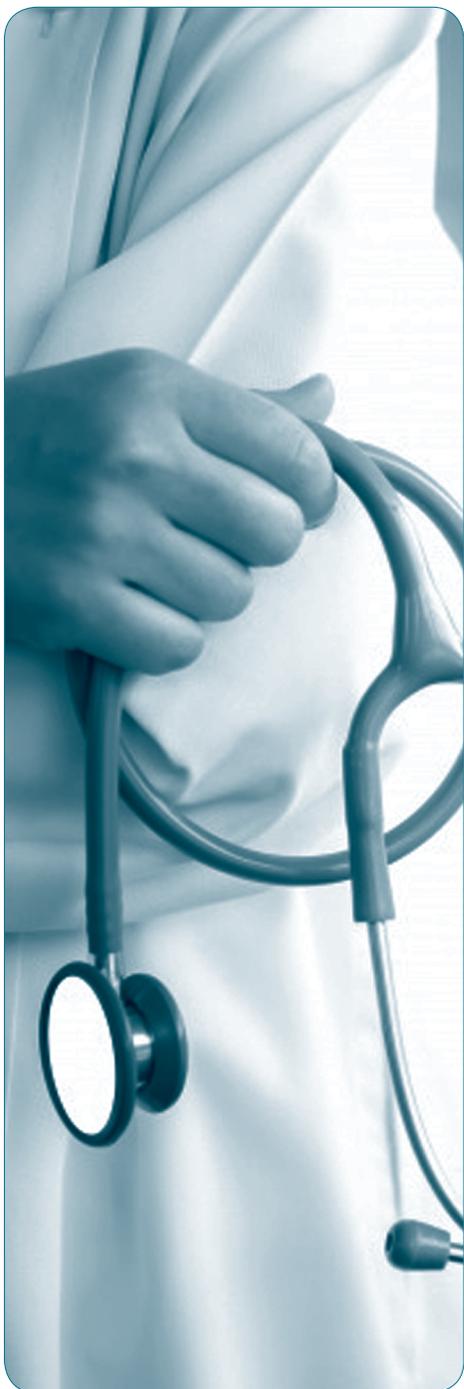


# CULTURA ORGANIZACIONAL Y GESTIÓN PÚBLICA

## de los servicios de salud en Colombia



### Leisa María Borja García

Psicóloga de la Universidad Cooperativa de Colombia; especialista en Alta Gerencia de la Universidad Sur Colombiana; magíster en Administración de Negocios en la Universidad del Valle. Docente universitaria en la Escuela Superior de Administración Pública; consultora en temas de salud pública y poblaciones vulnerables; integrante del grupo de investigación Colombia: sus territorios, gobierno, regiones y sociedades, registrado por Colciencias y avalado por la ESAP.

Contacto: [leisam55@gmail.com](mailto:leisam55@gmail.com)

### Resumen

En el presente artículo\* se relacionan los elementos teóricos de los modelos administrativos que estudian la cultura organizacional incorporada a los servicios de salud. Uno de ellos, aplicado por el Departamento Administrativo de la Función Pública, es acogido por el Gobierno nacional y representa la garantía de calidad para la atención integral en salud. El segundo modelo asume postulados de Renée Bédard, autora del modelo del “rombo filosófico”, mediante el cual acuñó los fundamentos del pensamiento y las prácticas administrativas para los servicios hospitalarios. Con estos postulados, y con un enfoque analítico-cualitativo, Bédard buscaba evaluar la estructura, los procesos, la operación y los resultados del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud de las empresas sociales de primer nivel del departamento del Huila. Se pretendía lograr tal objetivo desde la perspectiva de la cultura organizacional y, así, proponer estrategias de transformación y cambio de la cultura organizacional

### Palabras clave

salud, sistema, cultura organizacional, calidad.

### Organizational culture and public management of health services in Colombia

### Abstract

Listed in this article are the theoretical elements of the administrative models that study the organizational culture built-in the health services. One of them, applied by the Administrative Department of the Public Function, is embraced by the national Government and represents

\* Resultado de la investigación “Evaluación del sistema obligatorio de garantía de la calidad en las empresas sociales del Estado del primer nivel de complejidad del departamento del Huila durante el año 2013, con énfasis en la cultura organizacional”, realizada en Escuela Superior de Administración Pública, Territorial Huila – Caquetá.

the quality assurance for a comprehensive care in health. The second model assumes Renée Bédard's postulates, author of the "philosophical rhombus" model, by means of which the foundations of thought and the administrative practices for hospital services, were coined. With these postulates, and an analytical-qualitative approach, Bédard was trying to evaluate the structure, the processes, the operation and the results of the Obligatory System of Quality assurance of health care of first level social companies of the department of Huila. It was intended to obtain such objective from the point of view of organizational culture and, thus, propose transformation and change strategies of the organizational culture for the improvement of the Obligatory System of Quality assurance in Health.

#### Key words:

health, system, organizational culture, quality.

#### Culture organisationnelle et gestion publique des services de santé en Colombie

#### Résumé

Cet article met en relief les éléments théoriques des modèles administratifs qui étudient la culture organisationnelle des services de santé. L'un d'eux, mis en place par le Département administratif de la fonction publique, a été accueilli favorablement par le gouvernement national et représente une garantie de qualité en matière de soins de santé complets. Le deuxième modèle reprend les postulats de Renée Bédard, auteur du modèle « Le losange aux quatre dimensions philosophiques », par lequel elle a présenté les fondements philosophiques de la pensée et des pratiques administratives des services hospitaliers. Avec ces hypothèses et une approche analytique et qualitative, Bédard a cherché à évaluer la structure, les processus, le fonctionnement et les résultats du Système Obligatoire de Garantie de la Qualité des soins de santé des entreprises sociales de premier niveau du département du Huila. L'objectif devait être atteint depuis la perspective de la culture organisationnelle et ainsi proposer des stratégies de transformation et de changement de la culture organisationnelle afin d'améliorer le Système Obligatoire de Garantie de la Qualité des soins de santé.

#### Mots clés

Santé, système, culture organisationnelle et qualité.

JEL: I1, I18, M14

Fecha de recepción: 27-07-2017

Fecha de aprobación: 18-08-2017

#### Cómo citar este artículo:

Borja García, L. M. (2017). Cultura organizacional y gestión pública de los servicios de salud en Colombia. *Administración y Desarrollo* 47(2), 136-159.

#### Cultura organizacional e gestão pública dos serviços de saúde na Colômbia

#### Resumo

Neste artigo tratam-se os elementos teóricos dos modelos administrativos que estudam a cultura organizacional incorporada nos serviços de saúde. Um deles, aplicado pelo Departamento Administrativo da Função Pública e adotado pelo Governo nacional, representa a garantia de qualidade para o atendimento integral em saúde. O segundo modelo baseia-se nos postulados de Renée Bédard, autora do modelo de "Losango filosófico", pelo qual criou os fundamentos do pensamento e das práticas administrativas para serviços hospitalares. Com base nesses postulados, e com uma abordagem analítica-qualitativa, Bédard tentava avaliar a estrutura, os processos, a operação bem como os resultados do Sistema Obrigatório de Garantia da Qualidade do atendimento em saúde das empresas sociais de primeiro nível do departamento de Huila. Pretendia-se atingir esse objetivo com base na perspectiva da cultura organizacional e, assim, propor estratégias de transformação e mudança da cultura organizacional para melhorar o Sistema Obrigatório de Garantia de Qualidade em Saúde.

#### Palavras chave:

saúde, sistema, cultura organizacional, qualidade.

## Introducción

La administración pública moderna involucra medios técnicos y procedimentales para gestionar y procurar la configuración de ventajas para la vida social o para prevenir desventajas en la misma. No obstante, la inclusión de capital —público y privado— integrado al sistema se ha constituido como uno de los mayores desafíos que la salud en Colombia ha tenido que afrontar en la actualidad. Con la instauración del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC) se busca ofrecer un servicio eficaz para todos los usuarios, quienes, con desesperanza, han tenido que tolerar las inequidades y equivocaciones gubernamentales que han estado comprometidas con la preponderancia de la jerarquización del poder y la incua valoración de métodos organizacionales que incorporen a la salud como un fenómeno que depende de infinidad de factores —entre los que se podrían mencionar los biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y políticos—. Estas variables influyen directa o indirectamente en las necesidades orgánicas o de supervivencia de los seres humanos, y de su satisfacción depende la salud que provee la calidad de vida de los habitantes de una región o localidad, lo cual es prioridad existencial para el desarrollo humano de una nación.

En consecuencia, la indagación se realizó a partir del análisis documental de los manuales y guías de las que el Gobierno nacional dispone para la implementación del sistema en Colombia, así como de las investigaciones abordadas por científicos nacionales e internacionales. Seguidamente se definió un marco teórico referencial compuesto por el modelo administrativo adoptado en Colombia y el modelo denominado “el rombo filosófico del pensamiento y las prácticas administrativas”, construido por la profesora Renée Bédard (1996, citado en Zapata y Rodríguez, 2008, p. 17). La ejecución del trabajo de campo y la codificación de las respuestas aplicadas a los encuestados se introdujeron en una base de datos con el programa estadístico SPSS y, por último, se midió la satisfacción de los usuarios del sistema de salud objeto de estudio a través de una encuesta estructurada, del análisis de documentos y de la teoría seleccionada. Los resultados se presentan a través de tablas de relaciones y análisis gráficos estadísticos.

Es importante resaltar que el presente artículo estuvo orientado al estudio y al análisis de la última reforma efectuada al sector de la salud, que transformó las políticas públicas a través de la propuesta Bienestar Humano para Todos. Esta iniciativa ha sido influenciada

por los modelos económicos mundiales establecidos para Latinoamérica y ha conservado en su interior la tradición institucional de permitirles a los usuarios —ahora llamados clientes— actuar e intervenir para mantener el saneamiento del medio ambiente, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria o la organización de los servicios médicos.

## La salud de los ciudadanos como política social y pilar del desarrollo humano

Tomando como base los diferentes conceptos que se le atribuyen a la salud del ser humano, que se ajustan según el contexto cultural en el que se desenvuelve, se infiere que el Estado moderno es el que asume la responsabilidad del desarrollo humano de los pueblos que dirige.

En la actualidad, el concepto de *salud* está nominalmente consensuado por los países a través de la Organización Mundial de la Salud, cuyo acuerdo se encuentra publicado en la formulación de Objetivos del Milenio bajo el calificativo de “Estrategia de salud para todos en el siglo XXI”. Este organismo la define como una condición de calidad y desarrollo humano para que “todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven” (OMS, 1997, p. 12). A partir de este concepto es importante reflexionar sobre las características concretas y los factores relacionados con la salubridad y la higiene, además de las posibilidades para potenciar su desempeño o modificar su cultura en un país como Colombia.

Con el inicio de la descentralización administrativa y política del país en el año 1986, la gestión y la administración pública de los recursos financieros y humanos fueron transferidas a las regiones con el propósito de cumplir con los acuerdos instaurados por la política exterior de desarrollo sostenible. Hasta ese entonces, históricamente las decisiones de inversión y la responsabilidad habían estado en manos de la nación, que apenas prestaba atención forzosa a las emergencias mediante el “Fondo Nacional Hospitalario, por entonces responsable del denominado ‘subsistema de inversión’ del sistema nacional de salud” (González, 1997, p. 448). Por consiguiente, los departamentos y municipios no decidían sobre los gastos de funcionamiento del sistema. De hecho, las prioridades eran responsabilidad del Ministerio de Salud en coordinación con los servicios seccionales de salud, híbrido que no garantizó los gastos de funcionamiento más allá de la creación de infraestructura física sin capacidad de operación efectiva.

Con la combinación de factores asociados a la política internacional de desarrollo latinoamericana se reconoció la influencia que tiene la buena salud de los habitantes en el progreso. Sin embargo, los pobladores alejados de las grandes urbes no eran atendidos de manera eficiente por el sistema de salud, y la asistencia sanitaria era inícuca, por no decir que inexistente. La culpa del fracaso le fue otorgada al modelo aplicado hasta el momento. Por ello, desde la Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud (ops, 1987, citado en Ministerio de Protección Social, 2012) se emprendieron programas y políticas de salud que atendieran la promoción, prevención y curación. Dichos elementos son establecidos en la Carta de Otawa, que a la vez determina que los países deben:

Construir políticas saludables<sup>1</sup>, es decir, adoptar medidas políticas que favorezcan la salud en aquellos sectores no directamente implicados en la misma, crear ambientes que favorezcan la salud, protegiendo las comunidades y su medio natural, a través de ambientes y entornos físicos, psicológicos y sociales que conduzcan al bienestar y productividad de la comunidad, controlando y eliminando al mismo tiempo los factores de riesgo para la salud; su propósito fundamental es crear o sostener ambientes y procesos favorables al aprendizaje de habilidades para la vida. (OMS, 1986, p. 14)

De esta forma, los factores asociados a las políticas públicas en salud se encuentran relacionados entre sí a través del diseño de modelos de gestión de la calidad para implementar la prestación de servicios médicos y clínicos orientados a las necesidades culturales de las comunidades y el favorecimiento colectivo de una vida más sana, que consisten en

proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o

1 Definidas en el objetivo 13: Políticas públicas saludables del programa Salud para Todos en el año 2000. Las políticas en todos los Estados miembros deberían consolidar mecanismos legislativos, administrativos y económicos que provean un apoyo amplio intersectorial y recursos para la promoción de los estilos de vida saludables y así asegurar una participación efectiva de las personas en todos los niveles del proceso de toma de decisión. La consecución de este objetivo debería estar apoyada por: 1) planes de salud estratégicos en el ámbito del Gobierno, 2) acciones intersectoriales sobre cuestiones que afecten la salud y los estilos de vida, 3) la evaluación periódica de las políticas existentes y su relación con la salud y 4) el establecimiento de mecanismos para involucrar a la población en las políticas de planificación y desarrollo.

grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (OPS, 1987, citado en Ministerio de Protección Social, 2012).

Con este acuerdo el Gobierno colombiano se vio obligado a realizar cambios en la organización institucional del sistema de salud, al amparo de las políticas públicas de descentralización, acreditadas para esta época a través de la elección popular de alcaldes, cuyo principal objetivo era el de modernizar la administración pública de los Gobiernos locales en conjunto con las otras áreas de servicios ciudadanos y ampliar las coberturas de atención en salud —especialmente en el primer nivel de atención, prevención y autocuidado, entre otras—.

A principios de los años noventa se establece el modelo de intervención que se hizo efectivo a través de la Ley 10 de 1990. Para comenzar, se optó por el reparto de competencias y se les asignó a los departamentos la dirección seccional y la formulación de directrices locales orientadas a principios como “la complementariedad, gratuidad de los servicios esenciales, obligatoriedad de la atención inicial de urgencias [...] y estímulos de medición de resultados para el sistema organizacional” (González, 1997, p. 457). Adicionalmente, se reordenaron las fuentes de financiación de acuerdo con las responsabilidades del Gobierno departamental, que contaba con el 50% del situado fiscal destinado para la salud y el traslado de recursos provenientes del impuesto al valor agregado (IVA) —este último como inversión social—.

Seguidamente, se modificaron las finanzas del sector como resultado de la reforma a la Constitución Política de Colombia en el año 1991, con la expedición de la Ley de Distribución de Competencias y Recursos aprobada por el Congreso de la República en la Legislatura 1992-1993, y, posteriormente, con la reforma al sistema de salud, “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones” (Ley 100 de 1993).

Esta modificación se dio porque al recaudar mayores recursos se podían financiar los sectores más vulnerables y desprotegidos por el anterior sistema, el cual se sostenía con los dineros provenientes de los aportes de los empleados formales y de los patronos que giraban al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y las cajas de previsión pagos estimados en el 65,8% en 1991 para la atención de los trabajadores públicos y privados vinculados mediante contratos laborales, lo que excluye del sistema a los ciudadanos independientes y desempleados.

El análisis de la situación determinó cambios en la estructura organizacional del sector y en la orientación de la gestión en el ámbito nacional, para ello se instauró en una primera etapa (1990-1992) la reforma al Ministerio de Salud, que fue de carácter global y tuvo repercusiones intersectoriales:

Modificando las relaciones entre los actores públicos y privados al mismo tiempo que abría espacios con la idea de incrementar la eficiencia, mejorar la calidad de la atención, promover la equidad entre distintas regiones y grupos sociales, ampliar la cobertura y reorientar la asignación de recursos. (Barrera, Rodríguez y Bedoya, 2007, p. 145)

Es más, las reformas de este tipo promovieron la descentralización administrativa real instaurada por la Constitución Política de 1991 para mejorar los servicios y aumentar coberturas en el ámbito regional, así como para fomentar la participación social y crear sistemas de protección social inclusivos, además del desarrollo alternativo de una gestión pública eficaz en el manejo de los recursos con autonomía y en condiciones técnicas y administrativas que trasladaban la responsabilidad del Gobierno central a los Gobiernos departamentales y municipales.

En ese caso, la reforma planteada en el año 1993, denominada Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss), fue calificada como un esfuerzo prolongado de reestructuración en los sectores sociales en América Latina que definió una estrategia de aseguramiento obligatorio y solidario integrada al proceso de descentralización de la prestación de servicios de salud en todo el territorio nacional con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y aumentar la efectividad en el uso de los recursos.

Entre los supuestos de la reforma y las premisas en que se basó la reorganización administrativa pública se implantó el Sistema Nacional de Salud, que debía operar con vigilancia y control de los organismos del Estado a fin de garantizar la actuación diligente de las autoridades e instituciones prestadoras de los servicios salud. Frente a la tradición institucional y los antecedentes del sector se encuentran como coyuntura de transición el “Plan de Desarrollo de Economía Social”, del entonces presidente Virgilio Barco, y el de la “Revolución Pacífica”, plan de desarrollo del presidente Cesar Gaviria.

Lo anterior con el advenimiento en el nuevo Gobierno de la universalización y unificación de los subsectores oficiales y de seguridad social, y la eficiencia administrativa que hacía parte de la Ley 10 de 1990, cuyo principal

objetivo era el de atender directamente los problemas de salud de la población. Esta ley tuvo concreción efectiva con la expedición de las leyes 60 y 100 de 1993.

Retornando al Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss) colombiano, cabe mencionar que los economistas neoconservadores consideran esta política como un “sistema de salud de competencia regulada” basado en la compartición de responsabilidades público-privadas y en el mercado-regulación, y cuyas principales fuentes de financiamiento eran las cotizaciones de empleados y empleadores —que financian el régimen contributivo— y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales —que financian el régimen subsidiado—. Así, el sistema comienza a conducirse a través de las empresas promotoras de salud (EPS), entidades público-privadas que operan como aseguradoras y administradoras encargadas de proveer los servicios de atención a los usuarios de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

El contenido del POS del régimen subsidiado representa cerca del 60% del que tiene el régimen contributivo. El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) se encarga de reconocer el pago a las EPS según el número de afiliados y el valor de la unidad de pago por capitación (UPC) y trasladar recursos fiscales para el régimen subsidiado. (Agudelo, Cardona, Ortega y Robledo, 2011, p. 282)

Como era de esperarse, el ámbito de la macroeconomía —conformada por la estructura productiva y salarial—, la distribución del ingreso, el empleo y las tendencias económicas eran parte de las incidencias del modelo de industrialización. Así mismo, la concentración del ingreso, los recursos fiscales, la descentralización, entre otros aspectos, agitaron el sistema y el desarrollo social, en especial entre los más pobres —concentrados en las comunas de las grandes urbes o en municipios alejados del Gobierno central—.

Vale la pena aclarar que en este tipo de diseños interfieren actores políticos e instituciones que hacen parte de las líneas de planeación, decisión, asignación de recursos y operación. Entre ellos se encuentran el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia de Servicios de Salud, entidades territoriales, las secretarías de salud, EPS, IPS, hospitales de diferente nivel y comunidades. Cada uno de estos organismos tiene un papel en términos del mercado o de la regulación y se encuentran en medio de esquemas de relación, articulación, subordinación y participación.

En consecuencia, el modelo creado –que se aplicó a través de empresas prestadoras de salud– se constituyó como una alianza de capital, gestión y administración público-privada con o sin ánimo de lucro. Se fue acondicionando al franquear una gran cantidad de normas y supuestos que aún no han definido, en última instancia, su carácter político, social ni económico dentro de la progresión de desarrollo local, puesto que exclusivamente “han servido para mediar conflicto de intereses, puesto que operan como [...] agencia, en defensa del usuario y con frecuencia su papel es poco transparente” (Agudelo et ál, 2011, p. 19).

De la misma manera, tampoco ha sido posible determinar de manera precisa su rentabilidad cuando se trata de entidades con ánimo de lucro, mucho menos cuando fungen como lo contrario. Lo anterior se expone de acuerdo con los datos encontrados en los documentos de análisis y reflexión sobre el sgss o aspectos específicos de tipo administrativo u oficial expuestos por Agudelo et ál (2011) en su investigación sobre los veinte años de la salud en Colombia.

De otro lado, los servicios de salud prestados directamente por el Estado en el ámbito territorial produjeron cambios sustanciales en la forma en que se entregaban los recursos a los hospitales públicos, que fueron asignados antes de la última reforma desde el centralismo administrativo mediante presupuestos denominados “subsidios a la oferta”. Estos “no relacionaban el tipo y cantidad de pacientes atendidos ni el volumen y calidad de los servicios producidos” (Ministerios de Salud y Protección Social, 2004, p. 92).

Esta justificación se invocó para que los hospitales públicos se convirtieran en entidades autónomas eficientes denominadas empresas sociales del Estado y para que los subsidios de oferta fuesen eliminados gradualmente. Mediante el proceso de transición se fueron ajustando las condiciones de gestión interna a los usuarios, a la cultura y a la epidemiología preponderantes en las regiones, lo mismo que al tipo de servicios prestados, para sustituirlos por recursos provenientes de la contratación con las EPS, que reciben actualmente una UPC, o prima ajustada por riesgo, por cada afiliado, destinada a financiar la prestación de servicios. Este mecanismo fue denominado en la nueva ley como los subsidios de demanda (Ministerios de Salud y Protección Social, 2004).

Como se puede apreciar en el corto recorrido histórico, las vicisitudes y alcances del sistema de salud en Colombia —asimilado como un nuevo esquema de seguridad social en salud— llevan a plantear, según el

informe de la CEPAL / GTZ, una estrategia fundamental para la competencia regulada entre aseguradores y prestadores del servicio que estimula una mejoría en la eficiencia y utilidad de los recursos incorporados a la calidad en la prestación de los servicios. Innegablemente, esta se propone “como estrategia de fondo para asegurar la meta de universalidad en la cobertura [...] aumentar y distribuir equitativamente los recursos del sistema, al incrementar las contribuciones individuales de los trabajadores y patronos” (Morales, 1997, p. 11), como también los recursos provenientes de los aportes fiscales. Lamentablemente, sobre la calidad en la prestación del servicio a los ciudadanos poco se discute en estos ámbitos.

Este nuevo sistema de seguridad social en salud interrumpió la tradición de cómo se había manejado el sector en Colombia, que se reemplazó con mecanismos que aún son teorías en vías de experimentación para el sector salud en América Latina y el mundo. De acuerdo con los estudios adelantados por los gobernantes actuales, dichos mecanismos han generado reacciones y efectos distintos entre los actores objeto de protección y en el desempeño laboral del personal a cargo para obtener los propósitos estatales, como la “universalidad en la cobertura, equidad en la distribución de los recursos y eficiencia y calidad en la prestación de los servicios para todos los colombianos” (Ministerios de Salud y Protección Social, 2004, p. 28).

Ahora bien, dentro de la organización, los servicios se dividieron en cuatro niveles de responsabilidad, consecuentemente con la complejidad en la atención del paciente. Según la Resolución 5261 de 1994 los niveles de atención son: nivel I, médico general y / o personal auxiliar y otros profesionales de la salud; nivel II, médico general con interconsulta, remisión y / o asesoría de personal o recursos especializados; niveles III y IV, médico especialista con la participación del médico general. La definición de los anteriores niveles corresponde a las actividades, intervenciones y procedimientos médicos y no a las instituciones.

### Marco legislativo normativo aplicable al sistema de seguridad social en Colombia

La tabla 1 resume las normas de cumplimiento obligatorio aplicables al Sistema de Seguridad Social en Colombia (SSSC) que sirvieron de base para el desarrollo analítico de la investigación.

Al unificar el procedimiento de la evaluación se presenta el análisis alrededor de los principales temas planteados en la propuesta normativa. Este procedimiento no

**Tabla 1.** Marco legislativo normativo aplicable al sistema de seguridad social en Colombia

Constitución Política de Colombia	1991	Establece la Seguridad Social como un derecho irrenunciable y un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Incluye acceso garantizado a los servicios de promoción, protección y recuperación y el deber de autocuidado de la salud por parte de individuos y comunidades; sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley (artículo 48).
Ley 100	1993	Define los principios, la estructura y el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las normas administrativas y de control y las responsabilidades de los actores para cumplir con su aplicación. Considera dos regímenes de afiliación para el sistema: el contributivo y el subsidiado.
Ley 715	2001	Define la distribución de recursos del Sistema General de Participaciones y las competencias de las entidades territoriales en materia de salud pública, otorga al departamento la responsabilidad de dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia (artículo 43).
Ley 872	2002	Crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.  El sistema de gestión de la calidad se desarrollará y se pondrá en funcionamiento en forma obligatoria en los organismos y entidades del sector central y del sector descentralizado por servicios de la Rama Ejecutiva del Poder Público del orden nacional y en la gestión administrativa necesaria para el desarrollo de las funciones propias de las demás ramas del Poder Público en el orden nacional. Así mismo, en las Corporaciones Autónomas Regionales, las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993 y, de modo general, en las empresas y entidades prestadoras de servicios públicos domiciliarios y no domiciliarios de naturaleza pública o las privadas concesionarias del Estado. (artículo 2. Entidades y agentes obligados)
Decreto 2309	2002	Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Aplicará a los prestadores de servicios de salud, a las entidades promotoras de salud, a las administradoras del régimen subsidiado, a las entidades adaptadas, a las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud. (artículo 1.º, campo de aplicación).
Decreto 4110	2004	Reglamenta la Ley 872 de 2003 y adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. Artículo 1.º. Adóptese la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2.º de la Ley 872 de 2003. La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004, es parte integrante del presente decreto, de obligatoria aplicación y cumplimiento, con excepción de las notas que expresamente se identifican como de carácter informativo, las cuales se presentan a modo de orientación para la comprensión o clarificación del requisito correspondiente.
Decreto 1011	2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 1151	2007	Expide el Plan Nacional de Desarrollo para el cuatrienio de 2006 al 2010, define los derroteros fundamentales, a los cuales apunta el país para superar sus situaciones más críticas. Allí se determinan los principales programas de inversión (capítulo 2, Ley 1151).
Ley 1122	2007	Establece, a cargo de las EPS, la responsabilidad de cumplir con las obligaciones establecidas en los planes obligatorios de salud y de implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y que estos sean evaluados por resultados. (artículo 14 de la Ley 1122)  <i>Establece que se "definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar". (artículo 33 de la Ley 1122, cursivas añadidas).</i>
El Plan Nacional de Salud Pública se documenta en el Decreto 3039 2007		Define las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales y las responsabilidades en salud pública a cargo de la nación, de las entidades territoriales y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss), que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

**Fuente:** Elaboración propia.

limitó la iniciativa de la evaluación a cada una de las entidades objeto de estudio. Para ello se efectuó el análisis específico de la normatividad, cuya finalidad fue la de generar un concepto institucional sobre los aspectos temáticos tratados en las diferentes etapas del sistema para emitir posteriormente un concepto a manera de conclusión que permitiera ajustar, eliminar o incluir nuevos aspectos normativos por las autoridades.

Después, con base en la experiencia institucional y aplicando la normatividad vigente en programas específicos, se identificaron problemáticas relacionadas con el tema de la cultura organizacional y la gestión pública de los servicios de salud en Colombia. Estas deficiencias o dificultades deben estar referidas al tratamiento insuficiente del tema en la legislación vigente, a los aspectos técnicos más críticos que se considera que no son tratados o que se plantean de forma inadecuada, a la difícil aplicación del tema en la normatividad actual, a la falta de reglamentación detallada del tema evaluado, entre otros aspectos.

### **Cultura organizacional en la atención interna y externa**

La cultura de una institución dedicada a la salud es considerada en cualquier lugar del mundo como un sistema de conocimientos profesionales en el que fluyen creencias y supuestos inconscientes, desplegados por un equipo de trabajo interdisciplinario influido por las vicisitudes de la vida cotidiana de una población relacionada con otras culturas y por el afán de proteger la vida de quienes acuden a esta red como medio de amparo. Por lo tanto, la estructura, la tecnología y el ambiente laboral deben estar conformados por diversos modelos de liderazgo e interacción entre los miembros de dicha comunidad técnica y científica.

Es así como se obtiene la cultura organizacional de las teorías y escuelas de pensamiento acogidas por la ciencia administrativa. En ella se encuentran una serie de elementos mutuos unidos a una escala de valores que van desde la dimensión física a la psicológica pasando por la dimensión social. Esta última es considerada una forma de percepción de los individuos que establecen relaciones interpersonales y roles sociales entre foráneos con el don máspreciado por la humanidad, es decir, la vida.

Al realizar un análisis concienzudo sobre los procesos de bienestar, felicidad y satisfacción de la persona influenciada por el entorno en el que vive —como lo es la sociedad—, resulta inevitable trasladarse al sentido

que tiene la calidad de vida de los seres humanos en los tiempos modernos, cuya construcción psicosocial les permite a los individuos organizarse y comprender la realidad interna, matizada por las presiones y cambios del entorno y expresada primordialmente en el lenguaje hablado, corporal y escrito.

En la sociedad del conocimiento y la información, las corrientes modernas de administración contienen elementos fundantes para los sistemas de salud iberoamericanos —tema abordado por Arias-Galicia (1999) y Freeman (1995) en estudios relacionados con la cultura organizacional—. Estas corrientes instauran derroteros de atención a la diversidad cultural de los países en donde la multiculturalidad es uno de los legados sociales y políticos más importantes para este siglo, disposición de vital importancia cuando se quiere investigar “la cultura en transición hacia la modernidad, que no hemos sabido apreciar ni conocer a fondo, para desarrollarla en las organizaciones” (Freeman, 1995, citado por Arias-Galicia, 1999, p. 757).

El análisis de resultados en la presente investigación se validó de acuerdo con el contenido epistemológico de dos escuelas de pensamiento administrativo comprendidas, a mi manera de comparar, como diametralmente opuestas en su forma de imaginar y gestionar la cultura organizacional y la formulación de estrategias de intervención estructurantes para un servicio público como el de la salud, o para garantizar la ausencia de enfermedades entre los habitantes de una comunidad en particular, lo que garantizaría la fuerza de trabajo.

Fenomenalmente es posible exponer un modelo de gestión pública desde la definición de administración pública de López y Del Pozo, quienes afirman que

La administración pública se define como el órgano del que dispone el poder político para su funcionamiento y la provisión de servicios a los ciudadanos en el territorio adscrito, en el cual se organizan las diferentes administraciones de ámbitos central y periférico: la administración del Estado, la administración regional y la administración local, dependiendo de las constituciones de cada Estado que definen los principios y las entidades de la organización territorial administrativa. (Lopez y Del Pozo, 1998, p. 16)

Entonces se trata de referenciar la integración de las acciones individuales y colectivas orientadas al logro de resultados en el sistema de salud. Por consiguiente, los resultados fueron dispuestos por el Gobierno

nacional de acuerdo con las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y contrastados con la participación de todos los actores involucrados, en tanto tienen competencias y responsabilidades.

En resumen, como afirma el profesor mexicano Omar Guerrero (2010),

El problema se aclara cuando se responde la pregunta referente a si los funcionarios que vigilan, procuran y administran empresas públicas deben ser conceptuados como portadores de los atributos de la majestad del Estado o como meramente ejercitantes de derechos y obligaciones específicos. (p. 153)

Estos supuestos se contrastarán con la correlación de reflexiones y debates cuando exista una verdadera participación de todos los ciudadanos sin distinción de clase y posición política y cuyo acuerdo sea el bienestar para todos.

### Modelo de gestión pública y escuela de pensamiento del Estado

De acuerdo con los planteamientos precedentes, la administración pública debe ser confrontada con la disyuntiva de dos modos o formas de abordar los problemas de la actividad humana. Uno de ellos es el punto de vista técnico-científico y el otro el político. El análisis del desarrollo humano incluido en los dos puntos de vista parte del problema de si la actividad humana debe ser necesariamente organizada o no. Friedrich Hayek (1998) cree que ello no es indispensable, pero sí se debe realizar un esfuerzo de comprensión de la organización, pues dispone de un poder ilimitado para la implementación de los objetivos humanos.

Entre tanto, el concepto de gestión en salud pública involucra a todas las instituciones del Sistema de Seguridad Social y de otros sectores en la medida en que sus acciones y competencias se relacionan con los resultados esperados y contribuyen a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población. De este modo, el sistema estaría orientado a la construcción y aplicación de los objetivos, metas, estrategias y acciones relacionadas con la salud concebida en el Plan Nacional de Salud Pública, según el nivel y tipo de intervención que realiza a la comunidad y población involucrada.

En lo relativo al desarrollo de la cultura organizacional en las entidades del Estado moderno, se puede apreciar que su implementación —vista en un comienzo

desde el punto de vista público-privado— obedeció fundamentalmente a la crisis internacional que plantea la posibilidad de un cambio de paradigma en la cultura organizacional del sector de la salud. El rol del Estado, la formulación de políticas públicas y las nuevas tecnologías de la gestión pública son elementos centrales del debate sobre un nuevo modelo organizacional.

En concreto, lo que planteó la institucionalidad pública fue el logro de una certificación de calidad, reconocida en los ámbitos nacional e internacional, para medir el avance de los niveles de competitividad. Previamente a este proceso de normalización se reforzó el modelo de gestión con el régimen denominado “Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad aplicable a todas las empresas sociales del Estado”, promulgado a través del Decreto 1011 de 2006 y cuyo propósito es el de alcanzar la excelencia en todos sus procesos bajo un enfoque de mejoramiento continuo y la implantación de un sistema de información automatizado que deberá utilizar como herramienta un prototipo de tecnología avanzada.

Ante tal situación, el Departamento Administrativo de la Función Pública entrega una guía sobre cultura organizacional a las entidades de la administración pública colombiana, la cual tiene dos propósitos principales, a saber:

compartir con las entidades públicas una serie de orientaciones conceptuales sobre lo que es la cultura en general, y la cultura organizacional en particular, sus características más importantes, sus elementos diferenciadores, los procesos de formación y transformación de la misma, las posibles metodologías para estudiarla e intervenirla, así como su influencia sobre el comportamiento individual del servidor público. (DAFP, 2003, p. 4)

Y, por otra parte, elaborar

un proceso de análisis y reflexión conjuntas, que involucre a todos los servidores, sobre la prioritaria necesidad de desarrollar y fortalecer en sus respectivas entidades una cultura del servicio que los comprometa con las acciones consecuentes, tanto al interior como al exterior de la misma, y como condición única para garantizar legitimidad en el cumplimiento de su misión. (DAFP, 2003, p. 8)

Como se puede apreciar con los propósitos socializados por el DAFP, el Gobierno nacional busca establecer propuestas metodológicas para la implementación de

la cultura organizacional en las entidades públicas colombianas como una de las orientaciones administrativas para tener en cuenta en las instituciones de los ámbitos nacional, departamental y municipal. Entre los aspectos que se destacan de dicha propuesta metodológica está el de definir una cultura para el servicio público, buscando con ello establecer “una relación entre cultura organizacional y el comportamiento individual del servidor público” (DAFP, 2003, p. 45). La configuración de dichos aspectos depende de la estructura social de la entidad, de las características personales de los servidores y de la atención eficiente y eficaz a la comunidad a la cual se presta el servicio público.

De la misma manera, el DAFP desarrolla principios de legitimación de valores de la prestación de servicios atribuibles para cada entidad pública mediante la implementación de una cultura de servicio; para ello, hace alusión a los valores acuñados por la filósofa española Adela Cortina, incluidos en su obra *Hasta un pueblo de demonios. Ética pública y sociedad* (1998). Por último, a través de la guía les recuerda a las instituciones públicas la necesidad de que las entidades que conforman la estructura de la administración pública colombiana trabajen en la creación de modelos de responsabilidad social entre sus integrantes, asumiendo el liderazgo del servicio al ciudadano y creando las oficinas de atención al usuario como medio de diligencia y gestión, lugares de servicio al ciudadano por excelencia.

Como se pudo apreciar, el DAFP ha adoptado el enfoque analítico-cualitativo, con perspectiva antropológica, entremezclado los principios valorativos de la filósofa Adela Cortina y el concepto del profesor Schein (1992), quien afirma que la cultura organizacional se expresa

Como un patrón de principios y valores básicos compartidos por los miembros de una organización quienes los aprenden, tratando de buscar solución a sus problemas de adaptación externa e integración interna. Estos principios llegan a ser tan eficaces que se validan y se enseñan a los nuevos miembros del grupo como las formas adecuadas de sentir, percibir y pensar frente a los problemas y, por ser elaborados colectivamente, determinan las acciones de las personas. (Citado por DAFP, 2003, p. 12)

Este tipo de modelo tiene impacto en la satisfacción y el clima laboral de la organización. Entre tanto, Schein (1992) advierte sobre la importancia de tener en cuen-

ta las expectativas del empleado y del empleador, puesto que el objetivo puede cambiar y / o puede crearse un problema comunicacional.

Para ampliar el panorama práctico del modelo teórico de Schein —considerado por la comunidad científica como el inventor del concepto “cultura organizacional”—, cuando se establece un buen proceso de comunicación interna en las organizaciones (comunicación asertiva), las expectativas pueden variar de acuerdo a la misma dinámica interna, no solo para el empleado si no para el empleador de la organización.

Para Schein, el rol del líder en la gestión del cambio es clave en el momento en que se desea una transformación en el ámbito de la cultura organizacional. Así mismo, ello determina el éxito o fracaso de las organizaciones que se desempeñan en entornos de alta competitividad. Organizaciones que además están caracterizadas por cambios a ritmo acelerado debidos a la obsolescencia del conocimiento y a la capacidad de aprender a generar aprendizajes (Schein, 1992).

No obstante, el organismo público dirige su atención solo a dos aspectos de la organización, a saber: la atención al ciudadano a través de la implantación de una oficina, y la obligatoriedad de que los gerentes públicos elaboren su propio modelo de cultura organizacional dentro de las instituciones. A este último imaginario le cabe la duda de ser o no implementado por el servicio público colombiano, a sabiendas de que el personal es removido año tras año por el vencimiento de sus contratos laborales y por las dificultades para la implementación de la carrera administrativa. A ello se suman la movilidad y el conocimiento del gerente público a cargo, dispuesto por el stock político regional a satisfacción del gobernante de turno.

## El rombo filosófico expuesto por Renée Bédard

Ante la necesidad de integrar conocimientos y disciplinas que se fueron desarrollando en la era moderna y cuyos aportes se han trasladado a la inter y transdisciplinariedad, es necesario situar la mirada en una nueva perspectiva epistemológica (cognitiva) y una nueva forma de gestionar la investigación en la ciencia social en general y, en particular, en la dirección y organización de empresas.

La filosofía del administrador es el fundamento científico de la profesora Renée Bédard (1996, citado en Zapata y Rodríguez, 2008, p. 17) con el cual construyó un modelo de análisis administrativo de la cultura

organizacional denominado “el rombo filosófico”. Este último se ha instituido especialmente para las instituciones prestadoras de servicios de salud. La autora integró en él las cuatro grandes ramas de la filosofía: la praxeología, la epistemología, la axiología y la antología, componentes asimilados como “las especificidades de occidente y su administración, el lugar del ser humano en el campo de los estudios y de las prácticas administrativas, y los fundamentos teóricos del pensamiento y del conocimiento administrativo” (Bédard, 2003, p. 69).

La concepción humanista de la actividad administrativa hace parte del debate planteamiento de Bédard, en donde el saber o la capacidad de los seres humanos son el principio de la búsqueda de la verdad. Esta ineludible metamorfosis de la ciencia administrativa, en la que circunscribe la filosofía como ciencia del hombre, explica de forma metafórica el origen, desarrollo y evolución de la sociedad del conocimiento a lo largo del siglo pasado y en las primeras décadas del siglo XXI. Con ello se evidencia la integración holística y sistémica de naturaleza pluridisciplinar en donde convergen los lenguajes, saberes y la cultura de una organización.

Siguiendo este orden de ideas y con el objeto de preparar el entorno para nuestro diálogo, creo conveniente señalar que los profesores de la Universidad del Valle Álvaro Zapata, Guillermo Vargas y Jenny Martínez (2006), en el libro producto de investigación titulado *Organización y manangement. Naturaleza, objeto, método, investigación y enseñanza* (2006), exponen algunos de los postulados del trabajo realizado por la profesora canadiense Renée Bédard (1995, citado en Zapata, Vargas y Martínez, 2006) a fin de dilucidar temas relacionados con la cultura organizacional para la calidad total:

Las tensiones, las diferencias de puntos de vista entre dirigentes, incluso los fracasos de un dirigente, a primera vista se deben a sus prácticas; pero estas últimas contienen dos dimensiones ocultas: la idea que los dirigentes se hacen de aquello que es verdadero y su jerarquía personal de valores. (Zapata, Vargas y Martínez, 2006, p. 11)

Con la intención de profundizar en las dos dimensiones del pensamiento administrativo, Renée Bédard (1995) expresa en sus postulados “que la clave de la práctica administrativa se encontraba no en la ciencia sino en la filosofía, en particular en la praxeología, la epistemología, y la axiología” (Zapata y Rodríguez, 2008, p. 17). Su fundamento y aquello que los une, dice Bédard, es “la rama más clásica de la filosofía,

aquella que se interroga sobre la naturaleza del Ser y de la identidad, es decir, la ontología” (citado por Zapata, Vargas y Martínez, 2006, p. 14).

Otro aspecto importante para analizar en aras de salir de los enfoques de pensamiento administrativo tradicionales son los avances de la trilogía administrativa, inspirada en los trabajos de Georges Dumézil (citado en Alberro, 2003) sobre la *ideología de las tres funciones*, que da origen a la trifuncionalidad e involucra el nivel de la producción y la creación, el nivel de la seguridad y la protección y el nivel de la gobernabilidad y la identidad, de acuerdo a los razonamientos planteados por Bédard.

Si se analiza el paradigma, según este modelo de explicación las entidades públicas en Colombia reparten el conjunto de responsabilidades entre las funciones de los diferentes órdenes jerárquicos. Esta administración pública es heredada del estilo piramidal de gestión —burocratización restringida—, lo que conlleva comportamientos de sumisión y obediencia en una estructura de tipo funcional, mientras el discurso gubernativo diluye su responsabilidad con la orientación hacia el cliente.

Dentro de este esquema cultural, la prioridad la tiene, así sea de forma inconsciente, el superior —el jefe—, por lo general con otro jefe de tipo político, que es a quien hay que satisfacer finalmente. Tal vez sea el momento de comenzar a revisar dicho paradigma en esta época postconstitucional en la que se debe privilegiar los actuales postulados de la democratización de la administración pública, la participación del ciudadano y el servicio efectivo al mismo en su calidad de servicio público y de derecho inherente a todos y todas.

Como se puede apreciar, la experiencia de la realidad social comienza con aquello que es perceptible por los sentidos. En el campo de la gestión, como en cualquier actividad humana, una persona de experiencia se conduce concretamente en su ejercicio a partir de lo observado y captado por el espíritu. Estos significados nos remiten a la praxeología, que se puede comprender a la luz del esquema propuesto por Bédard (1995), en el cual

la conducta y la acción, la creación, la producción y la fabricación de una obra, un bien o un servicio, así como el conjunto de los elementos que intervienen en la actividad (el sujeto creador y sus habilidades, el objeto a crear, la herramienta, la técnica y los procedimientos). (Bédard, 2003, p. 18)

Entre los criterios de validez que argumenta Bédard (1995), toda actividad es el resultado de la manera de abordar un asunto, de estudiar un problema, de tratar una problemática, de formular un objeto. A su vez, la epistemología suministra los elementos que permiten hacer progresar una práctica sometiéndola a un examen sistemático y a una rectificación metódica permanente. La epistemología responde a la actitud profundamente humana que consiste, si no en buscar la verdad, al menos en tratar de evitar el error, por lo que ejerce una función crítica.

Según Bédard (1995; 1999, citado en Zapata y Rodríguez, 2008), su rol de vigilancia de la epistemología abarca tres objetos: 1) el proceso o los procedimientos utilizados para realizar la actividad de producción, esta función de validación considera el método, las normas, las reglas, los modos y los procedimientos de producción, pero no los resultados; 2) el proceso de teorización y los fundamentos metodológicos del marco de referencia teórico que apoya la actividad de producción; 3) garantizar la validez del marco conceptual y las condiciones que anteceden a su formación (Zapata, Vargas, y Martínez, 2006).

Ninguna actividad está exenta de valores, conscientes o no. Mientras que la validación de las actividades desde el punto de vista formal está asegurada por la epistemología, su legitimidad moral viene de la axiología. En el esquema de Bédard (1995; 1999), la axiología designa el dominio general de los valores o de los preceptos, involucrando la ética, la moral y los sistemas de creencias. La axiología es definida como aquella parte de la filosofía “práctica” que tiene por objeto los principios de la “lógica del corazón y de la emoción”, “una especie de metafísica de la sensibilidad y del deseo” (Zapata, Vargas, y Martínez, 2006).

Respecto a lo anterior cabe recordar que la ontología es el campo del conocimiento que trata sobre “las hipótesis fundamentales relacionadas con lo real y el conjunto de los seres, los principios y las teorías de la realidad” (Zapata y Rodríguez, 2008, p. 48) refiriendo a Bédard (1995) y a Chanlat (1998, citado en Zapata y Rodríguez, 2008). La ontología trata del fundamento del orden de las cosas, es decir, de los principios generales de la realidad y de la inteligibilidad. Según Bédard (1995), “los principios son a la ontología lo que los valores son a la axiología”. Cuando se estudian el ser humano y el universo natural o el divino, la ontología se divide en psicología, cosmología y teología. De esta forma, se constituye como la piedra angular sobre la cual reposan la axiología, la epistemología y la praxeología.

En consecuencia, cada una de las dimensiones de la filosofía está condicionada por la presencia de las otras. Así mismo, la interacción dialéctica de las cuatro partes de la persona —la práctica, el saber, la emoción y la razón de ser— produce una experiencia armoniosa, una divergencia o un desacuerdo entre ellas, lo que desencadena oportunidades o dificultades en la persona que trascienden en el desempeño laboral. La praxeología justifica la existencia de la función administrativa en cualquier actividad humana; la epistemología, la base teórica; la ontología, los principios de integración teoría-realidad, y la axiología, la sensibilidad del ser.

La razón de ser esta interrelación es la de favorecer la acción recíproca de las cuatro dimensiones filosóficas de la administración y propiciar que todos los integrantes de una organización se encuentren en condiciones favorables que les permitan ejercer plenamente todas sus competencias. Desde esta reflexión se podrá apreciar la auténtica cultura organizacional en una empresa.

Los principios teóricos del orden social y humanístico reseñados en este artículo hacen parte del marco teórico de la investigación de la que el mismo es producto y fueron objeto de análisis de los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos a partir de la aplicación de las técnicas e instrumentos de análisis a la muestra aleatoria y grupos focales objeto y sujeto de este estudio.

Toda vez que la cultura organizacional apropiada en las empresas sociales del Estado (ESE) es un elemento fundamental que administra la calidad de los sistemas de salud en Colombia, en definitiva y en términos sencillos se puede concluir que el conocimiento empírico y científico es un dispositivo que se desarrolla con la aplicación directa de la inteligencia sobre la experiencia, al proporcionar mayor amplitud al juicio y profundidad al entendimiento, así como Sternberg (1994) lo demuestra a través de sus diferentes investigaciones, en donde proporciona seis componentes de este constructo: “capacidad de razonamiento, sagacidad, aprender de las ideas y el entorno, juicio, uso exacto y rápido de la información y perspicacia” (Sternberg, 1994, s.p.).

## Generalidades y componentes del sistema objeto de evaluación

La presente investigación ha tomado como objeto de estudio la cultura organizacional introducida al Sistema de Salud Pública en Colombia, régimen ejecutado

a través de políticas públicas regladas a través de leyes y decretos que buscan el cumplimiento de cada uno de los lineamientos técnicos y científicos necesarios para obtener un servicio de calidad con equidad para los ciudadanos de todo el territorio nacional, tal y como lo preceptúa la Constitución Política de Colombia de 1991. Así, el Estado crea el régimen denominado Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad para cumplir con el ejercicio de dicha norma, este es aplicable a todas las empresas sociales del Estado y es promulgado a través del Decreto 1011 de 2006.

En consecuencia, la investigación se propuso evaluar los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en las Empresas Sociales del Estado del primer nivel de complejidad del departamento del Huila durante el año 2013, con énfasis en la cultura organizacional apropiada para cada uno de ellos, para lo cual se realizó, en primer lugar, un análisis de la percepción de los usuarios del servicio de salud de las empresas sociales del Estado de primer nivel de complejidad y su desempeño, el cumplimiento de los estándares básicos de habilitación, el Pamec (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad), el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información. En el análisis se ubicaron los aspectos más relevantes de los resultados de las etapas anteriores. Es de anotar que la presente evaluación se realizó siete años después de la puesta en vigencia del actual Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (sogc).

En el departamento del Huila hay 37 empresas sociales del Estado (ESE) de primer nivel de atención legalmente constituidas, una por cada uno de sus 37 municipios. Se seleccionaron 16 de las 37 como grupo focal para la presente investigación. Para su selección se tuvieron en cuenta la ubicación geográfica, la facilidad de acceso a la información y la selección de grupos para aplicación de los instrumentos de indagación. Por consiguiente, la muestra es intencionalmente clasificada como aleatoria o probabilística en virtud de que todos los sujetos de la población consultada han tenido la misma probabilidad de ser escogidos o seleccionados, lo que garantiza una manera eficaz de extrapolar los resultados.

En consecuencia, para evaluar el cumplimiento del sogc, en la etapa de habilitación se seleccionaron cuatro variables para cada componente del sistema, cuatro para el sistema pamec, cuatro para el Sistema Único de Acreditación y dos para el Sistema de Información, con la idea de que estas últimas están determinadas por las acciones a las que el marco teórico normativo hace alusión. En la tabla 2 se reseña cada uno de los componentes del sistema evaluados.

En relación con la interpretación de resultados, es importante anotar que la variable denominada *percepción* fue obtenida en la indagación telefónica hecha con los usuarios del sistema de salud objeto de estudio bajo la modalidad de satisfacción del usuario.

**Tabla 2.** Componentes del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (sogc) evaluados

Componentes del sistema	Criterios
<b>Habilitación</b> <b>NOTA:</b> Los criterios básicos de habilitación no serán evaluados puesto que si la ese funciona actualmente es porque los cumple para poder prestar sus servicios.	1. Establecimiento de nuevos servicios. 2. Inscripción y registro. 3. Verificación. 4. Autocontrol para mantener las condiciones.
<b>Pamec</b> (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad)	1. Existencia de documento Pamec. 2. Definición de procesos prioritarios accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. 3. Criterios y métodos de evaluación. 4. Evaluación sistemática de procesos prioritarios desde la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
<b>Sistema Único de Acreditación</b>	1. Autoevaluación para la acreditación y existencia del respectivo documento. 2. Calificación obtenida producto de la autoevaluación mayor de uno. 3. Existencia de planes de mejoramiento para la acreditación o la existencia de procesos para la acreditación priorizados en el Pamec. 4. Existencia de la evaluación externa para la acreditación.
<b>Sistema de Información</b>	1. Reporte oportuno de los indicadores de calidad definidos por el sgsss. 2. Cumplimiento del estándar de cada indicador.

**Fuente:** Elaboración propia.

El significado y sentido del término percepción es definido por el diccionario especializado en términos psicológicos como la “función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significado para el sujeto” (Bruno, 1997, p. 220).

Por otra parte, la percepción también se define como “el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos” (Gibson, 1979, p. 142), definición que se expone conceptualmente en el planteamiento ecologista del científico James Jerome Gibson —contenida en el libro *The Ecological Approach to Visual Perception* (1979)—, quien define la teoría de percepción como un proceso simple.

Para efectos de esta investigación la percepción se interpreta como un proceso donde la persona selecciona, organiza e interpreta los estímulos y les da un significado, y, por otra parte, la cultura organizacional como un “conjunto de suposiciones, creencias, valores y normas que comparten los miembros de una organización” (Bédard, 1995, y Chanlat, 1998, citados por Zapata y Rodríguez, 2008, p. 17).

A la sombra de esta perspectiva simbólico-interpretativa —al incorporar el enfoque cultural—, la organización se percibe como construcción simbólica materializada comunicativamente, proceso mediante el cual se conforman, transmiten y desarrollan los significados y sentidos de una comunidad multicultural. La empresa constituiría un sistema cultural, una construcción social formada simbólicamente y mantenida por la interacción social de sus miembros. Para ello se entendería la cultura como esencia de la organización.

### Ubicación geográfica del objeto de estudio

El departamento del Huila está dividido en cuatro zonas de acuerdo con su distribución geográfica y su red de prestadores de servicios salud, se encuentra distribuida de la misma manera (ver gráfico 1).

La distribución de la muestra se construyó según sus niveles de complejidad y concentración de la población de acuerdo con la frecuencia de uso. Se seleccionaron como prototipo aleatorio intencional las empresas sociales del Estado que se exponen en la tabla

3, que prestan sus servicios en los municipios con los que se relacionan en la misma tabla.

### Marco metodológico y resultados

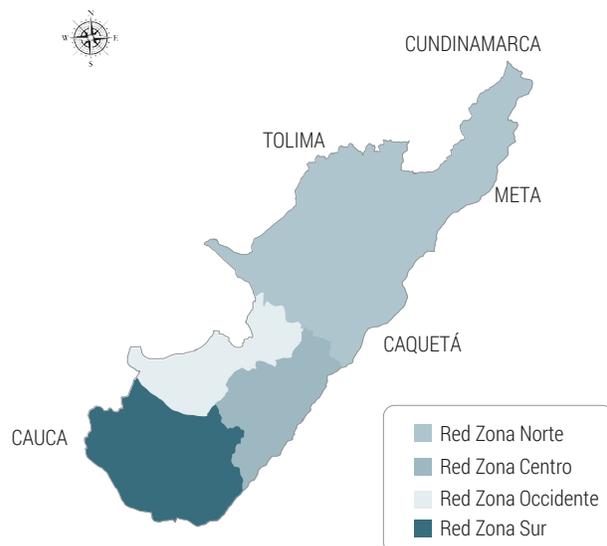
Evaluar un programa en funcionamiento supone “un juicio acerca de un programa o cualquier otro objeto de evaluación o recoger algunos datos sobre el mismo para emitir un juicio” (Zanini, 2009, p. 4). Además, los datos acopiados pueden tener diversa procedencia, desde aquellos basados en opiniones o sobre los cambios producidos en el programa, hasta información sobre la población a la que efectivamente llega el programa.

En este caso en particular, el estudio se enmarca en una “investigación evaluativa” de corte cuantitativo. Al evaluar los componentes y factores de la salud humana se acogió un proceso que no fue meramente descriptivo sobre el funcionamiento de un sistema o servicio, sino una red de “relaciones entre el sistema y su entorno organizativo y los usuarios”, tal y como lo plantea Abad (1997, p. 37, citado en Zapata y Rodríguez, 2008, p. 17). Desde la comunicación entre los usuarios y el sistema gubernamental es posible prever las necesidades y la indagación de los niveles de satisfacción, de modo tal que se comporte como “un sistema de vigilancia continuada a fin de que favorezca el diagnóstico y el cambio flexibilizado del sistema” (Abad, 1997, p. 11).

Cabe advertir al respecto que los criterios no son medidas *per se*, sino indicadores de resultado que se deben transformar en variables para que las deducciones y análisis tengan un grado de confiabilidad y validez muy alto cuando se emitan. Este tipo de evaluación no debe ser una actividad de carácter esporádico en las organizaciones públicas, sino, por el contrario, debe tener un carácter de continuidad para que además se convierta en un instrumento de gestión del sistema, lo que permitiría la monitorización de las actividades por largo tiempo a fin de mejorar y obtener niveles de desarrollo óptimos. Por último, los indicadores de resultado contienen elementos metodológicos que se derivaron de la lógica de los marcos teóricos y conceptuales utilizados.

Para la recolección de la información se utilizó el método de análisis de fuentes primarias y técnicas de indagación. De igual forma, para el análisis de los datos se utilizó específicamente el modelo de la profesora Renée Bédard, a partir de los postulados enmarcados en lo que ella determinó como el “rombo filosófico”, comparados con los postulados expuestos en la guía del DAFP.

**Gráfico 1.** Distribución geográfica de conformación de redes de servicios de salud



**Fuente:** Secretaría de Salud Departamental del Huila.

**Tabla 3.** Empresas sociales del Estado del departamento del Huila

Municipio	Empresa social del Estado
Acevedo	Hospital San Francisco Javier
Agrado	Hospital Municipal San Antonio del Agrado
Aipe	Hospital San Carlos
Algeciras	Hospital Municipal Algeciras, Huila
La Plata	Hospital San Sebastián de La Plata
Pitalito	Hospital Manuel Castro Tovar
Garzón	Hospital María Auxiliadora
Gigante	Hospital San Antonio
Yaguara	Hospital Laura Perdomo de García
San Agustín	Hospital Arsenio Repizo Vanegas
Rivera	Hospital Divino Niño
Palermo	Hospital San Francisco de Asís
Hobo	Hospital Municipal de Hobo
Campoalegre	Hospital del Rosario
Palestina	Hospital Camilo Trujillo Silva
Timana	Hospital San Antonio

**Fuente:** Secretaría de Salud Departamental.

### Instrumentos de medición

- *Análisis documental.* De acuerdo con Quintana (2006, citado en Zapata y Rodríguez, 2008, p. 17), el análisis documental constituye el punto de entrada a la investigación. Para ello, los documentos institucionales de tipo formal fueron la fuente primaria

de indagación sobre el cumplimiento de los procesos y procedimientos determinados por el sistema de calidad. A través de ellos fue posible obtener información valiosa para lograr el encuadre, que incluye, básicamente, describir los acontecimientos, así como los problemas y la cultura objeto de análisis. En consecuencia, los documentos permitieron revelar los intereses y las perspectivas de comprensión de la realidad que caracterizan el grado de cumplimiento para los indicadores valorados. El análisis documental se desarrolló en cinco acciones: a) rastrear e inventariar los documentos existentes y disponibles; b) clasificar los documentos identificados; c) seleccionar los documentos más pertinentes para los propósitos de la investigación; d) examinar a profundidad el contenido de los documentos seleccionados para extraer elementos de análisis y consignarlos en el diario de campo con el que se registraron los patrones, tendencias, convergencias y contradicciones que se fueron descubriendo; e) analizar de forma transversal y comparativa los documentos, con el fin de diferenciar la teoría inscrita en el sistema metodológico y en las guías de aplicación sobre los hallazgos previamente realizados; f) construir una síntesis comprensiva total sobre la realidad humana analizada.

- *Entrevistas individuales.* Al respecto cabe señalar que para el análisis fueron utilizados los postulados de Taylor y Bogdan (2000, citados en Zapata y Rodríguez, 2008, p. 17), quienes definen la entrevista como “una conversación verbal, cara a cara y tiene como propósito conocer lo que piensa o siente una persona con respecto un tema en particular” (p. 74). Por otra parte, Albert (2007, citado en Zapata y Rodríguez, 2008, p. 17) señala que es “una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información a otra (entrevistado / informante) para obtener datos sobre un problema determinado” (p. 242). Es decir, que puede definirse como una conversación con finalidad. Este tipo de entrevista se realizó telefónicamente con usuarios del programa de salud y personalmente con gerentes y funcionarios las ESE. Las preguntas semiestructuradas nos permitieron interrogarlos con mayor detenimiento sobre la calidad del servicio y otras cuestiones más complejas.

### Análisis de fuentes primarias y técnicas de indagación

Los datos se obtuvieron de los registros de información local; del trabajo de campo con observación en el terreno indagado; de la corroboración

de lo realizado por el sistema en coordinación con la persona encargada de la gestión a la estrategia de atención primaria en salud departamental, quien actuó concertadamente durante la ejecución de la investigación; de entrevistas a los actores involucrados en las que se utilizaron guías semiestructuradas aplicadas a una muestra de 16 referentes de la gestión política local —representados en gerentes públicos, secretarios de salud, autoridades sectoriales o colaboradores de la ESE—. Además, se hicieron 400 encuestas telefónicas, seleccionadas al azar, a usuarios activos de los programas para evaluar el modelo de atención desde la percepción de quien recibe la atención.

El análisis de datos se realizó, primero, en una etapa descriptiva y luego en una etapa analítica, con el objetivo de comparar los modelos de atención utilizados en conjunto con la cultura organizacional operante en cada una de las ese objeto de estudio. Para la información recolectada de los registros de información local se establecieron variables y evaluaciones que serán explicadas durante la descripción de los resultados obtenidos. Los hallazgos de las entrevistas semiestructuradas y del trabajo en campo se clasificaron, en primera instancia, según los cuatro componentes del

**Gráfico 2.** Fórmula estadística

$$n = \frac{N}{1 + \frac{e^2 (N-1)}{z^2 pq}}$$

n = tamaño de la muestra que deseamos conocer.

N = tamaño conocido de la población. e, z y pq (o  $\sigma^2$ ) como antes.

**Fuente:** Morales (2010).

rombo filosófico (prácticas, criterios de validez, valores fundamentales y principios fundadores), y, posteriormente, se relacionaron las evaluaciones del sogc y la satisfacción del usuario.

### Cuantificación de la muestra

- *Sujetos.* La muestra está constituida por 400 usuarios del programa distribuidos en 16 ese, que a su vez están distribuidas en 16 municipios del departamento del Huila.

**Tabla 4.** Nivel de confianza, encuesta poblacional

Población	Municipio total	Intervalo de confianza	Nivel de confianza	Número de encuestados
Aipe	24 847	20%	95%	18
Agrado	8 954	20%	95%	6
Acevedo	31 516	20%	95%	23
Algeciras	24 348	20%	95%	20
Campoalegre	33 949	20%	95%	25
Garzón	84 307	12%	95%	63
Gigante	32 248	20%	95%	23
Palestina	11 302	20%	95%	8
Yaguara	8 716	20%	95%	6
Hobo	6 867	20%	95%	5
La plata	60 563	15%	95%	43
San Agustín	32 269	20%	95%	23
Pitalito	121 049	10%	95%	86
Rivera	18 348	20%	95%	13
Timana	20 245	20%	95%	15
Palermo	31 536	20%	95%	23
<b>Total Huila</b>	<b>551 064</b>	<b>5%</b>	<b>95%</b>	<b>400</b>

**Fuente:** Elaboración propia.

- **Fórmula estadística con la que se determinó el tamaño de la muestra.** Los criterios propuestos fueron analizados de acuerdo con los autores que determinan la muestra sobre el número de sujetos. El análisis factorial puede verse comentado en Garson (2003), Mundfrom et ál. (2003) y Osborne y Costello (2004), citados en Zapata y Rodríguez (2008, p. 17). El número de sujetos en el análisis factorial lo tratamos también en otro lugar (Morales, 2010).

Se ingresó a Market Research Surveys Online<sup>2</sup> y se introdujo el nivel de confianza (95%) y el tamaño de la población como se muestra en la tabla 4.

Los resultados se analizaron de acuerdo con el *nivel de confianza* o riesgo de equivocarnos al presentar los resultados que aceptamos. El *margen de error* que estamos dispuestos a admitir se expone en el gráfico 3.

## Resultados por componente

### Evaluación de cada uno de los componentes del sogc en salud

El Decreto 1011 de 2006 estableció que el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (sogc) de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos centrados en el usuario, deliberados y sistemáticos, desarrollados en el sector de la salud y que están orientados a la mejora de resultados de la atención. Esto va más allá de la verificación de

la existencia de estructura o de la documentación de procesos que solo se constituyen como prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Por lo tanto, evaluar el sogc desde un enfoque cultural implica saber si las empresas escogidas cumplen con acciones de mejora continua centradas en el usuario —como planear, hacer, actuar y verificar—. Es decir, es necesario saber si tales empresas implementan maneras prácticas para prestar un servicio dirigido a la satisfacción de sus clientes, comprendiendo y conociendo cuáles son sus necesidades actuales y futuras, así como sus requerimientos respectivamente.

### Evaluación del sistema único de habilitación

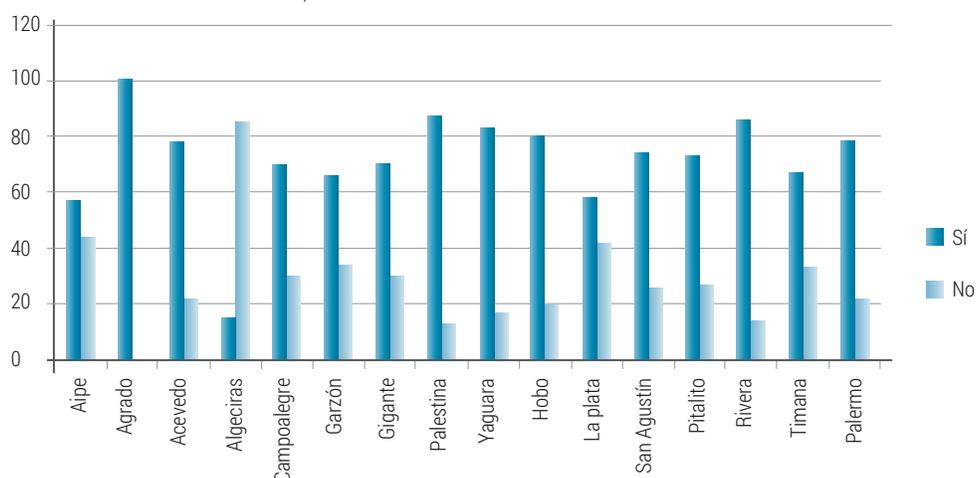
El Decreto 1011 de 2006 definió al Sistema Único de Habilitación como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera, y de capacidad técnico-administrativa indispensables para la entrada y permanencia de las organizaciones en dicho sistema. A los entes de dirección y control, tanto del ámbito nacional como departamental, les corresponde principalmente establecer y verificar el cumplimiento de unos requisitos mínimos de entrada y permanencia en el sistema de salud.

### Evaluación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud

El Decreto 1011 de 2006 estableció que las instituciones prestadoras de servicios de salud deben contar

<sup>2</sup> [http://www.macorr.com/ss\\_calculator.htm](http://www.macorr.com/ss_calculator.htm).

**Gráfico 3.** Nivel de satisfacción en la atención prestada



**Fuente:** Elaboración propia.

**Gráfico 4.** Nivel de satisfacción con atención de la ESE

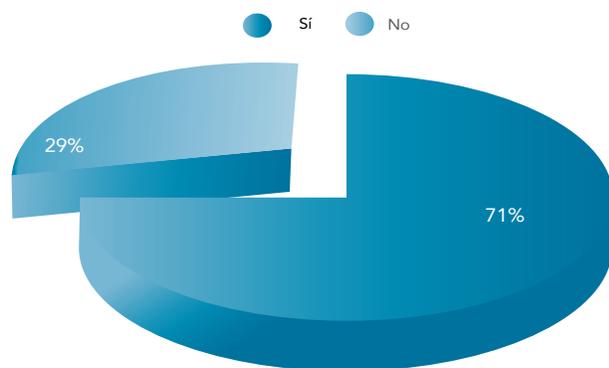
Etiqueta de valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SÍ	1	283	70,75	70,75	70,75
NO	2	117	29,25	29,25	100,00
<b>Total</b>		400	100,0	100,0	

Se sintió satisfecho con la atención prestada por la ESE.

N	Válido	400
	Perdidos	0
Media		1,29
Desv Std		,46
Err.Est.Curt		,24
Suma		517,00
Percentiles	50 (mediana)	1

**Fuente:** Elaboración propia.

**Gráfico 5.** Nivel de satisfacción global en el departamento del Huila



**Fuente:** Elaboración propia

con programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud (Pamec) que deben concordar con la intención de los estándares de acreditación y ser superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

### Evaluación del sistema único de acreditación

El Decreto 1011 de 2006 definió al Sistema Único de Acreditación como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y el Sistema Único de Acreditación.

### Evaluación del sistema de información para la calidad

El Decreto 1011 de 2006 definió el Sistema de Información para la Calidad como un sistema de información de indicadores de calidad que le permite a los usuarios y diferentes actores monitorear las características del sistema en el ejercicio de sus derechos y deberes, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud contempla para ellos.

### Cumplimiento global del sogc

Evaluar integralmente el sogc de la atención en salud nos permite tener parámetros de comparación entre cada una de las empresas estudiadas y relacionarlas con el impacto de sus acciones, específicamente con la satisfacción de sus usuarios y con las características culturales de la organización. Para poder llevar a cabo una medición del cumplimiento de manera global fue necesario parametrizar cada una de las variables que se estudiaron para describir su evaluación particular en cada uno de sus componentes. El resultado fue de 7,14% por los 14 componentes evaluados.

### Conclusiones y discusión de los resultados

El total de los hospitales evaluados evidencian que los servicios que prestan están inscritos en el registro especial de prestadores de servicios de salud, puesto que

**Tabla 5.** Matriz de análisis de contenido según indicadores y variables

Variables		Indicadores establecidos por el sistema	Categorías de análisis	Técnicas de recolección de información
"SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud *Independiente"	Ley	Sistema Único de Habilitación: Los criterios básicos de habilitación no serán evaluados en virtud de que si la ESE funciona actualmente es porque los cumple para poder poner en marcha sus servicios. Los criterios que evaluaremos los llamaremos complementarios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Establecimiento de nuevos servicios.</li> <li>* Inscripción y registro.</li> <li>* Verificación.</li> <li>* Autocontrol para mantener las condiciones (cultura organizacional).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Revisión de documentos.</li> <li>* Lista de chequeo.</li> <li>* Parametrización de cumplimiento.</li> <li>* Entrevista.</li> </ul>
"Percepción * Dependiente"	Marco T.	PAMEC: Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Existencia de documento del Pamec.</li> <li>* Definición de procesos prioritarios, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.</li> <li>*Criterios y métodos de evaluación.</li> <li>* Evaluación sistemática de procesos prioritarios desde la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Revisión de documentos</li> <li>* Lista de chequeo.</li> <li>* Parametrización de cumplimiento.</li> </ul>
"Cultura organizacional * Dependiente"	Marco teórico	Sistema Único de Acreditación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Evaluación para la acreditación y existencia del respectivo documento.</li> <li>*Que la calificación obtenida producto de la autoevaluación sea mayor de uno.</li> <li>* Existencia de planes de mejoramiento para la acreditación o existencia de procesos para la acreditación priorizados en el Pamec.</li> <li>*Existencia de la evaluación externa para la acreditación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Revisión de documentos</li> <li>* Lista de chequeo</li> <li>* Parametrización de cumplimiento.</li> </ul>
		Sistema Único de Información.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Reporte oportuno de los indicadores de calidad definidos por el SGSSS.</li> <li>* Cumplimiento del estándar de cada indicador. (Satisfacción global)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Revisión de documentos.</li> <li>* Lista de chequeo.</li> <li>* Parametrización de cumplimiento.</li> <li>* Encuesta telefónica estructurada.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

cuentan con los respectivos certificados de habilitación y son controlados mediante procesos de autoevaluación. Sin embargo, al evaluar si estos servicios inscritos, registrados y habilitados fueron producto de las necesidades de los usuarios —es decir, si las empresas sociales del Estado estudiadas identificaron o identifican necesidades para establecer los servicios que deben prestar—, se evidenció que ninguno se centra en tal proceso. La apertura de un servicio en los casos que se dieron obedeció a negociaciones o disposiciones de contratación por parte de los administradores y el Gobierno regional.

Por otro lado, también se encontró que todos cuentan con los documentos Pamec y con la autoevaluación del Sistema Único de Acreditación, que están identificando procesos prioritarios a partir de una previa definición de los criterios y métodos de evaluación de los procesos priorizados. Como resultado de dicho análisis se obtuvo un porcentaje de cumplimiento global de 71,43% en la mayoría de las ese, excepto las de Hobo y Palermo, que obtuvieron 64,9%.

Como resultado de la comparación teórica de las subcategorías de autocontrol y cultura organizacional se

realizó un paralelo que indica las similitudes y diferencias entre los modelos administrativos aplicados al sistema. El resultado se encuentra resumido en la tabla 7.

Así mismo, en la tabla 8 se expone un resumen de los hallazgos encontrados sobre las características culturales de los hospitales estudiados.

En cuanto al desarrollo de los dispositivos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado acorde con sus necesidades para la conservación de la salud, se pudo apreciar que estos se encuentran concentrados, en su mayoría, en los espacios urbanos. Hoy en día el concepto de salud pública está tácitamente consensuado en la definición elaborada por la Organización Mundial de la Salud que se publicó en los Objetivos del Milenio como la *Estrategia de salud para todos en el siglo XXI*, en donde se expone que la salud es el derecho que deben garantizar los Estados para que "todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven" (OMS, 1997, p. 10).

Ahora bien, cada uno de los parámetros y procedimientos que se vincularon a través de las variables, categorías y subcategorías de análisis construidas para la evaluación encontraron nicho en dos escuelas de pensamiento administrativo. La primera, de tipo gubernamental, orientada al sistema social, y la otra, de tipo general, situada en una de las corrientes del neohumanismo.

Estas teorías dan sentido a la cultura organizacional y significado a la percepción humana. Por tal motivo, entre los resultados se dispuso de un paralelo cualitativo y de una respuesta cuantitativa de los usuarios sobre el cumplimiento de los dispositivos de calidad organizacional propuestos para la evaluación del sistema en sus distintos componentes, ubicados en el ámbito municipal. De ello resultaron indicadores de cumplimiento desde

parámetros técnicos, cuyo valor solo puede ser considerado como indicador de cobertura de control y no de calidad integral.

En lo que se refiere al concepto de gestión en salud pública, los análisis involucran a dieciséis ESE de las instituciones del Sistema de Seguridad Social del departamento del Huila como muestra aleatoria. Sus acciones y competencias se relacionan con los resultados y contribuyen a mejores las condiciones de salud y calidad de vida de la población, pero desconocen la cultura en que está inmersa la comunidad.

Por lo tanto, el modelo de gestión se orienta a la construcción y aplicación de los objetivos, metas, estrategias y acciones relacionadas con la salud concebida en el Plan Nacional de Salud Pública, según el nivel y tipo de

**Tabla 6.** Resultado evaluación del sistema de información para la calidad

Sistema único de habilitación		Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud-Pamec		Sistema Único de Acreditación		Sistema de Información para la calidad	
Indicadores	Resultados	Indicadores	Resultados	Indicadores	Resultados	Indicadores	Resultados
El establecimiento de nuevos servicios de primer nivel requeridos por el SGSSS y los usuarios.	Quince de las dieciséis ESE no evidencian la apertura de nuevos servicios del primer nivel de complejidad.	La existencia de un documento Pamec.	Las dieciséis ESE estudiadas cuentan con un documento Pamec.	Que la ESE haya realizado la autoevaluación para la acreditación y existe el documento respectivo.	Las dieciséis ESE estudiadas cuentan con documentos Pamec.	Que el reporte de los indicadores de calidad definidos por el SGSSS hayan sido oportunos.	Las dieciséis ESE cumplen con los indicadores de calidad definidos por el SGSSS.
La inscripción y registro.	Las dieciséis ESE estudiadas cumplen con el proceso de inscripción en el registro especial de prestadores.	Si la ESE ha definido procesos prioritarios para evaluar sistemáticamente, desde el punto de vista del cumplimiento de la accesibilidad.	Cuatro ESE no definen dentro del documento Pamec procesos prioritarios.	Que la clasificación obtenida producto de la autoevaluación de acreditación sea mayor a uno.	Cuatro ESE no definen dentro del documento Pamec procesos prioritarios, doce definen solo dos procesos, oportunidad y pertinencia.	Que el estándar de todos los indicadores se haya cumplido.	Las dieciséis ESE cumplen con los estándares.
La verificación y cumplimiento de los estándares de habilitación.	Las dieciséis ESE estudiadas cumplen con estándares definidos y cuentan con certificación de cumplimiento de las condiciones de habilitación.	Si se han definido los criterios y métodos de evaluación.	Doce ESE definieron el proceso prioritario, todas tienen definidos criterios y métodos de evaluación para evaluar la oportunidad.	Que exista planes de mejoramiento para la acreditación o estos procesos de la acreditación estén priorizados en el Pamec.	De las doce ESE que definieron procesos prioritarios tienen los criterios y métodos de evaluación a la oportunidad.		
El control para mantener las condiciones de habilitación.	En las dieciséis ESE se evidencia un proceso para mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia.	Si la ESE ha evaluado sistemáticamente los procesos definidos como prioritarios desde el punto de vista del cumplimiento de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.	De las doce ESE que definieron procesos prioritarios, solo se evalúan cada seis meses la oportunidad y la seguridad.	Que se haya realizado una evaluación externa de la acreditación.	De las doce ESE que definieron procesos prioritarios, solo se evalúan cada seis meses la oportunidad y la seguridad.		

**Fuente:** Elaboración propia.

**Tabla 7.** Tabla comparativa del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (sogc)

Principios de Administración Pública en Colombia (Fuente: DAFP)	Rombo filosófico de René Bedar 	Características culturales de las ESE del departamento Huila	Resultados
<p>Enfoque hacia el cliente: la razón de ser de las entidades es prestar un servicio dirigido a satisfacer a sus clientes, por lo tanto, es fundamental que estas comprendan cuáles son las necesidades actuales y futuras de estos, que cumplan con sus requisitos y que se esfuercen por exceder sus expectativas. Antes que comprender las necesidades, es menester que la entidad pública determine cuáles son sus clientes con base en la idea de que estos pueden ser: una organización, entidad o persona que recibe un producto y / o servicio y, en este sentido, sus necesidades pueden variar, por lo que se hace necesario no perder de vista este aspecto al momento de generar servicios y / o productos.</p>	<p>El gerente da órdenes, los trabajadores las obedecen. Atención al usuario genera demanda con base en la enfermedad y está orientada por las acciones de promoción y prevención que están acordadas. Así mismo, se mide la satisfacción del usuario.</p>	<p>Enfoque en el cliente / enfoque basado en hechos; contratación de personal de la región; enfoque en el presupuesto; comunicación poco efectiva de la gerente; capacitaciones, celebraciones y bienestar social; falta de continuidad en los procesos y capacitaciones; desconfianza en la autoridad; visitas domiciliarias; malos canales de comunicación interna; desinterés por el trabajador.</p>	<p>Alto: Agrado, Palestina, Rivera.</p> <p>Medio: Algeciras, Yagura, Hobo.</p> <p>Bajo: Pitalito, San Agustín, Acevedo.</p>
<p>Liderazgo: desarrollar una conciencia de la calidad implica que la alta dirección de cada entidad sea capaz de lograr la unidad de propósito dentro de esta, generando y manteniendo un ambiente interno favorable en el que los servidores públicos y / o particulares que ejercen funciones públicas puedan llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la entidad.</p>	<p>Órdenes, control, autoridad, desconfianza, paternalismo, obediencia de órdenes, miedo, planeación a corto plazo, aporte de ideas de los trabajadores, empoderamiento, liderazgo participativo, consejos, reflexión acción, pragmatismo, confianza, responsabilidad de los trabajadores, compromiso del gerente con la calidad, cooperativismo, buena comunicación, rechazo a la corrupción, sensibilidad social, escuchar, lealtad, coherencia, delegar, equidad, servicio, convicción, cooperativismo, planeación a largo plazo, hechos / datos, presidir los comités, lanzamiento y apoyo de la formación, difusión del concepto de calidad, hablar y preguntar a los usuarios.</p>	<p>Acercamiento al usuario, escuchar al usuario, visitas domiciliarias, documentos actualizados, compromiso, cooperación enfoque basado en las finanzas, absolutismo, malos canales de comunicación interna.</p>	<p>Alto: Palestina, Rivera.</p> <p>Medio: Acevedo, San Agustín y Pitalito.</p> <p>Bajo: Campoalegre.</p>
<p>Participación activa de los trabajadores públicos y / o particulares que ejercen funciones públicas.</p>	<p>Inspira, anima y reconoce las contribuciones de los trabajadores, innovación y creatividad, involucramiento, valoración de la dirección, compromiso del trabajador, deseos de participar y contribuir a la mejora continua, motivación, recompensas y reconocimiento, sanción.</p>	<p>Rotación del personal, en proceso de actualización, cooperación, obediencia, autoritarismo, paternalismo, capacitación y formación al trabajador, capacitaciones, celebraciones y bienestar social, desinterés por el trabajador, capacitaciones, celebraciones y bienestar social.</p>	<p>Alto: Agrado, Palestina, Rivera.</p> <p>Medio: Palermo, Hobo.</p> <p>Bajo: Gigante, Timaná.</p>
<p>Mejora continua: siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar los productos o prestar servicios en las entidades. Es fundamental que la mejora continua del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar su eficacia, eficiencia y efectividad.</p>	<p>Priorización, formación, empoderamiento, confianza, responsabilidad, flexibilidad.</p>	<p>Documentación actualizada, respeto, lealtad, resistencia al cambio, solidaridad, honestidad, tolerancia.</p>	<p>Alto: Agrado, Palestina, Rivera, Hobo y Algeciras.</p> <p>Medio: Yagura, Gigante, San Agustín.</p> <p>Bajo: Aipe, La Plata y Garzón.</p>

Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones: en todos los niveles de la entidad las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información, y no simplemente en la intuición.	Formación de personal, objetividad, transparencia informativa.	Capacitación y formación al trabajador, capacitaciones.	Alto: Timaná, Garzón, La Plata y Aipe.  Medio: Palermo, Acevedo y San Agustín.  Bajo: Gigante, Campoalgre.
Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios: las entidades y sus proveedores son interdependientes. Una relación beneficiosa basada en el equilibrio contractual aumenta la capacidad de ambos para crear valor.	Confrontación, optimización de costos, cooperación, presiones, contratación, exclusividad, no dan estudios de costos en las negociaciones.	Conformidad, desconfianza.	Alto: Agrado, Palestina, Rivera.  Medio: Hobo, La Plata.  Bajo: Pitalito, San Agustín, Acevedo.

**Fuente:** Elaboración propia basado en Peresson, L. (2007, p. 8).

intervención que realiza a la comunidad y población involucrada. Este nivel de gestión involucra a los actores institucionales encargados de la operación de la atención en salud, cuyo actuar está definido por las competencias, responsabilidades y funciones establecidas normativamente.

Esto implica el cumplimiento de la ley y la normatividad dispuestas para tal fin, así como la coordinación de recursos físicos, financieros, de información y de talento humano guiados por el objetivo de lograr, de manera eficiente y sostenible, los resultados previstos según el rol que les corresponde.

El objetivo más genérico de los procesos gerenciales en los ámbitos públicos consiste en la creación de valor público, que brota de servicios, impactos o procesos que el público reconoce como valiosos. Para lograr un enfoque estratégico para la gerencia se requiere, además, de una conciencia del entorno en que se insertan los esfuerzos que proponen apoyar el desarrollo y las condiciones de ese entorno que pueden facilitar o dificultar el proceso de desarrollo. Asimismo, hace falta especificar las áreas de acción en que los gerentes tienen que actuar para poder definir sus objetivos y planear, implementar y evaluar las actividades asociadas. (Indes, 2005, p. 1)

La gestión integral tiene dos componentes para su ejecución eficaz y eficiente, una de nivel macro y otra de nivel micro. El nivel macro desarrolla los compo-

nentes del direccionamiento estratégico institucional a la par con un enfoque general, que viabiliza los objetivos y resultados esperados en salud pública. Esta tendencia propone el desarrollo de organizaciones abiertas a su entorno, a las necesidades de la población y, por lo tanto, dinámicas que reconocen la complejidad social de la que hacen parte.

En otro nivel se encuentra la microgestión, orientada a

conciliar valores y alinear objetivos entre los agentes principales de la práctica asistencial y la función gestora. Este encuentro de corresponsabilidad clínico / gestor exige confianza compartida, racionalidad de las decisiones, métodos para evaluar desempeño y resultados y una calidad motivacional que fomente simultáneamente actitudes cooperativas y competitivas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004, p. 3)

El gobierno clínico “es una renovada cultura por asegurar la mejora continua de la calidad y de los estándares de eficiencia en los servicios sanitarios” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2004). Por esta razón, la presente investigación, de carácter evaluativo empírico-analítico, transfirió cada uno de los parámetros propuestos en la legislación colombiana y en los lineamientos técnicos —complementándolos con aportes científicos de gran interés mundial— a datos estadísticos para medir los niveles de satisfacción y calidad del servicio de salud del primer nivel en el departamento del Huila.

**Tabla 8.** Resumen de hallazgos encontrados sobre las características culturales de los hospitales estudiados

Municipio % de satisfacción global	Prácticas	Criterios de validez	Valores	Principios
Agrado (100%)	Contratación personal de la región, acercamiento al usuario por parte de la gerencia.	Documentación y actualización de documentos.	Confianza, compromiso, empatía y trato humano, responsabilidad social, sentido de pertenencia.	Enfoque hacia el cliente – enfoque basado en hechos.
Palestina (87%)	Acercamiento al usuario, escuchar al usuario, capacitación y formación al trabajador.	Empoderamiento – en proceso de actualización.	Solidaridad, crítica.	Enfoque hacia el cliente – enfoque basado en la norma, paternalismo.
Rivera (86%)	Rotación de personal, capacitación .	En proceso de actualización.	El orden, rigor, respeto por el otro.	Enfoque basado en las finanzas.
Algeciras (85%)	Rotación de personal.	En proceso de actualización.	Obediencia, solidaridad.	Enfoque basado en las finanzas.
Yaguara (83%)	Rotación de personal.	En proceso de actualización.	Compromiso, responsabilidad.	Enfoque basado en las finanzas.

**Fuente:** Elaboración propia.

## Referencias bibliográficas

- Agudelo, C. A., Cardona, B. J., Ortega, B. J. y Robledo, M. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciencia y Salud Colectiva*, 16(16), 2817-2828. Doi: <http://doi.org/dzjmxr>.
- Alberro, M. (2003). Las tres funciones descritas por Dumézil en las sociedades indo-europeas en la Electra de Sófocles. *Cuadernos de Filología Clásica: Estudios Griegos e Indoeuropeos* 13, 165-180.
- Arias-Galicia LF, H.-E. V. (1999). *Administración de recursos humanos para el alto desempeño*. México: Trillas.
- Barrera, E. L., Rodríguez, H. J. y Bedoya, L. J. (2007). *Crenado las bases conceptuales para un análisis insitucional de los ministerios en Colombia*. Bogotá: Escuela Superior de Admistración Pública.
- Bédard, R. (2003). Los fundamentos del pensamieto y las prácticas administrativas. *Ad Minister, Universidad Eafit* 3 (junio-diciembre), 68-88.
- Bruno, F. (1997). *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*. Barcelona: Paidos Studio.
- Cortina, A. (1998). *Hasta un pueblo de demonios. Ética pública y sociedad*. Madrid: Taurus.
- Congreso de la República de Colombia. (10 de enero de 1990). Ley 10 de 1990. DO: 39.137. Recuperado de: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0010\\_90.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0010_90.pdf).
- Congreso de la República de Colombia. (12 de agosto de 1993). Ley 60 de 1993. Recuperado de: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85889\\_archivo\\_pdf.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85889_archivo_pdf.pdf)
- Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. DO: 41.148. Recuperado: <http://www.ins.gov.co/normatividad/Leyes/LEY%20100%20DE%201993.pdf>.
- Congreso de la República de Colombia. (21 de diciembre de 2001). Ley 715 de 1993.
- Congreso de la República de Colombia. (30 de diciembre de 2003). Ley 872 de 2003.
- Congreso de la República de Colombia. (24 de junio de 2007). Ley 1151 de 2007.
- Congreso de la República de Colombia. (15 de octubre de 2002). Decreto 2309.
- Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1122.
- Congreso de la República de Colombia. (9 de diciembre de 2004). Decreto 4110. El cual Reglamenta la Ley 872 de 2003 y adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

- Congreso de la República de Colombia. (3 de abril de 2006). Decreto 1011.
- Congreso de la República de Colombia. (10 de agosto de 2007). Decreto 3039 de 2007. Recuperado <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-3039-de-2007.pdf>
- DAFP. (2003). *Cultura Organizacional DAFP*. Bogotá: DAFP.
- Freeman, P. G.-D. O. (1995). *Los sistemas de salud ante la globalización. Retos y oportunidades para América del Norte*. México; Washington, D.C.: Academia Nacional de Medicina, Instituto de Medicina.
- Friedrich Hayek, L. (1998). *Legislación y libertad: reglas y orden*. Buenos Aires: Routledge and Kegan Paul Ltd.
- Gibson, J. J. (1979). *The Ecological Approach to Visual Perception*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Gonzalez Salas, E. (1997). *El laberinto institucional colombiano 1974-1994. Fundamentos de administración pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales.
- Guerrero, O. (2010). *La administración pública a través de las ciencias sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- López, L. y Del Pozo, P. (1998). *Geografía Política*. Madrid: Cátedra.
- Ministerio de Salud. (1994). Resolución 5261 DE 1994. Recuperado de: [http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/11/salud/r5261\\_94.pdf](http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/11/salud/r5261_94.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2004). *Informe de gestión gubernamental*. Bogotá: MSPS.
- Ministerio de Protección Social. (2012). *Dimensiones prioritarias en salud pública: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2024*. Bogotá: documento de trabajo MPS.
- Morales Sánchez, L. G. (1997). El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia. *Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Serie Financiamiento del Desarrollo*. Santiago de Chile: Proyecto CEPAL / GTZ.
- OMS. (1986). Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. *Carta de Ottawa, "Salud para todos en el año 2000"*. Canadá: OMS.
- OMS. (1997). *Objetivos del Milenio como la Estrategia de Salud para Todos en el Siglo XXI*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Peresson, L. (2007). *Sistemas de gestión de la calidad con enfoque al cliente*. s.c ; s.e.
- República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá: julio 6 de 1991.
- Schein, E. (1992). *Cultura organizacional y liderazgo*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sternberg, R. J. (1994). *La sabiduría y su relación con la inteligencia y la creatividad*. En, R. J. Sternberg (ed.). *La sabiduría: su naturaleza, orígenes y desarrollo*. Bilbao: DBB.
- Zapata Domínguez, A. A. R. (2008). *Gestión de la cultura organizacional: bases conceptuales para su implementación*. Cali: Facultad de Ciencias de la Administración Universidad del Valle.
- Zapata Domínguez, A. E. A. (2009). *Teorías contemporáneas de la organización y el management*. Colombia: Ecoe Ediciones.
- Zapata Domínguez, A. I. S. (2008). *Cultura organizacional en empresas colombianas. Estudios de casos*. Cali: Facultad de Ciencias de la Administración Universidad del Valle.
- Zapata Álvaro, G. V ; J. M. (2006). *Organización y management. Naturaleza, objeto, método, investigación y enseñanza*. Cali: Universidad del Valle.
- Zanini, A. (2009). Propuesta de un instrumento para la evaluación y auditorías de programas de promoción en salud. *Maestría en Salud Pública* (14).