

UNIVERSIDAD MILITAR

NUEVA GRANADA



LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD, RETO O SOFISMA

**JUANITA DEL PILAR CHAVES BELLO
MARIA LILIANA FRANCO DIAZ**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
CONTROL INTERNO**

ASESOR:

Doctora LUZ MERY GUEVARA CHACON

Universidad Militar Nueva Granada

Facultad de Ciencias Económicas

Especialización en Control Interno

Bogotá

AÑO, 2012

INDICE

LA SITUACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD.....	4
DE LOS SISTEMAS DE CALIDAD EN SALUD.....	8
DE LOS SISTEMAS DE CONTROL DE CALIDAD.....	11
DE LA REALIDAD EN SALUD EN COLOMBIA.....	13
REFERENCIAS.....	23

INTRODUCCIÓN

Este trabajo pretende analizar el desempeño de las entidades prestadoras de salud a partir de la gestión de la calidad, asociada de manera directa con los sistemas de control, siendo este un interés que parte del gran compromiso con las dimensiones de la responsabilidad social, iniciando en todo caso de una revisión de la situación actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y logrando entonces determinar si la calidad de la prestación de los servicios incide en su estado.

Por lo anterior podemos mencionar que en el análisis que hace el Centro de Gestión Hospitalaria *“desde hace varios años la industria tiene clarísimo que uno de los significados de la calidad implica tener la mayor uniformidad en los diferentes productos o resultado del proceso pueda ser lo más predecible posible, porque su variabilidad entre sí y con respecto al modelo es mínima”* (2005); en consecuencia intentaremos identificar la responsabilidad que existe entre los actores que intervienen en la atención de los servicios de salud, tales como los profesionales de la salud, al sistema general de seguridad social, a los usuarios y al Estado.

Para nadie es un secreto que el sistema de salud en el país no atraviesa por el mejor momento, encontrando que existen varios factores que influyen en esta percepción. Según Adalberto Llinas Delgado:

“En el modelo de atención en salud en Colombia un actor de gran peso es el asegurador, las empresas promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado; a la luz de ellas se requieren de dos grandes variables, como son la satisfacción de los usuarios (calidad) y la rentabilidad propia del proceso productivo de inversión de recursos para obtener una utilidad. Lo ideal en el sistema sería el equilibrio entre estas dos variables, pero todo parece indicar que prima más el criterio económico como tal que la satisfacción del usuario”. (2010; pág.143-144).

Partiendo de esta premisa podemos inferir que la salud se ha dejado de ver como un derecho fundamental, para convertirse en un negocio y por ende, se han constituido empresas que ofrecen servicios, los que no son óptimos tal vez, porque se pierde *rentabilidad* o tal vez porque no existe la consciencia social de pensar más en el bienestar de las personas, en lo que ellas necesitan, mas no en lo que las entidades prestadoras de salud ofrecen.

Los sistemas de gestión de calidad en salud se han convertido en los últimos tiempos en una herramienta *salvavidas* para intentar desatar los cuellos de botella, los puntos de quiebre del sistema; para el caso que nos ocupa y según Williams:

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realizan con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud (2009, Pág. 1).

Pretendemos entonces en el presente ensayo, establecer la relación que existe entre la calidad y el control; presumimos que si existiera el compromiso de hacer las cosas bien desde el primer momento; pensando en lo que necesita el cliente y cómo lo necesita, sería necesario implementar controles o, los controles han menoscabado la calidad. ¿Acaso se ha sacrificado la calidad por el cumplimiento de normas de control?

Para este análisis revisaremos la situación actual del sector salud en Colombia, posteriormente hablaremos de los sistemas de gestión de calidad

en salud que se han implementado y por último, evaluaremos la efectividad de los sistemas de control como componente activo de los resultados de la calidad.

LA SITUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA SALUD

En la actualidad la seguridad social en nuestro país, se encuentra muy cuestionada y algunas de las empresas prestadoras de salud han llegado a ser intervenidas por el Estado a causa del manejo de los recursos, porque son inviables e insostenibles económicamente; en últimas porque no son rentables, situación lógica en el entendido de que esa es la finalidad de los *negocios*; pero ¿Acaso la salud es un negocio? Por supuesto que la respuesta debería ser !No; porque por principio universal la salud es un derecho fundamental.

Lo anterior basado en lo que establece la Constitución Política de Colombia que en su artículo 48 reza: “*La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social*”. Sin embargo al parecer las Entidades Prestadoras de Salud olvidan uno de los principios aquí enunciados la *eficiencia* que a nuestro modo de ver se quedó corta al no mencionar la *eficacia*.

Al referirnos a que la Constitución Política de Colombia se quedó corta en uno de sus principios, lo hacemos partiendo de la premisa que éstos son términos que se relacionan directamente puesto que, el uno es consecuencia del otro. Según Velásquez:

La eficiencia denota el máximo grado de calidad pero los costos para obtenerla pueden generar la inequidad. Resulta un tanto utópico poder afirmar que la máxima

característica de un sistema de seguridad social en salud es su eficiencia, así algunos de sus componentes puedan demostrarla. A la postre puede decirse que mientras no se logre una justa nivelación a base de generar recursos que permitan el ascenso en lo relacionado con los derechos de los pobres, la inequidad continuará, la calidad será menor y no podrá hablarse de eficiencia. (2000; pág. 1)

Partiendo de estas condiciones, existe la inquietud frente a si en algún momento el Estado ha intervenido alguna empresa prestadora de salud, por falta de eficiencia y eficacia, traducidas estas condiciones en la calidad de la atención de los servicios de salud a los usuarios y beneficiarios del sistema; es una realidad que estas condiciones se han limitado a la calificación de sus resultados administrativos y financieros. Pero, ¿Dónde queda entonces la valoración que debe prestarse especial interés a la parte asistencial del sistema, a su razón de ser, su misionalidad?

El sistema de seguridad social se compone de las Entidades Prestadoras y Administradoras de Salud, las Administradoras de Riesgos Profesionales y el Sistema General de Pensiones. Para el caso que nos ocupa nos referiremos a las entidades prestadoras de salud (EPS), las cuales en su estructura manejan dos grandes áreas; la administrativa y la asistencial; la asistencial tiene como finalidad la atención y relación directa con los pacientes o usuarios de la EPS y es aquí donde consideramos entonces que existen grandes falencias y tal vez como resultado de la crisis del sector en nuestro país. Esa parte tal vez no es valorada, pues independientemente del servicio prestado, los cotizantes deben hacer sus aportes reglamentarios porque allí sí hay una obligación contractual de rigidez y obligatoriedad absoluta; sumado a esto van los famosos bonos de atención los cuales los usuarios deben cancelar por cada uno de los servicios que utilicen. Lo cual indica entonces que la sostenibilidad del sistema debería estar asegurada pues si no se pagan los aportes

mensualmente y si no se cancelan los bonos de atención no hay servicio, entonces.... Aquí el problema es de la administración de esos recursos, situación que genera indignación pues los colombianos tenemos que seguirle generando recursos a unas empresas que no brindan un servicio eficiente eficaz y de calidad, aun cuando este servicio incide de manera directa en el bienestar físico, mental y hasta la vida de sus clientes, sus usuarios.

Cuando hablamos de clientes de las EPS, nos referimos a muchos nichos de clientes o usuarios; tenemos entonces la población de madres gestantes, niños, adolescentes, adultos mayores, también la estratificación por zonas geográficas y en cada uno de estos rangos se presenta un perfil epidemiológico; que necesita, de unos planes de salud acordes y adecuados para cada uno de esos perfiles. Esto para significar que este tipo de empresas no funcionan como las comerciales que venden tangibles y que el segmento al que está dirigido su producto es puntual, está claramente definido en su plan de mercadeo.

Es aquí donde surge la necesidad de establecer estándares de calidad; es aquí donde surge el tema de la acreditación en salud de las entidades e instituciones prestadoras de salud, tal y como lo implementó el gobierno nacional a través de la Resolución número 001474 de 2.002 *“por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del sistema único de acreditación”*; este acto administrativo pretende normalizar todo lo relacionado con la prestación de los servicios de salud, desde la infraestructura, el talento humano, los equipos médicos, hasta algunos de los procedimientos medico quirúrgicos. Haciendo alusión a lo que menciona Otero:

Estándar es un enunciado establecido por comités de expertos de expectativas que definen las estructuras, procesos y

resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad. “Estándar” se ha asociado el concepto de “indicador” recordemos que este es “Una variable objetiva, bien definida utilizada para controlar la calidad y/o propiedad de un aspecto de la atención médica”. Son las medidas de hasta qué punto se están satisfaciendo las necesidades y expectativas razonables de los clientes. (2000).

Lo anterior significa entonces que estas normas son muy buenas herramientas para los prestadores de tal manera que apoyándose en ellas puedan garantizar un buen servicio, siendo necesario aclarar que, esta resolución es una de las tantas reglamentaciones que ha emitido el gobierno nacional para intentar generar unos mínimos requisitos en la atención médica pública y privada; sin embargo seguimos encontrando EPS`S e IPS`S de garaje que continúan abriendo sus puertas sin el menor escrúpulo para atender pacientes, considerando que es suficiente la contratación de algún personal con un título en el área de la medicina, títulos que posiblemente se alcancen pero no se demuestran las competencias en un área tan sensible como esta. Lo anterior nos conduce a hablar en principio de que es calidad:

La calidad ha sido definida como algo que se puede observar (Pirsig 1984), que se puede medir (Crosby, 1980; Kanji, 2002), controlar (Feigenbaum, 1990; Shewhart, 1986; Vaughn, 1974) o mejorar (Mizuno, 1988; Imai, 1986). Puede ser categorizada o clasificada (Ishikawa, 1989) o ajustada a una dimensión (Garvin, 1988; Winder, Robinson y Judd, 1992). La calidad se puede inspeccionar (Shewhart, 1939), administrar (Juran, 1995), asegurar (Abromovitz, 1997; Juran 1995), y se puede alcanzar o perder (Taguchi, 2001), citados por Montaudon, 2010 Y más exactamente de los sistema de calidad de gestión en salud.

En resumen podemos inferir que la noción de calidad es entendida como un esquema de clasificación y lineamientos para llegar a determinar lo que está bien y lo que no es aceptable.

DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD EN SALUD

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años utilizando habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario.

Estas son: “Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realizan con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud. (Otero, 2000)

Teóricamente se encuentran definiciones como ésta que si se reflejaran de una manera tan semejante a como lo reza la literatura seguramente, no encontraríamos situaciones como las que hemos descrito anteriormente; sin embargo, el gobierno ha realizado intentos por traducir, por operativizar estas definiciones a través de reglamentaciones que acerquen a las organizaciones al deber en la actividad médica.

El Sistema Obligatorio de Calidad en Salud en Colombia, tiene cuatro componentes: el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad. El Decreto 1011 del 2006 y sus resoluciones reglamentarias definen las normas, requisitos y procedimientos que tanto los prestadores de servicios de salud independientes (médicos en su consultorio) como las instituciones (IPS), y los servicios de traslado de pacientes, entre otros, están en la obligación de cumplir, para brindar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación del servicio; acompañado del tema de habilitación existe también el de acreditación; Según Fresneda:

Existen niveles superiores de calidad disponibles en salud para ser implementados por las IPS cuya aplicación es voluntaria. Sin embargo, para incentivarla, el Decreto 4747 del 2007 y normas posteriores como la ley 1438 de 2011, plantean que si una institución pública o privada está acreditada, tiene prioridad para que la contraten dentro de la red de prestación de servicios de los aseguradores, entre otros beneficios. (2011)

Se puede deducir que el servicio de salud es un tema que al Gobierno no le interesa, toda vez que ésta no es una norma obligatoria como la de habilitación y es de esperarse que cuando algo no se impone como de obligatorio cumplimiento, quienes están dedicados a este *negocio* no le van a invertir recursos que les disminuya la rentabilidad o que no genere ganancia para su propio beneficio, porque esto implicaría mejorar la infraestructura, seguimiento de pacientes desde el ingreso hasta su egreso, lo que por supuesto, genera costos adicionales.

Ahora bien, menciona la norma anteriormente citada que, las instituciones públicas o privadas que estén acreditadas tienen prioridad para ser contratadas en la red de servicios; a nuestro modo de ver otro desacierto de la norma, porque indica que los prestadores que cuenten con recursos tendrán IPS de calidad y las que no, optarán por contratar con aquellas con las que no cuenten con certificación, porque seguramente son menos onerosas; y entonces ¿Qué hay de la responsabilidad social? pues en últimas el único afectado o beneficiado es el usuario; estas son situaciones que no deberían afectar al cliente que lo único que espera de su asegurador es un buen servicio, independientemente de las tramas administrativas que existan detrás del negocio, pues todos los afiliados realizan pagos y aportes, siendo transparente para el usuario, si la entidad está acreditada o no.

La acreditación permite a las entidades prestadoras de servicios de salud, buscar la certificación de calidad, por parte de un ente certificador como Icontec o Bureau Veritas, basados en la norma ISO 9001, la cual

habla de ocho principios de gestión de la calidad, como *“orientación al cliente, liderazgo, implicación, enfoque de proceso y de sistema, mejora continua, toma de decisiones basadas en hechos y relaciones de mutuo beneficio con proveedores”*

Revisando los requisitos de certificación encontramos que Fresneda dice que: *“Este sistema de certificación puede ser para un proceso específico o para algunos puntos de atención. Por ejemplo, se puede certificar el proceso de consulta externa dentro de dos o tres puntos de atención. Todo el proceso va encadenado y se orienta hacia el usuario, es decir, el paciente, para que se le pueda brindar un mejor servicio”* (2011), a nuestro modo de ver este es otro vacío de la norma, sustentado en el hecho que se puede certificar sólo alguno de los servicios que prestan en una IPS y con ello es suficiente para que la entidad imponga su sello de calidad en toda la papelería de organización y la fotocopie para exhibirla en los lugares visibles en los puntos de atención con los que cuente. ¿No es este un engaño al usuario o por lo menos a aquel que medianamente reconozca un sello de calidad empresarial? Pues se tiende a pensar que es la organización la que cuenta con un *sello de calidad*, por lo que el usuario no se explica la razón de que se encuentre con que por ejemplo, en el laboratorio su atención fue adecuada, recibió atención oportunamente, la toma de muestras fue de acuerdo a los protocolos establecidos, pero cuando tiene la cita con el médico de consulta externa que se los ordenó se encuentra con que: quien lo atiende no es el médico tratante pues está excusado del servicio, la historia clínica no está abierta porque no lo agendaron, en últimas el médico que lo atiende resuelve volver a examinarlos y ordenar otros exámenes o decide tomar otra conducta médica para atenderlo. Entonces, de que sirve que un servicio tenga estándares de calidad y otros no, si en salud todos los servicios dependen entre si, y tendrían que seguir una estandarización tal; que no existan dicotomías que

finalmente afecten la atención del paciente, máxime si este es un paciente con una patología que exija una perfecta trazabilidad que no ponga en riesgo la vida del mismo.

Ahora bien, no es lógico que cuando una entidad prestadora de servicios de salud, se encuentra habilitada y acreditada los procesos se entraben o se compliquen cuando la situación debería ser todo lo contrario, porque se incluyen en los procedimientos demasiados documentos y requerimientos documentales que hacen los trámites para los usuarios más engorrosos y lentos, lo que lleva a la conclusión que los sistemas de gestión están mal diseñados o se encuentran mal implementados. Si bien es cierto que estos sistemas pretenden mejorar la evolución de los procesos que se revierte en una mejor calidad en la atención, también es cierto que se deberían ver reflejados en la satisfacción de los usuarios.

Por lo anterior podemos decir que si bien las diferentes Empresas Promotoras de Salud asumen el reto de habilitar sus servicios, implementar y certificar el Sistema de Garantía de Calidad (procesos, estructura organizacional, procedimientos y recursos asignados) en pro de brindar calidad para los usuarios, nos surge la inquietud ¿Quién o qué garantiza que en realidad todo lo plasmado en la documentación presentada para adquirir dicha certificación se cumpla?. Lo anterior nos obliga a hablar del desempeño y gestión actual de las EPS en nuestro país.

DE LOS SISTEMAS DE CONTROL DE CALIDAD

Complementando lo antes aquí mencionado, nos adentramos en el análisis y revisión de los sistemas de los Sistemas de Control de Calidad, toda vez que queremos observar su incidencia en la situación administrativa, de productividad y de la percepción de calidad en la atención que tienen los usuarios del sistema de seguridad social en nuestro país; para el efecto

partiremos del concepto de qué es un Sistema de Control de Calidad, conforme a lo que establece la norma ISO 9000 *“control de calidad son todos los mecanismos, acciones, herramientas que realizamos para detectar la presencia de errores. “El sistema de gestión de una organización es el conjunto de elementos (estrategias, objetivos, políticas, estructuras, recursos y capacidades, métodos, tecnologías, procesos, procedimientos, reglas e instrucciones de trabajo) mediante el cual la dirección planifica, ejecuta y controla todas sus actividades en aras al logro de los objetivos preestablecidos”* (Norma ISO 9000), por lo que se asume que la gestión de calidad es modelo normativo que estandariza las condiciones en las que se debe entregar un producto o servicio y en concordancia con ello, el Estado colombiano a través de la Ley 872 de 2003 dio origen a la Norma Técnica de Calidad NTCGP 1000:2004 que determina los requisitos que las entidades públicas deben cumplir para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y los decretos 4110 de 2004 por el cual se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública y 1599 de 2005 que establece el Modelo Estándar de Control Interno (Departamento Administrativo de la Función Pública)). En consecuencia todas las entidades públicas emprendieron su camino hacia la implementación de un modelo integrado de gestión con base en estas normas y en una carrera contra el tiempo por demostrar que las Entidades, entre ellas las Prestadoras de Servicios de Salud, cumplen con los requisitos de las normas aquí mencionadas.

El Sistema de Gestión de Calidad lleva implícito el cumplimiento de una documentación de los requisitos, de los procedimientos que deben estar plasmados en un Manual de Calidad que se perfecciona, con la uniformidad del cumplimiento de las directrices allí estipuladas, para el desarrollo de los procedimientos por parte de cada uno de los integrantes de la organización.

Para evaluar el cumplimiento de la implementación del Sistema de Calidad, existe el Control de Gestión, Darío (2009) dice que: *“El control de*

gestión, considera como elementos a evaluar, no solo aspectos cuantitativos sino también cualitativos, además, utiliza la visión interna y externa de la organización, para lo cual asigna un valor agregado a la cultura organizacional según AMATT. Se puede señalar como diferencia principal entre Control de Gestión y Control Interno que el primero evalúa los tres niveles de las organizaciones: nivel estratégico, nivel táctico y nivel operativo, y el segundo, se limita solo a los dos últimos” Esto conforma entonces el Sistema de Control de Gestión el cual se asume que es el punto de partida para la mejora de los estándares, orientando las acciones en correspondencia con las estrategias trazadas, para saber si los resultados satisfacen los objetivos trazados.

Según lo aquí planteado se está regulando el Sistema de Gestión de Calidad para entidades públicas y dentro de este universo se encuentran las EPS lo cual deja en el limbo la reglamentación para las privadas, toda vez que tal y como lo mencionamos anteriormente para ellas, es de voluntario cumplimiento; lo anterior nos obliga a hablar de los sistema de gestión de calidad y más exactamente de los sistema de calidad de gestión en salud.

REALIDAD DE LA SALUD EN COLOMBIA

El recorrido que aquí hemos realizado de la situación de la salud en nuestro país, de los conceptos de calidad y de los sistemas de gestión, permite acercarnos un poco a determinar el impacto que hasta el momento han tenido los estándares de calidad y los sistemas de calidad y los sistemas de control que se aplican a las EPS, cuyos resultados nos llevaron al presente análisis, pues no es desconocido que los mismos han obligado al Gobierno a generar modificaciones al sistema general de Salud, para encontrar según él, la salida a la mala gestión de las mismas. Según el Doctor José Félix Patiño *“el modelo del managed care, o atención “gerenciada” de la salud, creado por la Ley 100 de diciembre 23 de 1993,*

implantó un sistema de aseguramiento comercial que se convirtió en un gran negocio para las aseguradoras.(2011) lo que ocasiono que a los diferentes usuarios del sistema de salud en este país se consideraran como un *cliente*, quien según describe el Centro de Gestión hospitalaria: “demanda calidad y genera un incentivo económico para las EPS que las lleva a competir entre sí”(2001).

Lo que nos hace cuestionarnos sí, las diferentes entidades prestadoras y administradoras de salud para la prestación de servicios además de lo descrito en la normatividad, ¿cuentan con algún tipo de control que direcciona y garantice el aseguramiento en salud con calidad? Ya que si miramos como es el proceso para acceder a algún tipo de aseguramiento en salud en nuestro país se depende, de una serie de factores que a su vez, según lo que se ve reflejado en la población podríamos decir que es inequitativa, puesto que personas que tienen capacidad de pago se encuentran actualmente afiliadas al Sistema de Seguridad en Salud de manera subsidiada, así como nos indica Esteban: *“Se calcula que aproximadamente existen entre 3 y 4 millones de “colados”, no pobres, que quitan recursos que sí deberían ir destinados a los más pobres. Si a eso le añadimos un complejo sistema de transferencias de dinero según diseña la Ley 100, entre las EPS, FOSYGA, ARS e IPS, se multiplican los filtros, los “desvíos” y la corrupción”(2004)*; es decir, que desde allí ya nos cuestionamos e inferimos si es necesario implementar controles o, los controles implementados han deteriorado realmente desde el inicio el Sistema de Salud.

Si bien, la salud se considera como un negocio y desde que se ingresa al sistema, nos encontramos con este tipo de desvíos, podemos cuestionar además que las EPS tras tener más afiliados, recaudan y/o reciben mayores ingresos y al ser intermediarios para la administración de

los recursos en salud, se dedican usualmente a generar gastos de cuestión administrativa, en lugar de destinarlos a mejorar la calidad de la atención en salud como lo indica Esteban:

Las EPS y ARS ejercen su función de intermediarios dentro del sistema de salud concentrando los recursos; carecen de sistemas de información adecuados, está plagados por tanto de graves fallos e irregularidades, no se les aplica ningún sistema de control de calidad en cuanto a las prestaciones que ofrecen un retraso crónico de pagos a sus IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; son los centros de salud, hospitales, consultorios, etc., que ofrecen dichos servicios), y su sola presencia reduce el dinero disponible, por desviarse para otras funciones, para la atención en salud. (2004).

Es decir que lo que se va haciendo evidente es que desde que una persona ingresa a hacer parte del Sistema de Salud, ya se empiezan a haber falencias por falta de control que más adelante se reflejan en la no calidad recibida al requerir atención en salud.

Sin embargo, en nuestro país de acuerdo a la jerarquía de nuestros entes reguladores el sistema de salud está vigilado por la Superintendencia Nacional de Salud también conocida como Supersalud, la cual se encarga de vigilar y controlar el aseguramiento en salud, la calidad de la atención en salud y la implementación del sistema Obligatorio de la Garantía de nuestro país, pues si bien para Malagón “*la calidad significa ofrecer y suministrar servicios de la mejor índole, adecuada en cantidad, a tiempo y a un precio justo*” consideramos que para cumplir este criterio se debe tener un control, que permita que no solo que se cumpla con lo que dice la norma, como si la salud se basara en aplicar una lista de chequeo que si bien la normatividad le permite a las diferentes EPS, tener parametrizados los procesos que permitan garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados, no quiere decir, que al cumplir con lo descrito con cada uno de los procesos

implementados y documentados, garanticen la prestación de los servicios con calidad, por lo que se esperaría que los Entes Reguladores vigilen y establezcan parámetros de control, los cuales permitan verificar y garantizar que si se cumplan.

Pues lo que creemos es que la salud en Colombia es una incoherencia entre lo que se ve plasmado en el papel, cuando en él se refleja la *certificación* que le dan a las EPS y la no calidad de los servicios de salud a los que accedemos los usuarios; pues cada vez la realidad nos muestra que se ha incrementado la población y la cobertura teniendo en cuenta la unificación del Plan Obligatorio de Salud, pero lo que va discrepante y en pique es la calidad que se supone, deben garantizar las diferentes EPS para lo cual como parte de control a la calidad la Supersalud realiza seguimiento a los indicadores de oportunidad que reporta las diferentes empresas prestadoras de salud, donde evalúa y vigila la oportunidad para la asignación de citas, entrega de medicamentos, referencia de pacientes, entre otros; además realiza a los procesos auditoría la cual según Amados:

La auditoría constituye una forma de control, dada por una revisión sistemática de los aspectos legalmente establecidos o adoptados en la organización, lo cual permite la identificación de las no conformidades y la adopción de acciones preventivas o correctivas, por lo que no puede limitarse en el documento a la Auditoría Médica solamente. En las instituciones de salud se hacen auditorías económicas a los recursos humanos, pero es necesario realizar además, las directamente relacionadas con el proceso asistencial como son las auditorías médicas, de historia clínica, de caso u otras. La formación de auditores internos de calidad es una necesidad y un requisito para los SGC, por lo que esta actividad debe programarse. (2010).

Es por esto que actualmente los entes de control como la Supersalud utilizan la auditoría como herramienta de verificación y control de la gestión que realizan las diferentes Empresas Promotoras de Salud, pero evaluando sólo el cumplimiento de los parámetros normativos, lo que genera una

brecha notable, entre realizar solo lo establecido por la ley e implementar procesos con valor agregado y según lo reportado en el último informe la Supersalud:

Para el periodo julio de 2010 a marzo de 2011, se recibieron y tramitaron un total de doscientas catorce mil setecientos trece (214.713) peticiones, reclamos y consultas generales, éstos fueron recepcionados de manera escrita, telefónica, por página web, atención personalizada y en Consultas Ciudadanas (2011).

En relación al informe del último año se puede observar la brecha que hay según la Supersalud:

La Superintendencia Delegada para la Protección al Usuario y la Participación Ciudadana, durante la vigencia julio de 2011 a mayo de 2012, adelantó una importante gestión en cumplimiento a las competencias establecidas en Decreto 1018 de 2007. Se tramitaron un total de trescientos ochenta y cinco mil seiscientos cincuenta y nueve (385.659) peticiones, reclamos y consultas generales, las cuales fueron recepcionadas de manera escrita 20.665, telefónica, por página web y chat 356.229 y en atención personalizada 8.765. 2012)

La Superintendencia menciona además, que el informe sobre las peticiones, quejas y reclamos tienen referencia con:

Las peticiones y reclamaciones más frecuentes se encuentran concentradas en: la desafiliación, falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica general , autorización de consultas y procedimientos no pos, falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades medicas, dificultad de comunicación con las líneas para citas, negación del servicio cuando no se ha hecho efectivo el traslado a otra EPS, falta de oportunidad en la programación de cirugía, pago de incapacidades y autorización medicamentos no

pos, e inconsistencia en aportes. En lo relacionado con las consultas generales, los principales temas de consultas son sobre el Sistema en salud, Circular Única y temas propios de la Superintendencia Nacional de Salud. (2012).

Con base en esto, podemos decir que siendo uno de los mecanismos más usados por la población colombiana para hacer cumplir sus derechos establecidos a través de la Constitución Política Colombiana y de acuerdo a lo comentado por Londoño “*Quien efectúa el control observa los resultados, los compara con los estándares y dispone las acciones correctivas necesarias directamente a quienes desarrollan la actividad*”(2003), la anterior afirmación indica que aunque las EPS deben garantizar la prestación de servicios de salud basados en el criterio de calidad, definiéndola como “*la percepción que experimentan y manifiestan los afiliados que a pesar de los controles y sanciones que dicen aplicar las organismos que las controlan*” sigue siendo deficiente la apreciación de los usuarios respecto al servicio y los mecanismos de acceso al mismo.

Tal y como lo expresa Robledo “*En conexión con la cobertura se consideran el acceso a los servicios y la calidad de los mismos. La afiliación ha permitido el acceso a la primera consulta y la atención primaria. Así mismo la calidad de la atención el SGSSS ha avanzado en términos de habilitación de instituciones y guías de práctica y en la construcción del Sistema de Garantía de Calida¹. Carecemos de estudios para abordar estos asuntos de manera global en el sistema de salud. Hay, sin embargo, evidencia puntual de calidad deficiente en servicios específicos*” (2010); no se tienen estudios específicos, ni análisis estadísticos para afirmar que existe deficiencia de la calidad en la atención de los servicios de salud, como si se tienen claramente de el número de afiliados, relación presupuesto asignado versus gasto generado, coberturas, estratificación etc.

Es evidente entonces que existe una falencia en la Calidad de los servicios que recibimos en las EPS tanto en las públicas como en las privadas las razones presumimos que se encuentran en primera instancia en la falta de conciencia por parte de estas empresas, para entender que el producto de que venden es un intangible, un intangible tanpreciado como es el de ofrecer calidad de vida, bienestar y el más importante la vida de sus afiliados; cuando esta puede depender de un adecuado tratamiento médico, este es un servicio vital que no puede distinguir estrato social, raza o religión, para ofrecerlo con los más altos estándares de calidad.

En segunda instancia, la falta de responsabilidad social que estas empresas más que cualquier otra *“La gestión de la calidad puede facilitar el desarrollo de la gestión medioambiental (Curkovic, 2003), requiere un comportamiento ético (McAdam y Leonard, 2003), se centra en satisfacer a los diferentes grupos de interés (Waddock y Bodwell, 2004), y puede facilitar el desarrollo de actividades socialmente responsables”* Tari, J – Garcia M, es así como la ética entra a jugar un papel fundamental en estas empresas, la cual se ha perdido con la modificación e implementación de algunas normas que han otorgado a la salud la connotación de **negocio rentable**, generando con ello la pérdida de valor del ser humano en su condiciones físicas y de salud, pues lo ven como un generador de valor económico para estas empresas.

Ahora bien, retomando el tema del Sistema de Control de Calidad por momentos y para algunas empresas de Salud, no es más que un instrumento de certificación para adquirir reconocimiento dentro de un mercado y buen nombre en el sector; llegando con ello únicamente al cumplimiento de una lista de chequeo y cuando esta se encuentra al 100% se considera que allí existe calidad.

Existe entonces un gran compromiso de los directivos de las empresas de servicios salud en referenciarse con otras, que tienen sistemas de calidad más avanzados y que muestran un mayor grado de compromiso social. En este sentido, ser más proclives a desarrollar un comportamiento más responsable socialmente. De igual forma, las posibles relaciones de la gestión de la calidad con determinadas dimensiones de la responsabilidad social; es decir la que se tiene con aquellos que buscan mejorar la calidad de vida a través de excelentes servicios de salud.

Hasta tanto el sistema de seguridad social en Colombia, no exija normas de calidad de obligatorio cumplimiento y se sancione con severidad la falta de garantía de buen servicio y de rigurosidad en el mejoramiento de la atención a los pacientes no podremos observar un trato digno y humanizado en los servicios de Salud y hasta tanto los **sellos** de calidad que otorgan los certificadores no sean en realidad en todo el contexto de la calidad, donde se incluya de manera evidente la satisfacción del usuario como factor determinante para una certificación, esta no dejará de ser sólo eso un sello sin valor agregado a los usuarios.

Adentrándonos en el hecho de que una certificación constituye una erogación muy alta para las empresas, la cual está por el orden del los 500 millones de pesos, pensamos que este dinero podría ser invertido en mejoramiento de servicios, capacitación de personal, actualización de equipos médicos que muy seguramente redundan en la Satisfacción de los servicios de Salud de los usuarios del sistema.

Con el fin de fortalecer nuestro análisis crítico sobre si la calidad en la atención en salud es un reto o un sofisma, mencionaremos la publicación realizada por la revista Semana, en su edición del miércoles 8 de junio de 2011, la cual menciona que *“Colombia tiene 72 EPS, un “número absurdo”*

*para el ministro de la Protección Social, Mauricio Santamaría, quien cree que esta fragmentación hace difícil la vigilancia y control del sistema, y le abre el camino a la corrupción y a los **problemas de calidad en la prestación del servicio de salud**. De ahí la decisión del actual Gobierno de reducir sustancialmente su número a 15 o 20.*

Según el Ministerio de la Protección Social, sólo se mantendrán las EPS que tengan un número mínimo de afiliados, cuenten con el músculo financiero y la solvencia de capital suficiente para garantizar su sostenibilidad, así como las que presenten mejores indicadores en cuanto a calidad del servicio, gestión del riesgo y programas de promoción y prevención.

Para el defensor del Pueblo, Vólmar Pérez,

Agrupar las EPS es “apropiado”, pero la propuesta, que busca superar los riesgos y los problemas financieros del sistema, también debe garantizar el acceso con calidad y equidad. “Se requiere que estas entidades sean proactivas en la detección temprana de la enfermedad, la realización de diagnósticos asertivos y la implementación efectiva de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y no que su actividad empresarial sea vista exclusivamente como un negocio rentable: condición que ha desdibujado la finalidad del modelo de salud.

Es evidente entonces que la Calidad en el Sector salud, está en la mira y muy cuestionada, por lo que sin lugar a dudas ha sido un sofisma de distracción, convirtiéndose en el corredor más propicio para crear focos de corrupción, pues amparada en ella se han despilfarrado los recursos de la salud de los Colombianos para bienestar de particulares y muy seguramente, tendremos que esperar que estas aseveraciones, se

traduzcan entonces en mejores condiciones para la prestación de los servicios en salud; sin que se reviertan o se trasladen estos cambios en costos más elevados que pagaremos los cotizantes y beneficiarios del Sistema General de Salud.

REFERENCIAS

- Azucena Esteban, J. A. (2004). *La privatización de la Salud en Colombia (Una reflexión para todos)*. SEMC , 315.
- Amador, Carlos (2010). Un Sistema de Gestión de Calidad en Salud, *Situación Actual y Perspectiva en la Atención Primaria. Revista Cuba De Salud Pública* , 175-179.
- Centro de Gestion Hospitalaria. (2009). Calidad en la atención en salud. *Via Salud*, 28 Recuperado, Octubre 30 de 2.012, <http://www.cgh.org.co/temas/garantiadecalidadensalud.ph>.
- Delgado, A. L. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, *un primer paso para la Reforma del Sistema. Redalyc* , p, 143-154.
- Fresneda, J (2011). La Calidad, *Eje de la prestación de los servicios de salud en Colombia*, Recuperado, 31 de octubre de 2012, www.saludcapital.gov.co/paginas/sistemaobligatorio.aspx
- Granda, D. (2009) Manual de Control Interno, Bogota: Nueva Legislacion Ltda. 516
- Malagon, G. (2003). *Auditoria en Salud para una Gestión Eficiente*. Bogota: Medica Internacional.
- Otero J, (2002) Gerencia en odontología. Tomo 2 *¿Que es la Calidad de Atención en Salud?*

Patiño, J. (2011, 18 de mayo). ¿Atención de la salud o negocio? *El espectador*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/impreso/opinion/colimna-270926>

Robledo, R. (2010). Un vistazo a la Salud en Colombia. Bogotá: Facultad de Medicina, Universidad Nacional.

Las 72 Entidades Promotoras de Salud que existen en el país se reducirán a 15 o 20. (2011, junio 8), *Revista Semana*, <http://www.semana.com/nacion/sano-pasar-72-eps-menos-20/158142-3.aspx>

Superintendencia Nacional de Salud. (2011). *informe al congreso de la República - julio de 2010 a mayo de 2011*. Bogotá: Supersalud.

Superintendencia Nacional de Salud. (2012). *Informe al Congreso 2011-2012*. Bogotá: Supersalud.

Tari, J, Garcia F. (2011). La Gestion de la Calidad y la Resposanbilidad Social en Empresas. *Revista de Direccion y Administracion de Empresas* , 77 - 93.

Velasquez, A. . (2000). Seguridad y Salud. En R. H. E, *Promocion de la Salud* (pág. 185). Buenos Aires: Medica Panamericana.

Williams, D. G. (2009). Calidad de los Servicios de Salud. *Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica* , 1.

Departamento Administrativo de la Funcion Publica, *Modelo Estandar de Control Interno*, Recuperado el 17 de Nov. de 2012, de <http://www.dafp.gov.co/portal/page/portal/home>