

ORACIÓN MAESTROS DE LA
CIRUGÍA COLOMBIANA

Doctor ARMANDO GONZALÉZ M.

El enfoque sistémico aplicado a la cirugía

2002

Presentador del orador

Doctor ROBIN BÍOJÓ

El enfoque sistémico aplicado a la cirugía

Doctor ARMANDO GONZÁLEZ M.

Introducción

Sistema: es una entidad cuya existencia y funciones se mantienen como un todo por la interacción de sus partes. Entidad, según la Real Academia Española, es lo que constituye la esencia o la forma de una cosa.

La idea de la teoría general de sistemas fue desarrollada por L. Von Bertalanffy alrededor de 1930. Igual que todas las ciencias verdaderas, se basa en una búsqueda sistemática de la ley y el orden en el universo; pero a diferencia de las otras ciencias, tiende a ampliar su búsqueda, convirtiéndola en una búsqueda de un orden de órdenes, de una ley de leyes.

Las propiedades de los sistemas son las siguientes:

El sistema está constituido por elementos identificables.

Todos los elementos están unidos entre sí.

El sistema funciona hacia un objetivo, una finalidad.

El sistema, cerrado o abierto, comporta una frontera identificable.

El sistema funciona tendiendo a un estado de equilibrio.

Todo cambio o modificación de un elemento conlleva, por el juego de interrelaciones, un cambio no directo del resultado del sistema.

Experiencias con el enfoque sistémico

Mi primer contacto, con la teoría de sistemas, lo tuve en 1974, trabajando para un proyecto de investigación llamado sistema de cirugía simplificada, dirigido por el doctor Adolfo Vélez, primera persona, del área clínica, a la que le escuché el término de costo-efectividad. En 1968, siendo el doctor Vélez, Jefe de Cirugía, un salubrista el doctor Óscar Echeverri, le propuso al departamento, realizar un ensayo clínico comparando dos grupos de pacientes: unos operados y

hospitalizados, como era lo tradicional y otro grupo operados y enviados a casa para ser cuidados allá. Se seleccionaron para la experiencia 88 pacientes y se conformaron 31 pares a ser comparados utilizando varias variables. El estudio se hizo con 19 pares de herniorrafias, 9 pares de histerectomía vaginal y 3 pares de safenectomías. Los resultados de esta experiencia fueron: no hubo diferencias en las complicaciones, la comunidad fue muy receptiva, la recuperación fue más rápida en el grupo con cuidado en casa y se economizaron los costos de hospitalización.

Creo que esta experiencia dio inicio a la masificación de los programas de cirugía ambulatoria en el país. Revisando la literatura nos dimos cuenta, que ya desde principios de siglo se practicaba la cirugía ambulatoria en Inglaterra, pero no obstante este hecho, su uso no se masificó. A partir de la investigación mencionada, el Departamento de Cirugía de la Universidad del Valle, en 1972, ante la excesiva demanda de pacientes y el déficit de camas, empieza a utilizar la cirugía ambulatoria, como una alternativa de servicio. Es conocido también que en febrero de 1970 en Phoenix, Arizona, empezó a funcionar la primera unidad independiente de cirugía ambulatoria.

En 1974, con el ingeniero, Leonardo Velásquez, le aplicamos la teoría de sistemas a la cirugía ambulatoria, definiendo claramente las entradas, los procesos, (fases preoperatoria, operatoria y posoperatoria) y las salidas. El análisis que hicimos nos permitió esquematizar todas las actividades que se realizaban desde la consulta del paciente, su programación, la preparación, la operación, su salida y el control posoperatorio y encontramos gran cantidad de actividades innecesarias, que usando los términos de hoy "no agregaban valor", y que por lo tanto, eran un desperdicio de recursos y su eliminación permitía una utilización más racional de los mismos.

Funcionamos en el HUV, con este modelo y luego lo implementamos en las llamadas Unidades Intermedias del municipio de Cali, desplazando los profesores y residentes a estas unidades, para permitir que el hospital universitario se dedicara a la atención de pacientes de mayor complejidad.

Estas experiencias nos permitieron, en 1988, diseñar un modelo privado de cirugía ambulatoria y sin lugar a dudas, este servicio fue uno de los pilares fundamentales para el crecimiento y desarrollo que ha tenido la institución, que ha logrado diferenciarse por la calidad de los servicios que presta. Sin lugar a dudas el enfoque sistémico facilita crear y producir servicios que buscan la excelencia y garantizan la competitividad. Pienso que esta alternativa de prestación de servicios quirúrgicos ha sido adoptada por una proporción muy alta de los centros hospitalarios del país y es un excelente ejemplo del enfoque sistémico aplicado a la cirugía.

Manual de funcionamiento de salas de operaciones

En 1981, con el ingeniero Carlos Pérez, PhD, ingeniero de sistemas y profesor de la División de Ingeniería de la Universidad del Valle, escribimos el Manual de funcionamiento de las salas de operaciones y siguiendo un enfoque sistémico, describimos los procesos críticos para garantizar una gestión de calidad en los quirófanos. El manual consta de tres secciones:

La primera parte introduce el concepto de un sistema regionalizado de servicios quirúrgicos por niveles de atención que incluye: A: La definición de niveles de atención en cirugía. B: La clasificación de enfermedades, operaciones y procedimientos quirúrgicos. C: Los recursos necesarios para la atención de los pacientes.

La segunda parte del manual presenta los aspectos relacionados con la administración interna de una sala de operaciones y

la tercera parte ofrece un sistema integrado de vigilancia de infecciones quirúrgicas que incorpora: A: la estandarización de todas las actividades relacionadas con el manejo de pacientes, del personal y del medio ambiente. B: Un modelo de monitoría de infecciones en salas de operaciones. C: Un modelo de vigilancia de heridas quirúrgicas.

Tal vez, de estas primeras etapas, de mi vida como cirujano, lo que más me marcó fue definir claramente la función de supervisión y control y sigo pensando que es uno de los factores críticos más importantes para asegurar el éxito de las organizaciones. En la década de los 70, cumplir con esta función era muy difícil por el pobre desarrollo informático, pero en la época actual no se justifica, que se desperdicien tantos recursos y que se produzcan tantas complicaciones y muertes que se podrían evitar con un control exhaustivo de todas las actividades que se desarrollan en un hospital.

En dicho manual describimos la supervisión y el control como una función dinámica que tiene por objeto asegurar que los objetivos que se fijan para la organización sean logrados. El proceso de supervisión y control impone la vigilancia tanto del desarrollo de los planes como de los resultados obtenidos. Igualmente incorpora la toma de las acciones correctivas que permitan encausar el sistema (organización) hacia los objetivos propuestos.

En términos genéricos, el proceso de control contiene las siguientes etapas:

1. El establecimiento de normas con respecto a objetivos y/o procesos.
2. Determinación de desviaciones con respecto a las normas.
3. Determinación de acciones orientadas a corregir las desviaciones detectadas en la etapa anterior.

Los que han estado en contacto con la metodología del mejoramiento continuo, podrán identificar que el párrafo anterior corresponde a la terminología usada hoy en día denominada PHVA, de planear, hacer, verificar y realizar acciones correctivas.

El enfoque sistémico nos llevó a revisar la literatura y a convertir a términos operacionales los factores que contribuyen a la infección de las heridas en cirugía, estableciendo normas para poderlos monitorizar y prevenir efectos no deseados. Los factores se clasifican en tres grandes grupos: los relacionados con el paciente, los relacionados con el personal y los relacionados con el medio ambiente.

Con el ingeniero Carlos Pérez, desarrollamos e implantamos un esquema para el control del paciente, el personal y el medio ambiente en salas de operaciones, haciendo mediciones y comparando con normas y estándares y formulando acciones correctivas.

El manual contiene todas las normas, que estaban escritas en todos los textos de cirugía y enfermería, pero que se compendiaron y se colocaron a disposición del personal:

Preparación preoperatoria: antes de la admisión, cuando el paciente está hospitalizado y en las salas de operaciones.

Técnica de lavado de manos.

Comportamiento en el quirófano.

Uso de suturas.

Uso de agujas y catéteres.

Uso de drenes.

Antibióticos profilácticos.

Normas para la preparación y mantenimiento de un medio ambiente apropiado en las salas de operaciones.

Métodos de esterilización.

Desinfección de equipos de anestesia.

Siguiendo las experiencias de Peter Cruse de Canadá, iniciamos el seguimiento a las heridas según el grado de contaminación y encontramos un patrón de comportamiento distinto que el de los países desarrollados. Nuestras tasas de infección de heridas eran distintas a las publicadas por Cruse y otros autores de países desarrollados. Esto fue comprobado con un estudio multicéntrico, que abarcó hospitales y clínicas de Bogotá, Medellín y Cali y encontramos el mismo patrón de Cali, de tasas de infección, distinto al de los hospitales de los países desarrollados.

Todo este trabajo se hizo porque los cirujanos tenían todos estos conocimientos en el cerebro de cada uno, pero no estaban escritos y disponibles para su consulta inmediata, alegando que dichos conocimientos están en los libros. Tampoco estaba definido el sistema de supervisión y control, que permitiera establecer el logro de los propósitos del departamento de cirugía. Igual sucedía en los otros centros hospitalarios del país, lo que hizo que simultáneamente cirujanos de distintas ciudades del país nos interesáramos en el problema y lideramos este trabajo, que pienso contribuyó a disminuir las tasas de infección quirúrgica intrahospitalaria.

Los resultados de este trabajo se reflejan en los siguientes datos:

Entre el 1 de abril de 1981 y el 31 de diciembre de 1989, se vigilaron en el HUV, 73.263 heridas y se registraron 3.256 infecciones con pus franca, para un porcentaje global de 4,5%, que era muy bajo, si se tenía en cuenta que casi el 80% de las operaciones eran limpias - contaminadas, contaminadas y sucias. En esa época se demostró en forma contundente que un programa de vigilancia de infección de heridas quirúrgicas, disminuye el porcentaje de infección. ¿Cuántos hospitales y clínicas tienen un programa que les permita establecer los porcentajes de infección de heridas de acuerdo al grado de contaminación?

Programa de control de la infección intrahospitalaria

Aplicando el mismo enfoque sistémico se lograron bajar las tasas de infección intrahospitalaria en el Hospital Universitario del Valle, a menos del 5%. Como dato de referencia, en promedio los hospitales universitarios norteamericanos reportaban cifras de infección global que iban entre 6 y 8%.

Alcanzamos esta tasa, a través de definir el concepto de infección intrahospitalaria, teniendo en cuenta que el 70% de todas las infecciones adquiridas se producen en pacientes a quienes se les practica un procedimiento o una operación quirúrgica. De nuevo, estudiamos los conceptos que los cirujanos consideramos elementales y que están en todos los textos de cirugía y de enfermería, como las vías de acceso de los microbios al cuerpo, la alteración de los sistemas protectores, que permiten la invasión bacteriana, el conocimiento sobre el modo como se transmite cada germen, normas de aislamiento, el conocimiento de los patrones de sensibilidad y resistencia de los gérmenes patógenos, la definición de las barreras apropiadas contra cada germen, teniendo en cuenta que la mayoría de las bacterias se transmiten por las manos del personal.

Información bacteriológica de 10 años en el Hospital Universitario del Valle, nos permitió establecer que el 67% de los gérmenes aislados eran gram negativos y el 33% gram positivos. Esta misma información nos permitió conocer para nuestra institución el patrón cambiante de sensibilidad y resistencia y

apreciar como los gérmenes que aislábamos, modificaban estos patrones. En 1980 el 67% de las pseudomonas eran sensibles a gentamicina, en 1986 la sensibilidad cayó al 22% y al dejarla de usar mejoró el porcentaje de sensibilidad al 36,5%. Pudimos determinar que siete sitios de infección constituían el 85% de todas las infecciones adquiridas en el HUV.

Nos apropiamos de las normas para el control antiinfeccioso, publicadas en 1982 por el Centro para el control de enfermedades en los Estados Unidos, por un grupo de expertos que clasificaron como normas de categoría I, las que están apoyadas por estudios clínicos controlados y bien diseñados que demostraron su eficacia para reducir el riesgo de infección hospitalaria o que fueron consideradas útiles por la mayoría de los expertos. La aplicación de estas medidas produce una disminución de las tasas de infección. Dichas medidas son: 1. La esterilización. 2. El lavado de manos. 3. El drenaje cerrado de orina. 4. El cuidado de catéteres intravasculares. 5. La técnica de no tocar. 6. El uso de antibióticos profilácticos y 7. El cuidado de los equipos de terapia respiratoria.

La institución que dirijo tiene un excelente programa de control de las infecciones intrahospitalarias que cuenta con todo el apoyo de la alta dirección, con resultados altamente satisfactorios.

Quiero creer que los departamentos de cirugía y de enfermería, de los centros hospitalarios, tienen claras las normas sobre el control antiinfeccioso y realizan una labor cuidadosa, determinando las desviaciones con respecto a las normas y a los estándares y formulando acciones orientadas a corregir las desviaciones

Seguridad médica

Prevenir las muertes y las lesiones por errores médicos, requiere cambios dramáticos en todo el sistema de salud de los Estados Unidos. Los errores médicos son una de las principales causas de muerte y lesión y reducirlos requerirá de cambios rigurosos en el sistema de atención en salud, incluyendo sistemas obligatorios de información. Este estudio solicitó la creación de un centro nacional para la seguridad del paciente debido al alto costo humano de los errores médicos. Mueren cerca de 44.000 personas en los hospitales de los Estados Unidos por año. Otro estudio calculó 98.000 muertes al año. Más personas están muriendo por errores médicos, que por accidentes en autopistas, por cáncer de mama o por sida.

Han sido reportados los errores más frecuentes en la práctica médica, desde la consulta hasta la hospitalización en una sala de cuidados intensivos, incluyendo los períodos preoperatorio, el intraoperatorio y el período posoperatorio. Conociendo esta información es necesario disminuir los errores en la práctica

médica que producen resultados y eventos adversos a los deseados, mediante la creación de una cultura de información y registro de los errores, que permita la formulación de acciones preventivas y correctivas.

Administración hospitalaria

Durante los últimos 50 años, se han publicado una serie de herramientas de administración que logran a través de sistemas de gestión integral mejorar la calidad, la productividad y la competitividad. Estas herramientas aplican el enfoque sistémico y las más conocidas y aplicadas son: el mejoramiento continuo o calidad total, el Benchmarking, la reingeniería, los criterios del Malcon Balbridge, el balanced scorecard, el Six Sigma, norma ISO 9000, cero defectos y otras que no es del caso mencionar.

Cuando se mejora la calidad, los costos se reducen porque hay menos reprocesos, menos errores, menos demoras y menos obstáculos, mejor empleo del tiempo de las personas, de las máquinas y de los materiales y por lo tanto, se mejora la productividad.

El mejoramiento continuo o calidad total es la estrategia que enfatiza el desarrollo y el cambio organizacional, junto con la monitoría para garantizar la calidad. La característica esencial de este enfoque es el establecimiento de una responsabilidad compartida entre todos los miembros de la organización para mejorar continuamente la calidad; considerar como usuario no sólo al consumidor sino a los propios miembros de la organización; énfasis en el sistema en su conjunto y no en los individuos como posibles causantes de errores en los procesos y defectos en los resultados; esfuerzo continuo para mejorar, en lugar de adherencia pasiva a estándares preestablecidos y rígidos; utilización de la estadística para monitorizar los procesos y los resultados, a fin de producir acciones informadas que corrijan las desviaciones.

Los sistemas de salud tendrán que pasar de un predominio de las jerarquías a un enfoque participativo; de un liderazgo exclusivamente gerencial a un liderazgo compartido; de una responsabilidad individual del profesional de la salud por la calidad, a una responsabilidad compartida por todos los miembros de la organización; de esquemas rígidos de organización y gestión a enfoques flexibles; y de evaluaciones retrospectivas a evaluaciones concurrentes del desempeño de la organización.

Los principios de la calidad total son:

1. Satisfacción de las necesidades y superación de las expectativas del paciente, para lo cual se requiere: selección excelente del personal, instalaciones físicas agradables y confortables, dotación de equipos e instrumental ade-

cuada, suministros suficientes, oportunos y de buena calidad, monitoría periódica del sistema de atención al paciente mediante el análisis de las quejas y de las sugerencias e investigaciones de mercado.

2. Lograr un comportamiento ético, respetuoso y participativo.
3. Sistemas basados en datos y mejoramiento continuo.
4. Obsesión para eliminar el desperdicio mediante el trabajo en equipo, el análisis de los procesos claves, clínicos, administrativos y financieros y de los momentos de verdad

Benchmarking es un proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como representantes de las mejores prácticas, con el propósito de realizar mejoras organizacionales.

Todos ustedes han escuchado, acerca de estas herramientas gerenciales y pienso que muchos profesionales de la salud, ya tienen capacitación en ellas, por la gran tarea desarrollada por el Centro de Gestión Hospitalaria, "que ha promovido un enfoque gerencial estructurado y ha desarrollado su aplicación específica para organizaciones de salud. Este enfoque tiene como propósito que las organizaciones se desarrollen de manera integral y armónica, y que logren el mayor beneficio y satisfacción para sus clientes, para sus empleados, para sus dueños o dolientes, y para la sociedad en general. Esta forma de pensamiento gerencial se denomina "Gestión integral por calidad" y combina tres elementos: el direccionamiento estratégico, la gerencia del día a día y la transformación de la cultura".

Creo firmemente en la necesidad de que las instituciones de salud, adopten una de estas herramientas, que aplican el enfoque sistémico, para garantizar la calidad, usando la mejor evidencia científica disponible y disminuir la variabilidad de la práctica clínica, que produce sobrecostos y mala calidad, con las consecuencias que ello acarrea, en términos de eficiencia, eficacia y efectividad.

El incursionar en estos temas les permite a todos los miembros de una organización, aprender a definir los factores claves de éxito, los objetivos estratégicos, las estrategias, las mediciones, las metas y a hacer su despliegue a todos los niveles de la organización. Se logra crear una cultura de calidad y de mejoramiento continuo, ser una organización centrada en el paciente y diseñar indicadores de desempeño total, utilizando los conceptos de Balanced Scorecard.

Acabamos de culminar, en la institución que dirijo, un proceso de certificación para el laboratorio clínico con la norma ISO 9000 versión 2000 y nos hemos puesto como meta que antes de terminar el 2003 tener certificados todos los servicios. Es otro ejemplo de que la aplicación del enfoque sistémico, da resul-

tados positivos y que se puede aplicar a un programa o a un departamento o a toda la institución.

Problemática de la calidad

La calidad y la excelencia son un poco la "flor y nata" de la gerencia de hoy en día. Hay grandes diferencias entre la calidad de los productos y la calidad de los servicios. A diferencia de lo que ocurre con los productos tangibles, la fabricación y el consumo del servicio, son en general simultáneos, lo que elimina de hecho, los mecanismos de filtraje de la calidad que existen en la industria. En otras palabras, no se puede controlar la calidad de los servicios y rechazar los que no alcanzan cierto estándar, antes de ponerlos en el mercado, como es el caso de los productos tangibles. El arsenal de las técnicas y la finalidad de los controles de calidad al final de la cadena se ven así sin objeto. Para los servicios habrá pues que controlar la calidad, pero en un contexto y con una óptica totalmente diferentes.

Calidad de la atención médica es la obtención de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente; en donde los mayores beneficios posibles se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.

A diferencia de las típicas definiciones de calidad que se ofrecen en el ámbito de la producción de bienes, en donde la calidad está definida casi exclusivamente a partir de la satisfacción del cliente con el producto, en el caso de la atención en salud, en donde el servicio se otorga a la persona, la mera satisfacción del usuario no resulta suficiente para definir el concepto.

En otras palabras, el paciente puede estar satisfecho con la atención recibida aún cuando no siempre podrá juzgar la verdadera efectividad e incluso la ética del tratamiento a que fue sometido. Además en esta ecuación de beneficios y riesgos, cabe la posibilidad de tener niveles negativos de calidad. Tal es el caso de los riesgos que superan a los beneficios, como sucede con la iatrogenia, de los que, nuevamente, el paciente podría no estar plenamente consciente e incluso manifestar satisfacción por el trato recibido.

De acuerdo con lo anterior, puede deducirse que la calidad no es un concepto absoluto sino relativo, en el que los beneficios y los riesgos deben ser establecidos de acuerdo con estándares de beneficios factibles y de riesgos prevenibles. En este caso por estándar debe entenderse la asignación de valores a determinados indicadores, que permitan medir, de alguna manera, los niveles de calidad alcanzados en situaciones específicas. Así la calidad resulta siempre un juicio comparativo.

En el concepto de calidad pueden distinguirse dos dimensiones íntimamente relacionadas, a las que Donabedian denomina "Técnica" e "Interpersonal".

La dimensión técnica se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente.

La dimensión interpersonal se refiere a la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente. Dentro de esta segunda dimensión puede incluirse una tercera dimensión que se denomina "Comodidades", es decir, en las condiciones físicas en las cuales se otorga el servicio, por ejemplo las condiciones de ventilación de las habitaciones del hospital o bien la comida que se ofrece al paciente. Es importante hacer notar que, por lo general, los proveedores de los servicios de salud tienden a destacar la dimensión técnica, en tanto que los usuarios privilegian la dimensión interpersonal.

Garantía de calidad, según Donabedian es responder por el servicio que se otorga de manera que se proteja al paciente, íntegramente como ser humano, contra riesgos innecesarios y proporcionarle los mayores beneficios posibles.

La definición de garantía de calidad implica necesariamente cambio organizacional. Esta definición se operacionaliza a través de programas de garantía de calidad que integran los componentes de la definición y que es el conjunto de acciones sistematizadas para identificar problemas oportunamente, analizarlos objetivamente, proponer soluciones factibles y hacer seguimiento a las acciones propuestas.

Esto se hace a través de la definición de indicadores y estándares y al diseño de un sistema de información, entendido no sólo como captura y procesamiento de datos y generación de información "hacia arriba", sino como sistema de retroalimentación y mecanismos de seguimiento que asegure que las correcciones se han llevado a cabo.

El aseguramiento de la calidad se define como el establecimiento de estándares explícitos susceptibles de ser verificados periódicamente con lo cual se asegura un nivel mínimo de calidad.

Existen mecanismos externos para garantizar la calidad y específicamente son: el licenciamiento, la certificación y la acreditación.

Licenciamiento es el proceso por el cual una entidad gubernamental otorga permiso para proveer servicios porque se cumplen unos estándares mínimos totalmente obligatorios.

Certificación es el proceso realizado por una institución privada sin ánimo de lucro, generalmente de carácter gremial que establece la capacidad de proveer servicios, por el personal de salud, más allá de un mínimo.

Accreditación es el proceso de evaluación, voluntario y periódico, realizado por una entidad no gubernamental que acredita que la institución cumple estándares elevados orientados a garantizar la calidad de los servicios que se otorgan.

Se define estándar como la expresión medible de una exigencia o requisito.

El Ministerio de Salud de Colombia contrató un proyecto de evaluación y fortalecimiento del sistema de garantía de calidad que dio como resultado la concreción de varios proyectos, entre ellos una nueva propuesta de requisitos esenciales para garantizar el cumplimiento de estándares mínimos necesarios para el funcionamiento de los prestadores, con el objeto de proteger la salud de los usuarios y un sistema de acreditación de instituciones de salud.

Aun las sociedades científicas no disponen de un sistema adecuado de certificación del personal de salud.

La implementación de estos instrumentos nos acercarán a los requerimientos exigidos a los prestadores en países desarrollados pero la tarea no es fácil y será necesario hacerle un seguimiento que permita ver los beneficios de dichos programas.

Reflexiones finales

Soy un convencido que mientras nuestro país no logre un crecimiento económico importante, no podrá ampliar la cobertura en salud y por lo tanto, no podrá solucionar sus innumerables problemas. Esto sólo se alcanzará cuando se logre acabar o minimizar la corrupción, causa desencadenante del resto de males que nos afectan.

Pero simultáneamente tenemos que hacer cambios organizacionales al interior de nuestras instituciones que permitan la racionalización de los escasos recursos. Lo planteado busca mejorar la gestión clínica y la gestión de las instituciones hospitalarias.

Soy un convencido de que es necesario incluir en la formación de nuestros profesionales, los conocimientos y habilidades para manejar su práctica profesional y los servicios clínicos, aplicando metodología probada y que han mostrado sus grandes beneficios cuando se aplican en forma correcta.

Así como es necesario crear una cultura basada en la evidencia científica, también es necesario tener organizaciones centradas en el paciente, con mecanismos de supervisión y control que garanticen el cumplimiento de normas y estándares y la formulación de acciones correctivas, que minimicen los errores médicos, optimicen los recursos y garanticen la calidad de la atención médica.

Se debe clarificar la relación docencia - servicio, mediante el diálogo, la coordinación y la colaboración entre las instituciones educativas y las prestadoras de servicio. Los intereses y los objetivos de unas y otras son dispares ya que no se promueven encuentros que tiendan a integrar acciones o a conseguir propósitos compartidos.

La certificación y recertificación de los cirujanos debe ser asumida por la Sociedad Colombiana de Cirugía quien debe establecer la capacidad de proveer servicios, por los cirujanos, más allá de un mínimo. Para cumplir con esta responsabilidad debe disponer de recursos que le permitan crear una sección especializada en la materia y una de las entidades colombianas que le puede colaborar en este propósito es el ICONTEC. La creación de un sistema de certificación le garantizará la aglutinación de todos los profesionales, quienes no podrán ejercer su profesión sin el requisito de certificación y recertificación expedido por nuestro ente gremial. Aún nuestra sociedad no dispone de este servicio, que le garantiza el diálogo permanente con las universidades, las EPS, las IPS, los profesionales y como consecuencia lógica el liderazgo de la educación continuada convirtiéndose en el puente entre las instituciones educativas y las prestadoras de servicio.

De nuevo, mil gracias a la Sociedad Colombiana de Cirugía, a la Junta Directiva, al Consejo Asesor y a todos ustedes por haberme dado la oportunidad de tener el honor de hacer La Oración Maestros de la Cirugía Colombiana año 2002, y mi propósito fue contarles mis experiencias con la aplicación del enfoque sistémico y herramientas administrativas para mejorar la productividad, la competitividad y la calidad de la atención médica.

Gracias.