

**BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA ISO
9001:2015 EN EL SECTOR SALUD DE COLOMBIA.**

Ana Lucía Tascón Sierra

**CONVENIO UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS E ICONTEC
FACULTAD DE INGENIERÍA MECÁNICA
MAESTRÍA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL
BOGOTÁ D.C.
2020**

**BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NORMA TÉCNICA ISO
9001:2015 EN EL SECTOR SALUD DE COLOMBIA.**

Ana Lucía Tascón Sierra

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Calidad y Gestión Integral

Director

Guillermo Peña Guarín, Mg.

**CONVENIO UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS E ICONTEC
FACULTAD DE INGENIERÍA MECÁNICA
MAESTRÍA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL
BOGOTÁ D.C.
2020**

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá D.C., septiembre de 2020.

Contenido

Introducción	6
1. Problema de investigación	7
1.1 Antecedentes	7
1.2 Descripción del problema.....	10
1.3 Formulación del problema	11
2. Justificación.....	11
3. Objetivos	15
3.1 Objetivo general	15
3.2 Objetivos específicos.....	15
4. Marco referencial	15
4.1 Conceptos fundamentales de un sistema de gestión de servicios.....	15
4.2 La norma técnica ISO 9001:2015 y la prestación de los servicios de salud	31
5. Metodología	32
5.1. Enfoque de la investigación	32
5.2 Alcance y fases de la investigación.....	33
5.3 Definición de variables y categorías	34
5.4 Diseño muestral.....	34
5.5 Instrumentos y técnicas de investigación	34
6. Resultados y discusión	36
6.1 Panorama de Condiciones	37

6.2 Identificación de barreras en el sector de la salud.....	40
6.3. Propuesta para eliminar barreras	68
7. Conclusiones	71
8. Recomendaciones.....	73
Referencias Bibliográficas	73

Introducción

La salud es uno de los derechos más importantes que tiene el ser humano; si éste no goza de buena salud, se le dificulta enormemente ejercer sus otros derechos inherentes a su dignidad, que es uno de los principios en que se sustenta el Estado colombiano¹. La satisfacción del derecho a la salud está prevista en la Constitución Política de Colombia, en su artículo 49, como un Derecho fundamental². En Bogotá, por ser la capital de la República de Colombia, se concentra una gran cantidad de personas, sensiblemente superior a la que ocurre en otras ciudades como Medellín, Cali o Barranquilla. Esa gran concentración de personas hace que para prestar el servicio de salud se requiera una compleja infraestructura física, a la que debe acompañarse una eficiente y suficiente asignación de recursos médico asistenciales, económicos y gerenciales, sin la cual el efectivo ejercicio del derecho a la salud no dejaría de ser una mera ilusión. Esta situación está siendo puesta a prueba con la pandemia desatada por el COVID 19, la que ya ha hecho claridad sobre la carencia de las condiciones mínimas para hacerle frente. Este trabajo reflexiona en torno de este conjunto de problemas: las fortalezas y debilidades del sistema de salud de salud en Colombia, en general, la capacidad de la administración para ejercer control sobre las entidades privadas que prestan el servicio, y las expectativas y frustraciones de los usuarios, entre otras cuestiones. Se enfatizará, sin embargo, en la poca voluntad en acreditarse como institución de alta calidad, demostrada por las

¹ **Constitución política de Colombia ARTICULO 1º**—Colombia es un Estado social de derecho organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

² **Constitución política de Colombia ARTÍCULO 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

instituciones que prestan el servicio de salud, y en el uso muy limitado de la norma técnica ISO 9001 versión 2015 que podría servir como una aproximación importante para alcanzar dicha acreditación, un reconocimiento hasta hoy voluntario.

Se busca, como objetivo principal, como ya se adelantó, encontrar una explicación razonable al porqué las instituciones prestadoras de salud son renuentes a la aplicación de la norma técnica ISO 9001; como objetivo secundario, se pretende esclarecer el porqué del alto grado de descontento que manifiestan los usuarios, expresado en sus afirmaciones de que el servicio de salud no solo es muy malo, sino pésimo. Para llevar a cabo la investigación se hará una revisión bibliográfica en libros, tesis de grado, revistas indexadas, artículos periodísticos, entre otros materiales, cuyo material es de fácil acceso, pues reposa en las bibliotecas universitarias de Bogotá.

1. Problema de investigación

1.1 Antecedentes

Desde la declaración de los derechos humanos, en 1948, se contempla que todos los integrantes de la sociedad tengan derecho a la seguridad social y a un nivel de vida adecuado que les asegure, así como a sus familias, la salud, el bienestar y la prestación de servicios de asistencia médica necesarios (Naciones Unidas, 2012). En coherencia con dicha declaración, en el ámbito nacional, la constitución política colombiana de 1991, en su artículo 48, declaró que “Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social” (Asamblea Nacional Constituyente, 1991) y más adelante en el artículo 49 define que: “la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

Colombia, país situado en la región noroccidental de América del sur, posee 49.07 millones de habitantes, según reportó el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), a finales de noviembre del año 2019. Esta población en crecimiento requiere un sistema de salud con un nivel de eficiencia alto; como tal le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a sus habitantes incluyendo un saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, se debe establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas, y además ejercer su vigilancia y control.

En Colombia la satisfacción de esta necesidad es perentoria, ya que existe un entorno competitivo y globalizado, que convierte en una exigencia que quienes prestan los servicios de salud estén adecuadamente preparados; por ello es que nació el Sistema Único de Acreditación en salud, conocido como SUA, con el cual se pretende la adquisición de altos estándares de calidad de cara a una acreditación de carácter voluntario, esto es, sin que exista una exigencia de las autoridades de salud.

El SUA tuvo en sus inicios los instrumentos para trazar la ruta de la organización, además expidió un manual de acreditación de los hospitales, en concordancia con la Organización Panamericana (OPS) y la Federación Latinoamérica de Hospitales (FLH).

Al lado de lo anterior, otros instrumentos jurídicos hicieron referencia a la acreditación: La Ley 100 de 1993; los decretos 1918 de 1994, 2174 de 1996, 2309 del 2002, 1011 de 2006, y 903 de 2104; y las Resoluciones 1474 de 2002, 1445 de 2006, 123 del 2012 y 2082.

Todo esto llevó a establecer un concepto que ya estaba implícito: el de calidad, que fundamenta la transformación y mejora los sistemas sanitarios; esto se aprecia también en la norma técnica internacional ISO 9000:2015, que busca disminuir las fallas en la prestación del servicio de los profesionales y del personal operativo, estandarizando procesos para obtener los mejores resultados y nuevas actitudes hacia la calidad de la atención.

Las primeras instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas se remontan hacia el año 2005; en la actualidad -año 2020-, son 37 instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) reconocidas por mejorar y brindar mejores servicios de salud a sus usuarios. Estos hospitales y clínicas son los únicos que se encuentran acreditados en salud por el organismo acreditador ICONTEC, por cumplir con las condiciones de alta calidad. Es pues evidente el escaso crecimiento de la cifra de las entidades prestadoras de salud acreditadas, siendo que constituye un proceso que claramente beneficia a todos los implicados, empezando por las propias instituciones. El nivel de acreditación es mínimo si se tiene en cuenta que en el país existen 10.366 IPS (Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS- Ministerio de Salud).

El proceso de evaluación externa, al que son sometidas las organizaciones acreditadas, presenta unos criterios o estándares de cumplimiento cercanos a la excelencia, que comprometen a toda la organización, en la cual se configuran la transformación cultural y una decidida contribución a la sostenibilidad.

La norma ISO 9001:2015 es un nivel intermedio, que va más allá de los requerimientos legales para la habilitación requerida por la ley para prestar los servicios, pero que no alcanza la extensión ni la profundidad de los estándares de Acreditación, pero ayuda a crear una base administrativa y una cultura organizacional, que facilita la acreditación. Si bien este es un beneficio que se muestra en primera línea, con el presente trabajo se identifican otros no menos importantes, como:

- Se puede emplear para pequeñas, medianas y grandes instituciones prestadoras de salud (IPS), ya que se fundamenta en requisitos genéricos cuya utilidad ha sido comprobada en todo el mundo; permite determinar estrategias, identificar áreas débiles, pero también oportunidades de mejora.

- Proporciona una visión actual, en perspectiva de las posibles trabas y suministra estrategias efectivas para superar los problemas que se presentan.
- Ofrece elementos adecuados para determinar los factores que inciden en la decisión voluntaria de someterse a un proceso de acreditación.
- Da respuesta a una problemática, que es la falta de acreditación en nuestro país, para promover la acreditación en Colombia, con altos estándares de calidad.

1.2 Descripción del problema

Es una realidad que no necesita ser demostrada, que los hospitales de todo el planeta operan dentro de diferentes sistemas de salud, variando en estructura, procesos y servicios ofertados, pero los problemas a los cuales se ven enfrentados son notablemente similares: la demanda de servicios de salud es cada vez mayor y más compleja; el aumento en el número de pacientes, está aparejado con el surgimiento de enfermedades nuevas, que aparecen en zonas remotas, y con el surgimiento y acceso a nuevas tecnologías.

Todo esto implica una discusión que abarca diversas situaciones: la falta de recursos de todo tipo, como espacio, personal o finanzas, y, por otro lado, los errores médicos prevenibles, el desperdicio debido a la ineficiente asignación de recursos, y profesionales de la salud que enfrentan un estresante trabajo cotidiano. (Bucher, 2013).

Siendo que cada institución es diferente, la norma también debe aplicarse de modo diverso; es allí donde se presentan las dificultades que retardan los procesos de acreditación.

En su disertación del 2015, sobre los conocimientos, percepciones y barreras del personal de salud, en relación con la acreditación institucional de seis empresas sociales del estado de primer nivel de atención del Valle de Aburra, en el Departamento de Antioquia, Margarita María Escudero, manifiesta que “Existe un desconocimiento de la norma por parte del personal que labora en las instituciones, capacitándose más en la norma de habilitación, la cual es obligatoria para poder realizar los servicios ofertados, más no es así en cuanto a los estándares

superiores de calidad de la acreditación, sumado al desinterés de algunos directivos en asumir ese liderazgo para llevar sus entidades al mejoramiento de la calidad, restándole importancia porque tal vez no se han dado cuenta de los mejores resultados en términos administrativos y financieros que pueden dar.”

Escudero (2015) resalta también un vicio consistente en que, “Otros líderes ven en la acreditación una posibilidad de tener protagonismo y reconocimiento personal, mas no se ve con el interés de estandarizar unos procesos que garanticen calidad en la atención y que permanezcan en el tiempo.” Concluyendo que el estudio ha encontrado que, “No existe una cultura organizacional con énfasis en la calidad, las entidades del sector público se han dedicado más a cumplir con el día a día, a intentar subsistir financieramente, con débiles procesos de planeación que han hecho difícil adquirir una cultura de la calidad”

Lo expuesto anteriormente se puede considerar, a su vez, como un argumento para querer abordar el tema con este estudio, pues si no se avanza en la investigación y en la búsqueda de la evidencia científica válida en el tema citado, es muy difícil sostener las decisiones o acciones que en el día a día se deben tomar en relación con el mejoramiento de la calidad en salud.

1.3 Formulación del problema

La formulación del problema se traduce en la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las barreras materiales, humanas, políticas, legales o culturales, para la aplicación de la norma técnica internacional ISO 9001:2015 en el sector de la salud en Colombia?

2. Justificación

Todas las tendencias de los sistemas de salud en el mundo tienen que ver con calidad, cobertura, accesibilidad a los servicios de salud, eficiencia en los procesos y la atención integral. Del mismo modo, todos los sistemas están preocupados por el aumento en los costos, debido a varios factores: el envejecimiento global de la población, problemas ambientales como los cambios climáticos y otros que hacen incrementar las enfermedades por contaminación.

Además, están las leyes que cada vez dan mayores derechos a los usuarios. Otro factor que incrementa el costo es la corrupción, que es un problema crucial, no solo en Colombia sino en todo el mundo. No hay, pues, un modelo de salud perfecto. La solución no es solo más recursos; esta es apenas una parte y tiene que ir acompañada de más componentes.

En algunos casos ni siquiera es necesario invertir más, lo importante es que se enfrentan los verdaderos problemas de manera razonable, utilizando mecanismos que permitan más efectividad en las labores que se realizan.

A través del Decreto 2309 de 2002 se creó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país. El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

Los aspectos para mejorar el sistema de salud están enfocados a ofrecer un servicio de calidad, que permita fortalecer la ya quebrantada relación médico-paciente, mediante pilares como efectividad, seguridad, eficacia, satisfacción del usuario y la atención humana. Tales dimensiones se sustentan en las normas de calidad. Aunque el gobierno ha logrado avances significativos en términos de cobertura, la situación en salud en Colombia exige que las instituciones prestadoras se potencialicen y mejoren su desempeño en términos de accesibilidad, atención basada en el conocimiento actual y seguridad del paciente.

Se ha evidenciado que en los últimos años ha aumentado considerablemente la demanda de servicios de salud, haciendo necesario cuantificar los resultados de la gestión, calidad y eficiencia para realizar una adecuada planeación en la atención. Cuando se implementa un sistema de gestión de la calidad, se compromete con la comunidad y las partes interesadas a

prestar servicios de alta calidad, ya que tiene que gestionar todas y cada una de estas dimensiones de la calidad y demostrar, mediante indicadores confiables, que la atención brindada a sus usuarios cumple con todas ellas, para ~~la~~ la mejoría en los estados de salud de los individuos y sociedad .

Por ello, este trabajo busca apoyar estrategias que identifiquen la calidad de la salud, permitiendo brindar distintas herramientas que fortalezcan los resultados y avances en el desarrollo de la salud.

Colombia es uno de los primeros países en instaurar la política de calidad de la atención en salud en Latinoamérica, la cual busca garantizar mediante normativas, la habilitación, la auditoria, la acreditación y la información en búsqueda de posicionar el servicio en el país como uno de los mejores. Por ello, el conocimiento es una variable importante de los modelos de competitividad; estos permiten dar respuestas confiables a la empresa y al medio ambiente, de allí que es pertinente profundizar en los aspectos que dificultan el pleno desarrollo de este. Para las instituciones es determinante conocer con claridad las barreras o limitaciones que puedan existir, para así generar estrategias que permitan vencerlas de manera adecuada y competitiva.

La acreditación en salud pretende apoyar la labor en las instituciones mediante la estandarización de procesos en la prestación de servicios, con mejor y mayor calidad y con más seguridad para el paciente. Esto es claramente un factor determinante a la hora de elegir una institución, como paciente y como aseguradora.

Ya se hizo mención al poco porcentaje de instituciones acreditadas en casi diez años de la de la puesta en marcha de la norma.

Si se tienen en cuenta los beneficios que trae para estas instituciones, son sus gerentes quienes deben estar más interesados en la implementación de estándares de acreditación; se hace imprescindible, entonces, identificar las barreras que pueden estar influyendo para que tan pocas entidades se interesen en lograr la acreditación en salud. Esto es lo que se espera conocer

con esta investigación, cuyos resultados serán de utilidad para aquellas instituciones que deseen o estén adelantando este proceso y puedan allanar dichos obstáculos, para garantizar resultados mejores; de igual manera, puede tomarse como punto de partida para profundizar sobre los hallazgos y, en efecto, generar futuros estudios que amplíen el tema para así mejorar el avance en la acreditación en salud en el país.

La realización de esta investigación encuentra, además, otra justificación en que la prestación de servicios de salud es un asunto de interés general y particularmente sensible. Todos, absolutamente todos los seres humanos, en algún momento de su existencia necesitamos recurrir a un servicio de salud. Si estos son ineficientes, no solamente su calidad de vida se verá afectada, sino que el final de la existencia se verá anticipado. Se considera que este trabajo se convierte en un primer acercamiento para la implementación de sistemas de gestión de calidad en las IPS, convirtiéndose así en un marco de referencia para todos los servicios hospitalarios.

Las conclusiones buscan ayudar a las instituciones que trabajan por la acreditación para que optimicen y gestionen debidamente sus recursos venciendo las barreras que le impiden lograrlo.

Es de resaltar que esta investigación se relaciona directamente con el requerimiento 4.1 y 4.2 de la ISO 9001: 2015, sobre el contexto externo de las organizaciones, brindando así un criterio académico que la apoya.

En este trabajo se pretende demostrar que la aplicación de la norma técnica ISO 9001:2015, afronta serias rigideces, pues existen consideraciones relacionadas con el modelo económico -actualmente imperante en Colombia y en el mundo- y político que pueden hacer sumamente difícil su implementación en el sector salud.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Identificar las barreras que afronta la implementación de la norma técnica la ISO 9001:2015 para la gestión de servicio en el sector salud colombiano, con el fin de plantear acciones que puedan superarlas.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1. Presentar un panorama de las condiciones en las que actualmente se prestan los servicios de salud en el país.

3.2.2. Identificar y clasificar las posibles barreras que se pueden presentar en el sector salud al aplicar el sistema de gestión de la calidad, de acuerdo a la norma técnica ISO 9001:2015, en el contexto colombiano, a fin de priorizar aspectos críticos.

3.2.3. Formular acciones concretas para la toma de decisiones que permitan construir propuestas coherentes para una adecuada implementación de la gestión de servicio en las instituciones de salud colombiana, tanto públicas como privadas, en concordancia con la norma ISO 9001:2015.

4. Marco referencial

4.1 Conceptos fundamentales de un sistema de gestión de servicios

A. SISTEMA DE GESTIÓN DE SERVICIOS

De acuerdo con Evans (Evans, 1999), un sistema se define como un conjunto de funciones o actividades dentro de una organización, interrelacionadas para lograr los objetivos de ésta. Feigenbaum (Feigenbaum, 1988) define Sistema como un grupo o patrón de actividades humanas o de máquinas que interactúan, las cuales son dirigidas por información que opera sobre o en materiales directos, información, energía o seres humanos para obtener un propósito u objetivo específico. De acuerdo a lo expresado anteriormente los sistemas son considerados

como aquel conjunto de actividades que interactúan y se guían principalmente por información para lograr propósitos.

La gestión de la calidad se puede implementar por medio de un sistema que se denomina sistema de gestión de la calidad, el cual requiere la participación de todos los integrantes de la organización. De acuerdo con Feigenbaum (-2005), los sistemas de calidad comienzan con el principio básico del control total de la calidad, ya que la satisfacción del cliente no puede lograrse mediante la concentración en una sola área de la compañía u organización, por la importancia que cada área tiene en relación con las expectativas de los clientes; de esta manera el sistema de calidad total es el fundamento del control total de la calidad. Un sistema de calidad es aquella estructura funcional de trabajo acordada en toda la empresa, documentada con procedimientos integrados técnicos y administrativos efectivos, para guiar las acciones coordinadas de la fuerza laboral, las máquinas y la información de la empresa de una forma más eficiente, eficaz y práctica, para asegurar la satisfacción del cliente con la calidad y costos económicos (Feingembaun, 2005). Un sistema de gestión de calidad en la empresa persigue la satisfacción total de los clientes, a través de la mejora continua de todos los procesos operativos mediante la participación activa de todo el personal que previamente ha recibido formación y entrenamiento (Evans, 2005).

Summers (Summers, 2003), señala que el sistema de gestión de calidad es dinámico, adaptable a las necesidades, requisitos y expectativas de los clientes. Con ello, satisface las necesidades y expectativas de los clientes externos e internos, estableciendo, para ello, procedimientos que son un patrón para lograr los objetivos, con mínimas inversiones y aprovechamiento al máximo de los recursos disponibles, enfocado en la premisa de mejora continua de los procesos, haciendo de estos lo más competitivos, sostenibles y posibles dentro del mercados.

B. CALIDAD

El concepto de calidad es encontrado en muchos campos del conocimiento; dentro de los más destacados, ejemplarmente, tenemos:

- A nivel lexicológico, la reconocida Real Academia Española de la Lengua publicó en 1984, que la calidad es una “cualidad, una manera de ser. (Tomo I, página 242).
- En medicina y educación, el término es ligado a la excelencia, a la perfección de sus procesos, para el logro de óptimos resultados, con la utilización de una determinada técnica o procedimiento.

Según Moreno (Moreno- Luzon, 2001), los conceptos de calidad y gestión de la calidad han sufrido cambios a lo largo de los últimos años. A su vez, renombrados autores expertos en temas de calidad, como W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, Kaosuro Ishikawa, Philip B. Crosby, Armand V. Feigenbaum y otros, han expresado sus opiniones, del modo siguiente:

- Según Crosby, calidad “es conformidad con las especificaciones”
- Para Trifus, a su turno, “es dar al cliente aquello que espera”.
- Para Taguchi, es “producir los bienes y servicios demandados al menor costo posible para la sociedad”. (Galán M. “El Reto de la mejora en la educación superior: una perspectiva europea, programa de doctorado: Evaluación, mejora y calidad de la educación superior, Universidad de Cádiz, España, enero 2000”).

El autor Edward Deming, fue un ferviente crítico de las formas de administración tradicionales de su época, así como de las formas de evaluación de los empleados. Por ello, planteó una forma más humanista, centrada en un conocimiento de la variación natural que se da en todo proceso. Deming (Deming, 1993) propone catorce principios transformadores de la gestión de las organizaciones, dando con ello inicio al denominado ciclo Deming, cuyas etapas son: planificar: estableciendo objetivos y procesos para obtener resultados; hacer: implementar los procesos; verificar: realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos

respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados; actuar: tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

En resumen, los catorce principios de Deming, aluden a cómo se debe administrar una organización para lograr el éxito, por medio de la calidad; además, sirven para autoevaluar la actuación de la dirección de cualquier organización, sin ninguna distinción.

¿Pero, cómo es que el concepto de calidad utilizado en la industria, da origen al empleado en el servicio de salud? Para dar respuesta a este interrogante hay que remontarnos a la historia. En la antigua Mesopotamia, existía ya un parámetro de medición de calidad, conocido como Código Hammurabi, redactado en escritura cuneiforme, en idioma acadio, imperante en el imperio Babilónico, alrededor del 1750 a.c. La mitología sugiere que, al rey de Babilonia Hammurabi, le fue dado de manos del dios Shamash o Marduk. Esta es una recopilación de todas las leyes y códigos que existía para ese entonces en el imperio babilónico, entre estos tenemos el código de Urnammu (XXI a.c), las leyes de Esnunna (XX a.c), el código de Lipit-Ishtar de Isin (XIX a.c). El código está redactado en primera persona, la primera parte relata cómo lo dioses eligen al rey, iluminándolo y asegurando así el bienestar del pueblo. Luego pasa a una proclamación de Marduk, como dios todo supremo del imperio sumerio.

Las estelas grabadas en diorita, de aproximadamente 2.25 metros de altura por 50 cm en su parte más ancha, presentan en su parte superior en bajo relieve a Hammurabi, de pie, delante del dios, recibiendo de manos las 282 leyes grabadas, las cuales fijan las diferentes reglas de la vida cotidiana, como, por ejemplo:

- ❑ La división de la jerarquía poblacional, en tres grandes grupos, los Awilum o personas libres, los Mushkenum o semilibres, subalternos de los primeros, principalmente dedicados a labores serviles, y los Wardum o esclavos.
- ❑ Los precios, los cuales presentan variaciones según fuera para un Awilum o para un Wardum, por ejemplo, a nivel de la atención médica.

- ❑ Los salarios, categorizados de acuerdo a la función realizada.
- ❑ La responsabilidad profesional, la cual describe el trabajo realizado, la conducta delictiva y luego el castigo correspondiente; así, por ejemplo, un arquitecto que haya edificado una vivienda y esta se caiga sobre sus habitantes causando su fallecimiento, el profesional se hace merecedor a la pena de muerte.
- ❑ El funcionamiento judicial, a través de tribunales, en los cuales el acusado podía aportar pruebas escritas de su inocencia; también allí se prohibía y castigaba el hurto, también se regulaban materias la agricultura o ganadería, los derechos de la mujer, del matrimonio, de los menores, de los esclavos, además de sentencias sobre muerte y lesiones.
- ❑ Las penas fluctúan en una escala de acuerdo al delito cometido, y si se es delincuente o víctima. siendo la base de esta la ley del Tali3n (ojo por ojo, diente por diente).

Este c3digo no admite excusa alguna, error ni mucho menos falla, por lo cual era expuesto a vista de todos, a lo largo y ancho del reino; el primero de ellos en el templo de Sippar y as3 sucesivamente. Hacia el a3o 1200 a.c en la ciudad de Susa (Elam) hoy Juzest3n, Ir3n, fue llevada una de ellas como bot3n de guerra por el rey Elam Shutruck- Nakhunte. Posteriormente, fue descubierta por Jacques de Morgan, a finales de 1901, transportada a la capital francesa, y estudiada luego por el historiador alem3n Georg Friedrich Grotefend, quien comenzar3a todo el desciframiento de la escritura cuneiforme, traducido ulteriormente al franc3s por el reverendo Jean Vicent Scheil, d3ndole el estatus que merec3a y elev3ndolo al museo del Louvre, donde reposa actualmente.

M3s tarde, los fenicios tomaron algunas de estas leyes, como, por ejemplo, la mutilaci3n de un miembro, en virtud de la aceptaci3n o no de un producto defectuoso. (Atkinson, 1990)

A nivel de Latinoamérica, podemos observar que los mayas tomaron parte de la equidad y justicia, especialmente a nivel mercantil; la muerte, la tortura o la mutilación también hacen parte de tal legislación.

Así nació el crédito al ámbito verbal a nivel del intercambio comercial, donde se pretendía, desde el trabajo artesanal, la mejor calidad posible en las diferentes mercancías ofertadas. Pero solo hasta finales del siglo XVIII, con la aparición de la revolución industrial (2012), tuvo lugar un marcado interés en la calidad de sus productos. En Estados Unidos, Frederick Taylor asigna esta responsabilidad a los ingenieros industriales, a quienes se les capacita en producción en serie y, como tal, en la disminución de los costos de producción. Este hecho llegó a la industria automotriz, cuando Henry Ford la llevó al ensamblaje en movimiento.

Pero no pasó mucho tiempo para que esta cultura se extendiera a otros sectores, entre ellos el sector turístico, hotelero y de ambigü, donde la satisfacción del cliente y sus necesidades tomaron gran relevancia.

En el sector salud nació a finales de los años 60 en los EEUU; en algunos países europeos, el precursor fue el Avedis Donabedian, quien estudió y midió la calidad en los servicios de salud.

Esta corriente se extiende primero a México, con el Dr. Enrique Ruelas Barajas, al Instituto de Nacional de Salud Pública, en los años 80, y luego a todo el continente, generando un requisito indispensable de sobrevivencia económica y, para algunos, afortunadamente también, de responsabilidad social y de integridad moral (Rulas BE, 1993).

El concepto de calidad de Avedis Donabedian: “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes” (A, 1980), fue retomado por la Organización Mundial de la Salud, para definir su propio concepto: “Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de

una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite” (Organización Mundial de la Salud, Enero 2009).

Sin lugar a dudas, muchos otros han sido estudiosos de este término y han sido destacadas sus definiciones al respecto, así:

- ✓ Germán Fajardo Dolci, propone su concepto comenzando de las expectativas del usuario de una adecuada atención medica con “oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos que permita satisfacer las necesidades de salud y las expectativas a un costo razonable” (Gomez, 1991).
- ✓ Héctor Aguirre Gas dice que la calidad consiste en, “Otorgar atención médica al paciente, con a) oportunidad, b) competencia, c) seguridad y d) respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus i) necesidades de salud y sus ii) expectativas” (H, 2002). Se puede identificar la inclusión de cuatro elementos del proceso y dos en sus resultados, dando como principal responsable de esta a la institución ya que una atención de calidad dependerá de la estructura que se tenga, pero no la garantiza.
- ✓ Philip B. Crosby señala que la calidad se ve asociada a la idea de “cero defectos” (1979). Para este estudioso la calidad está en asocio con los requerimientos, lo cual es medible por los costos de las no conformidades, llevando a la prevención de estos, mediante la constante motivación de los empleados por parte de la dirección, naciendo así el término “relaciones humanas en el trabajo o de índole laboral”. Por ello, siempre se busca evitar los errores y su corrección desde los inicios en lugar de buscar soluciones a los defectos. En el campo de la salud, Crosby, sugiere que se debe partir de que

cada usuario reciba lo establecido para su correcta atención, incluyendo los servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados que motivaron la consulta o internamiento, sin menoscabo de optimizar los costos de atención.

Con el fin de igualar y vigilar la calidad de los productos en el ámbito industrial, desde 1947 se ha desarrollado y modernizado el sistema “International Standards Organization” (ISO), con el que se aspira a garantizar y homologar la calidad a nivel industrial; lo mismo ha ocurrido en el entorno médico. Así, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) fue constituida por asociaciones médicas estadounidenses con iguales objetivos a los del sistema ISO, pero enfocada a la atención médica. Esta asociación se encarga de tasar las funciones focalizadas en el paciente, las funciones de la organización y la estructura con funciones. La acreditación de la JCAHO es una guía médica de la acreditación; pero no es contradictorio con las normas ISO industria, sino que se complementan. (Kaushal R, 2003).

En América Latina, la principal iniciativa correspondió a la Organización Panamericana de la Salud, con la creación de la Federación Latinoamericana de Hospitales, siendo el factor fundamental para el desarrollo del Manual de Estándares de Acreditación, con base en los emitidos por la JCAHO, alrededor de 1990. Argentina ha desarrollado uno similar, como lo es el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos Sanitarios. (Felds, 1978).

Debe mencionarse también que la International Quality Association (ISQUA), desarrolló, en 1994, el programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programmes for Healthcare Accreditation), que fue el punto de partida para el nacimiento del Consejo Federado de Acreditación o AFC, por sus siglas en inglés, el cual incorporó y desarrollo, no solo en Estados Unidos sino para todo el campo del saber médico, estándares y evaluaciones a nivel externo, por pares. Todo ello, buscando una mejora sostenible de la calidad de la atención medica en forma continua. (PJ, 2001).

C. EL SISTEMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD EN COLOMBIA

El sistema de salud en Colombia, en 1996 creó el sistema de requisitos esenciales o SOGC -(Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad)-, por medio del Decreto 2174 de 1996, el cual, a su vez, fue reemplazado por el 2309/02 y este por el 1011/06, en donde se establecen los requisitos mínimos indispensables para la atención en salud.

Se define como el conjunto de instituciones, normas requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud; entre sus componentes fundamentales están:

- * El Sistema Único de Habilitación
- * La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud
- * El Sistema Único de Acreditación
- * El Sistema de Información para la Calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006)

Entre los ítems evaluados se encuentran:

- ✓ Recurso humano
- ✓ Infraestructura física
- ✓ Dotación
- ✓ Medicamentos y dispositivos médicos
- ✓ Procesos prioritarios y manejo interno de desechos hospitalarios
- ✓ Manejo de la historia clínica
- ✓ Interdependencia de servicios
- ✓ Sistema de referencia y contra referencia de pacientes
- ✓ Seguimiento a riesgos

El Colombia se estableció que el SOGCS es aplicable para toda persona o entidad que oferte y preste servicios de salud. El objetivo principal de este sistema de control es aumentar

el impacto positivo de la atención en salud y, por consiguiente, disminuir los riesgos asociados a dicho proceso

D. ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Existen tres actores principalmente:

- Empresas Promotoras de Salud (EPS)
- Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)
- Usuarios

Cada uno de ellos desempeñan diferentes roles y visiones del proceso de atención y, por tanto, de la calidad del mismo.

Las EPS o aseguradoras se han dividido en dos regímenes, el contributivo y el subsidiado (por el Estado). Para ellas, la satisfacción de los usuarios (calidad) tiene gran importancia, como lo es la rentabilidad propia de su proceso productivo de inversión de recursos. La unión de ambos genera referentes de utilidades favorables.

Según el estudio publicado, en el 2010, por la universidad Simón Bolívar de Barranquilla, sobre la evaluación de la calidad de la atención en salud, como un primer paso hacia la reforma del sistema, se puso en evidencia que (Delgado, 2003):

- ❖ “Existe un nivel superior del criterio económico sobre la satisfacción del usuario, como lo muestran las múltiples tutelas presentadas anualmente contra las EPS; también las quejas y reclamos, en razón de las altas utilidades reflejadas en los balances de las empresas allí citadas.
- ❖ Las aseguradoras utilizan su poder dominante en el sistema, para realizar interpretaciones de la norma que limitan el acceso a los servicios, en ocasiones con excesivos trámites administrativos, mostrando logros importantes de tipo cuantitativo, evidenciando así más la atención de cantidad que de calidad.

- ❖ Las IPS también se encuentran en una dicotomía: Unas desarrollan un modelo de atención de calidad con profesionales actualizados, con remuneraciones acordes al mercado laboral, fomentando entre sus usuarios patrones de promoción y prevención; además proporcionan instalaciones cómodas y se guían por procesos de atención integral en salud. Entre tanto, otras se enfocan en la productividad, los procesos de facturación y admisiones, y la cantidad de pacientes atendidos o procedimientos realizados por los profesionales allí contratados
- ❖ En cuanto al paciente, usuario o cliente, el estudio arrojó que es el más vulnerable de los tres actores, ya que es el receptor de todo el sistema de salud; más aún, el estudio encontró que en muchas ocasiones suele contraponerse el concepto de calidad del usuario al del profesional de la salud, como es el caso de muchos usuarios que manifiestan insatisfacción y mala calidad del servicio cuando durante el proceso de atención médica sufre largos tiempos de espera, órdenes de suprimir alimentos que consume con regularidad, indicaciones del tratamiento o limitantes del mismo, así como deficiencias en las acciones de revisión y diagnóstico; por el contrario, encontró un grado de satisfacción solo por el confort locativo. En muchos casos, este agente asocia la accesibilidad con la obtención de un carnet o, más aún, la calidad con la prestación de salud en una institución habilitada; todo ello ha llevado a una pérdida de credibilidad en el acto médico.
- ❖ Las fallas del sistema se han dado por múltiples causas, entre ellas por demoras innecesarias en el flujo de recursos y el uso indebido de barreras de acceso; todo ello se ve reflejado en el aumento de acciones de tutela, que ya para el periodo comprendido entre 1999-2003 eran de 145.360.

E. LA NORMA ISO 9001.

La norma ISO 9001 es una norma técnica de carácter internacional; como tal, es la base del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), cuyo fin es la administración y la mediación de productos o servicios de la empresa, sin ninguna excepción de actividad, centrándose en la satisfacción del cliente y en la capacidad de proveer productos y servicios que cumplan con las exigencias internas y externas de la organización (ISO ISO, 2001).

Como antecedentes se puede mencionar la aplicación en 1920, en la empresa norteamericana Bell Telephone System, con su departamento de inspección, en su filial de Western Electric Company, dirigido por el ingeniero Walter A. Shewhart; se comenzó a medir, mediante herramientas estadísticas, la variabilidad inherente a la fabricación industrial de los productos teóricamente idénticos, con el propósito de minimizar estas diferencias, mejorando la fiabilidad en los sistemas de transmisión fabricados por la compañía. Se creó así toda una metodología, que reconocía el principio de los errores, disminuyendo su porcentaje de productos con errores, optimizando la productividad y la fiabilidad de los sistemas de transmisión. Este novedoso método produjo la literatura conocida como “Método estadístico desde el punto de vista del control de la calidad”.

Este nuevo sistema se aplicó durante la Segunda Guerra Mundial, en la fabricación de productos (como los paracaídas), los cuales tenían un objetivo bélico ya establecido, generando la consigna de “Mejor calidad a un menor costo”, la cual ha llegado hasta la industria de nuestros días. Las empresas bélicas no solo sirvieron a su propósito militar, sino que, además, produjeron las primeras normas y estándares. Como ejemplo de ellas se tienen las Military Standards 105 o Z1, y su posterior evolución a las Quality Program Requirements, o MIL –Q-9858, que eran programas de muestreos aleatorios (estos inspeccionan un número específico de unidades de cada lote del producto; los elementos con defectos se califican y se comparan estadísticamente con las correctas, generalmente realizado en porcentaje, definiendo así

acciones a tomar, de acuerdo a los estándares industriales empleados), y estas, a su vez, las ISO 2859-1:2012 o LCA (normas para planes de muestreo para la realización de inspecciones lote por lote, y tabulados estadísticamente según el límite de calidad de aceptación.

Ante el éxito obtenido al aplicar estos métodos de control al producto terminado, al ejército le siguieron otras agencias gubernamentales como la Administración Nacional Aeronáutica y Espacial, más conocida como la NASA.

Con estos sistemas la OTAN desarrolló un documento conocido como AQAP-1 (NATO Quality Control Requirement for Industry) divulgándolo por toda Europa. Los ingleses la tomaron como modelo normativo para sus productos, desarrollando, en 1979, la norma BS 5750, como estándar de control a sus proveedores, contemplando aspectos como:

- Responsabilidad de la Gerencia
- Sistema de Calidad
- Evaluación de Contrato
- Control de diseño
- Control de Documentos
- Compras
- Requisitos del Cliente
- Identificación y Trazabilidad del Producto
- Control del Proceso
- Inspección y prueba
- Equipo de Inspección y prueba
- Estado de inspección y prueba
- Control de Producto No Conforme
- Acción Correctiva
- Manipulación, Almacenaje, Embalaje y Entrega

- Registro de calidad
- Auditorías Internas de Calidad
- Formación
- Servicio
- Técnicas Estadísticas

Todo lo anterior se encaminó a la producción y a los requisitos de los clientes, pasando por las auditorías internas, llevando a la adopción como norma internacional por parte de la ISO.

No se puede dejar de lado que la International Organization for Standardization - ISO (Guajardo, Administración de la calidad total: Conceptos y enseñanzas de los grandes maestros de la calidad, 1996), antes de la Segunda Guerra Mundial, era una Federación internacional de asociaciones de normalización nacional (ISA) del sector de ingeniería mecánica. Pero con el fin del conflicto bélico, en Londres nace de nuevo, en 1946, pero ahora con funciones internacionales de estandarización, consolidándose en 1947, como una organización totalmente independiente, no gubernamental, integrada por más de 100 países y 3000 organismos técnicos, los cuales desarrollan y revisan en todos los sectores y ámbitos las normas.

Así, pues, la ISO promueve el desarrollo de la estandarización y las actividades relacionadas, con el propósito fundamental de facilitar el intercambio internacional de bienes y servicios, desarrollando con ello una cooperación tanto a nivel individual, como científica, tecnológica y económica.

Los sistemas de gestión de calidad son así una herramienta que trata de asegurar a los usuarios, y a la propia empresa, que el servicio que se está ofreciendo cumple con los requisitos establecidos por medio de una estructura organizacional, de políticas, objetivos, procesos, recursos y procedimientos.

F. LA CALIDAD EN EL SECTOR SALUD

En el campo de la salud también se incluyen este tipo de normas; esto se debe a que estas instituciones brindan servicios a personas, y estas siempre requieren una atención eficiente y de calidad.

En este sentido se manifiesta la calidad como un bien que requiere de recursos humanos, financieros, insumos e infraestructura, como también la humanización del personal que labora en este campo, con el fin de ofrecer una mejor atención a los pacientes y sus familias, sobreponiendo estos al aspecto financiero, ya que se ha manifestado, en los últimos tiempos, el interés económico, llevando muchas veces a deficiencias en los servicios de salud y en la atención brindada por estos.

Según Avedis Donabedian (Cuatrecasas, 1999), padre de la calidad en salud, “cualquier método o estrategia de garantía en calidad que se aplique será un éxito. El medio utilizado tiene un propósito de alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, alcanzando las mayores mejoras posibles en salud. Se debe luchar por mejorar la eficiencia de la atención y no de reducir costos.

Donabedian, manifestó, además, que en las escuelas de medicina y enfermería no se da una instrucción en administración en sistema de salud, pero se coloca estos individuos en cargos administrativos sometiéndolos a presiones financieras de corto plazo. El objetivo de los sistemas de salud es lidiar con estas presiones. La conciencia en los sistemas de salud y el diseño de los mismos son importantes para los profesionales de la salud, los cuales siempre deben actuar bajo parámetros éticos.

Existen ventajas específicas del sistema de calidad en el campo de la salud, a saber:

- Se ha convertido en uno de los pilares básicos para la competitividad en los servicios de salud, en un medio donde otorgar calidad y sin errores es un requisito indispensable para satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familiares, quienes cada vez más están más informados y son más exigentes

- Crea medios para otorgar a los pacientes una atención adecuada, oportuna, con competencia profesional, seguridad y respeto a la ética de la práctica médica, así como una buena comunicación, instalaciones confortables y un trato digno entre otros aspectos, para satisfacer las necesidades y expectativas, buscando siempre un resultado final: recuperar la salud.
- Mayor retención de los clientes y pacientes que solicitan el servicio; implícito se encuentra la disminución en las quejas y reclamos
- Reducción en costos de producción y mantenimiento
- Una mayor participación dentro del mercado
- Lo anterior conlleva a que los empleados se sientan con mayor satisfacción y compromiso dentro de la compañía, afianzando un verdadero compromiso con las metas de la empresa.

Los sistemas de gestión de calidad se constituyen como una estructura funcional de trabajo acordada en una organización, documentada con procedimientos técnicos y administrativos efectivos, para guiar las acciones coordinadas de todos los recursos de la organización, para efectuar las mejores prácticas con el fin de asegurar la satisfacción del cliente bajo criterios de eficacia eficiencia y calidad”. (Gutierrez, 2005).

El ámbito de la calidad provista por las empresas en los productos o servicios, vista desde un marco general, es una decisión soberana y voluntaria de los productores, la cual les permite a éstos mejorar la percepción de los consumidores sobre la calidad de los bienes, aumentar la innovación y la competitividad, entrar a nuevos mercados nacionales e internacionales y fortalecer la participación en los mercados en donde ya ofrecen sus bienes. Arteaga, (Colunga, 1994).

En Colombia, en el sector salud, con la expedición de la Ley 100 del 1993 se posibilitó la creación de nuevas Instituciones prestadoras del servicio, dando paso a una competencia

aguerrida, e iniciando un nuevo panorama con las instituciones de reconocida trayectoria, en donde la única manera de sobrevivir en el mercado, es reteniendo a los clientes existentes y vinculando nuevos usuarios para alcanzar el punto de equilibrio económico. Es así como aparece el movimiento por mejorar los procesos internos, buscando la posibilidad de someterse a juicio externo para evaluar que las acciones desarrolladas vayan por el camino correcto. (Osorio J; Arbeláez A, 2005).

4.2 La norma técnica ISO 9001:2015 y la prestación de los servicios de salud.

Cuando una organización decide certificarse bajo la norma ISO 9001, versión 2015, implica que sus servicios médicos se alinearán bajo los parámetros de esta norma, comprometiéndose no solo con sus accionistas, sino con los pacientes de mayor vulnerabilidad.

El proceso de certificación es largo e incluye múltiples subprocesos, que, en sí, se convierten en procesos de mucha importancia dentro de la empresa, a saber:

- ✓ Subproceso de atención médica en hospitalización: engloba las actividades comprendidas en el quehacer médico, de medicina general o especializada, también al técnico y al personal responsable de atender y dar una pronta solución a las peticiones de los pacientes presentes en salas de cirugía y clínica.
- ✓ Subproceso de urgencias y cuidados intensivos. Al igual que el anterior abarca las actividades asistenciales y de apoyo a las unidades mencionadas
- ✓ Subproceso de consulta externa: como su nombre lo indica, comprende las actividades desempeñadas para atender pacientes no hospitalizados.
- ✓ Subproceso de apoyo clínico: engloba los servicios de laboratorio clínico, hematología, anestesiología, soporte nutricional, enfermería, mantenimiento, lavandería, limpieza, etc.

Además de los aspectos mencionados, por certificarse con ISO 9001/2015, se encuentran los siguientes beneficios:

- ❖ Seguridad clínica y estructural.
- ❖ Continuidad en la prestación de servicios.
- ❖ Trato personalizado y humanizado a los pacientes.
- ❖ Adecuación en la oferta de servicios y en el uso de recursos.
- ❖ Concordancia de la disponibilidad de intervención sanitaria y la necesidad del paciente.
- ❖ Procesos estructurados y articulados.
- ❖ Cultura de mejora continua.

Como ya se expresó, la norma técnica ISO 9001:2015 se aplica tanto a organizaciones que ofrecen productos como a las organizaciones que ofrecen servicios; siempre encaminada hacia el cliente y promoviendo su satisfacción.

No debe inadvertirse que cada vez es mayor el número de organizaciones que implementan Sistemas de Gestión de calidad con base en la Norma ISO 9001, sin importar su área de enfoque -producción o prestación de servicios-, encontrándose en competencia continua por la calidad de sus productos. (Colunga, 1994), y que la adopción de un Sistema de Gestión de Calidad surge como una decisión estratégica de la alta dirección de las organizaciones, con la intención de dar una guía de actuación clara y definida para consolidar los procesos que componen sus actividades y mejorar la eficacia de los mismos. (Moreno- Luzon, 2001).

5. Metodología

5.1. Enfoque de la investigación

Este es un estudio de enfoque cualitativo que se lleva a cabo por medio de una revisión y análisis de la literatura consultada y extraída en diferentes fuentes bibliográficas; de igual

manera el enfoque cualitativo se encuentra en la elaboración de la propuesta para salvar las barreras que se pueden identificar en la aplicación de la norma técnica ISO 9001:2015 en el sector salud colombiano.

5.2 Alcance y fases de la investigación

La investigación será de tipo descriptivo teniendo en cuenta que se observará el sector salud de Colombia, en particular las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, con el fin de describir las posibles barreras que se presentan para la aplicación del modelo ISO 9001:2015 en estas instituciones.

Este estudio se basa en el método inductivo, es decir va de lo particular a lo general, por lo cual se exploran, describen y analizan diferentes fuentes secundarias sobre el sector de las IPS en el país, para luego generar conclusiones sobre las barreras que se presentan para implementar ISO 9001. Se establecieron las siguientes fases de trabajo, enmarcadas en los objetivos de la investigación, tal como se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1. Fases del proyecto de investigación

Fases del proyecto de investigación		
Fase	Título	Descripción de actividades
I	Revisión bibliográfica	Revisión de bibliografía en diferentes bases de datos
		Clasificación de la información
		Presentar panorama de las condiciones de prestación de servicios de salud.
II	Análisis de barreras	Análisis documental para identificar y clasificar las barreras existentes para implementar ISO 9001:2015
III	Planteamiento de la propuesta	Elaboración de la propuesta.
		Redactar reporte final.

Fuente: la autora, 2020

5.3 Definición de variables y categorías

Las categorías y las variables específicas son emergentes y surgen de la revisión de literatura; a partir de las mismas, se identificarán las barreras y se elaborará la propuesta.

5.4 Diseño muestral

El universo del estudio son las instituciones encargadas de prestar los servicios de salud, en su nivel de atención (IPS) en el territorio nacional; sin embargo, por tratarse de una revisión de literatura no se acudirá a fuentes primarias, por lo cual no se desarrolla un plan de muestreo. Se trabaja con las fuentes secundarias resultantes de la revisión literaria.

5.5 Instrumentos y técnicas de investigación

La metodología utilizada para identificar las barreras para la implementación de la norma técnica ISO 9001:2015, en el sector salud colombiano, fue una revisión de los trabajos de investigación en el tema propuesto, con el fin de examinar lo que se conoce hasta el momento sobre el tema, cómo se ha investigado y las herramientas intelectuales y analíticas que podrían ayudar a su comprensión.

Esta metodología se caracteriza por partir de un propósito claro, utilizando métodos sistemáticos y explicativos para localizar, seleccionar datos e información, y tiene como finalidad establecer relaciones, diferencias, posturas o estado actual del conocimiento respecto al fenómeno objeto de estudio. La revisión de la literatura ayuda a entender “la conversación” que tienen los expertos sobre un tema en particular (Oakland, 1993).

Otro concepto sobre revisión de literatura es el que plantea Locke (G L. , 1995), quien afirma que consiste en la búsqueda de objetos de valor en los informes de investigación. Esos objetos son nuevos términos, palabras clave usadas en la búsqueda, referencias de otras publicaciones e investigadores, formas de redactar las preguntas de investigación, teorías novedosas, e identificación de indicadores de validez sobre los resultados de investigación.

Para este fin se llevó a cabo una búsqueda de artículos publicados entre los años 1990 y 2018 en las bases de datos Ebsco, Jstor, Proquest, ISI Web of science, Scielo y Cochrane. Los criterios de búsqueda fueron: sector salud en Colombia, IPS, barreras, ISO 9001:2015.

Como criterio de inclusión, se consideró que los artículos fueran:

- Publicaciones y bases de datos de literatura académica en salud que se da en Iberoamérica, además de las publicaciones colombianas más importantes sobre temas de salud, ciencias humanas y sociales que se relacionan con el sistema de salud de servicio en instituciones hospitalarias y con la normatividad de la norma ISO 9001:2015.
- Trabajos científicos que contengan un resumen; este criterio se usa como filtro para separar los trabajos científicos, de los que no lo son.
- Presentar un tema relacionado con el sistema de gestión de servicio o con sistema de salud en Colombia, con descripción, con evaluación o sin evaluación (positiva o negativa del sistema).
- Presentar estudios teóricos, empíricos y estudios de casos (cuantitativos y cualitativos).
- Obtención de cifras a través de una investigación de medios electrónicos, como los boletines de la Superintendencia de Salud y algunos documentos institucionales del Ministerio de Protección Social (informes de gestión y rendición de cuentas), además de diferentes publicaciones en línea.

Criterios de exclusión:

- Contener ensayos de opinión sin base alguna, ni que se presenten en medios que no tengan en cuenta trabajos de investigación o que no sea producto de una investigación bajo los criterios de rigidez científica.

- Trabajos que sean una expectativa de mercado más que un trabajo de tipo investigativo en la cual la investigación del sistema de salud quedó incumplida.

6. Resultados y discusión

La revisión de la literatura realizada en bases de datos Ebsco, Jstor, Proquest, ISI Web of science, Scielo y Cochrane, arrojó un total inicial de 1243 artículos publicados entre 1993 y 2019; un análisis posterior permitió identificar 203 de estos que aportaban a la comprensión sobre qué barreras existen a la hora de implementar la norma ISO 9001:2015, en las empresas del sector salud. Estos documentos fueron revisados usando la técnica de análisis de contenido y se determinó que 94 artículos cumplían con los requisitos de inclusión en el estudio. Además, se vincularon 2 normas internacionales, 2 libros y 3 fuentes adicionales que tiene relación directa con la construcción objeto de investigación.

Después del análisis del contenido de las referencias bibliográficas categorizadas, se identificaron 4 variables –internas, externas, económicas y psicosociales- que afectan significativamente la implementación de la norma ISO 9001 en el sector salud.

Durante el estudio se evidenció que las organizaciones dedican gran parte de sus recursos para poner en funcionamiento programas de calidad, que en algunas ocasiones no producen los resultados esperados, debido especialmente a la presencia de una serie de obstáculos internos y externos, los cuales no fueron debidamente tratados durante la implantación del programa de calidad, convirtiéndose en los mayores obstáculos para el logro de los objetivos.

Durante la última década, se ha presentado una demanda creciente por el aseguramiento de la calidad, especialmente antes de emprender cualquier actividad o negocio. Esto no es un concepto del todo nuevo, ya que la calidad siempre ha jugado un papel importante en el aseguramiento de nuevos mercados, así como la retención de mercados ya existentes; pero, sin duda alguna, en estos tiempos de mercados competitivos, el aseguramiento de la calidad y los

sistemas de gestión de la calidad se han vuelto aún más relevantes (Tricker, 2005). De acuerdo con las fuentes bibliográficas consultadas, las principales barreras en el proceso de implementación de un sistema de gestión de la calidad identificadas en el estudio, son los recursos de todo orden con que se cuenta, especialmente los recursos económicos y la falta de tiempo del personal involucrado en dicho proceso.

En relación con los aspectos organizacionales, la de mayor impacto fue la comunicación interna deficiente y la resistencia al cambio.

Por otro lado, respecto a las dificultades asociadas con la documentación del sistema de gestión de calidad, fue la documentación excesiva o muy pesada.

A pesar de las grandes barreras que se pueden presentar en la implementación de un sistema de gestión de la calidad en el sector salud, se evidenció que las empresas, en las investigaciones, reconocían que la participación de todos los niveles jerárquicos y el compromiso de la alta dirección, era un gran beneficio para la organización, para afianzar la cultura de la calidad en un servicio tan sensible a pequeños cambios, como es el de la salud.

6.1 Panorama de Condiciones

A continuación en la tabla 2 se presenta la matriz bibliográfica que se elaboró para el presente trabajo, en la cual se relacionan barreras en el uso de normas sobre sistemas de gestión en general y en particular sobre la gestión de la calidad:

Tabla 2. Matiz bibliográfica sobre barreras en la aplicación de ISO 9001.

No	TITULO	AUTOR	AÑO	LINK	SINTESIS
----	--------	-------	-----	------	----------

1	Revisión sistemática de teorías de integración de sistemas de gestión normalizados	Angélica Malagón Medina	2018	https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/signos/article/view/4398/4125	Esta investigación busca cubrir los vacíos en la literatura científica, siendo una fuente de información para toda el área académica: docentes, investigadores que desarrollen alguna investigación basada en la integración de sistemas; si se requiere una referencia para el marco teórico para su investigación. Así mismo es una herramienta de formación para nuevos investigadores que se enfoquen en esta área de estudio.
2	Barreras para la implementación de un sistema de gestión de la calidad norma ISO 9001:2015 en pequeñas y medianas empresas: Pereira y Dosquebradas	Ana María Echeverry Jiménez / Nora Luz Restrepo Ruiz	2007	http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/779/658568E18.pdf?sequence=1	Este proyecto identificó las principales barreras que se presentan en las pequeñas y medianas empresas de Pereira y Dosquebradas durante la implementación de sistemas de gestión de calidad basados en la norma ISO 9001:2015, desde diversas perspectivas: recursos, las asesorías contratadas, la capacitación organizacional, la motivación durante la implementación, la documentación del sistema logrando toda la información relativa al grado de cumplimiento, la incidencia de cada barrera planteada y el nivel de mayor impacto como son la falta de recursos humanos involucrados en el proceso; el desconocimiento de los requisitos de la norma de referencia, la documentación excesiva y las dificultades generadas por los recursos humanos.
3	Barreras culturales organizacionales en la implementación de sistemas de gestión de calidad en las entidades del sector público en Colombia	Astrid Vargas Rincón, Fabiola Rodríguez Bernal	2011	https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/signos/article/view/927/1210	Teniendo en cuenta que han transcurrido más de diez años desde la implementación obligatoria de la norma de calidad en las entidades del Estado, este artículo aborda cuáles han sido las principales barreras culturales organizacionales identificadas en la implementación de los Sistemas de Gestión de Calidad-SGC en este sector, y establece algunas evidencias de las prácticas de calidad en las entidades; además, propone recomendar un nuevo renovado modelo para mejorar su implementación en el ámbito estatal. Los principales factores que circunscriben a las cinco barreras en el sector público colombiano, que son: el desconocimiento de la participación de los funcionarios en la toma de decisiones, la comunicación interna, el estilo de dirección y la estructura orgánica.
4	¿Cuáles son las principales barreras existentes en las PYMES durante la implementación de los sistemas integrados de gestión?	Gloria Esperanza Ortiz Sastoque	2015	https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/6372/Cuales%20son%20las%20principales%20barreras%20existentes%20en%20las%20PYMES%20durante%20la%20implementaci%C3%B3n%20de%20los%20sistemas%20de%20gesti%C3%B3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Esta tesis indaga sobre las dificultades y barreras en la implementación de un sistema integrado de gestión mirándolo no solo desde el punto de vista de la implementación, sino un conjunto de procesos y procedimientos sistemáticos que, transversalmente, afectan a la empresa haciendo énfasis en la necesidad de un recurso humano, financiero y tecnológico.
5	Dificultades en la certificación de calidad normas ISO	Tito González	2011	https://www.monografias.com/trabajos14/dificultades-iso/dificultades-iso.shtml#ana	El estudio arrojó que la implementación de las normas ISO requieren, en principio, de una cultura de calidad en la empresa, es decir, con unas características propias que deben hacer parte del diagnóstico del proceso de la implementación. Si no se realiza inicialmente se efectúa solamente sobre los aspectos técnicos, considerando el asunto cultural, y si ésta

					condiciones ideales, en la fase de la implementación se encontrarán una serie de obstáculos que se convertirán en impedimentos que alteraran el flujo ordenado y eficiente ocasionando problemas de alta relevancia que reflejarán en los resultados, así la empresa certificada.
6	Maduración y conciencia organizacional	Francesc Beltri Gebrat	2008	http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/464/403	Este trabajo propone una descripción de las etapas por las que pasa una organización para desarrollar una conciencia organizacional, superando distintas barreras que debe superar para avanzar a otra etapa, presentando algunos ejemplos que ilustran las dificultades a enfrentar.
7	Barreras culturales organizacionales en la implementación de sistemas de gestión de calidad en las entidades del sector público en Colombia	Astrid Vargas Rincón, Fabiola Rodríguez Bernal	2011	https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/signos/article/view/927	Los principales hallazgos se circunscriben a las barreras encontradas en el sector público que son: el compromiso y participación de los funcionarios públicos, la comunicación, el estilo de dirección, la toma de decisiones y la estructura orgánica.
8	Pilares de los procesos de gestión en una organización de la salud: calidad, talento humano y seguridad del paciente	Claudia Janeth Rincón Vidal	2015	http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1777/Claudia%20Janeth%20Rincon%20Vidal.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Este estudio concluyó que la formación del personal es vertebral de la gestión del talento humano, por lo tanto tener visión estratégica y prospectiva en la organización, ya que de no realizarlo se convierte en un gran obstáculo.
9	Análisis del contexto de una pyme colombiana, orientado a la implementación de un sistema de gestión de la calidad	José Carlos García Rueda, Angélica María Alzate Ibáñez, John Fredy Ramírez Ríos	2016	https://revistas.uamerica.edu.co/index.php/rques/article/view/119/114	El objetivo de este artículo es, en primer lugar, dar una visión general sobre la importancia de la gestión de la calidad en los países emergentes, los retos que deben enfrentar en el mercado actualmente globalizado y la importancia de la implementación de sistemas de gestión de la calidad y estrategia competitiva. En segundo lugar, se realiza un análisis del contexto de una pyme que presta servicios ubicada en la ciudad de Bogotá, donde se realiza la planificación e implementación de un sistema de gestión de calidad.
10	Guía para diagnosticar el contexto estratégico para pymes, dando cumplimiento al numeral 4.1 de los modelos NTC ISO 9001:2015, NTC ISO 14001:2015 e ISO 45001	Robayo Verdugo, Karen Julieth Pérez Rubiano, Leonardo Alexander	2016	https://repositorio.escuelaing.edu.co/handle/00000001392	A partir del desarrollo de las metodologías de diagnóstico de contexto, se evidenció que una organización debe orientar sus acciones con mayor solidez, considerando en cuenta las cuestiones internas y externas que se desenvuelve. En lo que compete a la industria de estudio, la estrategia de desarrollo se ve representada por una adecuada planificación, Estrategia, Innovación y Solidez del negocio y la información.
11	Influencia de la corrupción en la implantación de la ISO 9001	Olga Rodríguez Arnaldo, Ángel Rafael Martínez Lorente	2014	https://journals.ucjc.edu/ubr/article/view/905	En las últimas dos décadas, el número de empresas certificadas ISO 9001 ha ido aumentando constantemente llegando a finales de 2014 a más de 1,1 millones en todo el mundo (ISO, 2014). Sin embargo, la distribución de certificaciones en los países no coincide con el peso que cada uno tiene en la economía global. Este artículo comienza con una breve revisión de la literatura sobre las razones por las que las empresas implantan un sistema de gestión de la calidad que se ajusta a la norma ISO 9001. Esta revisión sugiere que muchas empresas obtienen el certificado como una forma de mejorar su imagen corporativa y, tanto, puede existir la tentación de

					certificado a un coste mínimo, sin ningú en el sistema de gestión de calidad de l este trabajo se analiza la relación entr corrupción en un país y el grado de c norma ISO 9001 en cada país. Los resu que el nivel de corrupción tiene una i pero estadísticamente significativa en nacional de la ISO 9001. Esto, de supondría una importante crítica a funcionamiento de la certificación ISO suponer una pérdida de confianza en parte de las propias empresas
12	Análisis situacional, intervención y aprendizaje organizacional.	Andrés Velásquez Contreras	2005	https://www.redalyc.org/html/206/20605305/	Se exponen los obstáculos pres implementación de una ruta de cam supuesto de que éstos son los mismos en del aprendizaje individual y organizacio simple y el doble. Cualquier método de transformación organizacional requier teórico y una exploración continua.

Fuente: La autora, 2020.

De acuerdo con la revisión, las mayores barreras se encuentran de un lado en la incorrecta asunción de la dirección y el liderazgo a la hora de realizar la implantación, y de otro, en la mentalidad y la cultura organizacional arraigada en las organizaciones. Tampoco se puede desconocer que existen obstáculos del tipo externo relativos al contexto social, político, legal y económico, a las circunstancias ajenas a este sector de la sociedad y también al entorno en que estas empresas están operando.

6.2 Identificación de barreras en el sector de la salud.

En este acápite se presenta los eventos concretos en los cuales se manifiestan las barreras que dificultan la implementación de la Norma ISO 9001 (2015). Las fuentes consideradas, como es evidente, son diversas.

6.2.1 Agendamiento de citas

Según RCN radio, en su emisión del 22 de marzo de 2018, la Secretaría de Salud de Bogotá ha realizado 164 visitas de inspección, vigilancia y control durante las cuales se han identificado fallas que vulneran los derechos de los ciudadanos. Y, además, dijo Eliana Quesada, Directora de Aseguramiento de la Secretaría de Salud, a esta emisora radial: “La auditoría para el

mejoramiento de la calidad es utilizada por estas entidades para implementar un mecanismo sistemático y continuo de evaluación para beneficiar a los usuarios. Algunas de las fallas detectadas en las IPS tienen que ver con demoras en la asignación de citas médicas especializadas, negación de la prestación de los servicios médicos, problemas con la entrega de medicamentos, entre otras. Con este tipo de inspecciones podemos observar cuáles son las fallas que tienen como instituciones prestadoras del servicio de salud, además de estructurar los planes de mejora para superar los problemas”. Y añadió: “La Administración trabaja para mejorar la calidad de los servicios de salud, tanto en la baja como en la mediana complejidad. Nuestro propósito es impactar en los indicadores de citas como consulta externa y en la atención de los servicios de urgencias”.

Se ha visto que a raíz del cambio en la sociedad y del tiempo, se han priorizado aquellas políticas públicas enfocadas en el bienestar y la salud, con las cuales se pretende resolver los problemas de una manera holística, que afectan de manera importante la calidad de vida de sus habitantes. Los usuarios, en algunas ocasiones, deben esperar hasta tres meses por citas con especialistas. Múltiples son las quejas y se puede afirmar que, si no hay una cohesión entre las entidades responsables externas, como son las EPS, el Ministerio de Salud, no se podrá obtener un fin a esta problemática.

La gestión de la calidad es crucial para el mejoramiento continuo del servicio y la satisfacción del cliente. El Comité Europeo de Normalización (2015) afirma que la gestión basada en procesos tiene como objetivo principal la mejora sistemática, priorizando aquellos que son considerados como esenciales para la supervivencia de la organización; además, es importante considerar que los procesos que se encuentran interrelacionados óptimamente, hacen que contribuyan de mejor manera a la eficacia y eficiencia de la institución en el logro de sus objetivos.

La estructura de los procesos está compuesta por elementos técnicos y humanos, en la que la solución de los mecanismos técnicos generalmente involucra trabajar sobre varias causas, debido a que, normalmente, la problemática es la consecuencia de un conjunto de errores; en la identificación de los problemas involucrados en la calidad, es importante el análisis de un conjunto de mecanismos como mano de obra, materia prima, maquinaria, métodos, medioambiente, medición, mejora, gestión y recursos (Balndón, 2013).

Los centros hospitalarios alrededor del mundo funcionan a partir de una cantidad enorme de procesos, que se encuentran interrelacionados entre distintos departamentos; en este ciclo intervienen insumos, mecanismos, controles y salidas; a su vez, importa el alcance, los actores y sus actividades, informes documentados, evaluaciones y la mejora continua (Pérez, 2004) ~~(Pérez 2004)~~; en ese sentido, resulta de crucial importancia la gestión de la calidad de los centros hospitalarios. Se han presentado observaciones, identificando causas y efectos del problema. Este análisis tiene tres componentes: internos, externos y pacientes.

Problemas internos para el agendamiento de citas

- * Ausencia de definiciones internas: existen casos que carecen de términos homologados dentro de la organización o definidos de manera oficial, afectando al entendimiento de las metodologías y procesos internos.
- * Falta de aplicativos informáticos estandarizados: cuando la unidad médica no dispone de la capacidad para asignar un turno, el usuario ha realizado una visita innecesaria, y su necesidad no es registrada en algún aplicativo informático; por tal razón, la cita no es asignada automáticamente cuando existen espacios disponibles.
- * Falta de revisión constante de la normativa: el uso de términos que se maneja en el proceso, no corresponde a los descritos en la normativa y/o manuales vigentes del Ministerio de Salud.

- * Los médicos se ausentan y los pacientes tienen que volver al final de la lista: existen casos en que el médico genera permisos, vacaciones, congresos, reuniones, entre otros; ello, ocasiona el reagendamiento para el final de la lista de espera, dilatando el tiempo para recibir una atención efectiva.
- * Falta de contrarreferencia de los pacientes por parte de los médicos: existe dificultad para que el médico envíe al paciente a una unidad inferior, porque este prefiere atenderlo, para no dejar su caso para poder monitorearlo, o porque no existe disponibilidad.
- * Falta de un filtro médico adecuado en el triaje de agendamiento: una vez que se le asigna un turno médico, existe el triaje que se determina si el paciente es de tercer nivel, adicionalmente se revisa la documentación para ser atendido. Sin embargo, el personal asignado para este filtro no es médico sino administrativo, por tal razón el criterio no es adecuado.
- * No se dispone de alternativas de solución para la gestión del requerimiento del usuario, al momento que lo solicita: cuando el paciente debe ser atendido en otra unidad médica de la red de salud, no se garantiza su turno y tampoco la resolución de su problema de salud.

Problemas externos para el agendamiento de citas

- o Ausencia de un proceso sistematizado para las unidades médicas del III nivel: el proceso de agendamiento de citas médicas no es divulgado y homologado con el resto de unidades médicas, lo cual impide que exista una cohesión que permita generar colaboración entre sí.

- o Falta de control y evaluación del proceso para la mejora continua: no se dispone de un mecanismo de monitoreo, seguimiento y evaluación del proceso, lo que no permite identificar debilidades para realizar mejoras.
- o Agendas médicas abiertas para todos los niveles de atención: los hospitales tienen abiertas las agendas médicas. Esto implica que cualquier casa de salud (pública o privada), de los diferentes niveles de atención, pueda asignar una cita médica.
- o Las unidades del nivel de inferior tienen bloqueadas las agendas para asignación de turno: el cierre de las agendas de los hospitales del segundo nivel ha hecho que el hospital no pueda asignar turnos. Y, al no encontrar alternativas para evacuar al paciente, debe seguir atendiéndolo. Las justificaciones se alinean para un colapso en los filtros de atención (nivel I y II).
- o El usuario reacciona de manera negativa cuando no se le asigna un turno: el paciente ha indicado que tardan de dos a seis meses para recibir una atención efectiva por un especialista. En el caso de los dos meses o menos, se debe a la gestión de los médicos para asignarles citas. Generalmente los pacientes se ven en la necesidad de soportar la espera por la falta de alternativas y de ingresos para seguir un tratamiento en un hospital privado.
- o El paciente no está siendo correctamente informado sobre el funcionamiento de la red pública de salud: los pacientes, por desconocimiento, acuden a la unidad médica exigiendo atención, sin haber sido valorados previamente en un nivel inferior. Sin embargo, manifiestan su inconformidad al no acceder a un turno. Los usuarios se niegan a recibir ayuda de otra unidad médica, exigiendo ser atendidos

- o Los diagnósticos médicos no son acertados: algunos usuarios han coincidido en que solicitaron cita médica en los niveles inferiores, consiguiéndola después de un largo tiempo; sin embargo, con el tratamiento no hubo mejoría en su salud, y luego de un tiempo han acudido a la emergencia; en ese momento se le indica la existencia de enfermedades irreversibles por falta de atención oportuna.

En un sistema de salud donde las personas tienen que esperar varios meses para asistir a una cita médica con especialistas, los prestadores médicos se ven agobiados por un problema silencioso, pero que les preocupa a todos ellos: las citas no asistidas. Sólo para mostrar la magnitud del problema, la Secretaría de Salud de Bogotá reveló que en el año 2017 se incumplieron más de 569 mil citas médicas en las Unidades de Servicio Adscritas a la Red Pública de Bogotá, costándole al Sistema de Salud, y a todos los bogotanos, más de 22 mil millones de pesos. Pero este no es un problema únicamente de los Hospitales Públicos, es un problema de Privados y Públicos por igual, y que genera importantes traumatismos para el sistema (Felds, 1978). (portal web don doctor)

Lo anterior, a pesar de que una de las quejas más recurrentes de los pacientes sobre las entidades de salud del Estado, son los tiempos que tardan en recibir una cita programada con especialistas: Que pueden tener tiempos de espera de hasta cuatro meses para que sean atendidos por el profesional solicitado, lo que se traduce en muertes prevenibles y altos costos de producción para las EPS y hospitales.

Los investigadores Miguel Ortiz Barrios y Heriberto Felizzola probaron la metodología Six Sigma, para determinar si es posible aumentar la eficiencia de los procesos en el Departamento de Obstetricia de un hospital, con el fin de disminuir los tiempos de asignación de citas: “La metodología Six Sigma es un sistema de excelencia que permite aumentar la eficiencia de los procesos, reduce errores y desperdicios de productos. Así mismo, aumenta el nivel de satisfacción de los clientes, llevándolo al punto en que, del millón de productos

fabricados, solo tres o cuatro son defectuosos”, explica Ortiz, profesor del Departamento de Gestión Industrial, Agroindustrial y de Operaciones de la Universidad de la Costa.

De acuerdo con el investigador, este método se basa en modelos estadísticos y parte de un proceso de definición, en el que lo primero que se hace es un estudio de lo que se va a intervenir: “Principalmente debemos conocer cómo se plantean los procesos, sus componentes a nivel de equipos, recursos, talento humano, cómo funciona, qué departamento o qué áreas son las que intervienen. Hay que hacer un paneo general para pasar a la instancia de la medición. En este paso se hace un diagnóstico actual, es decir, en nuestra aplicación específica se tomó en cuenta el tiempo de espera para la asignación de citas en Obstetricia”, señala.

Ortiz explica que se determinó el tiempo promedio que esperaba un paciente para recibir la atención médica programada, midiendo el rendimiento y determinando las causas que están ocasionando las ineficiencias en la prestación óptima del servicio, “Luego, en una fase de mejora, se diseñaron las estrategias que nos permiten elevar el rendimiento del proceso”.

En su artículo *Use of Six Sigma Methodology to Reduce Appointment Lead- Time in Obstetrics Outpatient Department*, publicado en *Journal of Medical Systems*, págs. 1-25, Ortiz (Ortiz, 2005), candidato a doctor en Ingeniería y Producción Industrial, señala que el sector salud se caracteriza por tener muy buenos avances en el tratamiento médico, en cuanto a nuevas tecnologías, pero, a pesar de eso, la prestación del servicio sigue siendo deficiente, pues a los pacientes les queda difícil acceder a este tipo de recursos: “Acá nos centramos en el problema de la asignación de citas en el departamento de Obstetricia, en el que se atienden mujeres en estado de embarazo y en alto riesgo. Cuando una mujer en estas condiciones pide una cita, la idea es que se le haga un diagnóstico y seguimiento del embarazo. El problema es que esa cita se asigna de una manera muy tardía. En ese sentido, cuando hay demora en atender en consulta externa a este tipo de pacientes, se falla en la detección temprana de ciertas enfermedades o

patologías que ponen en riesgo la vida de la madre y del niño. Representa un peligro para el paciente y un aumento en los costos para quien presta el servicio”, indica.

Durante seis meses de trabajo de campo, los investigadores aplicaron la metodología Six Sigma en una entidad del sector público y consiguieron bajar en un 30% los tiempos de espera para la asignación de citas en el área de Obstetricia. “Con esto se pudo mejorar la administración de las historias médicas, que provocaban retrasos cuando no se tenían actualizadas, y se redujeron en alrededor del 18% los costos de atención. Al atender más rápido a los pacientes y disminuir los tiempos de consulta, se aumenta el número de personas atendidas. Más, en menos tiempo, se traduce en que el costo disminuye”, explica el investigador de la Universidad de la Costa.

En este estudio se combinó la metodología Six Sigma con la tecnología denominada ‘Simulación de Procesos’, pues, de acuerdo con Ortiz, la idea es que en el sector salud se piense en prospectiva porque la demanda va en aumento. Señala que, “Para ello se diseñó un sistema de salud eficiente que responda a los estándares, aplicando inversión para beneficiar al paciente y al prestador, y de manera virtual determinamos si sirve su aplicación a la realidad, o si hay que presentar nuevas estrategias”. La importancia de esta investigación es que encontró la forma de disminuir los riesgos de que mujeres en embarazo desarrollen complicaciones por la falta de detección temprana, reduciendo la mortalidad. Esto despertó el interés de la Universidad de Ulster en Irlanda del Norte, que invitó al investigador a hacer una estancia que derivó en el proyecto REMIND -The Use of Computational Techniques to improve compliance to reminders within smart environments-, que diseña tecnología para personas que padecen demencia senil, patrocinado por la Comunidad Europea. (obstetrics outpatient department, 2016).

6.2.2. Falta de recursos humanos comprometidos con la gestión de calidad.

Existen obstáculos que afectan a la productividad del gestor de Salud: la ausencia de comunicación y de control de procesos quitan la eficiencia, pero hay formas de resolverlos para ganar agilidad; mantener un hospital, una clínica o cualquier institución de salud es un trabajo desafiante, que exige una gestión eficiente. La tarea de alcanzar un estado de excelencia en la asistencia, reduciendo gastos, optimizando costos y aumentando el ingreso necesita varias prácticas, cuyos resultados se pueden o no alcanzar cuando hay “piedras en el camino” del gestor. De acuerdo con Furtado (2017) hay siete obstáculos de la gestión en Salud:

- 1- Falta de liderazgos ejecutivos. Una mejor gestión exige la formación de liderazgos ejecutivos, o sea, capacitar a personas, ya sea de la media hasta alta gestión, para que todos se vean como actores y protagonistas en los servicios y sostengan las prácticas: “Cuando capacitamos los profesionales de media y alta gestión, cuando ellos se profesionalizan en la gestión, se convierten en sucesores y empiezan a capacitar a otros empleados. Es un círculo virtuoso”, afirma Tânia.
- 2- Problemas de comunicación y alineación. El obstáculo principal en la gestión, en su conjunto, es el fallo en la comunicación. Es común que recomendaciones superiores se pierdan en su trayectoria, porque no hay mapeo de procesos, ya sea por exceso de confianza, o porque se comprenda que las personas saben y conocen todos los procesos. En hospitales, como todo es demasiado fragmentado, ya que cada sector se preocupa con sus propias actividades, no siempre hay la alineación necesaria entre los departamentos que, en algunos momentos, necesitarán trabajar juntos. Aunque el cuidado con el paciente sea el objetivo principal de todos, en la asistencia, y en las áreas de apoyo y administrativas, como soporte, algunos profesionales aún se preocupan más por sus tareas, sin preocuparse con las consecuencias en las otras áreas.

- 3- Profesionales desvalorizados. “Altos directivos discuten problemas sobre pacientes sin oír a los empleados que tienen relación directa con el usuario. Los profesionales de la base representan un 80% del movimiento hospitalario. A veces, debido a esa proximidad, ellos pueden tener la solución, pero generalmente son ignorados”, explica la gerente de Amil (aseguradora brasileña de planes de salud). Según la ejecutiva, muchas veces las áreas de apoyo no son valoradas, como la farmacia, que necesita una gestión de medicamentos para un cuidado inmediato al paciente; la cocina, que trabaja con la nutrición; la ingeniería clínica, que necesita que todos los equipamientos y toda la tecnología biomédica estén funcionando, con mantenimiento actualizado, ya que si un tomógrafo se rompe, perjudica a toda la operación hospitalaria; además del área de protección y seguridad, que cuida del bienestar de los empleados evitando accidentes; el mantenimiento del edificio, donde un simple problema en la ducha puede afectar la asistencia y perjudicar la dinámica. “Pero muchas veces esas áreas no son visualizadas”, comenta.
- 4- Falta de enfoque en lo que se necesita medir cuando un líder no sabe priorizar y mensurar problemas e involucrar a todo el equipo para solucionarlo, hay otro problema en la gestión. Sandra da como ejemplo un gestor que impone como objetivo la disminución del tiempo de permanencia de pacientes, pero no comunica la estrategia y no incluye a los equipos administrativo y asistencial en el cambio, manteniendo los indicadores solo en los gestores superiores. La tendencia es que el cambio no sea institucionalizado y no enfoque en resultados.
- 5- Falta de control en los procesos. La ausencia de control de stocks y previsibilidad para la compra de insumos, es otro problema que ocurre, generalmente, por la ausencia de sistemas de información integrados en las instituciones de salud.

- 6- Poco entrenamiento y capacitación. Ofrecer tecnologías de sistemas de integración de programas sin capacitar a los profesionales a usarlos es un obstáculo ya que, lo que debería facilitar los procesos, no lo está haciendo. “Es necesario que haya una tecnología moderna, con soporte de software y hardware para que no se pierda tiempo y eso en un hospital es algo muy importante. Pero esa tecnología debe estar allí para ayudar, no para ser otro obstáculo. Hay que realizar entrenamientos y capacitación. Lo deseable es tener un 70% del equipo con el paciente y un 30% delante de la computadora.”, asegura.
- 7- Subnotificación de eventos adversos. La subnotificación de eventos adversos es uno de los problemas principales cuando se habla en gestión de calidad y seguridad del paciente. Eso ocurre por miedo de punición, principalmente en instituciones que no tienen la cultura de acreditación. ¿Cómo mejorar? En la era de la información, donde tener acceso a datos y saber optimizarlos agiliza procesos, la forma más eficaz de superar esos obstáculos es con uso de la tecnología; en la opinión de las dos expertas debe privilegiarse lo siguiente:

Chequeo en la cama: Para evitar errores de procedimiento con el paciente, algunos hospitales ya usan la tecnología móvil de chequeo en la cama, que realiza la lectura de los signos vitales y muestra el nombre y la prescripción médica del paciente. El chequeo se hace a través de captura de esas informaciones, que van directo a la central del hospital. La tecnología evita errores en la administración de medicamentos, procedimientos y cambio de pacientes.

Registro Clínico Electrónico del paciente (PEP): la ganancia principal de la gestión con la tecnología es la legibilidad de la información de recetario y otras informaciones transcritas por el médico y por la enfermería. Se suenan alertas en caso de alergia a medicamentos o si hay administración de dos medicamentos con la misma sustancia, que puede ocasionar una sobredosis. Todas esas informaciones y alertas se emiten por el registro clínico, que cruza las

informaciones de los usuarios que vienen de sectores distintos del ambiente de Salud. PEP también ayuda a reducir problemas de comunicación entre los sectores de las instituciones, facilitando el trabajo del gestor, que es administrarlos y en la toma de decisiones.

Sistemas de información: Por la integración de los sistemas de información, es posible detectar indicadores, cuántos clientes entraron, salieron, ver resultados y objetivos e identificar el crecimiento personal para que, si es necesario, dar formación profesional a los empleados y no sólo a los médicos, pues “Con la herramienta, todos los gestores saben qué ocurre, ya sea en la mediana o alta gestión, desde el jefe de UT a la logística, usan la herramienta para agilizar”, afirma Tania.

En este ámbito la Dra. Ada Jacox, Enfermera, Doctora en Filosofía, Decana Asociada del Programa de Investigación y de Desarrollo de Estudios a nivel de Doctorado en Enfermería - Colorado - Denver, (Jacox, 1979) manifiesta en su tesis de grado, sobre un problema subestimado en enfermería: La influencia que ejerce sobre la atención al paciente el bienestar económico y social de la enfermera; señala que la combinación de arduo trabajo y énfasis en el sacrificio y la obediencia ha hecho que la enfermería atraiga, en cuanto a vocación religiosa, pero no para que se la considere, en general, como una ocupación atractiva. La escasez de enfermeras competentes es un problema al cual se enfrentan hoy en día casi todos los países del mundo. El problema surge en cuanto al reclutamiento de candidatas y también que dejen la profesión. A ello se agrega el hecho de que las enfermeras que están preparadas para un servicio profesional de primera categoría no tienen, en la mayoría de los casos, tiempo suficiente para dedicar al cuidado directo del paciente, y deben, por el contrario, dedicarse a enseñar y supervisar a personas con menor preparación o a coordinar las actividades de otros profesionales de la salud. Es un hecho reconocido, desde hace tiempo, que las enfermeras mejor preparadas y más eficaces en la atención de enfermos son las primeras en ser promovidas a otro

tipo de tareas. De esta manera, los pacientes quedan en manos de personas que poseen una formación incompleta o improvisada.

Otra consecuencia negativa de la escasez de enfermeras calificadas es que, aquellas que lo son, no cuentan con tiempo suficiente para dedicar al mejoramiento del nivel general de conocimiento en enfermería, debido a que han estado dedicadas a la enseñanza de otras enfermeras. Muchos aportes al saber científico profesional permanecen en un estado incipiente, debido en gran parte a que solo un pequeño número de enfermeras ha dedicado atención y energía para experimentar sus posibilidades. Las enfermeras han debido depender de lo que es reconocido y de lo que se ha obtenido de otras ocupaciones, en lugar de contar con programas activos de investigación para crear nuevos métodos de trabajo. Los conocimientos de enfermería sobre cómo aliviar el dolor, aumentar el confort del paciente, promover el descanso y el sueño, enseñar a los pacientes todo lo relativo a la salud y la enfermedad, así como innumerables problemas de toda índole, permanecen a un nivel de subdesarrollo. Cuando en el programa de estudios se introducen nuevos conocimientos, se trata casi siempre de aportes de la medicina u otras disciplinas paralelas, en lugar de ser el resultado de la reflexión y la experimentación de las propias enfermeras para mejorar el nivel de su profesión.

La escasez de personal de enfermería, la importante concentración de enfermeras en la enseñanza y la coordinación del trabajo de otras personas, así como la falta de desarrollo del cuerpo de conocimientos propios de la profesión, son los elementos que han contribuido a que el nivel de la atención al paciente y, por lo tanto, las normas fijadas para los cuidados de la salud, sean inferiores a lo que sería deseable. Esta es la realidad, tanto en los países industrializados como en los insuficientemente desarrollados, y es causa de frustración de enfermeras y de pacientes. Para complicar la situación actual, la demanda de la población por servicios de salud se ha acrecentado en muchos países, con lo cual la diferencia entre el tipo de

cuidados de enfermería y de salud deseado y el que se presta en la actualidad se hace cada día más evidente.

6.2.3. Infraestructura física para la prestación del servicio.

Pese a que en los últimos años hayamos notado un crecimiento en el sistema de salud de América Latina, con respecto al aumento de equipos médicos y la creciente demanda de productos farmacéuticos, es importante notar que también hemos observado desafíos persistentes, especialmente en cuanto a infraestructura.

Analizamos recientemente las bases de datos de HospiScope y SurgiScope para verificar si existía una relación entre la infraestructura hospitalaria y los procedimientos quirúrgicos en hospitales de América Latina. Se calculó las cifras promedio para los 14 países de la base de datos de HospiScope, en cuanto a las áreas de infraestructura básica y la cantidad de procedimientos quirúrgicos realizados. Esto da una referencia regional mediante el cual se puede observar que hay: 3,5 hospitales por cada 100.000 personas en América Latina; 4,8 quirófanos por cada 100 camas de hospital; 5.164 procedimientos quirúrgicos por 100.000 personas. Luego se comparó esta referencia latinoamericana con las cifras de los 5 principales mercados hospitalarios de la región. Este análisis permitió ver cuáles mercados hospitalarios se desempeñan por encima o por debajo del promedio regional, en las cuatro categorías que se destacó en el análisis. México está por debajo del promedio regional en todas las categorías, mientras que Brasil tiene una infraestructura hospitalaria más desarrollada y está por encima del promedio regional en la mayoría de estas categorías. Colombia y Argentina están por encima de los promedios regionales en tres de las cuatro medidas, mientras que Chile registró cifras más altas que el promedio en dos de las cuatro categorías.

La infraestructura débil afecta los tipos de procedimientos quirúrgicos en América Latina. El impacto de las diferencias en infraestructura es evidente en los procedimientos quirúrgicos realizados en América Latina. En general, los procedimientos cardiovasculares, neurológicos y

urológicos tienden a ser más complejos y requieren una infraestructura hospitalaria más sofisticada, lo cual incluye el equipo instalado. A continuación, se puede observar el desglose de los procedimientos quirúrgicos más comunes realizados en América Latina, el cual muestra que los procedimientos más complejos se realizan con menos frecuencia: El 61% de los procedimientos quirúrgicos realizados en América Latina se encuentran en la categoría de ginecología, obstetricia y otros, mientras que sólo el 2% son cardiovasculares o neurológicos y el 4% son urológicos.

El mismo patrón se nota en los 5 mercados principales de hospitales de la región: Por lo general, la categoría de procedimientos obstétricos-ginecológicos es la principal entre los procedimientos quirúrgicos realizados en América Latina (con un rango de un 55% a un 66%), mientras que los procedimientos cardiovasculares oscilan del 1% al 5%, los neurológicos van del 1% al 3% y los urológicos oscilan del 2% al 15%.

Global Health Intelligence creó HospiScope, la base de datos demográficos más grande del mundo para Latinoamérica, así como SurgiScope, la primera base de datos en catalogar los procedimientos quirúrgicos realizados en América Latina. La empresa actualiza más de 2 millones de datos hospitalarios cada año, ayudando a los clientes con investigaciones a la medida, datos sobre el mercado de dispositivos médicos, análisis competitivos, determinación del tamaño de mercados, segmentación y análisis de precios y costos. (salud, 2019)

La población que habita en el territorio del municipio, requiere acceder a los servicios de salud básicos; sin embargo, no se tiene la capacidad instalada suficiente o en el peor de los casos no existe puesto o centros de salud para garantizar la prestación de servicios. Esto afecta la calidad de salud del municipio; se propone la construcción de infraestructura y dotación básica de salud para fortalecer la red pública, resolviendo en gran medida su problema. Las debilidades en la infraestructura física existentes generan falta de oportunidad en la atención, por la insuficiencia de espacio físico adecuado. La prestación de servicios se hace en sitios no

aptos, además que los puestos o centros de salud que existen están deteriorados o tienen baja capacidad de oferta de servicios.

Existen restricciones para que la población pueda usar los servicios de atención primaria en salud, por falta de talento humano en salud, infraestructura y dotación básica de salud y de su operación. La infraestructura de los establecimientos de salud tiene un tiempo de aprovechamiento el cual deberá ser considerado al momento de programar la reposición de los bienes.

Según Celso Bambarén, médico especialista en administración en salud y docente de la universidad Nacional de Colombia, en su libro Mantenimiento de los establecimientos salud, (Bambarén) manifiesta que “El mantenimiento de los establecimientos de salud es importante debido a que contribuye a:

- * • Garantizar la seguridad de los pacientes, visitantes, estudiantes y personal que utilizan los recursos tecnológicos del establecimiento.
- * • Mantener la calidad de la atención en salud, en concordancia con los estándares y la normatividad vigente.
 - Conservar la infraestructura física, las instalaciones y los equipos en condiciones operativas, para no producir la interrupción del servicio.
- * • Reducir la vulnerabilidad de los establecimientos de salud ante situaciones de emergencias y desastres.
- * • Disminuir los costos de operación del servicio.

6.2.4. Trato a los pacientes.

La violencia es una condición inherente al ser humano, pues nos recuerda nuestro pasado evolutivo; además, es atinente a nuestra realidad contemporánea, siendo ésta casi una

problemática de salud pública y más aún dentro del contexto de los servicios de salud. La violencia es compleja, cuya definición se da más como una percepción. La OMS la define como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2002).

Pese a las distinciones particulares de cada autor en torno a la violencia, se observan elementos comunes que están presentes en la mayoría de las conceptualizaciones y que permiten definirla como cualquier situación de abuso de poder que vulnera los derechos y necesidades de personas, adoptando diversas formas, de acuerdo al contexto relacional en el que opera y los mecanismos mediante los cuales se intenta someter al otro (Blanco A, 2003).

Sus diferentes grados, niveles y concepciones están en correspondencia con los valores, normas y creencias de cada país, época y clase social (Reyes, 2007); es así que la noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan (Organización Panamericana de la Salud, 2002) .

Al respecto, se ha logrado establecer que la violencia es un problema de salud pública, porque afecta de manera grave la salud y el desarrollo social y económico de amplios sectores de la población, amenaza el desarrollo de los pueblos, la calidad de vida, las condiciones generales de salud y el bienestar de la población (Concha-Eastman A, 2001). La violencia es un comportamiento no deseado, pero cualquier individuo puede ser víctima de ella en algún momento de su vida; la mayoría de las veces esta violencia es provocada a través de palabras o acciones (Poblete M, 2005), y es una forma de relación social que tiene implícito el ejercicio del poder, cuyo objetivo es la dominación; implica un arriba y un debajo de roles reales con gran carga simbólica, traducido en padre-hijo, profesor-alumno, hombre-mujer, joven-anciano,

profesional-paciente. Atenta contra la integridad biopsicosocial del individuo que la padece, así como de las personas con quienes interactúan (Reyes, 2007).

Una de las áreas que también ha sido afectada por la violencia es el área de salud. Diversos investigadores como Letelier, Valenzuela y Paravit, han descrito a la violencia en diferentes contextos de atención de salud, tanto en hospitales, consultorios y postas. El hospital se constituye en un sistema social complejo y delicado, en el cual la presencia de multiplicidad de personas con distintos roles, como profesionales, técnicos, pacientes, alumnos, familiares, conforman una red interactiva que puede inducir a desarrollar o modificar actitudes (Valenzuela, 1995), que pueden llevar a hechos violentos.

En dicha realidad, los pacientes receptores de los servicios sanitarios pueden ser violentados a través de variadas manifestaciones que vulneran sus derechos, los que muchas veces no son solamente ignorados por los dispensadores de la atención de salud, sino también por los mismos pacientes. En una atención que ha priorizado la tecnificación y los conocimientos teóricos debe rescatarse el trato humano, lo que permitiría otorgar no sólo una mejor atención, sino un cuidado más digno (Burgos M P. T., 2003). En esta realidad, el profesional de enfermería y el equipo de salud tienen un papel trascendental en la promoción de los ambientes libres de violencia. Ambos deben facilitar el logro de un alto nivel de bienestar en los usuarios, para lo cual se hace necesaria la modificación de circunstancias desfavorables para la salud, como es el ambiente de violencia que afecta a la salud negativamente. En este aspecto, es importante considerar las situaciones que el usuario percibe como violentas, para permitir a enfermería y al equipo de salud intervenir previniendo su aparición (Paredes L, 2006).

Al ser la violencia un problema polifacético, con raíces biológicas, psíquicas, sociales y ambientales, debe abordarse en varios niveles diferentes a la vez; uno de ellos se refiere a los factores individuales de riesgo y a la adopción de medidas para modificar los comportamientos

de riesgo individuales y sociales. Al respecto, Chappell y Di Martino (Chappell D, 1998), a través del Modelo Interactivo de Violencia Laboral, que está basado en el análisis de los factores de riesgo, tanto individuales como sociales, determina la manifestación de conductas violentas en el ámbito del trabajo, que según los autores es aplicable también a otras dimensiones del quehacer humano (V., 2003).

Conocer la situación de violencia percibida por los usuarios, en los diversos contextos de salud, y abordar esta problemática constituye una necesidad, ya que se requiere proponer estrategias para prevenir y/o intervenir, si la situación así lo requiere, contribuyendo con el compromiso adquirido por el CIE -Consejo Internacional de Enfermeras- (Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Unidas frente a la violencia: Las enfermeras, dispuestas siempre a ayudarte, 2008) (Burgos M P. T., 2003).

Entre las razones que los usuarios del estudio reconocen como factores de violencia hacia ellos, se encuentran: Por culpa de los pacientes mismos; por personal de edad; falta de paciencia del personal; sobrecarga de trabajo del personal; discriminación hacia los usuarios de escasos recursos; trabajadores con problemas personales y falta de comunicación con los usuarios. Una de las razones que podría explicar que los funcionarios ejerzan violencia sería el estrés laboral. Diversos autores (Chappell D, 1998) (Burgos M P. T., 2003) señalan que éste es identificado como el motivo más frecuente para ejercer violencia; es así que los actos agresivos surgen con mayor facilidad en entornos sometidos a estrés, que se genera en parte porque los pacientes tienen necesidades insatisfechas y que exigen ser solucionadas por los funcionarios de la salud, quienes no siempre pueden satisfacerlas (M, 2001). Al respecto, Chappell y Di Martino (Burgos M P. T., 2003), reconocen que la sobrecarga de trabajo es un factor determinante en la presentación de comportamientos violentos en los individuos. Alvarado y Vera (Alvarado R, 2001) plantean que los mayores problemas con respecto a la atención tienen que ver con aspectos de la comunicación entre el paciente y el equipo que le brinda la atención, la que

considera, entre otros, la explicación del diagnóstico, del tratamiento y de las indicaciones después del alta. La falta de estos aspectos es reconocida por los usuarios como factores de violencia.

El paciente está en una situación de vulnerabilidad, por el hecho de estar enfermo, especialmente si está hospitalizado, se alteran sus relaciones familiares, laborales, es desplazado de su territorio vital a otro desconocido y complejo, pasa a tener un papel pasivo, dependiente de personas extrañas. Todo ello le va a producir cambios emocionales intensos que alteran su autoestima, y los sentimientos de pertenencia, seguridad e identidad que puede ser la causa de la pérdida de sentido del control físico y/o psicológico. Se va a generar una relación profesional, que es asimétrica y jerárquica, que pueden convertir al paciente en víctima de actos considerados agresivos o violentos.

6.2.5. El clima laboral.

De acuerdo a Natalie Diaz Acevedo, de la Universidad de Celaya, “Actualmente el clima laboral sigue siendo un área de interés para la administración de los recursos humanos en las instituciones públicas, debido principalmente a la importancia que tienen las percepciones de los empleados y la relación de ésta, con el desempeño, la satisfacción y el compromiso laboral, así como la creación de un ambiente propicio para el trabajo orientado al logro de las metas de la organización.” En su tesis sobre estudio del clima laboral en instituciones de salud pública, la autora ilustra el tema de la siguiente manera: El clima laboral ha sido definido y entendido de muy diversas maneras; para Chiavenato I. (2009), es la calidad o suma de características ambientales percibidas o experimentadas por los miembros de la organización, que influye poderosamente en su comportamiento. El clima organizacional es el conjunto de percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da.

El Estudio de Clima Laboral se hizo en Instituciones de Salud Pública y las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales, que afectan a dicho trabajo. Se debe tener en cuenta que el comportamiento humano es un tema complejo y dinámico, por lo que requiere investigación, actualización, verificación para la elaboración de un diagnóstico de clima organizacional, cuyo objetivo principal es identificar las percepciones de los trabajadores, para definir planes de acción orientados a mejorar los aspectos que afectan negativamente el desarrollo de la organización, y, de igual manera, potenciar todos aquellos aspectos favorables, que motivan y hacen del trabajo cotidiano una labor agradable. Autores como Forehand y Von Gilmer (1964), definieron el clima laboral como el conjunto de características que describen a una organización y que, a su vez,:

- a) La distinguen de otras organizaciones,
- b) Son relativamente perdurables a lo largo del tiempo y;
- c) Influyen en el comportamiento de las personas.

Taguiri (1968) ofrecía varios sinónimos, como atmósfera y condiciones, entre otros, haciendo énfasis en los aspectos fundamentales de la empresa como organismo, cuyas características son perceptibles por sus propios trabajadores, proveedores y clientes; mencionando, además, que el término clima se refiere a la calidad del ambiente interno de la organización, cómo lo experimentan quienes en ella laboran. Este mismo autor define al clima laboral como una cualidad relativamente perdurable del ambiente interno de una organización que:

- a) experimentan sus miembros,
- b) influye en el comportamiento de sus trabajadores,
- c) se puede describir en términos de valores de un conjunto específico de características o atributos de la organización,
- d) que es una configuración particular de las distintas variables situacionales,
- e) mantiene una relación dinámica en la determinación del comportamiento de los trabajadores, sus actitudes, intereses, valores así como con las expectativas, factores sociales y culturales, al tiempo que estos mismos factores influyen en su propia determinación,
- f) varios trabajadores pueden compartirlo como consenso (interpretación con base en significados comunes), aún con pequeñas diferencias,

g) es resultado de complejos procesos cognitivos en los cuales intervienen la percepción, juicios, opiniones, experiencias, conceptos, necesidades, intereses y expectativas, entre otros.

Von Gilmer (1977) ya planteaba la disyuntiva de considerar el clima laboral en términos de las características objetivas -físicas o estructurales- de la organización o de las subjetivas -percepción- respecto de la organización. Con relación a ello, Guion (1973) expresa que el clima percibido tiene que ver con los atributos de la organización y los de la persona que los advierte; por tanto, el clima es un calificativo para referirse a la organización con respuestas emocionales de satisfacción. Para Schein (1990), uno de los aspectos que aún quedan dentro del proceso de discusión e investigación, es el papel que desempeñan otros elementos de los procesos cognitivos en relación al estudio del clima laboral, como son las creencias, por ejemplo; éstas, muy probablemente son el resultado del intento que hacen los trabajadores por darle sentido a una serie de estímulos -a una situación, a pautas de interacción en grupos de trabajadores, a condiciones de trabajo, a estilos de liderazgo, entre otros factores-; en donde, la consideración únicamente de las percepciones resulta insuficiente para explicar, por sí mismas, un concepto tan complejo como el clima laboral; por ello, es conveniente aclarar que las percepciones son el inicio de procesos cognitivos y que las creencias resultan de la interpretación y la organización de las percepciones guiadas por pautas dictadas por otros factores cognitivos, que configuran las explicaciones de las relaciones entre objetos psicológicos, sus propiedades advertidas e ideas y reacciones emocionales generadas por las experiencias y vivencias de los trabajadores en la propia organización.

Especial importancia tiene el grado de consenso en el personal de la organización con relación al clima laboral ya que, desde sus inicios se planteaba la existencia de diferentes climas laborales en la organización debido a las condiciones particulares que caracterizan a cada área funcional de la empresa; así, Rousseau (1988) ha hecho una diferenciación conceptual entre cuatro tipos de climas, el psicológico, el agregado, el colectivo y el organizacional; además,

señaló que las organizaciones limitan a los trabajadores mediante reglas, políticas, prácticas de rutina, instrucciones, asignación de sus funciones y responsabilidades, con presupuestos, planes y programas, así como otros tipos de prohibiciones, lo que crea en el ambiente de trabajo, un clima laboral prohibitivo, que coarta la libertad de acción del personal y crea un ambiente de frustración, recelo, apatía y conflictos. Algunos autores como Gordon y Cummins (1979) sostienen que algunas características del clima se relacionan con las utilidades de las empresas y, entre ellas, mencionan a las siguientes: claridad de los objetivos de la empresa, modelo de planeación de la organización, disposición y confiabilidad de la información para la toma de decisiones, modelo y permisividad de la comunicación; y existencia de medidas adecuadas de desempeño gerencial. (Francisco javier Lopez Chanez)

Evaluación del clima laboral. La evaluación del clima laboral ha evolucionado en diferentes formas, debido a la multitud de propuestas hechas por los diferentes estudiosos e investigadores. Entre ellas, se encuentran: La categórica, que consiste en clasificar a las organizaciones en tipos teóricos preexistentes; la dimensional, consistente en clasificar a las organizaciones con base en una serie preestablecida de características, que describen cómo es el clima organizacional y de ese proceso se obtienen los resultados; documental, consistente en recopilar información de distintas fuentes con el propósito de identificar el tipo y características del clima laboral de la organización. El Método de cuestionario se integra por un conjunto de preguntas que siguen un modelo teórico que fundamenta la existencia de determinados factores, como componentes o indicadores del constructo a evaluar; esta metodología a la fecha es la que mejor ha probado su efectividad y pertinencia, al permitir emplear estadísticas como medidas de su validez y confiabilidad. (Litwin y Stringer 1968, Hous y Rizzo 1972, Payne y Mansfield 1973, Jones y James 1979 y Zohar 1980), todos citados por Furnham . (Furnham, 2004) Litwin y Stringer (1996) lograron describir el clima laboral con base en seis componentes o dimensiones: 1) estructura, 2) responsabilidad individual, 3) recompensas, 4) riesgo, 5) calidez,

apoyo y tolerancia, y 6) conflictos. Locke (1976) propuso un modelo de cuatro dimensiones: 1) claridad, armonía y justicia, 2) desafío independencia y responsabilidad, 3) facilidad de la tarea, apoyo y reconocimiento y 4) relaciones sociales cálidas y amigables. James y McIntyre, citados por Landy J. Frank (2005), realizaron análisis estadísticos de investigaciones y proponen cuatro elementos o indicadores del clima laboral: 1) estrés del rol y falta de armonía, 2) reto y autonomía en el puesto, 3) facilidad y apoyo para el liderazgo y 4) cooperación, amistad y calidez del grupo de trabajo. Likert (1967), citado por Rodríguez (2005), propone un instrumento de medición del clima laboral que considera las siguientes dimensiones o indicadores: 1) estilo de autoridad, 2) esquemas motivacionales, 3) comunicaciones, 4) procesos de influencia, 5) procesos de toma de decisiones, 6) procesos de planificación, 7) procesos de control y 8) objetivos de rendimiento y perfeccionamiento. Chiang, V., Salazar, B., y Núñez, P. (2007) proponen una escala para la evaluación y diagnóstico del clima organizacional basada en una escala tipo Likert, que considera los siguientes 12 factores: a) comunicación interna, b) reconocimiento, c) relaciones interpersonales en el trabajo, d) calidad en el trabajo, e) toma de decisiones f) entorno físico, g) objetivos de la institución, h) compromiso, i) adaptación al cambio, j) delegación de actividades y funciones, k) coordinación externa, l) eficiencia en la productividad.

6.2.6. Falta de recursos materiales.

La Dra. Elizabeth Rodríguez Jiménez, economista, catedrática de la Universidad Nacional de Colombia, en su tesis sobre “Asignación de recursos a áreas de salud. (Rodríguez) Entre las propuestas, lo posible y lo necesario”, después de una ardua investigación manifiesta que, a mediados de la década pasada, la CCSS inició un proceso de modernización que incluyó tres componentes: el modelo de atención, el sistema de asignación de recursos y el fortalecimiento institucional.

Los cambios en el modelo de atención, han dado sus frutos con la creación de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), los cuales han mejorado tanto la cobertura territorial como la poblacional; los resultados de este componente han sido evaluados reiteradamente, a través de la evaluación anual de los compromisos de gestión y de diversos estudios realizados sobre el tema.

Respecto del componente de asignación de recursos no se ha realizado una evaluación propiamente, aunque sí ha sido un tema de análisis y discusión durante los últimos diez años. Aunque relacionado de manera estrecha con los dos componentes anteriores, el tercer componente -fortalecimiento institucional- no ha recibido la misma atención, desconociéndose la existencia de algún estudio o evaluación.

La asignación de recursos a las unidades prestadoras de servicios de salud -clínicas, áreas de salud y hospitales- ha pasado por dos periodos históricos dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social:

- Un primer periodo en que, junto con la decisión de abrir una unidad o servicio en un determinado lugar, se asignaban una serie de recursos "en especie", que incluían desde una planta física hasta una serie de "plazas" en diferentes grupos laborales y profesionales, los cuales generarían una corriente de gastos futuros, que la institución asumiría como suyos por tiempo indefinido. El nivel de gasto se asociaba a los recursos productivos asignados, pero no necesariamente al nivel de producción. A esta forma de asignar los recursos es lo que se conoce como la asignación histórica.

- Un segundo periodo se inicia con el proceso de reforma apoyado por el Banco Mundial, y se puede definir como el periodo en que se empieza a cuestionar esa forma histórica de asignar recursos, proponiéndose, en su lugar, una forma sistemática y uniforme, ligada a indicadores de necesidad o demanda potencial y a productividad. En el caso de las áreas, se definió la cantidad de población por área de salud, las tasas de mortalidad infantil y la distribución etaria

de la población, como las principales variables a considerar en el proceso de asignación de recursos.

Este segundo momento se enmarcó dentro del proyecto de modernización del sector salud, cuya propuesta en el área de asignación de recursos se basó en el diagnóstico que se hacía en esa materia a mediados de los noventa. Este diagnóstico incluía, entre los problemas que ameritaban atención, la existencia de inequidad geográfica; el acelerado crecimiento del gasto hospitalario producido, entre otras cosas, en las deficiencias del primer nivel de atención y el rápido aumento del porcentaje del PIB destinado a salud, originado en el crecimiento del gasto público y del privado. Además, se consideraba que había problemas de productividad y eficiencia; los recursos no estaban produciendo de manera óptima, tanto en términos de calidad como de cantidad de producto.

Se afirmaba también que existía falta de control y mantenimiento sobre las inversiones físicas de la institución y que las características de la planificación institucional -donde la dinámica de las decisiones desborda la planificación, con lo que la actual distribución de la oferta de servicios especializados escapa a una estrategia institucional y la cultura de trabajo, configurada bajo una excesiva reglamentación y compartimentación-, dificultaban la toma de decisiones, constituyendo una fuente de riesgo para la sostenibilidad del sistema.

Bajo dicho planteamiento, las situaciones mencionadas se traducían o eran agravadas por tres problemas fundamentales del sistema tradicional de asignación de recursos, a saber:

- Falta de incentivos a la eficiencia: las unidades no disponían de incentivos para la adopción de decisiones eficientes, en la medida que los ahorros conseguidos supondrían un menor presupuesto en el periodo siguiente.

- Recursos orientados a la oferta: la presupuestación histórica implica que se destinan los recursos presupuestarios de acuerdo con la oferta de recursos humanos e infraestructura, independientemente de las necesidades de salud o la demanda real de la población.
- Percepción del riesgo como inexistente: en la medida en que los gastos realizados por las unidades sean cubiertos en su totalidad (presupuesto histórico), incluso en caso de sobregiro presupuestario, los hospitales perciben la restricción presupuestaria como inexistente. Contrario al sector privado, donde se toman precauciones en función del riesgo existente, el sector público hospitalario toma decisiones en un contexto en el que este riesgo se percibe como inexistente, ya que, finalmente, los costos acaban siendo asumidos de forma colectiva.

En respuesta a los problemas diagnosticados para corregir los problemas mencionados, se propuso el diseño de un modelo que admitiera gradualidad en su implementación y adaptaciones de acuerdo al entorno, el cual debía superar el sistema de asignación histórico, basado exclusivamente en los gastos incurridos en el periodo anterior, y debía relacionar parcial y progresivamente las asignaciones económicas con la cobertura de los servicios.

De forma paralela, se debía introducir la cultura de costo, de producto y de resultado entre los responsables de los centros asistenciales, entendiendo esto como la preocupación por la mejora de la salud, la eficiencia y la satisfacción del usuario. El Compromiso de Gestión sería el instrumento que reflejaría los acuerdos adoptados para introducir los criterios anteriores.

El nuevo modelo de asignación que se propuso para lograr estos objetivos, se desarrollaría en tres fases. Una primera fase tendría como objetivo principal el mejoramiento de los sistemas de información, incluyendo variables como población a cubrir por edad y sexo, datos de referencia y utilización de servicios hospitalarios, definición de servicios de atención primaria con sus estimaciones iniciales de costo, entre otras. También se planteó relacionar las asignaciones presupuestarias con la producción, introduciendo elementos de variabilidad en los recursos asignados. La estrategia propuesta consistió en asignar por área de salud, a partir de

una base retrospectiva, debido a la dificultad de disponer de información fiable sobre los afiliados. Como incentivos a la eficiencia, en esta primera fase se propusieron dos tipos de retenciones: Un 10% sobre el gasto del año anterior en recurso humano, ajustado según incrementos salariales, y otro 10% sobre el resto de partidas presupuestarias. El primer 10% lo recuperarían las unidades con el cumplimiento presupuestario del periodo anterior, el cumplimiento de metas de referencias a hospitales, reducción de la demanda de servicios de urgencias y la reducción del ausentismo. El 10% sobre el resto de partidas (no salariales) lo recuperarían en función del cumplimiento presupuestario del periodo y de objetivos de salud como tamizajes, vacunación, anticoncepción, etc.

En la segunda fase, se incluyeron objetivos relacionados con la satisfacción del usuario y la complementariedad entre niveles, con el primer nivel como cliente del hospital. Este segundo objetivo se fijaba bajo el esquema de "el dinero sigue al paciente". Como criterio para asignar se planteó mantener la asignación histórica, pero expresada en el Compromiso de Gestión como el producto de multiplicar la población del Área por "unas tarifas", con el fin de ir introduciendo culturalmente el concepto de costo por habitante. Al igual que en la primera fase, se retiene un 10% de la asignación original, la cual se recuperará al final de periodo en función de objetivos de satisfacción del usuario. Se propuso también la creación de un fondo de capacidad resolutive, que iría al hospital o al área de salud, en función de la capacidad resolutive o el nivel de producción, respectivamente.

En la fase tres, el pago per cápita de la fase dos se ajusta por tasas de mortalidad infantil y estructura etaria, como indicadores del perfil de uso de servicios de atención primaria. En esta fase se establecen como objetivos a incentivar la captación de nuevos afiliados cotizantes y se propone desarrollar una bolsa de incentivos a otorgar en función del cumplimiento de objetivos de registro de afiliación, diseño de instrumento de costeo y tasa de mortalidad infantil.

La transformación del sistema debería ser "progresiva y gradual" a lo largo de las tres fases, permitiendo abordar en paralelo la mejora de los sistemas de información". En otras palabras, a estas fases no se les fijó plazo, sino que, por el contrario, se estableció el paso a la siguiente fase, una vez que se hubieran consolidado los objetivos de la fase anterior, independientemente de cuando tiempo hubiese transcurrido.

6.3. Propuesta para eliminar barreras

Durante el estudio se evidenció que las organizaciones dedican gran parte de sus recursos para poner en funcionamiento programas de calidad que, en algunas ocasiones, no producen los resultados esperados; esto, debido especialmente a la presencia de una serie de obstáculos internos y externos, los cuales no fueron debidamente tratados durante la implantación del programa de calidad, convirtiéndose en los mayores obstáculos para el logro de los objetivos fijados. Para las instituciones es determinante conocer con claridad las barreras o limitaciones que impiden alcanzar los estándares propuestos, para así generar estrategias que permitan vencerlas de manera competitiva.

La acreditación en salud pretende apoyar la labor en las instituciones mediante la estandarización de procesos que hagan posible la prestación de servicios con mejor y mayor calidad y con más seguridad para el paciente. La acreditación es, sin duda, un factor determinante a la hora de elegir una institución bien sea como paciente o para una empresa aseguradora.

El sistema único de acreditación es una estrategia y una metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica, para las instituciones de salud de larga trayectoria y desarrollo conceptual y metodológico a nivel mundial y de probada efectividad, convirtiéndose en una estrategia y una metodología para que la organización armonice sus procesos y oriente la utilización de sus recursos de acuerdo a lo aprendido de los mejores y más exitosos modelos de desempeño en salud. La acreditación es una metodología beneficiosa para las organizaciones

que se involucren con ella; pero antes de embarcarse en la acreditación, una organización, sin importar que tan grande o pequeña sea, qué clase de servicios de salud preste, debe decidir cómo se ajusta la acreditación con sus metas generales, su misión y su plan estratégico.

Después de las discusiones por parte de los líderes, deben tomarse decisiones sobre la planeación para la acreditación. Debe haber un líder organizacional que debe tener muy claramente definido el rol que representará y el respaldo de la dirección.

Otros estudios, como el de Gloria Eugenia Castañeda y Ma. Eugenia Delgado, realizado en el 2015 - Barreras, oportunidades y tácticas para participar en salud según asociaciones de usuarios del Valle del Cauca, Colombia-, (Gloria Eugenia Castañeda, 2015) encontró que la falta de conocimiento, apatía, manipulación, falta de organización, temor a represalias, falta de apoyo institucional, falta de reconocimiento a su labor, manipulación política, restricción en el acceso a la información, como algunos de los mayores obstáculos para conseguir una mayor calidad en la prestación de los servicios de salud.

Las características de los sistemas de salud en el mundo tienen que ver con calidad, cobertura, accesibilidad a los servicios de salud, eficiencia en los procesos y la atención integral. Todos los sistemas de salud en el mundo están preocupados por el incremento en los costos, debido a varios factores: El envejecimiento global de la población, problemas ambientales -como los cambios climáticos- y otros que incrementan las enfermedades por contaminación. A ello hay que agregar que cada vez se promulgan más leyes que reconocen mayores derechos a los usuarios. Además, hay que considerar un factor, casi subterráneo, que sin duda hace aumentar los costos: La corrupción, que es un problema sumamente grave, no solo en Colombia, sino en todo el mundo.

En tales circunstancias es muy problemático idear un modelo de salud perfecto. La solución no es solo destinar mayores recursos; eso sería apenas una parte de la solución de una

cuestión tan compleja; tiene que acompañarse de otros componentes de similar o mayor importancia.

En algunos casos, ni siquiera es necesario invertir más; lo importante es que se enfrenten los verdaderos problemas de manera más decidida, utilizando mecanismos que permitan más efectividad en las labores que se realizan.

Para poder eliminar las barreras que afectan la calidad en la atención en salud con la norma ISO 9001, que se han identificado, es preciso hacer énfasis en lo siguiente:

- Apuntar las acciones hacia los procesos que son la causa raíz del incumplimiento de los requisitos normativos de los estándares de calidad o de las barreras para la implantación de tales estándares
- Adelantar acciones planificadas para mejorar la calidad.
- Desarrollar a través de un proceso sistemático, y basado en la evidencia científica, el diseño y la implementación de las actividades de mejoramiento.
- Definir un proceso de monitorización del mejoramiento de los procesos propuestos, que se orientan a la mejora continua.
- Comunicar a la organización los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad, con el propósito de incentivar el mejoramiento como cultura organizacional e internalizar y asegurar los procesos mejorados.
- La secuencia de autoevaluación y mejoramiento se debe repetir las veces que sean necesarias -toma de conciencia, comunicación de cambio-, hasta alcanzar el cumplimiento del estándar en todas las dimensiones y variables que caracterizan su evaluación.
- Solo es posible monitorear y mejorar unos cuantos procesos al mismo tiempo. El equipo asignado debe poner los procesos de mejora, en orden de prioridad y debe llegar a un acuerdo en cuanto a lo que necesita mejorar y a la forma como

va a invertir sus recursos. La necesidad de mejorar un proceso puede ser identificada como resultado de los cambios de los objetivos o estructuras de la organización, además de la necesidad de que el personal este más involucrado en la planeación estratégica y operacional, que, ciertamente, depende del contexto donde se adelanta o debe adelantarse el proceso.

- Aunque el gobierno ha logrado avances significativos en términos de cobertura, la situación en salud en Colombia exige que las instituciones prestadoras se potencialicen y mejoren su desempeño en términos de accesibilidad, atención basada en el conocimiento actual y seguridad del paciente, todo ello, poniéndolo en relación con los requisitos mínimos de habilitación en salud que son obligatorios.
- Cuando se implementa un sistema de gestión de la calidad tiene que existir un compromiso con la comunidad para prestar servicios de alta calidad, ya que se gestiona todas y cada una de las dimensiones de la calidad y se demuestra, mediante indicadores confiables –de trazabilidad, medición y seguimiento- que la atención brindada a los usuarios cumple con la mejoría en los estados de salud de los individuos y sociedad.

7. Conclusiones

Durante la última década, se ha presentado una demanda creciente por el aseguramiento de la calidad, especialmente antes de emprender cualquier actividad o negocio. Esto no es un concepto del todo nuevo, ya que la calidad siempre ha jugado un papel importante en el aseguramiento de nuevos mercados, así como la retención de mercados ya existentes, pero, sin duda alguna, en estos tiempos de mercados competitivos, el aseguramiento de la calidad y los sistemas de gestión de la calidad se han vuelto aún más relevantes (Tricker, 2005). De acuerdo con las fuentes bibliográficas consultadas, las principales barreras en el proceso de

implementación de un sistema de gestión de la calidad identificadas en el estudio y relacionadas, son los recursos de todo orden con que se cuenta, especialmente los recursos económicos y la falta de tiempo del personal involucrado en dicho proceso.

En relación con los aspectos organizacionales, la de mayor impacto fue la comunicación interna deficiente y la resistencia al cambio.

Por otro lado, respecto a las dificultades asociadas con la documentación del sistema de gestión de calidad, fue la documentación excesiva, muy pesada o desactualizada.

A pesar de las grandes barreras que se pueden presentar en la implementación de un sistema de gestión de la calidad en el sector salud, se evidenció que las empresas en las investigaciones reconocían que, con la participación de todos los niveles jerárquicos y el compromiso de la alta dirección, era un gran beneficio para la organización para afianzar la cultura de la calidad, en un servicio tan sensible a los cambios, como es el de la salud.

La norma técnica internacional ISO 9001:2015 puede ser utilizada por las instituciones del sector salud como un paso intermedio de transición entre los requisitos mínimos legales que establece la Habilitación en salud y los requerimientos de la Acreditación de alta calidad en salud.

Para ello se deben vencer las principales barreras identificadas en el estudio y relacionadas especialmente con los recursos económicos y la falta de tiempo del personal, que corresponden a decisiones de la alta dirección.

Una adecuada implementación de la norma técnica ISO 9001:2015 puede aportarle a la organización beneficios en relación con su comunicación interna y externa, así como un manejo controlado de la documentación requerida para la operación eficaz y eficiente de los procesos; también permitiría la identificación, recolección y tratamiento de los datos pertinentes para prestar un servicio de excelente calidad y que son requeridos como evidencias para la acreditación de alta calidad.

8. Recomendaciones

Producto de las anteriores conclusiones se hacen las siguientes recomendaciones:

- Implementar la acreditación como obligatoria en el sistema de salud, pues con ello se obligaría a las instituciones prestadoras de salud a observar mejores estándares en la prestación del servicio de salud. La publicación de la acreditación sería un plus para que dicha institución sea preferida por los usuarios.
- La acreditación obligatoria recomendada, debería constituir un plus de favorabilidad para la contratación con el Estado.
- Capacitación a los diferentes niveles de decisión de las instituciones que prestan el servicio de salud, tanto públicas como privadas, por parte del ICONTEC, sobre los beneficios que tiene la acreditación en salud, la misma que no requiere una cuantiosa inversión.
- Creación, al interior de las instituciones de salud, de mecanismos de auto regulación y aseguramiento de la calidad.

Referencias Bibliográficas

(2012). *Revista Conamed*, 172-175.

A, D. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment* (Vol. Vol 1). Mich (us): Health Administration Press.

Alvarado R, V. A. (2001). *Evaluación de la satisfacción de usuarios de hospitales del sistema nacional de servicios de salud en Chile*. Chile: Revista Chilena de Salud Pública.

Atkinson, F. (1990). *Creating culture Change: The key to successful total quality management*. San Diego, C. A: IFS Publications.

- Blanco A, d. I. (2003). *Poder, ideología y violencia*. Madrid: Trotta.
- Burgos M, P. T. (2003). *Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un hospital público*. *Cienc. Enferm.*
- Burgos M, P. T. (2003). *Violencia hospitalaria en pacientes*. *Cienc. Enferm.*
- Chappell D, D. M. (1998). *Violence at Work*. Geneva: International Labour Office.
- Concha-Eastman A, V. A. (2001). *Guías para el diseño, implementación y evaluación de sistemas de vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones*. Ginebra, Suiza: Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- (2008). *Consejo Internacional de Enfermeras (CIÉ). Unidas frente a la violencia: Las enfermeras, dispuestas siempre a ayudarte*.
- Crosby, P. (1979). *Quality is free*. USA: Mc Graw Hill.
- Delgado, A. E. (2003). *Evaluación de la atención en calidad de los sistemas de salud*. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar.
- Deming. (1993). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Madrid: Díaz de Santos.
- Evans, J. y. (1999). *The management and control of quality*. Cincinnati: South Western College Publishing.
- Feigenbaum, A. (1988). *Control total de la calidad*. México: Compañía Editorial Continental S.A .
- Felds, R. C. (1978). *El control de la atención médica*. Buenos Aires: Lopez Libreros Editores.
- Furtado, T. 2017. Siete obstáculos que afectan a la productividad del gestor de Salud. Portal MV. Consultado el 21 de noviembre de 2019. <http://www.mv.com.br/es/blog/7-obstaculos-que-afectan-a-la-productividad-del-gestor-de-salud>.

G, F. D. (2008). Calidad de la atención. Ética médica y medicina defensiva. *CONAMED*(13), 3-4.

Gomez, W. (1991). *El control total de la calidad*. Bogotá: Fondo Editorial LEGUIS.

H, A. G. (2002). *Calidad de la atención médica. Bases para sus evaluación y mejoramiento continuo* (Tercera ed.). México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social- Noriega editores.

ISO ISO. (2001). *¿Que es la ISO?* Obtenido de ISO: www.iso.org

Kaushal R, S. K. (2003). *Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematics review*. USA: Arch intern med.

M, H. (2001). *El acoso moral en el trabajo: Distinguir lo verdadero de lo falso*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). *Decreto Ley 1011*. Bogotá. Obtenido de <http://www.miniproteccionsocial.gov.co/paginas/atencionalciudadano.aspx>

Moreno- Luzon, M. (2001). *Gestión de la calidad y diseño de las organizaciones*. España: Prentice Hall.

obstetrics outpatient department. (2016). *obstetrics outpatient department*.

doi:<https://doi.org/10.1007/s10916-016-0577-3>

OMS. (2002). *Report on Global Violence and Health*. Geneva, Switzerland.

Organización Mundial de la Salud. (Enero 2009). *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Informe definitivo. Recuperado el 23 de Octubre de 2017, de

http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Plan de acción Regional*. Ginebra, Suiza.

Paredes L, P. T. (2006). *Percepción de violencia y factores asociados según usuarios de un consultorio y postas de salud*. Concepción. Chile.

- PJ, S. (2001). *Acreditación de Instituciones sanitarias. Modelos, enfoques y utilidad* (Vol. Modulo 7). (U. d. Murcia, Ed.) Murcia, España. doi:ISBN:84-930932-6-2
- Poblete M, V. S. (2005). *Enfermeras en riesgo: Violencia laboral con enfoque de género*. Index Enferm.
- Reyes, L. (2007). *Enfermedad mental y violencia. Propuestas de Intervención en Enfermería*. cuba: cubanna.
- Rulas BE, Z. G. (1993). *Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud pública*. México.
- S, V. (1995). *Factores que influyen en la actitud de los estudiantes de enfermería hacia el cuidado de pacientes durante sus experiencias clínicas médico-quirúrgicas [Tesis Magíster]*. Concepción, Chile: Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- Summers, D. (2003). *Quality*. Columbus Ohio: Prentice Hall.
- V., D. M. (2003). *Relationship between work stress and workplace violence in the health sector. Joint Programme on Workplace in the Health Sector*. Geneva.