
Ley 100 de 1994: Calidad de Servicios

Presentación

Académico Gilberto Rueda Pérez

Presenta un saludo y felicita en forma muy cordial al Señor Ministro y con él a todo su equipo de colaboradores en el Ministerio de Salud por su gran dinamismo frente al singular compromiso de extender el cubrimiento en salud a toda la población colombiana, dentro de parámetros financieros y administrativos bien estudiados y factibles, por su liderazgo y convincente expresión oral, que le permiten responder clara y elocuentemente cualquier interrogante o planteamiento adverso; por su impresionante capacidad de trabajo, su poder de desplazamiento y casi, de ubicuidad. Le augura al doctor Londoño un brillante futuro en su campo de acción y lamenta su retiro del Ministerio en lo que esto pueda significar para el fiel desarrollo de sus ideas. Le manifiesta que hay enormes dudas, tanto en el campo económico como en el tecnológico. Se está viendo ya la guerra de mensajes y consignas desatadas por las grandes empresas para tratar de captar los clientes en lo que a pensiones se refiere. Las grandes dudas y las dificultades para la constitución de las EPS y de las IPS. El terror suscitado por el Decreto 973 sobre incompatibilidades que, mal redactado o mal entendido, a pesar de la circular aclaratoria de la Supersalud, tiene al cuerpo médico y a los administradores hospitalarios sumidos en el desconcierto total. La inquietud es aún mayor en estos mismos estamentos en lo que constituye el tema de este importante y último foro en el cual la Academia tendrá el privilegio de contar con la presencia del señor Ministro de Salud.

"La Garantía de Calidad de los servicios que los médicos habremos de prestar a los colombianos al terminar este inmisericorde siglo -dice el presidente-, que tan duramente ha golpeado a nuestra patria en todos los órdenes y al iniciarse el siglo XXI, el tercer milenio, que ojalá con su tecnología y con el desarrollo de estas ideas de avanzada y las de otras personas que, como el señor Ministro, den cabida a perspectivas mejores para todos, es un

tema de crucial importancia en la actualidad, sobre el cual esperamos la mayor participación en este foro". El presidente cede la palabra al doctor Antonio José Alvarado.

Doctor Antonio José Alvarado, Viceministro de Salud. Este foro, sin lugar a dudas, contribuye a cimentar aún más la información sobre la Ley 100. Los médicos hemos sido particularmente escépticos en todo aquello que nos pueda cambiar las reglas del juego a las que hemos estado acostumbrados. La intención de la Academia Nacional de Medicina de promover los foros demuestra claramente el propósito de liderar los compromisos en esta gran transformación que hemos iniciado y que en realidad no puede concebirse sin un verdadero Control de Calidad.

La Ley 100 de 1993, que crea el sistema general de la organización social en salud ha previsto, como su soporte fundamental, el sistema general de Garantía de Calidad, involucrado tanto en la prestación de los servicios a través de las IPS como en el crecimiento de estas instituciones, además de otra serie de mecanismos que deben irse logrando, debido a la existencia de diversos elementos que los hacen necesarios. La calidad ha sido garantizada hasta nuestros días, por la ética de los profesionales y por su formación. De hecho, los problemas en materia de calidad son pocos pero, a medida que se masifica el ejercicio de la Medicina, en la medida en que entran en juego otra serie de factores y en la medida en que no se consiga el control adecuado en la etapa de formación de recursos humanos, no sabremos a ciencia cierta si podemos o no garantizar esta calidad, lo que hace indispensable, en primer lugar, implantar un sistema de formación de recursos humanos que garantice al usuario la calidad de los servicios de salud.

Otro factor de crucial importancia es la relación médico-paciente, que se puede ver influida por la intervención de un tercero: el asegurador, que es quien recauda los dineros de las cotizaciones para el pago de los servicios, cumple la función de manejar y agrupar los riesgos y les garantiza a los

afiliados la prestación del plan obligatorio de salud. Cuando entran en juego estos factores, cuando se presenta otra serie de condiciones que podrían generar incentivos para demeritar la calidad, se hace necesario el establecimiento de una serie de mecanismos de control que garanticen al usuario la calidad de la atención en salud. El proceso de aseguramiento que se ha diseñado contiene, además, una serie de riesgos intrínsecos. El Plan Obligatorio de Salud se garantiza a través de una misma unidad de pago por capitación a una EPS, independientemente de si la persona utiliza o no los servicios, de si se enferma o no, de si consulta mucho o poco, todo por la misma suma per capita. Esto contribuye, naturalmente, a la racionalización del gasto, a su control, pero también exige que la EPS realice un esfuerzo importante en la promoción y el mantenimiento de la salud porque, en la medida en que la persona se enferme va a serle más costosa a la EPS la atención de las patologías que se presenten. Sin embargo, la unidad de pago por capitación seguirá invariable, enfermese o no el usuario: a la Seguridad Social le conviene, entonces, mantenerlo sano.

Cuando este programa es visto como un negocio, cuando se establecen unos topes y cuando las demandas de los afiliados por servicios de salud son permanentes, los riesgos de la capitación se orientan hacia un deterioro en la calidad. Existe el riesgo de que si a mí me dan \$140.000.00 por año por persona yo puedo invertir solamente \$10.000.00 y ganarme \$130.000.00. El propósito es, entonces, racionalizar la utilización de los servicios; eliminar la utilización innecesaria de éstos, controlar los abusos, pero nunca reducir la calidad de dichos servicios ni bloquear la prestación de aquellos que son indispensables. Como existe ese riesgo, se hace necesario un sistema de Garantía de Calidad.

Además de la relación existente entre el afiliado, la EPS, la IPS y el profesional que presta los servicios, existe una asimetría en la relación entre la IPS y los profesionales, por un lado, y el usuario, por el otro, donde este último no tiene una idea clara, al menos en el área técnica, de si lo que se está haciendo con él está bien o no. Por esta razón adicional, es necesario que el usuario tenga garantizada la calidad de los servicios médicos que se le prestan.

El sistema de Garantía de Calidad debe estar orientado con base en dos situaciones: la primera es la consideración de que la calidad, desde el punto de vista técnico, de la más adecuada utilización de

los servicios médicos a los pacientes, está medida en cierta forma, por la percepción que tiene el paciente sobre la atención que recibe, y está enlazada al manejo de las relaciones interpersonales entre la IPS, los profesionales y los pacientes. Esta percepción, probablemente subjetiva, necesita tener un soporte que permita al afiliado, en un momento dado, decidir cuál institución escoger. En un ambiente en el que, probablemente, va a proliferar la publicidad, el mercadeo por parte de las instituciones, será necesario que el paciente esté adecuadamente orientado para realizar la mejor escogencia. Es necesaria la existencia de una institución debidamente autorizada que le pueda informar al respecto y garantizar la calidad e informar sobre las diferencias de ésta en las diversas IPS. No es razonable que las personas escojan la prestación de un servicio con un criterio diferente al de la acreditación y la Garantía de Calidad.

En segundo lugar, se hace necesario que la Garantía de Calidad esté orientada no solamente por los resultados sino también por el proceso mismo de cada una de las intervenciones. Se ha propuesto, entonces, un sistema de licenciamiento y acreditación de las IPS, por medio del cual se les autoriza el proceso de atención y de prestación de servicios de salud. El análisis de los resultados de la atención en salud de las IPS puede llegar a servir como parámetro para las comunidades, para que ellas puedan elegir cuál institución les puede prestar el mejor servicio en el campo requerido.

La calidad tiene también sus riesgos: significa una mayor intervención foránea en el libre ejercicio de la medicina, en la libre relación médico-paciente, como era hasta ahora tradicional. Por esta razón, el Ministerio quiere compartir con los profesionales estas inquietudes y estas iniciativas relacionadas con la calidad, recoger sus opiniones al respecto, sopesar los inconvenientes y destacar su importancia y la de contar con un sistema por medio del cual otra institución intervenga la relación médico-paciente, única manera de garantizar a los pacientes y a los mismos profesionales de la salud, la tranquilidad desde el punto de vista legal, en un eficiente sistema de Garantías de Calidad.

El Académico **Gilberto Rueda Pérez** opina que esa situación, presentada en esa forma tan franca por el Señor Viceministro, se había planteado ya en el primer foro, donde surgió la preocupación desde el punto de vista económico: hay dos entidades, primero las EPS que van a recibir unos fondos

provenientes directamente del Estado y de los aportes de patronos y trabajadores; y en segundo lugar, las IPS dependientes de las EPS. Se va a establecer un negocio del cual debe originarse una utilidad. En el último escalón se encuentra el profesional de la salud, que es sub-contratado por la IPS para ejercer su función médica. Como el Señor Viceministro lo menciona, los intermediarios van a obtener una utilidad, que va a partir de una base de \$140.000.00 pesos anuales. ¿Cómo es posible garantizar la calidad óptima en sus servicios por unos profesionales que están sometidos a todo este factor economicista de la organización del sistema? Es sin lugar a dudas un planteamiento primario, pero es la primera pregunta que uno se hace frente a la proyectada Garantía de Calidad. Quien supervise dicha calidad de servicios va a tener que ser una organización mucho más grande que la misma de la seguridad social, para que logre llegar a su objetivo que es el paciente frente al médico. En último término, con todas estas dudas, ese paciente a quien se le preste el servicio es quien va a sufrir las consecuencias de esa discordancia.

El Académico **Gustavo Malagón Londoño**, coordinador del foro, presenta un saludo a los representantes del Ministerio de Salud y agradece a la doctora Beatriz Londoño, al doctor Alvarado y al doctor Morales, su presencia en la Academia. Agrega que se han logrado dilucidar y aclarar muchas dudas en los dos foros anteriores y que se espera obtener unos magníficos resultados del de esta noche. En ese momento entra el Señor Ministro de Salud, doctor Juan Luis Londoño de la Cuesta, razón por la cual el presidente hace un resumen de lo tratado hasta el momento.

El Académico **José Félix Patiño Restrepo** resalta la importancia del tema y parte del principio de que la Medicina debe ser la más intensamente ética de todas las actividades humanas, porque siempre busca el bien de las personas, lo que quiere decir que, cuando hablamos de calidad, existe una íntima relación entre ésta y la ética.

En ética se presentan ahora una serie de dilemas. La relación médico-paciente, que siempre fue una relación hipocrática, ha sido modificada: ya no existe esa relación médico-paciente, sino una contractual, legal, donde el paciente ya no se llama paciente sino usuario y el médico ya no se llama médico sino sistema. Ese tipo de relación es, entonces, una relación usuario-sistema, estableciéndose un documento legal que es el contrato.

La profesión médica siempre tuvo un juez y un jefe llamado Hipócrates, y a él juraron los médicos cumplir con su deber, lo que se denominó el imperativo hipocrático. Ahora se ha modificado y los médicos se encuentran ante un mandato administrativo que reemplaza las directrices que siempre fueron de tipo intelectual; la tradición médica y ese juez, que antes era Hipócrates, que era la conciencia del médico, han sido cambiadas por un sistema.

En lo relacionado con la salud, en términos de calidad, se debe tener en cuenta que al hablar de calidad no sólo se debe considerar el buen acto médico, con un propósito y con una buena ejecución, sino que, en gran parte, la calidad depende de los recursos disponibles para el ejercicio del acto médico mismo. Es bien sabido que en nuestros hospitales la situación se encuentra muy lejos de ser óptima y, por consiguiente, la calidad del acto médico en esas condiciones se ve no solamente afectada por el proceso intelectual del médico y del profesional sino, más bien, por los recursos disponibles y, entre estos, no solamente los materiales, sino también los humanos. El déficit de Enfermería introduce un problema muy serio en cuanto a la calidad de dichos servicios.

Otro punto importante al hablar de calidad es el de la promoción de la salud en términos de calidad total de la acción en salud y ahí está involucrado el diagnóstico y el tratamiento precoz de la enfermedad. Al pensar en atención primaria en cáncer, se sabe perfectamente que si se hace una mamografía a tiempo se puede detectar un cáncer mamario aún curable; si se hace una endoscopia a tiempo se puede detectar un cáncer gástrico curable; pero, si no existe ni la mamografía ni la endoscopia, la enfermedad, cuando sea detectada, será siempre avanzada e incurable. Cuando se habla de medicina preventiva generalmente se hace en términos sanitarios más que en términos de medicina preventiva, que tiene que ver mucho, por una parte con el diagnóstico precoz y con la identificación temprana de la enfermedad y, por la otra, con el diagnóstico de los riesgos que debe tener un grupo determinado de población.

Por último, al hablar de calidad estamos hablando también de auditoría médica. Una cosa es lo que se entiende por auditoría médica por parte de los médicos y otra cosa lo que se entiende de ésta por parte de los administradores. El médico habla de la auditoría en términos de calidad del acto médico, su propósito, su ejecución y su proceso; el adminis-

trador lo hace en términos de costos. El medio corporativo en el que ahora se desarrolla la medicina es un medio gerenciado, a diferencia de lo que llamamos el ejercicio general de la profesión. ¿El médico sí será capaz de continuar siendo el defensor del paciente de acuerdo con el concepto del padre Hipócrates, o será más bien en ese medio corporativo el defensor de los medios económicos de la empresa, de acuerdo con lo anotado por el presidente Rueda inicialmente?

El Académico **Alberto Vejarano Laverde** pregunta: ¿Cómo se ha pensado calificar las IPS, si un consultorio privado, de una sola persona, puede constituirse en IPS?

El Académico **Jorge García Gómez** anota que existen cerca de 3 millones de colombianos mayores de 65 años de los cuales sólo unos 500.000 tienen el privilegio de una pensión o de unas rentas propias. Son 2.5 millones de colombianos que no pueden cotizar a las empresas de medicina prepagada o a las instituciones que están buscando clientela. ¿Quién va a atender a estos 2.5 millones de personas que no pueden pagar, que no tienen ni siquiera un salario mínimo para cotizar a estas empresas? El ISS compró el Banco Popular en 138 mil millones de pesos: ¿No hubiera sido mejor invertir esos dineros en clínicas, en atención primaria en salud, en descentralización de la medicina de Bogotá hacia los departamentos que carecen de servicios de salud? Quienes de los médicos hacen medicina de alta tecnología tales como los trasplantes (de médula, de riñón, de hígado, etc.), cuyos pacientes requieren el uso de inmunodepresores de por vida, si en los Estados Unidos hay una gran preocupación por el alto costo de dichas drogas—más de 500 dólares mensuales para cada uno de los trasplantados— ¿las empresas de medicina prepagada podrán suministrar estas drogas cuyo costo, en nuestro medio, puede ascender a los \$500.000.00 mensuales por paciente? ¿Podrán hacerlo con otro tipo de drogas, aún más costosas?

El Académico **Juan Mendoza-Vega**, tiene dos inquietudes: la una, la de aquellas personas que se encuentran en las etapas finales de una enfermedad inevitablemente mortal y a quienes obviamente las EPS y las IPS tratarán de sacar del sistema de alguna manera; debería legislarse al respecto para evitar esta situación. La otra inquietud surgió al ver en estos días un aviso de prensa muy curioso, en el cual se dice: "No olvide que usted puede ahorrar con sus medicamentos. Exija que le despa-

chen el de nombre genérico y ahorre hasta el 40%". En un país desarrollado es posible que se tenga la información adecuada para resolver si el vendedor de una farmacia puede cambiar el medicamento que le dio formulado su médico por otro que le cueste menos. Pero me temo mucho que esa clase de enfoque en nuestro país, sobre todo presentado así de esa manera burda, podría llevarnos a que el vendedor de la farmacia, en el momento menos esperado y aprovechando la falta de información de la persona, no sólo le cambie el medicamento prescrito, por uno de menor valor, sino se lo cambie totalmente y le diga "Mire, este otro medicamento cuesta todavía menos y le va a servir más o menos igual", y como se le ha dado a la persona en forma oficial, la idea de que la fórmula del médico se puede cambiar, se corre el peligro de que la calidad del tratamiento descienda verticalmente por el simple hecho de que los enfermos, sin educación suficiente, piensen que si el medicamento se puede cambiar sin más ni más, hay algo imperfecto en la prescripción. Estas y otras cosas parecidas deberían tenerse en cuenta.

El Académico **Roberto de Zubiría Gómez** anota que minutos antes de la reunión estuvo hablando con el doctor Alvaro Vivas, presente en el auditorio de la Academia, quien fuera el cofundador del ISS y quien estudió muy a fondo el problema del Seguro Social Chileno, tiene ideas interesantes sobre la calidad de la atención médica y piensa que la experiencia chilena debe ser tenida en cuenta para evitar que en Colombia pase lo que allí ha pasado con el Seguro Social de ese país.

El doctor **Alvaro Vivas** considera que la Ley 100 de 1993 tiene un alto contenido estadístico y pregunta al Señor Ministro si ¿el Ministerio tiene el estudio de todo el material humano y si cuenta con la infraestructura necesaria para llevar a cabo la implementación de la Ley 100, tal y como lo desea el Señor Ministro? ¿Si al final del siglo se le va a estar dando cobertura a toda la población colombiana? ¿Si la intención actual del gobierno es la de fortalecer el Seguro Social y darle una preponderancia tal que nos permita ver, otra vez, un seguro social inmenso, gigante y que muere por sí mismo, autofagocitado por el gigantismo y por la corrupción al darle semejante presupuesto? (2 billones de pesos de presupuesto, 2 bancos, el B.C.H. y el B. Popular); ¿si no se requerirá de personal paramédico para poder cumplir con ese cubrimiento universal? Si al ingresar el 12% del Producto Interno Bruto ¿se podrá alcanzar la meta propuesta?

El Académico **Gonzalo López Escobar** pregunta: ¿Quién va a garantizar esa calidad? Esta puede tener mucha relación con precio, con cantidad de pacientes, con las características del facultativo que va a prestar la atención, puesto que no es la institución sino el médico directamente el que se enfrenta al paciente. Un hecho sorprendente y grave en nuestro país, dentro del gremio médico, es el que cada vez se tiene menos en cuenta al médico en lo relacionado con ganancias, sueldo y manutención. Si no tiene la garantía de que obtiene por lo menos su manutención ¿cómo va a buscarse esa calidad en sus servicios? El paciente no va con un concepto de salud sino con una exigencia de calidad: –¡Vengo a que usted me aliente!– En últimas, quien va a dar la calidad del servicio es el médico. ¿Quién va a fijar las tarifas de los servicios médicos?

El Académico **Jorge Camacho Gamba** anota que el problema es sumamente complejo y que es necesario estudiarlo en sus múltiples facetas, pues tiene muchos inconvenientes y su aplicación es difícil. Los chilenos hicieron un gran esfuerzo: si el ISS sigue algunos lineamientos del seguro chileno, va por buen camino. En primer lugar, se debe considerar por qué va el paciente al consultorio a solicitar los servicios, cuál es la causa que motiva su afección ¿Virus, bacterias, factor genético, factor psicológico? Hay que tener en cuenta que el factor psicológico ocasiona mucho desasosiego en los individuos. ¿Está en capacidad el ISS de atender ese factor psicológico? Es importantísimo mantener una buena relación entre el paciente y su médico. Antes, cuando el médico iba a casa del paciente a atenderlo, lo cual hacía con mucha generosidad, disponiendo de todo el tiempo necesario, conocía no solamente al paciente, sino a su entorno familiar donde está evolucionando la afección. Dentro del nuevo sistema se debe regresar al médico familiar.

El Académico **Rafael Samper Caicedo** dice que la relación médico-paciente es un evento muy importante y determinante, básico en la calidad y en la bondad del servicio. Ese encuentro no solamente es agradable para el médico sino que le permite saber qué tan bueno es como profesional. ¿La UPC no se ha determinado todavía en su verdadero valor? ¿Considera el Señor Ministro oportuno que la Academia Nacional de Medicina, como asesora que es del gobierno en asuntos de salud, asesore en estos momentos al grupo que estudia la Unidad por Capitación?

El Académico **Zoilo Cuéllar-Montoya** presenta dos inquietudes al Ministro: 1) Nadie ha hablado del incumplimiento, por parte del paciente, de los tratamientos. Por ejemplo, los pacientes del Seguro Social que no se toman la droga porque suponen que como es regalada no les sirve. ¿Este hecho ha entrado dentro de los planteamientos en los que se ha basado la Ley 100 de 1993? En estos casos de incumplimiento de las órdenes médicas ¿el fracaso corresponde al médico? ¿Es un hecho que representa una deficiencia de calidad de servicios? Si no se cumplen las órdenes médicas no vamos a tener ninguna calidad.

2) El problema económico del médico no es simplemente su manutención. En cuanto al médico general, este puede instalarse sin mayores costos, con un estetoscopio y un tensiómetro y algunas cosas sencillas, condiciones en las cuales las cosas pueden marchar. Pero aquellos que ejercen una especialidad de altísima tecnología y por lo tanto de altísimos costos ¿a dónde les va a dar el agua si no pueden cumplir con esa calidad por falta de dichos elementos? ¿Si no pueden contar con esos equipos sofisticados que les van a permitir ofrecer verdaderamente calidad de servicios? Un oftalmólogo no puede operar una catarata si no cuenta con un microscopio quirúrgico que dé una buena calidad de imagen y con instrumental adecuado.

El doctor **Juan Luis Londoño de la Cuesta**, Ministro de Salud, opina que el carácter de la salud es complejo. A diferencia de cualquier otra área de la sociedad o de cualquier otro sistema institucional, es difícil encontrar un campo tan complejo como el de la salud, con el agravante de que las soluciones no son fáciles. Este hecho obliga a discusiones más amplias, más pluralistas, tomando para ellas un poco de cada uno de los que intervienen. Cuando se pensaba que había ideas perfectas se fue demasiado fácilmente a los regímenes autoritarios o al marxismo, pero afortunadamente esas viejas ideas están superadas. El tema de calidad es, sobre todo, el reflejo de la complejidad del campo de la salud y de sus instituciones.

¿Cómo obtener un equilibrio entre el máximo beneficio recibido por las personas, el mínimo de riesgos enfrentados por el paciente, el menor costo posible para la sociedad y la mayor consistencia con las costumbres de pacientes y personal profesional? Es en esta visión multidimensional donde aparecen las tres dimensiones críticas del tema de la calidad que lo hacen extremadamente complejo.

No se puede pensar, como mucha gente lo hace, que el tema de la calidad puede reducirse a una sola dimensión. Es corriente encontrar la sociedad donde se asocia la calidad con auditoría médica, o quien la asocia simplemente a tecnología sofisticada y cree que se puede obtener la calidad remplazando la capacidad médica con equipos sofisticados. También hay quien piensa en la calidad simplemente como en la satisfacción del paciente, la satisfacción subjetiva, situación en la cual se puede tener más satisfacción en un hospital general al tener una bonita enfermera con minifalda que con el equipo más sofisticado del mundo. ¿Cómo pasar de esas visiones unidimensionales de la calidad, más frecuentes de lo que se cree, a una visión más amplia que requerirá, como punto de partida de la discusión, considerar elementos de estructura, de procesos y de resultados? En términos de procesos se debe insistir, como ya lo anotó el Académico Patiño Restrepo, en ir más allá del acto médico para considerar el tema de los insumos.

El punto de partida es muy importante. Se debe considerar que es el punto de partida de la reforma actual, aunque no sea un sistema de calidad ideal. Nos hacemos la ilusión de que estamos rentando un sistema de calidad que va a verse enfrentado a problemas de competencia o de coberturas. ¡No! hay que reconocer que las prácticas actuales de salud de las gentes y de los profesionales promedio, tienen mucho que mejorar. Hay que partir de lo más visible: las instituciones en las cuales se ejerce buena parte de la carrera de salud. Solamente un 5% de nuestras instituciones tienen su registro sanitario y solamente un 3% tienen la licencia correspondiente. ¿Cuántas entidades tienen hoy acreditación para que alguien pueda dar fe, abierta y transparente, de su calidad?

El punto de partida tiene que ser la identificación de mecanismos más obvios, más evidentes, más transparentes y que aseguren una mayor calidad de estas instituciones, tanto por los registros como por el mejoramiento. Es entonces un elemento ya clásico en el cual, después de dos años, se ha logrado un consenso sobre las líneas en las cuales hay que recuperar. Estos temas ya eran patentes en la década de los 50's, hace ya más de 30 años y aún no se ha podido dar con la solución adecuada.

El tema de la calidad va mucho más allá de la simple disponibilidad de algunas instituciones en las cuales se facilitan los actos de salud y es particularmente importante el conjunto de insumos que hace

posible el acto médico. La calidad pasa, entonces, por una revisión cuidadosa de cada uno de los insumos. Se podría comenzar por los medicamentos: en el momento no hay en el país quién garantice la calidad de éstos a la población. La solución a este asunto es muy importante para el futuro de la salud, razón por la cual se debe generar una institución encargada de los medicamentos, ya no solamente con el fin de dar o no las licencias y los registros, lo que para quienes han sido Ministros ha representado un verdadero dolor de cabeza en todas las administraciones. Se requiere una institución capaz de garantizar la calidad de los medicamentos: las marcas son importantes, pero no siempre son suficientes.

Se ha tratado de copiar, trayendo en esto experiencias foráneas, a la FDA, combinándola con su similar alemana, en la búsqueda de una buena mezcla de estas dos experiencias. Se abrió una sección dedicada al control de los medicamentos, aplicando la más alta tecnología. Ya ha sido decretada y se cuenta con dos plantas para iniciar trabajos el 1o. de enero próximo.

Un segundo elemento, muy crítico, es el de que los colombianos no hemos tratado de aprovechar las experiencias internacionales de evaluación de tecnología. Se tiene la impresión de que al país le falta recoger la experiencia sistematizada que tienen países como los Estados Unidos, el Canadá o cualesquiera de los países europeos para tratar de realizar evaluaciones serias de tecnología; a veces se tiene una visión demasiado simplista, demasiado compleja o demasiado costosa versus demasiado barata. Esas categorías no tienen sentido: las cosas que pueden resultar muy costosas pueden ser, en el fondo, muy baratas o, según el adagio popular: "lo barato a veces sale caro". Acaba de ser expedido un decreto que genera un sistema de evaluación en tecnología que permite, una vez más, poner la efectividad y el costo en el centro del análisis. El tema de la infraestructura se ha convertido en un dolor de cabeza en el país, a pesar de que los esfuerzos en la materia no son decrecientes sino crecientes. ¿Sabían ustedes que el Ministerio de Salud invirtió en los últimos dos años, 4 veces más recursos en infraestructura que en los últimos 10 años? La percepción de que sistemáticamente existe deterioro en esta materia es evidente. En los próximos 4 años, a partir de la Ley 100, vamos a estar generando recursos anuales del orden de los 130 millones de dólares. Es un problema de calidad de la infraestructura el que el país tiene que estar

enfrentando. En cualquier hospital encontramos equipos dañados o equipos inútiles que algún día, un vendedor sinvergüenza logró "meterle" a un director del hospital o a un alcalde de quien dependía la decisión.

En cuanto a los recursos humanos: ¿existe un elemento más importante para la consideración de la calidad de la salud y de la práctica médica que el de los recursos humanos? Hay que reconocer que hemos tenido un deterioro progresivo en la calidad de la formación de estos recursos humanos. Ha habido un descuido inexplicable en la composición de la formación de dichos recursos; un descuido inaceptable en generar prácticas y estándares que permitan sobresalir a la gente con más calidad, en forma abierta y transparente. Hay que fortalecer el tema de la formación de recursos humanos; hay que fortalecer el tema de la Educación continuada; hay que fortalecer la capacidad que el Ministerio de Salud debería tener en la búsqueda de una mayor consistencia en nuestros recursos humanos o en los que se requieran. Es un problema de cantidades, de calidad y de precios.

Con la ayuda de un buen consultor nacional se logró realizar un estudio salarial exhaustivo del país. Se encontró que, para un médico general, en ciertas regiones de la provincia colombiana, el salario es, en la actualidad, de \$171.000.00 mensuales. Es, indudablemente, una estructura salarial inadecuada, con la cual no se puede garantizar la calidad de la atención en salud. Con los incentivos planeados en la Ley 100, se puede garantizar dicha calidad. Cuando el común de la gente se encuentra satisfecha con sus ingresos, se genera calidad de atención. Si alguna ventaja tiene la reforma es la de haber logrado fuentes estables y abundantes de financiamiento para garantizar que el entorno de la práctica médica sea más favorable.

El acto médico debe ser igualmente estudiado a la luz de la calidad. Hay que buscar auditorías internas, modernas, y no auditorías de tipo financiero. Antes de la reforma han proliferado toda una serie de auditorías indeseables. En la misma forma, no sigue siendo tan deseable como era de esperar el actual sistemas ético, porque a la profesión de la salud, a la profesión médica en particular, le corresponde un papel muy antiguo, el de lograr detectar y denunciar las prácticas de su propia profesión que no resulten adecuadas. Solamente quien se ponga a la defensa de los intereses colectivos es capaz de garantizar una ética mucho más

consistente que la del común de la gente, lo cual redundará en una alta calidad de servicios. La ley ha hecho un aporte muy interesante: ha sentado el concepto de integralidad en la atención como eje de la organización de un sistema que gira alrededor del paciente. No necesariamente alrededor del proveedor o de las atenciones esporádicas. El concepto de atención integral que se tiene en la persona del médico familiar, que descubre, percibe y diagnostica y hace la cobertura completa a lo largo del tiempo, debe cambiar radicalmente; está inmerso en nuestro pobre sistema de calidad que se deriva de acciones esporádicas. Hoy tenemos un sistema en el cual quien se enferma va a donde el médico e inmediatamente se siente mejor, se tranquiliza antes de completar la recomendación médica de consumir los medicamentos ordenados; se evitan las citas adicionales y se evita la cobertura integral. Este concepto de cobertura es crítico frente al actual concepto de Garantía de Calidad.

Hoy en día no se puede pensar en un acto o una integración médico-paciente unilateral; eso era válido en otras épocas, con población muy ignorante; era razonable pensar que la práctica profesional se reducía a ordenar y recetar. En medio de una población gradualmente más culta es indispensable la interacción. Si se compara la práctica médica habitual, que los médicos han vivido hasta ahora y que la práctica médica americana ha puesto en tela de juicio, con lo ambicionado en la Ley 100, se ve muy fácilmente que existen grados de conocimiento y de educación, grados de conciencia mucho más altos sobre la práctica de la salud.

Los elementos para una calidad de servicio se encuentran en la propia ley. La evaluación de resultados en nuestro país ha sido sumamente pobre hasta la fecha, lo que hace necesaria la implantación de una evaluación permanente, sistemática y científica, de las cualidades o los defectos que tengan las diferentes intervenciones médicas. Para ello se debe pasar de una evaluación subjetiva de resultados, como la que tienen algunas de las empresas de medicina prepagada, que les hace creer que su prestación de servicios es de alta calidad, a un sistema objetivo de medición de calidades.

Son pocos los hospitales de Colombia que tienen una medición adecuada de las tasas de infección intra-hospitalaria que se puedan comparar. ¿Cuántos tienen tasas de recurrencia de pacientes que podían haberse evitado con una práctica médica adecuada? ¿Cuáles tienen unas tasas de complica-

ciones? ¿Cómo se pueden lograr dichas evaluaciones? El país médico debe ser capaz de desarrollar ese elemento de suprema importancia: la información objetiva, que representa una mayor calidad científica en la práctica médica y una mayor seguridad en la Garantía de Calidad.

Este contexto integral, complejo, de elementos de estructura, de procesos, de resultados, es lo que constituye un sistema de Garantía de Calidad.

Se han logrado superar algunas de las barreras financieras para alcanzar una práctica médica de mejor calidad, pero no se ha logrado aún la meta óptima. A buena parte del personal de salud del país hay que hacerle una recalificación para poderla ingresar dentro de un sistema que sea mucho más abierto. Es en la planeación de la oferta donde al Ministerio le corresponde una tarea mucho más importante: le corresponde incidir en el mercado de insumos. El Ministerio de Salud no puede seguir ausente de la formación de recursos humanos, del control de calidad de los medicamentos; no puede seguir con el sistema actual de asignación de recursos para infraestructura, a punta de pura política. Estos elementos permiten generar un Ministerio que sea capaz de inducir una oferta razonable: es la única solución para evitar los cuellos de botella que conducen inevitablemente a pérdidas de calidad o a inflaciones en el área médica.

Es necesario incorporar instituciones al sistema de Garantía de Calidad en la práctica de cada uno de los integrantes del sistema de salud. Mucha gente cree que la Garantía de Calidad es obra solamente de la Superintendencia de Salud o de las entidades financieras. Esto no es cierto. Cada cual debe ser responsable en su propio nivel. Si el médico no se hace responsable de sus propios actos ante la comunidad, estamos perdidos. Si la suma de actos médicos que se da alrededor de las IPS no garantiza una mayor capacidad de diálogo; si las EPS no conducen a un mejoramiento de la calidad como criterio de conquista de los consumidores, también estaremos en muchas dificultades.

La reforma a la salud conseguida con la combinación de las leyes 60 y 100 toca a cada uno de los elementos del complejo calidad de servicios. En vez de reducirse a una reforma de los medicamentos o al tema de los hospitales públicos, o al de los recursos humanos, es una reforma que tiene instrumentos fuertes para intervenir en cada uno

de estos integrantes de un sistema de Garantía de Calidad.

Se considera que es uno de los grandes logros del Congreso, puesto que el nuevo Sistema de Seguridad Social defiende la integralidad de la atención médica, la generosidad de un sistema de atención a la población para todas las patologías, en todos los niveles y con las tecnologías más efectivas. Es algo mucho más generoso de lo que muchas personas tienden a asociar con la práctica de la medicina prepagada que es, no un desarrollo natural de la reforma sino casi una oposición a ésta. Las EPS van mucho más allá de nuestro sistema actual de prepagadas en el cual hay tantas exclusiones, tantos límites a una práctica integral. Ello tiene que ver, además, con muchos de los sistemas de incapacidades tales como las derivadas de accidentes de tránsito, las cuales están garantizadas por recursos adicionales. El Sistema de Seguridad Social se asienta sobre el Plan Obligatorio de Salud; pero alrededor de este existen 5 grupos de planes adicionales. Un plan de atención básica está orientado fundamentalmente hacia la atención de los sectores de salud pública, hacia las colectividades; o hacia algunas acciones individuales de muy altas alternativas o efectos colaterales. Se superponen a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que tienen un financiamiento propio y un plan de accidentes de trabajos y enfermedades catastróficas, con financiamiento adicional a partir de un impuesto especial que se puso a los automóviles.

Quién lo creyera: se consiguió un financiamiento adicional por medio de un impuesto a las armas que, en un período de 5 años, alcanzarán a financiar gran parte de los efectos del trauma. Las incapacidades no solamente están financiadas a partir del Plan Obligatorio y del UPC, sino por el conjunto de planes complementarios que se están diseñando a partir de la reforma. La cobertura de la población incluye, con mucho detalle, el denominado MAPIPO (Manual de Procedimientos Prácticos e Intervenciones) el cual regula lo que se considera acorde con múltiples interpretaciones que se han hecho, muchas de ellas razonables.

Sobre la determinación de la UPC, cabe anotar que existen los estudios técnicos detallados que permiten, a partir de las demandas observadas, las demandas potenciales, los costos, originados en protocolos o en metodologías aceptadas en Colom-

bia, ser capaces de financiar abundantemente el plan de atención.

En los últimos 3 días se ha sabido que ciertos grupos renuentes a la atención del sistema, están dispuestos a entrar en él. Cuatro cajas de compensación han dado su respuesta favorable para ingresar inmediatamente como EPS. Lo propio se ha obtenido con varios grupos de medicina prepagada, que están dispuestos a entrar con recursos previstos por la UPC y estudios técnicos que se irán publicando.

Sobre el futuro de las EPS y del ISS se parte de una organización notablemente burocrática, que re-

quiere remoción. Lo que se quiere hacer no es reproducir el modelo del ISS, sino modificar su estructura para hacerlo funcional y acorde con el nuevo sistema. Se quiere entonces que el juramento Hipocrático sea mucho más eficaz de lo que había sido en el pasado. Las metas más importantes de un Ministerio líder en esta materia es lograr recopilar las experiencias de la práctica integral que sean y resulten del consenso de la profesión y que redunden en una confrontación científica. Solamente un proceso interactivo del conjunto de profesionales puede conducir a que el Sistema de Salud que trata de construirse con estos esfuerzos de la Ley 60 y la Ley 100 conduzca a una práctica de Salud de altísima calidad.

