diagnóstico, para esto se definen los procesos prioritarios de la auditoría, identificando el “que” del frente de la auditoría, posteriormente se definen las herramientas a emplear que constituyen el “como”. El contemplar sólo los procesos prioritarios y por separado va en contra del pensamiento complejo donde el todo no es igual a la suma de las partes.
- b. *Ejecutar*, se analiza el propósito de la auditoría en los procesos prioritarios y en los sistemas de los cuales hacen parte, para comprobar que se cumplan los objetivos iniciales. Se pretende detectar y manejar los factores de riesgo que pueden afectar el sistema.
- c. *Evaluar*, en esta etapa se emplea la retroalimentación que muestra como los actos pueden reforzarse o contrarrestarse entre sí. La guía básica para la implementación afirma que “la auditoría debe considerarse más bien como una función de un sistema que hace posibles la autointerpretación, la autointervención y el autodiseño de un sistema viable”.
- d. *Hacer*, Se revisa periódicamente que las mejoras hayan sido aplicadas para medir el mejoramiento continuo de la calidad.

Para aterrizar el modelo de la auditoría en las organizaciones de salud, se emplea el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), el desarrollo de este se resume en la ruta crítica que contempla los siguientes pasos:

- a. *Autoevaluación*, hace referencia a un diagnóstico básico de la organización detectando aspectos que están fallando y son relevantes para la calidad de la atención al usuario. El grupo de trabajo conformado para hacer la autoevaluación está integrado por la gerencia, el equipo directivo, la auditoría, el control interno y el comité de mejoramiento de la calidad. La autoevaluación se hace cuando se va a implementar por primera vez la auditoría de mejoramiento de la calidad en la atención en salud en la institución, si el programa ya se encuentra estructurado, la autoevaluación se hace como cierre del ciclo gerencial PHVA y determinar un nuevo ciclo de mejoramiento.
- b. *Selección de procesos a mejorar*, se hace un inventario general de todos los procesos a mejorar. Estos se determinan teniendo en cuenta la cadena de valor de la institución y diferentes fuentes de información como lo son: oficinas de quejas y reclamos, la voz del cliente, acreditaciones o sistemas de calidad, indicadores trazadores de calidad,

informes de aseguradores, informes de entes de control, satisfacción del cliente, indicadores históricos de gestión y la competencia (bench marking). En esta parte se considera importante atacar los procesos que contienen la causa raíz de los problemas de calidad no aquellos que contribuyen a los síntomas.

- c. *Priorización de procesos*, puede ocurrir que se tenga un inventario con demasiados procesos a mejorar cuando la organización no cuente con la capacidad de trabajarlos simultáneamente, en este caso se debe asignar una prioridad a cada proceso. Para tomar una decisión se emplean diferentes metodologías teniendo siempre como punto de partida los factores críticos de éxito que tal como lo expresa la guía básica para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud, “son aquellos aspectos o variables que si todos los miembros de la institución contribuyen a cumplir, permitirán el logro de los objetivos y metas institucionales”. (Ministerio de la protección social; Programa de apoyo a la reforma de salud; Unión Temporal Instituto de ciencias de la Salud; CES, centro de gestión hospitalaria;, 2007).
- d. *Definición de la calidad esperada*, en esta etapa se busca establecer la meta a alcanzar para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, la forma como se espera que se realice y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados. Los encargados de esta definición son: el nivel directivo, los responsables de los procesos prioritarios y quienes tienen a cargo el proceso de auditoría.
- e. *Medición inicial del desempeño de los procesos*, hace referencia a la planeación y ejecución de la auditoría, en esta se tienen en cuenta sus objetivos, su alcance, la definición de las fuentes de información, el diseño y prueba de las diferentes herramientas que la soportaran, la programación de su equipo ejecutor, su respectivo cronograma y otros aspectos administrativos necesarios.
- f. *Plan de acción para procesos*, en esta etapa se obtienen los insumos necesarios para el desarrollo del plan de mejoramiento tales como: actividades definidas, responsables, tiempos estimados, lugares, motivos y formas como se desarrollan, estos deben reflejar la manera de cerrar las brechas entre la situación actual de la organización y a donde pretende llegar.
- g. *Ejecución del plan de acción*, esta etapa de la auditoría tiene como función hacer seguimiento a la ejecución del plan de acción. En este punto es básico el manejo de la comunicación y el lenguaje, como se transmiten las ideas desde lo planeado hasta el hacer y la retroalimentación.
- h. *Evaluación del mejoramiento*, como elemento del seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos.
- i. *Aprendizaje organizacional*, se podría decir que este es el elemento clave para que la auditoría se incorpore dentro de la cultura organizacional llegando al tan anhelado

autocontrol, sin embargo al no haber la exigencia de la comprobación de los resultados emitidos y no tener una estrategia definida para la gestión del conocimiento, este punto puede que también se quede en el papel.

La auditoria del mejoramiento implica un avance con relación al sistema de habilitación, sin embargo, reflexionando desde el pensamiento complejo se podría decir que aún no se acepta a la organización de salud como un sistema vivo porque no tiene en cuenta su movimiento constante, producto del tiempo como acción y de sus interrelaciones con sus partes, con el todo y con su entorno, no contempla al talento humano sino un recurso más y de esta forma no puede gestionar su conocimiento y encaminar todos sus esfuerzos al objetivo organizacional. Adicionalmente, al restringir su alcance a sólo unos procesos y al no exigir resultados demostrables la auditoría se puede convertir en sólo un requisito más del sistema de calidad alejado del diario vivir de la realidad compleja.

2.3.Sistema de información para la calidad

Mediante la resolución 1446, se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del SOGCS. La implementación del sistema de información tiene como objetivos: llevar el seguimiento y evaluación de la calidad en la atención en salud, ser una fuente de información y ofrecer insumos de referenciación por calidad entre las diferentes instituciones. El sistema de información maneja tres niveles de operación: (Ministerio de la protección social, 2006).

- a. *Nivel de monitoria del sistema*, este hace referencia a la monitoria que ejercen entes de control como la superintendencia nacional de salud (SNS) o las direcciones territoriales de salud (DTS) al sistema de calidad de la organización. Por medio de un anexo técnico de la resolución 1446 del 2008 se dan a conocer los diferentes indicadores estipulados para el monitoreo en las IPSs y EAPBs¹³ y las fichas técnicas de los mismos.

Los indicadores que se tienen en cuenta incluyen los dominios accesibilidad, calidad técnica, gerencia del riesgo y satisfacción o lealtad (ver anexo1). Frente a estos se tienen los siguientes cuestionamientos:

- ¿En qué dominio se da a conocer a los usuarios y entes de control que la institución cuenta con un talento humano competente, motivado y comprometido? No existe ningún dominio para el talento humano de la institución, que como se ha visto es el capital más importante de la organización y quien brinda el valor agregado a ella
- ¿Será que con estos cuatro dominios se puede tener un control suficiente a la organización y a su interacción con el entorno?. No se evidencia una medida para el impacto ambiental, bioético y social de la organización.

¹³ EAPB, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

- ¿El indicador de proporción de quejas resueltas en quince días que se encuentra dentro del dominio de satisfacción o lealtad realmente aporta valor al sistema de calidad de los servicios de atención en salud? Se podría pensar que lo que se debe buscar es la reducción de estas por medio de la optimización de sus procesos y recursos.
 - ¿Dónde se observan las interrelaciones de los diferentes indicadores?, pareciera que los indicadores se tomaran de forma aislada cuando al revisar sus interacciones se podrían encontrar diferentes patrones de comportamiento que permitirían visualizar la calidad de la organización de forma integral.
 - ¿Será que con los indicadores de promoción y prevención se puede garantizar que el proceso este siendo efectivo en la reducción de enfermedades?, para esto se debería analizar las diferentes relaciones entre las actividades de PYP¹⁴ y la tasa de ocurrencia de ciertas patologías o eventos de los usuarios de la institución.
 - ¿Cómo se motiva la parte de innovación y desarrollo dentro del sistema?, Se debería plantear un sistema de incentivos para los prestadores que generen ideas o nuevos procesos que impacten en el sistema de calidad en salud.
- b. *Nivel de monitoria externa*, se aclara que los diversos actores del SOGCS pueden proponer e implementar indicadores adicionales a los registrados en el anexo técnico, según esto cada organización podría ampliar su alcance tomando nuevos indicadores y manejando su complejidad según sus necesidades.
- c. *Nivel de monitoria interna*, se refiere al seguimiento que hace la organización a los diferentes indicadores exigidos por la norma. Sería interesante saber como la organización puede medir sus niveles de autocontrol.

3. Sistema único de acreditación en salud.

Tal como se expone en el decreto 1011 del 2006, “el sistema único de acreditación 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 EAPB¹⁵ y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso”. (Ministerio de la protección Social, 2006)

El sistema único de acreditación está articulado perfectamente con los otros tres componentes del SOGCS, con la habilitación se garantiza la prestación de un servicio

¹⁴ PYP, promoción y prevención

¹⁵ EAPB, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

evitando riesgos inaceptables dentro del sistema, la auditoria sirve para monitorear el logro de los objetivos, visualizando las diferentes desviaciones que se presenten y generando acciones de mejora, la acreditación busca la excelencia en el desempeño, es por esto que es la más completa de los cuatro componentes. Finalmente el sistema de información expone los tres componentes a los diferentes involucrados (entes de control, usuarios, organizaciones prestadoras de salud, colaboradores de la organización, etc.). (Ministerio de la protección social; ICONTEC; Centro de gestión hospitalaria;, 2007)

Se puede decir que la acreditación en salud es una estrategia de mejoramiento orientada al actuar, permitiendo hacer tangible la calidad, asumiéndola en todos sus procesos, en su cultura, creando conciencia de la complejidad de la organización y apuntando hacia su sostenibilidad.

El sistema único de acreditación está regido por tres principios, el primero es la confidencialidad donde se garantiza la protección de la información que las organizaciones suministran, el segundo corresponde a la eficiencia por medio de la cual los procesos que se desarrollan dentro del sistema velan por dar el mejor uso a sus recursos, el último principio es la gradualidad la cual indica que el nivel de exigencia de los estándares se irá incrementando con el paso del tiempo, buscando siempre un mejor resultado.

El ente encargado de acreditar las organizaciones de salud colombianas es el ICONTEC¹⁶ pero un punto importante a tener en cuenta es que estas pueden ser competitivas a nivel global ya que el modelo incluye la estandarización internacional de los parámetros colombianos mediante el proceso de evaluación contra los estándares ISQua¹⁷, la Sociedad Internacional de Calidad en Salud y su Federación Internacional de Acreditación.

El proceso de acreditación es voluntario, sin embargo la fase de preparación es obligatoria para las entidades públicas. Adicionalmente es periódico ya que no es único en el tiempo y por lo tanto la organización debe demostrar sostenimiento y mejoramiento continuo. En esta se debe resaltar una de las características de la complejidad que es el impacto que el tiempo da a las diferentes variables, lo cual es contemplado en el SOGCS viendo la organización como un sistema abierto que evoluciona en el tiempo.

El sistema único de acreditación contempla un proceso de evaluación tanto interna como externa, en la primera se tiene en cuenta la creación de varios equipos interdisciplinarios organizacionales, la revisión, análisis y calificación de los diferentes estándares, identificando las fortalezas y debilidades de la entidad y generando planes concretos de acción. Por su parte la auditoría externa tiene como objetivo confrontar las percepciones de los equipos de trabajo con los hallazgos de los expertos externos. De esta forma se puede decir que la realidad organizacional es vista desde muchos puntos diferentes aceptando y asumiendo su complejidad.

3.1. Etapas del sistema único de acreditación en salud.

¹⁶ ICONTEC, Organismo nacional de normalización

¹⁷ ISQua, Society for Quality in Healthcare, desarrolló en 1999 un programa internacional de acreditación que es único programa internacional que acredita los acreditadores.

El proceso inicia tomando la decisión de acreditar la organización de salud y tiene las siguientes etapas:

- a. Planeación y preparación para la evaluación de la acreditación, en esta se establecen las metas y objetivos de la evaluación, se determina el tiempo y recursos que serán asignados al proceso.
- b. Creación de equipos de autoevaluación, se conforman grupos interdisciplinarios de todos los niveles de la organización para tener una perspectiva amplia e integral de los procesos a evaluar. Dentro de estos se encuentran los equipos de servicio, apoyo y liderazgo.
- c. Autoevaluación y mejoramiento, la organización debe tener claro que el mejoramiento debe estar presente siempre, para efectos operacionales se plantean varios eventos en los que se realiza la autoevaluación: durante el ciclo de preparación para la acreditación ante el ente acreditador, para implementar la auditoría para el mejoramiento de la calidad y cuando una institución se encuentra cobijada por el SOGCS y el sistema de gestión de calidad de la rama ejecutiva del poder público. En esta etapa también se analizan los diferentes estándares, detectando las fortalezas y debilidades de la organización con respecto a estos.
- d. Calificación de estándares, se define la escala de calificación revisando las dimensiones y las variables de estas para posteriormente evaluar los diferentes estándares, más adelante se brindará mayor información sobre esta etapa.
- e. Visita de evaluación, en esta etapa la organización está lista para presentarse ante el ente acreditador. La visita incluye una reunión de apertura, la evaluación del equipo de atención, de apoyo y de liderazgo.
- f. Continuidad de la acreditación, posterior a la visita del ente acreditador se toman acciones inmediatas y a largo plazo para sostener el proceso. Adicionalmente, el ente debe dar respuesta a la organización y según esta se tendrán acciones a seguir.

3.2. Estándares del sistema único de acreditación en salud.

Normalmente cuando se habla de estándares de calidad en salud se visualizan parámetros rígidos que se establecen negando la complejidad del sistema, sin embargo en el caso de la acreditación estos corresponden a pautas básicas que sirven de guía a las organizaciones de salud para contemplar un trozo más amplio de esa realidad que a simple vista se percibe, estos son dinámicos y su esencia como tal depende la organización en la que se aplique.

El sistema único de acreditación cuenta con unos estándares generados teniendo en cuenta la complejidad de la organización colombiana, fueron desarrollados por un grupo

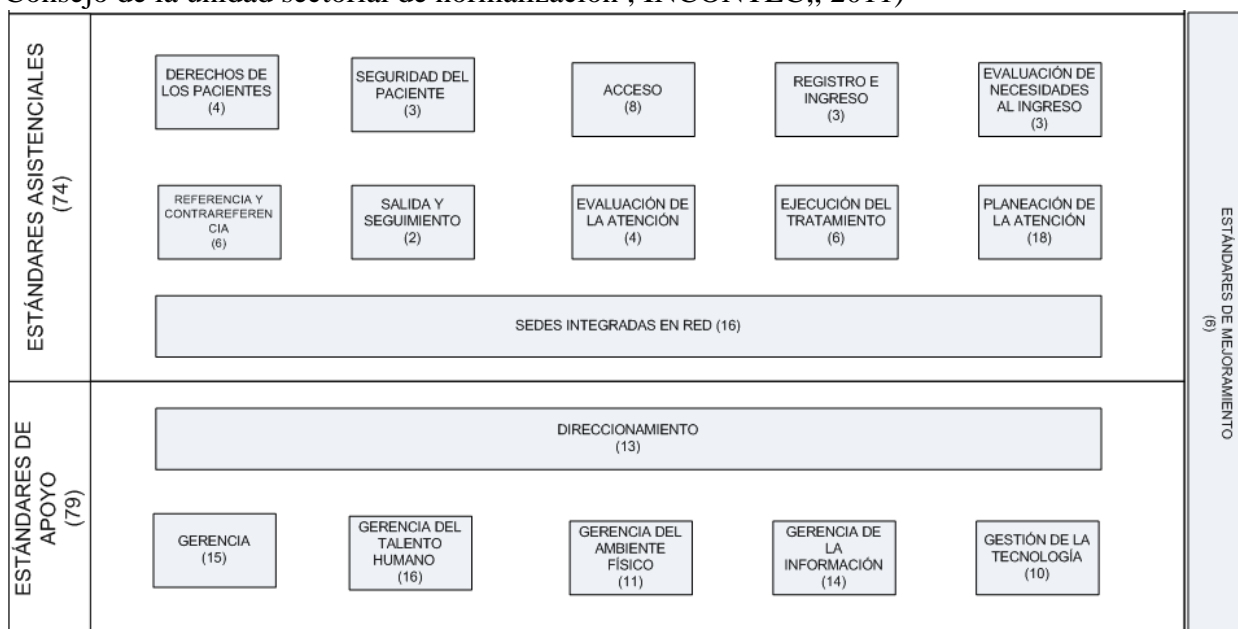
interdisciplinario asignado por el ministerio de la protección social para revisar las interacciones de los diferentes procesos que se presentan en las organizaciones de salud, asumiendo que el todo no es igual a la suma de sus partes, sino que es un todo integral.

Tales estándares promueven el ingenio y creatividad de cada organización en su aplicación ya que determinan que “el que hacer” más no el “cómo hacerlo”. Los estándares se presentan en los diferentes manuales para las EAPBs, los laboratorios clínicos, instituciones que ofrecen servicios de imagenología. Instituciones que ofrecen servicios de salud de habilitación y rehabilitación y el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. (Ministerio de la protección social, 2012)

Los estándares se encuentran ordenados de la siguiente manera: una primera sección donde aparece el grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, una segunda sección en la que se encuentran los grupos de estándares de apoyo administrativo gerencial a dichos procesos asistenciales y una tercera sección en donde se encuentran los estándares de mejoramiento de la calidad. (Ministerio de la Protección Social; Consejo de la unidad sectorial de normalización ; INCONTEC;, 2011)

La acreditación contempla 158 estándares (ver figura 2) que se encuentran interrelacionados y que con un manejo adecuado de parte de la organización garantizan su sostenibilidad a través del tiempo ya que se manejan de forma sincrónica sus diferentes elementos velando por el beneficio del usuario, contemplando el talento humano como su gran capital y siendo consciente de la importancia de la estrategia, estructura, gestión del conocimiento y responsabilidad social y ambiental.

Figura 2. Conceptualización de los grupos de los estándares. Extraído del manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario. (Ministerio de la Protección Social; Consejo de la unidad sectorial de normalización ; INCONTEC;, 2011)



Es preciso aclarar que el presente artículo no pretende dar a conocer el detalle de los estándares, busca analizar de forma general los puntos coincidentes con el pensamiento complejo que permiten que la acreditación sea una herramienta integradora en la gestión de las organizaciones de salud.

3.2.1. Grupo de estándares para el proceso de atención cliente asistencial

Estos estándares fueron diseñados de acuerdo al proceso de atención genérico de un paciente en una institución hospitalaria o ambulatoria, incluye 74 estándares asignados en los subgrupos: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento, y contrarreferencia y finaliza con el subgrupo Sedes Integradas en Red, el cual incluye los procesos de articulación de las diferentes sedes tomando como base la gestión de calidad superior propuesta por la acreditación en salud. (Ministerio de la Protección Social; Consejo de la unidad sectorial de normalización ; INCONTEC;, 2011)A continuación se presentan una serie de análisis generales de este grupo de estándares:

- a. Estos contemplan de forma integral la atención del paciente, aceptando que se trabaja con diversos sistemas abiertos (talento humano, usuarios, familias, la comunidad, la sociedad colombiana, entre otros) y aunque no se pueda tener un control total frente a los diversos eventos emergentes, se pretende contemplar el mayor número de variables que pueden generar perturbaciones y alterar el buen funcionamiento de los procesos.
- b. Este grupo estandariza el ciclo del usuario desde antes de llegar a la institución (teniendo en cuenta los procesos de prevención y promoción) hasta después de salir de ella (con el respectivo seguimiento del tratamiento), se da un enfoque mucho más amplio que en el sistema de calidad tradicional donde se tomaba sólo el evento de atención, de esta forma se abren más posibilidades, interrelaciones y participantes,
- c. Se tiene en cuenta la complejidad del paciente y por esto se articula un grupo interdisciplinario para el análisis de sus necesidades, las de su familia, los riesgos asociados, entre otros ítems, para determinar su cuidado, tratamiento y criterios de abordaje de casos especiales como lo es la identificación de víctimas del maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar
- d. Se visualiza la importancia de la ética de los diferentes integrantes dentro de los procesos, de esta forma se acepta que los prestadores y los usuarios no sólo brindan y reciben un servicio sino que para mantener en armonía el sistema se debe contemplar desde el direccionamiento estratégico la función de una ética viva que va más allá de normas rígidas, que trasciende y está en continuo desarrollo. Adicionalmente se evidencia un enfoque más humano hacia el servicio propendiendo al respeto, privacidad y dignidad del paciente.
- e. En este grupo de estándares se puede ver la importancia de la comunicación como acción y movimiento que es un punto coincidente con el pensamiento complejo, la

acreditación la emplea como herramienta básica no sólo en la cultura organizacional sino a todo nivel fortaleciendo los procesos y dándole un enfoque ante todo humano que trasciende las normas típicas ofrecidas por los sistemas de calidad clásicos. De esta forma se tienen en cuenta aspectos como la relación con el usuario y con su familia por ejemplo el dialogo incluyendo consideración al transmitir información dolorosa para el paciente y sus familiares.

- f. El manejo de los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos tienen un tratamiento diferente al visto en los sistemas de salud clásicos donde se revisaba su manejo con base a la rapidez de su tiempo de respuesta. En la acreditación, a parte de la respuesta oportuna, la información trasciende ya sea para incentivar a sus integrantes por su buen desempeño o para detectar posibles desviaciones frente a los objetivos esperados y acoplar nuevamente toda la estructura para enfocarse en la estrategia organizacional. Esto obedece también a la dinámica de la comunicación y la aceptación de que un sistema abierto tiene oscilaciones que incluso lo pueden llevar a un caos pero aún así tienden a un equilibrio.
- g. Se incentiva a las organizaciones a la innovación, ofreciendo pautas para análisis más amplios de los diferentes eventos, para determinar nuevas soluciones de mejoramiento, como la metodología para la investigación diagnóstica que busca optimizar el tratamiento o los programas de promoción y prevención.
- h. Cuando se trabaja con sistemas complejos se debe aprender de los errores ya que lograr su perfecto equilibrio es imposible, pueden existir fluctuaciones que lo alteren considerablemente, por tal motivo se ve la necesidad de analizar el comportamiento de la relación entre las diferentes variables cada vez que se genere un evento no satisfactorio o se detecte alguna desviación en alguno de los estándares planteados, para esto la acreditación sugiere revisar las variables de forma integral y generar siempre correctivos, que proporcionan un aprendizaje organizacional importante.
- i. No se contempla la organización como un sistema aislado sino al contrario, es consciente de las interrelaciones que esta tiene con sus partes y con su entorno, es interesante como se destaca la labor de cooperación con otras organizaciones encaminada al logro del bienestar común, por ejemplo: se asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población. (Ministerio de la Protección Social; Consejo de la unidad sectorial de normalización ; INCONTEC;, 2011)
- j. El sistema de salud está conformado por varias redes complejas, que producen infinidad de relaciones, como se ha dicho, es imposible tener un control de todas estas por ser sistemas abiertos pero se establecen diferentes estándares para lograr la sinergia entre los elementos, por ejemplo, en el manejo de la referencia en los sistemas de calidad de salud clásicos se garantizaba sólo que esta se llevara a cabo, pero en la acreditación es una contra-referencia donde se articulan las dos organizaciones (la que remite al paciente y la que le presta el servicio) para el bienestar del paciente, se tienen en cuenta aspectos como: el suministro de la información necesaria para que el nuevo

prestador tenga todo el sustento y una retroalimentación a la organización inicial del resultado de la atención, esto permite además de ofrecer un mejor servicio al usuario, contar siempre con la mayor cantidad de información para tomar decisiones de forma acertada.

Otro ejemplo importante en este punto es el manejo de las sedes integradas por red donde los estándares establecen que deben trabajar de forma sincrónica con toda la organización, articulando la información, el talento humano, las tecnologías del soporte clínico, entre otras, para cumplir con la estrategia organizacional. Como se observa todo va interconectado y se vela porque no quede ningún elemento suelto que se pueda traducir en un evento adverso futuro.

3.2.2. Grupo de estándares de apoyo

Mediante estos estándares se articulan los diferentes elementos de la organización, está conformado por seis subgrupos: direccionamiento, gerencia, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gerencia de la información y gerencia tecnológica.

Subgrupo de direccionamiento

Estos estándares permiten alinear la organización con el direccionamiento estratégico para el logro de los resultados institucionales esperados, frente a estos se encuentran las siguientes observaciones:

- a. Teniendo en cuenta la complejidad de la organización, los estándares plantean el direccionamiento estratégico como un proceso periódico, sistemático y flexible para poder fluir con el dinamismo del entorno. De ahí parte su plan estratégico, el cual es participativo y cuenta con un sistema que se encarga de la difusión, seguimiento y monitoreo de sus resultados.
- b. Las políticas que se establecen en este subgrupo están enfocadas en la atención humanizada y en la prestación de servicios teniendo en cuenta los riesgos inherentes, todo esto orientado a la transformación cultural de largo plazo y la responsabilidad social.

En este punto se contempla un factor que los sistemas tradicionales de salud no tenían en cuenta y es la aceptación del trabajo en la cultura organizacional como herramienta imprescindible para aterrizar la calidad, este aspecto no es fácil de manejar ya que consiste en alinear las complejidades de los diferentes integrantes de la organización encaminándolos hacia el logro de objetivos específicos.

- c. Se motiva a la organización para desarrollar e implementar una herramienta que permita a la dirección ver integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de servicios, mediante esta se articulan los diferentes indicadores del sistema de información, la evaluación de los atributos de calidad, la evaluación de la gestión de riesgos, entre otros. La parte más importante de este punto es el manejo de un grupo

interdisciplinario que pueda traducir los resultados evidenciados y observar desde diferentes puntos los comportamientos de las interrelaciones.

- d. Los estándares ofrecen un modelo para articular el direccionamiento estratégico con los procesos de las unidades funcionales. En el caso de las instituciones con sedes integradas en red se promueve la creación de un proceso central para la red dando autonomía en el plan estratégico de trabajo a cada uno de los prestadores de la red; De esta forma se busca garantizar que los esfuerzos recaigan sobre un objetivo común.

Subgrupo de gerencia

Mediante estos estándares se pretende llevar a la operación los lineamientos estratégicos, frente a estos se encuentra lo siguiente:

- a. Se promueve la definición de un plan con objetivos y estrategias basado en diversas fuentes de información como son los equipos de salud, el usuario, su familia, diferentes entes de control, el sistema de gestión de riesgos, entre otros, donde se pueda operativizar las políticas de la dirección estratégica. Adicionalmente con base a esta planeación se establece la asignación y gestión de recursos de diferente tipo y el talento humano para cada proceso y unidad funcional.
- b. Estos estándares impactan directamente la cultura organizacional, la cual es la base para la adecuada puesta en marcha de los planes estratégicos y la garantía del mejoramiento continuo.
- c. Los estándares de la gerencia articulan los diferentes elementos (recursos, información, talento humano, normatividad, etc.) para aterrizar el plan estratégico. En este caso la certificación promueve el uso de varias herramientas como el cuadro de mando integral y diversos informes e indicadores, sin embargo es necesario aclarar que el sentido de los resultados lo proporciona el observador, es decir la gerencia que debe estar rodeada de un grupo interdisciplinario para la interpretación de las diferentes relaciones y la generación de acciones ya sea para mejorar o corregir los eventos actuales.

Subgrupo gerencia del Talento Humano

Es importante resaltar en este grupo de estándares el hecho de que se abandona el concepto de recurso humano admitiendo la complejidad del hombre; Con la creación de tal consciencia surgen nuevas variables de la persona que afectan los procesos de abordaje al talento humano como lo son: su estructura biopsíquica¹⁸, sus necesidades, sus motivaciones, entre otros.

El objetivo de este subgrupo es lograr que el talento humano mejore sus competencias y desempeño en relación con las metas y objetivos institucionales. (Ministerio de la Protección Social; Consejo de la unidad sectorial de normalización ; INCONTEC;, 2011) Frente a este se tienen las siguientes observaciones:

¹⁸ Estructura biopsíquica, se interpreta al hombre como un compuesto entre el ser biológico, el fondo endotímico (base anímica de su interior) y una estructura superior de la personalidad (inteligencia y voluntad).

- a. Los procesos de planeación del talento humano obedecen a las necesidades de la organización siendo coherentes con los valores corporativos y los direccionamientos estratégicos. De esta forma se genera una relación directa entre los lineamientos estratégicos, la necesidad de talento humano para el cumplimiento de los planes, la determinación de los perfiles de los candidatos y la disponibilidad de recursos físicos y financieros.
- b. Se contempla el ser humano como complejo y como tal se identifican sus diferentes necesidades como lo son: su remuneración, la ergonomía de su puesto de trabajo, su adaptación a la organización, sus necesidades de capacitación. Adicional a esto, se tienen en cuenta aspectos básicos enfocados a la calidad de vida de la persona como el trato humano, la consideración de su entorno personal y laboral, la carga laboral, el clima organizacional, entre otros. Con base a los anteriores conceptos se desarrolla todo el proceso de talento humano que incluye el análisis y descripción de cargos, la remuneración de beneficios, la selección, la evaluación de desempeño, el desarrollo de planes de sucesión, la capacitación y el bienestar laboral enfocado a mejorar la calidad de vida.

Subgrupo gerencia del ambiente físico

Este subgrupo busca tal como lo dice el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario “que los procesos institucionales y en particular los de atención del paciente cuenten con los recursos físicos, tecnológicos y de infraestructura, con las características técnicas que respondan a las necesidades. Especialmente que las condiciones del ambiente físico garanticen la protección en un ambiente humanizado a los usuarios y los colaboradores.” (Ministerio de la Protección Social; Consejo de la unidad sectorial de normalización ; INCONTEC;, 2011) Frente a este se tienen las siguientes observaciones:

- a. Estos estándares tienen una cobertura integral del ambiente físico, incluye la gestión de insumos y suministros, gestión de la infraestructura física, gestión ambiental, el plan de emergencias y desastres internos y externos, la seguridad industrial, salud ocupacional y una estrategia para promover la consciencia ambiental en la cultura organizacional. En este punto se deja de contemplar la infraestructura como algo inerte y se encamina a la humanización de todo el servicio, garantizando además de una atención segura, el respeto y dignidad hacia el paciente y el buen uso de los recursos.
- b. Este subgrupo además de estar enfocado al paciente y los colaboradores tiene en cuenta la gestión ambiental, hace énfasis en la cultura ecológica, el uso racional de recursos y manejo seguro de desechos. Esto genera una nueva consciencia de responsabilidad ambiental en cada una de las decisiones que la organización adopte.

Subgrupo gestión tecnológica

Este subgrupo tiene como objetivo garantizar que los diferentes procesos de la organización cuenten con el respaldo tecnológico orientado a la productividad y seguridad, teniendo en cuenta un entorno complejo. Frente a este se tienen los siguientes comentarios:

- a. El proceso que abarca la gestión tecnológica tiene en cuenta la planeación, puesta en marcha, monitoreo y control tecnológico.

- b. Estos estándares no son tomados de forma aislada sino que están interrelacionados con el direccionamiento estratégico, los planes de operación, la cultura y el entorno de la organización.
- c. La planeación de la gestión y evaluación tecnológica no sólo contempla las necesidades de la organización sino se tiene en cuenta su entorno, de esta manera se evalúa el mercado y los riesgos asociados con el uso o no uso de nuevas tecnologías.

Subgrupo gerencia de la información

Los estándares de este subgrupo buscan garantizar la confiabilidad, oportunidad y seguridad de la información producto de los diferentes procesos para que la organización pueda tener un fuerte respaldo en la toma de sus decisiones y en su operación normal. Frente a esta se tienen los siguientes comentarios:

- a. Estos estándares revisan el todo de forma integral ya que tienen en cuenta la información requerida para la operación y mejoramiento de la organización pero adicionalmente se contempla las necesidades del usuario, de su familia, su comunidad y de la población en general.
- b. Se promueve la implementación de planes de contingencia para contrarrestar posibles fallas en las tecnologías de la información que puedan entorpecer el desempeño de la organización en sus diferentes procesos.
- c. Este subgrupo contempla la gestión del conocimiento, no se habla de datos aislados sino la interconexión de muchas variables para análisis robustos que pueden enriquecer la forma de ver la organización y sus procesos, creando mejoras. De esta forma se asigna un grupo interdisciplinario que le dé sentido a la información y la baje a los diferentes niveles.
- d. Este subgrupo promueve la gestión de historias clínicas y medicamentos, evitando confusión en las órdenes médicas y permitiendo llevar la trazabilidad de la atención.

Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad

Los estándares de este grupo buscan: trascender los documentos obteniendo un proceso de calidad enfocado en el cliente, lograr un aprendizaje organizacional, contar con un sistema de calidad que la integre las diferentes áreas de la organización, establecer procesos de mejora que sean sostenibles en el tiempo y generar una cultura de calidad. Frente a este grupo se tienen las siguientes observaciones:

- a. Los estándares promueven la planeación del mejoramiento continuo orientada hacia resultados demostrables, involucrando oportunidades de mejoras encontradas en los diferentes eventos tales como: la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación, auditorias, diferentes seguimiento a procesos, el día a día, en la relación de terceros subcontratados, entre otros.
- b. Estos estándares buscan lograr una cultura del mejoramiento en todos los procesos, esto genera un enfoque hacia el autocontrol, lo cual hace referencia a aquel equilibrio

dinámico de la complejidad donde los sistemas vivos se autorregulan y fluyen con un entorno cambiante, logrando así organizaciones sostenibles.

3.3. Sistema de calificación de los estándares

Los estándares no se evalúan aisladamente sino de acuerdo al grupo, la metodología de evaluación del SOGCS contempla 3 dimensiones y 10 variables por cada uno de los 158 estándares, de tal forma que a cada estándar por consenso de los miembros del grupo de auto evaluación se les debe asignar 10 calificaciones que constituirán la base de la nota única del estándar por grupo.

Según la guía práctica de preparación para la acreditación en salud, existen tres dimensiones: “la primera es el enfoque que hace referencia a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar. La segunda es la Implementación que es la aplicación del enfoque a su alcance y extensión dentro de la institución y la última es el resultado que corresponde a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques”. (Ministerio de la protección social; ICONTEC; Centro de gestión hospitalaria;, 2007)

Además de tener que segmentar la calificación de cada estándar en las anteriores tres dimensiones, éstas a su vez se deben subdividir en diferentes variables, en el caso del enfoque en sistematicidad, amplitud, proactividad y ciclo de evaluación y mejoramiento. La implementación en despliegue en la institución y hacia el usuario. El resultado en pertinencia, consistencia, avance en la medición, tendencia y comparación

La escala de calificación está dada de 1 a 5 siendo el 1 el nivel más bajo de cumplimiento del estándar y 5 el grado máximo. Para poder visitar la evaluación del ente acreditador todos los estándares deben estar con una calificación mínima de 3, esta calificación estará guiada por una tabla de referencia o también llamada “Hoja Radar”.

En la calificación se aplica nuevamente el ciclo PHVA, puesto que todo parte desde haber planeado por medio de un documento, política o procedimiento el cómo se va a aterrizar el estándar, luego como se implementarán dichos lineamientos y cómo éstos arrojaran unos resultado que deben ser coherentes con lo planeado, si en la medición se encuentran desviaciones se tomaran las acciones necesarias para obtener los resultados esperados.

Esta metodología de calificación de los estándares trata de generar en los auto evaluadores una mirada crítica y una perspectiva más amplia que la simple asignación de un número por percepción o sesgos, sin embargo, depende del ingenio del grupo que mediante la observación de los diferentes resultados se puedan detectar comportamientos en la relación de los estándares de los procesos y enriquecer cada vez más el análisis, de tal forma que no se vuelva una función operativa sino que evolucione con el tiempo.

4. Comentarios finales

Tal vez una de las organizaciones más complejas de administrar y dirigir son las organizaciones de salud en donde coinciden multiplicidad de factores que inciden en una adecuada prestación de servicios y que deben compaginar en bien de cada individuo, estos factores se desarrollan bajo el impacto de la escases de los recursos y de un sistema de salud en el cual el mercantilismo configura un papel preponderante en donde la salud se ve como una mercancía y en donde el bienestar del individuo debe arrojar como resultado rentabilidad económica para la organización o ésta deja de ser viable así la rentabilidad social sea evidente.

Cualquier sistema de calidad que se desee implementar en un a organización debe estar asegurado por la asignación de recursos para ello, y dado que en muy pocas instituciones prestadoras de servicios de salud se deja una partida presupuestal suficiente para tal efecto, es aún más complicado el poder desarrollar un sistema de calidad robusto y afianzado, más aún el Sistema Único de Acreditación el cual debe poder evidenciar la transformación cultural que asegure el mejoramiento continuo institucional, la transformación cultural solo se podrá manifestar con procesos estructurados de capacitación basados en competencias y potenciando la humanización del servicio, la capacitación continua y que desarrolle las competencias del talento humano debe ser un eje articulador del proceso de calidad y que requiere de grandes esfuerzos presupuestales si se quieren lograr resultados duraderos en el tiempo y que impacten el bienestar de los usuarios.

Los primeros tres componentes del SOGCS (sistema único de habilitación, auditoria para el mejoramiento y sistema de información para la calidad) brindan una visión general de la organización en salud y subestiman su complejidad pero es en la acreditación donde se toma consciencia de la organización como un sistema abierto, una red con infinidad de relaciones y posibilidades. Es en esta parte donde se encuentran los puntos coincidentes con el pensamiento complejo como lo son: la humanización de los servicios y personas, la comunicación como acción, el análisis interdisciplinario en la búsqueda de una nueva realidad, la aceptación de la estructura biosiquica del hombre teniendo en cuenta sus valores, necesidades y motivaciones y la relación con el entorno asumiendo la responsabilidad ambiental y social.

Vale la pena destacar el papel de la comunicación y el lenguaje en el SOGCS, estos dos factores no son estáticos sino que al contrario, proporcionan acción, tal como lo expresa Núñez “Los principios de objetividad y de comunicación constituyen un triángulo que al relacionar hablante, intérprete y mundo, determinan los contenidos del pensamiento y el habla. El entorno psicológico de los logros y aptitudes lingüísticos puede encontrarse en las actitudes, estados y eventos que se describen en expresiones intencionales: acción intencional, deseos, creencias y sus parientes próximos, tales como esperanzas, miedos, apetencias e intentos”. (Núñez, María Gracia;, 2006) De esta forma, se preocupa por inculcar en la cultura organizacional el autocontrol mediante la reconstrucción de las condiciones de un posible entendimiento y aprendizaje de los errores.

No existe un modelo perfecto para aplicar en las organizaciones de salud, si existiera se negaría su complejidad ya que cada una es un mundo diferente, sin embargo el SOGCS proporciona grandes beneficios al sistema de salud colombiano al ser una herramienta robusta e integradora y si la organización es juiciosa en su uso, podrá visualizar las interrelaciones de sus procesos y desenvolverse con mayor propiedad ante un entorno en continuo movimiento.

Teniendo en cuenta la complejidad de las organizaciones de salud, donde sus componentes pueden estar relacionados con las ciencias de la salud, biología, sociología, economía, ingeniería, ecología, ética, etc., sería interesante llevar a cabo un futuro estudio contando con un grupo interdisciplinario, esto generaría aportes importantes y permitiría tener una mirada crítica de los diferentes eventos y establecer un nuevo modelo de salud. Es necesario que los sistemas de calidad evolucionen hacia el pensamiento complejo ya que tal como lo indica Maldonado, “el conocimiento de la complejidad permitirá sencillamente, actuar mejor, de acuerdo con el contexto de referencia, las especificidades del sistema o de la situación y los componentes y propiedades observados”. (Maldonado, Carlos Eduardo, 2006)

Cuando se logre obtener el certificado de “Acreditada” para una institución de salud y se completan varios ciclos en donde este certificado es ratificada, aún mas cuando se llegue a lograr la acreditación con excelencia podríamos pensar en dar el salto del mejoramiento continuo al “la innovación disruptiva”. La teoría de la Innovación Disruptiva (Disruptive Innovation) Fue elaborada por Christensen (Christensen, “The Innovators Dilemma: when new technologies cause great firms to fail”, 1997), quien sostiene que las empresas que ingresan en un mercado con soluciones relativamente simples y directas pueden desplazar a empresas poderosas y líderes en ese mercado. Según esta teoría para que una innovación sea disruptiva, “debe trepar sigilosamente por debajo de un negocio existente y amenazarlo, poco a poco, con desplazarlo, Es decir pasar de la innovación sustentadora o de apoyo que refuerza lo continuo, a una innovación disruptiva o catalítica que rompa *statu quo* y que sea la diferenciación la que marque la pauta. (Christensen & Baumman, 2006)

Debe quedar claro que el hecho de lograr la acreditación de una institución de salud no es garantía para que sus problemas disminuyan, pero si hace que dada la complejidad de la organización se puedan realizar mediciones, generar tendencias y estandarizar acciones que permitan el control de los problemas y se generen mejores opciones de solución entorno a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.

Tanto en la complejidad como como en el Sistema Unico de Acreditación no hay formulas mágicas y simplistas para lograr el mejor resultado, por ser un sistema abiertos con diferentes entradas, son un reto a la imaginación organizacional ya que los estándares nos dicen el qué pero dejan abierto un sin numero de posibles cómo para obtener el mayor beneficio para el usuario y para la institución, es aquí cuando el mejoramiento continuo debe dar un paso gigante hacia la innovación disruptiva y marcar la diferencia.

Referencias

- Agazzi, Evandro; Montecucco, Luisa;. (2002). *complexity and Emergence:Proceedings of the annual meeting of the international academy of the philosophy of science*. River Edge, NJ: World Scientific.
- Christensen, C. (1997). "The Innovators Dilemma: when new technologies cause great firms to fail". *Harvard Business School Press*.
- Christensen, C., & Baumman, H. (2006). Innovación Disruptiva para el Cambio Social. *Harvard Business Review*, 1-7.
- Cilliers, P. (1998). *Complexity and postmodernism*. Londres: Routledge.
- Donabedian, A;. (1990). La dimension internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública Mex*, 113-117.
- Etkin, Jorge;. (2005). *La Gestión de la complejidad en las organizaciones, la estrategia frente a lo imprevisto y a lo impensado*. Buenos Aires: Granica.
- Galvis, Sandra Milena; Calderón, Gregorio; Torres, Karen;. (2006). *Cultura organizacional y bienestar laboral*. Bogotá: Red Cuadernos de administración.
- Garcia, Rolando;. (2006). *Sistemas complejos: concepto, metodo y fundamentación epistemologica de la investigación interdisciplinaria*. Barcelona: Gedisa S.A.
- Guzmán Hennesey, Manuel. (2007). La anticipación de la crisis (una aplicación del enfoque del caos). *Eidos*, 128-159.
- ICONTEC. (2009, 09 03). Proceso para la acreditación en salud, ruta crítica. Bogotá D.C., Colombia.
- Lorenz, Eduard Norton;. (2000). *La esencia del caos. Un campo del conocimiento que se ha convertido en parte importante del mundo que nos rodea*. Madrid: Debate S.A.
- Maldonado, Carlos Eduardo;. (2006). Marco teórico del trabajo en ciencias de la complejidad y siete tesis sobre complejidad. *Revista Colombiana de filosofía de la ciencia*, 16.
- Maldonado, Carlos Eduardo;. (2005). Ciencias de la complejidad: Ciencias de los cambios súbitos. *Edeon*, 1-47.
- Maldonado, Carlos Eduardo;. (2005). *Una introducción para las ciencias sociales y humanas*. Bogota: Departamento de publicaciones Universidad Externado de Colombia.
- Ministerio de la protección Social. (2006, 04 3). Decreto 1011 de 2006.
- Ministerio de la protección social. (2006, 5 8). Resolución número 1446. Colombia.
- Ministerio de la protección social. (2012, 01 26). Resolución 123. Colombia.

- Ministerio de la Protección Social; Consejo de la unidad sectorial de normalización ; INCONTEC;. (2011, Julio 14). Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario. Colombia: Impresol Ediciones, Ltda.
- Ministerio de la protección social; ICONTEC; Centro de gestión hospitalaria;. (2007). *Guía práctica de preparación para la acreditación en salud*. Bogotá, D.C., Colombia: Imprenta nacional de Colombia.
- Ministerio de la protección social; Programa de apoyo a la reforma de salud; Unión Temporal Instituto de ciencias de la Salud; CES, centro de gestión hospitalaria;. (2007). Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la atención en salud. Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud. (1999). Resolución 1995 de 1999. Bogotá.
- Mitchell, Melanie;. (2009). *Complexity: A Guided Tour*. Cary, NC: Oxford University Press.
- Moreno, Felipe;. (n.d.). Termodinámica de procesos fuera del equilibrio. *Universidad de Chile, Facultad de ciencias, Departamento de física*.
- Morin, Edgar;. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morín, Edgar;. (1993). *El método I. La naturaleza de la Naturaleza*. Madrid: Cátedra S.A.
- Morin, Edgar;. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Bogotá: Cooperativa editorial Magisterio.
- Núñez, Álvaro;. (n.d.). ACREDITARSE O NO ACREDITARSE, Decisión de responsabilidad y compromiso, basada en hechos. Ministerio de la Protección Social.
- Núñez, María Gracia;. (2006). Una teoría momentánea del lenguaje:D.Davidson. *Red Nómadas*, 4.
- Rich, David Z;. (2001). *Order and Disorder*. Westport, CT: Greenwood Press.
- Rojí Ferrari, S. (2006). *La complejidad: un nuevo enfoque de la economía financiera*. Mexico: Red contaduría y administración.
- Sardar, Ziauddin; Abrams, Iwona;. (2005). *Introducing Chaos*. Cambridge, GBR: Totem Books.
- Secretaría de salud de Bogotá. (2008). *Guía práctica para la habilitación y certificación de prestadores de servicios de salud*. Bogotá: Dirección de desarrollo de servicios, vigilancia y control de la oferta.
- Szempli, Wanda; Stupnicka, Ska;. (2003). *Bifurcations and fractals around us: a brief introduction*. Singapore: World Scientific Publishing Co.

ANEXO 1. Indicadores del nivel de monitoria del sistema, extraído del anexo técnico de la resolución 1446 de 2006. (Ministerio de la protección social, 2006)

Dominio	IPSS	EAPB
1. Accesibilidad / Oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> (1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (3) Proporción de cancelación de cirugía programada (4) Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (5) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (6) Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la realización de cirugía programada 	<ul style="list-style-type: none"> (1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (3) Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S (4) Oportunidad de Entrega de Medicamentos POS (5) Oportunidad en la realización de cirugía programada (6) Oportunidad en la asignación de cita en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (8) Oportunidad de la referencia en la EAPB
2. Calidad Técnica	<ul style="list-style-type: none"> (1) Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados (2) Proporción Hipertensión Arterial Controlada 	<ul style="list-style-type: none"> (1) Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año (2) Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino
3. Gerencia del Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> (1) Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas (2) Tasa de Infección Intrahospitalaria (3) Proporción de Vigilancia de Eventos adversos 	<ul style="list-style-type: none"> (1) Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo (2) Razón de Mortalidad Materna
4. Satisfacción / Lealtad	<ul style="list-style-type: none"> (1) Tasa de Satisfacción Global 	<ul style="list-style-type: none"> (1) Tasa de Satisfacción Global (2) Proporción de quejas resueltas antes de 15 días (3) Tasa de Traslados desde la EAPB