

**ALCANCES Y LIMITACIONES DE LOS INCENTIVOS EN EL SISTEMA
OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD EN
COLOMBIA**

**DENCY ALEXANDER CASTILLA BARBOSA
SANDRA MILENA FORERO CHAVEZ**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2006**

**ALCANCES Y LIMITACIONES DE LOS INCENTIVOS EN EL SISTEMA
OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD EN
COLOMBIA**

**DENCY ALEXANDER CASTILLA BARBOSA
SANDRA MILENA FORERO CHAVEZ**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de
Especialista en Administración en Servicios de Salud**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2006**

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
2. METODOLOGÍA	6
2.1 FUENTES	6
3. MARCO REFERENCIAL	7
3.1 MARCO LEGAL	7
3.1.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS)	11
3.2 MARCO CONCEPTUAL	23
3.2.1 Calidad de la atención en salud	23
3.2.2 Incentivos	31
3.3 ALCANCES DE LOS INCENTIVOS	43
3.3.1 Incentivos al buen desempeño	43
3.4 LIMITACIONES DE LOS INCENTIVOS	50
4. CONCLUSIONES	55
BIBLIOGRAFÍA	52

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Distintivo de habilitación en el SOGCS	9
Figura 2. Costo de mejorar la calidad	25
Figura 3. Utilidad de los servicios en función de su calidad	26
Figura 4. Niveles de incentivos	42

RESUMEN

TÍTULO: ALCANCES Y LIMITACIONES DE LOS INCENTIVOS EN EL SISTEMA DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN COLOMBIA*

AUTORES: DENCY ALEXANDER CASTILLA BARBOSA
SANDRA MILENA FORERO CHAVEZ**

PALABRAS CLAVES: Calidad, Incentivos, acreditación, habilitación, auditoria, Colombia

DESCRIPCIÓN:

A través de la presente revisión se plantean una serie de elementos teóricos fundamentales que permiten conceptualizar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, promulgado por el Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006, expedido por el Ministerio de la Protección Social, el cual comprende cuatro componentes: Sistema de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información para la Calidad. Estas disposiciones se aplicarán a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Entidades Promotoras de Salud (EPS), Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), Entidades Adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada y Entes Territoriales (departamentos, distritos y municipios).

Esta revisión de tema permite analizar los alcances que han tenido los incentivos en el sistema de garantía de la calidad cuatro años después de su implementación, identificando aquellos que promueven o frenan el interés hacia las acciones de calidad y los que facilitan que la calidad se convierta en un valor en las organizaciones, mediante fuentes bibliográficas a través de documentos y portales de Internet. Además se pudo conocer más en detalle la legislación del Sistema de Garantía de Calidad en Colombia y la aplicación de incentivos en otros países.

Finalmente, se concluye que las reformas de la ley de garantía de la calidad deben apuntar a mejorar la implementación de los incentivos, de manera tal que realmente recompense el buen rendimiento en calidad y se sancionen las conductas contrarias a la misma, mayor utilización de las entidades de salud, fortalecer la tecnología, nueva mentalidad, nuevos conocimientos, actitudes y aptitudes en el personal de salud para brindar mayor calidad de atención en salud y una mayor satisfacción de los usuarios.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Salud. Especialización en Administración de Servicios de Salud.

SUMMARY

TITLE: REACH AND LIMITATIONS OF THE INCENTIVES IN THE SYSTEM OF GUARANTEE OF THE QUALITY IN COLOMBIA *

AUTHORS: DENCY ALEXANDER CASTILLA BARBOSA
SANDRA MILENA FORERO CHAVEZ **

KEY WORDS: Quality, Incentives, accreditation, qualification, audit, Colombia

DESCRIPTION:

Through the present revision they think about a series of fundamental theoretical elements that you/they allow to conceptualize the Obligatory System of Guarantee of the Quality in Health, promulgated by the Ordinance 1011 of April of 2006, 3 sent by the Ministerio de Protección Social which understands four components: System of Qualification, Audit for the Improvement of the Quality of the Attention in Health, Unique System of Accreditation and System of Information for the Quality. These dispositions will be applied to Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), Entidades Promotoras de Salud (EPS), Administradoras del Régimen subsidiado (ARS), Adapted Entities, Companies of Unearned Medicine and Territorial Entities (departments, districts and municipalities).

This topic revision allows to analyze the reaches that have had the incentives in the system of guarantee of the quality four years after its implementation, identifying those that promote or they brake the interest toward the actions of quality and those that facilitate that the quality becomes a value in the organizations, by means of bibliographical searches through documents and portals of Internet. One could also know more in detail the legislation of the System of Guarantee of Quality in Colombia and the application of incentives in other countries.

Finally, you concludes that the reformations of the law of guarantee of the quality should point to improve the implementation of the incentives, in such way that really rewards the good yield in quality and the behaviors contrary to the same, bigger use of the entities of health are sanctioned, to strengthen the technology, new mentality, new knowledge, attitudes and aptitudes in the personnel of health to offer bigger quality of attention in health and a bigger satisfaction of the users.

* * Work of Grade

** Ability of Health. Specialization in Administration of Services of Health.

INTRODUCCIÓN

El nuevo enfoque integral de la calidad, brinda un sistema de gestión que asegura que las entidades de salud satisfagan los requerimientos de los usuarios, y a su vez se haga uso racional de los recursos, de tal forma que se obtenga los mejores resultados de la atención en salud, cumpliendo con las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad¹.

El reconocimiento de una buena gestión de calidad, resulta esencial para mantener una posición competitiva en el mercado, y esto se realiza a través de estímulos, que pueden ser de carácter material (equipos), simbólico (reconocimiento), social (aceptación por parte de los usuarios), de poder o posición (prestigio), entre otros, los cuales pueden resultar un beneficio o recompensa, o un costo o castigo².

Cuando la ley 100/93 estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), definió la calidad como uno de los componentes principales; a partir de allí se inician una serie de reglamentaciones en el tema y en el año 2002 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud con el decreto 2309; el pasado 3 de abril, el decreto 1011 viene a complementar y profundizar dicho sistema de calidad, y a fines de mayo pasado se expiden las resoluciones 1043, 1445 y 1446 que reglamentan dicho decreto del sistema de salud colombiano.

¹ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006.

² GÓMEZ DE LEÓN, Patricia y PINTO, Diana. Incentivos para calidad en salud. Vía salud, 2001.

El problema en la implementación del SOGCS por parte de los prestadores radica en que un gran porcentaje hace referencia a la falta de estímulos del sistema que compensen los esfuerzos financieros invertidos en procesos de gestión de la calidad, ya que para lograrlo, además de lo anterior se requiere de un esfuerzo humano, lo cual estaría incrementando los costos. Es por eso que se hace necesario revisar los alcances que han tenido los incentivos que impulsen a los prestadores hacia la calidad.

En nuestro país, el sistema de salud tiene un modelo de competencia regulada, que opera gracias a la libre elección, libre competencia, Plan Obligatorio de Salud (POS), Unidad de Pago por Capitación (UPC), entre otros, lo cual permite que los agentes tengan dos opciones para sobrevivir en el mercado: competencia por aseguramiento; calidad y eficiencia en la prestación. Lo que se ha observado, es la inclinación de los actores por la eficiencia y la contención de costos, pero no se ha roto del todo el paradigma en el cual se considera a la calidad de los servicios de salud como un privilegio. De acuerdo con lo anterior, se hace necesario analizar los alcances que han tenido los incentivos en el sistema de garantía de la calidad cuatro años después de su implementación en un análisis que debe entender la relación entre incentivos y cultura de calidad, identificando aquellos que promueven o frenan el interés hacia las acciones de calidad y los que facilitan que la calidad se convierta en un valor en las organizaciones.

En la presente revisión de tema se analiza los incentivos que han operado desde la aparición del SOGCS y se plantean los nuevos incentivos del reciente Decreto 1011 de 2006, así como las modificaciones más relevantes al anterior Decreto 2309 de 2002.

Cuando las autoridades de la salud propusieron la calidad y la equidad como paradigmas de los programas de seguridad social en salud, sin duda pensaban con el deseo, pero estaban lejos de la realidad futura, al menos a mediano y corto plazo. Así se viene poniendo en evidencia que frente a los grandes esfuerzos de las autoridades de la salud para alcanzar la calidad, hay bondadosos resultados, a la vez que se aprecia que en lo que respecta a la equidad han sido vanos o poco fructíferos los esfuerzos, reflejándose en las notables distancias, cada vez mayores entre ricos y pobres, por el considerable aumento de estos últimos, al punto que sin eufemismos se acepta que esta población representa más de la mitad de la población mundial.

Se ha fijado como punto de referencia que la atención de salud del pobre es costosa desde todo punto de vista y ante la necesidad que tienen las instituciones de autofinanciarse dentro del marco del nuevo esquema de seguridad social vigente en casi todos los países, es no solo impráctico sino inconveniente abrir con mucha amplitud las puertas a esa población, mientras puede captarse la de mayores recursos generalmente perteneciente a régimen contributivo y subsidiado, que en el peor de los casos sufraga los costos de la atención. Lo cierto es, que en la práctica el régimen contributivo y el sector de la medicina prepagada, recibe atención de primera o segunda clase y del régimen subsidiado hacia abajo lo normal es que se les suministren servicios de tercera³; esto desde luego va en contravía con el espíritu de la Organización Mundial de la Salud y de la Ley 100 de 1993, con lo que se han comprometido hacer cumplir todos los gobiernos: no otra cosa que asegurar la equidad en el completo sentido de la acepción.

³ Rosenberg, Hernán and Andersson, Berna. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. En: *Panam Salud Publica*, Ago 2000, vol.8, no.1-2, p.118-125.

Sin duda que en la actualidad, la organización para la prestación de los servicios es más estricta, que la infraestructura de las instituciones, y se dispone de mejores equipos y tecnología, los recursos humanos son más calificados cada día, sin embargo, en el país se presenta dificultad con la accesibilidad, ya que existen muchas barreras y menos difícil la aplicación de los más recientes avances técnico-científicos; no hay dudas de que se ha avanzado extraordinariamente en esos campos, pero de otro lado la población pobre con posibilidades de recibir una atención ajustada a tan excelentes condiciones, es cada vez menor, casi pudiera decirse que pertenece a un estrato con limitados derechos y para el que es esquivada la calidad en la atención, por lo mismo que no puede sufragar costos de reposición por los servicios recibidos y deja por tanto de ser atractiva para la institución de salud.

En términos generales se acepta hoy, que no puede pretenderse ofrecer la calidad si los trabajadores de la empresa no están entrenados para garantizarla; esto significa una indiscutible labor de equipo en el cual todos sin excepción, deben estar compenetrados de este compromiso, para lo cual es indispensable la educación continua sobre objetivos, propósitos y obligaciones de la institución, dirigidos para lograr esa satisfacción del cliente o usuario del servicio.

1. OBJETIVO

Determinar los alcances y limitaciones de los incentivos para la calidad del SOGCS, con el propósito de visualizar el actual panorama de la cultura de la calidad de los servicios de salud en Colombia, así como los retos a los cuales se enfrentan las entidades de salud.

2. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la calidad en salud en Colombia, específicamente de incentivos para garantizar la calidad en el Sistema de Salud, en diversas fuentes, utilizando buscadores. Para dicha búsqueda se utilizaron diversos descriptores y portales.

2.1 FUENTES

Las fuentes utilizadas en Internet fueron:

- A través de buscadores como Google, Altavista, Yahoo.
- Descriptores: incentivo de calidad en salud, Decreto 1011, Decreto 2309, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
- Páginas: www.scielosp.org; www.minproteccionsocial.gov.co; www.chg.org.co;

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO LEGAL

La necesidad de contar con un Sistema de Garantía de Calidad (SGC) en Colombia, se inició en 1993 con la promulgación de la Ley 100 de 1993, la cual marcó el más profundo cambio que se haya podido registrar en el Sistema de Salud de toda la historia del país.

Esta Ley desarrolla ampliamente el principio de eficiencia, el cual busca un mejor funcionamiento de cada una de las instituciones, y se apoya en la consolidación del proceso de descentralización y en el fortalecimiento de la participación más amplia y mejor calificada del sector privado y de los usuarios de los servicios.

El fomento de la competencia entre los proveedores y aseguradores y la libre elección de las personas que se establece en la ley, pretende que se convierta en garantía de servicios más oportunos y de mejor calidad.

Así mismo, la Ley 100 fomenta en los prestadores de servicios de salud el mejoramiento de la infraestructura y la introducción de instrumentos de gestión como el sistema de costos, la auditoría médica y el control de calidad.

Después de un estudio relacionado con el diseño de los instrumentos que hicieran viable el desarrollo del SGC, se convirtieron en norma mediante el Decreto 2309 de 2002, que definió el primer Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud que tuvo el sistema de salud colombiano.

Cuatro años más tarde el Sistema General de Seguridad Social en Salud reformó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de Salud SOGCS - con la expedición del Decreto 1011 del Ministerio de Protección Social, el pasado 3 de abril de 2006 y el 19 de mayo fueron publicadas las resoluciones 1043, 1445 y 1446 que reglamentan dicho decreto.

Comparando el Decreto 2309 de 2002 con el Decreto 1011 de 2006, no hay cambios fundamentales; sin embargo éste último decreto trata de profundizar y aclarar algunos aspectos tendientes a lograr un avance en la implementación de procesos de calidad en el sector salud. Este decreto anexa nuevos estándares de habilitación y acreditación, además precisa la competencia de las direcciones territoriales de verificar y certificar los servicios habilitados y la obligación de que el personal encargado de la verificación cuente con entrenamiento a través de convenios con universidades. En la auditoría, se mejora el cualificar la calificación de IPS, como respuesta a algunas quejas por abuso de algunas entidades territoriales cuando realizan la verificación de los estándares de calidad. Además en este decreto se efectuaron cambios en lo relacionado a la habilitación y acreditación de entidades de tipo ambulatorio como Laboratorio Clínico, Centro de Imágenes Diagnósticas, Centros de Rehabilitación y Centros de Estética.

La ampliación del tiempo de renovación de la habilitación pasó de 3 a 4 años. La inscripción de cada prestador en el Registro Especial tendrá una vigencia de 4 años (el decreto anterior lo estipulaba para 3 años), a partir de su radicación en el ente territorial, y una vez se cumpla la vigencia de su habilitación podrán renovarla, de acuerdo con los lineamientos del Ministerio.

Con la nueva reglamentación se creó un distintivo de habilitación, el cual

garantiza a los usuarios que el prestador esté inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios del ente territorial.

Figura 1. Distintivo de habilitación en el SOGCS



Con la nueva reglamentación, se creó la Unidad Sectorial de Normalización, una instancia nueva para el sector salud, que busca resolver una inquietud natural en un sistema de calidad, muy propia de los sistemas de acreditación, como es la construcción, revisión, actualización y formulación de estándares: “En la medida en que las instituciones avanzan en sus procesos de calidad, los estándares deben aumentar su exigencia. Es posible también, como de hecho ocurre en nuestro sistema, que se necesite aumentar la cobertura de

los temas tratados, por ejemplo: en acciones de promoción y prevención, salud pública, seguridad del usuario, entre otros”⁴.

El Decreto 1011 de 2006, dentro del SOGCS creó la Unidad Sectorial de Normalización en Salud, instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Los estándares de calidad propuestos por esta Unidad se considerarán recomendaciones técnicas de voluntaria aplicación por los actores del SOGCS, que podrán ser adoptados mediante acto administrativo por el Ministerio de la Protección Social, en cuyo caso tendrán el grado de obligatoriedad que éste defina.

Mediante el Decreto 1011 de 2006, será implementado por el Ministerio de la Protección Social el Sistema de Información para la Calidad, con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector, y al mismo tiempo, orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), de manera que puedan tomar decisiones informadas al ejercer sus derechos en el sistema de salud.

Las disposiciones del SOGCS se aplicarán a IPS, EPS, ARS, Entidades adaptadas. Empresas de Medicina Prepagada y entes territoriales (departamentos, distritos y municipios); asimismo, a prestadores que operen en cualquier régimen de excepción, excepto a instituciones de salud de las fuerzas militares y la Policía, que podrán acogerse de manera voluntaria al

⁴ MUÑOZ LÓPEZ, Olga Lucía. Sistema de calidad en salud colombiano ha avanzado mucho. En: El Pulso. No. 93, Junio de 2006. p. 7.

SOGCS, y de manera obligatoria, cuando quieran prestar servicios de salud a EAPB, IPS o entes territoriales.

Las acciones del SOGCS se orientarán al mejoramiento de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o documentación de procesos. Para evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, el SOGCS deberá cumplir con las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

3.1.1 Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en Salud (SOGCS).

Se entiende por Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Componentes del SOGCS. Los componentes que conforman el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social son:

- El Sistema Único de Habilitación
 - La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud
 - El Sistema Único de Acreditación
 - El Sistema de Información para la Calidad
-
- **Sistema Único de Habilitación.** El Sistema Único de Habilitación, es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de habilitación, indispensables para la entrada y permanencia en el

sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales.

Condiciones básicas de habilitación. Son condiciones básicas de habilitación, la capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, cuyos objetivos son reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud; posibilitar la estabilidad financiera de las IPS y ARS, EPS, en el mediano plazo, su competitividad, liquidez y cumplimiento de las obligaciones en el corto plazo; el cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal y de los requisitos administrativos y financieros que le permitan demostrar que cuenta con un sistema contable.

Registro especial de prestadores de servicios de salud. Es la base de datos del Ministerio de Salud y las Secretarías de Salud departamentales o municipales, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se encuentran habilitados.

El primer paso que debe realizar es la autoevaluación de las condiciones exigidas para la habilitación, con el fin de verificar su pleno cumplimiento. Posteriormente presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante la Secretaría de Salud Departamental o Municipal, para efectos de su inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. A través del formulario, el prestador declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación descritas antes.

La inscripción de cada prestador en el Registro Especial tendrá una vigencia de 4 años, a partir de su radicación en el ente territorial, y una vez se cumpla

la vigencia de su habilitación podrán renovarla de acuerdo con los lineamientos del Ministerio de la Protección Social (MPS)

Para actualizar el Registro Especial de Prestadores, el MPS establecerá el “Formulario de Reporte de Novedades”, cuya información será remitida por los entes territoriales, incluyendo sanciones, impuestos, así como procesos de investigación en curso y medidas de seguridad impuestas y levantadas.

Los entes departamentales y distritales de salud verificarán el cumplimiento de las condiciones exigibles a los prestadores y de los estándares de habilitación, conforme al plan de visitas establecido; éstas las realizará un equipo humano interdisciplinario responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para habilitación, así como las demás actividades relacionadas con el proceso.

Los entes territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los 4 años de vigencia del registro de habilitación y no se aceptarán planes de cumplimiento a los que no cumplan con los estándares.

Una vez verificado el cumplimiento de condiciones de habilitación, el ente departamental o distrital de salud enviará en 15 días hábiles a partir de la visita de “Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación”. Además se podrá revocar la habilitación obtenida, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento.

Una vez otorgada la habilitación se le entregará a los prestadores un distintivo que identifica los servicios habilitados y el certificado de habilitación.

Para el caso de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPBL (Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada), la habilitación se otorgará por un término indefinido, pero éstas deberán mantener y actualizar permanentemente los requisitos exigidos. Será la Supersalud la encargada de vigilar y controlar el mantenimiento de esas condiciones de habilitación, con base en el procedimiento establecido por el MPS para la verificación, registro y control permanente de condiciones de su habilitación, tanto para aquellas en operación como para nuevas; la Supersalud informará al Ministerio el resultado de las visitas y consolidará la información de habilitación de estas entidades. La Supersalud también podrá revocar su habilitación cuando incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento; ese incumplimiento dará lugar a sanciones.

La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilidadación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, IPS, EPS, ARS, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica:

- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.

- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas, con respecto a los parámetros previamente establecidos.

Las EPS y ARS deben establecer acciones y mecanismos que permitan evaluar en forma previa las acciones y mecanismos utilizados por las IPS para autocontrolar los estándares e indicadores de calidad de los procesos prioritarios de prestación de servicios, definidos en forma conjunta para ser recibidos por los afiliados a la EPS. Deberán precisar en forma clara el proceso de seguimiento y monitoreo de las acciones y mecanismos de auditoría implementados por las IPS, al igual que las acciones y mecanismos para utilizar en caso de presentarse eventos no previstos o de no acuerdo en lo pactado previamente.

La auditoría externa se realiza bajo el prototipo del control de segundo orden. Constituye un tipo de control que promueve auditar lo auditado, es decir, evaluar el autocontrol efectuado por las organizaciones. Su objetivo consiste en permitir que las instituciones mejoren su desempeño, ya que se logran los resultados deseados promoviendo el buen funcionamiento de las organizaciones y fortaleciendo la actividad primaria de control (autocontrol y auditoría interna). Su implementación requiere pasar de relaciones estratégicas de dominación, a relaciones comunicativas de alineamiento de intereses. Estas son relaciones basadas en el respeto mutuo, en las que cada parte reconoce el valor de la contribución al otro y por lo tanto está dispuesta a conversar y a negociar; su condición esencial es la actitud de diálogo.

El modelo de auditoría será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las entidades, con énfasis en los aspectos según el tipo de entidad (EAPB, IPS, o entes departamentales, distritales y municipales de salud), y con base en pautas del MPS.

Para el caso de las EAPB se establecerá un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud que comprenda como mínimo los procesos de autoevaluación de la red de prestadores de servicios de salud y atención al usuario. En relación con las IPS, incluirá como mínimo la autoevaluación del proceso de atención de salud y atención al usuario.

Es importante tener en cuenta, que en cuanto a la responsabilidad, la auditoría para el mejoramiento de la calidad, debe tomar como primera consideración la salud y la integridad del usuario, y el auditor en ningún momento puede poner en riesgo con su decisión, la vida o integridad del paciente.

▪ **El Sistema Único de Acreditación.** Son el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto-evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, EAPB y direcciones departamentales, distritales y municipales que voluntariamente acojan este proceso.

Todo prestador y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación.

La acreditación es una metodología con amplios antecedentes en el campo internacional, con efectos demostrados de mejoramiento. Su implantación en

Colombia se da después de un amplio análisis de las experiencias internacionales, lo cual hace que lo aplicado reúna lo mejor de dichas experiencias, adaptándolas a las características propias del país⁵.

La puesta en marcha del Sistema Nacional Único de Acreditación en Salud es una de las formas mediante las cuales el Estado puede de manera indirecta, en su calidad de ente gobernante, lograr la obtención de un resultado favorable en cuanto a la calidad de los servicios de salud.

El Sistema Nacional Único de Acreditación, a lo largo de 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 los incentivos legales.

Varios estándares utilizados en el Sistema Nacional Único de Acreditación en Salud buscan una mejor utilización de los recursos, humanos, técnicos y administrativos de las instituciones que se someten al proceso de acreditación, lo cual se traduce en eficiencia. Los estándares han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad.

El Sistema Único de Acreditación se orientará por los principios de confidencialidad, eficiencia y gradualidad, y estará liderado por una entidad acreditadora seleccionada por el Ministerio de Protección Social que será responsable de conferir o negar la acreditación y aplicar el sistema de la acreditación con base en lineamientos del Ministerio.

⁵ MUÑOZ LÓPEZ, Olga Lucía. Sistema de calidad en salud colombiano ha avanzado mucho. En El Pulso. Medellín, Junio de 2006.

La entidad acreditadora aplicará los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que proponga la Unidad Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de Protección Social, los cuales deberán revisarse y ajustarse de ser necesario, por lo menos cada 3 años.

- **El Sistema de Información para la Calidad.** Fue diseñado con el objeto de monitorear, orientar, referenciar y estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector, y al mismo tiempo, orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema en el ejercicio de sus derechos y deberes, y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas al ejercer sus derechos en el sistema de salud. Sus principios son: gradualidad, sencillez, focalización, validación y confiabilidad, participación y eficiencia.

- **Gradualidad.** La información que debe entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en lo relacionado con el tipo de información que se recolectará y se ofrecerá a los usuarios.

- **Sencillez.** La información se presentará de manera que su capacidad sea comprendida y asimilada por la población.

- **Focalización.** La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de IPS de la red, con base en criterios de calidad.

- **Validez y confiabilidad.** La información será válida en la medida en que efectivamente presente aspectos centrales de la calidad y confiable en cuanto mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
- **Participación.** En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del SGSSS.
- **Eficiencia.** Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

El Ministerio ajustará periódicamente y de manera progresiva, los estándares de los diversos componentes del SOGCS, de conformidad con el desarrollo del país, los avances del sector y los resultados de evaluaciones de entes territoriales y la Superintendencia de Salud.

Son entidades responsables del funcionamiento del SOGCS: el Ministerio de Protección Social, la Superintendencia de Salud y los entes departamentales, distritales y municipales de la salud.

Operacionalización de los incentivos. El punto de partida esencial para conducir un sistema hacia la garantía de la calidad es la evaluación. Esta evaluación se requiere tanto en el sistema en general de una organización, como en cada individuo en particular. Cada vez es más evidente la necesidad de datos objetivos para la toma de decisiones de quienes definen políticas y asignan recursos, quienes dirigen una organización y quienes prestan el servicio.

La evaluación de calidad puede tener múltiples propósitos y ésto implica el diseño de múltiples instrumentos congruentes, acorde con las necesidades y

prioridades definidas en el país. Vale la pena destacar algunas de ellas: defender a los usuarios al establecer requisitos indispensables para funcionar; garantizar la regularidad y asegurar que los ciudadanos y empleados de una institución de salud no estén expuestos a desechos contagiosos u otros riesgos; verificar que se cumplan las especificaciones en equipos e insumos que se utilicen en la atención. Ahora bien, si ya hay un determinado nivel de calidad se hará necesario vigilar el cubrimiento de acciones cuando estén produciendo cambios; con el fin de mejorar la calidad se medirá el impacto para saber qué estrategias son efectivas; se asignarán recursos limitados de acuerdo con los logros en calidad o para identificar las mejores prácticas y hacerlas posibles.

Es indispensable la definición de indicadores y estándares que permitan comparar el desempeño del sistema frente a lo deseado, para encontrar fallas, corregir las deficiencias y lograr el resultado que se espera de la atención: el mejoramiento de las condiciones de salud.

Las estrategias de evaluación para garantía de calidad más conocidas, son aquellas evaluaciones externas de prestadores de servicios: licenciamiento, certificación, y acreditación de prestadores de servicios de salud. Todos estos instrumentos buscan definir unos estándares de lo que se considera calidad, lograr una evaluación objetiva de su cumplimiento y, establecer un límite mínimo o bien un ideal superior que vaya jalonando el mejoramiento de los prestadores de servicios, sean personas o instituciones.

Una vez superadas todas las evaluaciones anteriormente mencionadas, es necesario ofrecer un estímulo especial, a aquellas entidades prestadoras que hayan alcanzado este objetivo, para que se motiven a continuar con el proceso de mejoramiento de la garantía de calidad, las cuales se plantearán a través de este capítulo.

Normatización del SOGCS

Entidades que vigilan el cumplimiento del SOGCS. La inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Habilitación es responsabilidad de direcciones departamentales y distritales de salud, por medio de visitas de verificación, correspondiendo a la Superintendencia de Salud vigilar que los entes territoriales de salud ejerzan dichas funciones.

La Superintendencia de Salud también harán vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría por parte de las IPS en su jurisdicciones, simultáneamente con las visitas de habilitación.

La Supersalud ejercerá vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría de las EAPB y entes departamentales, distritales y municipales de salud. Tanto éstos como la Supersalud, podrán realizar visitas de inspección y solicitar la información pertinente.

En caso de incumplimiento, aplicarán acciones y sanciones. Para la inspección, vigilancia y control del Sistema Único de Acreditación, la Supersalud diseñará y aplicará los procedimientos de evaluación y supervisión técnica.

La inspección, vigilancia y control del contenido, calidad y reporte de información del Sistema de Información para la Calidad, estará a cargo de direcciones departamentales y distritales, y de la Supersalud.

Razones por las que es necesario acreditarse las entidades administradoras de planes de beneficios y a los prestadores. Para mejorar su competitividad en el mercado y aumentar la eficiencia, evitando así costos de no-calidad, como consecuencia de la utilización inadecuada de recursos, y/o fallas en el

impacto de la atención de salud atribuibles a deficiencias en la calidad de la prestación del servicio y/o insatisfacción de los usuarios. Lo anterior repercutirá en la preferencia de los usuarios hacia entidades acreditadas.

¿Por qué el gobierno promueve esta estrategia?

- Debido al compromiso con el mejoramiento de la eficiencia del sistema;
- Porque contribuirá de manera importante a mejorar el nivel de salud en la población;
- Es una estrategia para mantener al país a la vanguardia de los sistemas de salud en América Latina y volverse competitivo con los demás países del mundo en el entorno actual de globalización del mercado de la salud;
- Para fortalecer derechos fundamentales de los usuarios a través del fomento de la libre escogencia y la difusión de información.

¿Por qué les interesa a los ciudadanos? El aumento de la eficiencia en este sector influirá en la calidad de la atención al usuario y el acceso a los servicios. De igual manera, incrementará la seguridad que se le brinda al paciente durante su atención en las IPS y entidades administradoras de planes de beneficios acreditadas.

Asimismo, el usuario podrá escoger entre los mejores, para lo cual recibirá información clara y herramientas que le permitirán hacer una selección con base en datos reales y mensurables, de la calidad de los servicios ofrecidos por prestadores y aseguradores; y así podrá tomar libremente la decisión de permanecer o trasladarse a recibir servicios en otras entidades acreditadas.

3.2 MARCO CONCEPTUAL

3.2.1 Calidad de la atención en salud. De conformidad con lo expresado en el artículo 4 del Decreto 2309 del 15 de Octubre de 2002, por el cual se define el Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, el Gobierno Nacional ha establecido que el concepto de atención en salud se refiere al conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población⁶.

Lo anterior significa que el concepto de atención en salud, y el proceso de mejoramiento de la calidad, deben trascender en su alcance el ámbito de los servicios asistenciales. En efecto, el cuidado de la salud de los colombianos debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurren el sector salud, los usuarios de los servicios, y los diversos sectores productivos del país.

La atención en salud, como parte del proceso de cuidado de la salud, comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios; las EPS, ARS, a las Entidades Adaptadas, a las Entidades de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de salud, y a las IPS, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura.

⁶ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de Abril 3 de 2006. Art. 2.

De acuerdo con lo anterior, en el propósito común de garantizar la calidad de la atención en salud concurrirán, de acuerdo con sus objetivos y competencias, todas las organizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Según Donabedian⁷, la calidad es "el grado por el cual, los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud". A su vez y en su opinión "la calidad es una propiedad, que la atención médica puede poseer en grado variable"

Además de lo anterior, señala tres puntos de vista diferentes según los elementos que la integran (aspectos técnico-científicos, interpersonales y del entorno), los factores resultantes (grado de atención, costos y riesgos y beneficios) y quién la define. Desde una óptica exclusivamente científica, técnica o profesional, la calidad de la atención médica sería el grado en que se consiguiera restaurar la salud de un paciente teniendo en cuenta solamente la ciencia y la tecnología médicas. En este caso, la atención médica de calidad se definiría como el tratamiento que alcanzara el mejor equilibrio entre los beneficios y los riesgos. Cuando, desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención médica, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y riesgos que comporte la asistencia.

La calidad se sustenta en siete pilares: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad,⁸.

⁷<http://www.itaes.org.a>.

⁸ DONABEDIAN, Avedis. Los siete pilares de la calidad. En: Calidad asistencial, 2001. Arch Pathol Lab. Med. 1990; 114: 1115-8.

Eficacia. Es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar.

Efectividad. Es la mejora de salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana.

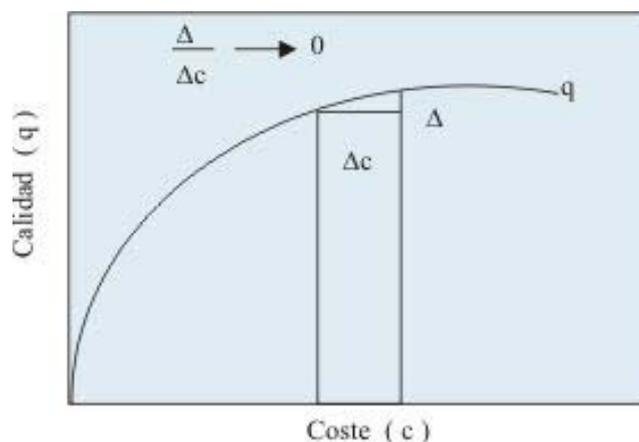
Eficiencia. Es la máxima mejora en la salud que se pueda obtener con el menor costo.

Optimización. La optimización se convierte en un tema importante cuando los efectos de la atención no se valoran en términos absolutos, sino relativos al costo de la asistencia.

Para el caso, de la producción de bienes y servicios, la selección del nivel óptimo de calidad es uno de los problemas más difíciles de resolver. Los factores que determinan el nivel óptimo de calidad son el costo de calidad de los servicios y los beneficios obtenidos.

La relación entre calidad y costo probablemente sigue una distribución de “U” invertida como se observa en la Figura 2.

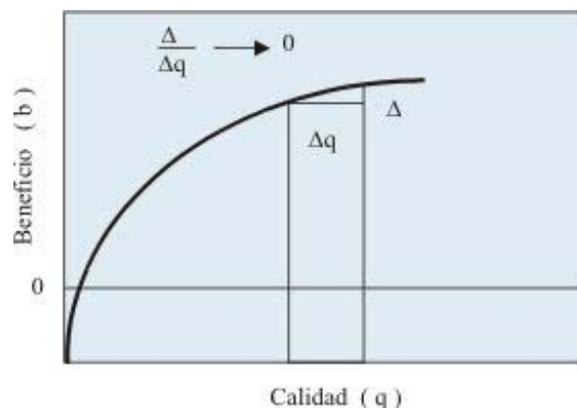
Figura 2. Costo de mejorar la calidad



Fuente: periódico El Pulso. Mayo de 2003.

Las mejoras cualitativas son relativamente baratas, pero gradualmente su costo marginal se incrementa hasta un punto tras el cual el aumento de los recursos puede disminuir la calidad. Esta disminución puede obedecer, por ejemplo, a poca comunicación y cooperación entre los profesionales, a los riesgos iatrogénicos asociados al incremento en el uso de tecnología sofisticada y al tiempo perdido por los clientes. Entretanto, la relación entre los beneficios obtenidos (utilidad) y la calidad, se comporta de forma algo diferente (ver Figura 3). La calidad muy deficiente puede llevar a problemas iatrogénicos, pérdida de confianza en el sistema sanitario y retrasos en acudir al sistema. Cuando la calidad mejora, se alcanza un punto tras el cual modestos incrementos en calidad producen grandes beneficios. Esto se observa en los países desarrollados donde grandes mejoras en la salud de la población pueden no resultar costosas, dado que los recursos se invierten acertadamente. Gradualmente, la ley de rendimientos decrecientes se hace operativa, es decir, la utilidad marginal del servicio decrece más y más para cada incremento sucesivo en la calidad. Por ejemplo, el incremento de la utilidad marginal para la confiabilidad de un diagnóstico del 70% al 90% por el uso de más ayudas diagnósticas puede ser mayor, mientras que un incremento del 90% al 95% puede ser excesivo, si esta diferencia no cambia el tratamiento a utilizar en ningún caso.

Figura 3. Utilidad de los servicios en función de su calidad



Fuente: periódico El Pulso. Mayo de 2003.

Los profesionales de la salud pueden unirse al consumidor para reclamar una alta calidad más que una calidad óptima. Esto es especialmente cierto si los profesionales de la salud no son empresarios privados, sino que trabajan para un sistema que les ayuda a olvidarse de los costos. En resumen, desde del punto de vista económico, es posible definir un área dentro de la cual puede asentarse la calidad de los servicios de salud. Esta área es donde la utilidad marginal excede al coste marginal.

Aceptabilidad. Se define como la adaptación de la atención a los deseos, expectativas a los valores de los pacientes y sus familias. Los componentes de la aceptabilidad son: accesibilidad, relación médico-enfermo, confort, preferencias del paciente sobre los efectos de la atención; preferencias del paciente sobre los costos de la atención.

Legitimidad. Aceptabilidad de la atención por parte de la comunidad o la sociedad en general.

Equidad. Es el principio por el que se determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población.

Mediante la norma del marco reglamentario del Sistema de Garantía de Calidad, Colombia ha adoptado, tanto para el Sistema General de Seguridad Social en Salud como para el sector salud, la siguiente definición de *Calidad de la Atención en Salud*:

Es la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. Esta definición contiene varios elementos que se deben analizar: en primer término, se concede una gran importancia a la

accesibilidad y la **equidad** como condiciones complementarias entre sí, e indispensables para contribuir al logro de resultados deseables en salud. En efecto, el primer reto en materia de calidad de un servicio, en cualquier sector de la economía, consiste en garantizar el acceso a la población usuaria. Adicionalmente, en la medida en que el acceso se restrinja a cualquier grupo humano de esa población, los resultados diferenciales serán una prueba de la inequidad de dichos servicios. En este contexto, resulta de singular importancia la acción coordinada entre las EPS, las IPS y las Entidades Territoriales de Salud.

En segundo lugar, el concepto de “**nivel profesional óptimo**” debe entenderse como el resultado de la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso, entre los cuales se cuentan: la suficiencia e idoneidad del recurso humano, tanto administrativo como asistencial en el ámbito integral de la atención en salud, el cumplimiento de las condiciones básicas de infraestructura física y de dotación en todas las instalaciones en las cuales se atiende a los usuarios, el mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y los equipos, la seguridad de los procesos de atención, y la continuidad de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Igualmente, se incluyen en este concepto la eficacia y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible.

La definición también hace referencia a la necesidad de tomar en consideración los **recursos disponibles**, lo cual significa que la calidad no puede ser ajena a la eficiencia. Efectivamente, no se trata de obtener calidad a cualquier precio porque ello iría en detrimento del acceso y la equidad, en la medida en que se desperdiciarían recursos valiosos, necesarios para prestar servicios de salud a un mayor número de personas.

Este concepto es válido también para el Sistema de Garantía de Calidad en sí mismo, porque no se justifica que el costo de mejorar la calidad resulte superior al costo de la mala calidad.

Finalmente se incorpora, como un elemento transversal del concepto de calidad, la perspectiva de una **atención en salud centrada en el usuario**, como la racionalidad que debe orientar el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en el concepto de garantía de calidad. De acuerdo con la definición se considera que la adhesión y satisfacción del usuario son los resultados esperados de la atención en salud.

La búsqueda de la calidad de la atención representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud. Ofrecer un servicio profesional es, ni más ni menos, que la elaboración progresiva de un conjunto de acuerdos imprescindibles para que la intervención profesional pueda llevarse a cabo. Representa una instancia realmente creativa, ya que integra aspectos técnicos – conceptuales y de comportamiento. No es otra cosa que lograr en la realidad que el paciente tome la decisión de elegir el servicio y la ejecute en consecuencia.

Para ello debemos empezar por analizar qué es lo que se tiene para ofrecer a los potenciales usuarios y qué herramientas se cuentan para ejecutarlo. Como oferente de un servicio, el profesional y las instituciones poseen una amplia gama de herramientas específicas a utilizar para detectar oportunidades y aumentar la cantidad de usuarios satisfechos.

La propuesta de servicio debe orientarse a resolver los problemas del usuario y a agregarle valor al mismo como individuo. El verdadero desafío en esta etapa es comprender que cada usuario está ubicado mental y conceptualmente en planos diferentes.

Si el marco competitivo funciona adecuadamente, debe producir los efectos buscados tanto en términos de eficiencia como de calidad, ya que cada una de las diferentes entidades de salud, tomarán las acciones que consideren necesarias para minimizar sus costos, sin afectar los niveles mínimos de calidad establecidos. Justamente, dentro de un marco competitivo que funcione adecuadamente, las entidades que no logren los dos objetivos anteriores tienden a salir del mercado, así mismo, el que no minimice sus costos incurrirá en pérdidas, puesto que no se los podrá cargar posteriormente al usuario. Similarmente, la entidad que no mantenga la calidad perderá sus clientes.

Si, por el contrario, el marco competitivo no funciona, las entidades tomarán las acciones que consideren necesarias para maximizar su utilidad, independiente de si tales acciones tienen un efecto positivo sobre la calidad y la eficiencia. Su tarea estará orientada al aprovechamiento de todas las ventajas disponibles en el marco regulador de la operación, que permitan maximizar la utilidad, aún si tal aprovechamiento carece de efectos positivos sobre la calidad y la eficiencia.

A pesar de que el SOGCS lo contempla, ha habido falencias en la operativización, que no solo se basa en la falta de la cultura de la calidad, sino en una serie de factores que dificultan que estos atributos se lleven a cabo. Dentro de los factores que intervienen existen: competitividad – calidad – costo, rigidez administrativa, modernización, falta de preparación en los directivos, resistencia al cambio, servicios no rentables, entre otros.

A un futuro, el SOGCS busca hacer seguimiento en cifras reales a cada uno de los pilares de la calidad mencionados anteriormente, haciendo uso de la información recopilada en las diferentes IPS.

3.2.2 Incentivos. Partiendo de diferentes definiciones de incentivos y de sus elementos comunes, tal como lo afirma Sappington⁹, el cual define un incentivo como un estímulo que, al aplicarse a un individuo, organización o sector, mueve, incita o provoca una acción. Concretamente, el incentivo es la posible consecuencia de la acción misma.

Los incentivos permiten cierto grado de libertad para que los agentes elijan si emprenden una acción o no. La teoría social cognitiva explica que la operación de un incentivo se basa en que la conducta es regulada por sus efectos, es decir, las consecuencias de una respuesta influyen en la motivación de realizar una actividad determinada¹⁰. Al haber una expectativa sobre el resultado de una acción, se selecciona la pauta de comportamiento dentro de las posibilidades o capacidades percibidas. Esta expectativa puede ser de carácter material, simbólico, social, de posición o de poder, y pueden tener un carácter positivo –cuando premian a quien muestra el comportamiento deseado– o negativo –cuando castigan a quien se desvía de dicho comportamiento-. La intensidad de la motivación hacia la acción, está dada por la percepción de la probabilidad de obtener los resultados esperados y por la valoración que se le dé a los mismos.

Sistema de incentivos para garantía de calidad. “Es el sistema que permite, 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”¹¹.

⁹ SAPPINGTON, David. Incentives in principal. Agent relationships. En: American Economic Associative. Vol. 5 de 1991. p. 45-66.

¹⁰ BANDURA, A. Pensamiento y Acción. Madrid: Martinez Roca, 1987.

¹¹ DONABEDIAN, Avedis. Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. En: Salud Pública. México, 1993. Vol. 35 No. 1.

Niveles de operación de los incentivos. Todo sistema de incentivos contempla tres niveles:

- El nivel de macrogestión (Nivel macro): desarrollado en las políticas y normatividad, la estructura del sistema de financiamiento;
 - El nivel de mesogestión (Nivel meso): ámbito sectorial, ínter e intrarrelaciones de los agentes concurrentes en el sector; y
 - El nivel de microgestión (Nivel micro): lo que sucede en las instituciones.
- **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 o agentes, el juego y sus reglas.

Si el marco global establecido está incorrectamente conceptualizado, o si sus señales son erradas, 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.

La equidad en salud implica que idealmente todos deben tener la justa oportunidad para atender su total potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja para lograr este potencial, si esto puede ser evitado. En consecuencia la equidad en la atención en salud significa igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; igual calidad de atención

para todos. Así mismo, la equidad en el acceso se refiere no sólo a la hipotética disponibilidad de recursos o a la cobertura, sino también a la utilización efectiva de estos servicios, de acuerdo con los parámetros de necesidad. Desde este punto de vista, el significado de la política para la equidad y salud no consiste en eliminar todas las posibles diferencias en salud de tal manera que todos tengan el mismo nivel y calidad de salud, sino reducir o eliminar aquellas que resultan de factores que son considerados como evitables e injustos¹².

Los incentivos en este nivel tienen que ver, fundamentalmente, con la correcta alineación entre los mecanismos utilizados y el comportamiento deseado, para evitar que se generen señales contradictorias o incentivos perversos que puedan inducir acciones indeseables. Los mecanismos de contratación, los sistemas presupuestarios aplicados a las entidades públicas, los esquemas de subsidio establecidos para los casos en que ellos sean indispensables, entre otros, son ejemplos de incentivos propios del nivel de macrogestión¹³.

El marco regulatorio está dirigido a subsanar los problemas que puedan afectar, en la práctica, la existencia o aplicación de las tres condiciones fundamentales para la competencia: libre elección, libre concurrencia y disponibilidad de información. En los modelos de competencia regulada en el sector salud, se incluye también la regulación dirigida a minimizar la selección de riesgos.

¹² www.revmed.unal.edu.co

¹³ ORDOÑEZ NORIEGA, Sara; BUSTAMANTE GARCÍA, Mauricio Alberto JIMÉNEZ GUTIÉRREZ, José Ancízar. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud. Informe final revisión de experiencias. Volumen II. Ministerio de Salud, 2000.

La libre competencia. La Ley 100 establece incentivos de diversa naturaleza para estimular la libre entrada y la permanencia de un número amplio de agentes concurrentes. Se busca prevenir la conformación de monopolios u oligopolios, de eliminar barreras a la entrada de nuevos competidores y, de vigilar las condiciones operacionales de los agentes a efecto de que, por una parte, cumplan las normas en materia de calidad y precio y, por la otra, se desarrollen prácticas seguras desde el punto de vista financiero, que minimicen la probabilidad de falla. Con esto último se trata de proteger al consumidor y además, de evitar que el colapso financiero de un número apreciable de agentes deje el mercado reducido súbitamente a un número pequeño de concurrentes.

La libre elección. La Ley 100 otorga a los usuarios la libertad de elegir la EPS ó ARS 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 seleccionar 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.

La disponibilidad de información. Las estrategias fundamentales 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. Este mecanismo se regula implícitamente.

- Se establece una tarifa única o un pago (UPC), buscando así que tampoco sea fácil manipular a los usuarios a través del precio del producto.

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

Normas contra la selección. El proceso de afiliación y desafiliación se regula para limitar la capacidad de los agentes de seleccionar riesgos. Esto incluye la abolición de las preexistencias, la regulación de las tácticas de mercadeo, normas sobre períodos de afiliación y semanas mínimas de cotización, garantías de renovación de la afiliación, los ajustes de riesgos incluidos en el pago por capitación y el reaseguramiento¹⁴. Además se prohíben comportamientos que discriminen a cualquier persona por causa de su estado de salud previo, actual o potencial, que impongan barreras a la afiliación o que promuevan la desafiliación. También se establecen pautas para vigilar posibles comportamientos de selección, como que la composición promedio ponderada no sea menor del 5% para personas mayores de 60 años y no menos del 20% para mujeres entre los 15 y los 44 años¹⁵.

¹⁴ Ley 100 Arts. 162, 164, 167, 168, 182, 183, 207, 297, Acuerdo 1094 Art. 9.

¹⁵ ORDÓÑEZ, Op. Cit. p 42.

La estandarización del producto a través de los Planes de Beneficios también limita la capacidad de las EPS para diferenciarse unas de otras o de diseñar paquetes de servicios que atraigan a pacientes de menor riesgo.

Normas encaminadas a garantizar la Calidad. El Sistema de Garantía de la Calidad (SGC) busca establecer estándares mínimos de calidad, generar información sobre la calidad y promover el desarrollo de la capacidad de las instituciones para el mejoramiento de la calidad¹⁶. Para el logro de estos objetivos define los siguientes instrumentos: los requisitos esenciales como definición de las condiciones mínimas de estructura para permitir el funcionamiento de un prestador; el sistema de información; la auditoría médica para tener un sistema de seguimiento permanente de la prestación de servicios; y la acreditación para buscar el mejoramiento de las instituciones.

Los mecanismos e incentivos. El SGSSS ha establecido pautas de comportamiento para los diferentes actores del sistema y políticas de información dirigidas a facilitar la competencia. A continuación se aplicará el modelo general de incentivos en un sistema de competencia regulada para responder a la pregunta de si existen en Colombia, incentivos para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Los elementos del SGSSS son los siguientes:

- **Los actores del mercado.** Los usuarios, los agentes (EPS, IPS) y las autoridades de dirección, vigilancia y control.

- **El marco regulatorio.** La libre elección,

¹⁶ Decreto 2174, 1994; Decreto 2753 de 1997; Res. 4252 de 1997.

- Unidad de Pago por Capitación (UPC), POS/POSS, libre concurrencia, medidas contra la selección, normatividad para promover la competencia por calidad

- **La información**, cuyos insumos son: indicadores de desempeño financiero, clínico y de satisfacción; estándares de calidad; señales de calidad (premios, acreditación, licenciamiento); el prestigio resultante de dar a conocer el desempeño de los agentes, los resultados de las actividades de vigilancia y control (sanciones) o de reconocimientos a las instituciones excelentes (premios).

- **Los incentivos**, económicos, de prestigio y legales.

Las relaciones de los actores del SGSSS. En el SGSSS se le ha restado peso a la importancia del precio, mediante el mecanismo del aseguramiento, y se ha facilitado la comparación entre las EPS al estandarizar los beneficios. Además, existen garantías para la libre elección, estipuladas por la normatividad y por las acciones de las autoridades de vigilancia y control para hacer cumplir estas garantías. De esta manera se crean las condiciones para que la elección del usuario dé prioridad a criterios de calidad de los servicios, una vez que se le brinde la información relevante.

El resultado final sería una demanda de servicios de calidad, lo que crea un incentivo económico para los agentes, cuya respuesta a dicho incentivo se presenta a continuación.

La competencia entre EPS en el SGSSS. Como se explicó antes, el usuario del sistema, con base en criterios de calidad, escoge la EPS a la que se va a afiliarse. Esto crea una demanda de servicios de calidad y debe ser un

incentivo para que los agentes mejoren su calidad con el propósito de obtener más ventas.

Las regulaciones establecidas por el SGSSS limitan las posibilidades de acción de las EPS :

- Las EPS reciben un pago fijo (la UPC o UPC-S) por usuario, así que no pueden competir entre sí por precio. Como el POS/POSS es estándar no es posible diferenciar el paquete de beneficios.
- La EPS tiene una capacidad limitada para reducir sus costos utilizando estrategias de selección de riesgos, dada la normatividad al respecto.
- La EPS tiene una capacidad limitada para reducir sus costos a expensas de la calidad al existir unos estándares mínimos de calidad

Las regulaciones también buscan facilitar la capacidad de respuesta de las EPS a los incentivos por medio de los instrumentos del SGC. Las sanciones a las normas establecidas se constituyen en un incentivo legal.

Los incentivos inducen a la EPS a competir por calidad de la siguiente manera:

- **Económicos:** El usuario demanda calidad y genera un incentivo de ventas para las EPS, que las lleva a competir entre sí para captar afiliados y por lo tanto los fondos del sistema.
- **Prestigio:** Promueve la calidad porque la EPS se arriesgaría a perder sus afiliados o afiliados potenciales si pierde su prestigio

- **Incentivos legales:** disuaden el deterioro de la calidad pues la EPS se arriesgaría a ser sancionada por las autoridades de vigilancia y control

La estrategia clave para las EPS es competir por calidad y eficiencia, y además de buscar las mejores maneras para organizar los servicios de salud ofrecidos al usuario también deberá seleccionar sus insumos (esencialmente sus proveedores) con criterios de calidad, pues ésto determina su competitividad.

En síntesis, el modelo colombiano de competencia regulada está diseñado para que la competencia se lleve a cabo por calidad. En este nivel se da la competencia entre EPS para captar afiliados y por lo tanto los fondos del sistema. Se espera que la competencia por calidad domine, ya que los usuarios eligen con criterios de calidad, y la competencia con respecto al precio está mitigada en este nivel porque los planes de salud no pueden variar el valor de la UPC o UPC-S. Adicionalmente, ya que no se pueden manipular los márgenes de utilidad a partir del precio y se hace difícil seleccionar riesgos, se podrían generar incentivos de tipo perverso para obtener utilidades por medio de la contención de costos y la eficiencia.

La competencia entre IPS en el SGSSS. 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 ésto determina su competitividad, además deben minimizar sus costos para mantener sus utilidades. Así que las EPS generan una demanda de servicios con criterios de costo y calidad a la cual deben responder las IPS.

El SGSSS ha incluido la información y el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de las EPS e IPS como facilitadores para que los incentivos induzcan acciones de mejoramiento de la calidad.

- **Incentivos del Nivel Meso.** Información y actividades de vigilancia y control. Este nivel se refiere a las relaciones y procesos entre instituciones y entre éstas y los usuarios.

Los incentivos en el nivel “meso” juegan un papel 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. Teniendo claras las políticas y el marco normativo colombiano, surgen dos factores claves que facilitan la operación de los incentivos económicos, los incentivos de prestigio y los incentivos legales.

El estado actual de la Información. Se espera que, en el ámbito de la mesogestión, la información comparativa cumpla funciones múltiples, entre las cuales se pueden destacar las siguientes:

- Facilitar la toma de decisiones por parte del usuario.

- Incidir en la toma de decisiones de contratación de la red por parte de las EPS, de tal manera que éstas puedan utilizar la calidad de su red como un argumento de ventas hacia sus clientes potenciales;
- Generar presión competitiva entre los agentes concurrentes, al dar a conocer la posición relativa de los agentes en el mercado, lo que genera incentivos de prestigio.
- Introducir una preocupación por la imagen pública y el riesgo legal, que lleve a los agentes a actuar sobre sus áreas críticas de desempeño, para propiciar comportamientos autorreguladores que tiendan a mejorar el desempeño general del sistema;
- Apoyar las labores de las autoridades de vigilancia y control, en materia de seguimiento a la operación y desarrollo del sistema, y en la generación de información útil para los usuarios y los propios concurrentes.

El Estado actual de la Vigilancia y el Control. El efecto del incentivo legal dependerá de la percepción por parte de los actores del SGSSS acerca de la efectividad de la acción de las autoridades de vigilancia y control.

- **Incentivos en el Nivel “Micro”.** En el ámbito institucional, la orientación hacia la calidad depende en buena medida 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 en los 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. El mercado de la salud está

inmerso en un ámbito competitivo en la cual las empresas buscan la sostenibilidad financiera y la rentabilidad, dejando ver filosofías de tipo neoliberal.

Lo que se busca en el nivel micro es potenciar la capacidad de las instituciones para responder a los incentivos. Esto quiere decir que se pretende dar a los participantes 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 para 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 el acceso a modelos y asesoría para mejorar¹⁷.

Figura 4. Niveles de Incentivos



¹⁷ CICMIL, Svtlana J.K., Critical factors of effective. Project Management. The TQM Magazine. December, 1997. Vol. 9. P. 390-36.

3.3 ALCANCES DE LOS INCENTIVOS

3.3.1 Incentivos al buen desempeño. Los incentivos que se encuentran en un modelo de competencia regulada son básicamente, de tres tipos: tributarios, de prestigio y económicos. En el SOGCS implantado en Colombia solo se ha dado el incentivo de prestigio; posiblemente a un futuro se tengan en cuenta los incentivos tributarios y económicos que son actualmente un proyecto de ley.

- **Incentivos tributarios.** Los incentivos tributarios pueden presentarse en diversas formas. Las más corrientes son las exenciones parciales o totales, válidas generalmente durante un período definido, que incluyen uno o varios impuestos. También está la depreciación acelerada, las deducciones y los descuentos o reducciones del impuesto adeudado.

Los incentivos tributarios se han aplicado en la mayoría de las economías latinoamericanas con diferentes objetivos y a diferentes escalas. Son utilizados, entre otros fines, para el desarrollo de las regiones, la promoción de algunos sectores económicos, la protección y conservación ambiental, el fomento a la inversión nacional y extranjera, y el impulso a las exportaciones.

Se pueden otorgar incentivos fiscales que estimulan la inversión o que incentiven la producción y/o el empleo. Los primeros generalmente se realizan a través de descuentos sobre los impuestos a la renta para inversión en proyectos prioritarios o para el desarrollo económico. Los segundos reducen los costos tributarios que gravan la producción y circulación de medicamentos.

Dentro de los incentivos tributarios se mencionan:

- Beneficios tributarios en IVA, aranceles y otros.

- Tratamientos aduaneros preferenciales

Además estos estímulos permitirán a las entidades acreditadas mejorar su plataforma tecnológica, mediante la adquisición de equipos que les permita prestar un mejor servicio a bajos costos y una mayor cobertura.

Una vez otorgado el incentivo, debe darse a conocer que entidad recibió dicho estímulo, cuándo, a qué costo y con qué resultados en términos de inversión, empleo, competitividad u otra variable objetivo.

Así mismo, cada incentivo debe someterse a una evaluación periódica y rigurosa, previamente acordada, con el fin de poder eliminarlo en caso de no cumplir con los requisitos exigidos.

En el acuerdo del Tratado de Libre Comercio TLC con los Estados Unidos, contempla que los hospitales y clínicas colombianas acreditadas en salud, podrán tener los mismos beneficios de una zona franca, es decir, que las importaciones de equipos o insumos que realicen estarán exentas de IVA y arancel.¹⁸

La tarifa para usuarios de Zona Franca. Se fijará a partir del 1° de enero de 2007, en un quince por ciento (15%) la tarifa única del impuesto sobre la renta gravable, de las personas jurídicas que sean usuarios de Zona Franca¹⁹.

- **Incentivos de prestigio.** Cuando la calidad puede ser percibida por el consumidor antes de comprar el bien o servicio, una reducción en la calidad afectará las ventas. Las ventas son un incentivo para mantener la calidad.

¹⁸ VARGAS PINZÓN, Oswaldo. Clínicas y hospitales tendrán beneficios de zona franca. Febrero 28 de 2006. www.larepublica.com

¹⁹ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1004 de Diciembre 30 de 2005.

En contraste, cuando la calidad del bien o servicio sólo puede ser observada por el consumidor después de comprarlo o cuando la calidad del bien o servicio es muy difícil de conocerlo, el agente no tiene incentivos para ofrecer calidad. La provisión de calidad por parte del agente dependerá de su deseo de mantener un prestigio que, si se deteriora, puede afectar sus ventas en el futuro. El prestigio es un incentivo de carácter dinámico, pues lo que motiva es cómo conseguir mejores ganancias en el futuro.

Premios de Calidad. Los premios de calidad actúan de múltiples maneras como facilitadores de la calidad en la meso y en la microgestión. En la mesogestión, los premios son fuente de información para la comparación entre instituciones y dan visibilidad y reconocimiento a sus ganadores, lo cual activa el incentivo de reputación o prestigio. En la microgestión despiertan conciencia sobre la importancia de la calidad como elemento de productividad y supervivencia, ofrecen un modelo para mejorar al compararse frente a este referencial y definir planes de mejoramiento, y facilitan el aprendizaje institucional en gerencia de la calidad²⁰.

Un estudio de evaluación del Premio Malcolm Baldrige revela que cuatro de cada cinco empresas norteamericanas creen en el Premio como impulsor del mejoramiento de la calidad, pero más que por el reconocimiento por ser acreedor del mismo, por el compromiso que genera de cumplir con los criterios de evaluación, siendo este proceso el que realmente incentiva la calidad en las organizaciones. Juran²¹, evaluador del Malcolm Baldrige durante algunos años, planteó que la mayor importancia de participar en el premio era cumplir con los criterios. El programa en sí mismo, es el catalizador del cambio y de la búsqueda de la calidad y el mejoramiento continuo.

²⁰ www.saludcapital.gov.co

²¹ JURAN J.M. Manual de Control de Calidad. Ed Mac Graw-Hill, 4ª Ed. Barcelona 1993.

A nivel mundial en lo relacionado a los premios a la gerencia integral de la calidad, se han incluido premios nacionales en países latinoamericanos (el Prêmio Nacional da Qualidade de Brasil y el Premio Nacional de la Calidad de México) y, por su valor histórico como precursor de todos los premios de gestión de la calidad, se encuentra el Premio Deming de la JUSE (Japanese Union of Scientists and Engineers).

Colombia cuenta con el Premio Calidad en Salud Colombia dirigido exclusivamente a las instituciones de salud del país y, adicionalmente tiene el Premio Colombiano a la Calidad para organizaciones de todos los sectores. El Premio Calidad en Salud Colombia, está financiado y dirigido por el Centro de Gestión Hospitalaria; el Premio Colombiano de la Calidad pertenece y es financiado por el Ministerio de Desarrollo y su dirección técnica está encomendada a la Corporación Calidad.

- **Incentivos económicos.** Aunque dentro de una economía de mercado, los incentivos de prestigio o reconocimiento social conllevan a un incentivo económico de permanecer en el mercado y mejorar sus posibilidades frente a la competencia ofreciendo mejor atención y servicio mediante el uso de equipos de última tecnología. 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 cercana.

Dentro de los incentivos económicos se podrán ofrecer:

- Estímulos educativos como becas con entidades privadas y oficiales, que permitan promover el desarrollo del talento humano en esas instituciones, así como textos técnicos que requiera la institución para el manejo de sus operaciones.

- Una mayor participación en la atención de Régimen Subsidiado a aquellas entidades prestadoras de servicios de salud que se encuentren acreditadas.
- Acceder a los servicios de salud de la red hospitalaria y centros especializados de la red privada, que prestan sus servicios.

Otras estrategias de incentivos económicos

Con la formulación de la Ley 100 de 1993, se estableció un modelo de administración y prestación de servicios de salud, donde la población reciba un amplio plan de beneficios, cuya cobertura financiera está dada por la UPC que define un valor de acuerdo a la ubicación geográfica epidemiológica por sexo y edad, la cual se calculó hace más de doce años, teniendo en cuenta unas condiciones socio-económicas y un comportamiento de patologías diferentes a las actuales. No era posible para el caso colombiano sostener este diseño de UPC con la misma estructura, pues no había recogido los cambios en este período de tiempo, de este cálculo sólo se ha indexado la UPC en forma anual y en algunos casos por debajo de las variaciones del índice de precios al consumidor (IPC) por lo que fue necesaria su revisión y nuevo cálculo²².

Si se parte de esta evidencia, tanto el régimen contributivo como el subsidiado, presentarían un problema en el diseño de la principal fuente de financiación, la UPC, porque se actualizó, considerando sólo una de las variables (la inflación) que afectan y afectarán al sistema de salud; las estrategias que contribuyen con el control del riesgo en salud en la contención del costo son: contrato por presupuesto, disminución de tarifas, auditoría médica de cuentas, limitación de acceso, control del ejercicio

²² FUNDACIÓN CORONA. Universidad del Rosario. Sostenibilidad financiera en el SGSSS, Julio de 2005

médico, asignación de presupuestos e IPS propias y traslado del riesgo en lo correspondiente a los ingresos de dichos regímenes para el período comprendido entre 1994 y 2004. Teniendo en cuenta que el salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV para el año 2006 se incrementó en el 6.9%, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud consideró pertinente realizar un incremento adicional de 0.8 %, para un incremento total en la UPC del 2006 del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado del 5.8%, con la recomendación de que este incremento se refleje en las relaciones contractuales entre las administradoras y los prestadores de servicios de salud, incluyendo el personal de servicios de salud²³.

- Adicionalmente otro incentivo económico que se podría otorgar es el pago a proveedores, que potencialmente suministran elementos, así como lograr un acuerdo para obtener mayores descuentos por haber logrado estándares de calidad.

Prohibiciones en el uso del incentivo a la calidad en Salud. Así como se dan estímulos por la calidad, también existen prohibiciones, entre éstas:

- Solo se deberá invertir el incentivo, para lo cual fue otorgado.

- Los bienes y productos destinados a los beneficiarios del proyecto no podrán ser objeto de ventas.

- Los convenios de capacitación serán de uso exclusivo para el personal que labora en la entidad e hizo parte del proceso de reconocimiento de los incentivos.

²³ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 000322 de 2005.

Resultados que se pretenden alcanzar con el Incentivo a la calidad en salud

- Mejorar la calidad y dar mayor calidez de atención en salud a toda la población.
- Mayor utilización de las entidades de salud.
- Fortalecer la tecnología en las entidades de salud.
- Nueva mentalidad, nuevos conocimientos, actitudes y aptitudes en el personal de salud para brindar mayor calidad de atención en salud.
- Mayor satisfacción de los usuarios.
- Un sistema eficaz de evaluación y monitoreo de la calidad.

Reconocimiento por la calidad en el servicio. Este reconocimiento puede estar dirigido a:

- La entidad que logre la certificación de acreditación en el Sistema de Garantía de Calidad en Salud.

Además tendrá un estímulo especial para el personal que estuvo a cargo tanto en la parte administrativa como operativa que labora en la entidad de salud.

Ventajas y desventajas de los incentivos

Las ventajas de los incentivos, se dan siempre y cuando surtan los efectos por los cuales fueron creados los incentivos, La empresa y sus trabajadores se proyectan competitivamente a nivel internacional.

Por la búsqueda de obtener los incentivos, se mejoran los servicios de atención al usuario, se estimula la capacitación al personal, el trabajador se siente más comprometido con la empresa, entre otros.

Una de las desventajas de los incentivos, es que a pesar de que se intentó crear un estímulo tarifario para las entidades acreditadas, las aseguradoras solicitaron retirar el artículo que creaba el plus tarifario, aunque es un contrasentido, así funcionan las leyes del mercado y la parte financiera vs calidad, porque en un mercado de oferta y demanda, el asegurador preferirá siempre sitios habilitados así no estén acreditados pero que ofrezcan una tarifa más económica.

Al lograr obtener un incentivo de prestigio, se olvida de aplicar el mejoramiento continuo, debido a que ya se cumplió con la meta trazada y ya se obtuvo el reconocimiento deseado, decayendo en el ánimo de mantener ese estatus.

3.4 LIMITACIONES DE LOS INCENTIVOS

No se pueden tener en cuenta preferencias en las tarifas de los servicios de aquellas entidades que han obtenido los incentivos, puesto que al existir este estímulo, se estaría incurriendo en un mayor gasto para las EPS, lo que desencadenaría un desestímulo en el envío de pacientes a sitios acreditados.

Países como Canadá, Holanda, Argentina, Nueva Zelanda, México y Estados Unidos, en cuanto a la acreditación no generan preferencias para la contratación ni permiten cobrar precios más altos²⁴.

En los Estados Unidos, el Congreso le ha otorgado por medio de la ley federal a la JCAHO el reconocimiento a su capacidad de juicio, que se

²⁴ www.cgh.org.co

denomina "*deemed status*". Con ésto, cualquier hospital que sea acreditado por la Joint Commission recibe una certificación automática del gobierno federal para recibir reembolsos por servicios prestados a los dos programas de aseguramiento federal: *Medicaid* y *Medicare*.

En Nueva Zelanda, el ente financiador de la región del Norte pagaba un subsidio más alto a unidades de cuidado geriátrico y hospitales que hubieran sido acreditados o certificados por ISO. Esto resultó en que esta región tuviera la mayor penetración del mercado de proveedores acreditados respecto al resto del país, motivo por el cual se decidió eliminar las bonificaciones de los contratos.

En México, dos de las aseguradoras más grandes exigen a sus hospitales no sólo la acreditación sino una evaluación adicional más detallada para considerarlos como proveedores preferentes. Todas las demás (once en total) que ofrecen seguros de gastos médicos no toman en consideración estos criterios. El reglamento de Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), equivalentes de alguna manera a las EPS, y el cual fue publicado en mayo 23 de 2000, exige a las ISES contratar servicios solamente con hospitales acreditados.

En el componente de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud, del Proyecto Garantía de Calidad, se indagó directamente sobre las motivaciones que tenían las organizaciones para acreditarse. Se transcribe textualmente el resumen de las respuestas obtenidas, ya que sugiere que aunque existe la posibilidad de obtener recompensas financieras de la acreditación, éste no es el fin perseguido por las organizaciones prestadoras de servicios.

Las respuestas dadas a la pregunta de incentivos es bien interesante ya que, contrario a lo que se podría pensar, la acreditación no está motivada por nada diferente a un proceso de mejoramiento de la organización o, dicho de otra forma, la motivación para la acreditación no es el incentivo económico *per se*.

Quizás los dos incentivos mejor identificados por los países son el mejoramiento continuo de los procesos y el reconocimiento que puede lograr la organización y por ende su uso dentro de las labores de mercadeo o venta de servicios. El tercer incentivo que se menciona con mayor insistencia es la capacidad de respuesta que genera la organización frente a los usuarios y la comunidad, como organización comprometida a mejorar para brindar mejores servicios a los usuarios y responder a un objetivo.

No se obtuvo ninguna evidencia de que los premios a la calidad generen algún tipo de beneficio financiero.

Facilitadores de la capacidad de respuesta institucional. La capacidad que tiene una institución de salud para competir con calidad cuando recibe las presiones de los incentivos explicados en el ámbito de la macrogestión y activados por la información y la capacidad de vigilancia y control en la mesogestión, depende de dos aspectos: de su autonomía para tomar decisiones y de su capacidad de gestión. Esta capacidad de gestión está afectada a su vez por su estructura organizacional, el conocimiento de su equipo humano, la existencia y acceso a modelos, capacitación y asesoría para poder mejorar²⁵

²⁵ CICMIL, Op. Cit., 1997.

Autonomía-Conversion de Hospitales Públicos en Empresas Sociales del Estado (ESEs). La primera condición para que una IPS o EPS pueda competir con calidad en un entorno de mercado regulado, es que pueda tomar las decisiones de ajuste necesarias para esa respuesta. En este sentido, se presenta el interrogante sobre cuánto se ha avanzado en materia de autonomía de las instituciones de salud en Colombia.

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 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.
- Las tarifas fijas obligan a los hospitales públicos a vender servicios en términos menos favorables que los privados.
- Tienen una carga prestacional elevada, debido al gran número de empleados antiguos.

Es necesario hacer realidad la conversión de los hospitales a ESE como se observó en el análisis de la macrogestión y revisar la reglamentación que está poniendo barreras a la respuesta de las instituciones de salud para competir con eficiencia y calidad.

4. CONCLUSIONES

- El mejoramiento continuo de los entes prestadores de servicios de salud debe ser una preocupación permanente por parte de las autoridades como por los prestadores y en si por toda la sociedad, pues de estas acciones se derivan los beneficios tanto para los prestadores como para los usuarios en términos de eficiencia y calidad.
- Las reformas de la ley de garantía de la calidad deben apuntar a mejorar la implementación de los incentivos, de manera tal que realmente recompense el buen rendimiento en calidad y se sancionen las conductas contrarias a la misma.
- Al examinar las consistencias del nivel macro y micro se contraponen por tener planteamientos de tipo socialdemócrata y el otro neoliberal respectivamente, creando una tensión, por un lado principios de universalidad y solidaridad por el otro la búsqueda de una predominancia de la eficiencia, por tal razón, se requiere de un régimen muy sólido de incentivos tanto positivos como negativos, con plena transparencia e información pública con participación ciudadana, que lleven a cumplir el principal objetivo del sistema que es la salud para todos.
- La implementación adecuada del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, exigirá inversiones, trabajo en equipo, capacidad de verificación en los entes territoriales, difusión al público, para que conozca y exija calidad, transparencia para asumir los compromisos con el sistema y tiempo.

- El Estado Colombiano debe implementar y fortalecer a través de sus entes reguladores, métodos de vigilancia y seguimiento a todas las entidades de salud que están en proceso de mejoramiento de la calidad, de tal forma, que cada día se creen y se otorguen otros tipos de incentivos y se continúe mejorando la prestación del servicio.
- La ética profesional es un incentivo moral que motiva a generar las acciones que tiendan a beneficiar al paciente como lo contempla el Código de ética de cada profesión, especialmente la médica, valores que deben reforzarse y demostrar que es un imperativo contar con las bases sólidas al respecto en las facultades de formación profesional en salud.

BIBLIOGRAFIA

ARBOLEDA Z., Juan Carlos. Un decreto para profundizar la calidad. En: Periódico el Pulso. No. 93. Medellín, Junio de 2006.

BANDURA, A. Pensamiento y acción. Madrid: Martínez Roca, 1987.

BAQUERO, H. CARRASQUILLA. G, GUERRERO, A. et al. Conocimiento del sistema general del Sistema General de seguridad social en salud. Secretaria de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá. 1999

CICMIL, Svtlana J.K. Critical factors of effective. Project Management. The TQM Magazine. December, 1997. Vol. 9.

COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 100 Arts. 162, 164, 167, 168, 182, 183, 207, 297, Acuerdo 1094 Art. 9.

_____. Ley 1004 de diciembre 30 de 2005.

Consortio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. Ministerio de la protección Social. Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud.

DONAVEDIAN, Avedis. Criterios y métodos de evaluación de la calidad asistencial. The quality of medical care. Science, Vol. 8, 1978.

_____. La Calidad de la Atención Médica, La prensa Mexicana S.A. de C.V, México D.F. 1984

_____. Los siete pilares de la calidad. En: Calidad Asistencial, 1990; 114: 1115-8.

_____. Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. En: Salud Pública. México. Vol. 35, 1993.

_____. Reflexiones sobre calidad asistencial. The Quality of medical care: how can it be assessed?, Vol. 1, JAMA, 1988.

FUNDACIÓN CORONA. Universidad del Rosario. Sostenibilidad financiera en el SGSSS, julio de 2005.

GÓMEZ DE LEÓN, Patricia y PINTO, Diana. Incentivos para calidad en salud. En: Revista Vía Salud. Centro de Gestión Hospitalaria. Vol. 17, 2001.

ICONTEC. Guía básica para la acreditación en Salud. Ministerio de la Protección Social. 2002

ICONTEC. Tesis y otros trabajos de grado. Edición actualizada 2005- 2006

JURAN J.M. Manual de control de calidad. 4 ed. Barcelona: Mc Graw Hill, 1993.

LLEWELLYN, Sue; EDEN, R; and LAY, C. Financial and professional incentives in health care: Comparing the UK and Canadian experiences. The International Journal of Public Sector Management. No. 1, 1999.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 000322 de 2005.

_____. Decreto 2309 de 2002. Sistema de Garantía de la Calidad

_____. Decreto 1011 de 2006. Sistema de garantía de la calidad.

MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2753 de 1997.

_____. Decreto 2174 de 1996. Sistema de Garantía de la Calidad.

_____. Res. 4252, 4552 de 1997.

MONROY CABRA, Marcos. Ética del profesional, Doctrinas éticas, 2 ed. Bogotá: Librería del profesional, 1998.

MUÑOZ LÓPEZ, Olga Lucía. Sistema de calidad en salud colombiano ha avanzado mucho. En: El Pulso. Medellín, Junio de 2006.

ORDOÑEZ NORIEGA, Sara; BUSTAMANTE GARCÍA, Mauricio Alberto JIMÉNEZ GUTIÉRREZ, José Ancízar. Componente Incentivos para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud. Informe final revisión de experiencias. Volumen II. Ministerio de Salud, 2000.

RESTREPO ZEA Jairo; RODRÍGUEZ, Sandra. Diseño y experiencias de la regulación en Colombia. En: Economía institucional. Vol. 7. Bogota junio del 2005.

4th International Conference on Strategic Issues in Health Care Management Conferencia: Where are the Emperors clothes? A serious attempt to measure

the real impact of Health Management Training. 30th March - 1 April 2000, St Andrews, Escocia.

ROSENBERG, Hernán and ANDERSSON, Berna. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. En: *Panam Salud Publica*, Ago 2000, vol.8(1-2), p.118-125

SAPPINGTON, David. Incentives in principal. Agent relationships. En: American Economic Associative. Vol. 5 de 1991.

VARGAS PINZÓN, Oswaldo. Clínicas y hospitales tendrán beneficios de zona franca. Febrero 28 de 2006.

<http://itaes.org.a>

<http://www.scielosp.org>;

<http://www.minproteccionsocial.gov.co>;

<http://www.cgh.org.co>;

<http://www.larepublica.com>

<http://www.revmed.uanl.edu.co>

<http://www.saludcapital.gov.co>