



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**Proyecto: Evaluación y Ajuste de los Procesos,
Estrategias y Organismos Encargados de la Operación
del Sistema de Garantía de Calidad para las Instituciones
de Prestación de Servicios**

Componente Incentivos

INFORME FINAL





REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE SALUD

PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD

CRÉDITO BID 910/OC-CO

SARA ORDOÑEZ NORIEGA

MINISTRA DE SALUD

DAVID BERSH ESCOBAR

VICEMINISTRO DE SALUD

JOSÉ ANCÍZAR JIMÉNEZ GUTIÉRREZ

DIRECTOR EJECUTIVO PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA

DE SALUD

BOGOTÁ

JUNIO DE 2001

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD

***Proyecto: Evaluación y Ajuste de los Procesos, Estrategias y
Organismos Encargados de la Operación del Sistema de
Garantía de Calidad para las Instituciones de Prestación de
Servicios***

Componente Incentivos
INFORME FINAL

***CONSORCIO ASOCIACIÓN CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA –
CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION -
QUALIMED***



EQUIPO DE TRABAJO

PATRICIA GÓMEZ DE LEÓN

DIRECTORA DEL PROYECTO

DIRECTORA EJECUTIVA

CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA

ENRIQUE RUELAS BARAJAS

DIRECTOR

QUALIMED

ELMA HEIDEMANN

DIRECTORA EJECUTIVA

CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION

NORMA ORJUELA DE DEEB

COORDINADORA ACREDITACIÓN IPS

MANUEL IGNACIO CAMACHO MONTOYA

COORDINADOR ACREDITACIÓN EPS

CARMEN ELISA NUÑEZ SAAVEDRA

COORDINADORA AUDITORIA

LUZ STELLA RESTREPO RESTREPO
COORDINADORA INCENTIVOS

TERESA MARGARITA TONO RAMÍREZ
COORDINADORA INFORMACIÓN A USUARIOS

SERGIO HORACIO LUENGAS AMAYA
COORDINADOR REQUISITOS ESENCIALES

CHANTAL MARIN-COMEAU
INVESTIGADORA ACREDITACIÓN IPS

CARLOS ALFONSO KERGUELEN BOTERO
INVESTIGADOR ACREDITACIÓN EPS - IPS

DIANA MARGARITA PINTO MASIS
INVESTIGADORA INCENTIVOS

HENRY MAURICIO GALLARDO LOZANO
INVESTIGADOR INCENTIVOS

OFELIA POBLANO VERASTEGUI
INVESTIGADORA INFORMACIÓN A USUARIOS

CONTENIDO

1. ANTECEDENTES	6
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1 LA GARANTÍA DE LA CALIDAD.	12
2.2 LOS INCENTIVOS.	13
2.3 EL MARCO COMPETITIVO IDEAL.	15
2.4 LA COMPETENCIA REGULADA.	17
3. MARCO CONCEPTUAL: LA COMPETENCIA REGULADA EN EL SECTOR SALUD COLOMBIANO	24
3.1 NIVEL MACRO.	25
3.2 NIVEL DE MESOGESTIÓN.	36
3.3 NIVEL DE MICROGESTIÓN	44
4. DISEÑO DE INSTRUMENTOS Y RESULTADO DE LOS PILOTOS DENTRO DEL PROYECTO DE GARANTÍA DE CALIDAD	55
4.1 NUEVA VERSIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES.	57
4.2 ACREDITACIÓN DE EPS E IPS.	60
4.3 DISEÑO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN A USUARIOS.	65

4.4 AUDITORÍA.	68
4.5 OTROS FACILITADORES DE CALIDAD EN EL NIVEL MICRO.	73
<u>5. CONCLUSIONES</u>	<u>81</u>
<u>6. RECOMENDACIONES</u>	<u>83</u>
6.1 HACER OBLIGATORIO EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS ESENCIALES PARA DARLE CREDIBILIDAD A ESTE INSTRUMENTO	84
6.2 POSICIONAR EL SISTEMA DE ACREDITACIÓN COMO UN ELEMENTO DE PRESTIGIO.	85
6.3 LOGRAR QUE LA AUDITORÍA TOME EL ENFOQUE DESEADO.	87
6.4 PONER A ANDAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN A USUARIOS	88
6.5 FORTALECER EL APRENDIZAJE ACTIVO SOBRE LAS MEJORES PRÁCTICAS.	89
6.6 PROMOVER QUE SE MANEJEN LAS QUEJAS COMO UNA OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	90
6.7 FORTALER VIGILANCIA Y CONTROL	91

1. ANTECEDENTES

Los sistemas sociales en general, y los de salud en particular, han venido, desde un tiempo para acá, siendo vistos con mayor detenimiento e interés por otros sectores tradicionalmente por fuera del campo de la salud (Economía, Sociología), gracias a factores inherentes a cualquier sistema de provisión de servicios dentro de un contexto social, factores tales como su repercusión directa sobre el estado de bienestar (incluyendo el estado de salud) de una comunidad dada y el volumen de recursos (Financieros y Humanos) que el mismo sector moviliza frente a un objetivo social, en este caso la salud.

El párrafo anterior nos plantea varios tópicos interesantes a desarrollar, todos ellos haciendo parte de una sola red de pensamiento. El primero de estos es la Responsabilidad Social del sector de la salud, no solamente frente a un usuario que pretende recibir un servicio, sino su responsabilidad frente a la sociedad como un todo. El tan parafraseado tema de la Responsabilidad Social (o Accountability) no ha dejado, por fortuna, de tocar las puertas del sector de la salud, asumiendo que dicho sector debe responder a unos objetivos encomendados directamente por el ciudadano consumidor y específicamente debe demostrar ante ese usuario que el desempeño de sus instituciones y personas, así como el uso de los recursos depositados en confianza, impacta directamente al mismo y no son solo un medio para sustentar un sistema de sobrevivencia de dichos actores. Este tema de la responsabilidad social está acuñado por el redireccionamiento, en particular en nuestro país, de la visión de la salud ya no como un acto de beneficencia del estado hacia el ciudadano consumidor, sino como un derecho inalienable de ese ciudadano, el cual ya no

está atado a la decisión unilateral de un actor de lo que es o no conveniente brindar al usuario, en qué cantidad y en qué nivel de desempeño.

Como segunda medida se encuentra el buen uso que de esos recursos de cuenta el sector de la salud. Por razones que se escapan del análisis de este documento es sabido que cualquier país, independientemente del grado de desarrollo social y económico, siempre tiene una balanza negativa entre el número y magnitud de las necesidades de su comunidad y el volumen de recursos disponibles para acometer y resolver dichas necesidades. Lo anterior, dicho en otros términos, plantea la discusión sobre la necesidad del estado de lograr una Eficiencia en la Distribución de los Recursos, en donde el sector salud debe “competir” con otros sectores por el otorgamiento de unos recursos, y por otro lado el promover entre los actores e instituciones el buen uso de esos recursos, la Eficiencia Técnica.

El tercer punto inmerso en la discusión es la introducción de la teoría de los mercados dentro de los servicios sociales. Sin tratar de plantear, y mucho menos resolver, los juicios de valor inherentes a las decisiones de introducir o no modelos de mercado en el sector de la salud y de las formas adoptadas frente al tema, es importante mencionar que el estado está delegando en buena medida a los atributos planteados por los teóricos del mercado el arreglo de los actores y el desempeño de los mismos, reteniendo este estado algunas actividades y funciones claves, tales como la garantía de conformar una serie de reglas de juego para los actores, la definición de unos objetivos del sistema mismo y la tutela de unos servicios de bien público.

Estas tres ideas, la responsabilidad Social, el buen uso de los recursos y el papel de los mercados en los servicios sociales, solo por mencionar tres de alta relevancia para el objetivo del presente documento, direccionan a los sistemas de salud, incluyendo sus actores, hacia la necesidad de diseñar, medir, validar y demostrar el grado de compromiso y desempeño del sistema hacia el usuario frente a dichos tópicos. Si asumimos que la calidad es una parte inseparable

dentro de este esquema de pensamiento, se hace necesario que el sistema de salud diseñe mecanismos para trabajar con base en criterios de calidad, que sean factibles de ser medidos a lo largo del tiempo, replicables al interior de múltiples actores que compartan características u objetos sociales similares y que tenga una representación mensurable en los estados de salud, la satisfacción de los usuarios y del personal involucrado y el mejoramiento permanente de las instituciones y la tecnología de las mismas.

Frente a la anterior idea, múltiples mecanismos para suplir estas necesidades en calidad pueden ser puestos en marcha por el estado y los particulares, de acuerdo al grado de relevancia, sensibilidad e impacto sobre el estado de salud de la comunidad, y frente a la idiosincrasia propia de cada comunidad. Este par de actores pueden adoptar diversos papeles frente a cada uno de ellos y generar diversos grados de compromisos de los involucrados (desde la voluntariedad hasta la absoluta obligatoriedad).

Es así como el estado colombiano, a través del ente rector de la salud en el país (Ministerio de Salud), decidió generar una serie de estrategias complementarias para lograr suplir los vacíos, o redireccionar algunas políticas, que hasta el momento se tenían en el sector salud. De ese modo se genera un proyecto integral de calidad que tiene como objetivo: “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, al tiempo que impulse el desarrollo de la cultura de la calidad en el sector”¹.

¹ Ministerio de Salud. Bases del concurso de méritos 06 – 99.

El objetivo del componente “Incentivos para la Calidad” del proyecto *Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud* es hacer una recomendación sobre los incentivos para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud a aplicar en el país.

En la primera fase del componente se desarrolló un modelo conceptual de la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano. El modelo se construyó a partir de planteamientos de expertos en calidad de la atención de servicios de salud y de elementos de teoría económica neoclásica. Utilizando este modelo se hizo un análisis crítico de los incentivos para el mejoramiento de la calidad operantes en Colombia, dada la situación actual de implementación del modelo de competencia regulada. El análisis se complementó con una revisión de experiencias nacionales e internacionales sobre incentivos y facilitadores para la calidad en salud, guiado por el marco conceptual descrito

Para validar los resultados de la fase anterior y para contar con criterios de aceptabilidad y viabilidad en la recomendación de incentivos para promover la calidad, se vio la clara necesidad de conocer el punto de vista de los actores institucionales del sistema de salud colombiano respecto a la operación del modelo de competencia regulada y los incentivos para la calidad contenidos en el mismo. Apoyados en un diseño metodológico de investigación cualitativa, se llevaron a cabo cinco reuniones de consenso con directivos de diversos tipos de Empresas Promotoras de Salud (EPS)², Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y asociaciones de profesionales, de cinco regiones del país, incluyendo nuevos departamentos. Las reuniones congregaron a 63 personas, representantes de 53 instituciones y 3 asociaciones de profesionales de salud del país. Se contó con la participación de EPSs y de IPSs públicas y privadas de diferentes niveles de complejidad.

² Para simplificar la exposición, de ahora en adelante utilizaremos EPS como un término que abarca las EPS y las que se les asimilen

En estas reuniones de consenso se exploró la percepción de las instituciones en cuanto a cuáles incentivos en el SGSSS actualmente las motivan a mejorar la calidad de sus servicios, y cuáles son los principales factores (facilitadores o barreras) que determinan que haya o no una respuesta a estos incentivos. Adicionalmente, se buscó identificar intereses y condiciones institucionales para fortalecer y/o mejorar su capacidad de responder con calidad.

Siendo éste un estudio exploratorio, no se buscó obtener una muestra representativa de EPS e IPS del país. Los participantes fueron escogidos por conveniencia, lo cual pudo haber sesgado la muestra al incluir instituciones más receptivas a estrategias de mejoramiento de la calidad. Sin embargo, se considera que este sesgo no afecta la utilidad de los resultados para explorar cómo están operando los incentivos para la calidad .

Finalmente, se llevaron a cabo 4 pruebas piloto sobre estrategias para fortalecer la capacidad de respuesta de los agentes frente a los incentivos de calidad. Las estrategias se seleccionaron de acuerdo con los resultados de la revisión de experiencias, como aquellas posibles de trabajar o promover posteriormente por el Ministerio de salud, porque han sido utilizadas en otros países y mostrado una capacidad de impacto, y, porque en las reuniones de consenso se hizo evidente que podían ser o bien un facilitador o la respuesta para eliminar una barrera para que los incentivos puedan operar. Las estrategias que se trabajaron en los pilotos fueron información- educación a los usuarios sobre el sistema de salud y sus derechos, manejo de quejas como una oportunidad de mejoramiento, premios de calidad y referenciación competitiva aplicada a procesos críticos.

Además del componente de incentivos el proyecto de Garantía de Calidad desarrolló instrumentos, cada uno de los cuales cumple un papel dentro del sistema de incentivos o facilitadores de calidad; Requisitos Esenciales, que son un instrumento para defensa del usuario, la Acreditación, tanto de EPS como

de IPS, que promueve el mejoramiento de instituciones, Auditoría, que apoya y facilita la labor de vigilancia y control que realiza el Estado, y el Sistema de Información a Usuarios, que es motor de la libre elección.

El presente documento retoma los resultados de las diferentes fases del trabajo del componente, así como los desarrollos de instrumentos en otros componentes del proyecto, para analizar el estado de los incentivos y facilitadores de calidad en el SGSSS y hacer unas recomendaciones al Ministerio sobre las acciones hacia el futuro. Inicia con el marco conceptual de incentivos para la calidad, continúa con un análisis de los incentivos para la calidad en el sistema de competencia regulada en el sector salud colombiano y de los indicios de como están operando estos incentivos, presenta las estrategias desarrolladas en el proyecto y su papel frente al mejoramiento de la calidad y termina con recomendaciones para que cada uno de los instrumentos diseñados cumpla su papel y con recomendaciones respecto a tareas pendientes en aspectos que trascienden el alcance del proyecto pero que se relacionan directamente con el funcionamiento de los incentivos para la calidad.

2. MARCO TEÓRICO

El marco conceptual del proyecto parte de los planteamientos de expertos en calidad de la atención de servicios de salud, y el enfoque para la descripción y análisis de los incentivos para la calidad en el SGSSS colombiano se basa en teoría económica.

2.1 LA GARANTÍA DE LA CALIDAD.

Se definió como *sistema de incentivos* para garantía de la calidad como “el sistema que permita, estimule y retribuya una buena atención a la salud y que desaliente al mismo tiempo comportamientos inadecuados de cualquier índole, ya sea por parte de los médicos, de los usuarios o de los administradores” (Donabedian, 1996). También se partió de la premisa de que un *Sistema de Garantía de Calidad*, independientemente del nivel de gestión en el cual opere, tiene como finalidad asegurar que las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención médica –estructura y proceso- sean las más propicias para lograr que el paciente reciba el mayor beneficio al menor riesgo y costo, es decir que reciba una atención de calidad (Ruelas, 1994). La garantía de la

calidad está dada en gran parte por la forma en que se diseña y opera el sistema de salud y por su permanente monitoreo y evaluación.

2.2 LOS INCENTIVOS.

El Proyecto define un *incentivo* como un estímulo que, al aplicarse a nivel de un individuo, organización o sector, mueve, incita o provoca una acción. Este estímulo puede ser de carácter material (dinero), simbólico (reconocimiento), social (aceptación por los demás), de poder o posición (prestigio), etc. y puede significar un beneficio o recompensa o un costo o castigo. Dado lo anterior, debe ser claro que los incentivos pueden tener un carácter positivo – cuando premian a quien muestra el comportamiento deseado – o negativo – cuando castigan a quien se desvía de dicho comportamiento.

Los incentivos para el mejoramiento de la calidad disponibles como instrumentos de política pública se clasificaron de la siguiente manera. Primero, existen incentivos económicos “puros”: el mejoramiento de la calidad es motivado por la posibilidad de obtener ganancias económicas, ya sea porque la calidad genera mayores ventas y/o aumenta los márgenes de rentabilidad. Segundo, existen incentivos de prestigio: la calidad se mantiene o se mejora con el fin de mantener o mejorar la imagen o reputación. Tercero, existen incentivos legales: se desmotiva el desmejoramiento de la calidad por medio de sanciones. Finalmente, se considera que en el caso particular de la prestación de servicios de salud, existen incentivos para el mejoramiento de la calidad propios del sector, de carácter ético y profesional: la calidad se

mantiene o se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente.

Donabedian propone como principios mínimos que deben tener los incentivos para la calidad en el sector salud, la *congruencia* con lo que concebimos como calidad, la *consistencia* con los valores y tradiciones profesionales profundamente arraigados, la *vinculación* entre las diferentes partes del sistema y la *persistencia* para obtener unos resultados sólidos y previsibles. Ruelas, por su parte, recomienda como principios orientadores de los incentivos que éstos generen una cultura de calidad, que hagan manifiesta la racionalidad económica de la calidad – calidad implica ahorro - y que otorguen visibilidad y reconocimiento al buen desempeño.

Lo anterior implica que, en un sector como el de salud, los incentivos económicos “puros”, deben ser complementados con incentivos de “prestigio” y profesionales, de reconocimiento social o cultural, e incentivos negativos, asociados con la posibilidad de sanciones legales. Aunque dentro de una economía de mercado los incentivos de prestigio o reconocimiento social conllevan un incentivo económico (permanecer en el mercado y mejorar sus posibilidades frente a la competencia) la aplicación de este tipo de incentivos puede considerarse en una categoría aparte, dado que la relación entre el prestigio y la retribución económica generalmente es mediata. Lo mismo ocurre, aunque en sentido inverso, con la aplicación de los incentivos negativos de carácter legal.

2.3 EL MARCO COMPETITIVO IDEAL.

Eliminado:

La competencia es el conjunto de acciones (estratégicas, tácticas y operativas) que toman los agentes³ en respuesta al comportamiento, ya sea real o presumido, de otros agentes en el mercado, y cuyo objetivo es la maximización de su utilidad. Por lo tanto, asumiendo un comportamiento racional, la posibilidad de maximizar las ganancias⁴, es decir, el incentivo económico, es lo que motiva a las empresas o vendedores a competir en un mercado.

Los agentes tienen a su disposición dos estrategias básicas para competir: el precio y la calidad. Dada una especificación de producto (calidad) el que tenga menor precio es el que atraerá un mayor número de consumidores. Alternativamente, dado un precio, aquel producto que presente las mejores especificaciones (mayor calidad) será el preferido.

³ Formalmente, el agente es quien es contratado por otro (denominado el principal) para ejecutar un proyecto. En un contexto de salud, en un contrato típico existe un principal (por ejemplo, el estado), quien es quien propone un proyecto (por ejemplo, prestar servicios de salud a la población), y un agente (por ejemplo, un hospital), quien es contratado para ejecutarlo.

⁴ Ministerio de Salud. Bases del concurso de méritos 06 - 99

⁴ Para simplificar la exposición, de ahora en adelante utilizaremos EPS como un término que abarca las EPS y las que se les asimilen

⁴ Formalmente, el agente es quien es contratado por otro (denominado el principal) para ejecutar un proyecto. En un contexto de salud, en un contrato típico existe un principal (por ejemplo, el estado), quien es quien propone un proyecto (por ejemplo, prestar servicios de salud a la población), y un agente (por ejemplo, un hospital), quien es contratado para ejecutarlo. ⁴ Es posible que los agentes de los mercados de salud tengan objetivos distintos, sin embargo, independientemente del fin que se persiga, hay un criterio claro que determina la sobrevivencia en el mercado: la utilidad no puede ser negativa (Scherer, 1988 citado en Tirole).

El marco competitivo induce (o incentiva) el mejoramiento del sistema, fundamentalmente en dos aspectos:

- Eficiencia (Costos)
- Calidad

Si el marco competitivo funciona adecuadamente, debe producir los efectos buscados tanto en términos de eficiencia como de calidad, ya que los agentes tomarán, cada uno dentro de su condición particular, las acciones que consideren necesarias para minimizar sus costos sin afectar los niveles mínimos de calidad establecidos como estándar, y viceversa. Esto es así porque, dentro de un marco competitivo que funcione adecuadamente, los agentes que no logren los dos objetivos anteriores estarán condenados a salir del mercado.

Si, por el contrario, el marco competitivo no funciona (por cualquier razón) los agentes tomarán las acciones que consideren necesarias para maximizar su utilidad, independientemente de si tales acciones tienen un efecto positivo sobre la calidad y la eficiencia. Su acción estará orientada al aprovechamiento de todas las ventajas disponibles que permitan maximizar la utilidad, aún si tal aprovechamiento carece de efectos positivos sobre la calidad y la eficiencia.

La teoría económica neoclásica postula que para que la competencia pueda generar los beneficios previstos en términos de satisfacción eficiente de las necesidades del consumidor, el mercado debe operar bajo ciertas condiciones básicas⁵, lo cual constituye el marco competitivo.

En primer lugar, se requiere que haya un gran número de agentes compitiendo entre sí, con libertad de entrada y salida, de manera que, por una parte, el

⁵ Para una discusión completa de los supuestos para el logro de un mercado competitivo, ver Rice, 1998.

consumidor tenga realmente opciones de escogencia y, por la otra, ningún agente tenga el poder suficiente para controlar los precios⁶.

En segundo lugar, el consumidor puede ejercer su soberanía (libertad de escogencia) en forma racional, de tal manera que su selección siempre sea hecha con el fin de maximizar su utilidad.

Finalmente el consumidor debe tener información adecuada acerca de las características y precios de los productos. Esta condición es más fácil de cumplir cuando el producto está bien definido o caracterizado (incluyendo sus atributos de calidad) y su precio puede ser conocido fácilmente.

En la medida en que se cumplan los tres requisitos anteriores, el mercado será competitivo y se podrán esperar beneficios para los consumidores en términos de calidad y precio. En caso contrario, el mercado no será competitivo y los beneficios para los consumidores serán reemplazados por beneficios para los productores, en términos de utilidades extraordinarias.

2.4 LA COMPETENCIA REGULADA.

Debido a que en la práctica no se dan las condiciones necesarias para que existan mercados perfectamente competitivos, se hace necesario crear las condiciones mínimas requeridas para que el sistema de mercado cumpla, en la

⁶ El número de concurrentes puede no ser tan importante. Se arguye que incluso con pocas firmas en un mercado se puede obtener los beneficios de la competencia si existe la amenaza de que entren nuevos agentes (Baker 2001 94).

práctica, con los preceptos de la teoría económica. Esto se logra estableciendo lo que se ha denominado un marco de competencia regulada, dentro del cual las imperfecciones del mercado son compensadas o contrarrestadas a través de normas o reglas de operación emitidas por una “autoridad reguladora” que actúa en nombre del interés general de la sociedad. La autoridad reguladora puede tener carácter gubernamental, o puede ser un ente independiente, con un mandato legal que no coincida con el período de gobierno. Por otra parte, la autoridad reguladora puede estar complementada con una autoridad de vigilancia, con cuyo concurso se ejerce el control de la actividad.

El diseño de las reglas de operación del sistema crea los incentivos para que las acciones de los agentes se dirijan hacia el logro de la eficiencia y el mejoramiento de la calidad. Todo sistema de incentivos contempla tres niveles:

- El nivel de macrogestión (Nivel macro): políticas, normatividad, esquema de financiamiento;
- El nivel de macrogestión (Nivel meso): ámbito sectorial, inter e intrarrelaciones de los agentes concurrentes en el sector; y
- El nivel de microgestión (Nivel micro): ámbito institucional

El Proyecto se centra en los incentivos dentro de un sistema de competencia regulada que promueven estrategias competitivas dirigidas a la calidad.

2.4.1 Incentivos en el nivel “Macro”: El marco competitivo. Los incentivos actuantes en el nivel macro son los más importantes, porque son los que determinan la racionalidad general del sistema. Si se toma como analogía un juego, el nivel macro es donde se definen los actores, el juego y sus

reglas. En un sistema de competencia regulada el juego es la competencia, los objetivos son la eficiencia y la calidad, y lo que motiva a los actores a competir, o el incentivo global, es de carácter económico. La normatividad, o la reglas del juego, está dirigida a alinear las estrategias del juego con los objetivos del mismo, evitando que se generen “señales equivocadas” o “incentivos perversos” que puedan inducir acciones que distorsionen la competencia.

Si el marco global establecido está incorrectamente conceptualizado, o sus señales son equivocadas, el sistema no funcionará bien, independientemente de los incentivos actuantes en los otros dos niveles. Las acciones adelantadas en los otros dos niveles tendrán un bajo nivel de efectividad, o se distorsionarán rápidamente para ajustarse a la racionalidad exigida por el nivel global.

2.4.2 Incentivos del Nivel Meso: Información y Vigilancia y Control.

Este nivel se refiere al ámbito sectorial, en el cual se producen las interrelaciones de los agentes concurrentes y los usuarios. Los incentivos actuantes en el nivel “meso” juegan un rol complementario frente a los incentivos del nivel superior. Aquí pueden considerarse dos grandes tipos de incentivos:

- Los incentivos positivos, es decir, establecidos para promover la competencia.
- Los incentivos negativos, es decir, establecidos para evitar acciones que puedan disminuir la competencia.

La operación de estos incentivos presupone el desarrollo de un sistema de información y de la capacidad de vigilancia de las autoridades de control del sistema.

2.4.2.1 **La información.** Para promover la competencia por calidad, se espera que la disponibilidad de información cumpla funciones múltiples en el nivel de mesogestión, entre las cuales se pueden destacar las siguientes:

- Direccionar hacia la competencia por calidad los incentivos económicos generados a nivel macro, al incidir en la toma de decisiones por parte de los usuarios o de sus agentes.
- Generar incentivos de prestigio, reforzando así la presión competitiva entre los agentes concurrentes, al dar a conocer la posición relativa de los agentes en el mercado.
- Generar incentivos legales y de prestigio al introducir riesgo de sanciones y preocupación por la imagen pública que lleve a los agentes a actuar sobre sus áreas críticas de desempeño, propiciando así comportamientos auto-reguladores que tiendan a mejorar el desempeño general del sistema.
- Generar incentivos legales al producir información pertinente para el trabajo de las autoridades regulatorias y de control, a partir de la cual puedan monitorear adecuadamente la operación y desarrollo del sistema y puedan, así mismo, generar información útil para los usuarios y los propios concurrentes.

2.4.2.2 **Vigilancia y control.** En un marco de competencia regulada la vigilancia a la cual están sometidos los agentes tiene dos finalidades básicas:

- Velar por el cumplimiento de los requisitos mínimos para la prestación de la atención y de la operación financiera.

Evitar acciones que puedan disminuir la competencia, generando condiciones que hagan imposible (o muy difícil) la colusión entre entidades, con sanciones muy fuertes para los infractores. Puesto que en la práctica el desarrollo de acciones gremiales es muy difícil de evitar, lo que se impone en la práctica es el desarrollo de sistemas de información y seguimiento financiero y de calidad lo suficientemente buenos como para que el estamento regulador incremente su capacidad de negociación frente a los agentes del sistema.

Por medio de las acciones de vigilancia y control se generan incentivos de carácter legal para evitar las sanciones ocasionadas por el no cumplimiento de las regulaciones establecidas para la calidad de los servicios de salud.

2.4.3 **Incentivos en el Nivel “Micro”.** En el ámbito institucional, o nivel micro, la orientación hacia la calidad en buena medida depende de que la racionalidad del sistema en los niveles macro y meso funcione efectivamente. El nivel micro debe ser visto como el dominio de los proveedores, y no como el ámbito de acción del estamento regulador. Puesto que los proveedores son privados (o siendo públicos gozan de autonomía) lo importante es asegurar que la racionalidad del sistema funcione efectivamente (niveles macro y meso), dejando que cada proveedor tome las acciones que considere

pertinentes para lograr sus objetivos, teniendo en consideración sus propias y específicas características.

Lo que se busca en el nivel micro es potenciar la capacidad de los agentes para responder a los incentivos. O sea, dar a los jugadores los elementos y estrategias para que compitan.

El potencial institucional para responder a los incentivos y competir por calidad depende de dos factores básicos: el grado de autonomía o capacidad de tomar decisiones y la capacidad de gestión. La capacidad de gestión está afectada a su vez por la estructura organizacional, la capacitación del recurso humano, y la existencia de y el acceso a modelos y asesoría para mejorar (Gutiérrez, 1994; Cicmil, 1997).

Adicionalmente, los incentivos éticos y profesionales juegan un papel clave en la garantía de la calidad. Los mercados de salud se caracterizan por la asimetría de información por ejemplo, un proveedor sabe más acerca de la calidad de los servicios que quien los compra. Todos los agentes que proveen servicios en un entorno donde la información es asimétrica tienen la posibilidad de aprovechar esta asimetría para su propio beneficio. La profesionalización, producto de la educación, de los procesos de socialización, de la regulación de la conducta por parte de asociaciones profesionales y de las expectativas de la sociedad, desmotiva comportamientos cuyo único fin es la ganancia económica y moldea los objetivos de los proveedores para dar prioridad a fines basados en la imagen profesional o en las percepciones de los intereses de los pacientes.

La relación de agencia profesional se distingue porque el profesional (el agente), incluye por lo menos una parte de los intereses del paciente (el principal) dentro de los propios. Por ejemplo, si existe un acto que el agente pudiera llevar a cabo que le beneficiaría a sí mismo a expensas del principal,

pero que no podría ser detectado por otros, el profesional, como agente perfecto, no lo haría.

3. MARCO CONCEPTUAL: LA COMPETENCIA REGULADA EN EL SECTOR SALUD COLOMBIANO

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano se sitúa conceptualmente como un sistema de competencia regulada. En el nivel macro se crean las condiciones para que la competencia sea el principal incentivo para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. La información y las actividades de vigilancia y control en el nivel meso, y las políticas dirigidas al fortalecimiento institucional y los incentivos profesionales en el nivel micro, generan incentivos adicionales para direccionar la competencia hacia el mejoramiento de la calidad.

En las siguientes secciones se describen los incentivos para la calidad presentes en el modelo de competencia regulada colombiano, y se busca establecer cómo están operando, por medio de un análisis del estado actual de implementación del modelo y de los resultados de investigaciones exploratorias llevadas a cabo por el Proyecto.

3.1 NIVEL MACRO.

3.1.1 Aproximación a las condiciones para la competencia.

Reconociendo que las condiciones para la competencia pura no son posibles en los mercados de salud, la regulación implícita en la Ley 100/93 está dirigida a minimizar los problemas que, en la práctica, puedan afectar la existencia o aplicación de las tres condiciones fundamentales para la competencia: libre concurrencia, ejercicio de la soberanía del consumidor y disponibilidad de información.

A continuación se resumen las estipulaciones principales de la Ley 100 en cada uno de los tres factores clave para el funcionamiento del mercado competitivo.

3.1.1.1 La Libre Concurrencia. La Ley 100 establece incentivos de diversa naturaleza para estimular la libre entrada y la permanencia de un número amplio de agentes concurrentes.

- a) En primer término, las condiciones establecidas para la creación y funcionamiento de los agentes del mercado (EPSs) no son excesivas, sino proporcionadas a criterios razonables de capital, tamaño y organización que suministren un mínimo de garantías tanto a los clientes potenciales como a los propios inversionistas.
- b) En segundo lugar, las condiciones establecidas para el manejo de los riesgos de selección, buscan proteger a los agentes de eventuales

fenómenos de divulgación de información no controlables, que lleven a generar carteras de usuarios insostenibles en el mediano o en el largo plazo.

- c) Tercero, los Requisitos Esenciales Permiten a los prestadores acceder al mercado, y por lo tanto garantizan que todos ellos inicien sus actividades relativas a la prestación del servicio de salud, al menos, en iguales condiciones de calidad.

3.1.1.2 La Libre Elección. La Ley 100 otorga a los usuarios la libertad de escoger la EPS cuyas características satisfagan de la mejor manera sus expectativas. De la misma forma les otorga el derecho a trasladarse libremente de una entidad a otra, dentro de las normas estipuladas para ello. Los usuarios afiliados a una EPS también tienen el derecho a escoger la IPS y los profesionales de su preferencia, entre las opciones ofrecidas por la EPS. Adicionalmente, la ley establece la prohibición para las EPS o IPS de obligar al usuario a escoger un determinado prestador.

Además de establecer la libre elección como principio, el SGSSS reglamenta los procedimientos para que se lleve a cabo el proceso de libre elección de EPS e IPS tanto a nivel de régimen contributivo como de régimen subsidiado y establece garantías para su cumplimiento, tales como prohibiciones y sanciones ante coacciones a la libre elección ⁷.

Adicionalmente el proceso de afiliación/desafiliación se regula en la Ley 100 de tal manera que se limite la capacidad de los agentes de seleccionar riesgos.

⁷ Ley 100 Arts. 159, 161, 179, 181, 183, 185, 188, 210, Decreto 882 de 1998, Decreto 806 de 1998
Decreto 2174 de 1996, Circular 012 de 1995

Esto incluye la abolición de preexistencias y exclusiones, la regulación de tácticas de mercadeo, normas sobre períodos de afiliación y semanas mínimas de cotización, garantías de renovación de la afiliación, ajuste de riesgos incluido en el pago por capitación y el reaseguramiento. Adicionalmente se prohíben comportamientos que discriminen a cualquier persona por causa de su estado previo, actual o potencial de salud y utilización de servicios, que impongan barreras a la afiliación, o que promuevan la desafiliación. También se establecen controles globales para vigilar posibles comportamientos adversos de selección, como que la composición promedio ponderada no sea menor del 5% para personas mayores de 60 años ni menor del 20% para mujeres entre los 15 y los 44 años⁸.

3.1.1.3 La Disponibilidad de Información. Las estrategias fundamentales implícitas en la Ley 100 para minimizar el problema de la información, son:

- Se estandariza el producto, de tal manera que los proveedores no puedan diferenciarlo, creando, real o artificialmente, opciones de difícil manejo para los usuarios. Se definen “paquetes” de beneficios, el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado (POS o POSS) que todos los concurrentes deberán ofrecer;
- Se establece un precio único, buscando así que tampoco sea fácil manipular a los usuarios a través del precio del producto.

Se estandarizan las condiciones mínimas para la provisión de servicios por medio de la Declaración de Requisitos Esenciales, lo cual le brinda al usuario la seguridad de que todas las opciones que se le presentan cuentan con un

⁸ Acuerdo 1094 Art. 9.

mínimo común de calidad, que constituyen una garantía para su vida y su salud, y lo cual simplifica y facilita las actividades de vigilancia y control.

De tal manera que al fijar el precio y establecer un paquete de beneficios estandarizado para la prestación de los servicios, y al estipular unos requisitos esenciales que establecen un piso de calidad, el SGSSS crea las condiciones para que la elección del usuario y la competencia entre los proveedores se centren en la calidad de los servicios.

Como complemento, la legislación plantea la obligación de entregar información a los usuarios sobre la calidad de los servicios que prestan, y define la conformación de instrumentos que contribuyen a la generación de información sobre la calidad de los servicios como la el Sistema de Información a los Usuarios, la Acreditación y la Auditoría⁹.

3.1.2 La operación del marco competitivo hoy. Se espera que la dinámica establecida en el SGSSS sea la de competencia en dos niveles. En el primer nivel se da competencia entre EPS para captar afiliados y por lo tanto los fondos del sistema. Se espera que la competencia por calidad domine, pues se establece un nivel mínimo de calidad a partir de requisitos esenciales, se induce a los usuarios a elegir su EPS con criterios de calidad, y la competencia en base al precio está mitigada a este nivel porque los planes de salud no pueden variar el nivel de la Unidad de Pago por Capitación (UPC o UPC-S en el caso del Régimen Subsidiado). Adicionalmente, se generan incentivos para obtener utilidades por medio de la contención de costos y la eficiencia, ya que

⁹ Ley 100, 1993: Arts. 178, 180, 185, 186, 198, 199, 227.. Decreto 2174: Parágrafo 1, Num. 4; Art. 9, Num.3; Art. 13.

no se pueden manipular los márgenes de utilidad a partir del precio y se hace difícil seleccionar riesgos.

En un segundo nivel, se da competencia entre los proveedores de servicios para obtener contratos con las EPS y para ser elegidos por los consumidores. Las EPS deben incorporar criterios de calidad en la selección de sus IPS, pues esto determina su competitividad, y a la vez deben minimizar sus costos para mantener sus utilidades. De esta manera las EPS generan una demanda de servicios con criterios de costo y calidad a la cual deben responder las IPS.

Por lo tanto, el marco establecido por la Ley 100 prevé adecuadamente los problemas de la competencia regulada en el sector salud, y debe generar incentivos apropiados para que se de competencia por calidad. Sin embargo, se han identificado deficiencias en la legislación y su implementación que pueden llevar a que la dinámica de la competencia no se cumpla de la forma esperada. A continuación se presentan las percepciones de los participantes en las reuniones de consenso en cuanto a cómo está operando el marco competitivo y se exponen algunas fallas mayores en la normatividad que representan barreras para las condiciones fundamentales para la competencia.

3.1.2.1 La competencia en el SGSSS de hoy.

3.1.2.1.1 **Percepción de los incentivos económicos.** De acuerdo con las opiniones y percepciones manifestadas por los participantes en las reuniones regionales de consenso, surgen los siguientes indicios sobre la forma como están operando los incentivos económicos:

- El incentivo económico sí está operando. En general, todas las instituciones participantes han visto amenazada su supervivencia económica, lo cual las ha llevado a considerar que para permanecer en el mercado es necesario mantener o mejorar la calidad de sus servicios. Consideran que el beneficio económico de ofrecer calidad se deriva de poder competir con otras instituciones para atraer usuarios, de poder retener a los afiliados, y de aumentar la productividad al reducir los costos resultantes de la no calidad (ineficiencia, reprocesos y desperdicios).
- Las IPS refieren que la presión por parte de las EPS, está primordialmente dirigida a bajar el precio de los servicios. En general se percibe que esta presión genera confrontación entre EPS e IPS ya que estas últimas consideran que el predominio del interés por la contención de costos induce el desmejoramiento de la calidad.
- Algunas instituciones mencionaron que la competencia de precios les ha llevado al desarrollo de sistemas de información y a la adopción de estrategias de gestión con el fin de contener sus costos y poder competir con base en precio. Refieren que esto ha incidido positivamente en la calidad de la atención pues ha permitido que las instituciones identifiquen puntos críticos de mejoramiento y las ha motivado a innovar.

Adicionalmente, han encontrado que el conocimiento de sus costos mejora su capacidad de negociación y les da una ventaja competitiva.

- Las IPS enfrentan también presión por parte de los usuarios para satisfacer sus preferencias. Las IPS parecen percibir como una amenaza más real la posibilidad de que los usuarios insatisfechos busquen otras opciones. Las estrategias para atraer y retener usuarios referidas con mayor frecuencia, se centran en el mejoramiento de procesos de atención al cliente, tales como tiempos de espera, o en la ampliación de la oferta de servicios.
- Desde la perspectiva de las EPS, los usuarios las presionan a incluir IPS prestigiosas en la red de prestadores, lo cual las ha llevado a utilizar la conformación de la red como su principal estrategia competitiva. No se mencionaron otras acciones concretas de competencia en torno a la calidad y con el fin de atraer o retener usuarios.
- Para las EPS la calidad de los servicios se convierte en criterio de contratación en la medida en que se asocia a la posibilidad de contener costos. Por ejemplo, al contratar con instituciones conocidas por su alta efectividad en el tratamiento de una patología concreta, le puede significar a una EPS ahorro de días de hospitalización. El prestigio institucional se utiliza como señal de calidad en este caso.
- Las ESS, sienten una clara exigencia de calidad por parte de sus usuarios dada la participación de la comunidad en el direccionamiento de estas organizaciones. No dieron a conocer ejemplos de acciones dirigidas al mejoramiento de la calidad, generadas por la demanda de la comunidad.
- La percepción general es que la presión por competir con base en el precio, predomina actualmente.

3.1.2.2 Limitantes a las condiciones para la competencia.

3.1.2.2.1 Barreras para la libre concurrencia.

- Existen restricciones tarifarias para las IPS públicas que impiden la competencia por precios al obligarlas a contratar a tarifas SOAT, que se encuentran por encima de aquellas a las cuales frecuentemente contrata el sector privado: **Decreto 2423 de 1996, Art. 1**
- Existen normas que favorecen la creación o persistencia de monopolios tales como:
 - Contratación preferencial de las instituciones públicas por parte de ARS: **CNSS Ac. 77 de 1997, Art. 39** y de ESS por parte de entes territoriales que impone la contratación de estas entidades aún en condiciones de menor calidad y eficiencia.
 - Persistencia de regímenes especiales por medio de los cuales se protege a ciertas instituciones de la competencia, lo cual no promueve que estas entidades sean eficientes y desfavorece a los demás agentes del mercado **Art. 275 de la Ley 100 (ISS)**.
 - Se exigen requisitos inferiores para la autorización de funcionamiento para las ESS, lo cual crea condiciones desiguales de entrada al mercado para los demás agentes. Estos requisitos están actualmente en proceso de revisión.
 - Se han mantenido los subsidios a la oferta (Ley 344), lo cual mitiga la presión competitiva experimentada por las ESE públicas y no

promueve la eficiencia. Por otro lado, la existencia de subsidios a la oferta y a la demanda simultáneamente, somete a las IPS públicas a dos presiones totalmente opuestas; por un lado deben responder a necesidades de los usuarios para conseguir su preferencia, mejorar sus esquemas de gestión adecuar su estructura y competir por calidad, y por el otro, deben buscar el favor de los entes territoriales para contratar la atención de pacientes vinculados, respondiendo a los intereses de aquellos y por lo general sin tener en cuenta la calidad.

- Se crean condiciones que favorecen posiciones dominantes. Por ejemplo, las normas permiten la participación de los entes territoriales en las juntas directivas de las EPS públicas, a pesar de que los entes territoriales tienen funciones en la asignación de recursos, en la asignación de afiliados a las ARS y en la vigilancia y control. Esto claramente crea desigualdades de poder de negociación.
- Se crean condiciones que amenazan la estabilidad del mercado al favorecer la selección adversa, tales como la aplicación de acciones de tutela que obligan a las EPS a prestar servicios no contenidos en el POS o a no aplicar los períodos mínimos de cotización.
- Hay inflexibilidad en los planes de cargos y metodologías de presupuestación para las IPS públicas, que crea condiciones desiguales para que estas compitan con las IPS privadas

3.1.2.2 Barreras para la libre elección.

- Se encontró que existen normas que restringen la libre elección de prestadores por parte de los usuarios al requerir contratación preferencial cuando se exige a las ARS contratar el 40% de los servicios con entidades de la red pública: **CNSS Ac. 77 de 1997, Art. 39**
- La prolongación del período de transición, sumado a la reducción de los recursos del régimen subsidiado que ha hecho más lenta la transformación de los subsidios de la oferta a subsidios a la demanda, obstaculiza la libre elección en el sistema, ya que los vinculados – o personas no afiliadas y sin recursos- no tienen posibilidad de elección diferente al uso de servicios ofrecidos por las instituciones de la red pública en obligación de atenderlos.

3.1.2.2.3 Barreras para la disponibilidad de información. Una de las barreras normativas que restringe la disponibilidad de información sobre la calidad de los servicios de salud se encuentra en diseño de los actuales Requisitos Esenciales. Esto ha llevado a la incapacidad de su cumplimiento por parte de las IPS y por ende de hacerlos obligatorios, de manera que no se cuenta con este instrumento para establecer unas condiciones mínimas de calidad para la prestación de servicios.

Con el diagnóstico realizado sobre el componente de Requisitos Esenciales en su conjunto (evaluación mediante pilotos en 30 Hospitales públicos del país, encuestas al universo de secretarías de salud con la función de vigilancia y control de requisitos esenciales y entrevistas a 16 de ellas, talleres con 150 representantes de hospitales públicos de todo el país), se comprobaron las dificultades que enfrenta el componente en su diseño e implementación. Se encontró que con la aplicación de los más de 16000 estándares hoy vigentes, quedarían abiertos el 3% de los servicios evaluados si su obligatoriedad fuera

absoluta. Se cumple en promedio un 41% de los requisitos aplicables a cada institución, de los requisitos incumplidos solo el 24% se ha incluido en un plan de cumplimiento y de éstos solo 4 estándares se incluyeron en el presupuesto para el año 2000, lo que indica una muy pobre perspectiva de cumplimiento en el mediano plazo.

Estos problemas en la implementación de los requisitos esenciales, tienen su origen en el mismo proceso de diseño y estructura de los estándares vigentes, que son excesivamente complejos y carecen de homogeneidad en su interpretación y aplicación. No existe una disponibilidad suficiente de recursos financieros, humanos y técnicos dada la situación económica actual del sector, lo que contrasta con unos estándares excesivos en número, en exigencia y no realmente esenciales.

Otra limitación para que se genere información sobre la calidad de los servicios de salud está dada por la falta de desarrollo de los demás instrumentos previstos para este fin. Sin embargo el Proyecto de Garantía de Calidad contribuye a cerrar estas brechas de información por medio del diseño de nuevos Requisitos Esenciales y de instrumentos como el Sistema de Información a los Usuarios, la Acreditación y la Auditoría, como se explicará más adelante.

3.2 NIVEL DE MESOGESTIÓN.

En el nivel de mesogestión, como complemento a los incentivos económicos para mejorar la calidad generados por el marco competitivo, el diseño del SGSSS incluye dos instrumentos para promover la competencia: la información y las actividades de vigilancia y control.

3.2.1 La información en el SGSSS. Los instrumentos previstos por la Ley 100 para generar información acerca de la calidad de los servicios, son el Sistema de Información a Usuarios, la Acreditación y la Auditoría. El desarrollo de estos instrumentos estuvo a cargo del Proyecto de Garantía de la Calidad; sus lineamientos y las generalidades del diseño se presentarán más adelante.

La ausencia de estos instrumentos implica deficiencias en la disponibilidad de información que promueva la competencia por calidad al mejorar los elementos de juicio en posesión de los usuarios y al inducir, por medio de incentivos de prestigio, comportamientos orientados hacia el mejoramiento de la calidad entre los agentes concurrentes.

A continuación se presentan hallazgos de la Encuesta Nacional de Percepción de Calidad por los Usuarios (Centro de Gestión Hospitalaria-Qualimed & Ministerio de Salud, 2000) que exponen la problemática generada por la falta de información a nivel de los usuarios y se presentan las percepciones de los participantes de las reuniones de consenso, respecto a la operación de los incentivos de prestigio, que dependen en buena medida de la disponibilidad de información.

3.2.1.1 La información y la libre elección según la Encuesta Nacional de Percepción de Calidad por los Usuarios. A partir de la Encuesta Nacional de Percepción de Calidad por los Usuarios se encuentran indicios de que no son muchos los usuarios que están ejerciendo la libre elección. Los hallazgos de la encuesta de información a usuarios indican que 39% de los usuarios refieren haber elegido su EPS. Similarmente, en la Encuesta Nacional de Calidad en Salud Percibida por los Usuarios llevada a cabo en Marzo del 2000 por la Defensoría del Pueblo (Giraldo, 2000) se encontró que el 25% de la población manifestó haber elegido libremente su EPS. En cuanto a elección de IPS en la encuesta de información se encontró que 46% de los usuarios manifestó haber elegido su IPS, hallazgos que concuerdan con resultados de la encuesta de la Defensoría del Pueblo en los que 44% de la población manifestó haber podido escoger a su médico general.

Es posible que uno de los principales motivos para encontrar estas cifras de libre elección por parte del usuario sea la falta de información, que conlleva al desconocimiento del sistema en general, desde los beneficios a los que se tiene derecho hasta los procesos para acceder al sistema. Esto fue hallado no sólo por la Encuesta que llevó a cabo el Centro de Gestión Hospitalaria sino por otros estudios realizados en el país (Baquero, H.; Carrasquilla, G.; Guerrero, A. et. al., 1999; Jaramillo, I. 1997).

Esto es más evidente en el proceso de elección de EPS, posiblemente dado lo novedoso del sistema. Por ejemplo, se sabe que es frecuente que los usuarios desconozcan la posibilidad que tienen de cambiar de asegurador y existe el temor de que trasladarse de EPS genera nuevos períodos de carencia, exclusiones o costos adicionales. Igualmente se ignora la posibilidad que tiene el usuario de exigir a su asegurador opciones de prestadores de servicios cuando el mercado lo permita. Los usuarios son manipulados para elegir un prestador, hay anécdotas de prácticas tales como ofrecer opciones en el papel, sin contratos verdaderos o efectivos, o señalar las ventajas de acudir a la red propia sobre la contratada (de Brigard, 1999).

El mismo desconocimiento del sistema facilita la afiliación a EPS o la selección de prestadores impuesta por terceros, ya que un usuario desinformado no puede darse cuenta de las violaciones a sus derechos, ni tomar acciones al respecto. Hay estudios que han encontrado que los usuarios se afilian a una EPS por voluntad de un tercero, ya sea por el Alcalde o el Secretario de Salud en el caso del régimen subsidiado (Contraloría General de la República, 1999), y el empleador o la familia en el caso del régimen contributivo (Giraldo, op. cit.).

Entonces, la dinámica de elección de EPS e IPS se está llevando a cabo de dos formas diferentes:

2. Por usuarios informados y apoderados, que toman la decisión por su propia cuenta.
3. Por terceros (funcionarios locales, empleadores, EPS, al asignar a sus usuarios a un proveedor).

Esta dinámica tiene implicaciones importantes para el funcionamiento de los incentivos económicos para la calidad. En el primer caso, se genera un incentivo económico para responder a las preferencias de los usuarios. En el segundo caso, la respuesta de los agentes será a lo que demande el tercero.

Independientemente de que sea el usuario o un tercero quien elige la EPS, si la calidad de los servicios no es un criterio predominante en la elección, no se genera el incentivo económico para que éstas mejoren la calidad de sus servicios y a su vez generen una demanda de calidad hacia las IPS.

3.2.1.2 **La percepción de los Incentivos de prestigio.** Las percepciones de los participantes de las reuniones de consenso sugieren que los incentivos de prestigio operan de la siguiente forma:

- Mantener o adquirir prestigio institucional juega un papel importante como presión para la calidad de los servicios de salud. Las instituciones valoran altamente el prestigio ya que es la señal de calidad más disponible y utilizada para la toma de decisiones en el sistema.
- Las EPSs perciben que el prestigio de las instituciones incluidas en su red es un factor importante para atraer o retener usuarios. También ligan el prestigio institucional a posible ahorro de costos de no calidad (reintervenciones, complicaciones, etc.) . Esto las ha llevado a considerar el prestigio institucional como un criterio para selección de sus prestadores.
- Para los representantes de las IPSs en particular, el prestigio es un incentivo importante para mantener y mejorar la calidad de la atención. Manifiestan que contar con una reputación de buena calidad da ventajas competitivas y poder de negociación ya que son preferidas por las EPS para inclusión en la red de prestadores; el prestigio se asocia con los resultados económicos positivos de una institución.
- En municipios pequeños, e incluso donde las instituciones de salud son monopolistas, el temor al desprestigio, de rápida difusión en la comunidad, actúa como un incentivo fuerte para hacer las cosas bien.
- El interés de los profesionales de la salud por conservar el prestigio personal también genera una presión hacia la institución para mantener y mejorar las condiciones bajo las cuales los profesionales prestan sus servicios.

- Las IPS prestigiosas son utilizadas como referentes competitivos. El reconocimiento público a instituciones que se destacan por su esfuerzo por mejorar la calidad, crea en otras un deseo positivo de imitación; la preferencia de las EPSs y ARSs por las instituciones privadas, mueve a las públicas a mejorar para competir con éstas.

3.2.2 Las actividades de vigilancia y control. Dado que la racionalidad para el mejoramiento de la calidad está dada por el marco competitivo establecido por la ley, las actividades de los entes de vigilancia y control están primordialmente dirigidas a que se cumplan las condiciones de libre concurrencia, libre elección y disponibilidad de información¹⁰.

Es también facultad de estos entes la inspección, vigilancia y control de las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las organizaciones dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

Los agentes del sistema también son responsables de la vigilancia y control de la calidad de los servicios de salud. El Decreto 2174 de 1996 del Ministerio de Salud, en su artículo 14- DE LA AUDITORÍA MÉDICA señala:

“Las Entidades Promotoras de Salud y entidades que se asimilen y los Prestadores de Servicios de Salud, deberán establecer procesos de Auditoría Médica de conformidad con las pautas indicativas que al respecto elabore el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud...”

¹⁰ Ley 100, Título IV.

En razón de la responsabilidad que les compete a las Entidades Promotoras de Salud y entidades que se asimilen, corresponde a éstas aplicar procedimientos y técnicas de Auditoría para la evaluación y el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, sin perjuicio de las actividades de auditoría desarrolladas de manera autónoma por los prestadores de servicios de salud y de las acciones ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades de inspección, vigilancia y control del sistema.

Por su parte, los prestadores de servicios de salud realizarán procedimientos de auditoría médica, destinados a la autoevaluación permanente de los servicios que prestan ”.

La ley también asigna a los usuarios el derecho y obligación de participar en actividades de vigilancia y control, por medio de veedurías comunitarias y asociaciones de usuarios ¹¹.

3.2.2.1 Percepción de los Incentivos legales. Nuevamente, con base en las opiniones de los participantes en los consensos regionales, se tienen los siguientes indicios de cómo operan los incentivos legales actualmente:

- La expedición de normas legales para calidad ha sido un incentivo para las instituciones de salud, que se han sentido en obligación de cumplirlas, independientemente del control que se les haga sobre su observancia. La entrada en vigencia del decreto de Garantía de Calidad y de la reglamentación de Requisitos Esenciales, se identifican como un paso definitivo para institucionalizar el tema de calidad en el sector.

¹¹ Ley 100, Arts. 156, 159, 200 y 231.

- Los mecanismos de control ciudadano establecidos por la ley, se han convertido en un claro incentivo de calidad, por el temor que sienten las instituciones a las tutelas y demandas de los usuarios, cuando las características o los resultados de los servicios no son los debidos.
- Por otra parte, el control que ejercen los organismos estatales (Superintendencia de Salud, Secretarías de Salud, Contraloría, Fiscalía, Procuraduría etc.), es percibido como débil y sólo reactivo a quejas recibidas y en ocasiones a rivalidades entre grupos políticos.
- Se refiere que el control actual se caracteriza por ser predominantemente de carácter financiero, policivo y no de apoyo técnico, en ocasiones llegando a ser lesivo de la calidad. También es un control que no está unificado y las demandas de información a las instituciones para cumplir con el control, son innumerables y desgastantes y no revierten en información útil para las organizaciones. Esta apreciación aplica tanto para el control de las entidades del Estado con funciones de vigilancia y control, como para el que ejercen las EPSs y similares sobre las IPSs a través de la auditoría.
- La información de las quejas recogidas en buzones y oficinas del usuario, no está siendo aprovechada por las instituciones para su mejoramiento y además está propiciando que los medios de comunicación y las tutelas sean la única alternativa de los usuarios para el manejo de sus inconformidades.

3.2.2.2 Limitaciones en Vigilancia y Control. La efectividad de las actividades de vigilancia y control depende de que haya información sobre la calidad del servicio, en forma de estándares o indicadores de calidad establecidos, que permitan evaluar el desempeño de los agentes. La escasa información sobre la calidad de los servicios disponible actualmente en el sistema, representa un obstáculo para el funcionamiento efectivo de las actividades de vigilancia y control.

Por otro lado, la efectividad de las actividades de vigilancia y control también depende de la capacidad operativa para verificar que el comportamiento de los agentes sea adecuado y para sancionarlos si es necesario. Hay indicios de problemas en la capacidad operativa del estamento de vigilancia y control del SGSSS. Comenzando por el punto de partida para la calidad de los servicios de salud, dado por los Requisitos Esenciales, y que por lo tanto es un aspecto clave de vigilancia y control, se encontró que los procesos de registro y verificación por parte de las secretarías de salud tienen muy bajas coberturas y bajo impacto, en la exigencia de los estándares obligatorios. La declaración varía de acuerdo con los tipos de secretarías, encontrando la mayor cobertura, 80%, en las entidades de carácter departamental, un 72% en las entidades municipales no capitales de departamento y 69%, en las entidades de capitales de departamento. Los porcentajes de verificación del número de entidades con declaración se encuentran alrededor del 50% de entidades municipales, siendo más bajo (26%) en las entidades capitales de departamento. Cuando existen planes de cumplimiento (menos del 60% de las entidades visitadas) la verificación de éstos se encuentra en alrededor del 64% y en las entidades capitales de departamento éste porcentaje es de 35%.

Adicionalmente, como otros indicadores de baja capacidad, se han mencionado dificultades para hacer valer el derecho a la libre elección y son múltiples los ejemplos de conductas por parte de los actores del SGSSS contrarias a la reglamentación. Actualmente se está estudiando este problema en el Proyecto de Vigilancia y Control del Programa de Apoyo a la Reforma.

Respecto a la Auditoría, el retraso en la elaboración de los lineamientos y las pautas para su implementación como herramienta para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social, ha facilitado que se utilice como un instrumento de control financiero y del gasto médico, que en ocasiones adquiere carácter punitivo.

En cuanto al rol de los usuarios en la veeduría de la calidad, es claro que el desconocimiento del sistema, evidenciado en la Encuesta Nacional de Información a Usuarios, es un obstáculo mayor para el ejercicio del control ciudadano. El pobre desarrollo de las Asociaciones de Usuarios y las Veedurías Comunitarias se documentó en un estudio sobre el conocimiento de seguridad social en salud llevado a cabo en Bogotá (Baquero, et. Al, 1999).

3.3 NIVEL DE MICROGESTIÓN

3.3.1 Condiciones organizacionales para responder a los incentivos.

Una vez operen correctamente los dos niveles superiores, donde se define el marco y se establecen condiciones necesarias para que se dé la competencia por calidad, en el nivel micro, se llevan a cabo las acciones y decisiones de los agentes. El resultado de estas dependerá de las condiciones de las organizaciones colombianas que afecten su capacidad de respuesta frente a este ambiente de competencia, entre ellas su autonomía o capacidad de tomar decisiones y su capacidad de gestión, y las oportunidades que ofrezca el país para enfrentar estas condiciones.

3.3.1.1 **Autonomía Hospitalaria.** La ley 100 de 1993 introduce la figura jurídica de Empresa Social del Estado (ESE), para otorgar a los hospitales públicos mayor independencia y flexibilidad para su gestión, como medio para hacerlos responsables ante la sociedad por su desempeño. Esta autonomía debe facilitar su capacidad de respuesta frente a los incentivos contemplados en la ley, para convertirse en instituciones eficientes que prestan servicios de calidad a sus usuarios.

Se han convertido en ESE la totalidad de hospitales públicos de segundo y tercer nivel y está en proceso de conversión un porcentaje alto de hospitales de primer nivel. Sin embargo, también existe un buen número de hospitales que no tiene todavía la autonomía y algunos más que, a pesar de haber hecho la conversión jurídica, no han avanzado en su funcionamiento autónomo y continúan dependiendo de presupuestos y nombramientos de personal por su ente territorial. Todo esto se constituye en un cuello de botella para funcionar dentro del modelo de competencia regulada y se relaciona con la voluntad del hospital o de su ente territorial para trabajar de manera autónoma.

También han faltado reglas de juego transparentes, mecanismos de rendición de cuentas a todo nivel y decisión para con las instituciones públicas. No ha habido claridad frente la implementación de la ley 100 y por el contrario se le han aplicado políticas muchas veces contradictorias, como ya se mencionó. Se requieren mecanismos para hacer transparente su gestión de cara a la comunidad en la cual operan: se necesitan objetivos, metas claras y precisas y plazos que deben ser cumplidos, indicadores cuantificables de seguimiento, mecanismos claros y efectivos para que las directivas respondan efectivamente por los resultados obtenidos. Se necesita definir las condiciones que ameritan que una institución en particular sea reducida, cerrada o cedida en administración, y fortalecer los mecanismos de información hacia la

comunidad y los usuarios en general, en aspectos como tipo, cantidad y calidad de servicios ofrecidos.

Algunos hospitales que presentan dificultades en su gestión han firmado convenios de desempeño, pero lo importante de estos convenios es si existe una base real de compromisos, plazos y responsabilidades indicadores de seguimiento y una consecuencia real en el caso de no cumplirlos, para que no ocurra, que en unos años y después de una gran inversión de recursos, la situación se devuelva al estado actual.

También se debe mencionar con respecto a la autonomía, que alguna reglamentación colombiana dificulta la competencia de los hospitales públicos con los privados en términos igualitarios:

- En lo laboral, la carrera administrativa limita la autonomía para seleccionar un equipo de trabajo que responda con calidad y eficiencia.
- Las leyes laborales hacen que el costo de un empleado para un hospital público sea mayor que el de un empleado con el mismo sueldo en un hospital privado, lo que dificulta su eficiencia.
- Fijar tarifas para los hospitales públicos los obliga a vender servicios en términos menos favorables que los privados.

Es necesario hacer realidad la conversión de los hospitales a ESE y revisar la reglamentación que está poniendo barreras a la respuesta de las instituciones de salud, para competir con eficiencia y calidad.

3.3.1.2 Capacidad de Gestión. La capacidad de gestión está limitada por problemas estructurales, y apoyada por la difusión amplia de modelos de referencia, metodologías para mejoramiento e intercambio de experiencias, que se revisan a continuación.

3.3.1.2.1 Estructura Organizacional y Recurso Humano. La disponibilidad de recurso humano con las características requeridas y en número suficiente, contribuye grandemente a la capacidad que tengan las instituciones de responder a las exigencias de calidad.

El grado de conocimiento que tengan los directivos y empleados para desarrollar su labor y para innovar, determina de manera importante la capacidad de las instituciones de responder a los incentivos de calidad.

Frente a este interrogante el Ministerio de Salud, en su programa de Apoyo a la Reforma, está trabajando cuatro aspectos de recursos humanos mediante los siguientes proyectos

- Plan de largo Plazo para el Desarrollo y Fortalecimiento de Recursos Humanos en Salud.
- Acreditación de Instituciones de Educación y Entrenamiento en Salud.
- Plan Multidisciplinario para la Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud.
- Modelo de Oferta y Demanda de Recursos Humanos en Colombia.

Igualmente, los avances del conocimiento en salud, que permiten disminuir la estancia hospitalaria y posibilitan la atención domiciliaria, y los cambios en

perfiles de la población a atender, alteran la demanda de servicios en los hospitales. Muchos hospitales no han acomodado su oferta a estos cambios en la demanda y por el contrario mantienen una planta de personal muy fija y realizan inversiones en infraestructura sin análisis serios de la población a atender, sus costos fijos son altos para el volumen de servicios que prestan y su capacidad de competir es limitada.

En el caso de los hospitales públicos, existe una solución a este cuello de botella en el esfuerzo que están realizando el Ministerio de Salud y su Programa de Mejoramiento de la Gestión con las Secretarías de Salud, para la reestructuración de los hospitales mediante convenios de desempeño.

En el caso de los privados, el país ha sido testigo de las dificultades de hospitales cuyas plantas de personal estaban totalmente sobredimensionadas y cuyos costos laborales estaban incrementados por acuerdos y pactos con los empleados en períodos anteriores, y cuyas rigideces los han llevado al cierre.

Acomodar la estructura organizacional es una condición indispensable para hospitales públicos y privados.

3.3.1.2.2 Modelos de Referencia para Instituciones de Salud. Dentro del proyecto de Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Garantía de Calidad se están revisando los Requisitos Esenciales para la Prestación de Servicios de Salud, de acuerdo con el diagnóstico de la realidad nacional; se están diseñando los sistemas de acreditación para IPS y EPS, de acuerdo con la experiencia internacional y se están definiendo los lineamientos para una Auditoría orientada al Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. El diseño de estos modelos responde al conocimiento y experiencias internacionales y a la realidad nacional, y sus lineamientos y aporte al sistema de incentivos se explican en detalle en el capítulo siguiente. Se analizan también el Premio Calidad en Salud Colombia y el sistemas de

Benchmarking o Referenciación Competitiva, como modelos y metodologías para identificar, difundir y aprender de las mejores prácticas.

3.3.1.2.3 Estrategia que ha usado Colombia para capacitación y/o asesoría en Gestión, Productividad y Calidad. La experiencia internacional documentada para el componente de incentivos muestra que la capacidad de Gestión por Calidad en las organizaciones es indispensable para que estas puedan aprovechar los modelos de referencia que se acaban de explicar. Los grandes movimientos para trabajar por calidad en el mundo han respondido por lo general a una iniciativa de organizaciones muy representativas del sector privado, apoyadas por el Gobierno, o a programas gubernamentales.

En Colombia las iniciativas han sido de ambos tipos. Se creó el Centro de Gestión Hospitalaria como un proyecto conjunto del sector Privado y el Departamento Nacional de Planeación, para ofrecer a las instituciones de salud metodologías y programas para trabajar por calidad, y, se montaron dentro del Ministerio de Salud, dos programas para apoyo específico a la transformación de hospitales públicos: el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud, para hospitales de segundo y tercer nivel, y el Programa de Sistema Municipales, para el nivel municipal.

Sin embargo, aunque fueron definidos normas y lineamientos para adelantar el proceso de transición de las instituciones públicas, en la práctica no fue diseñado un programa integral que abordara todos los aspectos que se requerían, y se ha concentrado la acción en algunos temas indispensables, pero no suficientes, como son el desarrollo de los mecanismos de facturación de servicios, o la reestructuración de hospitales que ya se mencionó. Es necesario fortalecer la capacidad de direccionamiento y el liderazgo, trabajar en procesos asistenciales y trato al usuario, fortalecer la capacidad de

contratación, desarrollar cultura de información para toma de decisiones, trabajar en gestión humana, entre otros.

3.3.2 Percepciones de aspectos críticos para Responder a los Incentivos de Calidad. A continuación se exponen los resultados de las sesiones de consenso en cuanto a los aspectos críticos de la capacidad de respuesta institucional a los incentivos. Los participantes identificaron obstáculos y/o factores facilitadores para logros institucionales en calidad. Hicieron énfasis en cuatro factores que facilitan/ obstaculizan su capacidad de respuesta institucional a los incentivos para el mejoramiento de la calidad generados en el SGSSS, en la medida que estén presentes o ausentes.

3.3.2.1 La Estructura Organizacional y el Conocimiento Disponible. En este sentido, los asistentes identificaron como factores importantes para acceder al conocimiento necesario para los logros en calidad el deseo constante de aprender y enseñar, el buscar buenos modelos para imitar, la cooperación y la docencia. Como obstáculo identificaron la falta de capacitación y actualización, la falta de documentación de experiencias exitosas para consultar, y la variedad de enfoques de calidad que están llegando a sus instituciones.

Como barreras, las más evidentes son las de las instituciones públicas. Éstas enfrentan dificultades por tener una estructura de personal que no responde a las necesidades de la población a atender, que es prácticamente inmodificable por limitaciones financieras, por inflexibilidad de los regímenes disciplinario y de carrera administrativa y por la injerencia de los políticos sobre los

nombramientos y despidos. En regiones apartadas, se suman los problemas en la calidad de los profesionales por falta de incentivos y de buena remuneración para atraerlos.

Las instituciones de salud, además de enfrentarse a sus problemas de selección de recursos humanos y de actitud de éstos en el trabajo, se encuentran con las deficiencias en la calidad de la formación de profesionales y técnicos en salud y además en la de otros profesionales con los que interactúan: jueces que no conocen las normas de salud, auditores médicos que no tienen un entrenamiento homologable al de los profesionales en quienes juzgan las decisiones clínicas, y revisores de los organismos de control que no conocen las normas.

3.3.2.1 La capacidad de gestión. La capacidad de gestión la relacionan primordialmente con el liderazgo de la dirección asociado a conocimientos en gerencia y calidad, con procesos administrativos desarrollados, con disponibilidad de herramientas para solución de problemas, con autonomía administrativa y financiera, con una buena comunicación interna y con la capacidad de negociación.

En general, todas las instituciones consultadas reconocen que, aunque sientan presión por diferentes vías para ofrecer calidad, el liderazgo y la disponibilidad de sistemas y métodos de gestión son los que les permiten hacerlo.

La información institucional para controlar, vigilar y mejorar es indispensable para los logros en calidad, de acuerdo a la mayoría de asistentes. Contar con información institucional sobre la gestión en áreas clínicas y administrativas es lo que permite el diseño de estrategias para control de costos y mejoramiento de la calidad. Contar con esta información implica, tener sistemas y programas

de auditoría para el control interno administrativo y asistencial. Sin embargo, los altos costos del desarrollo de sistemas de información y la falta de asistencia técnica hacen que las instituciones no estén contando con esta información.

Se requiere igualmente información de referencia, para lo cual dicen que hay abundancia de indicadores y medidas del desempeño financiero, pero faltan indicadores de salud, clínicos y, de costos y resultados de la atención, estandarización y documentación de procedimientos, que les permitan a las instituciones evaluar su desempeño y compararse con otras nacionales o internacionales.

Las instituciones consultadas consideran que la difusión de información comparativa sirve para que la institución se mire a si misma y se compare, identifique sus fallas y oportunidades de mejoramiento y tome medidas para mejorar. En la actualidad las IPS prestigiosas son utilizadas como referentes competitivos y las instituciones públicas tienden a emular a las privadas para que las EPSs las contraten. Algunas instituciones con grandes avances en calidad están en el proceso de llenar estándares internacionales de calidad para competir con instituciones del exterior y abrirse mercado en otros países.

3.3.2.1 Recursos financieros. Los asistentes a las reuniones no pudieron evitar hacer mención de los recursos financieros como determinantes de su capacidad de ser eficientes y ofrecer calidad.

Identificaron problemas que consideran serios obstáculos financieros para la libre competencia por calidad e incluso, para asegurar los gastos de funcionamiento. Entre éstos problemas mencionaron la intermediación financiera de las EPSs, el flujo lento –a veces paralizado- de los recursos para

pago de atención a poblaciones de subsidiados y de vinculados, que no se de una transferencia oportuna ni adecuada a los municipios de los recursos provenientes del Situado Fiscal y las rentas cedidas, el control de tarifas, la falta de control sobre la selección adversa por parte de las EPS.

Dentro de los problemas financieros en el interior de las instituciones mencionaron como obstáculos para la calidad las tarifas demasiado bajas con las que quieren negociar las EPSs y ARSs, que en ocasiones ni siquiera cubren los costos de la atención, los malos salarios que conducen a los trabajadores de salud a tener más de un empleo o a aumentar sus jornadas de trabajo y la atmósfera de limitación de recursos que les mina su capacidad de servir con calidad.

3.3.2.1 Incentivos profesionales. En las reuniones surgieron reiterativamente los factores relacionados con la cultura médica y la ética, como facilitadores u obstáculos para la calidad.

Los facilitadores relacionados con la cultura organizacional mencionados, son los comunes a cualquier tipo de organización: el liderazgo y compromiso compartidos y presentes en toda la organización, la participación del área administrativa en los esfuerzos por calidad y la filosofía y la difusión de valores organizacionales compartidos para ‘hacer las cosas bien’.

En las reuniones de consenso, los representantes de las IPS hicieron énfasis en los incentivos profesionales, como factores claves que presionan hacia el mejoramiento de la calidad. Las IPSs consideran que siempre han estado comprometidas con la calidad, tanto por la vocación de servicio propia del sector como por ética profesional, lo cual garantiza la calidad independientemente de que haya otros incentivos. Refieren que la presión por

obtener resultados económicos en ocasiones se contraponen a los incentivos profesionales de ofrecer calidad en los servicios.

Es claro para los asistentes, que la ética profesional sigue siendo un importante factor, el cual establece garantías para la calidad de la atención.

4. DISEÑO DE INSTRUMENTOS Y RESULTADO DE LOS PILOTOS DENTRO DEL PROYECTO DE GARANTÍA DE CALIDAD

Dentro del proyecto de Garantía de Calidad, se revisaron los requisitos esenciales, se diseñaron sistemas de acreditación para EPS e IPS, se definió un modelo de auditoría y se realizaron 6 pilotos o proyectos demostrativos de cómo aplicarlo, se analizaron los programas de formación de auditores, se diseñó el sistema de información a usuarios y se realizaron cuatro pilotos de estrategias a nivel micro para fortalecer la capacidad de respuesta de las instituciones.

Este capítulo se enfoca a presentar los instrumentos, mostrar la integración, los puntos comunes y las diferencias, y la necesidad de un trabajo coordinado entre ellos.

Los siguientes lineamientos guiaron el diseño de los instrumentos dentro del proyecto y deben seguirse en un futuro cuando se quieran reformar los componentes:

- Los componentes no pueden ser piezas individuales dentro del contexto de la calidad, sino un conjunto armónico e integrado de instrumentos.
- Cada uno de los instrumentos cumple un papel dentro del sistema de incentivos o estrategias para facilitar calidad.

- No existe un sistema de subordinación entre los componentes desarrollados, es decir, no existe un componente más importante que otros.
- Los componentes desarrollados dentro del proyecto no son una serie exhaustiva que logre copar todo el espectro de un sistema de garantía de calidad. Quedan por fuera otros componentes importantes de desarrollar en un futuro como la Certificación y Recertificación periódica de los profesionales de la salud, que existe en países como Estados Unidos, Canadá o Inglaterra, o la evaluación de tecnología en salud, como elemento para optimizar la asignación de recursos.

Todos los diseños de instrumentos se apoyaron en una fase previa de investigación, y tuvieron una tercera fase de implementación y pruebas piloto. En la presentación de cada instrumento se hace explícito su papel dentro del sistema de incentivos y se hace referencia a los documentos e informes específicos donde se presenta en detalle el componente, la etapa de investigación previa o los pilotos que tuvieron lugar en la fase de implementación.

4.1 NUEVA VERSIÓN DE LOS REQUISITOS ESENCIALES.

Respondiendo a los resultados del diagnóstico y la revisión del marco legal y filosófico, se definieron los requisitos esenciales como la base de calidad que permite la entrada de un prestador al sistema. Se clarificó la misión del instrumento de Requisitos Esenciales dentro del sistema de Garantía de Calidad, como:

Defender y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unos requisitos esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios en el país.

Las palabras contenidas en esta misión tienen un significado preciso:

- Los estándares no son exhaustivos, ni deben pretender abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud. Que incluyen únicamente aquellos que son indispensables para defender la vida y la salud del paciente, o sea para los cuales hay evidencia de que su ausencia condiciona directamente la presencia de riesgos sobre la vida y la salud en la prestación del servicio, y que no pueden ser sustituibles por otro requisito.
- Son obligatorios y deben eliminarse los planes de cumplimiento. Lo contrario implicaría que el Estado permita la prestación de un servicio de salud a conciencia de que el usuario está en inminente riesgo.
- La aplicación de los estándares debe ser uniforme para todos los prestadores de servicios de salud en todo el territorio nacional, y la

discriminación en la aplicación implicaría que el Estado permitiera que los servicios puedan prestarse bajo riesgo, en algunas zonas del territorio nacional.

- El fin de requisitos esenciales es la defensa del usuario y justifica su existencia al ligarlos a una de las funciones fundamentales del Estado en el sistema de salud.

Los requisitos son preferencialmente de carácter estructural, así su verificación incluya procesos y giran alrededor de ocho categorías básicas: recurso humano, infraestructura, dotación y mantenimiento, insumos, documentación, registros, coordinación de recursos y seguimiento a riesgos. Los Requisitos Esenciales se constituyen un piso de calidad, que pretende abarcar la totalidad de los servicios que puede prestar una IPS y se revisa en el tiempo cuando las condiciones del sector permitan subir el nivel de exigencia.

Como resultado del proyecto se entrega al Ministerio una nueva propuesta de requisitos esenciales, que disminuye su número de 16.000 a cerca de 1.200, que deben ser de obligatorio cumplimiento, se entregan los instrumentos y procesos de verificación, un video para entrenamiento a los verificadores y un proyecto de norma para que entren en vigencia.

Para una descripción detallada del Instrumento que se entrega debe remitirse al Informe Final Requisitos Esenciales

Este instrumento contribuye a la competencia por calidad de las siguientes formas:

1. En el nivel macro fortalece las siguientes condiciones para la competencia:

- Libre concurrencia: Al establecer igualdad de condiciones para la prestación de los servicios de salud.

Al defender a las IPS contra la competencia injusta que podrían hacer instituciones que incurren en menores costos por no cumplir con una base de calidad aceptable

- Disponibilidad de información: Al estandarizar las condiciones mínimas para la prestación de los servicios

2. En el nivel meso, fortalece los incentivos legales al facilitar el cumplimiento de estos requisitos por parte de las IPS y al simplificar la verificación por parte de las autoridades de vigilancia y control.

Así su cumplimiento se convierte en uno de los pilares de la competencia por calidad en los prestadores y debe ser una prioridad en la agenda de vigilancia y control. Su efectividad depende de la credibilidad que genere la real capacidad del Estado de hacerlos obligatorios, lo que a su vez depende de las acciones que se realicen para fortalecer la capacidad de vigilancia y control.

3. En el nivel micro contribuye a la capacidad de gestión organizacional al proporcionar un modelo básico de entrada al sistema, que sirve de punto de partida hacia el mejoramiento.

Se complementa con los otros instrumentos que apoyan el desarrollo de los incentivos en el nivel meso constituyéndose en un insumo para el sistema de información a usuarios, como son acreditación y auditoría. Y al nivel micro constituye un modelo de entrada al sistema que complementa los instrumentos que promueven el mejoramiento de instituciones a nivel

micro, como son la acreditación y la auditoría desarrollados dentro del proyecto de garantía, u otros que se trabajaron en como pilotos y que el Ministerio podría promover en el futuro, como son referenciación competitiva, manejo de quejas y premios de calidad.

4.2 ACREDITACIÓN DE EPS E IPS.

Con base en la revisión de los sistemas de acreditación más desarrollados en el mundo, correspondientes a doce países con desarrollo económico mayor o igual al de Colombia, se desarrollaron los sistemas de acreditación para IPS y EPS en Colombia siguiendo la tendencia mundial de estos sistemas, definiendo una misión y principios, una organización, unos estándares, unos métodos de evaluación, para responder a este direccionamiento, de forma que el sistema de acreditación colombiano siga los lineamientos aceptados internacionalmente lo que le permite el doble propósito de ser exitoso en el país, ser apto para conseguir un aval internacional para respaldar a las instituciones colombianas que lo necesitan para exportar servicios, y permitir a Colombia ser parte de los procesos de aprendizaje sobre el tema en el concierto mundial.

De acuerdo con ello se definió la acreditación como el "***Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado***

para tal fin, y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizados para dicha función”.

Se definió la Misión de la acreditación, dentro del sistema de Garantía de Calidad para Colombia como ***“Mejorar la gestión por calidad de las organizaciones de salud mediante un proceso voluntario de autoevaluación y evaluación externa, con unos estándares óptimos factibles, para mejorar la salud de los colombianos”.***

Al igual que los requisitos esenciales, la acreditación cuenta con una serie de estándares únicos para toda organización, conocidos previamente por los involucrados, que apoyan a las labores de auto- evaluación interna y se constituyen en punto de referencia primario para procesos de evaluación externa. A diferencia de requisitos, los estándares de acreditación se enfocan en los procesos de la organización y se centran en el cliente, esto es, todos los procesos con que debe contar las organización deben tener siempre presente las necesidades del cliente (interno y externo) para darles solución.

Estos estándares abarcan **la organización como un todo** y no se permiten acreditaciones a los servicios o departamentos, su contenido esta dirigido al **Proceso de Atención de los usuarios**, dentro de una organización de servicios de salud, de forma que los estándares de EPS e IPS son complementarios y representan el continuo de la atención del usuario dentro del SGSSS.

Los estándares deberán ser periódicamente ajustados en el tiempo con el fin de aumentar su nivel de exigencia y posteriormente se deben involucrar algunos estándares de resultado, dejando la evaluación de estructura a los Requisitos Esenciales.

Se definió la necesidad de un Consejo Único de acreditación que dirige el sistema y está conformado por personas reconocidas que le dé credibilidad al

mismo, y para los cuales se tiene un perfil establecido. De manera complementaria existen la o las entidades evaluadoras quienes no pueden prestar directa ni indirectamente servicios de asesoría o consultoría a instituciones de salud, y para ellas se definió un perfil y un procedimiento para su selección en el tiempo.

Si el papel de los Requisitos Esenciales es poner el piso de calidad de la atención de salud, el Sistema Nacional Unico de Acreditación en Salud tiene el papel de proponer estándares superiores y promover el mejoramiento orientado totalmente a las necesidades del usuario. Es así como la puesta en marcha del Sistema Nacional Unico de Acreditación en Salud, es una de las formas mediante las cuales el Estado, en su calidad de ente gobernante puede, aunque indirectamente dado que este es un proceso voluntario, lograr la obtención de un resultado favorable en cuanto a la calidad de los servicios de salud. Por su parte, los particulares y aún el Estado cuando preste servicios, podrán cumplir con las obligaciones constitucionales en el sentido de contribuir con su actividad en beneficio del interés colectivo constituido, en este caso, por el mejoramiento en la calidad de prestación del servicio de atención en salud.

Para una presentación detallada del sistema de Acreditación debe remitirse al Informe Final de Acreditación

Este instrumento contribuye a la competencia por calidad de las siguientes formas:

- 1 En el nivel macro fortalece las siguientes condiciones para la competencia:
 - Libre concurrencia: Al fomentar la competencia en igualdad de condiciones, ya que el punto de partida para quien decida acreditarse es exactamente el mismo. Es decir, que a toda institución que decida acreditarse se le va a evaluar con iguales estándares.

- Disponibilidad de información: Al generar información para el usuario o sus agentes creando señales de calidad. Haber sido acreditado confiere a una EPS o IPS, una señal de buena calidad, ya que se asume que haber aprobado el proceso de acreditación garantiza unos niveles superiores y deseables de calidad.
 - Libre escogencia: Al suministrar al usuario información acerca de los agentes que prestan el servicio de atención y aseguramiento en salud, facilitando así las decisiones informadas.
- 2 En el nivel meso, al divulgarse información sobre los procesos de acreditación se promueve la competencia por calidad de las siguientes maneras:
- Se recompensa la calidad al generar beneficios para las instituciones que han merecido este reconocimiento, en términos de preferencia por parte de los usuarios, y prerrogativas en la contratación o pagos diferenciales por parte de los agentes de los usuarios. La acreditación se convierte en un fuerte incentivo de prestigio.
 - El Sistema Nacional Único de Acreditación, a lo largo del todo el proceso incluye la participación ciudadana: como control social del sistema, como miembro de la Junta de Acreditación y como agente que suministra sus expectativas de calidad, que serán tenidas en cuenta dentro del proceso de acreditación. Esto fortalece la capacidad de vigilancia y control por parte del usuario, y por lo tanto los incentivos legales.
- 3 En el nivel micro, la acreditación promueve el mejoramiento de los servicios de salud y fortalece su capacidad de respuesta a los incentivos del nivel macro y meso por medio de los siguientes mecanismos:

- Promueve la autonomía institucional, pues siendo el Sistema Nacional Unico de Acreditación en Salud un sistema voluntario, al cual las entidades pueden o no decidir someterse en uso de su autonomía empresarial.
- Ofrece un modelo para direccionar a los actores del sistema en la búsqueda de la calidad, basado en un continuo esfuerzo por mejorar la gestión y provisión de del derecho a la salud de los ciudadanos.
- Fomenta el desarrollo empresarial cumpliendo con lo dispuesto en el art. 333, inciso 3° de la C.N. En efecto la Acreditación hace posible el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, mediante la evaluación, detección y corrección de procesos que al interior de la entidad que quiera acreditarse, estén fallando o se puedan mejorar.
- Fomenta la eficiencia, entendida como una mejor utilización de los recursos para que los beneficios de la seguridad social sean prestados en forma adecuada. Lo anterior debido a que varios estándares utilizados en el Sistema Nacional Unico de Acreditación en Salud buscan lograr una mejor utilización de los recursos, humanos, técnicos y administrativos de las instituciones que se someten al proceso de acreditación, y en términos del literal a del art. 2° de la Ley 100/93 ello se traduce en eficiencia.
- Contribuye a la creación de una cultura de la calidad y una "ética de gremio" al establecer códigos ideales de conducta para las organizaciones.

4.3 DISEÑO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN A USUARIOS.

Con base en la revisión de los sistemas de información a usuarios desarrollados en el mundo, en la evaluación de sus logros, y en las expectativas de los usuarios colombianos frente a calidad, se entrega al Ministerio de salud una iniciativa para para inducir la competencia por calidad en el sector de la salud, con base en información.

El objetivo de esta iniciativa de información a usuarios es inducir la toma de decisiones informadas basadas en la calidad por parte de los usuarios, para contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud.

Los objetivos específicos de la propuesta son:

- Apoderamiento de la población a través del conocimiento, y de esta forma estimular que las personas tengan mayor capacidad para tomar decisiones en lo referente al sector de la salud (elección de administrador de planes de beneficios, de prestador de servicios de salud, y de los servicios.
- Referenciación de los prestadores y las aseguradoras con base en la calidad de sus servicios para estimular en ellos la respuesta al incentivo de prestigio.

El diseño de este sistema prevé capacitar a los usuarios para que conozcan sus derechos y los mecanismos para ejercerlos . En la medida que su conocimiento del sistema sea mayor, se espera que vaya desapareciendo el fenómeno de

elección por terceros, y en general que su participación activa en el sistema se incremente.

Los principios que guían la iniciativa de información a usuarios son:

- Gradualidad: La iniciativa será desarrollada e **implementada por etapas** relacionadas con las diferentes estrategias a ser aplicadas.
- Progresividad: El tipo de información que se ofrecerá a los usuarios aumentará en su complejidad a medida que la población vaya aumentando su capacidad de emplearla para la toma de decisiones.
- Sencillez: La iniciativa entregará información concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de proveedores de afiliación y de servicios de salud.
- Validez y Confiabilidad: La información será válida en que efectivamente presentará aspectos centrales de la calidad y confiable en que medirá calidad en todas las instancias en que sea aplicada.
- Participación: En el desarrollo e implementación del sistema participarán de manera activa las entidades directivas estatales del sector, las instituciones responsables por la afiliación y los prestadores de servicios de salud.

Para avanzar en el desarrollo de la iniciativa de fortalecimiento de la competencia por calidad el Ministerio cuenta con el diseño de la estrategia, con la documentación de los resultados de un proyecto piloto que muestra como implementar la iniciativa de información referente al objetivo de apoderamiento referido a apoderamiento de los usuarios en área rural, y con el diseño del subsistema de información a usuarios del sistema de información

del Ministerio de Salud, para trabajar el objetivo de referenciación de EPS e IPS.

Una información detallada de estos instrumentos de información a usuarios se encuentra en el Informe Iniciativa de Información a Usuarios para Inducir Competencia por Calidad

Este instrumento contribuye a la competencia por calidad de las siguientes formas:

- 1 En el nivel macro fortalece las siguientes condiciones para la competencia:
 - Disponibilidad de información, en la medida que se comience a generar información acerca de la calidad de los servicios
 - Libre elección: al estimular que las personas tengan mayor capacidad para tomar decisiones en lo referente al sector de la salud (elección de administrador de planes de beneficios, de prestador de servicios de salud, y de los servicios)
2. En el nivel meso permite y promueve la comparación o referenciación de los prestadores y las aseguradoras con base en la calidad de sus servicios con lo cual estimula en ellos la respuesta al incentivo de prestigio.

También se fortalecen los incentivos legales al facilitar el ejercicio del rol del usuario como ente vigilador. Esto es así porque al mejorar el conocimiento del usuario sobre el sistema, sus derechos y deberes, se mejorará su interés y capacidad de actuar en defensa de los mismos.

El sistema de información se relaciona a los componentes de requisitos esenciales, sistemas de acreditación y de auditoría, los cuales también son insumos para la generación de información sobre la calidad de los servicios.

4.4 AUDITORÍA.

Para el componente de auditoría, el Ministerio limitó la investigación previa al diseño, al análisis de los programas de formación de auditores. No era parte del proyecto el hacer una investigación sobre modelos de auditoría, ni la definición de lineamientos para Colombia, ya que el Ministerio estaba próximo a expedir una norma de auditoría, que ya llevaba implícitos unos lineamientos. Sin embargo, la norma no salió, y dentro del proyecto se apoyó al Ministerio en la definición de lineamientos de auditoría que permitieran el desarrollo del proyecto; analizando a fondo los dos modelos más desarrollados de auditoría, el de Estados Unidos y el del Reino Unido.

De acuerdo con lo anterior, se establecen los lineamientos para auditoría en el país para guiar este desarrollo así:

- Se define la **auditoría de la calidad de la atención en salud** como la evaluación sistemática de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la Calidad de los servicios. Ella significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud.
- El alcance de la Auditoría es la atención en salud, que hace referencia “tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de los recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud, como a los de prestación de servicios de salud en sus fases de promoción y fomento, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”. En términos generales la auditoría de la calidad de la atención en salud evalúa la atención brindada a los afiliados en todos aquellos puntos de contacto de

las instituciones con él, y que le garantizan el acceso a los servicios de salud (**artículo 2 del Decreto 2174 de 1.996**).

- La auditoría de la calidad de la atención en salud, evalúa sistemáticamente el proceso de la atención en salud de los usuarios; en las EPS y las que se le asimilen y los entes territoriales en su papel de compradores y/o proveedores de servicios de salud, desde el momento en que el afiliado adquiere el derecho a los servicios de salud hasta que los utiliza, y posteriormente, en la medida que debe garantizar la continuidad; en los prestadores de los servicios de salud desde el acceso, la preparación para la atención y el tratamiento, la valoración, la planeación de la atención hasta el tratamiento, el alta y el seguimiento.
- La auditoría de la calidad de la atención en salud opera en tres niveles, el primero de **AUTOCONTROL** en que cada miembro de la organización planea, ejecuta, verifica y ajusta los procesos de atención en salud en los cuales participa, el segundo nivel que es el de **AUDITORIA INTERNA**, realizada en la misma organización, por una instancia que no realiza el proceso a ser auditado y el tercer nivel que es la **AUDITORIA EXTERNA** que es llevada a cabo por un ente externo a la organización, que puede ser realizado por los entes de vigilancia y control hacia las EPS y los entes que se asimilen, y las entidades promotoras de salud y los entes que se le asimilen hacia los prestadores de servicios de salud.
- Los niveles de autocontrol y de auditoría interna están comprendidos en el Sistema de Control Interno, en las instituciones que por Ley deben implementarlo.
- Las Entidades Promotoras de Salud y las que se le asimilen y las Entidades Territoriales en su papel de compradores y/o proveedores de servicios de salud para su población vinculada, deberán establecer un programa de

auditoría para contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención en salud que abarque como mínimo los siguientes procesos:

- Red de prestadores: Evaluará sistemáticamente la suficiencia y calidad de su red, además su sistema de referencia y contrarreferencia.
- Atención al usuario: Evaluará sistemáticamente que al usuario se le permita el acceso a los servicios y prestaciones que requiera y a los cuales tenga derecho en una forma fácil, oportuna, eficiente y con alternativas de atención. Incluye también todos los procesos de atención relacionados con los procesos de verificación de derechos y de autorización de servicios que inciden de manera importante en el acceso de los afiliados al servicio.
- Auditoría de la calidad de la atención en salud: Evaluará en forma sistemática el proceso de la atención que incluye preparación para la atención y el tratamiento, valoración, planeación de la atención y el tratamiento, alta y seguimiento en sus dimensiones técnica e interpersonal, con el objetivo de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.
- No son ámbito de la auditoría de la calidad de la atención en salud procesos administrativos como la revisión de facturas, autorización de servicios de salud y/o contratar.

Para mostrar la forma de operación de la auditoría que se quiere para el país, así como para mostrar sus bondades, se realizaron seis proyectos pilotos o demostrativos en una institución específica ubicadas en diferentes regiones del país, siendo ellas de diferente naturaleza jurídica, pública o privada. Los seis proyectos demostrativos con que cuenta el Ministerio para promover el sistema de auditoría en el país, se refieren a:

1. Cómo montar Autocontrol en una IPS, en procesos de promoción y prevención.
2. Cómo montar Autocontrol y Auditoría Interna en una IPS ambulatoria pública en atención de urgencias.
3. Cómo montar Autocontrol y Auditoría Interna en una IPS de alta complejidad, para el proceso de atención de urgencias ortopédicas.
4. Cómo montar Autocontrol y Auditoría Interna en una EPS para los procesos de atención al usuario, orientación y autorizaciones.
5. Cómo realizar Auditoría Externa en una EPS sobre una IPS adscrita a su red.
6. Cómo promover, desde un ente territorial, el desarrollo de sistemas de autocontrol, en las IPS de su jurisdicción.

El Ministerio cuenta con documentos sobre los logros de cada piloto, manuales para enseñar a las organizaciones a montar su sistema de auditoría de calidad y un proyecto de norma para ponerlo en funcionamiento.

Una información detallada de los resultados de auditoría se encuentra en el informe Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud.

El enfoque de auditoría es congruente con la acreditación en la búsqueda permanente del mejoramiento de la calidad de los procesos inherentes a la atención del cliente, esto es, identificar el estado deseado de alcanzar, diseñar e implementar estrategias, hacer seguimiento a los logros y comparar la calidad observada con la deseada, fin último de la auditoría. El autocontrol y auditoría interna que promueve el nuevo enfoque, son la forma de hacer operativo el mejoramiento en el día a día, hacia la integración de los procesos para responder al usuario, y, obligan la puesta en marcha de comités e indicadores básicos contemplados en requisitos esenciales. Se puede ver así la congruencia entre auditoría, acreditación y requisitos esenciales.

Para que estos instrumentos actúen de manera coordinada al interior de una institución, las acciones de la auditoría deben enfocarse hacia aquellos objetivos definidos como prioridad en un plan de mejoramiento, que a su vez debe haber sido definido por fallas detectadas en un proceso de diagnóstico como puede ser la acreditación.

Este instrumento contribuye a la competencia por calidad de las siguientes formas:

1. En el nivel meso fortalece las actividades de vigilancia y control al generar procesos autoreguladores en las instituciones.
2. En el nivel micro:
 - Promueve la autonomía institucional, al definir que las instituciones pueden y deben montar sistemas de autocontrol y de auditoría interna, y al clarificar que la auditoría externa de calidad debe ser una auditoría de segundo orden, entendiéndose por ello una auditoría sobre los sistemas de control (autocontrol y auditoría interna) que tengan las instituciones.
 - Al definirse como la comparación entre la calidad deseada y la observada, obliga a las instituciones a definir autónomamente guías de atención, procedimientos y estándares, como expresiones de la calidad deseada. Promueve así el desarrollo de sistemas de información que fortalecen la capacidad de gestión. Estos modelos direccionan a los profesionales de salud que trabajan en la institución, en su esfuerzo continuo por mejorar la calidad, fortaleciendo también los incentivos profesionales.

- Fomenta el desarrollo empresarial cumpliendo con lo dispuesto en el art. 333, inciso 3° de la C.N.¹². En efecto la Auditoría con el enfoque definido, hace posible el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, mediante la evaluación, detección y corrección de procesos al interior de la entidad.
- Ofrece los mecanismos para la vigilancia en el día a día de los puntos críticos definidos en los planes de mejoramiento de la calidad y por ende para el logro de las metas propuestas en ellos.

4.5 OTROS FACILITADORES DE CALIDAD EN EL NIVEL MICRO.

Dentro del componente de incentivos se identificaron y analizaron estrategias de fortalecimiento de la capacidad de respuesta de las instituciones a los incentivos de calidad, y se documentaron experiencias internacionales relevantes en el uso de estas estrategias. En las reuniones de consenso regionales, se exploró la percepción de los directivos de EPS e IPS sobre la bondad de las estrategias identificadas para fortalecer su capacidad de responder con calidad.

¹² El tercer inciso del art. 333 de la C.N. dispone que *“La empresa como base del desarrollo, tiene una función social que implica obligaciones. **El Estado** fortalecerá las organizaciones solidarias **y estimulará el desarrollo empresarial**”*.

De acuerdo con los resultados anteriores, se seleccionaron tres estrategias que se consideraron relevantes para el Colombia, que se proponen al Ministerio para lo cual se entregan tres proyectos demostrativos de cómo usarlas para fortalecer la capacidad de respuesta de instituciones. Igualmente se señalan tres estrategias críticas que el Ministerio está trabajando por fuera del proyecto de garantía de calidad y que afectan directamente la calidad de los servicios que prestan las instituciones.

A continuación se presentan las tres estrategias que se proponen para fortalecimiento de la capacidad de respuesta de las instituciones, y se explica también la relevancia dentro del sistema de incentivos de calidad, para las estrategias que quedaron por fuera del alcance del proyecto, pero están siendo trabajadas por el Ministerio de Salud dentro de otros proyectos.

4.5.1 Referenciación Competitiva o Benchmarking. Benchmarking se presenta como una herramienta de aprendizaje individual y organizacional, a partir de las mejores prácticas, que ayuda a tener una renovación constante de la manera de hacer el trabajo. La experiencia internacional mostró que es una estrategia utilizada a nivel mundial, cada vez con mayor frecuencia para promover calidad y mejoramiento en instituciones de salud, dentro de un entorno que cambia rápida y radicalmente, y obliga a las instituciones a desarrollar la capacidad de aprender permanentemente para responder creativamente a un entorno de tales características.

Los lineamientos generales para trabajar referenciación competitiva son los siguientes:

- Los procesos objeto del trabajo de Referenciación son procesos críticos para las instituciones del sector, y las mejores prácticas pueden encontrarse en

no solo en instituciones de salud, o en empresas ajenas al sector salud, que pueden tener procesos similares.

- La máxima potencialidad de aprendizaje del Benchmarking exige un ambiente de cooperación entre los individuos o las organizaciones involucrados en la comparación. Se busca buscar solución a problemas comunes a grupos de actores del sector, en donde aquellos que tienen la mejor práctica, comparten su experiencia con otros que pueden identificar que dicho proceso es una debilidad para su institución. A su vez, quienes se consideran fuertes en esto se retroalimentan, mejorando el proceso.
- La Referenciación exige una metodología rigurosa de selección de la mejor práctica y análisis de esta (análisis de procesos) para identificar los habilitadores que hacen la diferencia en el resultado. Colombia apropió para el país la metodología de Referenciación Competitiva en un proyecto conjunto entre el Departamento Nacional de Planeación y la Corporación Calidad, y que puede ser aprovechada a favor del sector salud.

Se entrega al Ministerio un proyecto demostrativo de cómo utilizar la metodología de referenciación competitiva para la solución de un problema crítico, como es la disminución de errores en la administración de medicamentos, que afecta tanto la calidad de la atención que recibe el usuario como la eficiencia de las instituciones. Como resultado del mismo se entrega al Ministerio la documentación de las mejores prácticas en administración de medicamentos, que involucran un trabajo interdisciplinario de un equipo de salud del cual hacen parte el químico farmacéutico, el médico y la enfermera entre otros.

Se entrega igualmente el resultado de la aplicación de algunos habilitadores en una institución pública, la medición del efecto de la aplicación de estas prácticas en un período muy corto, y la tendencia que muestra los resultados a esperar en el tiempo.

Para una información detallada de estos resultados debe remitirse al informe Final Benchmarking.

La referenciación actuaría dentro del sistema de incentivos de calidad fortaleciendo la capacidad de respuesta de las instituciones en el nivel micro, frente a los incentivos del nivel macro y meso por medio de los siguientes mecanismos:

- Ofrece a las organizaciones, modelos para el aprendizaje institucional a partir de las mejores prácticas.
- Fomento del desarrollo empresarial cumpliendo con lo dispuesto en el art. 333, inciso 3° de la C.N. El benchmarking hace posible el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, mediante la detección, análisis y corrección de procesos que al interior de la entidad que estén fallando o se puedan mejorar. Así se genera un desarrollo empresarial como el mencionado en el art. 333.
- Hace eficiente el esfuerzo de mejoramiento de procesos críticos al identificar los habilitadores que permiten el mejoramiento de estos procesos, mediante una metodología rigurosa que ofrece mayor posibilidad de acierto.
- Promueve una cultura de calidad en las instituciones al promover la cooperación institucional y así fortalece los incentivos profesionales.

4.5.2 Manejo de Quejas- Voz del Usuario. En las reuniones de consenso regionales, con directivos de EPS e IPS, estos manifestaron que las *quejas de los usuarios* deberían ser un motor de mejoramiento para las instituciones que también neutraliza o minimiza la posibilidad de que los usuarios tengan que recurrir a reivindicaciones a través de medios masivos de comunicación, o a

mecanismos legales. Igualmente las conclusiones de la encuesta de expectativas de los usuarios frente a calidad plantean la necesidad de un procedimiento para escuchar a los usuarios.

Aunque estos procesos están reglamentados, en la actualidad las organizaciones se limitan a tener un lugar de quejas para cumplir con un requisito legal. De forma contraria lo que se quisiera de un manejo de quejas es:

- Un manejo de quejas más personal que invite a los usuarios a expresar permanentemente sus observaciones y su insatisfacción.
- Respuesta rápida a las quejas sin necesidad de que lleguen a cartas, muchas veces amenazantes, o a instancias legales.
- Utilizar las quejas como forma de oír la voz del usuario y establecer mecanismos de mejoramiento de los procesos que son la causa de las quejas.

De acuerdo con esta necesidad se entrega al Ministerio un proyecto demostrativo de manejo de quejas, en una EPS y una IPS, de forma que de respuesta oportuna al usuario y se utilicen estas quejas como motor de cambio de la institución.

Una descripción detallada del proyecto demostrativo y de los logros del mismo se encuentra en el informe Final Voz del Usuario- Manejo de Quejas.

El manejo adecuado de quejas, además de dar cumplimiento a la obligación establecida por el decreto 2174, actuaría dentro del sistema de incentivos de calidad como una acción preventiva hacia incentivos negativos y de carácter legal que se sucederían de no dar respuesta oportuna a las demandas de los usuarios. También actúa como un facilitador de la respuesta de las

instituciones al constituirse en una fuente de información respecto a aspectos para mejorar.

4.5.3 Piloto de Premio. De manera complementaria con requisitos esenciales para permitir la entrada de un prestador al sistema, y con los estándares de acreditación que representan óptimos factibles hoy, las experiencias internacionales revisadas muestran cómo los países han desarrollado premios de calidad, con estándares óptimos, que toman la integralidad de la gestión de institución como una exigencia necesaria para su supervivencia en el largo plazo. Estos premios de calidad son el instrumento para identificar, evaluar y difundir las mejores prácticas.

En Colombia existe el Premio Calidad en Salud Colombia y algunos entes territoriales han promovido su uso para que sus IPS se evalúen y desarrollen planes de mejoramiento, otros para trabajar el incentivo de prestigio, han desarrollado sus propios premios tomando como base los del Premio Calidad en Salud Colombia, y han forzado con ello la comparación entre sus instituciones.

Los lineamientos del Premio Calidad en Salud Colombia son los siguientes:

- Sus criterios fueron desarrollados de acuerdo con las mejores prácticas y el conocimiento internacional.
- Analizan la gestión de una institución de manera integral.
- El mecanismo de evaluación utilizado en el premio ha pasado pruebas de validez y confiabilidad.
- Transparencia y neutralidad son principios que guían el proceso de desarrollo del premio, por lo que ha logrado credibilidad y reconocimiento nacional.

Se entrega al Ministerio el resultado de un proyecto piloto, centrado en el Premio Calidad en Salud Colombia que corrobora su efecto en el mejoramiento de instituciones, así como su capacidad de identificar a los ganadores como mejores prácticas, hacerles difusión y lograr con ello que se conviertan en referencia y objeto de aprendizaje de otras instituciones. Tiene fallas en la difusión y visibilidad de los ganadores para potenciar el incentivo de prestigio y debe fortalecerse la comprensión del modelo de gestión integral para que trascienda de esfuerzos puntuales de mejoramiento a ser utilizado como un enfoque que enmarque toda la gestión.

Para una información detallada mirar el informe Final Piloto de Premio Calidad en Salud Colombia. El Premio apoya el mejoramiento de las instituciones proporcionando un modelo óptimo, activa el incentivo de prestigio y los incentivos profesionales al hacer un reconocimiento público a las organizaciones que se distinguen por tener las mejores prácticas con lo que apoya el desarrollo de la competencia por calidad.

El apoyo al mejoramiento de las instituciones complementa y enriquece los instrumentos de requisitos, auditoría y acreditación, y permite el funcionamiento de un sistema de referenciación competitiva que se propuso en el numeral anterior. Esto lo logra de la siguiente manera:

- Ofrece tanto a las IPS como a las EPS un modelo o enfoque de gestión que está representado en los criterios, cuya aplicación permea todas las acciones de la gestión de las instituciones, y por ello va más allá que una evaluación puntual para identificar fortalezas y oportunidades de mejoramiento.
- El enfoque es totalmente compatible con el modelo que les ofrece la acreditación, plantea un nivel de exigencia superior al agregar criterios no contemplados en acreditación pero necesarios para abarcar la totalidad de

la gestión, y al definir un nivel de exigencia mayor para evaluar los criterios comunes. De esta forma se presenta como el siguiente nivel a alcanzar por quienes hayan pasado la acreditación.

- Identifica y hace visibles las mejores prácticas para aprender de ellas.

5. CONCLUSIONES

Se han identificado fallas en la normatividad y en su implementación que pueden afectar el adecuado funcionamiento del marco competitivo y por lo tanto tener un impacto negativo sobre la calidad de los servicios de salud.

Se destacan también deficiencias en la disponibilidad de información en todos los niveles y deficiencias operativas de las autoridades de vigilancia y control, que limitan en forma importante el direccionamiento de la competencia hacia el mejoramiento de la calidad.

Se plantean las siguientes hipótesis respecto al efecto que estas deficiencias pueden tener sobre los incentivos del sistema en la actualidad:

- La escasa información sobre el funcionamiento del SGSSS y la calidad de sus servicios dificulta la libre elección y no permite a los usuarios o sus agentes incorporar criterios de calidad en la toma de decisiones. Por lo tanto los incentivos económicos dados por la competencia no direccionan a los agentes hacia el mejoramiento de la calidad.
- La escasa información comparativa en cuanto al desempeño de los agentes no logra introducir preocupación por la imagen pública y el riesgo legal, mitigando así el potencial para que los incentivos de prestigio generen presión competitiva y para que los incentivos legales propicien comportamientos que tiendan a mejorar la calidad de los servicios.

- Las deficiencias en información pertinente para el trabajo de las autoridades regulatorias y de control y en la capacidad operativa de las mismas, debilita el efecto de los incentivos legales para garantizar mínimos de calidad y frenar conductas contrarias a la competencia.
- Se puede estar generando un desbalance entre los incentivos económicos puros y aquellos que tradicionalmente han sido más propios del sector salud como son los incentivos profesionales y de prestigio. Esto puede generar conflictos de interés que desmotivan a los profesionales de la salud y erosionan la confianza que la sociedad deposita en la relación profesional.

En resumen, se plantea que en el SGSSS actual, la calidad no está siendo debidamente recompensada con beneficios de carácter económico, de prestigio o profesionales. Por otro lado, la capacidad de sancionar conductas contrarias a la calidad es limitada. A continuación se presentan recomendaciones generales del Proyecto para fortalecer los incentivos para la calidad y recomendaciones específicas pertinentes a la implementación de los instrumentos desarrollados por el Proyecto para este fin.

6. RECOMENDACIONES

De manera general y enfatizando nuevamente que la racionalidad global del sistema la determina una adecuada normatividad dirigida a minimizar los problemas puedan afectar la existencia o aplicación de las condiciones fundamentales para la competencia, se recomienda en primera instancia evaluar la posible magnitud del efecto de las normas que hoy ponen barreras a la libre concurrencia y la libre elección, sobre la correcta operación del sistema, y analizar los costos y beneficios derivados de modificar dichas normas, lo cual trasciende el alcance de este proyecto.

Más allá de la revisión a la normatividad se recomienda poner en funcionamiento y dar credibilidad a los instrumentos Garantía de la Calidad, como base fundamental para fortalecer las condiciones para la competencia por calidad. No es suficiente el hecho de que Requisitos Esenciales, Acreditación, Auditoría e Información a Usuarios, tengan la fuerza de incentivo legal. La participación e interés de los actores y la credibilidad que genera la forma de aplicar cada instrumento, es también una necesidad.

Las EPS y las IPS admiten que lo que realmente las induce a implementar planes de mejoramiento de la calidad es la presión que puede ejercer la comparación con su competencia. Para ellas es claro el efecto que puede suscitar entre los usuarios el disponer de información objetiva y confiable sobre la calidad de las instituciones, lo que se puede convertir en un riesgo si el desempeño de las mismas no es el óptimo, o en una gran oportunidad de prestigio si sucede lo contrario.

El Ministerio tienen en sus manos los instrumentos para potenciar este interés de las organizaciones de salud y debe utilizarlos para inducir competencia por calidad, por lo que nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones específicas:

6.1 HACER OBLIGATORIO EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS ESENCIALES PARA DARLE CREDIBILIDAD A ESTE INSTRUMENTO.

Esto implica un esfuerzo hacia los entes territoriales importante:

- Definir una meta clara del plazo en que espera lograr cumplimiento total de declaración y de verificación.
- Definir una estrategia de divulgación y capacitación hacia los 476 secretarías de salud que están participando en requisitos esenciales, que debería ser diferencial según sean su avance en la implantación de requisitos y los problemas encontrados en los procesos de verificación. Cuenta para ello con unos nuevos estándares, manuales de procedimientos e instrumentos de capacitación.
- Acordar metas y compromisos con cada secretaría de salud sobre su contribución al avance de requisitos.
- Establecer un sistema de rendición de cuentas por parte de las secretarías, a partir de las metas, utilizar los indicadores de seguimiento y definir consecuencias para el no cumplimiento.
- Establecer mecanismos de ayuda para las secretarías que lo requieran.

- Difundir ampliamente los logros de secretarías (incentivo de prestigio).
- Trabajar conjuntamente con el área de comunicación del Ministerio una estrategia de capacitación a los usuarios sobre la importancia de cumplir requisitos y ello en su defensa.
- Trabajar conjuntamente con el área de comunicación del Ministerio, una estrategia complementaria de comunicación a IPS y EPS sobre el por qué de los nuevos requisitos, su razón de ser en defensa del usuario, su cumplimiento como defensa frente a la competencia desleal como por ejemplo las llamadas clínicas de garaje, la simplificación de los requisitos, etc. Cuenta para ello con resultado de los talleres sobre problemas y posiciones frente a requisitos.
- Establecer vigilancia sobre las EPS en cuanto a contratación con entidades que no cumplen requisitos.

6.2 POSICIONAR EL SISTEMA DE ACREDITACIÓN COMO UN ELEMENTO DE PRESTIGIO.

Posicionar el sistema de acreditación como un elemento de prestigio implica lo siguiente:

1. Expedir la norma de Acreditación.
2. Nombrar un Consejo Nacional Único para la Acreditación con personas que crean en ello y que tengan la credibilidad para promover la acreditación y capacitarlo. El Consejo debe emprender las siguientes tareas:

- Definir metas de avance.
- Hacer un plan de mercadeo para la acreditación para ser ejecutado de manera conjunta con las organizaciones con evaluadoras y el Ministerio de Salud.
- Poner en funcionamiento de forma inmediata los indicadores de seguimiento para el Sistema de Acreditación.
- Buscar conjuntamente con las organizaciones evaluadoras el reconocimiento internacional del sistema de acreditación en salud.

3. Entregar la evaluación a organizaciones evaluadoras:

- Hacer convocatoria.
- Definir con cada una sus compromisos en cuanto a la promoción del sistema de acreditación en salud y el reconocimiento internacional del mismo.
- Capacitar las entidades evaluadoras.

4. Difundir el resultado de acreditación para apoyar el incentivo de prestigio:

- Divulgar al sector el sistema de garantía de calidad y el papel de la acreditación dentro del mismo.
- Divulgar la existencia de redes acreditadas como expresión de calidad.

5. Apoyar el incentivo económico con opciones como las siguientes:

- Cualquier institución (IPS, EPS) que firme un convenio con Ministerio debería incluir como compromiso contractual la acreditación.
- Convencer a entes territoriales de hacer otro tanto.
- Subsidiar pago de acreditación a los primeros que se acrediten.

6. Difundir entre otros entes del Estado la existencia del Sistema de Garantía de Calidad:

- Coordinar organización para calidad con Ministerio de Desarrollo
- Coordinar propuestas de exportación con Ministerio de Comercio Exterior y Cámara de Comercio

6.3 LOGRAR QUE LA AUDITORÍA TOMA EL ENFOQUE DESEADO.

Lograr que la auditoría tome el enfoque deseado implica varios esfuerzos:

- Difundir y capacitar a los 19 programas de especialización en Auditoría en el nuevo enfoque de auditoría.
- Dar importancia a la acreditación de programas de postgrado que enseñan auditoría y calidad, dentro de las estrategias de acreditación de programas que está estudiando el Ministerio.
- Difundir entre EPS, IPS y entes territoriales el enfoque de auditoría y el manual de auditoría que se entregan para mostrar su énfasis en calidad y mejoramiento.
- Difundir ampliamente en el sector los pilotos porque son experiencias exitosas en el uso del nuevo enfoque de auditoría.

- Posicionar la acreditación porque ella apoya y obliga el uso del nuevo enfoque de auditoría.
- Poner en funcionamiento los indicadores del sistema de información a usuarios, de forma que las instituciones deban medir un número pequeño pero homogéneo de indicadores.

6.4 PONER A ANDAR EL SISTEMA DE INFORMACIÓN A USUARIOS.

Para poner a andar el sistema de información a usuarios se requiere lo siguiente:

- Poner a andar la iniciativa de información a usuarios para inducir competencia por calidad.
- Poner en funcionamiento los Indicadores del Sistema y desarrollar el Software que lo soporta.
- Es indispensable desarrollar el Sistema de Información del Ministerio de salud, que permitirá vigilar el funcionamiento del sistema de salud en general y hacer seguimiento a las condiciones básicas de competencia.

6.5 FORTALECER EL APRENDIZAJE ACTIVO SOBRE LAS MEJORES PRÁCTICAS.

El resultado de los pilotos tanto referenciación competitiva como el Premio Calidad en Salud Colombia, mostró la bondad de estas estrategias para fortalecer y acelerar la capacidad de respuesta de las instituciones del Sector de la Salud en Colombia, al permitir y promover un ciclo de aprendizaje sobre las mejores prácticas, mediante la identificación, evaluación, difusión y adopción o adaptación de aquellas, en organizaciones. Su uso regular en Colombia parte de dos avances:

1. La existencia del Sistema Nacional de Referenciación Competitiva que nació con la participación del Gobierno a través del Consejo Nacional de Competitividad, la Consejería Económica de la Presidencia de la República y el Departamento Nacional de Planeación. Este sistema cuenta con una infraestructura administrativa y de conocimiento para fomentar la referenciación entre las organizaciones de todos los sectores.
2. La existencia del premio Calidad en Salud Colombia, como fuente de identificación, evaluación y difusión de las mejores prácticas.

Para aprovecharlo dentro del sistema de incentivos se necesita mayor participación del Estado en lo siguiente:

- Promoviendo ejercicios en consorcio dirigidos a procesos críticos, seleccionados muy cuidadosamente, dentro de una estrategia integral de fortalecimiento de las instituciones del sector, de forma que su resultado tenga grandes posibilidades de impacto.

- Dando un aval y reconocimiento formal al premio Calidad en Salud Colombia como mecanismo de identificar, evaluar y hacer visibles las mejores prácticas, participando activamente en la entrega y difusión del premio (prestigio).

6.6 PROMOVER QUE SE MANEJEN LAS QUEJAS COMO UNA OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO

Lo que mostró el piloto de Escucha Activa del Usuario -Manejo de Quejas, fue que las instituciones están cumpliendo el requisito legal de recibir quejas del usuario de manera pasiva e impidiendo hasta donde pueden que el usuario se queje, y las Secretarías de Salud por su parte, están utilizando las quejas como un indicador negativo en las instituciones. Mostró igualmente que es posible convertir este sistema pasivo en una escucha activa de las necesidades de los usuarios, donde las quejas sirven como fuente de identificación y solución de problemas, y el usuario recibe una respuesta oportuna.

Para apoyar este enfoque se requiere las siguientes acciones:

- Diseñar e implementar una campaña de difusión a EPS, IPS y Secretarías sobre una nueva manera de entender las quejas.
- Difundir a EPS e IPS material de apoyo para la escucha activa del usuario.

- Trabajar específicamente con Secretarías de Salud para cambiar la visión de los indicadores de quejas y entender la gente se queja más cuando las instituciones dan respuesta a las quejas.

6.7 FORTALER VIGILANCIA Y CONTROL

Conscientes de que este punto está siendo abordado por el proyecto de Vigilancia y Control dentro del Programa de Apoyo a la Reforma, y buscando congruencia y sinergia con los planteamientos y recomendaciones del presente proyecto, se enfatiza nuevamente la importancia del funcionamiento de vigilancia y control para que operen los incentivos de calidad.

Entendiendo que la tarea de vigilancia y control en el sector salud es grande, debe asegurarse de manera inicial la vigilancia y control efectivos sobre las piezas fundamentales que soportan sistema como son:

- La libre elección.
- El cumplimiento obligatorio de requisitos esenciales.
- Requisitos de operación financiera y flujos de recursos que soportan la salud financiera de las instituciones.

De manera paralela se deben apoyar estrategias que hacen parte de vigilancia y control o que facilitan su labor porque fortalecen la Etica Profesional que promueve la dedicación y motivación interna de su recurso humano al servicio del usuario.

Para esto se recomienda fortalecer estrategias e iniciativas como:

- Los comités de ética médica.
- La certificación de profesionales por las asociaciones de profesionales.
- El autocontrol y auditoría interna de calidad en las instituciones.
- Auditoría externa con el enfoque desarrollado en el proyecto

BIBLIOGRAFIA

BAKER, L. Measuring Competition in Health Care Markets. Health Services Research 2001; **36**:223-51.

BAQUERO, H. Carrasquilla G, Guerrero A, et. al. Conocimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá. 1999.

CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA-QUALIMED AND MINISTERIO DE SALUD. Encuesta Nacional Percepcion Usuarios. 2000. República de Colombia, Ministerio de Salud.

CICMIL, S. Achieving completeness through TQ principles and organizational learning. The Learning Organization, Vol 4(1), 1997.

CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA. Evaluación del Funcionamiento del Régimen Subsidiado en Salud. Septiembre. 1999.

DE BRIGARD A. La libre escogencia en el SGSS. *Revista Hospitalaria* 1999; **Julio-Agosto**: 16-20.

DONABEDIAN A. Garantía de la Calidad: Quién es responsable? *Calidad de Atención a la Salud*. 1996; **3**: 7-11.

GIRALDO, JC. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud Percibida por los Usuarios. 2000. Santafé de Bogotá, Defensoría del Pueblo.

GUTIÉRREZ, R. Organizaciones que aprenden. Misión Ciencia Educación y Desarrollo. República de Colombia, Presidencia de la República, Colombia 1994.

JARAMILLO, I. Evaluación del Régimen Subsidiado. Proyecto CIDER-Universidad de Los Andes. 1997

RUELAS, E. Sobre la Calidad de la Atención Médica. Conceptos, Acciones y Reflexiones. *Gaceta Médica de México*. 130:218-30. 1994.