

**LA CALIDAD Y LA GESTIÓN DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE SALUD
(ENSAYO)**

POR:

**ADRIANA ROCIO BELTRAN ACOSTA
WALTER ORLANDO RODRIGUEZ CHAVARRO**

ASESORA:

LUZ MERY GUEVARA

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE ECONOMIA
ESPECIALIZACION EN MERCADEO DE SERVICIOS
BOGOTÁ, JULIO DE 2012**

LA CALIDAD Y LA GESTIÓN DE SERVICIOS EN EL SISTEMA DE SALUD

En el quehacer cotidiano de la población Colombiana, se viene desarrollando un tema bastante preocupante para todos nosotros, y es lo relacionado con la prestación de servicios de salud, en cada una de las Empresas Promotoras de Salud, que se ha visto envuelto en múltiples problemas y que ha traído consigo dificultades a la hora de la prestación de este. Es por eso tan importante tocar un tema bastante álgido para Colombia; usar las palabras calidad y salud, nos impone cuestionarnos sobre la calidad de los servicios de salud que se prestan en nuestro país, y hace imprescindible reflexionar también sobre la calidad de profesionales que se encuentran en las diversas instituciones prestadoras del servicio de salud, lo que nos lleva finalmente a otro cuestionamiento: ¿Cuál es la verdadera calidad de los profesionales que salen de las diferentes instituciones de educación superior?, bien sea como técnicos o profesionales de la salud y concretamente dentro de aquella formación; es menester puntualizar cuál es la formación que se recibe y la experticia con que se ejerce, en cuanto a la calidad humana.

En la prestación de servicios de salud, los usuarios perciben directamente si, aquellos se brindan con calidad, cuando observa que el personal que los presta, lo hace con la diligencia necesaria y con amabilidad, mandatos imprescindibles en un buen servicio al cliente que se traducen en la atención de las necesidades por las que acuden al servicio de salud; ahora aclaremos el concepto de servicios de salud según Restrepo y Mejía definen: *“Los servicios de salud son ayudas que ofrecen y reciben las personas para satisfacer necesidades relacionadas con la protección y optimización de los procesos vitales, y con la prevención y control de aquellos eventos (daños) que los afectan desfavorablemente”* (2005, pag 75)

Partamos por definir qué es calidad dentro del ámbito de la salud: según Blanco, la calidad es un atributo variable de las personas y las cosas. En el caso de los bienes y servicios la calidad es un atributo valorado positiva o

negativamente de acuerdo con criterios convencionales previamente aceptados como sugestivos o indicadores de calidad (Blanco, Restrepo & Maria, 2005).

De igual manera en el Decreto 1011/06 en el artículo segundo, inciso tercero se dice que: la calidad de la atención de salud se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre los beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

También Malangón define la calidad en servicios de salud como: el nivel de desarrollo y operatividad que garanticen el logro de los mayores beneficios, en la función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos disponibles para el usuario, con los menores riesgos posibles para el usuario con los menores riesgos posibles de acuerdo a los recursos disponibles para su nivel de complejidad con niveles éticos y sociales imperantes (Malagón, Galán, & Pontón, 2009, pág. 12).

Tal vez podamos entender de mejor manera el significado real de la palabra calidad, aproximándonos al mismo de manera negativa; es decir, la calidad es entendida como todo aquello que nos permite alejarnos de la no calidad, de la prestación de un bien o de un servicio sin calidad, aunque suene un poco simplista; esto lo que nos da a entender es que la calidad resulta ser todo aporte, toda acción sobre ese bien o sobre esa prestación que permita alejar del pensamiento de cada usuario, desde su propia percepción muy personal, toda sensación de ser atendido o de estar recibiendo algo sin calidad.

Ahora que podemos señalar un principio de claridad conceptual sobre la significación de lo que es calidad, y dentro de aquél más específicamente sobre la calidad en salud, podemos pasar a definir desde otro punto de vista, no ortodoxo, lo que implica cada una de las frases mencionadas en los párrafos precedentes.

Empecemos por tratar la calidad de los servicios de salud en Colombia:

Para nadie es un secreto que éste es un tema álgido en la población colombiana; nadie puede hoy desconocer que la prestación de los servicios en salud es considerada por la generalidad de la población usuaria de estos servicios, como de muy mala calidad; ésto es visible por todos quienes integramos el sistema de salud, y se hace evidente en el diario discurrir de la vida hospitalaria; veamos algunos pequeños ejemplos que desde la experiencia laboral nos permiten fundamentar esta conclusión:

Los centros hospitalarios están acostumbrados a contratar muy poco personal de la salud para la atención de varios pacientes, de ahí partimos para hacer referencia a una noticia que publicó la Federación Médica Colombiana en su portal web con el referente de Pacientes, a merced de la negligencia de sus EPS; este boletín presenta una serie de casos denunciados por los usuarios de una EPS; uno de estos casos un usuario manifiesta que:

“Según Martínez al solicitar una cita con un médico general ésta es mínimo para dos días después y en ese momento uno debe dirigirse a la sala SIP de la EPS. Allí sólo hay cinco personas para atender la gran cantidad de usuarios que estamos zonificados en la IPS”, señaló; “después de varias quejas que presenté en noviembre, me dijeron que según la cantidad de usuarios adscritos a esa IPS solo son necesarias esas cinco personas, pero yo les demostré que uno podía demorarse en la fila más de dos horas”. (2012).

Casos como éstos, nos demuestran que por esta causa los pacientes no se sienten bien atendidos y más aún, si el paciente se encuentra hospitalizado; en donde se necesitan varias enfermeras para un ala y en el que se observan poca cantidad de profesionales para atender a los pacientes, se dificulta el proceso de una atención con calidad y es ahí cuando se evidencian las quejas por los familiares de los usuarios, o por ellos mismos; lo más complicado de esto es que el paciente cuando es atendido, ya han pasado varios minutos; ¿Cómo pudiéramos pensar que un buen servicio prestado a la comunidad puede ser atendido con déficit de personal para satisfacer las necesidades del

cliente-paciente?. Cuando una entidad bancaria recorta su personal de atención en caja y sus clientes tienen que hacer largas filas para que su necesidad sea satisfecha resulta claro que no, se está prestando un servicio con calidad; la consecuencia, es que el cliente tarde que temprano cambia su cuenta para otro lugar, buscando una atención con oportunidad y celeridad; más dramática la situación cuando se trata de la salud y de la vida de las personas, quienes por un mal servicio tal vez no puedan nunca más, cambiar su entidad prestadora de servicio de salud.

Muchos de nuestros pacientes no gozan de un nivel de conciencia que les permita realizar sus necesidades y funciones básicas, algunos otros tienen limitaciones físicas que tampoco les permiten hacerlo; por eso la responsabilidad del personal de la salud se maximiza, y la necesidad de un servicio con calidad y oportunidad se hace imprescindible; veamos por ejemplo, cuando un paciente requiere un cambio de pañal, dicha necesidad debe ser atendida de manera inmediata; si bien esta necesidad no compromete en el corto plazo la vida o la salud del paciente, si no es atendida con prontitud, hace que el usuario se sienta mal, se sienta incomodo, vaya perdiendo su autoestima y su dignidad como persona; de la misma manera su familia percibe aquello como un mal servicio, y en efecto lo es; la prestación de los servicios de salud también trae implícita la atención de estas necesidades colaterales o coyunturales que hacen que el paciente se sienta bien atendido; los prestadores del servicio, para el caso auxiliares de enfermería, deberían siempre y en todo momento, tener plena conciencia del deber ser de su profesión por más desagradable que resulte su labor en algunos casos.

En otros campos como el nuestro, la Fisioterapia, también desafortunadamente se observan situaciones semejantes que llevan normalmente a que los usuarios, asuman que el servicio que se les presta es malo y sin ningún estándar de calidad; es usual que para el cambio de posición en la cama, que se debe hacer como máximo cada dos horas (para evitar las llamadas zonas de presión y las escaras en la piel de los pacientes) conlleva no pocas veces problemas y quejas de los usuarios y sus familiares; si bien los

fisioterapeutas tienen el deber profesional de realizar el trabajo pertinente para el mantenimiento tegumentario del paciente, dentro del cual está el cambio de posición de aquellos, sabido es que el trabajo de fisioterapia con pacientes hospitalizados, se realiza máximo dos veces al día, por lo que necesariamente para atender con calidad ésta necesidad que hemos anotado en precedencia, se hace imprescindible la interdisciplinariedad al momento de avocar el problema; es decir, si el terapeuta pasa dos veces por día a ver un paciente, es necesario que un equipo interdisciplinario se ocupe de movilizar a dicho paciente, para que al menos cada dos horas esté protegido su sistema tegumentario y así podamos paliar los efectos de un encamamiento prolongado, esto a su vez nos permite, enfocarnos en el objetivo principal de la atención del paciente en cama y permite desarrollar un trabajo con calidad.

Por otro lado, podemos nombrar las urgencias en los diferentes hospitales, donde se tiene que esperar más de cinco horas para poder ser atendido; este problema se atribuye a la falta de organización de los servicios de urgencias; Castro, Cohen, Lineros y Sánchez, establecen que:

La situación de congestión a nivel de este servicio es un problema que ocurre a nivel mundial, que aún no tiene un marco de definición claro y para el cual se ha tratado de plantear soluciones, pensadas de acuerdo al diseño y funcionamiento de los servicios de urgencias de cada país.

En Colombia, no existe una herramienta para cuantificar el grado de congestión de los servicios de urgencias que sea aplicable a su realidad, por lo que no hay un lenguaje unificado entre instituciones que permita conceptualizar lo congestionado de un servicio en un momento dado, ni las estrategias que se realizan tienen la rigurosidad y validez suficiente para la ejecución de planes de acción en cada servicio. (2010)

Es por esto que se evidencian problemas en la atención de los usuarios cuando llegan al servicio de urgencias; al no existir un mecanismo que nos permita identificar el grado de congestión al que puede llegar un servicio y qué medidas podemos aplicar, para que no se siga presentando ese problema y se

den soluciones efectivas a esta situación. De igual manera no se niega que estos servicios son utilizados mayoritariamente por la población para conseguir una consulta externa con un médico general, o con un especialista, pero aquí también existe un problema, y es que la oportunidad de los servicios en salud que se le está ofreciendo a los usuarios, es extremadamente lejana, por lo que en el colectivo imaginario ha surgido la idea que esta es una forma para ser atendidos rápidamente; cuesta mucho pensar que alguien en sus cinco sentidos pudiera desear acudir a urgencias por una simple gripe, con las molestias que esto de por sí ya trae, si no existiera una razón estructural de fondo en la atención médica que se presta, que lleve a pensar a los usuarios en que aquella es una forma de atender prontamente su necesidad; es evidente que si el sistema ofreciera suficientes citas médicas para atención de problemas menores o preventivos a los pacientes, en sitios razonablemente cercanos para aquellos y con los profesionales idóneos y necesarios, los pacientes optarían por acudir a estos lugares y servicios, descartando ir a los hospitales a saturar el servicio de lo que sí, es una urgencia.

Para aclarar lo anterior podríamos citar y de paso aclarar para muchos, los niveles de prevención existentes en el actual modelo de salud; específicamente la prevención secundaria o intervención preventiva secundaria tal cual como lo menciona Restrepo y Mejía en su libro de salud pública:

Prevención primaria: Comprende la promoción y fomento de la salud y la protección específica. Su acción está encaminada a proteger las poblaciones vulnerables frente a aquellos factores que pueden deteriorar la salud y producir enfermedad.

Prevención secundaria: Comprende el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la prevención de secuelas. Busca intervenir en la fase pre-sintomática (periodo patogénico subclínico) con el fin de impactar el desarrollo de los problemas de salud en las fases iniciales, evitando complicaciones y deterioro de la calidad de vida.

Prevención terciaria: Su intervención se produce cuando el individuo está enfermo, buscando reducir el daño, evitar la permanencia de secuelas, invalideces y muertes prematuras y atendiendo a las necesidades de reintegrarlo al entorno, comprende la rehabilitación física, psicológica, social y laboral. (2005, pag 5)

Igualmente, en el caso de la hospitalización o cuando se está haciendo uso de los servicios de consulta externa, se enfrentan los usuarios a otra clase de problemas, que atentan contra un servicio con calidad, como lo son las múltiples autorizaciones, las grandes filas para pedir medicamentos, citas y otras más que ya son conocidas por el público en general más aún por el personal de la salud; el Congreso de la República ha venido legislando para descartar los trámites, papeleos y requisitos inútiles, no entiende uno la razón para que estas normas no toquen los procesos y procedimientos en salud; incluso hoy con la salida de la nueva ley llamada estatuto anti corrupción, que en gran medida ha tocado los servicios en salud, debería haber incluido un capítulo para estudiar la tramitomanía y el exceso de papeleo que envuelve a los pacientes, que desmejora el servicio y en grados extremos genera corrupción y hacen que los servicios en salud, cada vez sean más lentos en sus procesos, debido a tanta tramitología.

Y así podríamos seguir refiriéndonos a muchos ejemplos, porque en realidad la salud está funcionando de una manera desorganizada y paquidérmica, con una evidente falta de recursos, pues la mayoría de éstos son destinados para cosas no compatibles con aquello para lo cual fueron destinados, con la existencia de innumerables corbatas, que no son más que cargos dejados a personas sin los suficientes conocimientos ni la experticia necesaria, generalmente y también lamentablemente en los cargos más altos de la administración de la salud, a donde llegan ahí por recomendaciones del político de turno, por amiguismos o por las mal llamadas palancas; pero nunca por sus méritos, nunca atendiendo el llamado estatal a la meritocracia, que no es más hoy que un mero saludo a la bandera. Uno de estos casos es el que se vio reflejado hace poco, con el escándalo de Saludcoop, donde se desviaron

cuantiosas cifras para el beneficio de unos; el diario El Espectador publicó el 21 de enero del 2012 en una de sus noticias, el expediente inédito de la EPS Saludcoop, en uno de sus párrafos Néstor Quevedo mencionaba:

“La indagación en Saludcoop arrancó el 4 de abril de 2011. De inmediato se ordenó una visita especial a la presidencia, así como a las compañías Efectiva y Audigroup. Se hizo después una de la Superintendencia de Salud, a la empresa IAC Jurisalud. Luego vino la inspección al Condominio Villa Valeria. Posteriormente, se hicieron nuevas visitas a la EPS y a otras de sus subsidiarias y se recopiló abundante documentación. El 20 de octubre se cerró la indagación preliminar y el 28 de diciembre se expidió el auto fiscal.

En concreto, y para citar algunos casos, se detectó que \$17.140 millones de la salud fueron invertidos en un software para la empresa filial de la EPS Heon Health, pese a que la propia SaludCoop ya lo había desarrollado y entregado a la misma Heon. En pago de honorarios a abogados, asesores y consultores se destinaron, de manera indebida, \$23.624 millones”. (2012)

Por eso, el sistema de salud no sólo estructuralmente está mal concebido y, está débilmente planificado, sino que resulta que los órganos de dirección, están mal ejecutados, conteniendo una perversión en su base.

Cuando un servicio que debe tener una raigambre eminentemente humana y social, concebido ética y moralmente en los principios base del conglomerado social, entendido como un verdadero servicio público, el cual debe estar a cargo o al menos realmente supervigilado por el Estado, se convierte de la noche a la mañana en un mero negocio de unos pocos, sin que para este cambio medie previamente una evolución y avance de la cultura social, simplemente estamos reuniendo todos los ingredientes para un sistema de salud en perversión, con pobreza, vulnerable, nido de corrupción, que desencadenara la deshumanización del sistema y de sus prestadores; cabe resaltar que esto está muy relacionado con la ética y moral que deben tener todas las profesiones más en aquellas que están enfocadas en el área de la salud.

Por lo tanto es importante indagar; ¿Es ético obtener rentabilidad en los servicios de salud? Antes de responder esta pregunta debemos distinguir entre la rentabilidad económica y la social. La primera es mera ganancia en dinero, la segunda corresponde a todos los beneficios sociales que la actividad produce; es el impacto en la sociedad.

La seguridad social en manos del Estado se vuelve fácilmente burocrática e ineficiente; si se deja en manos del mercado, puede volverse injusta, pues no atiende a todos los asociados sino a los que puedan pagarla, excluyendo la solidaridad esencial en todo sistema de salud.

Nunca ni por ningún motivo puede éticamente anteponerse la rentabilidad económica al beneficio de la sociedad o del paciente. Si una acción es más rentable económicamente que otra que lo es menos pero que produce más beneficio al usuario, debe preferirse ésta. (Maya, 2005)

Concentrémonos ahora en la calidad de profesionales que se encuentran en las diversas (IPS) Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud, no sin antes hacer referencia de un aparte interesante para el conocimiento de los lectores:

El control de calidad de los servicios es una actividad difícil, porque estos son por naturaleza fugaces; ello obliga a los prestadores a definir criterios propios para realizar dicho control. Entre los criterios de calidad aplicados por las empresas de servicios se cuentan; el grado de satisfacción expresado por el beneficiario; la calidad del soporte físico del servicio, según sus características físicas y funcionales; la calidad de la tecnología utilizada por la empresa; la calidad de los prestadores del servicio, según sus características personales y profesionales y las características de su relación con los usuarios; la calidad del servicio como satisfactor de las necesidades del usuario (eficacia, disponibilidad, presentación, cualificación, interacción con otras necesidades); el grado y el tipo de participación de los beneficiarios en la prestación del servicio. (Gómez, 2005, pág. 60)

Desde la experiencia laboral, podemos afirmar con certeza que la mayoría de los profesionales que contratan las diferentes instituciones no son los

mejores y no tienen ni la actitud, ni la aptitud para atender las diferentes exigencias que su responsabilidad laboral les trae a diario.

Desde la simple condición y disposición personal se observan muchas dificultades: no se apersonan de su rol, ni se comprometen con su labor; no es raro ver por los pasillos personal que prefiere estar chateando con un Blackberry, antes de estar atendiendo las necesidades de sus pacientes; enfermeros (ras) que juzgan precisamente a sus pacientes porque otra vez hay que cambiarlos de pañal, porque nuevamente hay que canalizarlos, o si requieren de su presencia para atender o resolver cualquier duda que les surja.

Entonces, nos preguntamos ¿Para qué estas personas se han querido integrar a prestar servicios como personal de la salud?, si todas y cada una de las necesidades, por simples o desagradables que sean, resultan ser precisamente nuestros deberes; para eso nos preparamos, para eso nos vinculamos laboralmente; esas son nuestras funciones; esos son nuestros deberes y esas deberían ser nuestras mayores satisfacciones.

El deber ser del servicio de salud, es la atención de la mejor manera posible, tratando de suplir de manera científica y profesional lo que en su casa no les pueden brindar, pero haciéndolo con la calidez y la entrega de sus propios hogares; eso a nuestro juicio, es aquello que lamentablemente le pasa al personal de la salud hoy en día en nuestro país; ojo, no es el objetivo ni la pretensión juzgar a la mayoría de profesionales en salud, pero si hay un buen porcentaje que hace quedar mal a los que realmente trabajan, se entregan e interesan por sus pacientes, se queman las pestañas, les brindan alegría, los consienten y los tratan bien.

Esto no es pedir mucho; es comportarse con la mejor calidad humana; es pensar por un momento y colocarse en los zapatos de su paciente, pues ellos también son pudorosos, sienten, están apáticos por su enfermedad, no quieren que nadie los mire, se sienten vulnerables. Nosotros tenemos el compromiso de solventar y suplir aquellas falencias y necesidades de nuestros pacientes, pero no de cualquier manera; nuestro servicio no es un cumplimiento de un

mero deber; es el ejercicio de una profesión eminentemente humanística y de responsabilidad social importante, por lo que todo cuanto hacemos debe ser acometido con la calidad y el compromiso que nuestra profesión amerita, sin perder de vista nunca que nuestros pacientes son seres humanos los cuales merecen un trato siempre digno por más gravosa o desagradable que sea su situación de salud.

A su vez, la calidad del servicio en diferentes instituciones se ve afectada por la infraestructura que poseen, que en determinada manera no cumple o no tienen la capacidad instalada, para atender a todas las personas que llegan por el servicio de urgencias; este caso se vio reportado por el diario El Espectador en una de sus noticias, en él Cantillo dice que:

“El viacrucis que tiene que padecer un bogotano para ser atendido por un hospital de la red pública es comparado con el que tienen que soportar enfermeras y médicos quienes se las ingenian para ofrecer el servicio: A falta de recipientes para depositar agujas entonces se emplean galones y tarros que antes contenían otros productos; para que los enfermos no se deslicen y se caigan de las camillas truncan las colchonetas con un pedazo de cartón; el hacinamiento es tal que han tenido que acomodar las bodegas de almacenamiento para atender a los pacientes; no existen salas de aislamiento así que separan con biombos a los pacientes con enfermedades contagiosas”. (2012)

Estas situaciones, en las que no existen los materiales adecuados para atender a los pacientes y en donde la infraestructura no cuenta con la capacidad para atender a todos los enfermos; evidencia una más, de las problemáticas que tiene la atención de salud en Colombia y nos muestra las deficiencias de los servicios en los diferentes Hospitales o Clínicas, que ocasionan que el paciente no se sienta augusto con la atención y en vez de mejorar al asistir a urgencias, genera que el paciente salga más enfermo y con un deterioro más amplio de su salud; es por esto que las personas siguen catalogando a los servicios de salud en Colombia, como servicios pésimos.

Comprender las características del servicio puede ayudarnos a mejorar nuestro desempeño profesional e incrementar el nivel de satisfacción de la población que requiere de nosotros; los servicios de salud revisten una característica peculiar que no se encuentra en otros: su objeto directo es la vida misma y su demanda puede ser inaplazable. Lo anterior hace que los servicios sean una actividad sui generis difícil de comparar o valorar con los criterios usuales de la administración, cuya comprensión no se logra desde los principios técnicos, ni desde la dinámica del mercado, sino también desde perspectivas éticas donde se refleje el valor que cada uno de nosotros conceda a la armonía de la naturaleza y a la vida en todas sus manifestaciones. (Gómez, 2005, pág.76)

Este tema es bastante importante, más aún cuando ahora las universidades no piensan tanto en el ámbito educativo, en la formación de sus profesionales, sino que priorizan lo económico y el ánimo de lucro en la prestación del servicio educativo, dejando de un lado la enseñanza como meta, la educación y formación, no sólo en conceptos, sino en principios éticos y morales, permitiendo sacar de nuestros planteles de educación superior verdaderos profesionales y técnicos con unas capacidades y potencialidades integrales, que verdaderamente aporten a la sociedad y que no solo esperen lucrarse de su profesión, aún a costa del sacrificio de aquellos a quienes están llamados a servir; a continuación un aparte para profundizar la rama educativa donde nos hace reflexionar como ciudadanos, estudiantes, docentes:

Como dice Paulo Freire “nadie educa a nadie, todos nos educamos” (2005). El educador en salud debe estar dispuesto más que a enseñar a aprender de los educandos, es decir, que su acción estará centrada en la facilitación para la motivación y la reflexión que favorezca la argumentación y la decisión para la acción o concientización a través de procesos de comunicación dialógica e interactiva entre los sujetos.

Esto indica que la relación entre el educador y el educando, si así se pudiera llamar, no solo debe ser horizontal sino bidireccional, debido a que las demandas y potencialidades entre ambos son dimensionadas por la

intersubjetividad de las ideas y principios de la acción humana que objetivizan y resignifican permanentemente los conceptos y prácticas que se intercambian, siempre y cuando estas sean dadas a partir de un entorno concreto. (Freire, 2005, pág. 135)

Las universidades se están acostumbrando a sacar profesionales por sacarlos, a no prestar atención en los procesos internos que se están llevando; ahora los universitarios tienen pereza mental; esto lo recalca la universidad Simón Bolívar en su página interactiva, donde el docente Ivan Felipe Rubio argumenta:

“El facsímil representa la incapacidad mental, pereza y mediocridad que un sujeto evidencia a la hora de efectuar una tarea, informe, labor o actividad asignada por cualquiera, llámese docente, que desea conocer los discernimientos, actitudes y desempeños subjetivos ante un tema específico; ahora, es imperativo reflexionar en el porqué del recurrente de esta práctica facilista y deshonesta” (2012)

Cuando se presentan este tipo de conductas, suelen hacer referencia sobre la culpabilidad de estas conductas y hay quienes culpan a los alumnos porque el paso generacional hace que éstos, se vuelvan más incapaces de leer de libros, de profundizar; la cultura del facilismo académico se está tomando nuestras aulas, porque son en general mediocres y tienen los medios de buscar una página, Mr. Google lo que ahorra tiempo y esfuerzo que suelen dedicar a toda suerte de actividades lejanas al crecimiento intelectual, también cabe recalcar que este tipo de actitudes por parte de los universitarios se debe al ámbito cultural de nuestro país, que cada vez exige personas capaces de trabajar, mas no de producir y que en cierta medida son profesionales que lo único que les interesa es tener un título, más no de salir preparados para atender a una persona o prestar un servicio con calidad.

Podríamos entonces pensar en algún proceso educativo de peso, que pueda mejorar el perfil estudiantil, tal cual como lo menciona la licenciada Montoya cuando muestra que: Con la acción educativa, lo que se busca es facilitar a las

personas la búsqueda de alternativas de un mejor estar de vida en un continuo desarrollo; así, la educación es un proceso permanente que se inicia desde que se nace hasta que se muere. Para que este proceso se articule con el ciclo vital humano, en donde van cambiando día a día las necesidades de cada persona y de cada grupo, es necesario ordenarlo y activarlo siempre desde las necesidades presentes y futuras de los sujetos.(2005, pág. 129)

Son muy pocos los que se interesan y pugnan por una verdadera búsqueda científica, pero no son muchos los que no se limitan a escuchar pasivamente lo que dice su docente y se permiten discutir con fundamento sobre aspectos académicos, pero aquí nos permite el derecho a dudar, ¿De dónde viene esta pereza mental?, ¿Será de la tecnología?

Sin duda en algo ha debido tener que ver el sistema educativo que se impuso en las aulas de la educación primaria y media, la mediocridad campea desde que se instauraron diferentes leyes, para permitir la promoción de bachilleres a la vida laboral; en la página Censurados, Camilo Millán expresa en su artículo que:

“El Estado, en su afán de dar cobertura y gastar poco dinero en educación, creó el infame decreto 230 de 2002, que trajo como consecuencia que los docentes y el consejo académico de las instituciones educativas no pudieran rajarse más del 5% de los estudiantes (art. 9), por lo que si en un curso de 30 personas había un muchacho que perdía 12 materias, otro 11 y un último 10, sólo podía perder el de 12 asignaturas. Esto trajo como consecuencia que muchos jóvenes pasaran todo su colegio sin perder el año, no gracias a sus conocimientos sino a que siempre hubo alguien peor que ellos” (2010).

Con este tipo de cambios normativos, hacen que la educación, pierda su nivel y se vea delegada a la mediocridad que se imparten en las diferentes instituciones, perjudicando a los estudiosos y a la población colombiana; cuando estos deciden estudiar carreras de la salud, sin tener los conocimientos básicos

para poder acceder a un nivel profesional superior, lo que en definitiva, termina bajando el nivel de calidad en el personal de la salud; en este mismo texto Camilo Millán describe:

“Cuando un estudiante de este tipo sale del colegio, no puede hacer nada porque su ICFES es muy malo, y esto no le permite ingresar a la educación superior, o la militar en algunos casos. Este pésimo resultado en el examen se da porque el estudiante no puede leer bien, no sabe álgebra, trigonometría y cálculo, no aprendió sobre ciencias y, aunque el colegio le quiso exigir, la ley no lo permitió. Aunque esta norma “murió” el año pasado por el decreto 1290 de 2009, generaciones completas quedaron marcadas por sus nefastos efectos. Esto se ejemplifica en que los docentes y el estado prevén que la “mortandad” de los estudiantes con respecto a su año electivo aumentará considerablemente en los próximos años, ya que el estudiante no tenía necesidad de esforzarse antes del 2010 para aprobar el año, y viene acostumbrado a un ritmo de mediocridad” (2010).

La tan lamentablemente célebre promoción automática, cuyos fines no resultaron ser los promocionados, en pro de aumentar artificialmente la cobertura educativa nacional; se concibió una serie de generaciones con mentalidad educativa facilista, que sin requerir esfuerzo alguno, trasegaba inerte de curso en curso, sin pena ni gloria, pero sin activar neuronalmente toda suerte de potencialidades; esto trajo consigo otra plaga: una generación de educadores con permisividad mediocre, si se nos permite la libertad de usar el término, desencantados catedráticos que veían impotentes cómo llegaban estudiantes a graduarse como bachilleres sin saber siquiera leer o escribir; y ahora esta oleada de desatinos de las políticas académicas ha llegado inevitablemente a nuestras universidades, así, como si fueran máquinas; simplemente entran estudiantes sin títulos universitarios y salen ya graduados, sin conocimientos teóricos o práctico a engrosar las filas de desempleados, o peor aún, de lustrosos médicos, enfermeros, fisioterapeutas, con peligrosos

barnices teóricos que ponen en práctica al tanteo y error en los usuarios lo que Mr. Google ha podido enseñarles.

Y en todo esto cabe preguntarse cuál ha sido el papel de los hogares y las familias; pues bien tampoco se puede ocultar el aumento escandaloso de familias disfuncionales, de familias con dificultades complejas, de familias que ya no lo son, los hijos criados por las empleadas del servicio, pues sus padres tienen que laborar juntos para poder completar el ingreso necesario; padres que no se toman el trabajo de inculcar los principios y valores que hagan a ese nuevo ser una persona útil a la sociedad, interesada en acometer grandes proyectos en su vida profesional, que antes de apoyar al educador en el deber formativo de sus hijos, se molestan porque los reprueban, se molestan porque les llaman la atención, interponen acciones de tutela, para según ellos, proteger el mal entendido y desafortunadamente reconocido, derecho a la libre personalidad, que se ha asumido como un libre derecho a la deformación personal. Hoy la familia ha ido olvidando su papel central en la formación social, ha perdido su norte y su fundamento, contribuyendo también a la concepción de muy malos estudiantes que no generan otra cosa que muy malos profesionales de la salud, los que luego serán quienes presten muy regulares servicios de salud a esta misma sociedad, círculo vicioso que algún día habrá que romper.

Siendo objetivo con todo este tipo de problemas, hablar de calidad en salud es un tema inherente a la formación cultural de la población colombiana y del mismo Estado, que con medidas o reformas en sus estatutos legales, ha tratado de cambiar los servicios de salud, para darles forma y hacerlos más competentes, con el del resto del mundo. Esta es una realidad que se sigue afrontando y que ha llevado a innumerables errores, que hacen a los servicios de salud, un tema complicado de tratar y difícil de darle calidad.

A través de esta recopilación de datos comprobatorios, con el propósito de conocer cada vez más la verdad, sobre la calidad de la salud y determinar soluciones que nos permitan como profesionales de la salud, tomar acciones correctivas, nos pudimos dar cuenta, que este tema, es algo que abarca, no

sólo a las instituciones de salud, sino que involucra un sin número de actores que se ven implicados en el día a día y que hacen, que el servicio o la calidad en salud, cada vez sea más compleja y presente obstáculos a la hora de lograrla y darle una condición definitiva.

Estos actores surgen del direccionamiento del país, y están inmersos en la mayoría de posibles soluciones a esta problemática; el primero y que mencionamos en el escrito, está el gobierno y su gestión sobre las instituciones de salud, catalogándola, como un mal proceso en el que nos vemos afectados todos, como ciudadanos; el segundo actor estaría en las mismas manos de quienes ofrecen el servicio y que no tienen idea de lo que es la calidad, y son las instituciones prestadoras de salud, que se la pasan cumpliendo requisitos mínimos, para prestar un servicio, pero que no se dan cuenta, que el mejor servicio que pueden prestar a un usuario, es permitir que éste salga con vida y/o recuperado de alguna enfermedad que padece.

El tercer actor, dentro de esta gama de dificultades en los servicios de salud, se le atribuye a las instituciones educativas, tanto de educación media, como de educación superior, en la formación de profesionales competentes para prestar un servicio y en la formación de personas capaces, de transformarse y generar servicios con amabilidad, responsabilidad, pasión, profesionalismo y ante todo, con sentido humano de lo que hagan; estas instituciones en su proceso de mejoramiento, deberían preocuparse por afianzar sus planes de trabajo, en pro del mejoramiento continuo y de la supervisión y profundización de las temáticas que den, en cada una de ellas y que permitan al estudioso, prepararse para la vida personal y laboral, comprendiendo la finalidad de la atención a otro ser humano.

Como parte de esa maraña de dificultades, también pudimos determinar que otro de los implicados en la calidad del servicio y que se relaciona con las instituciones de salud; es la familia del paciente; de la que se desprenden diferentes quejas y a la que es importante hacerle conocer, sobre todos los procedimientos que se le realicen a su familiar; también se deben atender

como si ellos fueran pacientes, generándoles las comodidades y facilidades en la trámites, para la atención de alguno de sus familiares.

Y los últimos actores y no los menos importantes, por ser los últimos, son los pacientes como usuarios y nosotros como profesionales que damos un servicio, ya que son los que en definitiva, están sintiendo el servicio y se están dando cuenta, si este es malo o bueno; pero nos surge una inquietud y es saber, en qué momento, tanto como pacientes o como profesionales, nos enseñaron qué es servir con calidad.

La calidad es un imperativo bastante grande que surge de muchas dificultades o quejas generadas por unos y otros, pero que no termina de establecer, cuál es su alcance y su verdadero fin; al observarse que no todas las personas que son atendidas en una institución prestadora de salud, salen de ésta, con la satisfacción total por su tratamiento o atención. Por eso hablar de calidad en salud, no es partir de la satisfacción total de un servicio, sino, garantizar que el paciente finalice su tratamiento, en aparente sanidad física, mental, social y emocional y disminuir riesgos.

Referencias

- Cantillo, D. C. (24 de Junio de 2012). *El Espectador*. Recuperado el 25 de Junio de 2012, de <http://www.elespectador.com/impreso/bogota/articulo-355089-victimas-de-salud>
- Castro Canoa, J. A., Cohen Olivella, E., Lineros Montañez, A., & Sanchez Pedraza, R. (2010). Escala NEDOCS para medir congestión en urgencias. *U. Rosario*, 8.
- Gómez, R. D. (2005). *Gestión de servicios en salud pública* (Segunda edición ed.). Bogotá: Corporación para investigaciones biológicas.
- Malagon, L., Galan, M., & Ponton, L. (2009). *Garantía de calidad en salud* (Segunda ed.). Bogotá, Colombia: Medica Panamericana.
- Martinez, E. J. (28 de Enero de 2012). *Vanguardia*. Recuperado el 19 de Junio de 2012, de <http://m.vanguardia.com/santander/bucaramanga/141131-pacientes-a-merced-de-la-negligencia-de-sus-eps>
- Maya, J. M. (2005). *Sistemas de servicios de salud*. Medellín, Colombia: Corporación para inveswtigaciones biologicas.
- Millan, C. (22 de Marzo de 2010). *Censurados: cero*. Recuperado el 3 de Julio de 2012, de <http://censura20.com/2010/03/22/el-problema-de-la-educacion-en-colombia/>
- Quevedo, N. (21 de Enero de 2012). *El espectador*. Recuperado el 19 de Junio de 2012, de <http://www.elespectador.com/noticias/investigacion/articulo-322247-el-expediente-inedito-de-eps-saludcoop>
- Restrepo, J. H., & Mejia, J. M. (2005). *Administración de servicios de salud*. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones.
- Restrepo, J. H., & Mejia, J. M. (2005). *Salud Publica*. Medellín, Colombia: Corporación para investigaciones Biologicas.
- Rubio, I. F. (2012). *El Libertador*. Recuperado el 29 de Junio de 2012, de Universidad Simon Bolivar: http://www.unisimoncucuta.edu.co/ellibertador/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=82