

GESTIÓN ESTRATÉGICA DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD

Strategic management of quality health services

Oriana Carola Cortes Bracho¹

Recibido: Febrero 17 de 2015/Aceptado: Mayo 12 de 2015

RESUMEN

En Latinoamérica la evaluación de la calidad en los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios ha sido limitada. En los últimos veinte años se ha analizado en encuestas nacionales y regionales en salud que incluyen la satisfacción con los servicios de salud, sobre todo en aspectos del proceso. Recientemente se validó un instrumento para medir la calidad percibida por usuarios de hospitales de Colombia. Otras encuestas han evaluado la satisfacción en servicios, en programas o instituciones en particular. Estos métodos no permiten que emerjan otras preocupaciones de los usuarios, ni comprender el significado que tiene la calidad en la atención en salud para las personas. Esto deriva en poca adherencia a los tratamientos, no utilización de los servicios de salud o mal uso de estos.

Es frecuente cuando se habla del Sistema obligatorio de garantía de calidad (SOGC) en el Sistema general de seguridad social en salud en Colombia (SGSSS), referenciarlo como una serie de elementos metodológicos sustentados en normas y en un conjunto de herramientas que deben ser aprendidas y aplicadas, y casi recitadas de memoria, sin tener en cuenta que estas son producto de un concienzudo análisis y desarrollo conceptual.

En Colombia la legislación aplicable tendiente a dar cumplimiento al mejoramiento de continuo en salud la contempla el numeral 11 art. 189 de la Constitución Política, literal F art. 1 de la Ley 10 /90, art. 153 numeral 5, 154 literales a y c, 170, 185 y 232 de la Ley 100 de 1993.

Palabras clave: Calidad, Gestión, Excelencia, Clínica, Servicio salud.

ABSTRACT

In Latin America, the evaluation of quality in health services from the perspective of users has been limited. In the last twenty years, it has been analyzed in national and regional health surveys that include satisfaction with health services, especially in aspects of the process. An instrument has been used to measure the quality perceived by users of Colombian hospitals. Other surveys have evaluated satisfaction in services, in programs or institutions in particular. These methods do not allow other concerns of users to emerge, nor understand the meaning of quality in health care for people. This results in little adherence to treatments, use of health services or use of these.

It is frequent when we talk about the Mandatory System of Quality Assurance (SOGC) in the General System of Social Security in Health in Colombia (SGSSS), to refer to it as a series of methodological elements based on standards and a set of tools that must be learned and applied, and almost recited from memory, without taking into account that these are the product of a thorough analysis and conceptual development.

In Colombia, the applicable law tending to comply with the improvement of continuous health is considered in the numeral 11 art. 189 of the Political Constitution, literal F art. 1 of Law 10/90, art. 153 numeral 5, 154 literals a and c, 170, 185 and 232 of Law 100 of 1993.

Keywords: Quality, Management, Excellence, Clinic, Health service.

Cómo referenciar este artículo: Cortes, O. (2015). Gestión estratégica de calidad en servicios de salud. *Ad-Gnosis*, 4(4), 99-113.

1. Estudiante del Programa de Derecho, Universidad del Atlántico. Administrador de Empresas. Especialista en Gerencia Empresarial y Competitividad. orianacb090@gmail.com

Introducción

La búsqueda de la calidad, a través de una metodología científica, está dirigida a que toda la organización se involucre en el mejoramiento continuo para así lograr la satisfacción del usuario mediante un servicio de excelencia.

El Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud para Colombia (SOGC), es producto de un trabajo mancomunado del Ministerio de Salud (actual Ministerio de la Protección Social) y el Consorcio internacional conformado por la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud y QUALIMED, como resultado del concurso internacional de méritos 06 de 1999 llevado a cabo por el Ministerio con financiación del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El objetivo del proyecto ha sido “Desarrollar y fortalecer el Sistema de garantía de calidad, que integra aspectos de evaluación de la calidad e información al usuario, así como los mecanismos para implementarlo en las entidades aseguradoras y los prestadores, con el fin de garantizar en el mediano plazo una óptima calidad de los servicios a toda la población cubierta por el sistema de seguridad social, y que conlleve una alta satisfacción de los usuarios (Tomada del Ministerio de Salud –PARS– Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria–Canadian Council On Health Services Accreditation–QUALIMED) Carlos Alfonso Kerguelén Botero MD MA . 11-12-1.

Servicio de salud

Heredia, Laurell, Feo, Noronha, González y To-

rres (2014), realizan un comentario titulado El derecho a la salud: ¿Cuál es el modelo para América Latina?, bastante interesante el cual se transcribe aquí, y en el que expresan que, el interés suscitado por la atención sanitaria universal se ha intensificado en los últimos tiempos gracias al debate de la Cobertura Universal de Salud, incorporada en los acuerdos posteriores al 2015. No obstante, estos términos han de examinarse con cuidado ya que adquieren diferentes connotaciones, según los distintos intereses sociales, políticos y financieros. Algunos sostienen que la cobertura universal puede lograrse a través de seguros obligatorios, ya sean sociales, privados o públicos, en diversas combinaciones, mediante la segmentación de la población, según la capacidades adquisitiva de los grupos sociales.

Esta posición considera que la salud es, en lo fundamental, responsabilidad del individuo y que la atención en salud ha de ser financiada por particulares y empleadores y no por el Estado, o al menos no debe constituir una responsabilidad financiera primordial del mismo. El financiamiento estatal solo podría considerar a los grupos en extrema pobreza o en situación de riesgo. Las experiencias de los países que han implementado el modelo de cobertura universal bajo la forma de seguro social público, tales como Colombia, México y Chile no han logrado mejoras sustanciales, debido a su orientación comercial y a los costos de los subsidios estatales.

Mientras tanto, la Asociación Latinoamericana-

na de Medicina Social (ALAMES) aboga por el derecho a la salud para todos los ciudadanos, sin distinción alguna, con el Estado como garante del financiamiento y la administración. Cuba, que ha puesto en práctica este modelo durante casi 50 años, y Brasil con más de 25 años de experiencia demuestran, a través de sus indicadores de salud, que la posibilidad de implementar una política basada en el derecho a la salud, inclusiva a todas las personas sin distinción y con financiamiento estatal, resulta menos costosa.

En la actualidad, la campaña a favor de la “Cobertura Universal de Salud” es muy intensa. Todos parecen concordar con este objetivo. Sin embargo, es importante hacer hincapié en que la cobertura universal de salud es un término ambiguo. En particular, esto es evidente en América Latina, donde se emplean dos conceptos diferentes. Uno se refiere a las modalidades de los seguros de salud, sean voluntarios u obligatorios, públicos o privados o en diferentes combinaciones. El otro concepto se refiere a un sistema único de salud pública; es decir, un sistema de salud unificado, con financiamiento estatal proveniente de los impuestos.

Es fundamental diferenciar los dos conceptos y establecer criterios uniformes de análisis para comparar sus logros. En este contexto, estos son: la población y la cobertura médica en sus categorías de acceso universal segmentado y el uso del servicio y las posibles barreras; el origen y la gestión de los fondos para la salud;

el tipo de proveedores; el gasto en materia de salud pública y privada; la distribución de los costos y el gasto de bolsillo; el impacto en las medidas de salud pública y en las condiciones sanitarias; así como la equidad, la participación popular y la transparencia. Observados en conjunto revelan hasta qué punto es posible alcanzar el derecho a la salud, como un valor social muy extendido.

La experiencia latinoamericana en la reforma del sector salud solo puede entenderse en el contexto del ajuste estructural, que se extendió por el subcontinente a partir de la década de 1980. Estas políticas debilitaron, en gran medida, a los ministerios de salud y a las instituciones de seguridad social. Por lo tanto, el sector de la salud pública y cuasi-pública pasó por un prolongado periodo de gran carencia financiera y de recursos, que desencadenó un proceso de reforma, en la mayoría de los países, bajo la supervisión del Banco Mundial.

El modelo hegemónico de la reforma continúa siendo el del aseguramiento público “universal”, diferente a los modelos europeos, porque está configurada bajo los principios del mercado (interno o externo) y la competencia administrada bajo múltiples formas. Los ejemplos más conocidos son: Chile con un seguro obligatorio y sistemas públicos y privados paralelos; Colombia, con el seguro obligatorio y la competencia entre diversos gestores de fondos y proveedores; y México, con un sistema mixto de seguros obligatorios (seguridad social) y voluntario (Seguro Popular); en teo-

ría, las funciones de regulación, de gestión de fondos/adquisición y prestación de servicios están separadas; pero, en la práctica, existe una participación directa del sector privado. Los tres sistemas poseen diferentes planes de seguros de salud, según la cantidad de la prima, los subsidios públicos y los costos de las transacciones (OPS, 2012).

Aunque se afirma que la cobertura de la población es elevada, ninguno de los tres sistemas lo ha logrado; por ejemplo, se calcula que en México el 20 % de la población carece de cobertura del seguro (Laurell, 2013), también existe un problema metodológico puesto que la “cobertura” es considerada como la “cobertura del seguro”. Otros aspectos de la cobertura pública no se contemplan cuando se dan las cifras indicativas de progreso; por consiguiente, constituye un indicador controvertido utilizado en el Informe sobre la salud en el mundo 2000 para clasificar “desempeño”. La cobertura médica; es decir, las intervenciones de salud cubiertas por el seguro, por lo general, se limitan a “planes básicos” que se traducen en acceso a los servicios necesarios y al uso de los mismos de modo limitado y desigual (Consejo Nacional de Evaluación, 2012). Este problema se agrava por la injusta distribución geográfica y social de los recursos, (Álvarez, Salmon & Swartzman, 2010) que afecta a los grupos y regiones marginadas. Además, los planes limitados promueven seguros médicos complementarios, privados o con cuotas adicionales (Fondo Nacional de Salud Chile, 2007).

La lógica de los planes explícitos con copagos y la obligación de costear los servicios no cubiertos por el seguro, la distribución desigual de los servicios, y la dificultad de regular a los administradores y proveedores privados, tiene un impacto directo en el uso de los servicios o gastos de bolsillo. Por ejemplo, en Colombia estas restricciones han ocasionado, al menos, miles de recursos de protección contra el Estado ya que violan el derecho constitucional a la vida (Gianella, Parra, Ely & Torres, 2008). Otro ejemplo gráfico lo constituye México, donde por cada peso pagado por los beneficiarios, el Seguro Popular gasta 0.93 pesos (Laurell, 2013).

Chile trató de resolver este problema con AUGE [Acceso Universal con Garantías Explícitas —Eds.], que concede un plazo fijo limitado para el tratamiento de una serie de enfermedades comunes y graves. AUGE ha aumentado el acceso oportuno al tratamiento de estas enfermedades, pero la falta de capacidad del sector público para satisfacer la demanda ha impulsado la transferencia de recursos públicos a los proveedores privados; por tanto, resulta perjudicial para otras enfermedades no cubiertas por AUGE (Missoni & Solimano, 2010).

Los gastos en materia de salud, tanto públicos como privados, han aumentado en la mayoría de los casos donde se han implementado las reformas de seguros de salud —alrededor de un 2 % del PIB en Colombia (Torres & Tovar, 2008) hasta menos del 1 % del PIB en México

(Laurell, 2013), Varios problemas deben ser tomados en cuenta. Uno de ellos es que una parte considerable de los nuevos recursos favorecen al sector privado o se gastan en costos transaccionales. La quiebra del sistema de seguridad social colombiano está marcada por corrupción flagrante afirmado por el Tribunal Constitucional (Corte Constitucional, Sentencia T-760 de 2008) y la Contraloría General (Morelli, 2014). Por otra parte, en los sistemas fragmentados como el de México, el incremento del presupuesto ha generado conflictos por la distribución (Laurell, 2013), lo que puede resultar en una pérdida de derechos para grandes grupos de la población.

El modelo de seguro centrado en la persona impacta de manera negativa en la salud pública, puesto que su enfoque pluralista debilita la vigilancia epidemiológica y las intervenciones colectivas (Knaul, 2012). Por último, no hay pruebas consistentes de que la salud de la población haya mejorado (Giedion & Díaz, 2013) y algunos críticos incluso sostienen que el impacto sobre la salud no debería constituir un criterio de evaluación (Giedion & Díaz, 2013). Este análisis conciso muestra que el seguro universal de salud en América Latina no otorga el derecho a la salud, entendido como igualdad de acceso a los servicios necesarios en igualdad de necesidad.

En contraste con las restricciones intrínsecas del seguro universal de salud, los problemas del sistema único de salud pública (SUSP) se deben a la ejecución operativa o puesta en

práctica. Los SUSP son sistemas de salud pública no mercantilizados, integrados y financiados con fondos públicos otorgados por el Estado. En América Latina, los dos ejemplos más importantes son Brasil (Paim, Travassos, Almeida, Bahía & Macinko, 2011) y Cuba; pero recientemente países como Venezuela (Feo & Pascualina, 2011).

Bolivia [21] y Ecuador, [22] han utilizado marcos más amplios como el “Vivir bien” o “Sumak kawsay”, adaptando este modelo de reforma tras años de política neoliberal en materia de salud. Este enfoque, por lo general, se ha legislado en constituciones y es el resultado de una movilización social de amplia base. Este paradigma, por definición, ofrece cobertura médica a toda la población. El acceso a los servicios y su uso dependen principalmente de diferentes clases de barreras: geográficas, culturales, burocráticas, así como de la actitud adoptada por el equipo de salud. Estas barreras son particularmente frecuentes en los sistemas creados recientemente y en los países pobres, puesto que carecen de recursos físicos y humanos.

No obstante, el acceso se ha ampliado de forma masiva en todos estos países y en Brasil casi existe una cobertura universal (97 %), el 80 % de las personas dependen, de modo exclusivo, de un sistema único de salud pública. El 98 % de las personas que buscan atención médica la reciben (Ministerio de Salud, 2012).

Una segunda ventaja de los SUSP es que la muy

discutida unión de los riesgos y los fondos es total, ya que poseen un fondo único de salud. Una deficiencia común de los SUSP es que las instituciones públicas con personal asalariado no son suficientes, por lo que se ven obligados a contratar a proveedores privados para el tratamiento de las intervenciones complejas. Este enfoque agota los recursos financieros con cargo al presupuesto público y también aumenta la contratación de planes privados complementarios de salud (Ocké-Reiss, 2012). El gasto público en salud se ha incrementado con la implementación de los SUSP; pero, incluso cuando existe una legislación regulatoria, el gasto público ha demostrado ser vulnerable ante la inestabilidad económica. Los gastos de bolsillo dependen, en gran medida, de la capacidad del sistema público para prestar servicios y suministrar medicamentos, además de la contratación de planes complementarios de salud. En este sentido, por ejemplo, cabe destacar que ciertas empresas de seguros brasileñas están vendiendo planes de baja cobertura con fines de lucro y luego remiten a los pacientes al sistema público para que reciban la mayoría de los tratamientos (CEBES, 2012). Puesto que los SUSP ofrecen atención médica integral, tienen mejores condiciones para promover y poner en práctica acciones de salud pública, tales como educación para la salud, promoción, prevención y detección temprana de enfermedades. También son más adecuados para la acción intersectorial con otros ministerios y tienden a formar parte de las políticas sociales y económicas progresis-

tas que abordan una serie de determinantes sociales de la salud.

Aunque resulta problemático demostrar causalidad entre la organización de los servicios de salud y la mejora de las condiciones sanitarias, los países con SUSP han mostrado avances en la salud de la población y en la seguridad de la vida en América Latina aún tienen que resolver ciertos problemas pero están en vías de garantizar el derecho a la salud. Hoy día, la participación popular y social en salud es una cualidad ineludible y que ha de valorarse en gran medida. El modelo de seguro de salud reivindica la existencia de participación social, puesto que la división pagador-proveedor debe permitir a la población “votar con los pies” mediante la selección. La participación social es el corazón de los SUSP por dos razones. Una de ellas es que en América Latina es el resultado de la participación social masiva, y la otra es que la participación se ha institucionalizado, a través de los consejos de salud, en todos los niveles.

Las relaciones interculturales son también importantes en América Latina, conjuntamente con los conceptos de “género”, “trabajo” y “medioambiente”. Estas ideas deben ser consideradas en la elaboración de políticas y estrategias de salud. Las relaciones interculturales son importantes en el debate sobre el seguro universal de salud y los SUSP, porque el foco básico del modelo de seguro de salud se centra en el individuo y lo biomédico, mientras que el SUSP se construye sobre la base del

bienestar universal de la persona, la familia y de la comunidad donde las personas viven y desarrollan su potencial. En la comunidad, las culturas y los saberes ancestrales populares sirven de facilitadores para que el sector salud construya relaciones respetuosas con la población, en las cuales la promoción y la prevención forman parte de la vida cotidiana (Ministerio de Salud y Deportes, 2010).

En cuanto al servicio de salud en Colombia, contemplado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, establecido según la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República, 1993), tiene su fundamentación en directrices neoliberales internacionales justificadas en la búsqueda de mejores coberturas, acceso, calidad, equidad, eficiencia y sostenibilidad financiera del sistema de salud (Granados & Gómez, 2000).

Esta ley estableció el aseguramiento como medio para acceder a los servicios y creó las empresas promotoras de salud (EPS) públicas y privadas, responsables de proveer a sus afiliados un plan obligatorio de salud, por lo cual reciben el denominado pago por capitación, es decir, una suma de dinero por persona afiliada. Esta ley también cambió el subsidio de la oferta por el subsidio de la demanda, introdujo el mercado y la competencia entre las EPS y las instituciones prestadoras de servicios (IPS) públicas y privadas, redujo el papel desempeñado por el Estado y amplió la participación privada. Sin embargo, en el SGSSS se ha promovido un nivel de utilitarismo que le

ha impedido alcanzar sus metas de equidad, accesibilidad y calidad. Aunque se ha logrado asegurar un mayor porcentaje de la población (87,2 % en 2010) y la participación privada ha aumentado (Restrepo, Lopera & Rodríguez, 2005), no se ha logrado un mayor acceso efectivo a los servicios de salud debido a múltiples barreras administrativas, geográficas y económicas generadas, principalmente, por las EPS (Corte Constitucional, Sentencia T-571 de 1992).

Aunque algunas EPS privadas se han posicionado entre las empresas más rentables del país –como SaludCoop, Salud Total y Colsanitas–, han aumentado las quejas y tutelas por la negación sistemática de servicios a los usuarios. Según la Defensoría del Pueblo, en 2011 se presentaron 105.945 tutelas. Además, ha habido informes de que algunas EPS ofrecen condiciones laborales insatisfactorias, tienen asimetría de información, segmentan y seleccionan la población con menos riesgos en salud, provocan conflictos interinstitucionales por no pagar oportunamente a las IPS los servicios prestados a sus afiliados y se han detectado casos de corrupción (González, 2011). A pesar del incremento en la oferta de servicios, principalmente privada, persisten inequidades y desigualdad en la distribución por regiones (Molina, Ramírez & Muñoz, 2011).

La moral que propugna la Constitución Política de Colombia

A diferencia de la moral del sistema económico neoliberal, la Constitución Política de Co-

lombia de 1991 (Constitución Política, 1991) se fundamenta en los valores y principios propios de un Estado Social de Derecho. Al respecto, Otero afirma que los valores son, en definitiva, los cimientos sobre los que la sociedad quiere que se establezcan las leyes para garantizar la satisfacción de las necesidades sociales y proporcionar el bienestar y el bien común (Otero, 2004). Los principios y valores constitucionales buscan racionalizar y humanizar el sistema normativo en general –y el sistema de salud en particular– para lograr un orden social más justo.

Así, según Rawls, “el principio para la sociedad es promover tanto como sea posible el bienestar del grupo” (Rawls, 1995), lo que constitucionalmente está consagrado como la prevalencia del interés general (Artículo 1° de la Constitución Política). De esa forma, el sistema económico en general y el SGSSS en particular deben reconocer y cumplir principios y valores tales como la dignidad humana, la autonomía, la beneficencia y no maleficencia, la responsabilidad, la honestidad, la solidaridad, la cooperación y la confianza, entre otros.-

Por su parte Molina y Ramírez (2013), en su estudio *Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007-2009*, identificaron elementos de dos morales enfrentadas: la rentista, caracterizada por la axiología neoliberal de la economía de mercado (práctica), que enfatiza el utilitarismo, y otra que se fundamenta en la axiología cons-

titucional (normativa) del Estado Social de Derecho.

Estrategias de gestión que afectan a la calidad de la atención en salud

La concepción rentista está basada en las leyes del mercado y la competencia y busca garantizar la rentabilidad financiera mediante la gestión institucional.

Con esto se imponen barreras administrativas, geográficas y económicas al acceso y se controla la demanda de los servicios. Así lo reflejan los siguientes comentarios de profesionales clínicos, personal administrativo y usuarios: “Ya no importa la vida del paciente, ni la calidad de vida, sino el dinero” (clínico, 35-7). “Yo no tuve ningún gerente de EPS que me preguntara cuáles son mis tasas de mortalidad y mis tasas de infecciones, sino cuál es mi tarifa” (clínico, 36-9). La moral del SGSSS privilegia la productividad y la eficiencia y se esfuerza por incrementar el volumen de actividades, aunque sin tomar en cuenta su calidad.

Por ejemplo, se disminuye el tiempo de consulta para producir más con los mismos recursos humanos. El siguiente comentario ilustra esta afirmación: 4 “Algunas EPS hacen llamado de atención cuando el médico demora más tiempo con el paciente” (clínico, 47-6).

Las EPS, con una concepción rentista, niegan frecuentemente el pago de algunos servicios, lo que amenaza el funcionamiento de las IPS, ocasiona conflictos interinstitucionales y limita

el acceso. Así, la accesibilidad queda condicionada a la reputación de la EPS como pagador y los servicios se asignan según esa característica, y no según la necesidad del paciente. “Las EPS retienen el pago de los servicios prestados por las IPS, con fines lucrativos” (administrativo, 97-8).

La fragmentación de la atención tiene su origen en los procesos de contratación de los servicios basados en bajos precios. Las aseguradoras contratan servicios de manera dispersa y fragmentada con múltiples instituciones, distantes del lugar de trabajo o la vivienda del afiliado, lo que genera barreras geográficas y mayores desplazamientos y costos de transporte. Esto obliga a los pacientes a buscar atención y autorizaciones en varias instituciones; por ejemplo, los pacientes con cáncer tienen que pedir autorizaciones reiteradamente antes de cada sesión de quimioterapia o radioterapia. “El fraccionamiento de la atención tiene objetivos rentistas claros, de corto plazo, a El clientelismo político y la presión de grupos de poder El papel de las normas del sistema de salud Las barreras al acceso El contenido de estas categorías se describe en una publicación previa (19).

Las condiciones laborales del personal de la salud, La rectoría y la gestión institucional El sistema de vigilancia y control sin importar las complicaciones clínicas que se generen” (clínico, 76-3). “Los padres de los niños con cáncer tienen que atravesar varias veces la ciudad para lograr una autorización” (usuario,

105-11). Estrategias de gestión que restringen los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia. Otras manifestaciones de la gestión institucional también afectan negativamente a los pacientes y menoscaban los principios de autonomía, beneficencia y no maleficencia, por ejemplo, la coacción a la libre prescripción médica en aras de minimizar los costos mediante la imposición de guías de práctica clínica elaboradas por las aseguradoras. Estas guías indican, entre otros puntos, que algunos cuidados propios de enfermería se supediten a prescripciones médicas, lo que perjudica la atención (Elorriaga & Barreto, 2013).

Además, se trata de reducir los costos laborales mediante la contratación de profesionales inexpertos a corto plazo –sin seguridad social y a través de terceros–, a los que se les condiciona la renovación del contrato a la obediencia de las normas institucionales dirigidas a lograr metas financieras. Los médicos con mayor número de prescripciones pueden ver amenazadas las posibilidades de renovar sus contratos. Algunas IPS cobran al personal de salud los servicios prestados a los pacientes que la EPS se negó a pagar, lo que coarta la libertad de decisión clínica de estos profesionales. Algunos comentarios ilustran estas afirmaciones:

“Aquí a los médicos jóvenes los contratan a destajo: «usted venga y trabájeme 15 días y aquí tiene su plata», no les interesa si tienen protección social o no” (clínico, 111-6).

“La autonomía está muy restringida por esos controles que se imponen y los estímulos perversos; al que no formula medicamentos ni ordena exámenes, lo premian y estimulan” (clínico, 105-7).

“Nos reúnen a un grupo de médicos y nos dicen: está muy alto el costo médico, hay que disminuirlo. No hay que operar a todos los pacientes, hay que diferirlos y darles menos medicamentos” (clínico, 78-5).

Manifestaciones que violentan los principios de honestidad, responsabilidad, confianza y solidaridad. En algunas instituciones, tanto públicas como privadas, los partidos políticos y grupos de poder tienen una palpable presencia, lo que les da un mayor acceso a los recursos públicos de salud. En algunos hospitales públicos, las áreas hospitalarias están distribuidas entre los partidos políticos, lo que afecta a la vinculación del personal. Este clientelismo se ha favorecido con la descentralización y la privatización; el vínculo entre las aseguradoras, las elites financieras y los partidos políticos; el insuficiente nivel de rectoría, asistencia técnica, vigilancia y control; así como con la inestabilidad laboral.

Por otro lado, el utilitarismo individualista propicia algunas prácticas de los diferentes actores –y entre ellos mismos– que socaban los principios de honestidad, confianza y responsabilidad. Entre esas prácticas se encuentran:

- La manipulación de las bases de datos de afiliados y la asimetría de la información con fines rentistas.

- La contratación de personal no calificado.
- El aumento ficticio del número de afiliados para recibir más ingresos.
- La entrega de incentivos a los profesionales para que nieguen servicios a los pacientes.
- Las prescripciones innecesarias para incrementar la facturación.
- La limitación del flujo de recursos, especialmente de las EPS y el Gobierno, que buscan obtener el máximo beneficio económico al demorar los pagos a las IPS.

Algunos de los comentarios que respaldan estas afirmaciones provienen también de profesionales clínicos, como los siguientes:

“Se contrata personas con impedimentos legales” (clínico, 154-10).

“Perversión en el sistema: algunas EPS falsifican firmas para mostrar ‘carnetización’ de la población” (clínico, 81-1).

“El Estado se comporta como un mal pagador de los servicios que contrata” (clínico, 115-9).

Así las cosas, los autores Molina y Ramírez (2013), concluyen su estudio, diciendo que Los argumentos presentados invitan a reflexionar sobre los efectos negativos de la moral fundamentada en la economía de mercado que ha servido de base a las reformas de salud en Colombia y a buscar mecanismos para legitimar los principios y los valores constitucionales

como garantes del derecho a la salud y la dignidad humana.

Metodología de estudio

La *metodología cualitativa* empleada por el método Fenomenológico nos permite garantizar unos hallazgos estratégicos reales de cómo el SGSSS de las personas que utilizan el servicio de salud se sienten satisfechos o no, y estos se circunscriben a la comprensión del tema de estudio en las ciudades analizadas. Además se desarrollan una serie de encuestas dirigidas a los gerentes y jefes de áreas de las diferentes EPS y clínicas de la región Caribe con el fin de establecer la calidad de servicio que este desempeña. Luego se desarrolla un análisis estadístico con el fin de categorizar ciertos parámetros como son equidad, acceso y calidad, entre otras. Lo anterior, nos indicará como resultado de esta investigación, que en el SGSSS colombiano se presenta un conflicto entre la moral que patrocina el modelo de mercado y los valores y principios constitucionales, con un predominio –en la práctica– de la primera (Molina & Ramírez, 2013).

El enfoque utilitarista e individualista predominante promueve el lucro individual y empresarial por encima del interés colectivo y favorece prácticas que van en contra de los derechos de las personas y la comunidad. Para la toma de decisiones en salud es necesario tener en cuenta, además de los elementos técnicos y científicos, los principios y valores que están enfrentados y reflexionar sobre ellos para su legitimación. La reflexión ética debe poner

de manifiesto estas situaciones para generar procesos de legitimación de la axiología constitucional del Estado Social de justicia, como garante del derecho a la salud y la dignidad humana. Se debe promover el debate latinoamericano sobre la ética en los sistemas de salud para orientar las directrices de reforma de estos sistemas, cuyo fin debe ser garantizar la dignidad y los derechos humanos en la salud. También se debe fortalecer la formación constitucional y ética en los programas académicos de salud y otras áreas relacionadas con este sector –como derecho, economía, administración, ingeniería, entre otras– para garantizar que se respeten los derechos y la dignidad de las personas en el sector de la salud (Molina & Ramírez, 2013)

Conclusiones

Es notorio establecer, cómo la gestión de la salud debe hacerse de forma regional y por instituciones independientes al Estado. Estas instituciones han de tener, como primer objetivo, intereses en lograr acceso óptimo a los servicios de salud de la población. Pero, ha de ser un objetivo importante la reducción de costos ya que depende fuertemente de estas la sostenibilidad del sistema. Si bien esta es la estructura básica, la forma en la cual se deben realizar estos procesos es altamente sensible a incentivos perversos para los actores. Por ende, este estudio recomienda, en las secciones respectivas una forma de desarrollarlo tal que se alineen los incentivos con los intereses del Estado.

Además es fundamental establecer lineamientos para cumplir con los objetivos de cada uno de los servicios de salud, se requiere que las instituciones permitan y faciliten su desarrollo, pero igualmente, que quienes los lideran, hagan ver la importancia del crecimiento en todas sus áreas, estén atentos a las oportunidades, se informen de los cambios externos e impulsen la transformación interna; además, se debe trazar la filosofía de trabajo, los objetivos y las políticas que vayan respondiendo a las necesidades de cambio, y determinar las funciones y procedimientos que se deben realizar para lograrlo. Todo lo anterior, exige la acción decidida no solo de quienes dirigen y orientan la prestación de los servicios de salud, sino además de quienes lideran la formación del talento humano responsable de la misma.

Referencias

- Álvarez, L.S., Salmon, J.W. & Swartzman, D. (2010). The Colombian health insurance system and its effect on access to health care. *Int J Health Serv*, 41, 355-70.
- Armada, F., Muntaner, C., Chung, H., Williams-Brennan, L. & Benach, J. (2009). Barrio Adentro and the reduction of health inequalities in Venezuela: an appraisal of the first years. *Int J Health Serv*, 39, 161-87.
- Asamblea Constituyente de Bolivia. *Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia*. Octubre, 2008. Disponible en: <http://bolivia.infoleyes.com/shownorm.php?id=469> (citado 28 de junio, 2013).
- CEBES. Renovar a Política Preservando o Interes Público na Saúde. 2012. Disponible en: <http://www.cebex.org.br/media/fi le/Renovar%20a%20Politi ca%20Pre-servando%20o%20Interesse%20Publi-co%20na%20Saude.pdf> (citado 8 de mayo, 2013). Portugués
- Colombia, Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud (2011). Bogotá: Defensoría del Pueblo. Hallado en: <http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones>.
- Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-571 de 1992. Bogotá: La Corte. Peláez J. Durante el 2004, EPS, fuerte ascenso entre las 100 empresas más grandes de Colombia.
- Consejo Nacional de Evaluación (2012). Evaluación estratégica de protección social en México. Disponible en: http://web.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Estrategica/Evaluacionnegicas/Evaluacion_Estrategica_de_Proteccion_Social_en_Mexico.pdf (citado 6 de octubre, 2014).
- Corte Constitucional. Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008. 2012. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-08/comunicados/Comunicado%20del%2016%20de%20abril%20de%202012%20%28Sala%20Especial%20de%20Seguimiento%20a%20la%20sentencia%20T-760%20de%202008%29.pdf> (citado 6 de octubre, 2014).

- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso.
- Editorial La Carreta; 2011. Presidencia de la República. Constitución Política de Colombia 1991. Bogotá: La Presidencia; 1991. Hallado en: <http://web.presidencia.gov.co/constitucion/index.pdf>. Acceso el 13 de septiembre de 2012.
- Elorriaga, D. L. & Barreto, A. (2013). La problemática de la inducción en los puestos operativos en las MiPymes de alojamiento turístico de la ciudad autónoma de Buenos Aires (2011-2013). *Ad-Gnosis*, 2(2), 23-48.
- Fondo Nacional de Salud Protección Social en Salud en Chile (2007). Santiago de Chile: Fondo Nacional de Salud.
- Feo, O. & Pasqualina, C. (2004). *La salud en el proceso constituyente venezolano*. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200008&lng=es (citado 25 de junio, 2013).
- Granados, R.T. & Gómez, M.C. (2000). La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance. *Rev Salud Pública*, 2(2), 97-120.
- González, L.E. (2011). Catorce EPS serían multadas por hacer 'pacto' para negar servicios. Periódico *El Tiempo*, abril 23:1.
- Groote, T.D., Paepe, P.D. & Unger, J.P. (2005). Colombia: in vivo test of health sector privatization in the developing world. *Int J Health Serv*, 35, 125-41.
- Giedion, U., Alfonso, E.A. & Díaz, Y. (2013). *The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence*. Washington, DC: World Bank.
- Gianella-Malca, C., Parra-Vera, O., Ely Yamin, A. & Torres-Tovar, M. (2009). *Democratic deliberation or social marketing? The dilemmas of a public definition of health in the context of the implementation of Judgment T-760/08*. Disponible en: <http://www.hhrjournal.org/2009/08/24/deliberacion-democratica-o-mercadeo-social-los-dilemas-de-la-definicion-publica-en-salud-en-el-contexto-del-surgimiento-de-la-sentencia-t-760-de-2008> (citado 28 de junio, 2013).
- Heredia, N., Laurell, A.C., Feo, O., Noronha, J., González-Guzmán, R. & Torres-Tovar, M. (2014) El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina? *MEDICC Rev.2015*, 17, S16-8.
- Hernández, M. & Torres-Tovar, M. (2010). Colombia's new health reform: helping keep the financial sector healthy. *Soc Med* 2010, 5, 177-81.
- ISAGS (2012). *Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Río de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud.
- Knaul, F., González-Pier, E. & Gómez-Dantés, O. (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*, 380, 1259-79.

- Lakin, J. (2010). The end of insurance? Mexico's Seguro Popular 2001-2007. *J Health Polit Policy Law*, 35, 456-71.
- Laurell, A.C. (2013). *Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos*. Disponible en: http://isuu.comisagsunasur/docs/sistemasuniversalesdesaludreto_sydesafios_1 (citado 6 de octubre, 2014).
- Laurell, A.C. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO. Disponible en: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/Impacto del Seguro Popular.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/Impacto%20del%20Seguro%20Popular.pdf) (citado 14 de enero, 2014).
- Missoni, E. & Solimano, G. (2010). Towards universal health coverage: the Chilean experience. In *World Health Report background paper*, No. 4. Geneva: World Health Organization.
- Ministerio de Salud (2012). Disponible en: http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/atendimento/que-es-sus-1/br_model1?set_language=es (citado 7 de febrero, 2013).
- Ministerio de Saúde (2008). Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizartexto.cfm?idtx=32203&janela=1> (citado 25 de febrero, 2013). Portugués.
- Ministerio de Salud y Deportes. Plan Estratégico Sectorial de Salud 2006-2010 y 2011-2015. Disponible en: <http://minsalud.gob.bo/index.php/viceministerios/vice-medicina-tradicional> (citado 6 de octubre, 2014).
- Molina, G., Ramírez, A. & Muñoz, I. (2013). Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud Colombiano. 2a ed. Bogotá.
- Morelli, S. (2012). Reflexiones sobre el control en el sector Salud. Sistema Nacional de Salud. Infinitamente rico en su miseria. Economía Colombiana, No. 336. Revista de la Contraloría General de la República. Disponible en: <http://www.contraloriagen.gov.co/web/guest/herramientas/economia-colombiana> (citado 6 de octubre, 2014).
- Muntaner, C., Guerra Salazar, R., Benach, J. & Armada, F. (2006). Venezuela's Barrio Adentro: an alternative to neoliberalism in health care. *Int J Health Serv*, 36, 803-11.
- Ocké-Reiss, O. (2012). *SUS o desafío de ser único*. Río de Janeiro: Editora FIOCRUZ. CEBES. Renovar a Política Preservando o Interes Público na Saúde. Disponible en: <http://www.cebes.org.br/media/financeiro/Renovar%20a%20Politica%20Preservando%20o%20Interesse%20Publico%20na%20Saude.pdf> (citado 8 de mayo, 2013). Portugués.
- OPS. Salud en Sudamérica (2012). Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.

- Otero, M. (2004). *Valores constitucionales. Introducción a la filosofía del derecho: axiología jurídica*. 2a ed. España: Manuis Universitarios.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L. & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, 377, 1788-97.
- Pérez, I. (2010). *Luces y sombras de la Reforma de la Salud en Colombia*. Bogotá: Mayol Ediciones S.A.
- Periódico *El Pulso* 2005 julio 10; sección Monitoreo: 8 (col. 1).
- Restrepo, J.H. (2006). Resultados financieros del seguro público de salud en Colombia, 1996-2005. *Observatorio Seguridad Social*, 5(13), 1-9.
- Restrepo, J., Lopera, J. & Rodríguez, S. (2005). *Integración vertical en el sistema de salud colombiano: aproximaciones empíricas y análisis de doble marginalización*. Borradores del CIE.
- Rawls, J. (1995). *Teoría de la justicia*. 2a ed. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Torres-Tovar, M. (2008). Modelo de salud colombiano: exportable, en función de los intereses de mercado. *Sáude em Debate*, 32, 207-19.
- Yepes Lujan, F.J., Ramírez Gómez, M., Sánchez Gómez, L.H., Ramírez, M.L. & Jaramillo (1993). *The World Bank. World development report*. New York: Oxford University Press.

