

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Foros sobre

“La Calidad en el ejercicio profesional” y “La Recertificación Voluntaria”

Primera parte

(Foro del 22 de febrero de 1996)

“Garantía de Calidad en los Servicios de Salud”

INAUGURACION

Doctora María Teresa Forero de Saade

Ministra de salud

El Secretario lee una comunicación enviada por la señora Ministra de Salud, doctora María Teresa Forero de Saade: “Agradezco muy sinceramente su atenta invitación al Foro *“La calidad en el ejercicio profesional y la recertificación voluntaria”*. Lamento no poder acompañarlos por razones de fuerza mayor, pues de verdad desearía estar con ustedes, participar en sus análisis y definir conjuntamente nuevos escenarios de concertación.

Celebro profundamente el interés de la Academia por el tema de la calidad de los servicios de salud. Estoy segura de coincidir con ustedes en que al mejoramiento y a la vigilancia de la calidad deben otorgarse los mayores esfuerzos en la construcción de un sistema universal de seguridad social en salud. Este propósito es una prioridad del Gobierno, puesta de relieve en el Plan de Desarrollo Sectorial.

Todos sabemos que la calidad de los servicios de salud tiene innumerables componentes y condicionantes. Por esta razón, es necesario que las políticas sectoriales relativas a la calidad propicien dinámicas múltiples que comprometan a los diferentes agentes que intervienen en el sistema de seguridad social en salud y, a la vez, mantengan el equilibrio entre la vigilancia pública y el establecimiento de mecanismos de autorregulación. Estas son las bases del Proyecto de Decreto de Garantía de la Calidad que el Ministerio prepara actualmente, con el propósito de fomentar

y comprometer la buena práctica profesional y la seguridad de los usuarios.

Sin lugar a dudas, el elemento central de la calidad de los servicios de salud está relacionado con el ejercicio profesional y, por consiguiente, con la idoneidad de los recursos humanos. El desarrollo de la capacidad técnico-científica con una mejor formación inicial complementada con educación continuada, con el establecimiento de mecanismos de actualización, con facilidades para el contacto con los nuevos logros en ciencias de la salud y con el intercambio entre pares deben ser prácticas generalizadas de nuestro sistema de formación de recursos humanos. En buena hora proponen ustedes introducir incentivos para que los profesionales de la salud acudan voluntariamente a obtener una *recertificación voluntaria*, porque esta propuesta estimula el establecimiento de esas modalidades de formación complementaria y permanente.

Quiero subrayar la necesidad de establecer procedimientos innovadores que estimulen la presencia de profesionales de la salud en áreas apartadas y garanticen para ellos acceso fácil y oportuno a la formación continua, al debate científico y al medio técnico. Este es, sin duda, el mayor reto para garantizar servicios de calidad a la población tradicionalmente menos beneficiada por la atención en salud. La respuesta a este desafío incluye mejores remuneraciones e incentivos, condiciones de infraestructura y dotación

adecuadas para el ejercicio profesional, nuevas modalidades de comunicación científica y formas novedosas para el desarrollo y evaluación de programas de pregrado, especialización y acreditación.

Propuestas como la que hoy los convoca y muchas más, que estoy segura que ustedes elaborarán en la misma dirección, son y serán bienvenidas. Conjuntamente podremos encontrar mecanismos que apunten a desarrollar los recursos humanos y, con ello, a mejorar la calidad de los servicios de salud, en beneficio de la población colombiana y, en especial, de los más desprotegidos.

Reitero a ustedes una vez más mi aprecio y mi voluntad de servicio.

(Fdo.) María Teresa Forero de Saade. Ministra de Salud”.

DEFENSA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA EN BENEFICIO DEL PACIENTE

Académico Gilbero Rueda Pérez
Presidente
Academia Nacional de Medicina de Colombia

Se ha ido modificando, en una forma muy rápida, el ejercicio de la profesión en Colombia. Hace pocos años había una práctica hospitalaria y profesoral muy activa en las horas matutinas del ejercicio de la profesión. Este ejercicio hospitalario profesoral le daba al facultativo conocimientos, actualización permanente, destreza, respetabilidad, prestigio y, sobre todo calidad en el ejercicio de la medicina. Por la tarde esos atributos se traducían en el ejercicio de la práctica privada en el consultorio o en el quirófano o en la clínica particular, que le daban medios de vida y, a veces, prosperidad.

Hace 50 años se estableció en Colombia el Instituto de Seguros Sociales, entidad por demás importante. Dicha institución tomó para sí la medicina que se ejercía con los empleados, con los trabajadores. El médico siguió ejerciendo dentro de su ordenamiento anterior.

Posteriormente, hace unos 15 años, se establecieron las empresas de medicina prepagada, las cuales tomaron para

sí los pacientes particulares del médico y éste descubrió que estaba trabajando en el hospital, trabajando en el profesorado y que ya no alcanzaba a sostener su familia y sus necesidades con los salarios bajos que estas entidades otorgaban. En esas condiciones comenzó la masificación de la carrera médica y el tratar de obtener, con base en diferentes cargos, un salario adecuado dentro de las 24 horas. Vino entonces la Ley 100 que generaliza el sistema y que forma las empresas promotoras de salud. Bienvenido desde el punto de vista de la cobertura. Pero, aquí es donde la Academia tiene que estar con los ojos muy abiertos porque de la masificación, del ejercicio por volumen, contra el tiempo, lo que se desprende es la baja calidad en la prestación del servicio, la baja calidad de la prescripción, en la utilización de los medios de diagnóstico y, todo ello conduce a una comercialización, tanto de las entidades particulares como, lo que es peor y más peligroso, de los hospitales tradicionales.

No estoy diciendo que eso no sea factible. Hay que hacerlo, pero con gran responsabilidad, con una supervisión muy importante. El médico que sale a ejercer en este momento y que no tiene incentivos, va a trabajar a destajo, por volumen, contra el reloj; no tiene tiempo de actualizarse, va disminuyendo su capacidad porque la medicina, como todas las ciencias, avanza a una velocidad muy superior a la que él puede desarrollar. Termina el médico influido por los visitantes de los laboratorios que le indican cual es el último procedimiento o la última droga.

Se suma a esto la proliferación indiscriminada, basada en nuestras propias leyes, de escuelas y facultades de medicina. Tampoco estoy diciendo que no deban abrirse nuevas facultades de medicina: son necesarias, pero con una orientación curricular hacia lo actual, hacia lo presente, y no abusando de la falta de control y de la baja calidad que va a producir médicos para ser contratados en el ejercicio mínimo de la medicina, con resultados nocivos para el paciente y para la misma profesión.

En muchos países de América Latina se ha analizado esto previamente: por ejemplo en Chile, en México, y en otros en donde, al darse cuenta de esta problemática, se ha buscado la forma de obtener una educación continuada del profesional, como primera medida; y, segundo, se ha visto la necesidad de la autocalificación voluntaria para

que puedan seguir ejerciendo con incentivos y con procedimientos que no sean traumáticos para el profesional, pero que lo actualicen.

La Academia Nacional de medicina no va a dar en esta oportunidad las soluciones: no las tiene, pero sí considera que debe estar encabezando las propuestas, las medidas, los métodos que se utilicen en el futuro en el país para lograr esa educación, lograr la supervisión y lograr la recertificación de estos profesionales. La recertificación es necesaria pero, ¿Quién la va a implementar? ¿Quién la va a impartir? Este es el punto en donde queremos estar. Que no se politice, que no se vuelva de grupos, que no se vuelva de privilegiados, que la Academia supervise, organice, y se responsabilice a su vez de los resultados.

Para debatir esos puntos hemos organizado, gracias a la Comisión Permanente de Educación de la Academia Nacional de Medicina y al Académico Gustavo Malagón Londoño, quien la coordina, estos dos foros. Esperamos sacar de ellos una orientación con respecto al futuro.

ENFOQUE GENERAL DEL TEMA

Académico GUSTAVO MALAGON LONDOÑO
Coordinador General de los Foros
Comisión Permanente de Educación Médica

Celebro con mucho entusiasmo lo expresado en el mensaje de la señora Ministra de Salud, pues refuerza una vez más la importancia de preocuparnos en el tema de la “*Calidad en los Servicios de Salud*” y que desemboquemos en alguna estrategia que, bien puede ser la de la *recertificación voluntaria*.

La Comisión de Educación ha considerado de suma importancia proponer a la Academia Nacional de Medicina el estudio relacionado con este tema con el ánimo de hacer una revisión juiciosa, pausada, consciente y objetiva sobre la realidad de la calidad en el ejercicio profesional y la realidad de la calidad de los servicios de salud.

Como ciertas circunstancias y los hitos de moda en el país, nos han llevado a poner en riesgo esa calidad,

consideramos que es el momento más oportuno para dedicarle esta juiciosa disciplina de análisis al tema y con ese objeto se trabajará en estas dos sesiones del Foro, la primera de las cuales cuenta hoy con la presencia de personalidades muy importantes, quienes harán comentarios basados en su gran experiencia y en su visión de la realidad.

Nunca se había hablado tanto sobre *Calidad* como en los últimos 15 años cuando, a iniciativa de la industria y especialmente de los orientales, se comenzó a hablar sobre la trascendencia de la calidad; mucho se ha escrito sobre el tema, se han dado definiciones diversas: la de *Ecology*, la de *Denis Smith* y de *David Johnes*, la de *Frank Franz* que ha sido un tratadista sobre el tema: son puntos de reflexión que, al ser manejados por el sector industrial, nos dejan hondas reflexiones que pueden llevarnos a un manejo mucho más realista de lo que nosotros pretendemos hacer con lo que denominamos la calidad de la prestación de los servicios.

Creemos que la calidad en la salud prevé eficiencia pero, sobre todo, prevé absoluta satisfacción del cliente. Hoy, de acuerdo con las nuevas modalidades, se plantean ciertos puntos de referencia que sirven para darle cabida a las nuevas modalidades de prestación de los servicios de salud.

Se ha planteado que el servicio de salud, lo que se llama la prestación integral o la seguridad social integral en salud, necesariamente, debe reposar sobre cuatro pilares fundamentales: la *cobertura universal*, la *solidaridad*, la *eficiencia o calidad*, y, la *competitividad*. Pareciera que esta última se deriva de las anteriores.

Un soporte fundamental de la seguridad social integral, necesariamente, debe ser la calidad. Así parece que lo han entendido todas las autoridades, no solamente gubernamentales sino académicas y de todos los ámbitos para predicar permanentemente sobre la trascendencia de esta exigencia. Esto ha sido motivo de un análisis muy serio en los países más desarrollados, lo que ha llevado a la conclusión de que con el ejercicio de la calidad se abaratan los costos de la prestación de los servicios. En su conferencia sobre “*La Calidad en la prestación de los servicios*” Frank Franz la inicia con

la frase: “*Mientras más alta la calidad más bajos sus costos*”.

La calidad, desde luego, no sólo supone el ejercicio del profesional: la calidad supone presupuestos ajustados, facilidades para el trabajo, satisfacción del personal, eficiencia de los recursos humanos. De estos factores, los primeros pareciera que debieran relegarse a la responsabilidad directa de la organización de prestación de los servicios o del Gobierno, en el caso de las instituciones estatales. La eficiencia de los recursos humanos atañe directamente a las Asociaciones y organizaciones, a la Universidad, a los trabajadores de la salud directamente, en fin, a todos los estamentos que tengan algún tipo de relación con la actividad formativa o la actividad de vigilancia.

La realidad actual en el país, punto de reflexión importante, se resume así: en este momento el país tiene 39.000 profesionales y se presume que para el año 2.000 tendrá 52.000 médicos. Hay 30 escuelas de medicina aprobadas actualmente, cinco en gestación, y muchas más, preparando documentos para salir al ámbito nacional como escuelas de formación. Pero lo que más llama la atención es la existencia de un espectro sombrío con relación a la situación del ejercicio profesional en el país: en este momento el desempleo médico es del orden del 35% o un poco más, y el subempleo profesional llega al 60%.

Los niveles económicos de los profesionales, según los expertos en análisis económicos del país, quedaron definitivamente clasificados entre los rubros 2 y 3. Se clasifica como 1 los niveles económicos malos, como 2 los niveles económicos bajos, como 3 los niveles económicos regulares, 4 buenos y 5 óptimos. A los puntos 4 y 5 ni siquiera nos acercamos los profesionales de la salud.

Otro hecho muy importante en cuanto al recurso médico en el país, es el de su concentración en las siete principales capitales; el 70% de los médicos están allí y esas siete principales capitales representan una población real del 40% de la del país.

Han surgido nuevos esquemas que llevan a la caracterización de la prestación masiva del servicio de

salud. Obviamente esto llevará a que los médicos con papeletas de \$5.400 para atención de los pacientes del programa obligatorio de salud, deberán atender una mayor cantidad de pacientes a un bajísimo valor relativo para poder resolver, a medias, su situación económica, es decir, para poder clasificar dentro de los niveles analizados.

Para el año 2000 toda la población colombiana estará adscrita a la seguridad social integral. Seguramente para el año 2000 los programas de medicina prepagada irán desapareciendo, para ser remplazados por los esquemas previstos en la Ley 100. El ejercicio privado se irá reduciendo en forma tal que será realmente exótico que alguien pueda hablar de pacientes particulares.

Dentro del panorama general se aprecia que la calidad de los servicios se ha menguado, va en deterioro. Hay razones tales como falta de motivación; los profesionales ven frustradas sus aspiraciones por no encontrar fácil campo de trabajo, por la dificultad que encuentran para ubicarse y especialmente ante la evidencia de malos salarios que, comparativamente con los que perciben las otras profesiones, los llevan a esta situación de frustración. La necesidad de atender a la ligera, es decir, atender mayores volúmenes de pacientes (hay instituciones en donde la cifra es de 6 u 8 pacientes por hora, circunstancia que hace, obviamente, imposible practicar un examen médico adecuado), convierte al profesional en un mero formulador. Las incongruencias entre la formación académica y las condiciones laborales son tales que se espera que el médico resuelva con rapidez, con eficiencia y con economía el 90% de los motivos de consulta y a eso apunta el nuevo esquema de la seguridad social integral.

La carencia de los estímulos académicos para el profesional al servicio de una institución es tal que éste no tiene tiempo para desarrollar actividades académicas, y tampoco la institución está interesada en facilitarle oportunidades, dentro o fuera del país, que puedan significar, en un momento dado, algún tipo de esfuerzo económico para la institución.

La carencia de ordenamiento legal o de una reglamentación que le permita visualizar al médico su futuro, a corto, mediano o largo plazo, hace que los

profesionales, en general, estén en este momento en una situación de absoluta ceguera respecto a lo que va a ocurrir en su ejercicio a la vuelta de 3, 5 o más años. Algunos piensan que se deben subir al tren de los nuevos esquemas, págúenles lo que les paguen, pues en otra forma no podrán subsistir.

Hay un desmesurado afán de protagonismo de las autoridades al decir que la calidad es una de las características de la seguridad social integral, que estamos viviendo un nuevo esquema, pero un esquema que va a dar profundas gratificaciones y extraordinarias satisfacciones al usuario, pero al hacer un análisis serio nos encontramos con que las cosas no son realmente tal como se están anunciando.

La indiferencia de la sociedad, que reconoce la responsabilidad extraordinaria que asume el médico, pero que es indiferente ante su situación económica, está llevando a la frustración del profesional. Si el médico ve que evidentemente la sociedad reconoce que el profesional de la salud es el individuo indispensable para la conservación de sus condiciones físicas y para salvaguardar esas condiciones en su familia, pero simultáneamente ve el maltrato al que es sometido por la sociedad, y no protesta, entonces los médicos se encontrarán, realmente, abandonados a su propia suerte.

La ausencia de la acción reguladora del Estado sobre la planeación y el desarrollo de los recursos humanos, es preocupante. No se ha podido definir cuántos profesionales de la salud necesita el país, ni mucho menos en dónde pueden trabajar. El Estado en esto ha demostrado una gran negligencia e impotencia y esto, entre otras cosas, está llevando al abuso desenfrenado de quienes quieren comercializar con la proliferación de facultades de ciencias de la salud. Los profesionales del servicio social obligatorio no desarrollan el compromiso con su labor por la alta rotación y por la falta de estímulos en la periferia. En gran número de casos están tomando esta situación como un castigo, como la obligatoriedad de llenar unos requisitos y, tan pronto pueden liberarse de esa obligación, regresan a la ciudad a engrosar las filas de los que están esperando puesto.

Las despreocupaciones de las empresas por mejorar las condiciones laborales. No se aprecia que haya ningún esfuerzo por parte de dichas empresas. Han transcurrido ya 2 años de la Ley 100 y las empresas continúan en la misma posición de remuneración a los profesionales y las entidades estatales no han hecho un esfuerzo, a excepción del que señala el salto social, el cual va en contravía con la realidad económica del país.

La despreocupación del Gobierno por adecuar campos de trabajo en la periferia está llevando a la saturación de profesionales en las ciudades. Bogotá tiene 12.500 médicos en este momento, y en algunos muestreos se ha logrado comprobar que muchos profesionales están esperando programas de postgrado o esperando oportunidades de trabajo, en lo cual llevan 5 ó más años. Son profesionales susceptibles de ingresar a un trabajo al precio que les paguen, en cualquier institución.

Las escuelas de medicina que van a nacer, plantean en su exposición de motivos, que con la aparición de la nueva facultad se tratará de solucionar la carencia de médicos en Colombia, porque los países más avanzados se están aproximado a un médico por cada 500 habitantes; pero dichas entidades que así analizan, no miran que los profesionales en Colombia trabajan en donde hay posibilidades de ejercicio; de ahí su ubicación en las principales ciudades del país. Es la manifestación de una inconsistencia entre los perfiles socio-económicos y epidemiológicos y los perfiles ocupacionales y la incongruencia entre lo anterior y los objetivos, estrategias y métodos pedagógicos. En la última Conferencia Mundial de Educación Médica se llamó la atención sobre la importancia de brindar atención a este aspecto.

Por otro lado, está la llamada mala práctica, con relación a la cual los abogados están rondando por las salas de espera de los quirófanos a la búsqueda de los familiares para entregarles tarjetas y proponerles la jugosa oportunidad de un juicio civil contra la institución o un juicio penal contra el profesional en caso de que haya alguna falla. El reciente planteamiento de *sentar doctrina* en el Consejo de Estado –punto que está en este momento en controversia–, de juzgar al profesional por los resultados y no por los medios que él utilizó para salvaguardar la vida del paciente, plantea el peligro de

que muchos médicos que operamos podamos irnos muy fácilmente a la cárcel. Esto significa un desestímulo más a la práctica profesional.

Como estrategias para salvaguardar el ejercicio profesional del médico, el gobierno tiene una inmensa responsabilidad, pero también la tienen las organizaciones, las asociaciones, las universidades, los profesionales médicos, la academia, la sociedad entera con relación a este problema.

La Academia Nacional de Medicina, máximo organismo asesor del Estado, debe liderar el despertar hacia este movimiento de análisis y recapacitación, de estudio, de definiciones, de recomendaciones sobre el tema, y debe proponer mecanismos y estrategias e invocar entre estas estrategias una posible *recertificación voluntaria*, como garantía de un ejercicio de alta calidad.

COMENTARIOS DE LOS MIEMBROS DE LA MESA

Doctor Sergio Luengas

En representación de la Superintendencia
Nacional de Salud

Presenta algunos planteamientos sobre lo que puede ser un sistema de garantía de calidad en la prestación de servicios de salud. Se refiere a la carta que envía la señora Ministra de Salud y se muestra de acuerdo en cuanto a las estrategias básicas en materia del sistema de garantía de calidad, y agrega que es un proceso de requisitos mínimos con acción del Estado. No se debe permitir prestar servicios de salud si no se cumple con los requisitos mínimos específicamente con la calidad de los servicios. La segunda estrategia es el aseguramiento y el mejoramiento continuo de los servicios, que son procesos voluntarios en los cuales intervienen ampliamente los particulares, las academias, las universidades, las entidades aseguradoras de servicios de salud: son los dos mecanismos que conjuntamente integran un proceso de garantía de calidad.

Dentro de esta mecánica podemos conceptualizar que el requisito mínimo para prestar servicios de salud en Colombia y para ejercer la profesión es el que se haya

cursado y aprobado una carrera de alguna de las profesiones de la salud, y una vez la Universidad certifique que cursó, aprobó y se graduó, ya puede ejercer la profesión. Viene un proceso, que en este momento no existe, el de *recertificación voluntaria* del médico. Es la estrategia principal con que cuenta el sistema de seguridad social en salud.

La recertificación es una estrategia para lograr la calidad en la prestación de los servicios en el ejercicio médico, este es su único objetivo. Con esto no se van a solucionar problemas de insuficiencia del recurso humano; no se van a solucionar problemas de mala distribución de este recurso humano en el país; no es el mecanismo a través del cual se mejoren los salarios de los médicos. Para la solución de estos problemas deben existir otras estrategias, como pueden ser los estímulos a nivel rural. Para que exista un proceso de adecuación del perfil profesional para las realidades epidemiológicas del país, deben existir unas estrategias de remisión de los currículos académicos que existen en este momento. El régimen salarial debe tener unas estrategias diferentes.

Doctor Roberto Esguerra

Director
Asociación Colombiana de Hospitales

Ilustra el tema y crea un panorama más optimista. Dentro del cuerpo médico colombiano y en el sector de la salud, hay un gran interés por el tema de la calidad. Relata su experiencia cuando asumió la Presidencia de la Asociación Colombiana de Medicina Interna en el año de 1985. En esa época ya existían dudas sobre qué se debía hacer para mejorar o mantener la calidad de los profesionales médicos y especialmente de los internistas. En ese momento se planteó el tema de la *recertificación*. Se estudió el tema con los 14 decanos de las Facultades de Medicina, con los jefes de Medicina Interna del país, con ASCOFAME, con el ICFES. En un foro de 3 días se estudió la posibilidad de crear una recertificación oficial para los internistas de Colombia. Al final hubo dos conclusiones claras: 1) No se podía legalmente establecer un programa de recertificación que tuviera el respaldo del Estado. 2) Había un gran interés entre los internistas, entre los docentes y entre los jefes de medicina interna de esa época. Se hizo un programa de "*Tenencia en la*

Medicina Interna” propio de la Asociación Colombiana de Medicina Interna, que consistió en un programa voluntario entre los internistas miembros de la Asociación, en el cual acumulaban un número de créditos anualmente para obtener un diploma. Ese programa se inició en 1986, tuvo un enorme éxito en los dos primeros años y desde entonces, a pesar de que la Asociación en algún momento tuvo interés en terminarlo, no se pudo acabar porque los mismos médicos han tenido interés en que siga. Tanto es su éxito que se le agregó al programa, además de acumular créditos para obtener un título, un examen voluntario de conocimientos. Después de 11 años, el programa es más vigoroso que antes, porque los internistas lo han mantenido y hay un gran deseo de participar en él.

Como Director de la Fundación Santa Fe de Bogotá, el doctor Esguerra creó la primera unidad de garantía de calidad total. Es una unidad que funciona de tiempo completo, con personas que únicamente se dedican a controlar los procesos de calidad y a medir la calidad en todos los sectores de la Fundación; 7 años después, la unidad es mucho más vigorosa que cuando comenzó y los más entusiastas son los médicos.

Expone su experiencia en la Asociación Colombiana de Hospitales en la que, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, con el apoyo del Ministerio de Salud se diseñó, con base en los manuales de acreditación de hospitales de la OPS, un manual para acreditación de los hospitales colombianos con un sistema de garantía de calidad en los servicios de salud. Este manual lleva un año de realizado. Los primeros 200 manuales se repartieron entre hospitales y clínicas del país. Este es un elemento de mejoramiento continuo, de autoevaluación; simplemente, son unos parámetros para que los hospitales puedan medir cómo están hechos y cómo se pueden autoevaluar para que entren en un proceso de mejoramiento continuo.

Finalmente, con relación a la *recertificación*, hace caer en la cuenta sobre un aspecto en que ha trabajado, junto con el doctor Carlos Lleras de la Fuente: la Constitución Nacional de 1991, en su Artículo 26, ordenó la creación de los Colegios de Profesiones en Colombia, como una vía para mejorar la calidad de las profesiones, lo cual

está pendiente de reglamentación. Hay en el Congreso de la República una serie de proyectos presentados por distintas instituciones para regular esos Colegios, pero no han sido ni las Asociaciones Científicas, ni las organizaciones académicas de las distintas profesiones, las que han presentado esos proyectos para regularlos con él hemos presentado un proyecto de ley en la cual se anota que las funciones de los Colegios de Profesiones son, entre otras, la de realizar los exámenes de *recertificación del profesional*, la de regular la calidad de las profesiones y las de regular la ética del ejercicio de las mismas. Esto hay que hacerlo de una manera adecuada para que quede en buenas manos y es un papel que puede jugar, en forma muy importante, la Academia Nacional de Medicina.

El tema no se relaciona solamente con los ingresos médicos. La profesión médica y las profesiones de la salud siempre han estado interesadas por prestar los mejores servicios y el tema de la calidad no puede ser ajeno al del área de la salud.

Académico
Fernando Sánchez Torres
Academia Nacional de Medicina de Colombia

Presenta los aspectos éticos relacionados con la calidad en los servicios de salud y advierte que para la calidad de los servicios de salud es imprescindible considerar las circunstancias actuales en las que se está ejerciendo la medicina en Colombia, circunstancias por cierto desfavorables. Se trata de un ejercicio intermediado, o mejor, intermediatizado y se entiende por mediatizar o intervenir, dificultar la libertad de acción de una persona o institución en el ejercicio de sus actividades o funciones.

Esta intermediatización ha sido, en primer lugar, a nivel de la relación médico-paciente: dicha relación se ha visto interferida por un tercero-vendedor, Estado, ISS, las EPS, las IPS. En segundo lugar, por lo anterior pasa a ser un instrumento del patrono y del paciente. Tercero, el convenio tradicional médico-paciente ya no se hace directamente: ahora lo hacen el vendedor y el cliente. Adquiere éste, de manera formal, la promesa de aquél de que se le va a vender salud. Cuarto, por su parte el médico o instrumento, adquiere un doble compromiso para que se pueda

cumplir la promesa del vendedor: uno de carácter formal con el patrono o vendedor y otro de carácter tácito con el paciente o comprador. El compromiso con el vendedor es un compromiso contractual, remunerable, que obliga a responsabilidad y a reciprocidad. El instrumento se compromete a hacer un trabajo: suministrar salud y a hacerlo bien a cambio de una paga, sueldo u honorario. Al considerar el principio de reciprocidad como un asunto moral, el médico está obligado a hacer bien su trabajo. No obstante que el compromiso que el instrumento adquiere con el comprador, es de tipo indirecto, tácito, no con ello puede excusarse de cumplirlo y de cumplirlo bien. Aquí entran en juego los valores, principios y normas que sustentan la ética médica.

Pues bien, ¿cómo puede medirse la calidad de los servicios de salud? Ya el doctor Malagón en su magnífica introducción al tema, trajo una definición de Frank Franz que, en mi concepto es muy corta, muy sencilla y muy precisa: *“La calidad de los servicios de salud se miden por la satisfacción manifiesta de los usuarios”*.

¿Qué factores inciden en esa satisfacción? Los que dependen de los distintos factores que intervienen en el proceso de la atención. En primer lugar, son dependientes del patrono: la adecuada presentación y dotación de las instituciones prestadoras de servicios, es decir las condiciones locativas, lo que para los pacientes es definitivo. En segundo lugar, dependientes también del patrono o vendedor, los funcionarios o empleados: muchísimas instituciones en Colombia, particularmente el ISS, tiene a sus espaldas ese tremendo pecado, la deshumanización en la prestación de los servicios de salud. Por más contento que haya salido el comprador, aunque se le haya devuelto la salud, lleva una imagen mala de la institución por la deshumanización de muchos de los funcionarios. Esto también ocurre en los hospitales estatales. Tercero, dependientes del patrono y del funcionario instrumento, son los resultados obtenidos como consecuencia de los servicios demandados y prestados: la curación o la mejoría.

Estos tres factores entran en juego como elemento de respuesta al desafío llamado competencia, que es el acicate para que se mantengan vivas las instituciones que

pretenden ser tenidas en cuenta en el desarrollo de la Ley 100 de 1993.

Así las cosas, el académico **Fernando Sánchez Torres** se refiere a un sólo aspecto ético relacionado con el médico y la calidad de los servicios de salud. Sería muy importante haber tocado el tema de la ética de los patronos o vendedores de los servicios de salud pero toca solamente el aspecto de la ética del médico. El médico es un elemento clave, como que es el instrumento necesario, para conseguir la satisfacción de los usuarios. Para ello necesita estar revestido de dos virtudes: ser un médico capaz técnicamente, es decir, tener ciencia y ser un médico humanitario moralmente, es decir, tener conciencia. Sin estos dos atributos o virtudes, ciencia y conciencia, el médico no puede constituirse en prenda de garantía de la bondad de los servicios de salud. Estas dos virtudes juntas son las que permiten que se constituya en prenda de garantía.

Cita, para terminar, algunas frases extraídas de los documentos que han sido tenidos como guías morales del actuar médico en todos los tiempos. Dice Hipócrates a sus discípulos: “¿Qué habría de malo si obtuvieran su merecido los que practican mal la medicina? Pero el caso es que sufren las consecuencias los enfermos, quienes no tienen la culpa y a los que la violencia de la enfermedad no se les hubiera manifestado en grado suficiente si no se hubiera añadido la inexperiencia del médico”. El mensaje no es otro que el de la necesidad de que el médico esté bien capacitado.

Por su parte dice el juramento hipocrático: “No haré uso del bisturí, ni aun con los que sufren del mal de piedra; dejaré la práctica a los que la realizan”. Los estudiosos del juramento le han dado distinta interpretación a este pensamiento. El mensaje no es otro que el de llamar la atención de los médicos acerca de la prudencia con que deben ejercer la profesión. Los “toderos” se constituyen en un peligro. Los médicos tienen que tener plena conciencia de sus capacidades. De ahí la necesidad de las especializaciones para que el médico se sienta más seguro en su terreno. En la actualidad se está llevando este concepto a extremos viciosos que a la larga van a perjudicar tremendamente el ejercicio de la medicina en Colombia. Será motivo también de discusión.

Otro documento importante en cuestión de ética médica es el Eclesiástico, escrito por José, hijo de Sibiades, gran filósofo, y en este libro, en el capítulo que se titula "*Honor al médico*", se trata precisamente del médico como instrumento: dice cómo, en esa época, el médico es un instrumento de Dios, según la convicción judeo-cristiana. Después de 21 siglos vuelve el médico a ser manejado como un instrumento, pero de gentes de carne y hueso. Dice el Eclesiástico: "*Al médico lo elevará su ciencia a los honores y será celebrado entre los grandes*". El doctor Sánchez le da actualidad a este pensamiento: "*Al médico lo elevarán su ciencia y su conciencia a los honores: será celebrado entre los magnates y los humildes*".

Extractado de escritos de Maimónides, médico filósofo judío: "*Haz que sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la ciencia. Dame la fuerza, la voluntad y la oportunidad de ampliar cada vez más mis conocimientos con fin de que pueda procurar mayores beneficios a quienes sufren*".

Académico

Juan Mendoza Vega

Academia Nacional de Medicina de Colombia

En primer lugar, destaca algunas de las frases de la comunicación de la señora Ministra que coinciden perfectamente con los puntos presentados por el Coordinador del Foro, Académico Gustavo Malagón Londoño. En la calidad de los servicios que tienden a conservar, a promover y a recuperar la salud, sin duda hay muchos factores, uno de ellos, la calidad misma de los profesionales. Pero hay otros, necesarios de tenerse en cuenta: aspectos tales como el de la satisfacción de quien presta los servicios. No está de acuerdo con que la calidad del servicio de atención a la salud se pueda medir solamente por la satisfacción del cliente. Hay momentos en los cuales aun el más paciente de esos enfermos o de los parientes de esos enfermos, sentirá que no está satisfecho. El pariente de una persona que haya muerto, ciertamente se sentirá maltratado por el solo hecho de que haya muerto su familiar. Es muy importante valorar, recoger la opinión de la persona enferma o de sus parientes una vez terminado el servicio, pero es también muy importante –y es por eso por lo que se va a hacer la

recertificación– recoger pruebas objetivas de la calidad con la cual trabaja el profesional bien sea de la medicina, de la enfermería o de cualesquiera otras profesiones de la salud. Esa calidad depende, por supuesto, de la parte científica pero también de un buen juicio en la aplicación de esa parte científica y, como lo señalaba el Académico Sánchez Torres, de la humanidad con que se aplique, no solamente el buen juicio en cuanto a la ciencia misma, sino el buen juicio de la conciencia; esta es la manera de hacer frente a una persona humana a la que se le reconozcan sus derechos, sus inquietudes, sus angustias.

El esfuerzo por mantener la calidad de los profesionales, la Educación Continuada de nuestros profesionales y de los de cualquier país del mundo, tienen la tendencia muy humana a no tener en cuenta que la naturaleza nos hizo olvidadizos, que nos dió la capacidad de ir perdiendo recuerdos, lo que en algunos casos es una capacidad bendita pero que, en el caso de los conocimientos médicos y de las tecnologías modernas, significa un peligro para el paciente. En este esfuerzo por mantener la calidad y en la búsqueda de un factor que puede llegar a ser la *recertificación continua voluntaria*, que sin duda sería la propuesta inicial, hay que tener muy en cuenta el dar a los profesionales la posibilidad de acceder a la actualización que les permita recertificarse en forma adecuada.

Hemos venido trabajando en la actualización de una manera tan tradicional que casi parece que estuviéramos en el siglo pasado. Tomamos en cuenta las publicaciones, pero hemos llegado a la era electrónica global. Hay que empezar –dice el doctor Mendoza-Vega– a plantear los programas de actualización no solamente con base en las publicaciones escritas sino con base en algo que sería muchísimo más activo, más interactuante entre el médico que está en algún pueblo ejerciendo y el profesor que está en la universidad, en la capital, que como el contacto electrónico por la vía de los computadores. Este es uno de los caminos que se debe tener en cuenta.

Un buen sistema de salud necesita de recursos adecuados, tanto para los hospitales, para su dotación, para los centros de salud y su dotación, lo mismo que para estos esfuerzos de educación colectiva, de recertificación y de remuneración del profesional. La idea no es que el médico

deba convertirse en trabajador asalariado de las EPS; la idea sería, por el contrario, que dejara de pensar en sueldo y pensara otra vez en honorarios y en otros ingresos lícitos, éticos en el ejercicio de la profesión.

Si planteamos, por una parte un panorama amplio, novedoso, electrónico, de actualización, y por otra, un panorama de *recertificación*, que al principio va a ser voluntario, pero que se va a convertir prácticamente en obligatorio, porque nadie va a querer tener un médico que no se recertifique, y, adicionalmente, un escenario en el cual los recursos no se restrinjan innecesariamente y no haya que ir a mendigar, tendremos un panorama más adecuado, un panorama en el cual la calidad será un producto natural, un producto mucho más brillante, mucho más amplio.

PANEL

(Con la participación de los ilustres asistentes)

Académico **Gilberto Rueda Pérez**. Felicita a la Academia por la excelente escogencia de los ponentes. Han analizado desde diferentes facetas todos los factores que conducen a la calidad. Muestra la importancia de que se haya tenido en cuenta la parte de la conciencia del profesional.

Académico **Alberto Vejarano Laverde**. Se refiere a los comentarios que hizo el doctor Roberto Esguerra. La Cruz Roja Colombiana –anota–, en convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, ha venido haciendo una serie de cursos sobre urgencias y sobre emergencias médicas en odontología. El de urgencias es un curso que se hace durante 6 meses, los sábados y domingos. Asisten 60 médicos, muchos de ellos vienen de Neiva, Ibagué, Boyacá y, aun, de Bucaramanga, quienes sacrifican sus fines de semana para asistir a un curso que no está conformado solamente por conferencias que dictan profesionales o especialistas, sino que se exige que, para que puedan ser aceptados al curso, trabajen en una unidad de urgencia. El curso ha sido tan bien aceptado que muchas instituciones, para que los médicos trabajen en urgencias, están exigiendo el certificado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y de la Cruz Roja. Esto es una demostración del interés que tienen los médicos en mejorar su calidad.

Recuerda que en 1950 hubo en Colombia una misión en la cual el doctor Talero habló sobre el hecho que no era común en América del Sur, la red de microondas que tenía Colombia. Y él decía: “¿Por qué no utilizamos los centros hospitalarios universitarios para que por medio de microondas se pongan en contacto y a través de ellos se pueda hacer una consulta fácil?”. En ese momento algunos colegas dijeron que eso no se podía hacer porque se perdía la calidad de la atención médica, porque el médico no podía palpar directamente la temperatura en el pellejo del paciente. El proyecto fracasó. Hoy por hoy, con las nuevas tecnologías es perfectamente posible.

Académico **Alfredo Jácome-Roca**. La necesidad de aplicar el principio de universalidad, de hacer práctico el derecho que todos tenemos al acceso a los servicios de salud, hizo que esto se convirtiera en un problema macroeconómico, es decir, un costo en salud que afecta un porcentaje del producto interno bruto. En Estados Unidos es calculado este porcentaje en un 12% y se estima que puede llegar hasta a un 20% en el próximo siglo. Esto no es solamente un problema de los gobiernos sino también una oportunidad para los inversionistas. En ese porcentaje van a participar los médicos, las instituciones, entre ellos los hospitales, la industria no solamente la farmacéutica sino toda la que hace equipos para salud y, finalmente, las aseguradoras que son las más importantes porque son las que están arriesgando su dinero, todo lo cual nos indica que el médico ya perdió el liderazgo en el problema de salud porque hay demasiados intereses en juego. La atención gerencial, en Estados Unidos y en Europa busca, por un lado, tener calidad, tener eficiencia, costos más bajos, satisfacción por parte del paciente y del médico, pero al mismo tiempo generar utilidades. Estamos comenzando un proceso que antes de 15 años no se resolverá en su totalidad. En el inicio del proceso las líneas se aprietan por el lado económico.

Se refiere a la Ley 100 y a la Ley de Ética Médica. Ambas leyes parece que se contraponen. En primer lugar está la autonomía del médico, limitada en la actualidad por las compañías aseguradoras. En segundo lugar, el médico debe trabajar por el mejor interés del paciente. El médico debe disponer del suficiente tiempo para el ejercicio de su acto médico. El médico será remunerado de acuerdo con su preparación científica, ética y humanitaria. El

paciente tendrá el derecho de seleccionar al médico más idóneo y más adecuado a sus necesidades. Estas cosas no se cumplen.

Académico **Jorge Maldonado Avendaño**. Hace alusión a lo dicho por los doctores Roberto Esguerra y Alberto Vejarano Laverde acerca de la educación continuada en nuestro medio. Cuenta su experiencia a través de su publicación, ILADIBA. Es bien conocido que esta Revista trata de traer al medio colombiano y latinoamericano los avances y las actualidades científicas que publicaciones internacionales muy recientes han dado a la luz pública. Se está desarrollando un programa de autoevaluación fundamentado en el artículo central de la revista: quien conteste 9 ó 10 cuestionarios al año, de una manera positiva, recibe la certificación: en Colombia a través de la Universidad del Norte; en Puerto Rico y en Estados Unidos a través de la Universidad de Puerto Rico. Se acaba de ampliar este convenio con la Universidad de Puerto Rico ya que allí han aprobado recientemente la Ley 72, muy similar a la Ley 100 de Colombia, que va a hacer muy necesaria la *recertificación*. Inclusive se hará en pasos de formulario por fax o evaluación electrónica. El proceso electrónico total será perfectamente factible en un futuro. También hay un sistema de autoevaluación de conocimientos sobre la misma ley.

La universidad está desarrollando un programa de Educación en Atención Primaria con autoevaluación y con créditos educativos, buscando al mismo tiempo que la financiación de ese proyecto sea a través de docentes interesados en la prestación de los servicios. Estos proyectos serán extensivos a otras profesiones de la salud como la enfermería.

Académico **Guillermo Sánchez Medina**. Estamos al final del siglo, en una sociedad de consumo en donde se cambia cantidad por calidad, dinero –tiempo, tiempo–ciencia. Subraya lo que el Académico Sánchez Torres expuso y hace énfasis en la humanidad, que es lo que nos da la garantía de calidad humana, todo lo cual debe hacer parte de todas las escuelas de medicina y que la aplicabilidad de las leyes que están implementándose se haga teniendo en cuenta la calidad humana. Duda que los grandes economistas puedan diseñar patrones para mejorar los valores de nuestros médicos, de la ciencia o

de la conciencia que tiene un ser humano, ¿cuál organismo, quién es el que le pone el valor a esto?

Académico **Alfonso Latiff Conde**. Se refiere a la resistencia a la *recertificación* que se encontró en alguna área por parte del cuerpo médico. Recuerda que el Colegio Americano de Cirujanos propuso la *recertificación* y se ha llevado a cabo, con controles y asistencia a cursos, con procedimientos como los mencionados por el doctor Maldonado. Luego crearon unos Comités de Revisión que estudiarían las historias clínicas de los cirujanos y los calificarían para finalmente llegar al examen mismo. En ese momento no se consideraba el control de calidad. La razón fue el sólo conocimiento médico en ese momento, hace 15 años. El conocimiento médico se renueva cada 10 años totalmente, de tal manera que el médico tiene que demostrar que está igualmente informado, que es igualmente idóneo como lo era 10 años atrás. El punto fundamental es la renovación del conocimiento médico y hoy está pensando el Colegio Americano que va a tener que reducir ese período a 5 años.

Doctor **Erix Bozón Martínez**. Hace algunos comentarios sobre la Ley 30 de 1992, desarrollada dentro de un concepto de democratización de la educación superior. Infortunadamente la Ley 100 no dejó establecidos cuáles eran los requerimientos indispensables para que se crearan nuevas facultades de medicina. Se supone que deben obedecer a una necesidad social, a una necesidad geográfica, que deben obedecer a un requerimiento de tipo epidemiológico local no cubierto y no satisfecho por las facultades existentes. El Sistema Nacional de Salud no puede pagar a 36.000 médicos, mucho menos a 52.000 dentro de los próximos 4 años. El sistema está generando insatisfacciones; primero, pensemos en los médicos que se están certificando, o sea, los que se están graduando, ¿qué componentes de calidad puede haber en esa explosión de Facultades de Medicina cuando tenemos una problemática grande con el profesorado de ciencias básicas, solamente aquí en Bogotá? Segundo, tenemos personal docente tremendamente insatisfecho, el que enseña en las universidades. Teníamos antes, una vez que terminábamos nuestras jornadas en los hospitales, la ilusión y la realidad de encontrar, aun cuando fuera parcialmente, un ejercicio autónomo, independiente,

respetable, remunerado adecuadamente para tener una vida profesional decorosa y poder complementar nuestra ideología educativa y docente hospitalaria con un ejercicio privado que establecía una unidad importante para poder tener ese idealismo en la docencia. Eso hoy ya no lo encuentra el profesor. Hoy la universidad no le paga bien, y el Estado tampoco. Está en una situación supremamente crítica. No podemos cerrar los ojos a esta crisis, y por esta razón hay desmotivación en el médico, hay desmotivación en el docente. La educación médica tiene que tomar la relación médico-paciente y al hombre como tal y esto no se está propiciando ni con la medicina prepagada ni con la Ley 100. Yo quisiera saber ¿cuál es el presupuesto que el Gobierno le está dando a la Ley 100, porque los recursos están saliendo del sector privado y del trabajador y del sacrificio del trabajo del médico? Queremos un médico que ejerza con dignidad, con decoro, a ciencia y a conciencia, a la búsqueda del bienestar de la comunidad; que salvaguarde el secreto profesional, pero la medicina prepagada y la Ley 100 están rompiendo con estos sistemas.

Académico **Luis Guillermo Forero Nougues**. Comenta que la sesión de hoy debe figurar entre los grandes acontecimientos de la Academia. ¡Todo lo que se ha dicho ha sido admirable! Pregunta ¿qué papel juega la Superintendencia en Salud? ¿Cuáles son las funciones de la Superintendencia en Salud?

Respuesta del doctor **Sergio Luengas**: “El papel de la Superintendencia es más un proceso facilitador. La presencia mía aquí obedece a tratar de establecer dinámicas efectivas de correlación entre lo que son las iniciativas de los sectores privados y las del Gobierno Nacional y tratar de que éstas sean compatibles. El papel de la Superintendencia, desde el punto de vista de vigilancia, básicamente desde lo que son los requisitos mínimos, en los cuales interesa que haya un punto de

contacto entre el Gobierno Nacional y las iniciativas para estos procesos voluntarios y autorregulados. Para lograr la calidad del médico es necesario un esfuerzo mancomunado de todas las entidades que participan en el sector”.

Académico **Hernando Groot**. Explica que en buena parte hay un movimiento dentro de los médicos para lograr mejorar esa calidad. Un factor que ha jugado papel importante en esto es la tendencia que ha habido a modificar la técnica de la educación en las universidades porque, tradicionalmente, nuestras universidades han servido más que otra cosa para informar, no para formar. Es absolutamente esencial que se aproveche esta tendencia que afortunadamente se ve en muchas universidades, de que cada vez se pongan los mecanismos más adecuados para que el estudiante aprenda a resolver problemas, para que tenga la capacidad de estudiar por sí solo más tarde y para que pueda aprovechar con éxito todas estas oportunidades que hoy día se presentan para perfeccionar sus conocimientos y alcanzar un alto grado de competencia y buena calidad en la atención médica. Está de acuerdo con el doctor Bozón en la necesidad imperiosa de la educación formativa y no meramente informativa que debe haber en las universidades.

Doctora **María Cristina de Taborda**. La acreditación de las instituciones educativas es primordial. No hay mecanismos para impedir que se creen las nuevas facultades de medicina. Le preocupa la certificación de las nuevas facultades de medicina.

Propone el Académico **Juan Mendoza-Vega** que, además de la reunión de la próxima semana sobre *recertificación*, se cite a otra reunión para tratar, con una metodología específica” el aspecto financiero y económico de la situación del ejercicio médico y del cuidado de la calidad de los servicios de salud.