

# Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

## Equidad en Salud y Oportunidad de Vida [Health Equity and Opportunity Life]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Málaga, Hernán
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-11 20:56:04
Link to Item	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12424/215579">http://hdl.handle.net/20.500.12424/215579</a>

# CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD Y LEY 100 DE SEGURIDAD SOCIAL

*Carlos Edgar Rodríguez*

Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá, Colombia

**P**retendo hacer una exposición general, dadas las limitaciones del tiempo, sobre los siguientes temas que espero se complementen con la visión que otros expositores hagan a lo largo de este seminario, que generen muchos interrogantes y, desde luego, respuestas a los delicados problemas del sector salud, que no difieren en mucho de los demás problemas de la sociedad y que resultan más difíciles de abordar, en la medida en que resulten más complejos los impactos de las crisis económicas, de la guerra y de la violencia sobre el sector salud.

## **OBJETIVOS**

- Analizar algunos cambios de fondo en el sector salud a nivel mundial y ver su trascendencia y abordaje en el escenario nacional.

- Ofrecer algunos elementos de información sobre el sistema general de Seguridad Social en Salud en Colombia analizando puntos críticos con relación al problema de la justicia sanitaria.
- Presentar algunos conceptos sobre calidad de atención en salud.
- Presentar algunas de las propuestas de trabajo que el gobierno nacional está trabajando en calidad de atención.
- Promover la discusión práctica y discutir soluciones reales a los problemas concretos de limitación de recursos y abundancia de problemas.

Antes de entrar en el desarrollo de estos objetivos, quiero hacer una breve reflexión sobre el interrogante principal planteado para este Seminario internacional de Bioética y Justicia Sanitaria en América Latina; la pregunta formulada es: “¿En la Ley 100 de Seguridad Social, debe regirse la política de salud exclusivamente por criterios de utilidad económica?”. Al respecto considero importante llamar la atención sobre una pregunta que parece más una aseveración, lo cual, desde luego, puede explicarse por el cúmulo de críticas que han llovido sobre el nuevo sistema de salud, pero que hace eco a postulados que cabe cuestionar en su objetividad.

Las preguntas que a su vez esta pregunta central general, son múltiples y deben ser a su vez analizadas: ¿utilidad económica para quien? ¿para las aseguradoras, para los prestadores? ¿cómo se puede evaluar la utilidad económica, antes y después de la promulgación del modelo?, ¿puede regirse algo tan complejo como un sistema de salud, por criterios “exclusivamente económicos” o existen otros elementos que deban tenerse en cuenta y que influyeron en las decisiones que se tomaron para la expedición de la ley? ¿existen otros principios éticos, valores o elementos operativos en el modelo propuesto, por lo menos en teoría?, de ser así, ¿qué ocurrió en la práctica para que dichos conceptos no se ejecutaran en las alternativas de solución, en un contexto de limitación evidente de recursos y ante correctivos se pueden aplicar para que el sistema funcione mejor? o es necesario considerar que una de las

más novedosas y estructurales reformas del país en los últimos años, no es en definitiva viable?

Como puede verse existen múltiples interrogantes sin resolver por lo cual, en un acto que considero de justicia, palabra que sin duda se repetirá muchas veces en este seminario, se debe dar a cada argumento su valor de acuerdo con las evidencias que lo soporten, con lo cual se lograría una claridad mayor para el auditorio y unas propuestas de solución más acordes con realidad. Hecha esa observación general y agradeciendo a los organizadores del evento, entremos en materia.

No se puede abordar un tema tan delicado como la calidad de la atención en un sistema de salud, sin antes discurrir, aunque sea de manera muy breve, los notables cambios que la atención en salud como concepto, ha tenido particularmente en los últimos cincuenta o sesenta años en el mundo entero. Cambios todos estructurales y que modifican una serie de paradigmas<sup>1</sup> generando respuestas de adaptación unas más productivas que otras, algunas como manifestación de rechazo, otras de apoyo, pero todas orientadas a muchas de las situaciones descritas se presentan como irreversibles y de manera tan rápida que apenas si tenemos cuenta de su impacto y de sus implicaciones aún en nuestra vida cotidiana.

Señalo a continuación algunos de los cambios que durante los últimos años han sido objeto de nuestro análisis y discusión, así como del planteamiento de respuestas políticas, sin que ello quiera decir que conozcamos en su totalidad todos los efectos o que las respuestas generadas sean las más adecuadas.

## **LA DINAMICA DE LOS CAMBIOS**

De la posibilidad de pago individual de los servicios y de la salud individual como un problema privado, a la salud como un deber del Estado<sup>2</sup> y, de esta tesis, al concepto de aseguramiento teniendo en cuenta, no la

necesidad de introducir un intermediario financiero sino un asegurador del riesgo de enfermar, particularmente costoso por el diagnóstico y el tratamiento de muchas patologías si se tiene en cuenta el costo de la tecnología y el talento humano altamente especializado que se necesita para proveer servicios de salud y, en general, los costos crecientes del gasto en salud.

Al mismo tiempo, el concepto de la salud como derecho positivo plantea el problema del llamado "asalto social"<sup>3</sup>, dado que tengo derecho a reclamar de otros que paguen mi factura de salud, ¿hasta qué punto esta dinámica convierte el derecho a la salud en un barril sin fondo?

Un segundo elemento se refiere al espectacular desarrollo tecnológico al punto que, como aseguran muchos autores, el progreso en este campo es tan rápido que se admite que el 85% de la tecnología que se utilizará en el siglo entrante todavía no se ha inventado<sup>4</sup>. Es evidente que la tecnología ha contribuido a mejorar las condiciones de salud de las poblaciones, sin embargo, su utilización en sociedades con marcadas desigualdades impone un debate que abarca de fondo el papel de la Bioética y de uno de sus fundamentos básicos, la justicia sanitaria, la pregunta entonces es: ¿será posible que la población acceda a los beneficios de la tecnología, sin ser discriminada por razones económicas, de clase social, de raza etc.?; y de cómo los Estados promueven unas condiciones justas para acceder a los beneficios de la misma.

Este debate impone la pregunta obligada sobre ¿qué es un sistema justo de servicios de salud? ¿qué responsabilidades de equidad tienen los planificadores políticos y sobre ¿qué criterios éticos se toman las decisiones para la asignación de recursos?. A su vez, la calidad de la atención, que en su vertiente técnico-científica (la otra será la de la dimensión interpersonal), depende particularmente de la tecnología y de las posibilidades de adquisición de la misma, se ve seriamente afectada por los modelos de distribución y gestión de los recursos de la salud.

Tal como señala la OPS<sup>3</sup>, “la calidad en los servicios de salud es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición”. El punto crítico resulta aquí definir qué puede pagar una sociedad con los recursos de que dispone, del vasto escenario de oferta tecnológica que se le presenta. El debate involucra desde luego a cada actor del sistema, así por ejemplo, resulta obvio suponer que el asegurador esté interesado en controlar el uso de la tecnología para disminuir sus costos de operación, que el médico y en general el personal de salud deseen legítimamente ofrecerle a su paciente las mejores opciones del conocimiento y que el usuario desee que se use lo mejor para el restablecimiento de su salud. Pero estas posiciones de los actores, tienen implicaciones de costo y pueden inducir una demanda de servicios mayor que la esperada; por ejemplo, los médicos pueden desear, como de hecho ocurre, utilizar la tecnología por razones técnicas propias como mejorar destrezas, realizar estudios, aprender más o mejorar sus ingresos, o defenderse de posibles demandas. En otros artículos, me he referido al tema señalando que en un pasado reciente determinados tipos de problemas de salud, por ejemplo, los traumas craneoencefálicos eran intervenidos quirúrgicamente sin una tomografía axial previa, hoy en día ningún neurocirujano estaría dispuesto a realizar esas intervenciones sin dicho examen. Pero lo que es más interesante analizar, es que muchas cefaleas terminan hoy en la realización de una tomografía y que en un alto porcentaje resulta normal.

Otro elemento a tener en cuenta es la inducción que los propios productores de la tecnología generan, al punto de obsequiar equipos costosos con tal de vender los suministros necesarios para su utilización, multiplicando el número de los exámenes realizados sin que se analice si dichos exámenes significan a la larga mejores condiciones de salud para una población. Es frecuente que muchos equipos se fabriquen como

productos desechables o que se discontinúe con relativa rapidez la producción de los repuestos necesarios para su mantenimiento.

A su vez, la tecnología biomédica plantea un cambio de paradigma muy importante que afecta desde luego la concepción del hombre sobre su vida y su muerte. Los linderos de la definición de la muerte son ahora poco tangibles, la prolongación de la vida más allá de los períodos considerados normales es posible con las técnicas avanzadas de reanimación cardiopulmonar, la vejez, la esperanza de vida al nacer son cada día objeto de nuevos logros, la ingeniería genética la clonación, la reposición de órganos etc. Todo esto, aparece al orden del día como posibilidades reales, desde luego altamente costosas, pero posibles. Hemos repetido con frecuencia que en este escenario la calidad de la atención en salud, tendrá que referirse a la calidad de vida y a su análisis<sup>6</sup>. El dilema se plantea sobre cómo utilizar entonces, con criterio racional y ético, la tecnología disponible y en determinar cuidadosamente qué concepciones sobre la salud son las que la sociedad propone en explícito.

De la beneficencia a la autonomía: un cambio radical particularmente visible en los últimos años, se refiere a la emancipación de ciertos grupos minoritarios hasta entonces no respetados como entes morales con derechos a ser escuchados y tenidos en cuenta en sus decisiones propias. Desde el movimiento de liberación de los esclavos, la aparición del derecho al voto de la mujer y su aparición como ciudadana, interlocutora hábil, etc., hasta la aparición de los derechos de los niños, los animales, la tierra y, desde luego los enfermos. Este cambio ha generado cierto tipo de contradicciones con el modelo de prestación de servicios que imperó durante más de dos mil años. La asimetría de información, un elemento obvio de la relación médico paciente, es permeada por la mayor información del usuario, por las exigencias y las preguntas reales de los usuarios o sus dolientes, con lo cual los profesionales de la salud se ven obligados a tomar decisiones más compartidas, más dependientes de factores que antes no se tenían en cuenta.

Del concepto de favor al de servicio. Durante mucho tiempo la Medicina para los más pobres de la sociedad se constituyó como un modelo de caridad, la iglesia fue durante siglos el operador de la caridad cristiana, desempeñando un papel redistributivo de la riqueza, que además marcaba la continuidad de los esquemas de dominación feudal. Tales modelos fueron heredados durante generaciones y permearon la enseñanza de la Medicina, practicada en la dinámica de hospitales de caridad. La aparición y definición de pagadores que aseguran el riesgo y, aun más, la introducción, como en el caso colombiano, de subsidios definidos que sirven para que los más pobres reclamen atención, ha generado una presión adicional sobre los prestadores de servicios. El cambio de paradigma del favor y la caridad hacia la concepción más amplia proveniente de la visión empresarial, de la producción de bienes “de consumo” introduce un elemento de choque en la relación entre el prestador y el receptor del servicio; de un lado, el criterio de exigencia de un “intangibles” por parte del usuario y, del otro, un prestador que siente dicha exigencia como impropia, dado el marco cultural en el que tradicionalmente prestó sus servicios.

Esta dinámica depende de las posibilidades de financiación, de la información que posee el usuario y de un sin número de variables que se encuentran en plena transición pero que de todas maneras significan un cambio rotundo en la dinámica de los servicios de salud y por supuesto en su calidad. Más recientemente, la aparición de competencia por los usuarios y la operacionalización de las posibilidades reales de elección del proveedor por parte del usuario o de quien lo contrate para prestar los servicios en este caso el asegurador, ha generado un cambio de concepción en el que el concepto servicio se hace cada día más real.

Del concepto de hospital al de institución, e inclusive al de empresa de servicios de salud. Se plantea aquí una diferencia histórica relacionada con la forma en la que se desarrollaron los hospitales en la edad media, en muchas ocasiones como sitios de reclusión o de exclusión de los

enfermos, de los contaminadores, de los olorosos, etc. Este cambio cultural debe ser analizado cuidadosamente, teniendo en cuenta que aún la propia sociedad o los trabajadores de las instituciones de salud conservan ese criterio, con lo cual la visión de estos lugares como sitios cómodos, eficientes, abiertos a la comunidad y a los usuarios, no ha sido asimilada con facilidad. De alguna manera existe una dificultad de concepción para entender las instituciones de salud en el nuevo escenario, lo cual influye de manera negativa en el uso eficiente de los recursos, a veces controlar el gasto genera choques porque la gente, tanto los trabajadores como los usuarios consideran, por ejemplo, que utilizar gratuitamente o aun llevarse a casa los elementos del hospital es “normal” y “aceptable”.

Del gasto sin control a los principios de contención de costos y de costo-beneficio. Este cambio puede asumirse en varios contextos. Particularmente en la distancia del sector público movido por una racionalidad de favor, caridad, a cargo de estados paternalistas, que durante mucho tiempo sostuvieron las tesis de crecimiento económico planteadas por Keynes, con lo cual los controles del gasto resultaron poco aplicados. La contratación de funcionarios más allá de las necesidades reales, el diseño, construcción y puesta en funcionamiento de hospitales de gran tamaño y abundante número de camas sin consultar las necesidades reales de la población, etc. Durante mucho tiempo la respuesta ante las necesidades de salud, en particular de los pobres, se caracterizó por las inversiones anárquicas, sin evaluar los recursos utilizados los trabajadores de la salud asumieron las necesidades de los usuarios como necesidades a satisfacer con los recursos existentes, escasos, suficientes o superavitarios, los conceptos de ahorro contaron muy poco en ese contexto.

Por otra parte, los recursos de las instituciones de salud se han utilizado tradicionalmente para pagar cierto tipo de favores, desviando su posibilidad de focalización y apoyo a las poblaciones más vulnerables.

No existen, hasta donde conocemos, suficientes datos sobre el costo global de este tipo de ineficiencia pero se supone muy alto. Sin embargo, la creciente explosión de costos, las crisis económicas y la imposibilidad de continuar sosteniendo el modelo de estados de bienestar planteados sin sostenes estructurales basados en planes serios de desarrollo, sumados a las exigencias externas de los sectores financieros, obliga a pensar en términos económicos y a modificar este tipo de comportamientos.

En este punto los planificadores de salud se encuentran ante varias disyuntivas. Es evidente la necesidad de contener los costos y hay evidencia en el sentido de que algunos de los problemas presentados hasta aquí indican la necesidad de racionalizar los gastos; así, desde la dinámica de la calidad existe suficiente argumentación para señalar los altísimos costos del desperdicio en los hospitales públicos, en unos modelos de salud más que en otros.<sup>7</sup> Desde el punto de vista de la racionalidad económica, se argumentará entonces que la justicia distributiva debe regirse por la proporción costo-beneficio, de tal modo, que nunca hay obligación de hacer en justicia algo irracional. "Lo justo se identifica con lo económicamente óptimo... dado que con principios deontológicos solamente no se construye una teoría coherente de la justicia".<sup>8</sup> La racionalidad económica y la eficiencia generan fuertes controversias éticas, si se parte del principio que tales aplicaciones económicas aunque reales y necesarias son consideradas por algunos como utilitaristas y, de hecho, entran en contradicción por lo menos parcial con los principios que han regido la atención médica durante siglos. El criterio benéfico según el cual el médico debe poner a disposición de su enfermo **TODOS LOS RECURSOS VALIDOS PARA TRATARLO**, entra en contradicción con la necesidad de racionalizar los recursos siempre limitados, en particular la imposibilidad de pagar toda la tecnología existente. El criterio de costo-efectividad adquiere plena vigencia y es utilizado cada día con más frecuencia. Es posible que los profesionales de la salud nos estemos enfrentando desde hace mucho tiempo a este tipo de deci-

siones, aunque solamente hasta ahora se estén generando los debates éticos, correspondientes.

Dworkin<sup>9</sup> plantea el problema del gasto sin control en dos escenarios: el del “aislamiento” en el cual se conceptúa la salud por encima de todo, de tal forma que todo debe pagarse, argumento que era sostenible en la medida en que el escaso desarrollo de la atención en salud, hacía este costo relativamente bajo, sin embargo, con el avance de la ciencia y en el contexto actual, resulta necesario hablar de “integración” concepto mucho más amplio en el cual la salud es un elemento más en el logro del bienestar y compite con otras fuentes de bienestar como educación, vivienda, etc. Esta última posición resulta de gran interés en el análisis del problema de la justicia sanitaria, porque está claro que a veces se desconocen otras necesidades de diferentes sectores que eventualmente, al ser intervenidas, significarían mejores resultados en la salud, el ejemplo clásico es, en este caso, la inversión en agua potable, pero desde luego existen múltiples ejemplos, como la educación, los generadores de trabajo etc. Estos elementos también son a veces difíciles de considerar, cuando los diferentes interesados se centran en el paradigma del aislamiento.

Del centralismo, al manejo descentralizado de los recursos y a la asunción de competencias por parte de los actores locales: las múltiples pruebas en contra de los Estados centralistas, especialmente la dificultad para utilizar adecuadamente los recursos en necesidades que no conocen, han generado una corriente muy fortalecida en la actualidad a favor de la descentralización como respuesta que intenta que los actores locales sean responsables de su propio desarrollo. Esta dinámica tiene elementos positivos y negativos, pues, por una parte, resuelve muchos problemas de aplicación de los recursos pero, por otra parte, requiere de un esfuerzo de capacitación, formación y madurez política de los representantes territoriales, del cual en la actualidad se carece por lo menos en el caso de algunas regiones de nuestro país. Así, resulta

obligatorio que se consideren nuevos interlocutores, que deben estar suficientemente capacitados para entender sus nuevas obligaciones. En particular, es interesante tener en cuenta el nivel cultural, académico, etc. de cada uno de estos actores, lo cual supone tomar algún tipo de distancia para evaluar si se llena o no determinado tipo de requisitos y evaluar si los avances en el proceso de descentralización han significado mayor eficiencia en la utilización de los recursos.

El desarrollo de sistemas de información ágiles que abre un inmenso campo de manejo y que toca al sector, como la disponibilidad de “software” para el manejo de historias clínicas, guías de atención, remisiones y hasta tratamientos. Todo lo cual genera en los profesionales de la salud un cambio evidente en su manera cotidiana de trabajar.

Con relación al volumen de información que hoy en día tienen los enfermos sobre sus padecimientos, debe tenerse en cuenta que esta condición cambia las relaciones de información en la relación médico-paciente, colocándolos en una posición cada vez más autónoma con relación a las decisiones que deben tomar.

### **ANÁLISIS MÍNIMO DE LA SITUACION ACTUAL**

Todos estos cambios sobre los que hemos discutido, deben estudiarse en el contexto del modelo de salud de cada país, con el fin de analizar si se han contemplado alternativas de solución a los problemas propuestos.

El modelo de salud propuesto en la Ley 100 y desarrollado en un extenso marco reglamentario, tiene como premisa fundamental, la introducción de un modelo de aseguramiento de cobertura universal, basado en modelos teóricos de competencia regulada. Regida por tres principios básicos de equidad, eficiencia y efectividad, los cuales son asumidos como objetivos sociales, y por la calidad en la prestación de los

servicios y la definición de fuentes concretas de financiación en un esquema solidario. La propuesta busca ofrecer una solución global a algunos de los problemas estructurales crónicos del sector salud y definir sobre un eje filosófico, la solidaridad, como eje central del sistema. Así, se habla del Fondo de Solidaridad y Garantía como columna vertebral del sistema en los aspectos financieros, de las Empresas Solidarias de Salud como elementos dinámicos e interactivos de la sociedad, que pudieran organizarse para gestionar su propia salud, etc. En mi modesta opinión, la propuesta resulta muy válida y útil para resolver los problemas de evidente incapacidad del Estado para responder por la prestación global de los servicios de salud, en un escenario de grandes limitaciones financieras encarecido, a su vez, por el grave impacto de la violencia, no sólo en términos de lesionados sino de desplazamientos sociales y años de vida saludables perdidos.

Vale la pena señalar que el escenario previo a la implementación de la reforma, presentaba problemas graves de inequidad tanto en la distribución de los servicios, como en su uso, en el control monopólico de la seguridad social, en cabeza del Instituto de Seguros Sociales y más de la mitad de los asalariados del país no contaba con seguridad social alguna. En este sentido, la cobertura de seguridad social se dijo que no era mayor al 20% de la población y la posibilidad de acceso a los servicios era del 70 u 80% de la población. Un punto de interés es que los deciles más pobres de la población, por múltiples razones, gastaban o gastan, una proporción mayor de su ingreso en salud, que los más ricos y que buena parte de los subsidios, fueron o son, utilizados por los que tienen mayor capacidad de pago.<sup>10</sup>

Desde el punto de vista de la eficiencia, el modelo de presupuestación basado en hechos históricos, sin análisis concretos de gastos, es una de las dificultades más comentadas en los modelos de financiación de la oferta, cuando ésta se financia por la simple razón existir. El incentivo para hacer las cosas bien, ahorrar recursos etc., no existe, con lo cual se

producen los llamados “estímulos perversos”. Otros problemas incluyen la centralización de las decisiones y las ataduras para la gestión eficiente de los recursos, al no concebirse las instituciones con responsabilidades de gestión. El uso inadecuado de los servicios con sobrecarga de la alta complejidad y escasa utilización de la estructura de baja complejidad, propician unas condiciones de atención en contra de la calidad y un mayor costo promedio de la utilización de la estructura disponible. A su vez, las dificultades financieras crónicas y la limitación de la oferta de determinados servicios como cuidado intensivo, genera, en suma una marcada ineficiencia, que se refleja en pérdidas de vidas, avisas, secuelas etc.

En el contexto de la calidad de la atención en salud, no pueden hacerse, en mi opinión, marcos de referencia históricos sobre lo que ocurría previo a la implementación de la ley, principalmente porque los parámetros para la medición de los impactos no se establecieron; sin embargo, en mi opinión, hay variaciones con relación a la recuperación del derecho a exigir calidad en los servicios por parte de los usuarios al interiorizarse el concepto de derecho y al mejorar notoriamente el conocimiento de los ciudadanos sobre el sistema, aunque en Epidemiología sería necesario evaluar si los indicadores de morbilidad muestran un comportamiento hacia la mejoría y, desde la justicia sanitaria, debemos aproximarnos al debate sobre la justicia, la inequidad o la desigualdad que el modelo genera.

Todas esas respuestas probablemente permanezcan mucho tiempo sin contestar en el caso del modelo colombiano, sobre todo porque se dispone de escasa evidencia objetiva sobre la calidad y porque, como se sabe, es difícil vincular resultados positivos o negativos exclusivamente con el impacto de las acciones del sector salud.

Sin embargo, algunas de las propuestas con relación al tema, su filosofía y su carácter, pueden ser presentadas y analizadas, en este sentido

aprovecharé para mi presentación, algunos de los avances hechos desde el Ministerio de la Salud como uno de los responsables del tema, sin dejar de tener en cuenta que muchos interesados y estudiosos del mismo, han trabajado desarrollos importantes con relación a la calidad en sus propios servicios.

## LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Este mínimo contexto político puede ayudar a entender algunos de los elementos filosóficos del nuevo modelo de salud en Colombia. Pero como es evidente para todos, la única preocupación del sistema de salud no puede ser la cobertura. En ese sentido se han planteado las siguientes transiciones en el ámbito moderno de la calidad<sup>11</sup>:

De la calidad a la calidad: preocupación por alcanzar, no sólo cobertura, sino que los servicios tengan una calidad mínima indispensable.

De la evaluación a la garantía: significa trascender el ámbito del mero análisis de la estructura, pretendiendo que eso signifique calidad hacia una visión más global en la que se intenten estrategias de mejoramiento continuo y real que permitan garantías de calidad.

De la calidad y la eficiencia, a la calidad con eficiencia: significa que no puede verse la calidad independientemente de la eficiencia, las altas exigencias de la competencia internacional, la necesidad de evaluar el impacto económico, pero también la necesidad de entrelazar los dos términos, hacen indispensable pensar en calidad con eficiencia.

De la calidad como valor implícito, a la calidad como valor explícito: lo cual significa que el tema ya no es dominio de unos cuantos, sino un problema y una responsabilidad de todos.

## ELEMENTOS CONCEPTUALES DE CALIDAD

Existen múltiples definiciones sobre la calidad, las cuales hemos recopilado en otros trabajos. Tal vez más que definir, interesa que se tengan en cuenta algunos elementos de las definiciones que pueden ayudar a orientar a quien desee comprenderla. Miremos algunos puntos que he rescatado de ese análisis:

- La calidad tiene que ver con dos vertientes, como he señalado, la técnico-científica y la interpersonal.
- Es hacer las cosas bien desde la primera vez.
- La calidad en salud busca aumentar los beneficios y minimizar los riesgos, con un costo razonable, no con el menor costo.
- La calidad es un atributo de la prestación de un servicio, pero también es un juicio de valor subjetivo, frente a dicha atención.
- La calidad incluye la cosmovisión y el conocimiento de quienes la aplican.
- La calidad tiene relación también con la entrega cortés y respetuosa de contenidos técnicos óptimos.
- La calidad depende de los recursos existentes, pero se puede optimizar mucho la utilización de los recursos si utilizamos principios de calidad.
- La calidad no es un costo, es una inversión.
- La calidad cuesta, pero cuesta más no tenerla.

En cualquier caso hay dos elementos críticos a tener en cuenta: la calidad no es una obligación sino una actitud y, que no importa lo que hagamos, la calidad será cuando el usuario la sienta (Guaspari). Lo cual nos coloca ante un difícil reto, sobre todo de trabajo en equipo, pues la calidad así descrita depende de todos y de cada uno de los miembros del equipo de salud.

Por otra parte, como ya se dijo, la calidad es un concepto proveniente del ámbito empresarial, con alta implicación de valor y debe ser abordada en el contexto más global de calidad de vida.

Como se ve, definir la calidad siempre resulta difícil y más aún hablar de ella en el contexto de la justicia sanitaria y de principios como, equidad, sin tener una visión global del asunto que, entre otras cosas, debe tener en cuenta una cultura de los datos que recién ahora empieza a cobrar su verdadera importancia, en un mundo cada vez más cuantificado. El problema, en mi opinión, radica en los múltiples elementos conceptuales de uno u otro origen que en suma definen la calidad. Con el riesgo de superficialidad que esto implica o el abordaje parcializado y sesgado del tema, hemos acogido la propuesta de presentar la calidad como una suma de dimensiones diferentes e interactuales, todas en particular de similar importancia<sup>12</sup>. Con mucha frecuencia se hace una larga discusión sobre algunas dimensiones de la calidad, desconociendo otras de mucha importancia, en nuestra experiencia hemos tratado de darle un tratamiento igualitario en cuanto a su importancia a cada factor. La razón es obvia, si se imponen criterios del plano técnico-científico se pueden descuidar aspectos vitales de la relación humana, con lo cual todo el proceso pierde y, al revés, si se privilegian sólo los aspectos de trato y de relación sin tener en cuenta la eficiencia, el cumplimiento de parámetros establecidos, las buenas prácticas, etc. se comete un error igualmente lamentable. Sin embargo, es necesario señalar que en la práctica real cada dimensión tiene mayor o menor relevancia que las otras y que corresponde a los que trabajan en el tema definir la intervención de acuerdo al problema.

Por otra parte, debe recordarse que *existen diferentes perspectivas en el abordaje de la calidad* según el punto de vista de los sujetos que intervienen en la relación existente entre los profesionales de la salud y los usuarios. Así, es claro que para el usuario, los servicios de salud y los prestadores deben tener una serie de características y, que de manera

general, aun sin conocer con exactitud todo lo que deben ser los servicios, *consideran que los mismos deben ofrecerles condiciones mínimas de seguridad, por ejemplo, y que el profesional de la salud debe hacer todo lo que se necesite para obtener o recuperar un estado de salud que también varía de acuerdo con su propio concepto de salud y de enfermedad.*

Para los prestadores de los servicios de salud, existen una serie de factores que igualmente determinan su perspectiva de la calidad. En general puede decirse que para la mayoría de los prestadores, es su responsabilidad, *hacer todo lo que se pueda y utilizar todos los medios disponibles para ofrecerle al enfermo la mayor calidad posible.* La consideración del costo en este caso no resulta una consideración primordial, porque en sentido general esto podría contrariar sus principios éticos.

Para los políticos y planificadores sin embargo el problema es mucho más complejo. Se trata *de saber qué y cuánto es posible ofrecer en forma efectiva a un individuo o a una población, teniendo en cuenta los recursos disponibles.*

Estas perspectivas cobran sumo valor cuando se pretende hacer propuestas políticas sobre el tema, es claro que no es posible ofrecer toda la calidad disponible. Es evidente que hay algunos elementos que son más necesarios que otros, las dimensiones de la calidad pueden aclarar un poco el panorama de la justicia desde el punto de vista de la calidad. El debate se centra más sin duda en la calidad técnico-científica, señalando más la necesidad de ofrecer en los sistemas de salud, calidad igual para todos, en lo esencial, así en algunas condiciones que pueden ser accesorias, como en el componente de las comodidades, por ejemplo, existan diferencias. La pregunta de fondo es definir cuánta diferencia entre lo ofrecido a una persona con relación a otra es tolerable.

## DIMENSIONES DE LA CALIDAD

Con frecuencia se define, mejor la calidad alrededor de las dimensiones. Estas incluyen entre otras, *eficiencia, eficacia, efectividad, seguridad, acceso a los servicios, comodidad, continuidad, satisfacción del usuario, competencia profesional, etc.*

Como ya se indicó, la discusión principal es definir cuales de estas dimensiones resultan imprescindibles como valor de calidad que debe ser administrado por igual a todos los participantes del sistema de salud, sin importar su condición. Es claro que resulta necesario establecer pactos y dejar qué elementos de calidad son costeados por el sistema.

Es posible que muchas de las condiciones señaladas como dimensiones puedan mejorarse con relativamente pocas inversiones, este elemento resulta de máximo interés pues es necesario hacer eficientes al máximo los limitados recursos disponibles. Por ejemplo, las condiciones de seguridad, incluyendo la adecuada inmovilización de enfermos, especialmente aquellos con agitación psicomotora o intoxicaciones con sustancias psicoactivas, pueden contribuir a brindar una atención con mayor calidad y reducir la morbi-mortalidad en los servicios, la utilización de unidosis, la marcación de las sustancias peligrosas, las condiciones de bio-seguridad, la eliminación de riesgos físicos.

Existen muchos elementos de comodidad en diferentes áreas, por ejemplo, las de espera, incluyendo el acceso a teléfonos públicos, cafetería, parqueadero, etc., que antes eran poco considerados en el diseño de los servicios y que hoy en día se han convertido en una necesidad para sobrevivir en el escenario de competencia entre proveedores de servicios, por lo menos en las grandes ciudades y para las instituciones más complejas. A su vez, los servicios de información al usuario, un personal de vigilancia con mayor sensibilidad y profesionalismo, diseños que garanticen la privacidad de los enfermos, son condiciones necesarias para

que los servicios aumenten la satisfacción de los usuarios y, por tanto, la calidad global. Estos elementos a veces son evaluados por los usuarios como de tanta o mayor importancia que los elementos de la atención propiamente dicha.

Podemos extendernos con mucho detalle sobre las formas concretas de mejorar la calidad de acuerdo con la dimensión afectada en un problema de calidad, incluso es bueno tener en cuenta que un mismo problema de calidad puede tener varias dimensiones.

Por otra parte, conviene enfatizar la competencia profesional como eje de la calidad, sobre todo por el carácter obligatoriamente reflexivo que esta dimensión genera. Es necesario considerar que es con los profesionales de la salud, con quienes en la práctica ocurre el contacto del usuario con los servicios y que por tal razón, los elementos propios del prestador inciden de manera crítica en el resultado de la atención, sobre esta premisa es bueno proponer algunos elementos de trabajo, en dicha dimensión. Sería de interés señalar que los modelos de salud que generan resistencias notables entre quienes deben implementar los cambios tienen altas probabilidades de fracaso.

### **COMPETENCIA PROFESIONAL LA DIMENSIÓN HUMANA DE LA CALIDAD**

Tal vez sea de gran interés resaltar la competencia profesional como una dimensión de la calidad que depende principalmente del propio prestador y que, por tanto, puede ser intervenida por nosotros mismos si queremos que la calidad aumente. Casi siempre la mejor inversión en calidad es desde luego el talento humano.

En mi opinión y tal como he señalado en otros documentos, la competencia profesional tiene por lo menos tres aspectos a considerar: idoneidad, vocación y humanización, o si se prefiere calidez, dado que se entiende la atención dirigida a seres humanos.

Describo a continuación algunos elementos prácticos desde la reflexión personal que espero contribuyan a sensibilizar, sobre la importancia del abordaje y a mejorar la calidad.

*Idoneidad:* Se refiere a hacer bien lo que debe hacerse, es la pericia, la habilidad la calificación profesional, es lo que hace que un enfermo se sienta confiado en manos del profesional que lo atiende. En este sentido, influyen en la idoneidad desde luego los elementos de la formación básica en las universidades y la posibilidad real que estas tengan de ofrecerle al estudiante elementos teóricos y prácticos que le permitan adquirir las habilidades necesarias para un ejercicio de calidad. Aparte de ello, los profesionales nos debemos a los enfermos en términos de idoneidad, por esta razón es nuestra obligación revisar nuestras destrezas, definir qué lecturas nos pueden ayudar a estar permanentemente actualizados y que debemos leer en medio de los escasos ingresos y del poco tiempo de que disponemos. En este sentido, los cursos cortos de tipo práctico, la definición de los procedimientos que podemos y debemos realizar, la actualización de guías y protocolos de atención, el establecimiento de flujogramas, algoritmos y carteleros con pasos definidos a seguir en casos concretos, rotaciones por áreas quirúrgicas y de hospitalización, revisión de tareas, clubes de revistas y, sobre todo, el evitar la rutina del ejercicio elaborando revistas médicas revisando continuamente el proceso de las decisiones clínicas, con frecuencia y disciplina.

Los elementos de idoneidad no se quedan allí, nada reemplaza una inspección completa y cuidadosa del enfermo, interrogatorios precisos, diagnósticos claros y sobre todo un registro adecuado de todos los hallazgos en la historia clínica, la cual se debe retomar como elemento de prueba de nuestra idoneidad, con mucha frecuencia. Aparte de este registro existente, es evidente una carga exagerada de formatos, que los profesionales particularmente los médicos debemos llenar: epicrisis, solicitud de exámenes, registros de defunción, formularios de consentimiento informado, etc. No debe olvidarse, sin embargo, que las institu-

ciones dependen a veces para su sobrevivencia económica de estos formatos, lo cual es evidente en el caso de los datos que debemos apartar para que las facturas por accidente de tránsito se puedan cobrar.

En otro sentido, un profesional idóneo debe dar evidencias claras de constante alerta ante situaciones que pongan en riesgo al enfermo, evitar secuelas, por ejemplo, durante el transporte, tener habilidad para percibir las posibilidades del deterioro, manejar adecuadamente el dolor, el estrés, las condiciones de temperatura y, sobre todo, tener una constante actitud de aprendizaje.

*Vocación:* Con relación a la vocación, hemos repetido que se refiere a “amar lo que se hace y hacerlo con amor. Además, en esta dimensión se pueden involucrar conceptos como “afición”, es decir, esas ganas mas o menos justificadas que nos empujan a hacer algo, ese deseo espontáneo.

Hay gustos y deseos en diferentes escalas desde un deseo simple hasta una fuerte y continua atracción por algo. En la vocación también se incluye la experiencia, la cual refuerza y es reforzada por los éxitos e inclusive por los fracasos, pero a la vez debe tenerse en cuenta el concepto de “talento”, es decir, tener una actitud determinada para hacer algo, lo cual en principio es innato, pero que requiere de la experiencia para desarrollarse y del conocimiento como complemento del talento, de la experiencia y de la afición.

En este sentido, muchos de nosotros debemos hacer una reflexión sobre nuestra vocación, para evaluar si todavía contamos con los elementos que la componen y que debemos fortalecer. En otros casos, algunas personas deben valorar si sus respuestas inadecuadas se relacionan con una carencia de vocación para atender enfermos urgentes, ante lo cual la decisión más sana debería ser, intentar su reubicación en otras áreas de trabajo.

*Calidez:* La otra escala en la que debemos evaluar permanentemente nuestra competencia profesional, desde la dinámica de calidad, es la calidez o la humanización, para quienes prefieran el término, que cada día debe ser objeto de reflexión y aprendizaje. En términos de definición me he referido en diferentes foros a la actitud humanizante, señalando que con ella apelamos a la disposición, a la actitud de vida que nos permite entender la problemática del otro y por tanto respetarla, valorarla e intentar comprenderla, en una perspectiva de solidaridad humana, si se me permite, como acto de amor. Con frecuencia resumimos esta postura diciendo que es ser capaz de “ponerse en los zapatos del otro”.

En un mundo en constante cambio, cada vez más afanado, buscando en forma insaciable la productividad sin importar el propio ser humano y aún el planeta, cuando se privilegia la destrucción de la naturaleza sin medir el impacto de las acciones; resulta necesario plantear una reflexión de retorno a conductas más consideradas para con nosotros mismos, con nuestros semejantes y desde luego con nuestro entorno. El profesional de la salud con calidez, amabilidad, cortesía y respeto por el otro, especialmente si el otro sufre, se convierte entonces en una necesidad en medio de una sociedad venida a menos en sus valores, particularmente en su forma de valorar la vida misma. Quizás es a nosotros a quienes más compete, dar ejemplo de vida y presentarnos ante los demás, en medio de nuestros particulares problemas, como seres sensibles ante el drama del otro.

Las actitudes prácticas de calidez en este campo, incluyen una gran cantidad de recomendaciones y sugerencias. Me parece pertinente recordar algunas, la mayoría conocidas por nosotros, pero infortunadamente poco practicadas. Así, saber escuchar, establecer una dinámica de contacto que puede variar desde el contacto visual, hasta el abrazo estrecho, según la condición del paciente y sus propios valores, sonreír, consolar sinceramente, hacer agradable la voz, sobretodo no levantar innecesariamente el tono de la voz, mantener una actitud

calmada y comprensiva, evitando caer en el cerco de agresión que el propio paciente puede tender como reacción a su situación, son todas condiciones que hacen la relación entre el prestador y el usuario, más cálida y que contribuyen a mejorar nuestra propia calidad de vida y nuestra satisfacción con el trabajo, por otra parte significan mucho para el enfermo y cuestan muy poco.

Otros elementos que no deben olvidarse en este ámbito, incluyen el respeto a la desnudez y el pudor, el abordaje de los problemas relacionados con la muerte, desde el acompañamiento al moribundo hasta la información a los deudos sobre el hecho, la atención sin discriminación de raza, sexo, condición social, religión etc.

Se puede extender indefinidamente este listado de actitudes, señalemos, más bien, la importancia de estudiar el tema e intentar un abordaje en grupo de los problemas en una dinámica constructiva en la que se discuta sobre el acto y no sobre la persona, con el único interés de mejorar el servicio y a nosotros mismos.

Quizás en esta forma nuestros usuarios sientan que estamos interesados en ellos y en sus problemas y consideren de mayor calidad el servicio; probablemente en esta forma y no rindiendo cultos equivocados a la tecnología, o culpándola de nuestras deficiencias, empecemos a recuperar el espacio de respeto y de valor que debemos tener delante de la sociedad, independientemente de los múltiples conflictos que he señalado, y que sin duda nos afectan en el campo personal, en el de nuestros ingresos etc., pero que debemos atenuar en su efecto sobre nuestra actitud profesional y humana.

Hasta aquí, un panorama general de la situación y algunos elementos conceptuales de interés sobre la calidad que deben servir, sobretodo, como estímulo para revisar con mayor profundidad el tema.

## AVANCES EN MATERIA DE CALIDAD EN EL MODELO COLOMBIANO

Vista hasta aquí una concepción más general de la calidad, diremos que, es necesario tener en cuenta una notable cantidad de cambios en la concepción y el desarrollo de la prestación de los servicios de salud, analizar con criterios objetivos y reales los problemas de justicia sanitaria de los modelos de salud, entender las justificaciones de los conceptos de aseguramiento etc., sin caer en el extremo de juzgar con excesiva dureza o de incurrir en la perversión de perder de vista la dimensión humana de la atención en salud. Se debe buscar el equilibrio entre dos vertientes de pensamiento y revisar nuestra actitud personal ante el tema. La calidad, en todo caso, es un asunto con mucha fuerza en lo personal.

Desde esta perspectiva se presentan algunos de los elementos discutidos en el ámbito político, sin pretender pontificar o tener la verdad revelada sobre el mismo.

El primer debate planteado es sobre la líneas políticas que definen el nuevo modelo con relación al tema. Así que es importante señalar avance por lo menos en el contenido teórico y en la propuesta normativa. Los conceptos de *competencia entre proveedores de salud, la libre escogencia del usuario y responsabilidad de los diferentes actores del sistema con la calidad, está clara en diferentes puntos de la ley*. Estos elementos normativos no hacen otra cosa que instrumentar algunas de las obligaciones que se plantearon en el año 1991 en materia constitucional.

En segundo lugar, se han definido algunos parámetros generales sobre cómo darle operación a las propuestas de calidad, para lo cual se expidió el decreto 2174 de 1996 en el cual se definen las condiciones para desarrollar un sistema obligatorio de garantía de la calidad. Vale la pena señalar que existe una aparente contradicción de intereses entre

la palabra calidad y la palabra obligatorio. Sin embargo, al hablar desde la posición del otro como se verá luego, casi todos consideramos más seguro para nosotros que se cuente con un conjunto articulado de obligaciones esenciales que todos deben cumplir.

Este supuesto significa que el primer paso, por muchos criticado entre otras cosas, para avanzar en el largo proceso de mejoramiento de la calidad, sería definir una serie de condiciones que hemos dado en llamar *esenciales* y que cualquier prestador debe cumplir. Estas condiciones, como bien se le sabe denominan en el lenguaje internacional de la calidad como certificación. En el caso colombiano, declaración de requisitos esenciales. Ahora bien, este desarrollo político, técnico y normativo ha significado un esfuerzo de análisis de la realidad del país y requiere múltiples ajustes. La definición de mínimos incluye serios cuestionamientos administrativos, técnicos económicos y, desde luego, éticos. Teniendo en cuenta que es el Estado el que toma la decisión de definir los mínimos, y que esos mínimos pueden variar de acuerdo con muchas condiciones geográficas, técnicas culturales etc. Sin embargo cabría la introducción del concepto de igualdad y señalar que todos los colombianos sin importar su condición, tienen derecho a recibir igual CALIDAD para el mismo servicio. El debate también se refiere a la regulación del gasto en salud y de las inversiones de tal manera, que se optimice la utilización de los escasos recursos disponibles y se empleen en lo que en verdad se necesitan.

El concepto de requisitos esenciales para la prestación introduce algunos correctivos a las limitaciones del modelo y permite que los usuarios tengan una mayor garantía de calidad. A la vez la posibilidad evidente de que un proveedor de salud que no cumple requisitos, sea contratada, sin cumplir con los mismos, lo cual es competencia desleal, disminuye. Otro de los incentivos principales de la propuesta es influir en los prestadores en la formación de una cultura de la calidad.

Los requisitos esenciales tienen varios objetivos prácticos. En un sistema de competencia como el descrito, es necesario introducir elementos de regulación que eviten que un proveedor de servicios que no cumple con unas condiciones mínimas, pueda prestar los servicios en iguales condiciones que otro que ha realizado inversiones y que se preocupa por la calidad de lo que hace. Esta condición se presenta con frecuencia, sobre todo si las tarifas son las mismas para todos. Es claro que la introducción de requisitos tiende a favorecer al que los cumple, si bien queda el problema de que ocurre con los que no los cumplen sobre todo si pertenecen a la llamada red pública, que de todas maneras debe cubrir a los más necesitados. Las decisiones políticas, en este sentido, se basan en la definición de los mínimos, de tal forma que solo se admitan condiciones muy generales y se tiendan a atenuar los riesgos en la prestación.

Una utilidad política sobre todo en modelos descentralizados, es la optimización de las inversiones en el sector que deben hacer los gobernantes territoriales. Durante mucho tiempo en nuestro país se han gastado importantes recursos en tecnología no necesaria, inadecuada o francamente inútil, lo cual ocurre también con las construcciones. Una buena forma de impedir estos gastos es canalizarlos en procesos de concertación territorial hacia el cumplimiento de aquellas condiciones mínimas que no se poseen.

Por otra parte, la definición de requisitos debe trascender el ámbito de la simple estructura, lo cual se ha intentado de manera general en la reglamentación recientemente expedida<sup>13</sup>. Se consideran, además de los tradicionales elementos de estructura física, dotación, talento humano, otros más relacionados con el proceso y aún con el resultado, como los elementos de auditoría, los procedimientos técnico-científicos explícitos, etc. Esto proporciona un avance a una de las dificultades más grandes en la evaluación de la calidad y es la de centrarse exclusivamente en la estructura, lo cual ha sido una tradición en nuestro caso y en el de muchos países.

Otro elemento a considerar es el desarrollo del llamado modelo de acreditación de salud, acerca del cual hay que decir que los requisitos esenciales se convierten en la base para que las instituciones empiecen a generar procesos de mejoramiento de la calidad por encima de los niveles mínimos requeridos, con lo cual deben ganar espacio de competencia y, por tanto, el diseño del sistema debe incluir estímulos adicionales, bien sea en tarifas, exenciones tributarias, etc. a quien supere las condiciones esenciales. Es bueno señalar que en este proceso existen retrasos que deben ser materia de estudio y decisión del gobierno nacional, teniendo en cuenta que en el escenario internacional muchas de nuestras prestigiosas instituciones necesitan acreditarse para poder competir.

Existen además algunos trabajos adelantados en otras estrategias del sistema que de una u otra manera contribuyen a mejorar la calidad de la atención, por ejemplo, los relacionados con la regulación de la tecnología médica, en cuanto a su importación, uso, etc. La elaboración y aplicación práctica de planes de mejoramiento de la calidad es responsabilidad de todos los actores del sistema. El desarrollo de un sistema único de información en el sector y sobretodo la utilización de la información que el sistema genera de tal manera que contribuya al proceso de toma de decisiones, lo cual es un objetivo del sistema que beneficia la calidad global del mismo. Debe tenerse en cuenta que la utilización de los desarrollos tecnológicos en materia de informática es un reto para los modelos de salud que no los usan, así, la implementación de software para el diligenciamiento de la historia clínica, por ejemplo, puede ayudar a resolver algunos problemas de calidad y a generar discusión sobre otros aspectos tales como el tiempo dedicado a la consulta.

Desde luego, para cada una de las diferentes estrategias planteadas, existen una serie de adelantos, que no se pueden citar en esta presentación. Lo importante es resaltar la posición política, claramente abierta, al abordaje del tema como una prioridad, teniendo en cuenta sus implicaciones sociales, económicas y políticas.

## ALGUNOS ELEMENTOS PARA LA DISCUSIÓN

El debate está abierto y muchas de las preguntas sin responder. Quizás el mensaje más importante es tener claridad sobre la dinámica de los cambios. Nos guste o no, nuestra forma tradicional de asumir el rol de prestadores de servicios ha sido cambiada para siempre por actores externos, a veces preocupados excesivamente por las cifras, con criterios que a nosotros nos parecen infundados y deshumanizados pero que de todas maneras son reales y presentes. Se quedan sin abordar muchos elementos del modelo de salud, de sus mecanismos de regulación, de la medición misma de la calidad. El esfuerzo político hasta la fecha, ha sido orientado parcialmente a mirar con detenimiento los problemas estructurales asociados con la calidad. No cabe duda de la necesidad de mejorar la estructura física y de personal de nuestras instituciones; para mejorar la calidad de la atención se necesitan lugares más cómodos, más seguros, más amigables y adaptados a los nuevos requerimientos y deseos de la población. Pero a su vez, la calidad debe ser examinada en el proceso y allí los avances son menores, recién ahora comenzamos a ver la necesidad de colocar en explícito las pautas seguidas por los profesionales de la salud y surgen controversias relacionadas con las llamadas guías y los protocolos de atención<sup>14</sup>. Más allá está el problema de la evaluación de los resultados<sup>15</sup>, para lo cual cada vez resulta más necesario desarrollar indicadores sensibles y, sobre todo, mecanismos de comparación de resultados entre instituciones.

Independientemente del modelo de prestación de servicios que un país escoja, es indudable que la calidad es un tema de constante controversia y de búsqueda continua para los profesionales de la salud, al punto de convertirse en una obligación cotidiana. Desde el punto de vista de la justicia sanitaria, resulta conveniente tener en cuenta que los países deben desarrollar pactos explícitos sobre las coberturas de sus sistemas y hacer un balance de los gastos en los que puedan incurrir, de acuerdo con sus propias posibilidades financieras. Debe entenderse, en

todo modelo a propiciar, como objetivo político el acceso con equidad lo cual significa posiblemente la focalización hacia grupos pauperizados o en condiciones de extrema pobreza lo cual no es extraño en nuestros países. Los pactos deben ser difundidos, conocidos y apoyados por todos y evitar los dobles mensajes a través de mecanismos jurídicos que obren en paralelo, vindicando derechos que no pueden ser cubiertos por el sistema de salud.

Para el caso colombiano probablemente existe la necesidad de intervenir algunos elementos que han perturbado el desarrollo armónico de la propuesta teórica, principalmente aquellos relacionados con la utilización adecuada de los recursos por entes territoriales con notorias deficiencias de gestión, las evidentes limitaciones para ejercer controles adecuados y, por tanto, la pérdida de recursos que durante la etapa de transición hubiesen podido aumentar los logros de cobertura. Los aseguradores deben ser vigilados y su papel en materia de promoción y prevención debe ser fortalecido en una visión de largo plazo en la que al asegurador le interese que su afiliado permanezca sano. Quizás uno de los puntos más difíciles de resolver es, cómo fortalecer el patrón de solidaridad dispuesto en la norma y atenuar los efectos graves de la evasión. No debe desdeñarse el impacto funesto de las condiciones generales de la economía y del país, que desde luego inciden en las posibilidades del sistema dado que, a menor empleo menores posibilidades de afiliación y por tanto menor cobertura. En cuanto a las diferencias establecidas en los planes es evidente que se presenta una condición que, durante la etapa de transición por lo menos, resulta discriminatoria con los pertenecientes al régimen subsidiado dado que tienen menor cobertura.

Esta evidencia, de tipo anecdótico, debe corroborarse con estudios. Algunos datos con relación a los indicadores de salud generales comparados con el gasto útil, sin embargo, permiten establecer problemas de calidad, en contraposición con los aparentes éxitos en el aumento de la

cobertura, de la seguridad social que, adicionalmente, debe evaluarse si se ha transformado realmente en servicios prestados.

Ahora bien, el sistema de Ley 100 introduce algunos elementos en la estructura del sistema de salud, incluyendo nuevas instancias de coordinación, gestión y control, tratando de introducir la participación activa de múltiples actores. El nuevo sistema cuenta con un Consejo Nacional de Seguridad Social con representantes de diversos sectores. Sin embargo, el elemento principal es la introducción de las llamadas Empresas Promotoras de Salud, EPS, que obran como asegurador y que deben financiar los posibles servicios de salud requeridos por sus afiliados, para lo cual disponen de una Unidad de Pago por Capitación (UPC) definida en el contexto de un plan de beneficios específico llamado Plan Obligatorio de Salud.

Una de las limitaciones del modelo, es la introducción de planes diversos de acuerdo con la posibilidad de que el usuario pertenezca al llamado régimen contributivo, es decir, a la población con un empleo o cuando accede al sistema por ser el beneficiario de un subsidio. La crítica se centra en la discriminación que la propia ley plantea, al disponer diferencias entre uno y otro plan es decir, al contemplar exclusiones en el plan de atenciones para el beneficiario del subsidio. La dificultad puede ser entendida como una decisión política acorde con los estudios que se hayan realizado para determinar las posibilidades financieras del sistema, según las cuales no era posible financiar completamente, el plan subsidiado. En una mirada más amplia los problemas relacionados con esta decisión se reflejan, además, en la financiación de cierto tipo de instituciones de salud que, por vocación, deben atender población pobre subsidiada con un plan que no cubre algunos riesgos que dicha institución presta. Esta situación fue analizada en su momento por el CNSS llegando a la conclusión de que era necesario incluir algunas de estas actividades en el plan subsidiado como de hecho ocurrió con la atención de fracturas, las colecistectomías. Analizado el problema, es evidente el

dilema: o cubrir con poco a muchos. o cubrir con mucho a pocos. Las decisiones de este estilo son un importante panorama del estudio de la Bioética, que debe empezar a estudiarse con mayor profundidad evaluando su impacto social, lo que ocurre en los escenarios hospitalarios etc. y teniendo en cuenta los serios cálculos actuariales y los análisis de las posibilidades de cobertura, con una u otra medida en los plazos mediano y largo.

En resumen, los conceptos de planes obligatorios de salud plantean agudos debates sobre las decisiones sociales en materia de justicia distributiva y de equidad. La concepción de una unidad de pago captada y la introducción de un asegurador que se convierta en garante del costoso riesgo de enfermar, son elementos de interés y de propuestas novedosas que deben ser analizadas en su contexto, teniendo en cuenta los recursos disponibles y las posibilidades de financiación de la salud de un determinado país. Al respecto, vale la pena señalar el papel que los organismos del legislativo y las altas instancias jurídicas juegan, en el éxito o el fracaso de una propuesta teórica; baste señalar dos ejemplos: la frecuente intervención de la corte constitucional para tutelar los derechos de los ciudadanos a la vida, en lo cual encuentro completamente legítima la argumentación, sin que se deban dejar de tener en cuenta las implicaciones para la sostenibilidad financiera del sistema en su conjunto, sobre todo si dichos beneficios tutelados no estaban contemplados inicialmente en los planes de beneficios señalados expresamente en la ley, pues se supone, que dichas limitaciones de los planes se atienen a las posibilidades financieras. Otro punto tiene que ver con que se modifiquen las condiciones iniciales de financiación y los compromisos que el Estado tiene con el propio sistema, como puede observarse en el caso de la contribución del Estado a la financiación de la subcuenta de solidaridad y la Ley 344, que disminuye dicha participación.

Otras observaciones contundentes al sistema incluyen los problemas de adaptación, de transición y de gestión, partiendo de una eviden-

te inmadurez en muchos de los procesos sociales y las necesidades para que cambios tan estructurales funcionen. La velocidad de los cambios, el carácter paquidérmico de muchas instituciones de salud públicas especialmente, la excesiva libertad para manejar los recursos en un país que además está viviendo un rotundo y profundo proceso de descentralización, generan en mi opinión, los mayores problemas del sistema. ¿Se tratará de que el modelo es inoperante? O, más bien, ¿que quienes lo operan carecen de formación, de la solidaridad y de la honestidad necesarias para dar forma a las propuestas teóricas?

Los mínimos ejemplos sobre los problemas del sistema de salud previo a la implementación de la ley, obligan a tomar posiciones más prudentes con relación al análisis del impacto de la reforma en términos de equidad, eficiencia, efectividad, dinámica de crecimiento, cobertura y, por supuesto, calidad. La consideración de evaluación debe ser, si los habitantes del país han ganado en condiciones reales, expectativas de uso y de satisfacción con el servicio recibido, etc. Debe acotarse, por otra parte, que los problemas generales de la sociedad, sus limitaciones internas y externas, sus relaciones con otros países, la posibilidad de vender adecuadamente en los mercados internacionales sus productos, las tasas de desempleo, el contrabando, la evasión, el porcentaje de población económicamente activa que trabaja de manera informal, etc. inciden de manera directa en el sector salud y lo determinan.

A partir de estos elementos generales, tratados en forma superficial por cierto, se puede proponer una revisión sobre la calidad de atención en el sistema de salud. Los elementos conceptuales en los que se basa y sus desarrollos. La observación de rigor desde la Bioética será, por supuesto, preguntarse si las propuestas de aseguramiento universal, la introducción de aseguradores, la definición de planes, etc. contribuyen a que mejore o a que empeore la calidad y ¿por qué?. A su vez, desde el punto de vista de la administración de los servicios de salud, cabe preguntarse si tenemos la calidad de atención que se puede pagar con los

recursos disponibles y, de no ser así por qué y cómo podemos mejorar. Desde esta perspectiva se resume estas transiciones con toda precisión, señalando: “la calidad de la atención médica no es ya un valor gratuito adjudicado al profesional de la salud por el mero hecho de ejercer su profesión. Ya no consiste sólo en otorgar servicios sino en otorgarlos bien. Ya no se trata de medir la calidad sino de mejorarla continuamente y garantizar al paciente que recibirá los mayores beneficios posibles con los mejores riesgos. No se trata solo de mejorar continuamente y garantizar un nivel adecuado de calidad sino hacerlo con eficiencia y de manera explícita”.

Desde luego, estas transiciones están mediadas por muchos de los factores que intenté describir al principio, el desarrollo tecnológico marca la calidad de la atención en salud, le impone nuevas obligaciones de instrucción y conocimiento a los profesionales de la salud y esto significa mayores costos para el sistema, los ejemplos abundan, en nuestro caso por citar sólo uno, el desarrollo de nuevos medicamentos eficaces para el tratamiento de los enfermos de SIDA. Significó la modificación del listado básico de medicamentos esenciales. Pero, además, hoy en día las poblaciones están mucho más informadas sobre estos avances, los tienen en el Internet, los preguntan a sus médicos o se los requieren al sistema. La pregunta es: ¿cómo establecer sistemas para controlar el creciente costo de la tecnología? ¿Cómo utilizarla racionalmente? ¿Cómo mediar las necesidades con los recursos disponibles?. A su vez, la calidad se ve cada día más influida por los elementos de la Macroeconomía, la globalización y la concepción, un tanto molesta para nosotros los profesionales de la salud, de que los elementos de medición, evaluación etc. provenientes de la industria sean aplicables a nuestro trabajo, lo cual puede conducirnos a la maquinización y cosificación del ser humano. De hecho, muchas de las críticas a los cambios (un poco la resistencia) se deben, en particular, a una concepción limitada de los aspectos humanísticos de la calidad que son de fondo, razón de ser de los profesionales de la salud. En ese sentido siempre se señala que la calidad

tiene dos grandes vertientes: la dimensión técnico científica y la dimensión interpersonal. Esta última se ha convertido recientemente en uno de los problemas más críticos, si se tiene en cuenta la imposición de determinados estándares, por ejemplo, tiempos precisos para la atención, indicadores concretos de desempeño, etc. Sin embargo, y en el contexto de un modelo de salud como el nuestro cabe, reflexionar si ese es el fondo del debate, si los tiempos de atención y las consideraciones de calidez y trato con los usuarios son previo o posterior a la implementación del nuevo modelo, si detrás de esa crítica no hay un grave problema de actitud y de vocación, si el interés económico de los profesionales no influye en esta actitud lejana y deshumanizada de algunos profesionales de la salud y sobre todo si es posible mejorar dichos elementos. A la vez, corresponde a los gestores políticos preguntarse si el excesivo énfasis en los indicadores, en la definición de tiempos, en la preocupación por la cobertura o en los flujos de los recursos ha puesto en riesgo la calidad global del sistema.

En este sentido, y teniendo en cuenta los avances del sistema, resulta más conveniente en mi opinión unificar los planes aunque se sacrifique la cobertura, lo cual resulta controvertido desde el punto de vista ético.

Otro elemento que debe resaltarse en esta síntesis es el análisis serio y profundo de los indicadores de salud, para evaluar los impactos reales del modelo en la salud de la población. En este punto, debe tenerse en cuenta la necesidad de evaluar el impacto en años de vida saludables perdidos, con el llamado perfil epidemiológico de transición, que agrega dificultades a las ya descritas. Los miles de muertos y heridos de nuestra guerra cotidiana, no sólo la de los grupos en conflicto, responsables de menos del 15% de las muertes, sino la de la gran mayoría de los asesinatos cometidos en riñas, robos, etc. Debe evaluarse con urgencia, en términos de los principios de la Bioética, si los planes de salud y el modelo propuesto incluyen opciones serias y propuestas de

solución más estructurales, que la de intervenir con costosa tecnología sobre los heridos o contar los muertos.

Con relación a la calidad, algunas críticas se relacionan con la validez de hablar del tema, cuando existen tantos problemas de cobertura, tantas limitaciones de tipo económico y tantos problemas por resolver. Nuestra repuesta siempre ha sido contundente: es justamente por los problemas, por lo que se hace urgente hablar de calidad. Sin embargo, los debates más grandes con relación al tema de la calidad se refieren, en el caso de Colombia, al tipo de decisiones políticas que se requiere tomar para impulsar la calidad de la atención, tema en el cual hasta ahora se están dando los primeros pasos, los pactos sociales por la eficiencia, la definición de condiciones mínimas de estructura. Proceso y resultado son avances, pero debe tenerse en cuenta la necesidad de que cada actor asuma su propia responsabilidad con la calidad, lo cual incluye al prestador y, de manera principal al asegurador, que adquiere en el modelo unas responsabilidades claras con su asegurado, las cuales hasta el momento están en proceso de asimilación por parte de todos los actores del sistema.

## REFERENCIAS

<sup>1</sup> A propósito, vale la pena tener en cuenta la manera como ocurren los cambios de paradigma y la dificultad práctica que tenemos para concebir el mundo de manera diferente, Ver Thomas Khun, *La estructura de las revoluciones científicas*, Tercer mundo Editores.

<sup>2</sup> Es interesante tener en cuenta que este cambio histórico ocurre en nuestro país en forma transicional y en un periodo largo que abarca una concepción inicial, en la cual las enfermedades de los individuos no eran algo que pudiera plantearse en alguna relación con el papel del estado, puesto que ese era un terreno perteneciente a la vida privada y cada quien con sus propios medios debería resolver tales problemas. El que no contara con recursos podría acudir a la caridad pública o religiosa. Es hacia 1932 que se plantea la actitud del gobierno liberal interventor (López Pumarejo) "La salud es un deber del estado y la base del progreso nacional". Al respecto es de interés el excelente artículo "introducción a la Historia de la Salud en Colombia" Mario Hernández, en *Memorias de la Situación de la Salud en Colombia*. Instituto Nacional de Salud 1995.

<sup>3</sup> Daniels Norman, *Is there a right to health care, and if so, what does it encompass?* Mimeo 1998.

<sup>4</sup> *El hospital público tendencias y perspectivas* OPS-OMS1994.

<sup>5</sup> M.I roemer. Y C Montoya Aguilar OPS 1988

<sup>6</sup> "Conviene tener en cuenta que el término calidad de vida como bien lo plantea Diego Gracia, no proviene de la medicina, de la filosofía o de la ética, sino de la teoría empresarial primero y de la sociología después y que a la vez el término calidad es un término evaluativo, la calidad es un valor, no un hecho". *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*. P.156.157.

<sup>7</sup> Debe tenerse en cuenta el costo de la salud en EEUU cerca del 14% del PIB del país más rico de la tierra con deficiencias de cobertura cercanas al 35% de la población. En nuestros países el desperdicio, incluye múltiples factores como la ausencia de mantenimiento que daña los equipos, el robo y el sobrecosto de suministros etc.

<sup>8</sup> *Profesión Médica. Investigación y Justicia Sanitaria*. Diego Gracia. 1998. P172.

<sup>9</sup> Dworkin "Justice in the distribution of Health care" McGill Law Journal 1993.38(4): 883-898

<sup>10</sup> Con relación al tema es de interés revisar el compendio "La reforma de la seguridad social en salud" Ministerio de Salud 1995 y el reciente artículo "La ley 100 entre la gradualidad y la cobertura" Juan Pablo Uribe y Henry Mauricio Gallardo en Economía Colombiana y Coyuntura Política Contraloría General de la República No. 271 Junio de 1998.

<sup>11</sup> "La necesidad de la calidad" Enrique Ruelas, en *Revista Calidad de Atención en salud* México 1994.

<sup>12</sup> "Garantía de Calidad de la Atención de Salud en los países en Desarrollo" Lori Diprete Brown, Lynne Miller Franco, Nadwa Rafeh, Theresa Hatzell. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo internacional. E.U 1997.

<sup>13</sup> Resolución 4252 de noviembre de 1997. Definición de requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud.

<sup>14</sup> Ver "Guías Integrales de Atención, Elementos para el Debate" Carlos Edgar Rodríguez H, 1998. Minsalud. Documento de trabajo.

<sup>15</sup> Al respecto sugiero revisar el excelente artículo "Como medir la calidad", Dr. Ramón Bel Castaño. *Revista "Vía Salud"* Número 5 1998.