

Visión Informativa

VOLUMEN I No. 10

Julio - Agosto de 2009

Una Publicación de FUNDACIÓN VISIÓN SALUD

ACREDITADO E.S.E HOSPITAL NAZARETH UNA EXPERIENCIA DISTRITAL EN SALUD CON ESTÁNDARES SUPERIORES DE CALIDAD BOGOTÁ - JUNIO DE 2009

Desde el año 2001 el Hospital Nazareth en la Localidad 20 Sumapaz de Bogotá, asumió el reto de posicionar un Modelo de Prestación de servicios basado en la Salud Familiar denominado "Familia sana, comunidad saludable, entorno natural". Esto ha sido un compromiso apropiado por cada una de las personas que laboran en el Hospital y ha trascendido muros, contando hoy con un trabajo articulado en diferentes niveles de gestión, donde la comunidad es parte importante en un Modelo de Salud, único con certificación de calidad bajo la norma técnica ISO 9001-2000 en el Distrito y ahora distinguido como uno de los factores para la acreditación del Hospital Nazareth I Nivel ESE bajo los estándares del Sistema Único de Acreditación, componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

La experiencia del mejoramiento continuo, permite a la institución representante del sector salud en la localidad netamente rural de Bogotá, responder de cara a los Objetivos del Milenio y con las bases de la Atención Primaria en Salud, mostrar durante la última década logros en contención de la mortalidad materna y mortalidad infantil por enfermedades diarréicas y respiratorias, coberturas de vacunación mayores al 95%, disminución de 20 puntos porcentuales en la desnutrición aguda en los menores de 7 años, llegando a un índice del 8% en el año 2008 y disminución de la presencia de placa bacteriana en la población escolar, del 67% al 26.5% en un periodo de 4 años, entre otros logros enmarcados en un proceso de cualificación de la prestación de los servicios.

GILBERTO RODRIGUEZ DAZA
GERENTE E.S.E. HOSPITAL NAZARETH

**Odontólogo Universidad Del Bosque
ESPECIALIZACIONES**
Gerencia Hospitalaria - Universidad Javeriana
Gerencia Instituto de Alta Dirección Empresarial
Estrategia en Dirección - Universidad de la Sabana
Gerencia del Primer Nivel - Universidad Javeriana



El modelo **FAMILIA SANA, COMUNIDAD SALUDABLE, ENTORNO NATURAL**, se constituye en la estrategia marco de la innovación hacia la Acreditación del hospital, bajo estándares superiores de calidad, organizando de esta manera una institución prestadora de servicios de salud teniendo la salud pública como su razón de ser; aspecto evidenciado plenamente en una plataforma estratégica y el mapa de procesos que responde al modelo de salud familiar con enfoque de usuario.

Estos logros, cuyo soporte es una organización que trabaja a diario por la coherencia entre sus

acciones y sus sueños, motivan el trabajo constante para seguir avanzando en la búsqueda de estrategias innovadoras para la prestación de servicios de salud, las cuales se centran en la transformación activa de las necesidades de las familias en alternativas de solución corresponsables y muchas veces autogestionadas.

Vale la pena destacar que el soporte humano del hospital se potencia a través de acciones sistemáticas de bienestar y mejoramiento continuo, que parten de un plan de calidad personal, pues la

Continúa **Pág. 2**

En Esta Edición:

	Los servicios farmaceuticos: Un paseo por la normatividad	Pág
	El MECI y los Sistemas de Gestión de Calidad: Aliados para la mejora en el sector público	3
	Lo mejor y lo más débil del Sistema de Salud Colombiano	4
		5



"Realizando Sueños de Vida"

Circulación Nacional





E ditorial

Apreciado lector:

Amigos de la Fundación: Es grato presentarles el número 10 de VISION INFORMATIVA, completándose ya año y medio de circulación en los siete departamentos a donde inicialmente llegamos y hoy circulando en una gran cantidad de instituciones amigas en todo el país. El objetivo fundamental: Informar y dar a conocer temas de interés para el medio en lo que tiene que ver con el desarrollo institucional, por eso siempre que hacemos llegar nuestros ejemplares a sus manos le reiteramos el interés porque participen enviándonos información.

En este número nos es grato presentar a la E.S.E. HOSPITAL DE NAZARETH que a finales del mes de mayo recibió su ACREDITACION EN SALUD por parte del ICONTEC y se coloca junto a otras pocas instituciones en el país con este logro y fortalece el aun mas reducido número de E.S.E. de baja complejidad que ostentan esta categoría. Felicitaciones a esta empresa, a su gente y a su Gerente el Odontólogo Gilberto Rodríguez Daza.

Agradecemos de manera especial a todas aquellas personas de las diferentes instituciones que han creído en la Fundación y se han vinculado a los Diplomados en Acreditación en Salud que se vienen promoviendo. Tres Diplomados iniciados en el primer semestre nos dejan satisfechos

gracias a su apoyo y a su interés en fortalecer sus competencias en un tema que hoy está a la vanguardia en cuanto a Calidad se trata en el sector salud. La invitación a que se conviertan como alumnos en nuestros principales embajadores certificando la calidad del servicio recibido y la calidad académica ofrecida por parte del ICONTEC. De la misma manera en este número encontrará dos artículos interesantísimos sobre el tema farmacéutico y uno muy pedagógico acerca del MECI y los Sistemas de Gestión de Calidad en el sector público que espero disfruten.

Agradecimiento especial a Semana.com por su confianza en nuestro medio para facilitarnos material de interés para todos, esperamos disfruten la entrevista que se publica en esta edición.

Por último los invitamos a vincularse a los Diplomados programados para el segundo semestre en las diferentes regiones del país en los que se abrirá para lo cual puede consultar las fechas establecidas en la última página.

Como empresa seguiremos trabajando para hacer nuestros aportes en las diferentes instituciones en las que hacemos presencia y esperamos con Usted amigo lector, hacer equipo para seguir creciendo y fortaleciéndonos mutuamente. Recuerden que estaremos atentos a sus comentarios a nuestros correos electrónicos o celulares.

Éxitos en el semestre que comienza.

Weymar Fernando Muñoz Muñoz

Viene
Pag.
1



primera comunidad saludable que la institución busca aportar al mundo, como indica su visión, es la familia del Hospital Nazareth, convencidos que la calidad y el bienestar trasciende a través del ejemplo.

Se cuenta, entre otros con el programa de humanización ECHO, el Plan Padrinos de Calidad y las jornadas periódicas de aprendizaje experiencial diseñadas por el hospital para cada equipo de salud y apoyo.

Estrategias que alineadas con una prestación de servicios consecuente con una cadena misional de procesos, partiendo de la identificación, planeación, ejecución y evaluación corresponsable de las alternativas de solución pertinentes a las necesidades locales y familiares en salud, han permitido consolidar cambios positivos en las condiciones de salud que aportan a la calidad de vida de las familias, con quienes interactúan los equipos integrales de salud del hospital. Evolucionado así en una apuesta institucional por familias y comunidades cada vez más activas e incluidas en la construcción del bienestar y la equidad social con la participación y el esfuerzo mancomunado con instituciones como la Secretaría Distrital de Salud, la Alcaldía Local de Sumapaz, la Junta Administradora Local de Sumapaz y organizaciones comunitarias como las Juntas de Acción Comunal veredales y el Sindicato Agrario, entre otras.

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/SOGC/CategoryDetail.asp?IDCategory=1641>

Capacitación: busca afianzar las competencias en materia de Acreditación, de un grupo base de colaboradores de los Hospitales y las Direcciones Territoriales de Salud, seleccionadas en el proyecto. Nos encontramos capacitando 438 personas con el concurso de cinco reconocidas Universidades del País y 1.814 personas más en una estrategia masiva a través del SENA.

Asistencia técnica: cada uno de los Hospitales y las Direcciones Territoriales de Salud seleccionadas, recibirán acompañamiento específico para el entrenamiento de sus equipos de trabajo y la implementación de estrategias que permitan aumentar sus niveles de desempeño en materia de calidad en salud.



Visión Informativa



JUNTA DIRECTIVA

WEYMAR FERNANDO MUÑOZ MUÑOZ
Presidente

PAOLA ROCIO MUÑOZ MUÑOZ
Tesorera

MARIA RUTH TRUJILLO URRIAGO
Secretaria

IVAN DARIO GOMEZ GONZALEZ
Vocal

CONSULTORES

MIRYAM LILLIANA MUÑOZ MUÑOZ
ALVARO TORRES RODRIGUEZ
BETSY PAOLA RAMIREZ POTOSI
GABRIEL FERNANDO TORRES PRIETO
GUILLERMO PATIÑO FANDIÑO

INVITADOS

ODONTÓLOGO GILBERTO RODRIGUEZ DAZA
DRA. OLGA PATRICIA ARIAS JIMENEZ
Dr. RENÉ FRANCISCO ABELLO GÓMEZ
MARÍA TERESA RONDEROS
DIRECTORA SEMANA.COM



LOS SERVICIOS FARMACEUTICOS: UN PASEO POR LA NORMATIVIDAD

Desde la época de la colonia existían en Colombia, las boticas, establecimientos encargados de dispensar preparaciones que mejorarían las dolencias de los pobladores de las nacientes ciudades del nuevo reino.

Sólo a partir de 1930 con el floreciente negocio farmacéutico en Colombia el gobierno del Señor Eduardo Santos reglamentó, en 1940 y mediante el decreto número 1736, el funcionamiento de los Laboratorios Farmacéuticos y los aspectos productivos de los medicamentos. En esta norma se establecía que la dirección de los laboratorios debería estar a cargo de un especialista en Farmacia, lo que evidenciaba la necesidad de tener profesionales capacitados, que dieron lugar, a la creación de la Escuela de Farmacia en la Universidad de Antioquia, bajo la rectoría del Señor Fidel Rodríguez, mediante el Acuerdo No.1 de 1943.

Para la década de los 60 los químicos Farmacéuticos eran reconocidos como los profesionales que debían dirigir los servicios farmacéuticos siempre y cuando su título fuera otorgado por una Universidad reconocida en el territorio Nacional.

En 1964 con el Decreto 1950 se define que las Licencias para la instalación y funcionamiento de las agencias de especialidades farmacéuticas, depósitos de drogas y farmacias - droguerías, serán concedidas por la respectiva Secretaría o Dirección Departamental, Comisarial o Distrital de Salud Pública".

En 1967 con la Ley 47 se establece por primera vez la diferencia entre farmacia/Drogería, botica y botica asistencial, crea la Carrera Intermedia de Regente de Farmacia, y enuncia los requisitos para que una persona pueda ostentar la credencial o certificación de Expendedor de Drogas.

En 1979 la Ley 9^a establece las condiciones sanitarias que rigen para las drogas, medicamentos, cosméticos



y similares y para los Establecimientos farmacéuticos.

Para 1986 las farmacias ampliaron su horizonte, haciéndose necesario una reglamentación para la elaboración, Envase o Empaque, Almacenamiento, Transporte y Expendio de medicamentos, Cosméticos y Similares.

En la década de los 90 con las reformas sustanciales en nuestro Sistema de Salud, con la ley 100, se determina que los medicamentos serán regulados por la presente ley y es el artículo 152 donde se reglamenta la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica.

Además se crea el INVIMA, un Instituto que realizaría las funciones de vigilancia y control de todo lo concerniente a productos y servicios farmacéuticos.

Para 1995 se empodera al Químico farmacéutico, como profesional del área de la salud que tiene fin de proteger y salvaguardar el derecho que tiene la población de que se le otorgue calidad y seguridad en los medicamentos, cosméticos, preparaciones farmacéuticas con bases en productos naturales y demás insumos de salud relacionados con el campo de la Química Farmacéutica.

Para 1995 el químico no había consolidado sus funciones, ni había logrado el reconocimiento que era inherente a su profesión, razón por la cual sale el decreto 1945 dándole un

espaldarazo a las funciones del químico farmacéutico, determinando sus obligaciones y determinando sus prohibiciones. Establece además la naturaleza del Colegio Nacional de químicos farmacéuticos, la autoridad de la Asamblea y el papel de asesoría del Consejo Nacional

Para el 2001 la Ley 715 estableció que es competencia de las Direcciones Seccionales de Salud garantizar la calidad, inocuidad y eficacia de los medicamentos comercializados en el Departamento a través de la Inspección Vigilancia y Control.

Este mismo año, a finales de Marzo con el decreto 549 se establece el procedimiento para la obtención del Certificado de Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura por parte de los laboratorios fabricantes de medicamentos que se importen o produzcan en el país.

Llega el 2002 y con el, el Decreto 2309, define el SOGC, el cual enumera cuatro componentes: el Sistema Único de Habilidades, el Sistema Único de Acreditación, el Sistema de Información para la Calidad y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo.

El sistema único de habilitación con la resolución 1439 del 2002 que crea el SUH y plantea unas condiciones básicas que deben cumplir las IPS, los profesionales independientes y los grupos de profesionales con infraestructura física. Todos ellos deben cumplir unos estándares técnicos científicos, técnico administrativo y financiero que serán exigidos de

Por: Olga Patricia Arias Jimenez
Bachiller normalista
Medica General Universidad
Pontificia Bolivariana.
Gerente de la Calidad y Auditora
en Salud UCC.
Profesional de Educación y
Desarrollo ICONTEC.

acuerdo con el nivel de complejidad de la institución. Aparecen en esta resolución los nueve grupos de estándares, el primer grupo son los estándares de recurso humano, con exigencias puntuales, con relación al tema que hoy nos compete; define que los servicios farmacéuticos de primer nivel, podrían ser dirigidos por un auxiliar de farmacia con 3 años de experiencia certificada; los servicios farmacéuticos de mediana y alta complejidad obligatoriamente necesitan un químico farmacéutico para su dirección. Esta disposición fue controvertida, razón por la cual un año después la resolución 486 del 2003 se modifica el estándar de recurso humano para el servicio farmacéutico de baja complejidad, precisando que un tecnólogo en regencia de farmacia es quien la debe dirigir y que sólo en el caso de no disponer de este recurso, se podrá contar con un auxiliar de droguería o farmacia con experiencia certificada de al menos tres años.

A nivel de infraestructura física, los servicios farmacéuticos deben tener un área física exclusiva y de circulación restringida. No es utilizada como área de tránsito entre otras dependencias.

Garantizar un sistema de ventilación natural y/o artificial de forma que conserve la vida útil de los productos farmacéuticos y afines y condiciones de temperatura y humedad relativa, de acuerdo con lo recomendado por el fabricante.

En caso de que se haga reenvase, reempaque y/o preparaciones magistrales o preparación de dosis unitarias, cuenta con áreas que garantizan las buenas prácticas de manufactura exigidas para tal fin. Cuenta con un sistema de almacenamiento de medicamentos de control especial, con las medidas de seguridad.



El estándar numero Cuatro relacionado con la gestión de Insumos exige el diseño de un proceso para el manejo de los insumos cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega condicen directamente riesgos con la prestación de los servicios.

Los procedimientos de adquisición de medicamentos e insumos, incluye la verificación del registro expedido por el invima. Se siguen las recomendaciones para cada tipo de insumo, de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante, y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento.

Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para su control y cumplimiento, que garanticen que no se reutilicen

insumos, salvo aquellos en los que el invima defina expresamente que puedan serlo.

La institución garantiza la disponibilidad permanente de los medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos indispensables para la prestación de los servicios que ofrece. En la institución se realiza seguimiento a las complicaciones medicamentosas.

Aparece también ese mismo año, la Resolución 1164 donde se incluye las farmacias y droguerías como generadores de residuos hospitalarios y similares, haciendo indispensable el conocimiento de la legislación para cumplir con los requisitos del plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares (PGIRH) y entender que la responsabilidad del generador va hasta la disposición final.

Los responsables de los establecimientos farmacéuticos deben implementar estrategias para evitar la generación de residuos químicos entre las cuales debe estar el control de condiciones de almacenamiento, fechas de vencimiento y rotación de los productos. La pregunta por hacer es ¿Cómo disminuir la cantidad de residuos generados?

La mejor opción para disminuir la cantidad de residuos consiste en prevenir y evitar la acumulación de medicamentos vencidos, Centralizar la compra y la distribución de medicamentos, Conocer las tasas de consumo de cada medicamento. Utilizar la política de "lo primero que entra, es lo primero que sale" (FIFO) para minimizar los desechos generados a causa de su fecha de expiración. Llevar control de las fechas de vencimiento de los productos de menor rotación por

escrito o en un medio sistematizado actualizándolo periódicamente. Mantener constantemente actualizados los inventarios de las farmacias y droguerías con controles de existencia antes de la ordenación y utilización de nuevos productos. Entrenar a los empleados sobre la gestión de los desechos peligrosos y suminimización.

La falta de compromiso de los generadores es evidente hasta nuestros días, razón por lo cual se sigue y seguirá legislando porque el compromiso con el medio ambiente es un compromiso de todos.

Hasta aquí, la primera entrega. Son los últimos seis años donde más se ha generado normatividad para los servicios farmacéuticos, las droguerías y las farmacias/droguerías. Conozca las últimas disposiciones, para que esté al tanto de los cambios que debe implementar.

EL MECI Y LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD: ALIADOS PARA LA MEJORA EN EL SECTOR PÚBLICO

Para la mayoría de los colombianos, la sigla MECI no es tan común ni tiene un significado práctico. Tampoco es tan común, entre los ciudadanos que no estén involucrados en uno de ellos, la terminología utilizada en los Sistemas de Gestión de Calidad. En las próximas líneas, pretendo ilustrar, de manera sencilla y comprensible, el significado y gran valor que estos términos tienen para los colombianos.

El MECI o Modelo Estándar de Control Interno, es una metodología creada por el Estado colombiano con el fin de que todas las entidades del sector público cuenten con una herramienta única para ejercer autocontrol sobre el cumplimiento de su respectiva misión y sus objetivos como entidad al servicio de los ciudadanos.

En términos generales, lo que pretende el MECI se podría resumir de manera gráfica analizando el sentido de sus tres subsistemas:

- Subsistema de Control Estratégico: equivale a preguntarse al interior de una entidad pública, ¿cómo se controla lo que se planea?
- Subsistema de Control de Gestión: equivale a preguntarse al interior de

una entidad pública, ¿cómo se controla lo que se Hace o ejecuta?

● Subsistema de Control de la Evaluación: equivale a preguntarse al interior de una entidad pública, ¿cómo se controla lo que se Verifica o evalúa, y qué se hace o qué Acciones se toman al respecto?

Como notará el lector, he resaltado a propósito algunas letras, que automáticamente nos identifican otra sigla, que corresponde al denominado **CICLO PHVA**, o Ciclo de la mejora continua, el cual consiste en Planear las actividades, Hacer lo que se planeó, Verificar si lo ejecutado corresponde a lo planeado, y de acuerdo con esa verificación, tomar Acciones para mejorar o corregir. Digamos que hasta allí se encuentra resumido (muy resumido) el MECI. Pero como lo prometido es deuda, ahora veamos qué es eso de los Sistemas de Gestión de la Calidad y cómo se articulan con el MECI.

En general, los Sistemas de Gestión de Calidad consisten en una serie de herramientas y metodologías que le permiten a las organizaciones (léase empresas, entidades, asociaciones, etc.) mejorar sus niveles de eficacia, eficiencia y efectividad, así como elevar el nivel de satisfacción de sus clientes.

Para ello, existen muchas alternativas, como la Norma Técnica de Calidad ISO 9001:2008, la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública (NTC GP 1000), Seis Sigma, y sistemas específicos para algunos sectores como el Sistema Obligatorio de Calidad para la prestación de Servicios de Salud (SOGCS). Todos estos sistemas tienen elementos en común como el Enfoque al Cliente, es decir, el interés que se debe poner hacia la satisfacción de necesidades y expectativas del cliente; el enfoque en procesos, lo cual significa que las organizaciones logran mejores resultados cuando planean sus actividades en términos de procesos; el enfoque en pensamiento gerencial, aplicando ciclos PHVA, entre otros temas que comparten los sistemas.

En conclusión, para el sector público colombiano, las entidades cuentan con una gran herramienta, el MECI, que es de carácter obligatorio y está liderado por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP, www.dafp.gov.co) que les permite ejercer control sobre el cumplimiento de sus obligaciones legales, y a la vez cuentan con una norma técnica (NTC GP 1000:2004) que les brinda la posibilidad de implementar estrategias de mejoramiento continuo para incrementar la calidad de sus servicios hacia los ciudadanos. Los dos sistemas



RENÉ FRANCISCO ABELLO GÓMEZ
Médico Universidad de Cartagena
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Diplomado en ISO 9001 y Acreditación en Salud. Autor del libro "Ocho pasos hacia la calidad en el servicio", Docente Universitario y del ICONTEC.

son complementarios y se deben implementar de manera articulada. En el sector privado, las normas técnicas de calidad (ISO 9001:2008) son de carácter voluntario, a excepción de algunos sectores como el de la Salud y el Hotelero, que cuentan con normas específicas de carácter obligatorio.

Por último, es muy importante que los ciudadanos aprendan progresivamente a entender estos temas, pues de esto depende que las organizaciones no simplemente elaboren documentos como soporte de que tienen un sistema implementado, sino que en la realidad cotidiana de su contacto con los usuarios o clientes, se tenga evidencia de los esfuerzos por mejorar.



LO MEJOR Y LO MÁS DÉBIL DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Cuando fueron a Irán, a hacer una asesoría, algún funcionario los presentó como Los Tres Reyes Magos de los sistemas de salud. Y aunque sea un poco exagerado, el filósofo Norman Daniels, quien trabajó con John Rawls y aplicó su teoría de la justicia a la salud, el politólogo Thomas Bossert, experto en descentralización y participación comunitaria; y el economista William Hsiao, especializado en economía de la salud, profesores de la Universidad de Harvard, conforman un equipo de pensadores, cuyos consejos han contribuido a darle forma y a mejorar los sistemas de salud de varios países en el mundo. Los dos últimos, Hsiao y Bossert, hace más de una década, dirigieron el Plan Maestro de la implementación de la Ley 100, que transformó la organización de la salud pública y privada en Colombia.

La semana pasada regresaron a Bogotá en la fase final de la creación de un Manual de guías de práctica clínica, un proyecto conjunto del Centro de Investigaciones en Salud de la Fundación Santa Fé que dirige Gabriel Carrasquilla, en conjunto con la Universidad de Harvard, financiado por Colciencias. El ex viceministro de Salud, Ramiro Guerrero, quien hace parte del equipo de la universidad



Cuando fueron a Irán, algún funcionario los presentó como Los Tres Reyes Magos de los sistemas de salud. Los profesores de Harvard, el filósofo Norman Daniels (al medio), el politólogo Thomas Bossert (der) y el economista especializado William Hsiao (izq), han contribuido a darle forma y a mejorar los sistemas de salud de varios países en el mundo.

Tres expertos mundiales, que conocen bien el sistema de salud colombiano, dicen por qué es tan difícil regular a la EPS privadas y cómo sería un proceso justo para definir cuáles enfermedades debe cubrir un Plan Obligatorio de Salud. Semana.com los entrevistó en su paso por Bogotá.

estadounidense, explicó a enfrentar la enfermedad, según las condiciones del paciente. Así mismo, el manual provee una evaluación económica de las guías según la relación costo-efectividad. Es decir, establece hasta dónde utilizar la última tecnología en tratamientos médicos se justifica en términos de su costo, o hasta dónde usar una tecnología menos sofisticada puede prácticamente igual de efectiva a menores costos. Y tercero, este manual incluye un cálculo actuarial del costo que tendría meter estas guías en los tratamientos de las enfermedades contempladas en los Planes Obligatorios de Salud.

El camino que escogió Colombia de hacer este esfuerzo de conseguir recursos destinados a la salud y luego dárselos a empresas privadas resultó muy costoso, porque se esperaba que la competencia entre ellas iba a mejorar la eficiencia del servicio y esto no sucedió: Bossert.

Los países con sistemas de salud financiados por el Estado son los que generalmente adoptan este tipo de guías. Como el reciente mandato de la Corte Constitucional obliga al gobierno a actualizar y unificar los POS de los regímenes subsidiado y contributivo, éste Manual

Entrevista publicada en la Revista Semana.com en la edición 06/07/09

**Por: María Teresa Ronderos
Directora Semana.com**

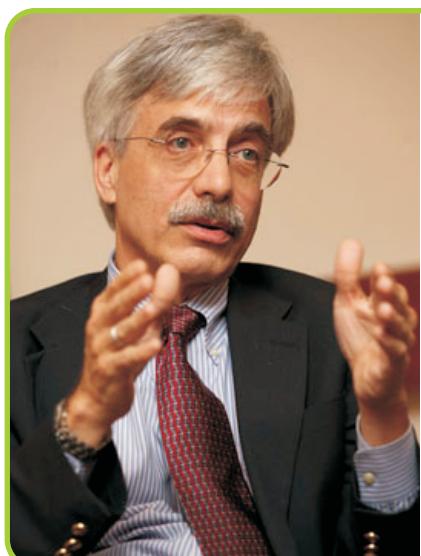
Semana

constituiría un ingrediente importante en esa meta. Una vez se entregue el Manual, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá que producir las guías y la Comisión de Regulación en Salud será quien decida cómo se introducirán en el POS. Eventualmente, este esfuerzo investigativo deberá contribuir a mejorar e igualar los estándares de atención médica, al igual que a el uso más eficiente de los recursos.

Semana.com entrevistó a los profesores de Harvard sobre cómo ven la evolución del sistema de salud colombiano, sus ventajas y fallas; si lo consideran justo y equitativo y cómo creen que podría mejorarse.

Semana.com: Ustedes vieron muy de cerca el nuevo sistema de salud colombiano cuando empezó hace 15 años, ¿qué logros y qué falencias cree que muestra hoy?

Thomas Bossert: Ha sido muy exitoso en la cobertura, pues casi el 90 por ciento de los colombianos están cubiertos. Además introdujo una nueva idea en el mundo: que los afiliados al régimen contributivo contribuyeran a cubrir en parte el costo de atender a los más pobres que está en el régimen subsidiado. Pero el sistema también buscaba mejorar la eficiencia del servicio de salud y disminuir el desperdicio de recursos, y esta fue la parte que no funcionó. El camino que escogió Colombia de hacer este esfuerzo de conseguir recursos destinados a la salud y luego dárselos a empresas privadas





Cuando asesoramos al gobierno colombiano, ya la Ley había incluido a las EPS privadas, y no podíamos hacer mucho, pero en otras partes hemos recomendado que no se creen. Se vuelven políticamente muy poderosas y consiguen frenar los esfuerzos para regularlas: Hsiao.

resultó muy costoso, porque se esperaba que la competencia entre ellas iba a mejorar la eficiencia del servicio y esto no sucedió. Además se planeó que a medida que se subsidiaba la demanda se iba a bajar el subsidio que recibían los hospitales públicos, y por problemas políticos, esto no sucedió. Los costos entonces se dispararon.

Norman Daniels: Ahora la Corte Constitucional ha pedido al gobierno que haga realidad el ideal de que todos estén cubiertos por el mismo POS. Hoy el Plan que le cubre el Estado a quienes están en el régimen subsidiado es más limitado, que el que le cubre a los del régimen contributivo. Esto está bien. Sin embargo, estoy en desacuerdo con algunos aspectos de la jurisprudencia de la Corte. Aunque reconoce que los recursos son limitados, pretende que el proceso para decidir quién

tiene acceso a qué servicios y quién no y cuáles servicios no se pueden cubrir en el POS general se pueda poner en práctica rápidamente. Yo pienso que si bien es cierto que el derecho a la salud es un derecho fundamental, precisamente porque los recursos son limitados se necesita poner en práctica un debido proceso, que toma tiempo implementar, para asegurarse de que lo que quede excluido del POS sea aceptado y legítimo por la sociedad.

Semana.com: ¿Y qué es un debido proceso en el acceso a la salud?

Daniels: Un debido proceso debe cumplir cuatro requisitos: que sea transparente; que la gente conozca y entienda las decisiones que les afectan su servicio de salud. Segundo, que las decisiones tienen que ser



El derecho a la salud es un derecho fundamental, pero como los recursos son limitados se necesita poner en práctica un debido proceso, que toma tiempo implementar, para asegurarse de que lo que quede excluido del POS sea aceptado y legítimo por la sociedad: Daniels

legítimas; es decir, construidas, con la participación de los actores del sistema (médicos, hospitales, empresas, gobierno, asegurados), sobre un consenso básico. Tercero, lo que se decida debe ser revisable con el tiempo, a medida que cambie la tecnología, la ciencia, etc. Y, cuarto, que se pueda garantizar que el proceso en efecto, será transparente, legítimo y revisable.

Semana.com: ¿Algún país ha logrado esto?

Daniels: Sí, por ejemplo Nueva Zelanda. Hubo un escándalo porque el Ministerio de Salud le negó atención a un niño muy enfermo porque su enfermedad no estaba contemplada en el POS de allá. La familia fue a los medios y se armó un escándalo, y el Ministerio tuvo que ceder. Desde ahí comenzó una discusión pública y amplia que duró tres años sobre qué límites se le debían poner al POS y qué sería justo y qué no. Después hubo un caso similar de otro niño, y la gente entendió que no era posible que el Estado asumiera el costo de atenderlo. Los límites al POS eran legítimos y claros para todos.

Semana.com : En Colombia se percibe mucho descontento con el hecho de que las EPS constantemente niegan los servicios costosos a la gente, aún cuando estén en el POS...

William Hsiao: Es necesaria una regulación estricta de las EPS, pero es muy difícil. Cuando asesoramos al gobierno colombiano, ya la Ley había incluido a las EPS privadas, y no podíamos hacer mucho, pero en otras partes, como en Polonia, hemos recomendado que no se creen. Se vuelve políticamente muy poderosas y consiguen frenar los esfuerzos para regularlas. Por eso es necesario regularlas antes de que se vuelvan tan poderosas. Estados Unidos es un buen ejemplo.

Semana.com: ¿Pero al estar en competencia, no las regula el mercado?

Hsiao: Es que la competencia entre aseguradoras de salud o como las llaman aquí, las EPS, no funciona como si se tratara de empresas que venden zapatos o

ropa. Eso ya está estudiado. En el campo de la salud la gente no tiene el conocimiento de qué servicios realmente necesita, o cómo se le debe tratar una enfermedad, entonces no pueden saber cuál es mejor por el seguro que pagan. Pueden creer que la que tenga más renombre o clínicas más bonitas es la que les provee el mejor servicio médico y pueden estar engañados. Recuerdo que cuando estaba en la junta directiva de un hospital en Estados Unidos, había un cirujano muy famoso, y la gente lo buscaba por montones. El doctor ya era viejo, le temblaba la mano y cometía errores graves en las cirugías, pero por lo famoso la gente no dejaba de ir. Fue muy difícil conseguir que finalmente el hospital le prohibiera seguir operando.

Semana.com: ¿Qué se puede hacer en Colombia entonces, cuando ya tenemos unas EPS muy poderosas y la regulación no es tan efectiva?

Hsiao: Una vez que creas estas empresas privadas de salud es imposible volver atrás. Así que es necesario inventar políticas que las hagan cumplir. Por ejemplo, se puede desarrollar una EPS sin ánimo de lucro que realmente tenga un interés en servir a la gente y darle unos beneficios tributarios o créditos baratos por algunos años para que se consolide y pueda competir con las privadas. Se puede proyectar esta EPS como el estándar de calidad, la gente se afiliará allí y esto hará que las demás compitan con ella en calidad y costos.

Semana.com: Otro problema muy colombiano son la gran cantidad de tutelas que la gente tiene que interponer para conseguir la atención médica debida...

Daniels: He visto que la tutela se usa bien y se usa mal. Nos han mostrado unos datos de la Defensoría según los cuales el 80 por ciento de los casos son tutelas para que las EPS provean atención incluida en el POS. Eso sólo demuestra que se tienen que mejorar la regulación de las EPS y debe haber mecanismos más efectivos que la tutela para hacer



cumplir a estas empresas. Pero hay tutelas que son para forzar al sistema a que provea servicios que no están contemplados en el POS, y como por lo general se fallan a favor del paciente, la EPS tiene que dar la atención y el Estado paga. Esto encarece tremadamente el costo de la salud, y beneficia a unos pocos en detrimento de un mejor servicio para la mayoría. En estos casos la tutela crea incentivos perversos tanto a los pacientes como a las EPS porque los jueces, al considerar casos individuales, no aceptan los límites de lo que puede efectivamente cubrir el POS.

Semana.com: ¿Y quién debe decidir entonces qué debe ir en el POS?

Daniels: Por esto mismo es que yo insisto en que debe haber un debido proceso para decidir qué se incluye y qué no en el POS. La sentencia 760 de la Corte Constitucional subestima el tiempo que toma poner en práctica este debido proceso. Le da al gobierno un año para unificar los POS (el del régimen contributivo con el del subsidiado) que es muy corto. Esto se debería hacer en etapas, por paquetes de beneficiados, con un cálculo preciso de cómo se van a conseguir los recursos para irlos cubriendo.

Además pensaron sólo en que se debería nivelar por lo alto, darle a todos lo que hoy tiene el POS del régimen contributivo, y no en que quizás hay unos tratamientos o servicios que se deberían excluir de ambos POS.

Semana.com: Otro de los problemas de nuestro sistema es el alto nivel de corrupción que vino después de la descentralización de la administración de la salud. En las regiones la plata de la salud incluso ha terminado en manos de grupos armados...

Bossert: Es difícil estudiar la corrupción. En el estudio que hicimos en Colombia, descubrimos que lo que hicieron fue, aunque suene irónico decirlo, fue democratizar las oportunidades de corrupción. El año antes de que entrara en efecto la Ley 100 y la Ley 60 de descentralización, encontramos que los municipios con menores ingresos obtenían 6 veces menos recursos para salud que los municipios más ricos, en términos per cápita.

Y después de estas leyes, la distribución quedó más o menos igual. Así mismo, establecimos que antes de la leyes, los municipios pobres contribuían 42 veces más a la

salud que los más ricos, en términos de esfuerzo fiscal propio; después, contribuyen 12 veces más. Entonces estas reformas construyeron un sistema más igualitario. ¿Cuánto dinero destinado a la salud se fue en corrupción?, no lo sabemos. Pero los sistemas altamente centralizados también pueden ser muy corruptos, sólo que el dinero se queda en menos manos. Pero aún con corrupción sí sabemos que los servicios de salud hoy le llegan a más colombianos.

Semanacom: ¿Y cómo luchar contra la corrupción local?

Bossert: Hacer el sistema más transparente a todos los niveles, un mayor nivel de regulación que pueda penetrar al nivel local y entes reguladores que no sean corruptos.

Semana.com: Por último, ¿cómo puede ayudar a mejorar los servicios de salud en Colombia, el Manual de práctica que está desarrollando ustedes ahora junto con la Fundación Santa Fé?

Hsiao: La actividad que venimos desarrollando es la de crear guías de

práctica clínica, que consisten en revisar cuáles son las mejores prácticas conocidas para tratar una enfermedad y poner un estándar. Esto busca que la variación de la calidad de los tratamientos que ofrecen clínicas y doctores sea menor y que todas cumplan con unos estándares de calidad. También estamos calculando cuánto costaría incluir estas guías en el POS para que Colombia escoja qué es viable implementar aquí.

Bossert: Ningún país del mundo puede darles a sus ciudadanos la mejor práctica clínica existente en el mundo médico del momento, pero sí la mejor posible dentro de lo que el país pueda sostener, según los recursos económicos y humanos de los que disponga. Esto podrá contribuir a definir hasta dónde una enfermedad rara muy costosa de tratar con calidad deberá o no ser incluida en el POS, dentro de un proceso más amplio de debido proceso como el que el doctor Daniels ha descrito que definirá qué es legítimo incluir en un POS universal.

“Realizando Sueños de Vida”

ASESORES INTEGRALES en CALIDAD

- **ACREDITACIÓN EN SALUD**
- **AUDITORÍA DE CALIDAD**
- **NTCGP 1000: 2004**
- **MECI 1000:2005**
- **GESTIÓN AMBIENTAL**
- **SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**

Telefax: 8774844
Cel: 311 2518595 - 313 6522822
funvisionsalud@gmail.com
weymarf@gmail.com

“Realizando Sueños de Vida”

The image features the Litocentral logo at the top left, consisting of a stylized blue 'lc' monogram above the word 'Litocentral' in a large, bold, blue sans-serif font, with 'Ltda.' in smaller letters below it. To the right, the words 'IMPRESION y EDICION de:' are written in red and blue respectively. Below the logo, a yellow banner contains the text 'impresores & editores'. The central part of the page lists various services in red text: 'Libros', 'Revistas', 'Cartillas', 'Textos Educativos', 'Periódicos Institucionales', 'Periódicos Escolares', and 'Portafolios de Servicios'. At the bottom left, there's a stack of books. On the right, a hand holds an open book showing some text and illustrations.



"Realizando Sueños de Vida"

DIPLOMADO



ICONTEC
INTERNATIONAL

ACREDITACIÓN EN SALUD

DIPLOMADO PARA IMPLEMENTAR LOS ESTÁNDARES DE
ACREDITACIÓN EN IPS HOSPITALARIAS CON SERVICIOS AMBULATORIOS

7 MÓDULOS - 112 HORAS



Popayán

- GENERALIDADES DE LA ACREDITACIÓN
- ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA
- ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN
- ESTÁNDARES DE GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS
- ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO Y GESTIÓN DE TECNOLOGÍA BIOMÉDICA
- ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
- AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN



Neiva

— NUEVAS FECHAS —
IBAGUE
Tolima

Julio 31

FLORENCIA
Caquetá

Agosto 21

PUERTO ASÍS
Putumayo

Agosto 28

CARTAGO
Valle del Cauca

Septiembre 04

PITALITO
Huila

Septiembre 11



Pitalito

**INFORMES
E INSCRIPCIONES**

Calle 21B No. 51A-60 Telefax: 8774844
Cel: 311 2518595 - 313 6522822 - 311 2360652
funvisionsalud@gmail.com - weymarf@gmail.com
Neiva | Huila | Colombia