

Imprimir

Para el caso de Colombia, la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud definió el ámbito del derecho fundamental de la salud. Y esa misma Ley definió también los elementos esenciales de dicho derecho, entre los que se encuentra uno – además de la disponibilidad, la aceptabilidad y la accesibilidad – que toda persona reclama cuando requiere que le presten un servicio de salud, incluso en tiempos de pandemia: *la calidad*.

Así las cosas, prestar el servicio de salud con calidad hace parte de ese derecho fundamental que tienen todas las personas que residen en este país, derecho que no es discrecional brindarlo sino que es obligatorio garantizarlo cuando una persona requiere una atención diagnóstica o terapéutica, hospitalaria o ambulatoria, sin depender del tipo de aseguramiento que tenga el paciente ni tampoco de su capacidad adquisitiva. De igual forma, independiente si la atención es de tipo individual o corresponde a una acción colectiva o grupal de prestación de servicios de salud, en todos los casos el servicio de salud que se ofrece y presta debe ser siempre un servicio con calidad.

Después de 12 meses del primer caso reportado del nuevo coronavirus en China (17 de noviembre de 2019) y de más de 8 meses del primer caso de covid-19 reportado en Colombia (6 de marzo de 2020), ¿cómo anda la calidad en los servicios de salud que se han venido prestando a la población que los ha requerido durante la pandemia?

Para que un servicio de salud sea considerado técnicamente un servicio de calidad, el servicio debe ser *accesible* (que el usuario pueda utilizar real y efectivamente el servicio), *oportuno* (que el usuario obtenga el servicio que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud), *seguro* (que el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que hacen parte del servicio, minimicen el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención), *pertinente* (que el usuario tenga la garantía que recibirá el servicio que realmente requiere), *continuo* (que el usuario reciba las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias) y *satisfactorio* (que genere un nivel positivo de estado de ánimo del usuario-paciente y también de su familia al comparar la atención en salud recibida con sus expectativas previas).

En el informe *“Una tragedia olvidada: la carga mundial de la mortalidad fetal”* (A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths, original en inglés), elaborado de manera conjunta por UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Grupo Banco Mundial y la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y recientemente dado a conocer, se reporta algo muy preocupante: la actual pandemia ha causado en cerca de 117 países la reducción del 50% de los servicios de salud a partir de la disminución del acceso a los mismos. Es decir que ese solo hecho incide de manera directa e inmediata para que la calidad de los servicios de salud en esos países se afecte negativamente.

En algunos países, como por ejemplo Estados Unidos, se ha documentado una reducción casi a la mitad del número de visitas a hospitales, departamentos de emergencias y médicos de familia, especialmente en el punto más alto de la primera ola de la pandemia. Lógicamente, haber disminuido la atención médica en los centros de prestación de servicios de salud, impidió que una gran cantidad de personas no pudieran acceder a la atención necesaria, incluyendo las electivas como las visitas para aplicación de las vacunas de rutina.

De igual forma, esa merma importante en el acceso a los servicios y a su efectiva utilización, trajo como resultado que se perdieran vidas, por ejemplo, por problemas y enfermedades del corazón e inclusive por problemas oncológicos y enfermedad renal crónica. Claro está, debe también mencionarse que de manera voluntaria y tratando de evitar el contagio con el coronavirus en las instalaciones de las instituciones de salud, otras personas durante la pandemia han evitado practicarse exámenes y pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios que podrían haber causado más daño que bien, lo que también influyó en la disminución de la frecuencia de uso de los servicios de salud.

Quienes diseñan las políticas públicas, los tomadores de decisión y los administradores del sistema de salud en algunos países hoy deben resolver interrogantes urgentes sobre cómo lidiar con grandes represamientos de eventos quirúrgicos electivos (no urgentes) y otros procedimientos que se han pospuesto en los últimos meses por la pandemia. Canadá, por ejemplo, es el caso típico donde ya se registran listas de espera de hasta dos años para

algunos procedimientos, lo que ha ameritado un re-enfoque en la reducción de la atención inadecuada, para permitir una atención mucho más rápida para aquellos en listas de espera que realmente lo necesitan. En otras palabras, la calidad de la atención en salud se ha visto afectada por realización de procedimientos, atenciones y servicios no pertinentes, por la demora que se ha generado al aumentar los tiempos en las listas de espera para recibir los servicios y por ello los administradores del sistema tratan de intervenir esta realidad para mejorar la oportunidad, la pertinencia, el acceso y de esta manera la calidad de los servicios de salud, haciéndolos también más seguros.

De este lado del continente americano se informa que siete de cada diez latinoamericanos decidieron retrasar o cancelar servicios de atención médica para ellos o miembros de su familia por la pandemia, según un sondeo regional en 2.200 pacientes en 5 países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México), en el que se evidencia el impacto secundario del Covid-19 y la urgencia de medidas para reducir el temor de los pacientes. Que un 70 % haya aplazado o cancelado servicios médicos por la pandemia, es un número muy alto y si bien es comprensible por la gravedad de la pandemia y el temor al contagio, ese solo hecho por sí mismo pudo generar otros problemas graves de salud.

En Colombia durante la pandemia fue evidente el aumento del uso de la telesalud tanto en servicios ambulatorios diagnósticos como en algunos servicios de internación; sin embargo, aún no se conocen medidas de desempeño definidas que puedan ayudar a comprender cómo esta tecnología específica ha afectado la calidad de la atención brindada a los pacientes. Dada la relativa novedad, no está claro qué constituye una calidad óptima para la atención brindada de esta manera.

Para algunos expertos, el rol que han desempeñado algunas aseguradoras en la pandemia dista mucho del que debieron cumplir. Con la excepción de un par de EPS claramente identificadas en el régimen contributivo y otro par también muy identificadas en el régimen subsidiado que cumplen adecuadamente con su función aseguradora de la salud y la vida de sus afiliados, la mayoría de estas agencias pierden el año en términos de calidad en los servicios de salud que debieron garantizarle a sus afiliados en este año pandémico. Por

ejemplo, ha sido evidente la insatisfacción de la población afiliada alrededor de 3 momentos de inoportunidad relacionados con las pruebas diagnósticas para covid-19: (1) en la toma de muestras, (2) en el tiempo de procesamiento y lectura, y, (3) en el reporte de los resultados de esas pruebas.

A esta situación se le suma la falta de oportunidad en la asignación de las citas para consultas y la entrega de medicamentos tanto para los pacientes sospechosos o confirmados de covid-19, como para garantizar el tratamiento de aquellos pacientes con enfermedades crónicas. La inoportunidad se ha hecho también extensiva a la atención prehospitalaria de los pacientes y en la llegada de éstos a las instituciones hospitalarias, pues se conoce que muchos de los pacientes con coronavirus, de acuerdo con los médicos intensivistas, llegaron con un avanzado estado de su patología, lo que hizo muy difícil su rescate.

Según la Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidados Intensivos, AMCI, durante la pandemia se presentó el desabastecimiento de medicamentos sedantes, analgésicos y relajantes no solo para el cuidado crítico sino también para otras instancias de la prestación de servicios; así mismo, esta agremiación científica fue enfática en manifestar que la capacidad de oferta de unidades de cuidados intensivos ocurrió en desproporción con el acceso al personal sanitario competente y con experticia para el manejo de la complejidad, gravedad e incertidumbre que representa el manejo de covid-19 en este tipo de servicio de alta complejidad.

En ese orden de ideas, con ese marco de circunstancias durante la pandemia (*inoportunidad en el tema de las pruebas diagnósticas, falta de acceso a los tratamientos de las enfermedades crónicas, desabastecimiento de medicamentos, inoportunidad en la asignación de citas para consulta de medicina general y especializada, déficit de recurso humano capacitado para algunos servicios de alta complejidad, inoportunidad y falta de pagos al talento humano en salud, entre otros*), era esperable que muchos de los servicios prestados no cumplieren con las características técnicas de la calidad y más bien fuesen en ocasiones inseguros, discontinuos, claramente inoportunos, no pertinentes y que obviamente no hayan cumplido con las expectativas previas de los pacientes y sus familiares, produciendo su

insatisfacción, y en casos hasta la misma muerte en algunos de los así atendidos.

Si bien el sector hospitalario colombiano, especialmente el del subsector privado, le ha apostado bastante al tema de la calidad en la prestación de servicios de salud, (*en el top 10 de los mejores hospitales y clínicas de América Latina hay 4 IPS colombianas en el ranking 2019 realizado por América Economía Intelligence, y hay 24 IPS de este país del total de las 58 clasificadas*), el sistema de salud colombiano padece graves problemas estructurales que afectan esa calidad que pretenden brindar en sus servicios ofertados estas IPS. En el caso de los hospitales públicos, la crítica condición financiera por la que atraviesan, agravada especialmente durante la pandemia, hace que en la gran mayoría de éstos, el tema de la calidad sea un tema puramente académico y documental, mientras sean solo unos poquísimos, los que pueden aspirar a ofrecer servicios de salud de calidad con todas sus características técnicas.

Como conclusión, en la pandemia es evidente que en algunos países más que en otros, la calidad no ha estado presente en los servicios de salud en la dimensión y características que debió haber estado. Sin embargo, en el caso colombiano, la Ley Estatutaria de Salud no contempló que el derecho a la salud en algunas circunstancias no tuviera como uno de sus elementos esenciales a la calidad... ¡ni siquiera en tiempos de pandemia!

Ulahy Beltrán López, Médico Cirujano, Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Especialista en Seguridad Social Latinoamericana. Ha sido: Vicepresidente de la Junta Directiva Nacional de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), Consejero Nacional, Departamental (Atlántico) y Distrital (Barranquilla), de Seguridad Social en Salud, miembro de juntas directivas de IPS privadas y de empresas sociales del Estado, asesor en salud de la Contraloría General de la República, gerente del Hospital Universitario CARI ESE. Actualmente: docente universitario, columnista en medios impresos y virtuales, consultor y asesor en servicios en salud, editor de NOTAS DE ACTUALIDAD EN EL SECTOR SALUD. Todas las columnas del autor encuéntrelas en ulahybeltranlopez.blogspot.com o solicítelas al contacto: ubeltran@hotmail.com

Foto tomada de: LRAZON.co