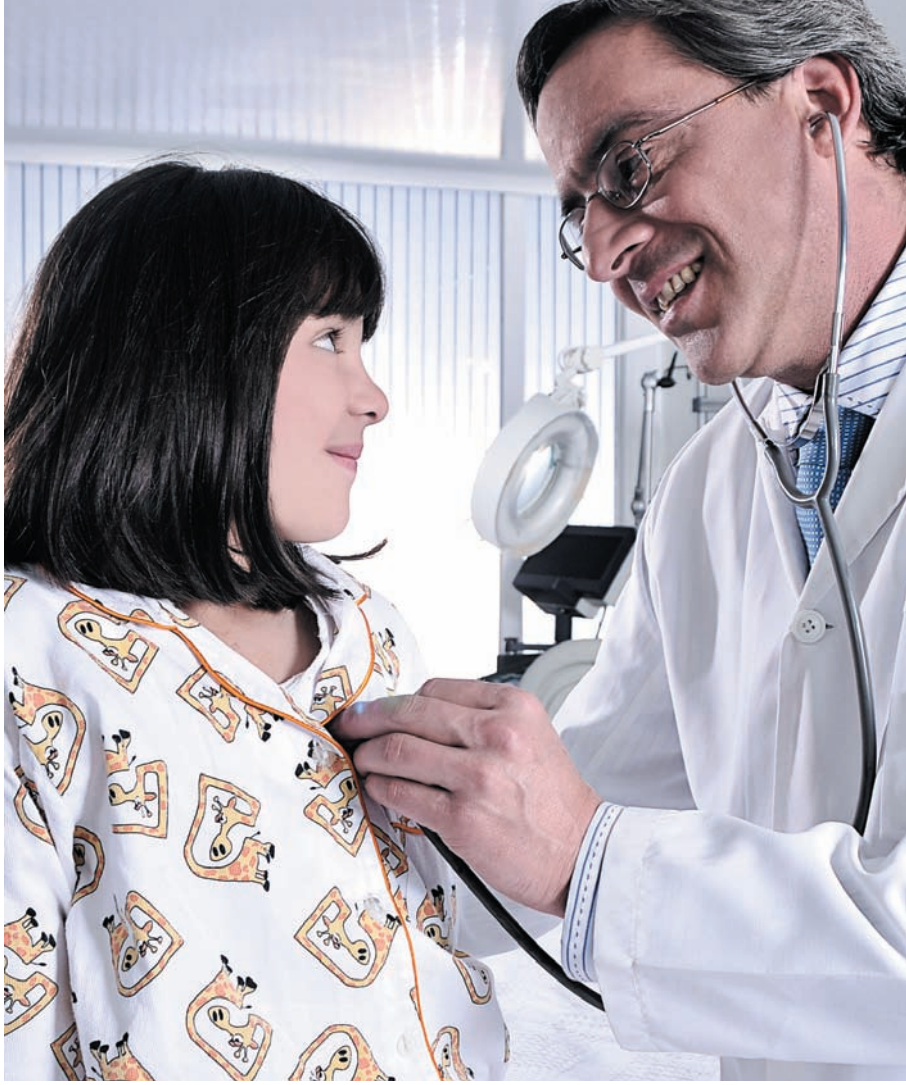

La reforma al sistema de **salud** en Colombia y la calidad de la **atención**

Por:
Doctor Carlos Édgar Rodríguez,
ICONTEC.
cerodriguez@icontec.org

El pasado 19 de enero se expidió la Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Con esta reforma, el legislativo plantea algunas soluciones de fondo a los problemas de operación del sistema definido por la Ley 100 de 1993. Este sistema ha sido objeto de modificaciones diversas, tanto a través de fallos de las altas cortes, en especial la Constitucional, como a través de leyes, en especial, la Ley 1122 de enero de 2007. Algunas de dichas modificaciones no han avanzado más allá de la mera prescripción legal, en razón de lo cual es importante conocer y hacer seguimiento a los cambios que se pretende implementar.

Es llamativo que el Gobierno Nacional ha presentado la reforma como un cambio orientado a la calidad en la prestación de los servicios. Sobre esa base nos proponemos reseñar a continuación, los aspectos más relevantes que aborda la ley en materia de calidad y hacer algunos comentarios que ilustren la situación. Es evidente la frecuencia con que se apela al concepto de calidad y las menciones directas e indirectas a temas relacionados con la calidad de la atención en salud.

Es importante señalar que el objeto fundamental de la Ley es fortalecer el sistema a través de "un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, permita […] la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo…" (Art.1). Esta orientación es congruente con los problemas generados por un modelo que, en la actualidad, privilegia la atención sobre la prevención y que por tanto resulta oneroso para la sociedad y para los pacientes, genera inequidad y contradice los postulados de la calidad en los sistemas de salud. De paso, es importante preguntarse cómo se reglamentará el modelo de atención primaria y el plan de salud pública, entre otros, qué exigencias concretas de calidad se harán a los ejecutores de las atenciones, a los que las coordinan y a los que dirigen, entre otros.

La idea de fortalecer las acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, en una estrategia de atención primaria en salud, busca promover la salud de la población y no solo aumentar la cantidad y la calidad de la prestación de los servicios. La Ley se orienta a unificar el plan de beneficios, garantizar la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de servicios en cualquier lugar del país y asegurar la sostenibilidad financiera, entre otros temas que han sido motivo de reclamación permanente. Es indudable que estas orientaciones, de hacerse realidad, mejorarán en forma global la calidad del sistema de salud de Colombia y reducirán problemas suficientemente discutidos como la discriminación generada por múltiples planes de beneficios o los problemas de acceso relacionados con la disponibilidad de redes de servicios. Los retos en materia de calidad apuntan a que se fijen los requisitos específicos que los equipos de trabajo de la atención primaria deben cumplir, las especificaciones técnicas sobre cobertura y calidad de las redes de servicio que se constituyan, los requisitos de habilitación, los estímulos a la acreditación, las metas e indicadores de resultado, entre otros elementos (Art. 2).

En materia de principios, se hacen algunas modificaciones a los incluidos en la Ley 100; el principio de calidad, quedó resumido de la siguiente forma: "Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente, de acuerdo con la evidencia técnico científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada" (numeral 3.8). Otros principios relacionados con la calidad son el de igualdad (3.3), eficiencia (3.9), participación social (3.10); libre escogencia (3.12); sostenibilidad (3.13); transparencia (3.14); corresponsabilidad (3.15), que toca elementos de auto cuidado y uso racional de los servicios; intersectorialidad (3.19) que se refiere a acciones conjuntas y coordinadas de diferentes sectores; prevención (3.20) entendida aquí como "precaución que se aplica a la gestión del riesgo" (sic); continuidad (3.21). Como se concluye, la Ley es abundante en principios, un buen número de los cuales se correlacionan en forma directa con la calidad.

Es notorio el interés del legislativo por la salud pública y la atención primaria en salud y por establecer mecanismos concretos para la operación y el seguimiento de un sistema, con base en estas premisas; en ese contexto, el título II ordena la elaboración de un Plan Decenal de Salud Pública, en cabeza del Ministerio de la Protección Social, coordinado por una comisión intersectorial de salud pública, a reunirse cada seis meses y a la creación de un "Observatorio Nacional de Salud", como una dependencia del Instituto Nacional de Salud que será responsable de hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio y departamento y

permitirá contar con información desagregada de resultados por asegurador, prestador, y ente territorial; en esta forma se propone hacer un seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana.

Un aspecto trascendente es que la Ley obliga a conformar redes para las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública. Las redes deberán definirse para una población y un espacio determinados y deberán ser habilitadas por las entidades departamentales o municipales correspondientes. Este tema propone definir parámetros de calidad concretos y requisitos mínimos que deberán reglamentarse para la prestación adecuada de estos servicios. En adición, se ordena incluir programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables desde los primeros años escolares, orientados al auto cuidado.

Sobre la atención primaria en salud, se plantea la calidad como un principio del sistema, el énfasis en las acciones inter sectoriales, la cultura del auto cuidado, la atención integral, integrada y continua, la interculturalidad, el talento humano organizado en equipos multi disciplinarios, motivado, suficiente y cualificado, entre otros. Un aspecto clave de la calidad es la conformación de "equipos básicos de salud" a los cuales se les debe definir funciones y cumplir los requisitos de calidad para habilitarse. Más allá de estos requisitos, es importante tener claro que este enfoque también debe incidir en el diseño general del sistema obligatorio de garantía de la calidad, que hasta ahora ha tenido escaso enfoque en la promoción, la prevención, la atención primaria y la salud pública, el reto es generar las herramientas necesarias y aprovechar las buenas prácticas aprendidas y desarrolladas especialmente en la atención intrahospitalaria.

En cuanto al aseguramiento, es importante destacar las exigencias de calidad técnica a las EPS, como requisito para operar y definir un número mínimo de afiliados que garantice las escalas necesarias para la gestión del riesgo (Art. 25). Por otra parte, se ordena la actualización del plan de beneficios cada dos años. Un elemento de mucho interés para los usuarios es la desaparición de los períodos de carencia a partir de enero de 2012 (Art. 32).

En el título VI en el que se aborda la prestación de servicios, encontramos aspectos directamente relacionados con la calidad, por ejemplo, se limita la posibilidad de contratar servicios por capitación, restringiéndola a servicios de baja complejidad, siempre y cuando de reporte con oportunidad y calidad la información (Art 52.1) y se deja explícito que la capitación no libera a las EPS de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo (Art. 52.2). Se hacen prohibiciones a las limitaciones de acceso relacionadas con mecanismos de pago, contratación de servicios, acuerdos o políticas internas, que afecten la continuidad, oportunidad y calidad o que propicien la fragmentación en la atención a los usuarios (Art.53).

En relación con los pagos a los prestadores de servicios de salud (uno de los problemas críticos para garantizar calidad en el sistema) la Ley ordena el establecimiento de plazos, condiciones, términos, porcentajes, de acuerdo con lo que ya se había señalado en la Ley 1122 de 2007, incluye intereses moratorios y ordena desarrollar mecanismos de facturación en línea (Art. 56); a la vez, reitera lo señalado en otras normas sobre el trámite de glosas (Art. 57).

En cuanto a la habilitación de prestadores de servicios de salud, se señala en forma explícita que las EPS, las ARP (Administradoras de Riesgos Profesionales) y los prestadores deberán contar con las condiciones necesarias para prestar un servicio de calidad, que deben existir reglamentos al respecto y que se debe garantizar la verificación y revisión periódica de esas condiciones (Art. 58). Se deja la posibilidad de que los entes territoriales contraten con terceros, la actividad de verificación para garantizar oportunidad en ese proceso. Este mandato legal obliga a precisar los

requisitos de habilitación y promueve la eficiencia de la verificación, uno de los escollos actuales del sistema obligatorio de garantía de calidad.

Un aspecto novedoso es la inclusión de plazos para la verificación (seis meses) cuando se trate de nuevas instituciones y la obligación de verificación previa (antes de iniciar la prestación de servicios), cuando se trate de servicios de urgencias y servicios de alta complejidad, igualmente, se mencionan los servicios oncológicos en forma explícita. Esta medida tiene una importancia enorme en la búsqueda de garantías para los usuarios de servicios críticos, que hasta la fecha pueden ser atendidos en instituciones inscritas que no cumplen requisitos de calidad y están autorizadas para funcionar sin haber sido verificadas.

La Ley define los criterios para la conformación de redes integradas de servicios, un aspecto crucial para la optimización de recursos y evitar la duplicación de esfuerzos, imponiendo como criterio el cumplimiento de los estándares de habilitación para cada uno de los integrantes de la red, con lo cual se fortalece el marco de exigencias del sistema obligatorio de garantía de calidad (Art. 60 y siguientes).

Se establece un programa de fortalecimiento de hospitales públicos, ordenando la constitución de un fondo con recursos del presupuesto nacional y creando incentivos como préstamos condonables, en especial para dotación tecnológica y para capacitación del talento humano en las Empresas Sociales del Estado que demuestren buenos resultados en indicadores y documenten trabajo en el proceso de calidad (Art. 69).

En los procesos de evaluación a directores de hospitales, se ordena el desarrollo de un plan de gestión y un informe anual en el que cual se incluyen entre otros aspectos de evaluación la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios. (Art. 72). A este fortalecimiento del modelo evaluativo se suma la obligación de contar con un informe de riesgo teniendo en cuenta las condiciones de mercado y de equilibrio y viabilidad financiera entre otros (Art.80).

En materia de talento humano, la Ley incluye aspectos claves para mejorar la calidad en la formación, se precisa el concepto de escenario de práctica y se definen los requisitos para los hospitales universitarios, incluyendo que estén habilitados y acreditados (Art. 99 y 100) para el cumplimiento de los requisitos establecidos y conservar la denominación de universitario, se fija como plazo el primero de enero de 2016. Con esta decisión se ratifica lo establecido en la Ley 1164 de 2007, en el sentido de que los hospitales universitarios deben acreditarse. Otro aspecto de alto impacto sobre la calidad de la atención en relación con el talento humano, es la decisión de que el personal misional permanente de las instituciones prestadoras de servicios de salud no podrá estar vinculado mediante cooperativas de trabajo asociado o cualquier modalidad que afecte derechos constitucionales, legales y prestacionales (Art. 103).

En el capítulo V se ordena la definición e implementación de Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados y que tendrá como mínimo: la consolidación del componente habilitación exigible a direcciones territoriales de salud, prestadores de servicios, EPS, ARP, incluyendo el establecimiento de las condiciones de habilitación para la conformación y operación

de redes de prestación de servicios; el establecimiento de **incentivos para la acreditación** y el fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores de resultado (Art. 107 y 108).

Otro aspecto de la calidad en el que se reclamaba un fortalecimiento de las exigencias a los diferentes actores, es el relacionado con la difusión de información a los usuarios, sobre el particular la ley contempla la obligatoriedad de audiencias públicas para las EPS y las Empresas sociales del Estado, por lo menos una vez al año. A las instituciones privadas prestadoras de servicios de salud las obliga a publicar anualmente por internet sus indicadores de calidad (Art. 109). En este contexto de difusión de información, se promueve desarrollar un sistema de evaluación y calificación que permita conocer a más tardar el primero de marzo de cada año como mínimo: número de quejas, gestión del riesgo, programas implementados de prevención y control de enfermedades, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera, administración y flujo de recursos.

En la articulación del sistema de información (Art. 112) se plantea articular las múltiples bases de datos del sistema (Registraduría, hacienda, impuestos, SISBEN, EPS) y fija que la historia clínica única electrónica será de obligatoria aplicación, a partir del año 2014. También se ordena la definición y contratación de un plan para garantizar la conectividad de las instituciones vinculadas con el sector de la salud, en el marco del Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones (Art. 113).

En materia de inspección, vigilancia y control, la Ley propone la desconcentración de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual podrá delegar funciones a nivel departamental y municipal, sobre el punto se señala que "la superintendencia ejecutará sus funciones de manera directa o por convenio interadministrativo con las direcciones departamentales o distritales de salud, acreditadas".

En el título VIII sobre "los usuarios del sistema", encontramos aspectos sustanciales relacionados con la calidad: la orden de definir una política nacional de participación social (Art. 136); la financiación de la figura del "defensor de usuario de la salud" definida en la Ley 1122 de 2007 (Art. 137); la adopción de un sistema único de trámites en salud que incluya: afiliación, recaudo, autorización, registro, auditoría, facturación y pago de los servicios de salud (Art. 138). En este título también se incluyen los deberes y obligaciones de los usuarios (Art. 139), de los cuales resaltamos: buena fe, suministrar información oportuna, informar hechos que afecten al sistema, procurar su cuidado y el de su familia, pagar las cotizaciones e impuestos, cumplir las citas, participar y hacer uso racional de los recursos.

Aviso

Para terminar es importante anotar que el legislativo hizo un esfuerzo evidente de análisis de la realidad y necesidades críticas del sistema, en materia de calidad y que plasmó en la reforma buena parte de las inquietudes que los interesados y estudiosos del tema hemos planteado sobre el particular. Nos corresponde a todos hacer el seguimiento necesario al ejecutivo para verificar que se reglamenten efectivamente los contenidos y sobre todo que todas las partes le apostemos a cumplir la ley.

La calidad en la reforma, veinte ideas claves:

1. Unificación y actualización del plan de beneficios
2. Portabilidad nacional
3. Plan decenal de salud pública
4. Atención primaria en salud
5. Habilitación para equipos básicos de salud
6. Metas e indicadores de resultado
7. Requisitos de habilitación para EPS, ARP, secretarías de salud, IPS
8. Habilitación previa en servicios de urgencias y alta complejidad
9. Habilitación de redes integradas de servicios de salud
10. Determinación de riesgo de Empresas Sociales del Estado
11. Instituto de evaluación de tecnología
12. Hospitales universitarios acreditados
13. Plan nacional de mejoramiento de la calidad
14. Incentivos a la acreditación
15. Sistema de información para la calidad
16. Audiencias públicas y resultados en internet
17. Historia clínica electrónica obligatoria
18. Política nacional de participación social
19. Defensor del usuario en salud y sistema único de trámites
20. Deberes y obligaciones de usuarios