

Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud

Relevant information management for quality health organizations

Gestão de informações relevantes para organizações de saúde de qualidade

Luis Fernando Toro¹, José Bareño², Pablo A. Guzmán³, Juan Carlos Correa⁴

Resumen

Objetivo. Someter al escrutinio de la comunidad científica una matriz construida con la información de interés en la gestión por calidad de las organizaciones de salud, como recurso de homologación y estandarización de unos índices cuya definición, bondad de ajuste e interrelación carecen de antecedentes en la literatura especializada.

Materiales y métodos. 1. Revisión y sustentación de la información considerada relevante para el efecto. 2. Diseño y presentación de la matriz con los seis (6) índices seleccionados: Oportunidad, Riesgo, Gestión, Satisfacción, Innovación y Ambiental, para un total de 14 indicadores, relativos a estructura, procesos y resultados dentro de las tres áreas clave de una organización de salud tipo: Asistencial, Estratégico/Administrativa y Laboral.

Resultados: Matriz base del Sistema de Índices de Gestión por Calidad para las Organizaciones de Salud (SIGNOS), actualmente a prueba y próximo a ser publicado.

Conclusiones. Si bien los índices establecidos no son comúnmente manejados, por su pertinencia, coherencia y, en especial, por su probada funcionalidad dentro del Sistema antedicho, se constituyen en una valiosa herramienta para la gestión por calidad, lo mismo que para la clasificación de las empresas de salud.

Palabras Clave: Gerencia, Gestión de Calidad, Gestión en Salud, Gestión de la Información, Indicadores de Gestión

Abstract

Aim. Subject to scrutiny by the scientific community constructed a matrix with information of interest in quality management by health organizations as a resource of certification and standardiza-

Recibido: Febrero 10 de 2012 Revisado: Febrero 22 de 2012
Aceptado: Marzo 20 de 2012

1 Médico y cirujano, Magíster en Epidemiología, Especialista en Gerencia de la Seguridad Social, docente, e investigador del Grupo Observatorio de la Salud Pública, Universidad CES. e-mail: lftoro@ces.edu.co

2 Médico y cirujano, Magíster en Epidemiología, Especialista en Auditoría de servicios de salud, Especialista en Estadística, docente e investigador del Grupo Epidemiología y Bioestadística, Universidad CES

3 Biólogo, Magíster en Estadística, Universidad Nacional de Colombia

4 Doctor en Estadística, Profesor asociado de Estadística, Universidad Nacional de Colombia

tion of the definition indices, goodness of fit and interplay lack background in literature.

Materials and methods. 1. Review and support of information considered relevant to the effect. 2. Design and layout of the array with six (6) selected indices: Opportunity, Risk, Management, Satisfaction, Innovation and Environment, for a total of 14 indicators relating to structure, processes and outcomes within three key areas of an organization health type: Welfare, Strategic / Management and Labor.

Results. Based Matrix Indicator System for Quality Management for Healthcare Organizations (ISQMHO), currently being tested and soon to be published.

Conclusions. Although the rates established are not commonly managed by relevance, consistency and, in particular, for its proven functionality within the system above, constitute a valuable tool for quality management, as well as for classifying company's health.

Key Words: *Management, Quality Management, Health Management, Information Management, Management Indicators*

Resumo

Objetivo. Sujeita ao escrutínio da comunidade científica construída uma matriz com informações de interesse na gestão da qualidade pelas organizações de saúde como um recurso de certificação e padronização dos índices de definição, a bondade de ajuste e de funda interação falta na literatura.

Materiais e métodos. 1. Revisão e apoio de informações consideradas relevantes para o efeito. 2. Design e layout da matriz com seis (6) os índices selecionados: Oportunidade, Risco, Gestão, Satisfação, Inovação e Meio Ambiente, para um total de 14 indicadores relativos à estrutura, processos e resultados em três áreas-chave de uma organização tipo de saúde: Bem-estar, Gestão / Estratégica e Trabalho.

Resultados. Sistema de Indicadores baseado Matriz de Gestão da Qualidade para Organizações de Saúde (MGOOS), atualmente sendo testado e que em breve será publicado.

Conclusões. Embora as taxas estabelecidas não sejam comumente geridas por consistência relevância, e, em particular, para a sua funcionalidade comprovada no interior do sistema acima, constitui uma ferramenta valiosa para a gestão da qualidade, bem como para a classificação de empresas saúde.

Palavras Chave: *Gerência, Gestão de Qualidade, Gestão em Saúde, Gerenciamento de Informação, Indicadores de Gestão*

Introducción

La búsqueda de indicadores y más recientemente de verdaderos sistemas de índices para el seguimiento y evaluación de los servicios, el mejoramiento continuo y la gestión de las organizaciones de salud, pasaron de ser un requisito para el logro de los certificados de calidad y se ha convertido en un factor de diferenciación competitiva e incluso de supervivencia empresarial.

Con base en los avances logrados en materia de calidad por el sector salud colombiano, movidos por el afán de unificar criterios, facilitar el

procesamiento y optimizar el beneficio de la información relevante para los interesados, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), empresas promotoras de salud (EPS), entes de dirección y usuarios, nos abocamos al desarrollo de un sistema de índices de gestión por calidad para las organizaciones de salud (1), el cual precisa para su validación, que la comunidad científica conozca y acepte, como soporte teórico, los índices contenidos en esta propuesta que hasta el presente carecen de estandarización, tanto como la metodología empleada y la aplicación del sistema en su conjunto.

El diseño y la construcción de la matriz del sis-

tema, respondieron a la necesidad de resumir la múltiple y variada información sobre la calidad en el ámbito sanitario, en un instrumento flexible y adaptable a diferentes programas informáticos y métodos estadísticos, de manera que los datos correspondientes a las variables objeto

de medición por cada una de las tres áreas de interés establecidas, aparte de quedar condensadas en índices consistentes con los objetivos propuestos, admitieran además una correlación esquemática antes de dárseles el debido tratamiento estadístico. Tabla 1.

Tabla 1. Matriz del Sistema.

Indice Área de Interés	Oportunidad Institucional IOI	Riesgo Institucional IRI	Gestión Institucional IGI	Satisfacción Institucional ISI	Innovación Institucional III	Ambiental Institucional IAI
Asistencial	Oportunidad de la Atención	Riesgo de Infección Nosocomial	Gestión de Auditoría (Glosas)	Satisfacción Objetiva (Adhesión a Vías)	Inversión en investigación y desarrollo (I + D)	Ahorro en el consumo de fluidos (electricidad, agua y gas)
Estratégico-Administrativa	Oportunidad del Egreso	Riesgo por mala calidad de la Historia Clínica	Gestión de Cartera	Satisfacción Subjetiva (de Usuarios)		
Laboral	Oportunidad de las vacaciones	Riesgo de Accidente de Trabajo	Gestión del Ausentismo Laboral	Satisfacción del Personal		

Antecedentes

Para el Sector en nuestro medio, la actividad evaluativa, de seguimiento y control cobró importancia con la entrada en vigencia del Sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud (SOGCAS), del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) en su versión más reciente, el cual hizo inaplazable el establecimiento del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), como parte integral del sistema de Habilitación, fijó los estándares del sistema de Acreditación y determinó los criterios mínimos del sistema de Información en salud (2).

Casi una década antes, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aconsejaba la puesta en marcha de procesos sostenibles de elaboración y ajuste de indicadores, como también de sistemas de información para producirlos y con ellos

efectuar los análisis relacionados con el monitoreo y la evaluación operativa de los servicios lo mismo que de la gestión de las entidades de salud (3), asumimos que como complemento y en algunos casos como sustituto de los tradicionales indicadores univariados usados en el sector sanitario y a los que por extensión se les sigue llamando de manera genérica: estadísticas. Entre tanto, órganos gubernamentales e instituciones privadas en otras latitudes y con diferentes intereses en materia de salud, perfeccionaban y extendían el uso de sistemas más elaborados, tales como el Balanced Scorecard (BSC), creado para equilibrar, en términos de medición, los componentes contable e intangible de las empresas (4) e, igualmente, los de clasificación de pacientes (SCP) (5), una de cuyas variantes, la de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) (6), se hizo insustituible para la evaluación económica de las tecnologías del ramo (7).

Para nadie es un secreto que durante los diez años posteriores a la reforma de la seguridad social en nuestro país, se anduvo a la deriva en asuntos de información. Sólo al despuntar el milenio, el Ministerio de Desarrollo Económico en asocio con entidades pioneras (Corporación Calidad, Centro de Gestión Hospitalaria), a través del Premio en Calidad Salud Colombia, fueron los encargados de dar vida al modelo de Gestión Integral por Calidad (8) y de delinear los primeros parámetros para la evaluación de las IPS (9), sentando las bases del actual SOGCAS, decretado originalmente a finales de 2002 (10) y cuyos estándares y criterios fueron producto del estudio que para el efecto llevaron a cabo, la última de las entidades nombradas, el Canadian Council on Health Services Accreditation y Qualimed, mediante contrato con el antiguo Ministerio de Salud (11).

Adicionalmente, cuestionamientos tales, como: ¿A qué ente corresponde la planeación de los programas de salud? ¿Es el médico o la IPS el encargado de decidir sobre la pertinencia de los tratamientos? ¿Cuentan los usuarios con datos suficientes y objetivos para el ejercicio del consentimiento informado, voluntario e idóneo? ¿Quién responde por la medición de la calidad? ¿Cómo se mide la responsabilidad? Avivaron la discusión y movieron a todos los actores al acopio de instrumentos que les permitiesen, con base en la información disponible, tomar las mejores decisiones en procura de la salud personal e institucional, la racionalización de los recursos, la calidad de los servicios y la evolución del Sistema.

Desde entonces se han realizado muchos esfuerzos unilaterales (casi toda EPS, IPS o grupo de ellas tienen los suyos) (12, 13) y algunos intentos asociativos para adaptar sistemas de indicadores y modelos de gestión foráneos (14,15), pero pocos estudios serios para el diseño y aplicación de unos propios que se corresponderían mejor con las peculiaridades, altas y bajas de nuestro SGSSS. A este respecto cabe decir que la información en salud debe hacer objetivas

tanto la política como la gestión organizacional. Con respecto a la medición propiamente dicha y no obstante el efecto grúa (16) del SOGCAS sobre el desarrollo de las empresas del sector, los conexos y afines, dos flaquezas han subsistido al cambio de modelos, de sistemas y de enfoques: la mala calidad de los datos y la dispersión de la información. No es que no midamos, sino que medimos sin criterio técnico-científico ni prioridades y a destiempo, mientras la conectividad que nos sigue haciendo falta, nada tiene que ver con atrasos tecnológicos ni flujos de caja. A la fecha no es raro encontrar instituciones, cargadas de reconocimientos, que siguen manejando centenas de indicadores para evaluar su desempeño asistencial y/o su gestión por calidad (cuando han adoptado este modelo), en contraste con la decena escasa de los financieros con los que han sabido llevarlas al nivel de solvencia y posicionamiento alcanzado. Otro ejemplo para no seguir lo constituyen los mecanismos de evaluación y verificación de los sistemas de calidad por parte de los organismos responsables: grupos multidisciplinarios, infatigables listas de chequeo, semanas enteras para dictaminar qué institución cumple o no. A ello concurren un sinnúmero de factores de los cuales, a nuestro entender, los siguientes son los de (D) más peso:

- Desarrollo tecnológico desigual pero acumulativo
- Demasiado celo particular por un bien público
- Desconocimiento estadístico/epidemiológico
- Delimitación entre calidad y productividad
- Diversas miradas pero poca visión
- Déficit creativo y actitudinal
- Dispersión

De allí que se tenga el atrevimiento de proponer para el insumo básico de la vida misma: la información, un tratamiento diferente.

Materiales y Métodos

El trabajo se basa en una revisión crítica y exhaustiva de los artículos publicados, las experiencias adelantadas y las normas vigentes sobre calidad en el mundo entero y particularmente en Colombia durante las dos décadas de transición del milenio, que sirvió de insumo para el desarrollo de la propuesta metodológica Sistema de índices de gestión por calidad para las organizaciones de salud (1).

La información revisada se confrontó con la realidad operativa de los servicios de salud que se vienen prestando en organizaciones de prestigio, reconocidas nacional e internacionalmente debido a sus avances en materia de calidad y/o seguridad. Producto de este análisis, se optó entonces por afirmar aquellas mediciones universalmente aceptadas por su validez, metodología de aplicación y utilidad, por proponer mediciones sustitutivas en aspectos de difícil consenso a causa de las múltiples interpretaciones dadas a la calidad y su aplicación subjetiva y, finalmente, por idear algunas lo suficientemente factibles, que si bien hasta el presente no han sido empleadas, en caso de ser aprobadas por la comunidad científica, expandirían la frontera del conocimiento específico y contribuirían a mejorar la gestión empresarial y la competitividad sectorial.

Los índices propuestos —variables del sistema—, se refieren a seis aspectos de la gestión por calidad, a saber: oportunidad, riesgo, gestión, satisfacción, innovación y ambiental. Constan de catorce indicadores, relativos a la estructura, los procesos y los resultados (17) de las áreas tipo de cualquier institución de salud, asistencial, estratégico-administrativa y laboral. Tabla 1. La selección de los indicadores y las áreas de interés así como la de los propios ín-

lices, está basada en criterios de uso, mejoramiento, pertinencia e impacto habituales, aun cuando su bondad de ajuste, sensibilidad y especificidad no están suficientemente documentadas. Ello sumado a la falta de consenso respecto a su escogencia y aplicabilidad, constituye el motivo de esta publicación.

Si la definición de calidad ha sido elusiva, la precisión de su espectro es toda una singularidad. A favor del consenso se plantean entonces dos determinantes prácticos para la medición/evaluación de la gestión por calidad: 1. La calidad como insumo. Factor diferenciador en efecto, pero no independiente del servicio, la productividad, rentabilidad y responsabilidad social corporativos. 2. La gestión como resultado, susceptible de optimización a través de la garantía de la calidad, entendida como la interpretación de los indicadores de actuación o desempeño (18,19), con base en sistemas como el que se enseña a continuación.

Antes, es pertinente diferenciar la funcionalidad del indicador: indicar, mostrar, frente a la del índice: interpretar, valorar (20). También procede repasar los presupuestos de cualquier normalización: simplificar, unificar y especificar. Y finalmente, destacar el triple logro al que aspira este modelo: facilitar la gestión o, más concretamente, la asignación correcta de los recursos (21), contribuir al mejoramiento de la calidad de los servicios y posibilitar la comparación interna y externa de las organizaciones, contribuyendo a la referencia competitiva entre éstas (22) y facultando al usuario para elegir con objetividad al prestador (23).

Resultados

Índices e indicadores por áreas de interés

1. Índice de Oportunidad Institucional (24-30)

1.1 Oportunidad de la atención: La asistencia en

salud debe situarse, con relación a la oportunidad, en algún punto observable y realmente útil entre el daño molecular (millones de reacciones bioquímicas/segundo) y, por ejemplo, los 30 días que llevó precisar el diagnóstico e iniciar el manejo adecuado de una trombosis de la arteria basilar en una paciente de 28 años de edad, incluyendo en este proceso cuatro oportunas atenciones de urgencias en su EPS (<30 % de integración vertical), una radiografía de cráneo ordenada por el cuarto médico que allí la atendiera, una consulta particular de especialista, al décimo día de iniciados los síntomas y por azar, una tomografía de cráneo luego de la inmediata contra referencia del neurólogo, y un triplex de circulación cerebral 20 días después de que éste lo solicitara.

Seguir creyendo en la oportunidad de la atención para una cita pedida dos meses atrás, en la de la efectiva realización de una cirugía que lleva más de un año de indicada y que sólo fue posible mediante una acción de tutela o en la de la evaluación por cardiología de un paciente con dolor torácico, en una IPS de nivel IV de complejidad, medio día después de su ingreso por urgencias, independientemente de los resultados, constituye, aparte de un riesgo añadido e inútil, una burla a la dignidad del usuario.

Con base en una evidencia clínica aún por estandarizar pero factible, la oportunidad asistencial que se propone tiene carácter vital e irreversible; debe medirse, cuando más, en horas; como premisa de la calidad (20), no tiene por qué diferir en casos urgentes o ambulatorios, en prevención o terapias de rehabilitación, neonatología o tanatología, en centros de salud u hospitales de alta complejidad, y comprende el tiempo mínimo transcurrido entre la solicitud de la atención (remisión, interconsulta, emergencia/personal, telefónica, virtual) y la toma de conducta para la eventual resolución del evento, según la voluntad del usuario o de sus acudientes, las guías, protocolos y normas vigentes y los recursos disponibles.

1.2 Oportunidad del egreso: El indicador se refiere a la oportunidad (tiempo en horas) para el egreso efectivo de cada paciente atendido luego de haber sido dado de alta, factor influyente tanto en la satisfacción del usuario como en la disminución de los riesgos asistenciales (infección nosocomial entre otros) y administrativos (glosas).

1.3 Oportunidad de las vacaciones: Se trata de minimizar los riesgos derivados de la acumulación de los tiempos propicios para el descanso del personal, particularmente asistencial, ya que la misma produce un impacto positivo o adverso, según su comportamiento, reconocido sobre la calidad del servicio, al punto de que la legislación laboral vigente en muchos países prohíbe que se compensen en dinero las vacaciones y sólo permite que se acumulen dos vigencias, esto es, máximo dos años de trabajo sin que el empleado haga uso de sus vacaciones (31).

2. *Índice de Riesgo Institucional*

2.1 Riesgo asistencial: Las tasas de infecciones y mortalidad y el número de reingresos han sido, por separado y tradicionalmente, señales indirectas de la calidad de los sistemas y los servicios de salud. En la actualidad, son apenas tres de las cerca de cuatro docenas de eventos adversos con cuyo control se aspira (tal es el propósito global) a minimizar el riesgo asistencial y a mejorar de manera significativa la seguridad de los pacientes (32-35).

Lo más lógico sería entonces adoptar como indicador de este tipo de riesgo, la medición de los eventos adversos. Pero hay de momento dos dificultades: el riesgo como fenómeno emergente, producto menos de la autoría de alguien o algo en especial que de la dinámica auto organizada e impredecible de los sistemas complejos adaptativos (36), de los cuales los de sanidad son asaz representativos, y el carácter jurídico—de medios, que no de fines— del ejercicio profesional en salud que, sumado a la presunción

constitucional de buena fe, impide por ahora el estudio analítico y la identificación exhaustiva de los resultados indeseables y supuestamente evitables. En este sentido, mientras la muerte no deje de ser una suerte de agujero negro y a la seguridad del paciente no quepa dársele visa de eternidad, la tasa de mortalidad hospitalaria será sólo un subconjunto de la general, objeto de interés médico y demográfico, en cuya minimización no se debe escatimar decisión ni ingenio, mas nunca el parámetro para determinar, per se, la confiabilidad de una IPS.

De otro lado, en el mundo microbiano en que vivimos (37), cualquier actuación riesgosa (el sólo hecho de hospitalizarse) supone una probabilidad de infección. Ésta, más que el enemigo en el manido lenguaje militar, es tal vez la máxima oportunidad de mejoramiento tanto en salud (38-46) como en sociobiología (47-50).

Por lo anterior y en aras de la concisión, se propone como indicador de riesgo asistencial, del índice de riesgo institucional, el porcentaje de infección nosocomial en cada período.

2.2 Calidad de la historia clínica: Si hay algún aspecto de valor inobjetable en relación con la labor asistencial y la gestión general de las empresas de salud (51), tal es la probidad de la información registrada en la historia clínica. De la ética hasta la excelencia, entre la atención y la docencia/investigación, pasando por la seguridad in extenso, la confianza, la responsabilidad y hasta la culpa para otros, la prestación de servicios de salud no se entiende ni se acepta hoy en día sin este documento (52). De ahí que se proponga como medida de riesgo estratégico-administrativo, el porcentaje atribuido a la mala calidad de la historia, con base en la calificación ponderada global arrojada por un programa de auditoría al efecto (53).

2.3 Riesgo de accidente de trabajo: Si bien es cierto el riesgo laboral se ha manejado con base en dos ítems cuyos indicadores están debidamente validados y aceptados: accidente de trabajo y enfermedad profesional, en vista de la difícil identi-

ficación, el prolongado tiempo de evolución y la renuencia asociada a la admisión de la segunda, se opta por incluir únicamente el primero, bajo las consideraciones técnicas de común observancia y las reglamentarias del SGSS vigente en Colombia (54).

3. Índice de Gestión Institucional

Aunque parezcan arbitrarios y, para los autores, anacrónicos incluso en mayor medida, los indicadores seleccionados para configurar el tercer índice constituyen, quince años después de implantado el actual modelo de seguridad social y a diferencia de lo que ocurre en otras latitudes, tres de los aspectos más determinantes en la calidad de los servicios de salud en el país, mirados desde la perspectiva asistencial, estratégico-administrativa o laboral.

Mientras la realidad sanitaria en los países desarrollados muestra una gestión orientada hacia el sostenimiento de las finanzas públicas (55, 56) y, en casos como el del envejecimiento de la población, desborda los propios intereses estatales y adquiere una dimensión continental (57, 58), aquí, donde la transición epidemiológica es un hecho consumado y también caben las honrosas excepciones, todavía nos desgastamos en facturar lo que no se hizo correctamente o no fue autorizado, en glosar como estrategia para la contención de costos, en recobrar y esperar, esperar y tutelar e invertir recursos ingentes para recuperar lo que es rentable no reconocer y, todavía más grave, en hacer planes de acción para el ablandamiento de los programas de auditoría y no tanto para el mejoramiento de los procesos, en atender las cuentas con el esmero que a veces le falta a los pacientes o en dar a la calidad un tratamiento erróneo: documental, no experimental; de producto, de finalidad y no de ubicuo insumo. Todo ello contando con que la gente si se las ingenie, haga despliegue de su talento, produzca o al menos dedique a las actividades para las que se le contrata, la porción correspondiente de su tiempo, su entrega y su capacidad. Porque los servicios de salud son personales tanto como institucionales, la com-

petencia está redefinida (59), se dio la revolución de los cuellos blancos (60) y ya debiéramos estar actuando en el próximo escenario global (61), pero la verdad es que apenas vamos, con no pocos sobresaltos, en la habilitación forzosa y las cooperativas de trabajo asociado.

Cuánto gratificaría medir en años de vida saludables (AVISAS) o en años de vida ajustados por calidad (QALYS) el magnífico ejercicio asistencial, que no nos es ajeno; la rentabilidad social de unas gestiones excelentes, de las que enorgullece dar fe; la facilidad con la que trabajan, la fluidez con que interactúan y el nivel de inventiva que alcanzan grupos excepcionales. Entre tanto, se proponen los tres siguientes indicadores:

3.1 Gestión de la auditoría concurrente: Equivale a 100 menos el valor de la glosa preliminar u objeción sobre el total de la factura por período, y refleja el impacto de la correcta asunción y documentación de los actos médico-asistenciales pertinentes.

3.2 Gestión de cartera: Muestra el porcentaje de cumplimiento en cuanto a la recuperación de la cartera en cada período.

3.3 Gestión sobre el ausentismo laboral: Razón de las horas laboradas sobre las horas contratadas en el período. Da cuenta, igualmente en porcentaje, de la asistencia al trabajo, en tanto se afinan instrumentos para detectar y medir la real efectividad en el desempeño por parte de los empleados.

4. Índice de Satisfacción Institucional

Partiendo de la aceptación generalizada acerca de que la calidad en salud tiene dos dimensiones distintas pero interdependientes: la técnica, que desde la óptica de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las actividades e intervenciones, lo mismo que la atención adecuada y satisfactoria de los usuarios de los servicios, y la percibida por éstos, que toma en cuenta las condiciones administrativas, físicas y emocionales en las que tales acciones se desarrollan (20), se proponen tres indicadores, uno para el componente técnico-científico (satisfacción objetiva), ligado al área de interés asistencial, otro para la percepción del usuario (satisfacción subjetiva), del resorte estratégico-administrativo, y un tercero, mixto, que consulta la percepción del cliente interno, a su vez íntimamente relacionada con la dimensión técnica en la esfera laboral de sus competencias.

4.1 Satisfacción objetiva: Medida de la adherencia institucional a las guías clínicas basadas en la evidencia. Pudiera serlo igualmente de la sujeción a los protocolos intervencionistas y de manejo quirúrgico. En cualquier caso, muestra el grado de equilibrio entre el riesgo asumido y el beneficio logrado aplicando la ciencia médica y las tecnologías en salud (62), es decir, en los procesos y los resultados (63-66), de acuerdo con el reciente interés sectorial por el costo, la eficacia y la seguridad de su quehacer.

Sobra decir que las guías son instrumentos para planificar y coordinar los procedimientos médicos, de enfermería y administrativos suficientes y necesarios para lograr la máxima eficiencia en el proceso asistencial (67, 68). Producto de consensos, su diseño es una secuencia formal resumida en etapas y su utilidad es proporcional al número de atributos que posean. Tabla 2.

Tabla 2. Atributos que deben cumplir las guías de práctica clínica y los protocolos según el Instituto de Medicina y la Asociación Médica Americana (69)

Institute of Medicine	American Medical Association
Validez	Desarrollo con o por profesionales clínicos

Institute of Medicine	American Medical Association
Aplicabilidad	Métodos de investigación integradores
Flexibilidad	Opiniones documentadas.
Claridad	Detalle y especificidad
Revisión sistemática	Con base en la información disponible
Documentación explícita	Amplia difusión

En este contexto, la variabilidad es considerada una condición intrínseca y enriquecedora de la medicina, no deseable únicamente cuando genera resultados que se alejan de la buena práctica clínica (70). Sin embargo, la proliferación de las guías no está exenta de contradicciones y, con base en algunos estudios, tampoco de riesgos (71).

4.2 Satisfacción Subjetiva: Dando por descontado el rigor metodológico con el que se llevan a cabo los sondeos de satisfacción de usuarios, al igual que el compromiso de superación de los gestores respecto a éste y otros ecos de la voz del cliente (quejas, reclamos y sugerencias), se incluye como indicador estratégico-administrativo, del índice institucional correspondiente, el porcentaje de satisfacción obtenido de tales sondeos en cada período.

Su inclusión se sustenta en las radicales transformaciones de los sistemas sanitarios, motivadas por el avance científico-tecnológico y la cultura contemporánea, esa nueva manera de habitar el mundo en la que el ciudadano común y corriente se informa, actualiza y participa decisivamente y en tiempo real de su diario acontecer, del cual hacen parte las acciones y omisiones en salud. Proyectos como los promovidos por la Fundación Biblioteca Josep Laporte (FBJL), y la Universidad de los pacientes (UP), en colaboración con la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), estudios y artículos (72,73), muestran con claridad la transición del paciente de pasivo a protagonista, en ocasiones demandante de comodidades y ventajas otrora extrañas al terre-

no de la sanidad, así como la mejora observada en la calidad de los servicios en proporción al conocimiento que los usuarios tengan de ellos.

4.3 Satisfacción laboral: Aspecto no tanto descuidado como oculto, factor de riesgo/protector de la calidad asistencial (74) y desvelo administrativo o ventaja competitiva, dependiendo de su enfoque y tratamiento. El gusto por lo que se hace, la confianza en el desempeño individual y colectivo, al igual que la tranquilidad derivada de la labor cumplida, entre otros satisfactores, condicionan de manera notable la prestación de servicios de salud, por lo que su medición permanente debiera ser una práctica infaltable en la dinámica institucional (75,76).

Entendida la satisfacción laboral como una actitud positiva e individual hacia el trabajo y las condiciones en que se realiza, su consecuencia, que aquí se expresa como el porcentaje de rotación del personal en el período, se espera que refleje un clima organizacional propicio a la productividad, la creatividad y el bienestar de todos los Stake Holders (77).

5. *Índice de Innovación Institucional*

Pese a que el tema tiene una vigencia implacable, al presente no existen parámetros universales aplicables a la recolección, interpretación y empleo de indicadores de innovación en materia de salud. Entre 1989-90, la organización para la cooperación y el desarrollo (OCDE) realizó una investigación sobre el estado del arte en bibliometría, cuyos resultados pudieran ser con-

siderados como el documento pionero sobre el manejo integral de este tipo de datos (78). Tal como se desprende de un análisis de impacto e influencia del sistema editorial (79), al despuntar el milenio aún se carecía de consenso respecto a cómo medir y evaluar la producción intelectual y académica. Por su parte el Manual de Oslo (80), publicación relativamente nueva, que incluye metodologías para la evaluación de los avances en Ciencia & Tecnología, recién en su Anexo 1 y como procedimiento a prueba, presenta el modelo de encuestas literature-based innovation output indicators (LBIO), que registra los hechos científico-tecnológicos innovadores reseñados en las revistas técnicas y comerciales, y que se ha convertido en referente al efecto.

Total, no se requiere de un talento especial para colegir la importancia del asunto en un sistema como el que nos ocupa, como tampoco de elementos con qué poner manos a la obra. Un comienzo entonces es lo que se propone con el índice: Inversión institucional en I+D sobre el total facturado*100/período, análogo al que cuantifica el porcentaje del producto interno bruto (PIB) nacional destinado a estos mismos fines.

6. Índice Ambiental Institucional

Bastante se ha dicho sobre conservación e impacto ambientales, y sin duda mucho se está haciendo a propósito, aunque no baste para retornar al Edén a los apocalípticos inveterados. No obstante, como en el caso anterior, son pocos los instrumentos de medida de común aceptación y prácticamente nulo el consenso mundial sobre el particular. Por eso se plantea a nivel de las organizaciones de salud, el uso de un índice tan simple como categórico: Ahorro en el consumo de fluido eléctrico, agua y gas natural en cada período. Para el que partimos del proverbio que habla de que rico no es el que más tiene sino el que menos necesita, aun cuando no vendría mal comenzar su aplicación a gran escala.

Conclusiones

Lo hasta aquí expuesto, es apenas un paso ineludible hacia un objetivo ambicioso: un sistema de índices de gestión por calidad para organizaciones sui generis como las de salud, tan conciso como práctico y útil, todavía en curso de perfeccionamiento y generalización, en fin, una propuesta básica en el amplio sentido del término. Pero es algo, máxime si se tiene en cuenta que en Colombia no existe un verdadero sistema de información en salud, que la mayoría de las instituciones no cuentan con bases de datos ni registros históricos para sustentar una concienzuda toma de decisiones y que nuestra cultura sobre el tema sigue siendo incipiente y confusa.

Así como el sistema en proceso se aleja de la ilusión positivista de pretender medir y controlarlo todo, se ha evitado que al artículo caiga en la imprudencia o la falta de rigor científico, que para el caso es lo mismo. No en vano los países desarrollados le otorgan significativa importancia a la medición estadística y al uso de indica-

Referencias

1. Toro F, Bareño J. Sistema de índices de gestión por calidad para las organizaciones de salud. Una propuesta metodológica. Proyecto de grado Maestría en Epidemiología – Universidad CES, Medellín 2008.
2. Ministerio de la Protección Social colombiano. Decreto número 1011. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, 2006.
3. Informe anual del director: Desarrollo de sistemas y servicios de salud. OPS 1998.
4. Kaplan RS, Norton DP. Mapas estratégicos. Convirtiendo los activos intangibles en resultados tangibles. Edición original, HBSP.

- Edición en español, Gestión 2000. Barcelona, 2004
5. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación aplicada a la atención primaria de salud. Madrid: M/D L, 1991.
 6. Casas M. Los grupos relacionados con el diagnóstico en Europa. El proyecto EURODRG de la CEE. *Todo Hospital* 1992; 87: 33-36.
 7. Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by Diagnosis Related Groups. *Medical Care* 1980; 18(2o. Suppl): 1-53.
 8. Ministerio de Desarrollo Económico – Corporación Calidad. Inclusión del modelo de Gestión Integral por Calidad GIC en la guía del Premio Calidad en Salud Colombia. 2000.
 9. Centro de Gestión Hospitalaria. Propuesta de desarrollo y prueba de una metodología de evaluación de instituciones de salud (GIC). 2001.
 10. Ministerio de la Protección Social colombiano. Decreto 2302. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá, 2002.
 11. Ministerio de Salud y Consorcio Asociación CGH-CCHSA-Qualimed. Proyecto de ajuste al sistema de garantía de la calidad del SGSSS. 2000-2002.
 12. Clínica Cardiovascular. Adopción y aplicación del Balanced ScoreCard BSC en la construcción de indicadores de gestión. Coordinación y Comité General de Calidad. Medellín, 2005.
 13. Asociación de Clínicas y Hospitales de Colombia. Indicadores socio-demográficos, macroeconómicos y de seguridad social en salud. Sistema de indicadores ACHC, 2007.
 14. Kerguelén CA. Los Grupos de Diagnósticos Relacionados. Su presente y futuro en Colombia. *Rev vía SALUD* 2003; 22: 18-23.
 15. Kerguelén CA, Santa GL. Diseño e implementación de un sistema de grupos relacionados por el diagnóstico GRD. *Rev víaSALUD* 2004; 27: 22-28.
 16. Dennett DC. La peligrosa idea de Darwin. 1a. ed. Galaxia Gutenberg/Círculo de Lectores. Barcelona, 1999: 10-22.
 17. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966; 44:166-203.
 18. Kazandjian VA. Performance indicators: pointer dogs in disguise -a commentary. *J Am Med Rec Assoc* 1991; 62:34-6.
 19. Ross AG, Zeballos JL, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*, Jul/Ago 2000, Vol. 8, No. 1-2, p. 93-98. ISSN 1020-4989.
 20. Kazandjian VA, Vallejo P. La evaluación local de la calidad mediante instrumentos de medida genéricos. *Gac Sanit* 2004; 18(3):225-34.
 21. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddard GL and Torrance GW. Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria. 2a edición, ED. Díaz De Santos, 2001.
 22. Carrada-Bravo T. Benchmarking: estrategia de calidad de los sistemas de salud. *Dvo. MD. Méx.* 1999, 4(1): 18-23.
 23. Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 119-130.
 24. Malagón LG, Galán MR, Pontón LG. Auditoría en salud, para una gestión eficiente. Ed Med Pan. Bogotá, 1998.
 25. García-Altés A. Boletín informativo Economía

- y Salud, año 20 mayo 2007 No. 59 <http://www.aes.es>
26. Organización Mundial de la salud. World Health Report 2000. Ginebra: OMS; 2000.
 27. Kelley E, Hurst J. Health care quality indicators project conceptual framework paper. OECD Health Working Papers No. 23. Paris: OECD Publishing, 2006.
 28. Lozano R y Col. Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. Salud Pública de México 2007; 49 (suplemento 1): 53-69.
 29. García-Eroles L, Carles I, Arias A, Casas M. Los TOP 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 107-116.
 30. Mejía GB. Auditoría médica para la garantía de calidad en salud. 2a. ed. Santa Fe de Bogotá, ECOE, 1998.
 31. Enjuto D. ¿Es compatible la compensación económica de las vacaciones anuales retribuidas no disfrutadas con la salud y la seguridad de los trabajadores? Arch Prev Riesgos Labor 2007; 10 (1): 29-33.
 32. Ross G, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. JAMC, 25 MAI 2004; 170 (11) 1678-86.
 33. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. BMJ 2001; 322; 517-519.
 34. Singer SJ, et al. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Qual Saf Health Care 2003; 12; 112-118.
 35. Pucci F. Aprendizaje organizacional y formación profesional para la gestión del riesgo. Montevideo: CINTERFOR, 2004.
 36. Lewin R. Complejidad. El caos como generador del orden, Barcelona, Tusquets Editores, 2002.
 37. Margulis L, Sagan D. ¿Qué es la vida? Barcelona, Tusquets Editores. 1996.
 38. González NY, Álvarez CA. Infección asociada al cuidado de la salud. Revista Hospitalaria, septiembre/octubre de 2006; 4-8.
 39. Una aproximación a indicadores nacionales de infección nosocomial y Reflexiones jurídicas en torno al complejo mundo de las infecciones intrahospitalarias. Sección de portada. Revista Hospitalaria, sep/oct 2006; 9-11 y 12-17.
 40. Bolis M. Infecciones hospitalarias. Legislación en América Latina. Washington, DC: OPS, © 2007. Documento Técnico HDM/CD/A/500-07.
 41. Salvatierra-González R. Costo de la infección nosocomial en nueve países de América Latina. Washington, DC: OPS/DPC/CD/271/03: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/eer-amr-csto-infec-hospital.pdf>
 42. OPS/Unidad de Enfermedades Transmisibles. Protocolo para determinar el costo de la infección hospitalaria. Washington DC: OPS/HCP/HCT/16/00: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/eer-amr-costo-infec-nosoc-anexo.pdf>
 43. Jarvis WR. Selected aspect of the socioeconomic impact of nosocomial infections: morbidity, mortality, cost and prevention. Infect control Hosp. Epidemiology 1996; 17:552-7.
 44. Haley RW. Cost-Benefit analysis of infection control program. Bennett J. & Brachman P. Hospital Infection. Philadelphia Lippincott-Raven 1998; 249-67.
 45. Mundy L, Fraser V. Determining the cost-effectiveness of hospital epidemiology and infection control programs. Mayhall G, Hospital Epidemiology and Infection Control. Philadelphia Lippincott Williams & Wilkins 1999; 1437-43.

46. Brenner PF y Col. Cost of nosocomial infections in Chilean Hospitals. *Rev Chil Infect* 2003; 20(4): 285-90.
47. Seguridad al paciente. Una estrategia para la calidad en los servicios de salud. Sección La entrevista. *Revista Hospitalaria*, sep/oct de 2006; 20-22.
48. Wolf SH. Patient safety is not enough: Targeting quality improvements to optimize the health of the population. *Improving Patient Care/ American College of Physicians. Annals of Internal Medicine*. Jan 2004; 140 (No. 1): 33-36.
49. Jacobson L, Elwyn G, Robling M, Tudor R. Error and safety in primary care: no clear boundaries. *Family Practice* Vol. 20, No. 3 Oxford University Press 2003. Doi: 10.1093/fampra/cm302, www.fampra.oupjournals.org
50. Williams SC, et al. Quality of care in US Hospitals as reflected by standardized measures, 2002-2004. *N ENGL J MED* 353; 3 July 21, 2005 www.nejm.org
51. Ortún V. De la evaluación a la gestión: acortar la brecha entre eficacia y efectividad. *Economía* 2005,3; 58-75.
52. Jiménez PD. La historia clínica: aspectos éticos y legales. *Rev. Calidad Asistencial* 2001; 16:66-68.
53. Piscoya J. Calidad de la atención en salud a través de la auditoría médica. *Anales Fac Med UNMSM* 2000; 61 (3): 127-40.
54. Decreto Ley 1295 de 1994: Organización y administración del Sistema de Riesgos Profesionales. Y Decreto Reglamentario 1530 de 1996 del Sistema General de Seguridad Social colombiano.
55. Proyecciones para UE en: European Policy Committee EPC/ECFIN/655/01-EN final (2001). Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending, on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of long term sustainability of public finances. <http://ec.europa.eu/economy/finance/epc/documents/summary.pdf#search=%22%20%22Budgetary%20challenges%20posed%20by%20ageing%20populations%22%22>
56. Price Waterhouse Coopers. HealthCast 2020: Creando un futuro sostenible, Health research institute of PwC, conectedthinking, 2002.
57. Grupo de trabajo sobre Envejecimiento (AWG) Comité de Política Económica (EPC) y Dirección General de Economía y Finanzas Comisión Europea (DG ECFIN), en colaboración con OCDE.
58. El desarrollo del caso español dentro del AWG en Blanco A y Urbanos R. (2002). Impacto del envejecimiento en el gasto público sanitario y socio sanitario para el período 2000-2050. Trabajo financiado por Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Economía y Hacienda, y desarrollado mediante convenio con U Complutense de Madrid.
59. Porter M, Olmsted E. Redefining Competition in Health Care. Boston, Harvard Business Review, JUNE 2004, pp. 65-76.
60. Peters T. 50 claves para hacer de usted una marca. Excel/A California Partnership, 1999. Ediciones Deusto. Planeta DeAgostini. Barcelona, 2005.
61. Ohmae K. El próximo escenario global. Desafíos y oportunidades en un mundo sin fronteras. Bogotá, Grupo Editorial NORMA, 2005. Título original: THE NEXT GLOBAL STAGES. Challenges and Opportunities in Our Borderless World, New York, Wharton School Publishing. Copyright © 2005 por Pearson Education, Inc.
62. Knight W. Managed care. Aspen, Colorado: An Aspen Publication; 1998.
63. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Michi-

- gan: Health Administration Press; 1985.
64. Giffin M. Critical pathways produce tangible results. *Health Care Strategic Management* 1994; 12: 17-23.
 65. Pearson SD, Goulart-Fisher D, Lee TH. Critical pathways as a strategy for improving care. Problems and potential. *Ann Int Med* 1995; 15:941-8.
 66. Falconer JA, et al. The critical path method in stroke rehabilitation: lessons from an experiment in cost containment and outcome improvement. *ORB Qual Rev Bull* 1993; 19: 8-16.
 67. Mosby's Medical, Nursing and Allied Health Dictionary, 4th ed.
 68. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N. Integrated care pathways. *BMJ* 1998; 316: 133-78.
 69. Hoyt DB. Clinical practice guidelines. *Am J Surgery* 1997; 173: 32-34
 70. Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 199-207.
 71. Genuis SJ. The proliferation of clinical practice guidelines: ¿professional development or medicine-by-numbers? *JABFP* September-October 2005 Vol. 18 No. 5 <http://www.jabfp.org>
 72. Novell JA. El paciente en el sistema nacional de salud. *Economía y Salud*, Año 19 septiembre 2006 No. 57. <http://www.aes.es>
 73. Mira JJ. Calidad Percibida. Una revolución silenciosa. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 162-163.
 74. Pilpel N. Evaluation of primary health services: the provider perspective. *J Comm Health* 1988; 13: 210-21.
 75. Carrasco G y col. Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 649-50.
 76. López-Soriano F, Bernal L, Cánovas A. Satisfacción laboral de los profesionales en un Hospital Comarcal de Murcia. *Rev. Calidad Asistencial* 2001; 16: 243-4.
 77. ¿Qué es la Responsabilidad Social Empresarial? http://www.ccre.org.co/upload/2art03_g.pdf, último acceso: noviembre de 2008.
 78. OCDE. Manual de Frascati: propuesta de norma práctica para encuestas de investigación y desarrollo experimental. París: OCDE, 1993.
 79. Spinak E. Indicadores cuantitativos. *ACIMED*, mayo 2001, vol. 9 sup. 4, p. 16-18. ISSN 1024-9435.
 80. Oslo Manual: proposed guidelines for collecting and interpreting technological innovation data. Paris: OCDE, 1997.

Forma de citar: Toro LF, Bareño J, Guzmán PA, Correa JC. Información relevante para la gestión por calidad en las organizaciones de salud. *Rev CES Salud Pública* 2012; 3(1): 59-72

