
Estado de la Gestión de Calidad en Atención al Cliente Externo en los Sistemas de
Salud de Colombia y Chile

Gloria Patricia Arrieta Buelvas
Martha Beatriz Esquivel Barón

Corporación universitaria del caribe “CECAR”
Facultad de Humanidades y Educación
Especialización en Auditoría y Gerencia de la Calidad en Salud
Sincelejo - Sucre
2018

Estado de la Gestión de Calidad en Atención al Cliente Externo en los Sistemas de
Salud de Colombia y Chile

Gloria Patricia Arrieta Buelvas

Martha Esquivel Barón

Tesis de grado presentada para obtener el título de: Especialista en Auditoría y Gerencia de la
Calidad en Salud

Asesor

German Arrieta

Corporación universitaria del caribe “CECAR”

Facultad de Humanidades y Educación

Especialización en Auditoría y Gerencia de la Calidad en Salud

Sincelejo - Sucre

2018

Agradecimientos

En primer lugar mi agradecimiento a Dios por permitirme haber culminado con éxito el presente trabajo de investigación.

También a la Corporación Universitaria del Caribe “CECAR” y al programa de auditoría y gerencia de calidad en salud, por la oportunidad que me brindaron para seguir avanzando en mi formación personal y profesional. De manera especial, a todos los profesores que compartieron conmigo sus conocimientos y me animaron a proseguir con su ejemplo en todas las fases de mis estudios.

Del mismo modo, a las personas que de una u otra manera me colaboraron para la culminación de esta investigación, por sus recomendaciones y oportunos consejos, los que agradezco mucho.

A mis familiares que en todo momento me apoyaron mientras duró mi preparación académica y la elaboración de este trabajo de investigación. A todos ellos les reitero las gracias de todo corazón.

Gloria Arrieta Buelvas

Martha Esquivel Barón

Lista de Tablas

Resumen	6
Abstract	7
Introducción.....	8
1. Planteamiento del Problema	10
1.1. Formulación del Problema	16
2. Justificación.....	18
2.1. Limitaciones de la Investigación	19
3. Objetivos	20
3.1. Objetivo General.....	20
3.2. Objetivos Específicos.....	20
4. Marco Referencial.....	21
4.1. Antecedentes.....	21
4.2. Marco Teórico Conceptual.....	25
5. Reflexiones Finales	49
6. Conclusiones.....	51
Referencias Bibliográficas.....	54

Lista de Tablas

Tabla 1. Características de una cultura madura enfocada en QM y en la gestión del conocimiento (KM).....	26
Tabla 2. Ranking de los sistemas de salud más y menos eficientes del mundo	33
Tabla 3. Año en que países de Latinoamérica y el Caribe promulgaron normas legales reconociendo la salud como derecho universal	42

Lista de Figuras

Figura 1. Dimensiones del sector de la salud según OMS.	41
--	----

Resumen

El objetivo general de esta investigación consistió en “Determinar las repercusiones del estado de la gestión de calidad en la atención al cliente externo en los sistemas de salud de Colombia y Chile”, debido a las similitudes socioeconómicas y culturales entre ambos países. Por su parte, en los objetivos específicos se propuso analizar cómo se promueven las políticas públicas referentes a la gestión de la calidad; caracterizar los modos en que se realiza dicha gestión y conocer la manera en que la ciudadanía participa en la vigilancia y control de la gestión de calidad en salud. En cuanto al marco referencial, los antecedentes fueron estudios relacionados con la gestión de la calidad y en lo teórico conceptual se tomó en cuenta autores especializados en los temas tratados con la finalidad de aportarle sustentabilidad, de contextualizar la información y brindar las referencias apropiadas a las situaciones de la problemática planteada.

Metodológicamente, fue un trabajo que combinó información cualitativa y cuantitativa, con enfoque descriptivo hermenéutico y diseño transversal debido a que solo recurre a fuentes secundarias para extraer la información requerida en un periodo determinado de tiempo. En cuanto a la técnica de recolección de datos fue la consulta de material bibliográfico y documental impreso y disponible en internet.

Los resultados permitieron mediante la comprensión de la multiplicidad de factores intervinientes a dimensionar la problemática y comprender las estrategias de abordaje del problema de la gestión de la calidad aplicadas por cada país, así mismo hasta qué punto la vigilancia y control de los usuarios puede incidir en las expectativas de mejoramiento de la atención en salud que reciben.

Palabras clave. Salud. Gestión de la calidad. Cliente externo. Situación de la salud en Colombia y Chile. Vigilancia y control.

Abstract

The general aim of this investigation consisted in "Determining the repercussions of the condition of the quality management in the attention to the external client in the systems of health of Colombia and Chile", due to the socioeconomic and cultural similarities between both countries. The specific aims were orientated to analyze how there are promoted the public policies relating to the management of the quality; to characterize the manners in which the above mentioned management is realized and to know the way in which the citizenship takes part in the vigilance and control of the quality management in health. As for the referential frame, the precedents were studies related to the management of the quality and in the conceptual theoretical thing, it was born in mind authors specialized in the topics treated with the purpose.

Methodologically, it was a work that combined qualitative and quantitative information, with descriptive hermeneutic approach and I design transversal because only it resorts to secondary sources to extract the information needed in a certain period. As for the technique of compilation of information, it was the consultation of bibliographical material and printed and available documentary in Internet

The results allowed through the understanding of the multiplicity of factors involved in sizing up the problem and understanding approach to the problem of the quality management strategies applied by each country, as well as to what extent the monitoring and control of users can influence the expectations of improvement of the health care they receive.

Keywords. Health. Management of the quality. External client. Situation of the health in Colombia and Chile. Surveillance and control.

Introducción

Con base en las orientaciones de la “*Línea de investigación: Evaluación de la calidad en servicios de atención en salud*”, fue realizada esta investigación titulada: “Estado de la gestión de calidad en atención al cliente externo en los sistemas de salud de Colombia y Chile”. Con el propósito de comparar las realidades propias en esta materia en dos países con significativas similitudes socioeconómicas y culturales, para ello se recurrió a un tipo de investigación descriptiva-interpretativa con enfoque hermenéutico, como señalan Hernández, Fernández y Bautista (2009), “porque pretende buscar y comprender los motivos internos del comportamiento humano mediante acciones sistematizadas de corte esencialmente humanista” (p. 600), tal como ocurre en los procesos de gestión, en los cuales se reconoce la importancia de la influencia cultural y de las experiencias subjetivas y objetivas en la comprensión de la complejidad de los fenómenos relacionados con la salud.

Como complemento de lo anterior, esta investigación tiene un diseño de escritorio, basado en fuentes documentales y bibliográficas colombianas y chilenas, así como el análisis de los resultados fue realizado recurriendo a técnicas cualitativas y cuantitativas que contempla también el empleo de instrumentos validados desde el punto de vista estadístico, así como por el juicio de expertos, lo que le confiere características de técnicas mixtas, conocidas también como holísticas, multimétodo, método mixto o triangulación metodológica. (Hernández S., et al. Cap. 2)

El trabajo realizado, pone en evidencia la necesidad del trabajo conjunto entre la sociedad civil y el Estado para la formulación de las políticas públicas que requiere en el sector salud, o de ya existir que se conviertan realmente en operativas, con el fin de darle mayor legitimidad y nivel de compromiso al accionar de ambos actores, de ese modo se puede ejercer mayor presión sobre los operadores para que se adhieran, tanto en Colombia como en Chile al compromiso de una mejor calidad en la atención que brindan a sus usuarios, esta es a entender de la presente investigación la vía del consenso y de conseguir el máximo respaldo en favor de quienes reclaman por un derecho universal e irrenunciable.

Al reconocer la diferencia en la unidad y la constante presencia del conflicto, como partes inherentes a la construcción y la aplicación de cualquier política pública, se refuerza el criterio de hacer prevalecer el consenso como su espacio, lugar y motivador en la toma de decisiones, porque permite tomar en cuenta la diversidad de aspectos que inciden en la construcción de sus lineamientos.

Las reflexiones antes expuestas de manera sintética, conducen a considerar la gestión de políticas públicas en salud, no como simples secuencias de accionar burocrático en manos de legisladores o administradores del Estado, sino que tienen como finalidad mostrar un proceso humanista amplio y heterogéneo de interacción entre los actores involucrados, quienes deben optar por el consenso y apoyar los intereses, experiencias y valores de las sociedades de dos países muy similares cultural y socioeconómicamente.

1. Planteamiento del Problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS. 2016), “un sistema de salud es una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinados a mantener y mejorar la salud de la población”. En tal sentido se requiere una gran diversidad de elementos que deben actuar de modo interrelacionado para alcanzar los fines sociales de la salud.

Para Álvarez-Dardet, C.; Ronda, E.; Aranaz J.M. & Aibar, C. (2008), un sistema eficiente de salud debe incluir políticas públicas claras y definidas, instituciones, organismos y servicios: “las cuales llevan a cabo, a través de acciones planificadas y organizadas, una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejora de la salud. Entre éstas se incluyen actividades de promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, rehabilitación y reinserción”. (p. 1241)

Este sistema está basado en principios destinados a contribuir al mejoramiento de la salud de toda la población, ofreciendo una atención de calidad a sus usuarios y al mismo tiempo ser sostenible financieramente. Según la OMS, un sistema de salud ideal debería caracterizarse por:

“Ser *universal*, entendiendo por universalidad la cobertura total de la población, sin distinción de edad, sexo, etnia o condición socioeconómica. Prestar una atención *integral* que incluya: promoción de la salud; prevención; tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

 Ser *equitativo* en la distribución de los recursos.

 Ser *eficiente*.

 Ser *flexible* para así poder dar respuesta a las nuevas necesidades que se vayan presentando.

 Ser *participativo*: la población debe participar de algún modo en la planificación y la gestión del sistema de salud”. (OMS. 2016)

Como se puede observar existen criterios universales aceptados por más de 150 países del mundo destinados a mejorar los servicios de salud, sin embargo, como reseña Rodríguez Salazar,(2013), en el caso de Colombia, a partir de la expedición de la Ley 100 en 1993, “la salud evolucionó desde un derecho esencial hacia un negocio, otorgándole un bajo perfil a su connotación de servicio esencial, proceso atribuible a la filosofía neoliberal aplicada por las Empresas Promotoras de Salud (EPS)”, con la connivencia del Estado. Este autor considera también que aunque se han hecho grandes inversiones al sector salud, la intermediación de las EPS y las IPS se lleva una buena parte, en perjuicio de la calidad del servicio, a esto se suma que algunos servicios e insumos terminan siendo negados o demorados en exceso, incluso como los que están contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), dando paso a que la Corte Constitucional en la Sentencia T-121 de 2015 (MP. Luis Guillermo Guerrero Pérez), haya determinado que la salud es al mismo tiempo un derecho fundamental y un servicio, además está protegido por la Constitución de 1991 (artículo 44) y a una distorsión en la demanda de algunos servicios a los que solo se accede por medio de tutelas.

El mismo Rodríguez Salazar (2013), identifica tres problemas centrales en la prestación de los servicios de salud en Colombia, asociados estrechamente con la gestión de la calidad en la atención al cliente externo,

“El primero se refiere a la baja cobertura del régimen contributivo, ligada al régimen económico vigente que no expande el empleo formal asalariado, lo precariza e impone deterioro salarial a los trabajadores; el segundo atañe a la limitada financiación derivada de las restricciones de la llamada *dictadura fiscal*,¹ y el tercero corresponde a la corrupción y la débil regulación a los intereses privados, soportadas por un régimen político con fuerte presencia clientelista”.

¹ Dictadura fiscal. Es el mecanismo mediante el cual el gobierno nacional de turno fija de manera unilateral el presupuesto para el siguiente año, que será presentado primero al Congreso más las adiciones que aprueben durante su paso por las comisiones terceras de Cámara y Senado. Ese procedimiento puede dejar por fuera las adiciones, por ejemplo, para gasto social.

Ampliando los criterios anteriores se encuentra que en cuanto a la “Afiliación” al sistema de salud, desde el surgimiento de la Ley 100/1993, para cumplir con la cobertura universal, se establecieron tres regímenes, el contributivo, para quienes tenían ingresos estables a través de una empresa o actividad legalmente reconocida; el subsidiado, para quienes presentan una condición económica inestable y el vinculado, para atender a quienes están afectados por desplazamiento de sus lugares de origen o viven en condiciones de pobreza y, en ambos casos, no tienen ingresos y viven en la pobreza extrema.

El supuesto de la ley 100/1993 era que el empleo asalariado, base del régimen contributivo, se expandiría hasta un punto en que le permitiría al Estado cubrir con solvencia los demás regímenes, no obstante, desde 2004 los afiliados a este régimen solo representaron el 47.5% del universo de afiliados y en 2010 bajaron al 23.0%, por lo tanto, los aportes de quienes estaban asalariados no respondieron de ninguna manera para asumir los niveles del costo del sistema de salud colombiano.

Otro aspecto considerado por Rodríguez Salazar (2013), corresponde a la “Limitaciones Presupuestales”, situación que cada día se ha hecho más compleja debido a las condiciones impuestas por un sistema neoliberal de mercado, que da paso a políticas de ajuste presupuestal y sus primeros objetivos son: reducir el margen de operación del Estado y la inversión en salud, la respuesta para superar esta crisis de ingresos, ocasionada por la misma estructura del mercado, es recurrir a la deuda externa, cuyo servicio absorbe un alto porcentaje del PIB (en 2010 pasaba del 40.0% del PIB y la inversión menos del 140%), en detrimento de la inversión social en salud. A esto se suma asumir el costo del conflicto interno y el sostenimiento de quienes se retiren de los grupos armados ilegales y decidan aceptar los programas de reintegración a la vida civil.

Un tercer aspecto corresponde a la llamada “clientelización, acompañada de la corrupción” que afecta la vida nacional y se evidencia también al interior del sistema de salud. Se destaca como dice Rodríguez Salazar (2013), “el manejo de la información producida y brindada por los actores del sistema a las instituciones encargadas de regular el servicio, que ha permitido el

enriquecimiento ilícito, a costa de la salud de la gente por parte de algunas aseguradoras y prestadoras de servicios de salud (EPS e IPS)”. Con la creación de Comisión de Regulación en Salud (CRES: artículo 3° de la Ley 1122 de 2007), se pretendía ponerle orden al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), pero con el decreto 2277 (junio 23 de 2008) y la Resolución 2571 (julio 11 de 2008), se cambió el sentido de la ley, al establecer en el numeral 4 del artículo 1 que “los gremios de la producción y los sectores económicos, serán representados por la organización del sector y/o subsector que acredite el mayor número de afiliados dentro del gremio o sector que representen”, lo cual alteró aún más la calidad en la prestación de los servicios de salud, puesto que los vigilados pasaron a ser parte de los vigilantes del sistema.

Y en el caso de Chile, de acuerdo con el estudio realizado por Narbona & Durán (2015), al caracterizar el Sistema de Salud Chileno, encontraron que constitucionalmente la salud es un componente considerado esencial para el bienestar individual y social de las personas, además de ser reconocido como un Derecho Humano, y a nivel de la legislación chilena, como un derecho fundamental. Esto compromete al Estado a disponer una atención en salud “libre” e “igualitaria” para toda la población. Sin embargo, la protección de la salud en Chile no armoniza necesariamente con la exclusividad de un dispositivo público orientado a proveerla. El sistema de salud chileno es un sistema dual, en donde actúan separadamente dos sectores encargados de administrar y entregar las actividades sanitarias del país: el sector público y el sector privado.

La forma en que opera y se organiza este sistema, tanto en su base técnica como en sus fundamentos políticos, constituye actualmente una fuente de intensos debates, pues es considerada la causa de la “crisis” del sistema de salud chileno. Sus protagonistas son la clase política y los distintos gremios de la salud; por eso ha sido necesario en función de sus discrepancias y acuerdos que se ha canalizado el enfoque y el curso de las sucesivas reformas.

A nivel ciudadano, sin embargo, afirman Narbona & Durán, existe un déficit importante de participación en la gestación de las políticas públicas en salud. Esto se ve reforzado por la aguda falta de información pública disponible para los usuarios del sistema, con datos cuantitativos y

cualitativos que describan la estructura del sistema. Sin esta información, difícilmente puede haber una “amplitud de mira” por parte de la ciudadanía, quedando su opinión anclada exclusivamente a la experiencia inmediata, usualmente de deficiente calidad en la atención.

El Sistema de Salud chileno es mixto, pues posee más de un tipo de financiamiento y más de un tipo de servicios. Sin embargo, desde lo normativo, tiene un carácter unitario, dado que es el sector público el encargado de elaborar las políticas y directrices generales de las acciones de salud en todo el país. Desde el financiamiento, en el sistema participan instituciones, organismos y entidades tanto del sector público como del privado. En este último las tarifas de afiliación están acordes con el nivel de ingresos. En el caso del sector público se inyecta además un fondo estatal que, entre otros aspectos, está destinado a entregar servicios ambulatorios y hospitalarios gratuitos a beneficiarios que no son cotizantes.

Considerando los servicios ofrecidos, siguiendo a Narbona & Durán, el sistema de salud en Chile está constituido principalmente por una industria de seguros o previsional-financiera y otra industria prestadora de servicios asistenciales, y, en menor medida, por una industria de productos sanitarios. Así mismo, La línea de explotación previsional-financiera, recauda, administra y distribuye los recursos de los cotizantes y demás beneficiarios de acuerdo a los servicios de salud estipulados por cada institución previsional (pública o privada). Si bien las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y Fondo Nacional de Salud (FONASA), constituyen el “núcleo duro” de esta cadena de negocios, también participan de ella las mutualidades de empleadores, las compañías de seguros y las cajas de compensación, entre otros, lo cual contribuye a las dificultades en el control de las actuaciones de los operadores del sistema.

De acuerdo con Reyes F. (2015), el sistema de salud chileno presenta las siguientes etapas, desde el momento en que se formalizó como tal:

1952 Se crea el SNS de administración autónoma, con Director General confirmado por el Senado, asesorado por el Consejo Nacional de Salud. Misión: determinar las políticas públicas de salud para la Promoción, Prevención, Curación y Rehabilitación.

1979 Se crea el SNSS (29 servicios).

1980 Se inicia la Municipalización de la Atención Primaria.

1981 Se introduce el Sistema Privado de Salud (ISAPRES).

2005 Reforma de Salud (Plan AUGE) Garantías de Acceso, Oportunidad, Financiera y Calidad.

Con este proceso se esperaba que la calidad en la atención a los usuarios mejorara sustancialmente, pero en una evaluación realizada en octubre de 2015 se reveló que el 92.0% se mostraron inconformes con el funcionamiento del sistema. En una síntesis de las respuestas, Reyes F. (2015) encontró que:

“Los usuarios no están satisfechos con el sistema de salud, La percepción es mala y se ha deteriorado a través de los años a pesar de las mayores inversiones y gastos en salud. Los usuarios no quieren que las *Isapres* desaparezcan, sino que sean perfeccionadas en favor de una mejor prestación de los servicios y atención a quienes demandan servicios de salud. Los usuarios adscritos a una *Isapres* no quieren ser trasladados a Fonasa, porque mal que bien son atendidos, pero cuando terminen los debates de la nueva ley de salud, es necesario corregir los errores actuales”.

Las razones para preferir las *Isapres* se deben a que su objetivo es la administración y, en algunos casos, el propio otorgamiento de las prestaciones de salud contratadas por sus beneficiarios, los cuales son tanto aquellas personas que cotizan como sus cargas familiares. Su sistema de afiliación es voluntario y requiere de una prima que varía según el tipo de seguro que se esté comprando. A diferencia de Fonasa, en estas instituciones el precio de cada seguro o plan de salud se ajusta mediante el uso de factores tales como: edad, sexo y tamaño de la familia.

El financiamiento del plan de salud de una *Isapre* se da a través del pago de un piso mínimo, que corresponde al 7% de las remuneraciones del trabajador, y opcionalmente a través de un aporte adicional (de máximo 40 UF, donde 1 UF equivale a 42.46 USD en junio 2018) orientado a obtener mayores beneficios. Los servicios médicos son generalmente financiados por las Isapres. Sin embargo, estas también disponen de una modalidad de libre elección. En esta, cada paciente tiene la posibilidad de cancelar su atención de manera particular y con posterioridad exigir el reembolso mediante la presentación de la boleta de servicios; el trámite se realiza en cualquiera de las oficinas de las Isapres. En función de quiénes son sus usuarios, pueden clasificarse en abiertas (orientadas a trabajadores de cualquier empresa) o cerradas (orientadas a trabajadores de una empresa determinada).

Comparando la información oficial recopilada de ambos países, se puede establecer la existencia de falencias en la calidad de la prestación de servicios de salud y, por tanto, en la gestión que realizan tanto los Estados en su función de control, tal como ha evolucionado el rol estatal al amparo de las políticas económicas neoliberales, así como en la manera en que los operadores privados han asumido la transformación de un derecho en un servicio del que esperan beneficios, muchas veces sin tomar en consideración la labor misional que implica velar por la salud y la vida de sus afiliados. Planteada así, esta temática es susceptible de ser problematizada y convertida en objeto de investigación.

1.1. Formulación del Problema

Como se ha podido observar en ambos países la salud atraviesa por una crisis similar, donde la calidad de la atención del cliente externo es señalada por ellos como deficiente, solicitando no tanto que el sistema desaparezca, sino que sea revisado y ajustado a la realidad que demanda el respeto de los derechos humanos y al de la salud como uno fundamenta.

En tal sentido, se considera que existe un área susceptible de ser investigada, por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta problema:

¿Cómo la comparación de la gestión de calidad en atención al cliente externo en los sistemas de salud de Colombia y Chile contribuiría a identificar sus repercusiones en el cumplimiento de los derechos humanos y de las exigencias de la salud como derecho fundamental?

2. Justificación

En su aspecto teórico, la presente investigación se focalizó en hacer un balance de la información disponible de las problemáticas que aquejan los sistemas de salud de Colombia y Chile, por ser países latinoamericanos con similares características culturales y socioeconómicas, tras la búsqueda de encontrar lugares comunes las de problemáticas y soluciones que cada gobierno le daba a la situación en que se encuentran sus sistemas de salud.

Metodológicamente, el presente trabajo se caracteriza por recurrir a técnicas de investigación reconocidas en los ámbitos cualitativo y cuantitativo e introducir el uso de técnicas mixtas, conocidas también como holísticas, multimétodo, método mixto o triangulación metodológica. (Hernández S., et al. Cap. 2), mediante las cuales fue posible acercarse a la forma en que en cada país se llevan a cabo los procesos de gestión de la salud, puesto que actualmente los Estados, influenciados por criterios propios del mercado, han reducido su participación directa en la misma, cediéndola a los operadores privados. Adicionalmente, este trabajo puede convertirse en un insumo para nuevas investigaciones, porque se soporta en desarrollos teórico-conceptuales validados por diversos autores y estudiosos de la calidad de la gestión en salud.

Desde lo social, la investigación propuesta orientada hacia la percepción de la satisfacción de quienes demandan servicios de salud, se enfocó en comprender el problema social y sanitario que implican las deficiencias en la atención asociada con el tipo de gestión de los distintos sistemas de salud en el que constantemente interactúan el Estado, las empresas promotoras y prestadoras de salud y el mercado de la misma salud, por eso estuvo centrada en profundizar y diagnosticar la relación que existe entre los criterios de calidad de servicio y la satisfacción del cliente externo, en cuanto esto indicaría el estado general del sistema en Colombia y Chile. De ese modo, fue como surgieron algunas sugerencias a modo de alternativas destinadas a la participación ciudadana en la vigilancia y control de la gestión de calidad en los sistemas nacionales de salud.

2.1. Limitaciones de la Investigación

La presente investigación al realizarse con base a información secundaria, presenta como limitación acceder a fuentes estatales totalmente confiables, no tanto en Colombia, sino en Chile donde los autores hasta el momento consultados, coinciden en afirmar que son escasas y no actualizadas, las razones corresponden a que los datos sí existen pero en su publicación por parte de los Ministerios y las Direcciones de Salud se tardan en promedio de dos a tres años para darlas a conocer de manera oficial a través de publicaciones impresas o por medios electrónicos, dificultando alcanzar una visión simultánea de cada situación.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Determinar las repercusiones del estado de la gestión de calidad en atención al cliente externo en los sistemas de salud de Colombia y Chile.

3.2. Objetivos Específicos

- Analizar cómo se promueven y desarrollan las políticas públicas en materia de gestión de la calidad en ambos países.
- Caracterizar los modos en que se realiza la gestión de calidad durante el proceso de atención al cliente externo en Colombia y Chile, a través de las entidades promotoras (EPS) y prestadoras (IPS) de servicios de salud.
- Conocer la manera en que la ciudadanía participa en la vigilancia y control de la gestión de calidad en los sistemas nacionales de salud colombianos y chilenos.

4. Marco Referencial

4.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales. En la investigación desarrollada por Ugarte Carolina & Vera, Ana. (2010). Denominada “Calidad en Atención Primaria de Salud: percepción de los profesionales de los Centros de Salud Familiar y Comunitaria de la ciudad de Valdivia, 2010”, se quería conocer desde la perspectiva de los profesionales de salud que trabajan en Atención Primaria en Salud (APS), la percepción que ellos tienen con respecto a la implementación de la gestión de calidad en APS. Para el logro de este propósito la investigación se enmarcó dentro de un paradigma cualitativo y tomo en consideración la opinión de quienes trabajaban atendiendo clientes externos en el área de salud en cuatro centros de atención básica.

Los resultados mostraron que los reclamos de los clientes externos eran válidos y puso en evidencia una concepción del término gestión de calidad precaria por parte de los profesionales, donde no todos comprendían la finalidad de los cambios que están ocurriendo en los centros de atención primaria. Entre los factores facilitadores presentes en los equipos de salud se encontraban la motivación del equipo por cumplir con las exigencias ministeriales, la existencia de un equipo multidisciplinario, experimentado y capacitado que apoya a los profesionales que conforman las unidades de calidad.

Por otro lado, dentro de los factores obstaculizadores se destacó la falta de recursos físicos, económicos y humanos, la falta de capacitaciones referente al tema y una inadecuada difusión de la información. Los informantes formularon algunas propuestas para mejorar la implementación de la gestión de calidad, como la inyección de recursos económicos al sistema actual de salud para poder cumplir con los cambios que se plantean desde la administración nacional en salud.

En el trabajo de Arrascue Delgado, Jesús Elizabeth & Segura Cardozo, Edgar Benjamín. (2015), titulado: “Gestión de calidad y su influencia en la satisfacción del cliente en la clínica de

fertilidad del norte”, se planteó como objetivo general “Determinar la influencia que existe entre calidad de servicio y la satisfacción del cliente en una clínica de fertilidad”. La investigación fue cualitativa e incluyó a 9 trabajadores de la clínica y a 65 clientes. Al final quedó demostrado que, según el grado de gestión de la calidad, de la misma manera los clientes externos manifestaban una percepción positiva o negativa de la entidad y, por extensión, del sistema de salud.

Los resultados permitieron deducir que la aplicación del concepto de calidad a los servicios de salud gana cada vez más importancia. Sin embargo, implementar un servicio de calidad no es tarea fácil y requiere de un cambio cultural de la organización que involucra todos los actores de la institución, en áreas de satisfacer las necesidades y preferencias de los pacientes. Por estas razones, esta investigación reflejó la influencia que existe entre la calidad de servicio y la satisfacción de los clientes, permitiendo analizar y determinar el nivel de satisfacción, proponer una estrategia y validarla.

Del Salto Mariño, Edgar. (2014), en su trabajo de maestría en gestión de salud, denominada: “Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el Instituto Nacional Mejía”, desarrollada en Quito, Ecuador, encontró evidencias que en los últimos años se ha producido un significativo cambio en las relaciones médico-paciente, entidad-cliente externo, debido a que los resultados de la atención, en ambos casos, se mide en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente/cliente externo de la atención de sus dolencias, de la sensación de su bienestar físico y mental, al igual que por su satisfacción con el resultado alcanzado. Por esta razón se considera oportuno analizar la gestión de calidad de la atención ofertada por parte de los profesionales y de la entidad, hacia sus pacientes/clientes externos. Para lo cual se hace un estudio observacional con un diseño epidemiológico analítico transversal en una población de 4.822 usuarios potenciales, de los cuales se toma una muestra representativa y aleatoria estratificada de 391 sujetos

Los resultados mostraron en cuanto a la relación calidad-satisfacción, que entre más indiferencia y descortesía mostraron los funcionarios hacia los pacientes/clientes externos, menor

fue la percepción de satisfacción de estos últimos y, por consiguiente, se incrementaron sus comentarios respecto de la mala calidad del servicio recibido. De este modo, no importaba tanto que les cumplieran con los horarios de atención o con la entrega de medicamentos, sino cómo eran las relaciones interpersonales.

Lo anterior condujo a identificar escenarios en los cuales cuando existe una malinterpretación del significado de “salud”, en el que se atiende solamente a la enfermedad más no a la persona, donde se desvaloriza la integridad del paciente, entendiéndose por integridad a un estado en equilibrio mente-cuerpo, se puede determinar que el problema radica en la deshumanización y desvalorización del ser humano, a la par del cumplimiento del Estado con sus compromisos de tratar la salud como un derecho fundamental.

Antecedentes nacionales. En Colombia, De la Hoz, Carrillo & Gómez (2012), en su estudio titulado “Gestión de la calidad y del conocimiento: dos enfoques complementarios”, presenta varios criterios de gran importancia cuando se habla del tema de la salud, al respecto plantean que la gestión de la calidad aplicada en las organizaciones genera mejores productos y servicios, reducción de costos, más clientes y empleados satisfechos, y mejor rendimiento financiero que a su vez conlleva ventajas competitivas.

Sin embargo, en muchas ocasiones los esfuerzos realizados resultan en vano debido a que las organizaciones no cuentan con una cultura organizacional madura que las guíe para mantener las mejoras continuas, satisfacer las necesidades de los clientes, reducir la duplicidad de esfuerzos, o en el rediseño de procesos, el trabajo en equipo y las relaciones cercanas con los proveedores.

La gestión del conocimiento entendida como las actividades relativas a la creación, almacenamiento, transferencia y aplicación del conocimiento en las organizaciones surge como una posible solución a las dificultades adquiridas por la aplicación de la gestión de calidad. Es indudable que este proceso no es sencillo de ser llevado a cabo e implica dificultades y

oportunidades generadas por la gestión de la calidad y cómo estas pueden ser sorteadas y aprovechadas por la implementación de estrategias de gestión del conocimiento.

Álvarez Álvarez, Lucía; Marrugo Padilla, Albeiro; Barrera Díaz, Edgar Alejandro & Serrato Arengas, Katherin; et al. (2014), en su investigación titulada: “La participación ciudadana como ejercicio de aproximación a la construcción de cultura ciudadana en el marco del derecho y el deber”, desarrollada en la Universidad de Cartagena, Colombia, para su especialización en pedagogía de la cultura de paz y ciudadanía, realizada como un estudio documental comparativo de la manera en que se forma la cultura ciudadana frente a las problemáticas que la aquejan y en las cuales la intervención del Estado y de sus políticas públicas en todos los órdenes, especialmente en las que se relacionan con la salud, resulta clave para su solución, (p. 2), puesto que las actuaciones de todos los actores institucionales dependen de tales directrices.

Los autores, reconocen y plantean la necesidad de realizar ejercicios de participación ciudadana para construir planes de gobierno, políticas públicas, normas y reglas de convivencia, con el fin de cultivar la costumbre de la colectividad, bajo la hipótesis de que con la participación activa de todos los ciudadanos se facilita su implementación y motiva la convicción de su cumplimiento, en vez de hacerlo por evitar castigos, multas o sanciones; lo que agregaría mayor autocontrol por parte del ciudadano en procura de lograr objetivos cuyos resultados muestren una mejora en la calidad de vida de toda la sociedad. (pp. 9-10)

El trabajo realizado incluyó un ejercicio denominado, “La moneda ciudadana, el derecho y el deber”, bajo la metodología de actividad lúdica y como un juego estudiantil, constituyó una primera experiencia de aproximación a la participación ciudadana en busca de motivar y comprometer a la sociedad civil, como corresponsable en la construcción de costumbres de identidad de una cultura ciudadana convergente, integradora y facilitadora del desarrollo socio económico

Los autores también establecieron que el componente académico constituye el enlace entre las sociedades civil y gubernamental, para construir un proceso de ciudadanía en procura de mejorar la calidad de vida de la sociedad. “La formación ciudadana es el principal reto del siglo XXI: formar ciudadanos para el ejercicio de la ciudadanía, en un territorio, de tal manera que su propósito sea la construcción de una democracia auténtica.

La idea consiste no tanto en tratar de formar ciudadanos sólo con preeminencia en derechos y responsabilidades civiles y políticas sino también con los derechos económicos, sociales y culturales, conocidos también como DESC y los derechos de la solidaridad, así como los derechos ambientales y los colectivos que trascienden los derechos individuales” (p. 11)

4.2. Marco Teórico Conceptual

Gestión de la calidad en salud. Han sido identificados varios estudios que desde finales del siglo pasado sintetizan los avances en la gestión de la calidad, considerándola como a un conjunto de estrategias en constante evolución, entre ellos se encuentran: Joseph Juran (1974), Philip Crosby y Kaoru Ishikawa (1985), W. Edwards Deming (1993), Powell (1995); Hendricks & Singhal (2001); Corbet et al. (2004) y Douglas & Judge (2004), para citar unos cuantos. Adicionalmente, todos estos trabajos afirman que cuando una organización aplica estrategias de gestión de la calidad, obtiene mejores beneficios financieros y ventajas competitivas. Es por ello que han venido surgiendo distintos tipos de estrategias que también son conocidas como Quality Management (QM), mediante las cuales se pretende, por una parte, incrementar la eficiencia interna de las organizaciones y, por la otra, promover sus bienes o servicios en el mercado donde compiten y tratan de mantener la mejor imagen corporativa posible

Actualmente, de acuerdo con Suárez Berenguela (2016), una parte importante del éxito de las organizaciones es la financiación de sus operaciones, de la cual depende a su vez su existencia y sostenibilidad, un tema de por sí muy complicado cuando se habla de los sistemas de salud, por eso ha sido necesario implementar ciertos estándares que sirven de guía en los procesos de diseño

de los sistemas para aplicar la QM, ajustándolos al tipo de actividad a la que se dedican, por ejemplo, la más conocida e importante es la serie de normas ISO 9000, ISO 14001, ISO 17025, al aplicarlas lo que se busca es lograr por parte de las autoridades respectivas de cada país, la acreditación con las ventajas comerciales y financieras que esto implica.

Al respecto existe un lado negativo que Brislan (2008), ya advertía acerca de su surgimiento después de haber obtenido la certificación. El caso es que muchas organizaciones parecieran olvidar la filosofía que orienta la QM y retornan a la cultura organizacional que practicaban antes de ser certificadas, como si solo les hubiera interesado alcanzar el estatus de ser una organización certificada y nada más. Por lo tanto, se requiere de mandos superiores y medios que no solamente comprendan los alcances del compromiso que esto implica sino que lo mantengan a través del tiempo, en otras palabras que alcancen el nivel de una cultura organizacional madura en términos de QM combinada con la Gestión del Conocimiento (KM) cuyas características son las siguientes (p. 34). (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

Características de una cultura madura enfocada en QM y en la gestión del conocimiento (KM)

Descriptor	Descripción
Soporte e interactividad.	Definida como la participación en grupos de trabajo y trabajo en equipo. Este factor se puede potenciar con la implementación de estrategias de la Gestión del Conocimiento (KM) por medio del proceso de transferencia de conocimiento, incentivando las charlas y discusiones entre los trabajadores. Las iniciativas enfocadas en la QM suelen fracasar en parte por la falta de trabajo en equipo.
Complejidad conceptual.	En las organizaciones los individuos poseen distintos niveles de aprendizaje y preparación educativa. Por eso, términos de “complejidad conceptual”, se define como la capacidad de mantener todo el sistema actualizado.

Creación.	Se define como la capacidad de crear nuevos productos y servicios. Las estrategias de la Gestión del Conocimiento (KM) contribuyen al fomento de nuevas ideas con esos propósitos, así es como los trabajadores de una organización adquieren experiencia por medio de sus rutinas de producción o de ofrecimiento de servicios
Proactividad.	La organización no debe dedicarse a enfrentar problemas sino en evitarlos y aprovechar la experiencia y conocimientos de sus trabajadores, porque usualmente ellos los conocen mejor que los directivos. La meta es incentivar el almacenamiento, transferencia y aplicación de conocimientos de los trabajadores cuando detectan problemas evitables en medio de los procesos y rutinas.
Enfoque Creativo.	No sólo se deben crear nuevos productos y servicios, sino también mejorar los procesos internos de la organización. En esta característica la Gestión del Conocimiento (KM) es relevante siempre y cuando los directivos decidan involucrar a sus trabajadores operativos en los procesos de transferencia y aplicación del conocimiento,

Fuente. Adaptación del trabajo de Brislan (2008).

Del mismo modo, Wiig retomando a Deming (2007) considera que las estrategias de la QM se guían por cuatro supuestos interrelacionados basados en los siguientes elementos: Calidad; Personas; Organización, y el Rol de quienes son los encargados de tomar las decisiones administrativas y operativas.

“Calidad: está basada en la premisa fundamental de la QM que considera que el costo de ofrecer productos y servicios de baja calidad es más alto que el de desarrollarlos siguiendo altos estándares.

Personas: parte de la idea que los trabajadores se esmerarán en realizar trabajos de calidad y tomarán iniciativas para mejorarlo, pero debe proveérseles de las herramientas y el conocimiento necesario para hacerlo, considerando sus ideas por los directivos.

Organización: considerando que “las organizaciones son vistas como sistemas compuestos de partes altamente interdependientes” (Deming. 2007), los problemas que involucran diferentes funciones en la organización deben ser resueltos por individuos representativos de cada una de las funciones.

Rol de los directivos: debido a que son quienes diseñan los sistemas a implementar en las organizaciones y los primeros que deben estar comprometidos con los procesos de mejora y calidad”. (Wiig. 2007)

Como complemento de la gestión de la calidad, Wiig (2007), señalaba que la gestión del conocimiento (KM) es el otro aspecto a considerar porque provee herramientas útiles para la consecución de las características de una cultura organizacional estable destinada a evitar las dificultades en la aplicación de las estrategias orientadas por la filosofía de la QM. De esta manera es posible hacia el mediano y largo plazo incrementar los beneficios y la efectividad derivados de la presencia de activos de conocimientos.

De manera sintética la gestión del conocimiento o KM, de acuerdo con Wiig: “consiste en una serie de prácticas y estrategias enfocadas al aprovechamiento de los activos de conocimiento en las organizaciones para mejorar los procesos, productos y servicios ofrecidos por las mismas”. En tal sentido la KM requiere de una serie de procesos para lograr sus objetivos como: Creación, Almacenamiento, Transferencia y Utilización. Por eso se puede considerar la KM como

“...un ciclo de procesos, partiendo de la premisa que una vez el conocimiento haya sido creado y almacenado posteriormente en fuentes para que otras personas puedan acceder a él, para luego ser transferido a los individuos que lo necesiten en el momento indicado, éste conlleva la creación de nuevos conocimientos o la modificación de los existentes, puesto que cada persona posee constructos y estructuras mentales que los distinguen de los demás y generarán variaciones de los conocimientos adquiridos”. (Wiig. 2007)

Como se ha podido observar la gestión de la calidad o QM aplicada a cualquier sector productor de bienes o servicios, es en realidad una filosofía destinada a promover la mejora continua de todos los procesos involucrados. Los beneficios de aplicarla son determinantes para el éxito económico y financiero de las organizaciones y en especial de la atención que brindan a sus clientes externos, porque representa una ventaja competitiva en cualquier mercado. Sin embargo, la aplicación de la gestión de la calidad no es sencilla ni económica en tiempo y en dinero, adicionalmente debe estar acompañada de la gestión del conocimiento o KM. Para que alcance su máximo potencial y se implante en la organización como una cultura organizacional diferente a la tradicional aplicada internamente, la cual es difícil de erradicar si no se cuenta con la decisión de directivos, mandos medios y trabajadores por hacerlo.

La gestión de la calidad total aplicada a la salud. Al respecto, Gómez Bernabéu & Palací (2008), al referirse a la calidad total en salud, también aceptan que además de ser una filosofía de gestión, reconocida por todos los estudiosos del tema, responde a tres criterios básicos: orientación al cliente, mejora continua y trabajo en equipo. El modo en que las organizaciones públicas y privadas son gestionadas se acerca o ajusta en un grado variable al sistema o filosofía de gestión de la calidad total, grado de acercamiento o ajuste que ha sido denominado “Orientación a la Calidad Total”.

Por su parte Donabedian (2009), considera que “el grado de calidad en salud es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades” (p. 382) e incluye: infraestructura, procesos y resultados como partes inseparables de una estructura conceptual para evaluar la atención prestada al paciente, ahora denominado cliente externo.

De igual forma, señala Donabedian, implementar el proceso de la calidad total llevándolo a su máxima expresión, requiere adoptar una forma de vida organizacional, donde cada individuo involucrado desempeñe sus tareas completa y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. La razón de esta perspectiva reside en que la percepción de calidad total la define

el usuario y no la organización sea pública, privada o mixta, porque es un enfoque destinado a dar al usuario de los servicios lo que él necesita, desea, quiere y demanda, en otras palabras, es crear usuarios satisfechos.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de salud, afirma Donabedian, no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes). “Pero sólo se puede satisfacer a los usuarios realmente, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos, y esto hace más compleja aún la trama y las acciones encaminadas por los gestores de estos servicios, para lograr un funcionamiento que cumpla con todas las condiciones necesarias para el logro de una excelencia” (p. 385)

Dentro de los indicadores de la calidad total, uno se destaca y corresponde a la satisfacción del cliente externo con la atención recibida, mediante la prestación de un servicio de mayor calidad. La satisfacción puede definirse como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del cliente externo o usuario”, puesto que en resumen es la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene con respecto a la pronta y eficaz respuesta a su necesidad de ser atendido.

Donabedian afirma que si se quiere ofrecer servicios de mayor calidad y crear instituciones de excelencia, entonces, la evaluación de la satisfacción en los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo estamos y que falta para llegar a cumplimentar las expectativas de unos y de otros. (p. 385)

Sistemas de salud que funcionan en otros países. Aplicando el Ranking de Bloomberg, (Ver Tabla 2), los 3 primeros países por su eficiencia en los sistemas nacionales de salud son Hong Kong, Singapur y Japón. Se caracterizan por tener un gobierno que controla un sistema de salud universal. Por ejemplo, en Hong Kong, con una economía considerada de las más libres del mundo,

el sector público tiene el peso más importante a la hora de proporcionar un sistema de salud accesible a todos sus ciudadanos. Esta Región Administrativa Especial (RAS) de la República Popular de China, con estatus de país, se esfuerza para ofrecer una sanidad universal y ser el más eficiente del mundo destinando tan sólo el 3,8% del PIB per cápita. En Japón, el gasto en salud corresponde a un 8,5% del PIB per cápita. La mayoría de los servicios de salud están financiados también por el sistema público, situándose por encima de la media de 72,2% entre los países de la OCDE.

En el caso de Singapur, el Estado cubre sólo una cuarta parte de los gastos totales destinados al sistema de salud mediante impuestos y fondos, mientras que los individuos y empleadores pagan el resto. Este sistema requiere que los ciudadanos se responsabilicen de su propia salud y dediquen parte de sus ingresos a cubrir su seguro médico. Se utiliza el copago básico que se incrementa según los ingresos del trabajador o cuando demandan un mayor nivel de atención. De la misma manera, el Estado se compromete a subsidiar a aquellos que no sean capaces de cubrirse los servicios mínimos de salud.

Referente a Europa, España cuenta con el sistema de salud más eficiente, por eso ocupa el quinto lugar en el mundo y el primero en Europa por su eficiencia, siendo un ejemplo de sanidad simple y barata, con financiación por impuestos y cobertura universal que extiende los servicios a toda la población. Los aportes del Estado alcanzan el 10,4% del PIB per cápita, en forma de colaboración con el copago para las más pobres y en determinadas prestaciones. No obstante, las listas de espera para ser atendido son largas y en algunas regiones falta la infraestructura requerida. Debido a la crisis económica de 2012, el Estado restringió la atención a los no asegurados y a los beneficiarios, así como a quienes no tienen permiso de residencia, incluso procedentes de países de la Unión Europea. Además, se creó una tarifa diferencial según los ingresos para establecer copagos por los medicamentos, no obstante el Estado sigue colaborando con una parte del costo.

En cuanto a EE.UU., este país se destaca por su ineficiencia por eso entre 48 países analizados, ocupa la posición 46. Esto pone en evidencia los elevados costes del sistema de salud

norteamericano: uno de los países más ricos del mundo gasta más en salud y obtiene como resultado menos de lo que obtienen el resto de naciones analizadas, adicionalmente deja un gran porcentaje de la población sin seguridad o pobremente protegidos en el caso de necesitar asistencia.

Los EE.UU., junto con México y Chile, son los únicos países de la OCDE donde menos del 50% del gasto en salud es financiado por el Estado. El sistema de salud norteamericano está gestionado principalmente por aseguradoras privadas, pagadas en su mayoría por las empresas empleadoras. Además, existen programas públicos especiales, pero sólo destinados a aquellos pacientes que las aseguradoras privadas no quieren cubrir y que pertenecen a grupos especiales (jubilados, gente sin recursos, exmilitares y niños de padres sin seguro médico). En resumen, en EE.UU., se paga más por la salud y se obtiene menos, por ello recibe muchas críticas por las medidas estándares de salud que aplican, bajo la idea de la universalidad, de donde: la mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer y muertes ocurridas podrían haber sido evitadas con el cuidado médico apropiado.

En la Tabla 2 se puede observar que los primeros países del ranking Bloomberg tienen en común una participación mayoritaria del Estado en cuanto a la gestión de la calidad en salud, así mismo en ellos las instituciones públicas ejercen su influencia y deciden la financiación, la gestión y la regularización de las prestaciones sanitarias para evitar el malgasto innecesario de los recursos disponibles. En contraposición, en países donde el modelo de gestión está más privatizado, tanto los médicos como las aseguradoras tienen incentivos para cobrar precios muy altos por los servicios médicos y a aplicar tratamientos más caros, ya que las empresas pagan una prima alta.

Es una realidad que el gasto en salud ejerce una gran presión sobre las finanzas públicas. En el contexto actual de crisis económica global esto pone en evidencia la necesidad de implantar medidas que ayuden a fortalecer los sistemas de salud. Y esto pasa, inevitablemente, por generar una financiación eficiente del sector, con una gestión de la calidad que involucre todos los aspectos claves de la atención en salud, es decir, comprometiendo a todos los actores no solo a prestar y

exigir un buen servicio sino también a que la ciudadanía esté vigilante de cómo está operando el sistema de salud de cada país.

Un aspecto significativo para esta investigación, es haber encontrado que según el ranking de Bloomberg Chile ocupa el 8° puesto en 2017, mientras que Colombia está en el 52, posiciones atribuibles al % de eficiencia de cada país en cuanto al manejo de la atención prestada por sus sistemas de salud 62.2% para Chile y 31.6% para Colombia.

Tabla 2.

Ranking de los sistemas de salud más y menos eficientes del mundo

Puesto 2017	Puesto 2009	País	% de eficiencia	Expectativa años de vida
1	1	Hong Kong	88.9	84
2	2	Singapur	84.2	83
3	8	España	72.2	84
4	7	Sur Corea	71.5	82
5	3	Japón	68.2	84
8	15	Chile	65.2	82
9	9	U.E.	64.3	77
17	20	México	55.3	77
21	26	U.K.	52.9	82
32	30	Perú	46.9	75
50	49	USA	32.6	79
52	47	Colombia	31.6	74
54	54	Brasil	28.9	74

Fuente. Adaptación del Bloomberg Health Care Efficiency Index (2009-2017)

En cuanto a Colombia, al ser planteada la Ley 100 en 1993 se propició un sistema mixto público-privado, y se esperaba una proporción de 70 personas inscritas como contribuyentes por cada 30 subsidiados e incluso se pensó que el límite podría ser 55 a 45. Sin embargo, el desbalance de tales estimaciones pronto demostró que se necesitaba o subir los pagos de los contribuyentes o

el Estado estaba obligado a aportar más recursos para que el sistema a cargo de las empresas promotoras de servicios de salud o EPS no colapsara.

Estas empresas por su carácter mixto, puesto que recibían aportes obligatorios de los contribuyentes (cotizaciones, copagos, entre otros) y del Estado (pagos por capitación), empezaron a mostrar una predisposición a la corrupción profunda e inhumana, ya que muchos recursos fueron destinados a crear una costosa infraestructura administrativa y locativa, además de desviar dineros hacia otro tipo de negocios no relacionados con el objetivo para el cual habían sido concebidas, según la misma Ley 100/1993, mientras tanto la calidad de los servicios prestados iba en descenso, debido al surgimiento de numerosos intermediarios que actuaban a su propio arbitrio.

Esta situación el Estado colombiano ha tratado de corregirla al incrementar su nivel de control sobre las EPS y la empresas prestadoras de servicios o IPS, como sucede con la planilla integrada de liquidación de aportes o PILA que surge mediante la resolución 5858 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, para el pago integrado de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales en la cual los aportantes reportan la información para cada uno de los subsistemas en los que el cotizante está obligado a aportar, quitándoles a las EPS esta potestad.

Con respecto a Chile, de acuerdo con el Ministerio de Salud (2016), su sistema de salud también es mixto, compuesto de fondos y prestadores públicos y privados. Corresponde a lo que se define como un sistema de aseguramiento mixto regulado. El sector público lo integran los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes (los 28 servicios de salud), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud.

Los servicios de salud corresponden a entes territoriales descentralizados del Ministerio de Salud que tienen una distribución diferente a la estructura político-administrativa del país cuya función consiste en articular, gestionar y desarrollar la red asistencial (ambulatoria y hospitalaria) correspondiente.

El sector privado está compuesto por aseguradoras llamadas ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) y una gran cantidad de prestadores individuales e institucionales. Las fuentes de financiamiento predominantes del sistema son los impuestos generales, las cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7% del salario tanto para ISAPRE como para FONASA) y el gasto de bolsillo o pagos que deben hacer quienes no están o no tienen cobertura para tratamientos especiales.

Existen dos grandes tipos de seguros; el FONASA o seguro público, que recibe un aporte fiscal considerable, además de las cotizaciones de salud obligatorias de los trabajadores que lo eligen como seguro de salud. Para acceder a las atenciones de salud que FONASA ofrece, existen dos modalidades de atención, la institucional (MAI) y la de libre elección (MLE). La primera corresponde a las atenciones que proporcionan los establecimientos públicos de salud; los beneficiarios pagan por la atención recibida según el grupo de ingreso en el que se encuentran. Cabe hacer notar que sólo los beneficiarios más pobres no copagan por la atención recibida. La MLE opera cuando los beneficiarios de FONASA se atienden con prestadores privados (y públicos en los llamados *pensionados* de los hospitales) previo copago. Sólo acceden a esta modalidad de atención los beneficiarios de mayores ingresos.

Las ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), corresponden a seguros privados que administran las cotizaciones obligatorias de los trabajadores que las eligen, es decir, en la concepción tradicional de la seguridad social, administran fondos públicos. En la actualidad existen 16 ISAPRE en operación.⁵ Los seguros privados que administran aportes voluntarios y las donaciones tienen una reducida presencia en el contexto del financiamiento del sistema.

Un caso especial lo constituyen los municipios, quienes aportan en relación directa con sus ingresos, en proporción variable, a los centros de salud primaria que los mismos administran. Además, estos centros reciben un pago per cápita del FONASA según la población inscrita. La atención en el nivel primario es predominantemente gratuita para los beneficiarios de FONASA.

Los beneficiarios de ISAPRE pueden atenderse en estos centros pero deben pagar la totalidad de la atención recibida.

En la actualidad, la provisión de servicios de salud del sistema de salud chileno está estructurada sobre un arreglo básico que data de los años cincuenta y que implica una gran red de servicios de propiedad y gestión estatal a la cual se agrega, a partir de la década de los ochenta, el desarrollo del sector de seguros previsionales privados y el consecuente desarrollo de servicios privados de provisión directa para los segmentos de ingresos altos y medios.

Entre los sistemas de salud de Colombia y Chile se aprecia una gran similitud porque ambos son mixtos y las soluciones dadas a la demanda de servicios por parte de los operadores privados responden a situaciones producto tanto de la estructura de los sistemas de salud como de su complejidad. Haciendo un comparativo de Colombia y Chile, con lo que ocurre en otros países, David Ardila (2012), en un estudio patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), encontró lo siguiente:

Sistema de salud canadiense. La población tiene acceso universal de alta calidad para todos. Es públicamente financiado y los prestadores son privados. El médico u hospital factura al gobierno por el servicio prestado. Este requiere impuestos altísimos derivados en gran medida de la venta de alcohol y tabaco o “sin taxes” cubiertos por el Estado. Se prohíbe la práctica privada de medicina, con lo cual si un paciente quiere pagar a un médico de su bolsillo se considera ilegal.

Sistema británico. Existen hospitales públicos y privados. Todos los ciudadanos están asegurados para tratamientos en hospitales públicos y en ciertas ocasiones se hacen asociaciones con hospitales privados. Si el hospital privado que está disponible no cumple con los estándares de precios gubernamentales, el paciente debe hacerse cargo del pago. Requiere igualmente altísimos impuestos. La práctica de la medicina de manera privada es legal, pero es muy pequeña y atiende solo tratamientos básicos.

Sistema suizo. Existen diversas empresas aseguradoras privadas que compiten por captar clientes, bajo el supuesto que todos los ciudadanos están obligados a comprar un seguro de salud. Si este costo supera el 10% del salario del trabajador el Estado cubre el resto, pero esto solo es válido para aproximadamente el 30% de los ciudadanos. La regulación de las aseguradoras es muy estricta y deben cobrar una tarifa igual para todos sus afiliados de acuerdo con su nivel de ingresos, del mismo modo, no existen condicionantes por enfermedades pre-existentes. Este seguro médico o de salud no genera, en teoría, utilidades para las aseguradoras, por lo tanto deben ser creativas y crear seguros especializados para financiar sus operaciones.

El sistema suizo, de acuerdo con Ardila, es hasta cierto punto similar al colombiano, sin embargo, los resultados alcanzados son totalmente diferentes, porque aparecen algunos detalles que no fueron tomados en cuenta por los legisladores de Colombia y Chile, como por ejemplo, la regulación a las EPS es nula, ya que hacen falta políticas de estandarización de servicios, evitando así el rechazo de algunas personas por condiciones pre-existentes.

Así mismo, las EPS deben poder cobrar directamente los pagos de los cotizantes, por cualquier concepto evitando los costos de administración que genera el Estado cuando interviene en los recaudos. Con un control estricto del Estado, las reglas del mercado harían que las EPS que presenten mejores precios o mejor servicio prevalezcan, lo cual redundaría en una tendencia hacia la baja en los altos costos de los tratamientos especializados. Si una EPS arroja pérdidas que llevarían a la banca rota, sus afiliados deben ser rescatados sin dilación, por el gobierno mientras la empresa se hunde o se recupera.

Dice Ardila que muchos estudiosos piensan que el sistema de salud ideal es el canadiense. Pero en Colombia su uso sería catastrófico. Un aumento en los impuestos como el que sería necesario causaría motines y protestas. Además, algunos prestadores de servicio de dudosa moral encontrarían formas de pasar sobrefacturados o volver a cobrar por sus servicios, lo que llevaría a un progresivo empobrecimiento de la calidad de la salud en general, y a una disminución de salarios para los médicos y trabajadores de la salud. Luego al no poder acceder a clínicas pagando

directamente, se estaría pasando de uno en el cual solo los “ricos” pueden obtener atención médica de calidad, a un sistema donde nadie puede acceder a servicios de alta calidad. Este sistema, recuerda Ardila ya se implementó en Colombia antes de la promulgación de la ley 100 en 1993 y no contó con mejores resultados que los que existen actualmente.

Otro sistema para comparar es el británico, el cual cuenta con problemas muy similares al canadiense, y en este caso al ser la mayoría de hospitales nacionalizados, ya no sería el sector privado el que abusara del público sino los funcionarios públicos, que en diversas ocasiones contribuyen a desfalcan el dinero que está destinado a este fin. No obstante, con sus falencias y fortalezas, el sistema británico de salud funciona, a eso contribuye el nivel de ingresos de la población y la cultura del aseguramiento de la salud a lo largo de toda la vida.

Pero nada de esto va a cambiar el hecho de que una proporción como la que existe en Colombia de pobreza (26.9% de pobreza y 7.4% de pobreza extrema. DANE 2017, para un total de 34.3%) y la de Chile (extraoficial con base en la Encuesta CASEN 2017: 26%.) mientras las publicaciones oficiales solo reconocen el 16%, pobreza 13%+indigencia 3%. En ambos casos, en estas cifras están incluidos los adultos mayores, las poblaciones campesinas y los asentamientos subnormales en las principales ciudades, fenómeno que dificulta el establecimiento y desarrollo de un sistema de salud perfecto. Por lo tanto, partiendo de considerar que la salud ha dejado de ser un derecho, para convertirse en un servicio prestado por médicos, clínicas y hospitales, cuyo costo obliga a no prestarlo gratis, la opción sería que la riqueza se incrementara involucrando al mayor número de ciudadanos posibles, lo que conduce a Ardila a afirmar que “acabar con la pobreza de un país es algo muchísimo más complicado que formular un sistema de salud”.

Políticas públicas en salud: origen y alcances. De acuerdo con Gill (2004), la gestión de las políticas públicas ha estado más sujeta a procesos de conflicto y negociación entre grupos con intereses diferentes, que a criterios de tipo técnico o científico y las que más impactan sobre la sociedad suelen ser decididas más en función de los intereses predominantes en el grupo que en algún estudio científico (p. 117). Al respecto, las redes de grupos de interés podrían llevar a los

legisladores a tomar en cuenta la opinión de la sociedad, cuando ésta conforma grupos de presión. Otras características del proceso pueden constituir factores críticos de éxito, entre ellas:

“La participación social en todos los estadios del proceso de salud y enfermedad, considerando el carácter holístico de la salud. El carácter intersectorial de las intervenciones de los grupos de presión ciudadana tras la búsqueda explícita de la equidad. La sostenibilidad del seguimiento de las propuestas ciudadanas que garantice el logro de los resultados hasta que sea promulgada la política pública por los legisladores. Considerar la participación de los medios de comunicación y las acciones sistemáticas de cabildeo, como factores críticos de éxito insalvables a todo proceso de participación social en gestión de políticas públicas y salud”. (p. 120)

Además, dice Gill que reconocer el carácter obligatorio de las políticas públicas no significa que éstas deban ser el producto de una decisión arbitraria o autoritaria, sino un producto más propio de la concepción del Estado Social de Derecho, por tanto, la legitimidad de una política pública sólo puede sustentarse en el respaldo libre y consciente de los afectados, y no en las medidas de fuerza o el engaño, por eso se deben revisar los conceptos que se tengan acerca de lo público y de la competencia del Estado frente a los asuntos públicos. Lo público no es sinónimo de lo estatal, se puede considerar que las políticas no son públicas sólo porque surjan de una agencia estatal competente, pues muchas de las directrices impuestas en las sociedades de mercado han sido elaboradas por grupos privados hegemónicos, en algunos casos mediante procedimientos que desconocen los aparatos del Estado. (p. 121-122)

Gill añade que las políticas son públicas porque afectan el espacio del interés colectivo y es allí donde se define lo que se espera del Estado, puesto que también se debe considerar que la mayoría de Estados han optado por modelos neoliberales que suelen desviar la competencia ciudadana sobre las decisiones que afectan los intereses colectivos y en últimas a la estructura y finalidad de las políticas públicas.

Por ello, dice Gill: “una sociedad que desconfíe del Estado y de su idoneidad para regular las decisiones que inciden sobre el interés colectivo, someterá a sus integrantes al conflicto permanente y al predominio de la fuerza. Tangencialmente, este razonamiento puede conducir a pensar hasta dónde las formas de violencia que aquejan una sociedad se relacionan con la minimización de la estructura del Estado y de su capacidad para arbitrar intereses en conflicto y satisfacer a las mayorías” (p. 125).

Coincidiendo con los planteamientos de Gill, para Gómez, Rodríguez & Agudelo, et al. (2007), las políticas públicas relacionadas con la salud son siempre complejas y usualmente extra-sectoriales. Por ello, requieren ser enfocadas interdisciplinaria y trans-sectorialmente. Igualmente, la gestión de políticas públicas es el reflejo de intereses con frecuencia opuestos y por ello debería incluir la participación de todos sus actores. Esta complejidad es la que dificulta la participación efectiva de la sociedad civil si no se organiza de manera coordinada y con unos propósitos definidos.

Adicionalmente, Acuna & Levcovitz et al., (2010), definen el sector de la salud, como “el conjunto de valores, normas e instituciones, así como de los actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios cuyos objetivos primordiales son promover la salud de individuos o grupos de población” (p. 3). Se supone que las actividades que realizan estos actores e instituciones están dirigidas a la prevención y control de la enfermedad; la provisión de servicios de salud personales y no personales a la población; la investigación científica en salud; la capacitación de personal de salud, y la disseminación de información a la población en general.

La anterior definición se inscribe en un marco conceptual que contempla el concepto de salud adoptado por la OMS en su Constitución de 1946 y adoptada en Latinoamérica y el Caribe. (Ver tabla .3)

1. La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones, incluidos sus factores determinantes y condicionantes;
2. El reconocimiento de que cada país organiza su propio sistema de salud;
3. Las relaciones del sector salud con otros sectores sociales y económicos;
4. Una visión dinámica del sector, que considera los cambios en las instituciones y actores que lo conforman, más el entorno económico donde desarrollan sus actividades con sus valores, conocimientos, habilidades, organización, recursos, tecnologías, intereses y asimetrías de poder, y
5. El análisis funcional del sistema de servicios de salud y sus implicaciones para la acción. Este sector abarca las acciones que contribuyen al mejoramiento de la salud, incluidas las actividades económicas y productivas de la salud” (OMS. Constitución 1946).

Combinando los aspectos anteriormente expuestos, Acuna & Levcovitz, muestran cómo se estructura actualmente el sector salud;

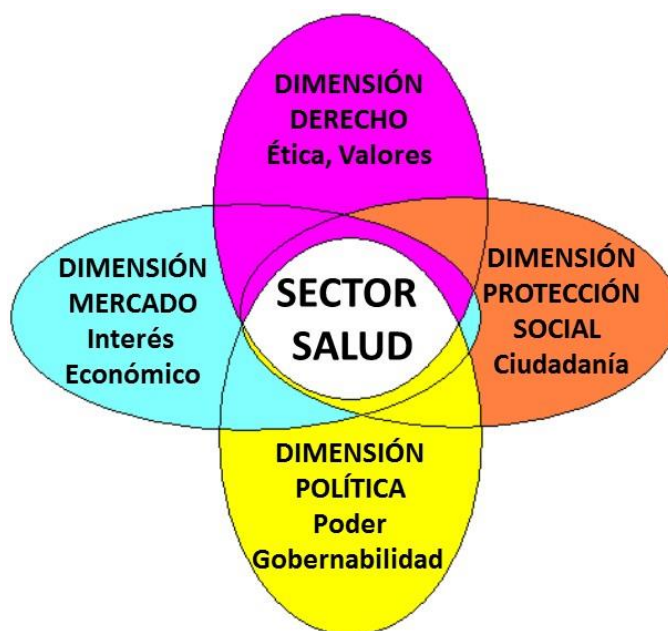


Figura 1. Dimensiones del sector de la salud según OMS.

Fuente. Adaptación del trabajo de Acuna & Levcovitz. (2010. p. 3)

El hecho que los países Latinoamericanos y del Caribe hayan optado por aceptar que la salud es un derecho universal, conduce a preguntarse ¿Hasta qué punto esto ha influido en el mejoramiento de los niveles de pobreza y de desigualdad que se observa en muchos de estos mismos países? Al respecto, Wagstaff (2005), al estudiar esta situación encontró que la pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados con las políticas públicas y la gestión de la calidad en salud. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas y reciben una atención de baja calidad. Esta asociación refleja una relación de causalidad que funciona en los dos sentidos: la pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres (p. 2), también evidenció que la desigualdad medida en términos del Gini es un buen indicador del estado de la salud de una sociedad.

Tabla 3.

Año en que países de Latinoamérica y el Caribe promulgaron normas legales reconociendo la salud como derecho universal

País	Año	Ley / Resolución / Norma
Argentina	1989	Ley N° 23.661
Bolivia	1998	Decreto Presidencial N° 25.265
Brasil	1988/1990	Constitución Federal; Leyes 8.080 y 8142
Colombia	1993	Ley 100
Costa Rica	1973	Ley General de Salud N° 5395
Chile	1985	Ley N° 18.469
Cuba	1976	Carta Constitucional
República Dominicana	2001	Ley N° 87
Ecuador	2002	Ley N° 80 RO 670
El Salvador	1983	Carta Constitucional
Guatemala	2001	Ley de Desarrollo Social, Dec. N° 42
Guyana	1980	Carta Constitucional
Haití	1987	Carta Constitucional

Honduras	1982	Carta Constitucional
México	2003	Ley General de Salud
Nicaragua	1987	Carta Constitucional
Panamá	1972	Carta Constitucional
Paraguay	1980	Ley N° 836
Perú	2002	Ley N° 27.812
Venezuela	1999	Carta Constitucional

Fuente. Adaptación del trabajo de Acuna & Levcovitz, et al. 2010. p. 3.

Wagstaff con base a estudios realizados para el World Bank, la OMS y la OPS, ha concluido que los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. La asociación entre la pobreza y la mala salud refleja una relación de causalidad bidireccional. La enfermedad o la fecundidad excesivamente alta pueden tener un considerable efecto en los ingresos familiares e incluso marcar la diferencia entre estar por encima o por debajo de la línea de pobreza. Además, la mala salud se asocia frecuentemente a considerables costos de atención sanitaria, sin desconocer que la pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud, es por eso que los países pobres y las personas pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud, de esa manera las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza (pp. 3-5).

Varias de las principales organizaciones internacionales y donantes bilaterales, señala Wagstaff, tienen ahora como objetivo primario mejorar los resultados de salud de los pobres del mundo, esto refleja una tendencia creciente de esas organizaciones a definir sus objetivos en términos de reducción de la pobreza y de la interpretación cada vez más amplia que se está haciendo del término "pobreza".

Es así como los efectos perjudiciales de la mala salud sobre el nivel de vida familiar también están siendo considerados cada vez más como una cuestión de justicia social, a lo cual ha

contribuido la aceptación de la salud como un derecho universal, por esta razón, en varios países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), está cobrando fuerza la aceptación de la idea de que tanto los pagos de bolsillo como los pagos destinados a los planes de protección deberían estar relacionados con los ingresos familiares para no convertirse en una carga financiera, idea que está siendo defendida por la OMS.

En el caso de Colombia, en materia de desigualdad aplicando los criterios de Wagstaff y de acuerdo con el DANE (2017), Colombia avanzó y cumplió las metas un año antes, toda vez que, medida por el Coeficiente de Gini, se pasó de 0,522 en 2015 a 0,517 en 2016, en el total nacional. Mientras más cercano sea el Gini a 0, el país es menos desigual. Para ello han sido clave los programas de vivienda digna y gratuita para los más vulnerables y las políticas públicas para que más personas tengan seguridad social en salud. La participación del gasto en salud para 2017 en el PIB fue del 8.0%

En el caso de Chile, el coeficiente de desigualdad de Gini, según el Ministerio de Desarrollo de Chile y los resultados de la encuesta CASEN (2015-2016), se ha mantenido alrededor de 0,55 durante los últimos decenios, demostrando que pese a los esfuerzos de los distintos gobiernos socialistas y de derecha, las condiciones de vida y atención en salud para los chilenos, no han podido ser mejoradas. La participación del gasto en salud con respecto del PIB para 2016 fue del 5.4%.

La financiación de la salud y sus desafíos. De acuerdo con el informe de salud del mundo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde el año 2000 quedó definido como sistema de salud para los países parte, “todas las acciones cuyo propósito primario sea promover, restaurar o mantener la salud”. Junto con esta definición, quedaron establecidos los siguientes tres objetivos para los sistemas de salud: “Mejorar la salud de la población; Responder a las expectativas de la población de cada país y Proveer la protección financiera necesaria para responder por los costos de una mala salud” (OMS. 2000)

Además, el informe de la OMS describe las funciones de los sistemas de salud, dentro de las cuales quedarán incluidas todas las actividades del sistema. Estas funciones son: Rectoría; Creación de recursos; Financiamiento y Prestación de servicios

Por lo tanto, según la definición de la OMS, la financiación de los sistemas de salud es el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema, de tal manera que además de lograr la disponibilidad de recursos financieros, se puedan establecer incentivos financieros correctos a los prestadores para asegurar que todos los individuos tengan acceso a servicios de salud pública y a cuidados individuales efectivos y de alta calidad. Dentro de esta función de financiamiento existen, tres subfunciones, a saber:

La recaudación de recursos: es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero proveniente de los hogares, organizaciones o empresas en general, así como de donantes. Existen entonces muchas fuentes de financiamiento, como son los impuestos generales, las cotizaciones obligatorias para seguridad social en salud, las cotizaciones privadas voluntarias para aseguramiento de salud, el gasto de bolsillo y las donaciones.

El pooling, o mancomunación: se refiere a la acumulación y administración de los fondos de recursos antes colectados con el fin de asegurar que el riesgo de tener que pagar por el cuidado de la salud recaea en todos los miembros del pool y no en cada contribuyente de manera individual.

El proceso de compra: consiste en el pago de dinero proveniente del fondo común a los prestadores de salud para que entreguen un conjunto (no necesariamente específico) de servicios de salud. Esta función puede realizarse de forma pasiva o estratégica. La utilización de incentivos corresponde a la compra estratégica de servicios por parte del pool.

Como todo sistema de salud depende en gran medida de las cotizaciones de quienes se encuentran en el régimen de aportantes y no solo de beneficiarios, las fallas de la financiación empiezan a evidenciar cuando de acuerdo con Suárez Berenguela (2016), es preciso considerar

cómo el consumo de bienes y servicios en salud es relativamente alto al comienzo de la vida humana, disminuye cuando se es saludables y jóvenes, pero aumenta sustancialmente cuando se llega a la edad del adulto mayor. Pero lo que está sucediendo es que el consumo de la generación joven, y el consumo de la generación adulta está siendo financiado a través de transferencias que se hacen desde la población que está en edad laboral, hacia los que están por fuera de ella (p. 33).

Esta situación indica que los Estados deben asumir la falta de previsión de un significativo número de personas con relación al ahorro durante la edad productiva, para asumir la financiación de sus gastos de pensión y salud cuando se entra al periodo de la tercera edad o se es víctima de un evento accidental e incapacitante de modo permanente.

Suárez Berenguela asegura que es evidente la dificultad de los Estados para promover la cultura de la previsión con relación a este tipo de ahorro y se hace prioritario crear e incentivar sistemas obligatorios de ahorro para el buen futuro de los sistemas de salud. Por estas razones los sistemas de financiación deben diseñarse específicamente para dos propósitos:

“Proporcionar a toda la población los servicios necesarios en salud, incluida la prevención, promoción, tratamientos y rehabilitación, de calidad suficiente para que sean eficaces.

Garantizar que el uso de estos servicios no exponga al usuario a dificultades financieras, introduciendo al mismo tiempo la cultura de la previsión en pensiones y salud de cara a eventos accidentales incapacitantes y a la tercera edad”.

Ya desde 2005, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución en la que instaba a los países a desarrollar sus sistemas de financiación en salud, para alcanzar los dos objetivos antes mencionados y lograr una cobertura universal, porque en la medida en que los Estados fundamenten en los pagos directos, recurriendo a cuotas del usuario para financiar sus sistemas de salud, más difícil será cumplir dichos dos objetivos, puesto que resulta evidente que la capacidad

de pago no es uno de los indicadores que va a permitir el acceso a estos, de tal manera que, cuando tengan problemas de salud, no incurran en gastos catastróficos o en problemas financieros. (p. 15)

Esencialmente todos los países tienen un grupo de población cubierto y otro no cubierto, para enfrentar esta situación se han creado en los sistemas de salud, como es el caso de EE.UU., los fondos mancomunados² también conocidos como fondos públicos que le permiten al segmento de la población más vulnerable el acceso a un tipo de servicios especializado, pero no a todos los servicios ni a toda la población. La diferencia entre la población no cubierta y los servicios que no se proporcionan, reflejaría lo que es el gasto de bolsillo, es decir, los gastos en salud a cargo de esa población que no está cubierta por el sistema.

En el caso chileno, se ha propuesto un fondo mancomunado que consiste en un pequeño aporte de la cotización obligatoria para salud (0,4%) de quienes están afiliados a FONASA, ISAPRE y FFAA. Su destino será financiar el gasto asociado a trasplantes, medicamentos y tratamientos de alto costo de patologías que los pacientes no puedan costear. La idea es promover la solidaridad o cooperación colectiva entre los que tienen más con quienes tienen menos.

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, está impulsando el llamado “Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2016-2020”, cuya meta para lograr cobertura universal es subsidiar parcialmente al 60% de la población colombiana que no está de una u otra manera en el régimen contributivo, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para el período antes mencionado considerando tanto la consolidación de logros de política pública en salud como el reto de alcanzar otras ambiciosas metas del sector definidas en desarrollos normativos como la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751/2015) o las directrices del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753/2015).

² Fondos mancomunados. Es una figura mediante la cual se destina un máximo del 0.4% de los aportes de los cotizantes al sistema de salud de un país (Régimen Contributivo), a un fondo destinado a atender las enfermedades de alto costo de quienes no tienen recursos para hacerlo.

Entre los logros de política pública a consolidar se encuentran la Cobertura Universal Técnica (CUT) o la unificación de planes de beneficios; por su parte, los nuevos retos incluyen, entre otros, la implementación a partir de 2017 de un Plan de Beneficios Implícito acorde con lo establecido en la Ley Estatutaria. Como se puede observar en Colombia, el fondo mancomunado adquiere una connotación especial pero similar al chileno y al que se aplica en otros países.

Es de anotar que el término “CUT” enfatiza que la población objetivo de la cobertura universal del SGSSS, y por ende la necesidad financiera asociada a este logro de política pública, no es la determinada por el 100% de la población del país sino por alrededor del 94% toda vez que, de acuerdo con la información de línea base, 5,9% de la población colombiana se encuentra afiliada a los regímenes especiales en salud o no desea afiliarse al SGSSS. La información de línea base 2014 muestra 2,35 millones de afiliados a los regímenes especiales, en tanto que la Encuesta de Calidad de Vida del DANE reveló que 30,7% de las personas que no se encuentran afiliadas al SGSSS no tienen interés en estarlo al argumentar como motivo de su no afiliación razones como: muchos trámites, no le interesa o por descuido. Según las cifras de no afiliación al sistema, ese 30,7% equivale a 448 mil personas. De esta forma, del total de población del país (47,66 millones. Fuente DANE), 2,8 millones (5,9%) no son objeto de la cobertura universal del SGSSS.

5. Reflexiones Finales

Con base a la investigación bibliográfica llevada a cabo para determinar las repercusiones del estado de la gestión de la calidad en atención al cliente externo en los sistemas de salud de Colombia y Chile, es de destacar la gran similitud que presentan ambos países en cuanto a sus esfuerzos por tratar de aplicar el principio de servicios universales en salud para toda su población. De donde se deduce que las diferencias, en algunos casos, son más de forma que de fondo respecto a las políticas públicas destinadas a desarrollar una visión con justicia social de las problemáticas generadas por la persistente desigualdad socioeconómica de quienes demandan una atención de servicios de salud con alta calidad.

Sin embargo, en cuanto la percepción de quienes hacen uso de los sistemas de salud, de acuerdo con el ranking de Bloomberg Chile aparece en el puesto 8 y Colombia en el 52, pero no ocurre lo mismo con la desigualdad, porque tanto los criterios de Wagstaff como las cifras del DANE (2017), hablan de cómo las metas para reducirla y recurriendo al Gini como el indicador internacional más fiable, en Colombia se pasó de 0,522 en 2015 a 0,517 en 2016, dedicando en 2017 el 8% del PIB nacional para lograrlo, mientras que en Chile para el mismo periodo, el Gini se sostiene en 0,55 a pesar de todos los esfuerzos de distintos tipos de gobierno, mostrando el grado de afectación de las condiciones de vida de la población, además solo dedican el 5.4% del PIB nacional a gastos en salud.

Al observar las cifras anteriores, se nota la contradicción para Chile entre las estimaciones del ranking Bloomberg y el indicador Gini con relación a Colombia, sugiriendo una presentación oficial de cifras desde una perspectiva distinta a la que marcan las estimaciones no oficiales, muy desfavorables para el gobierno chileno.

Esta comparación ratifica la idea que la gestión de la calidad en servicios de salud, es una temática compleja y muy debatida, por cuanto involucra el reclamo de que la salud sea considerada un derecho fundamental y, además, los Estados respondan a través de políticas públicas efectivas

respetando dicho derecho, promulgando cifras verdaderas sobre cómo se está gestionando la salud en cada país y sus repercusiones en la calidad de la atención que reciben sus ciudadanos.

Es indudable que aunque las políticas públicas puedan abarcar distintas formas de expresión para hacerse conocer por los ciudadanos y los entes administrativos encargados de aplicarlas, esto no garantiza que sus lineamientos se apliquen o produzcan los efectos esperados, esto es así, porque la gestión de políticas públicas no es una simple formulación de actos administrativos; su puesta en marcha comprende procesos mucho más complejos que se refieren a la difusión, la aceptación, la aplicación y el control de las desviaciones.

Por lo tanto, los gestores de políticas públicas en salud tienen a su cargo la puesta en marcha de la norma y la valoración de sus efectos, tanto del asunto objeto de la política como de los aspectos conexos que se afectarán tal vez más intensamente, sin descuidar que son los ciudadanos quienes finalmente resultarán beneficiados o afectados negativamente por tales decisiones. Puesto que como decía Wagstaff con base a estudios realizados para el World Bank, la OMS y la OPS, los países pobres o como son denominados actualmente en vías de desarrollo, tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas, todo a pesar de poseer políticas públicas en salud muy bien redactadas, respetuosas de los derechos fundamentales, pero inútiles en su puesta en ejecución y control por los gobiernos de turno. De allí que no se rompa fácilmente el círculo vicioso entre la pobreza y la mala salud reflejando una relación de causalidad bidireccional. (pp. 3-5).

6. Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones resultantes del trabajo de investigación bibliográfico, realizado para determinar las repercusiones del estado de la gestión de calidad en atención al cliente externo en los sistemas de salud de Colombia y Chile.

En primer lugar, al responder al interrogante de cómo se promueven y desarrollan las políticas públicas en materia de gestión de la calidad en ambos países, se destaca la importancia del tema en cuanto muestra por una parte la crisis del llamado Estado Benefactor y, por la otra, cómo esta crisis hizo posible el surgimiento del Estado Social de Derecho, junto con la presión de las ideas neoliberales que terminaron imponiendo las economías conocidas como de libre mercado, las cuales a su vez presionaron a los Estados para quitarles gran parte de sus funciones y dejarlo progresivamente reducidos a un rol de regulador a cargo de la vigilancia y control del mercado, que consideró la salud como un objetivo altamente lucrativo. Esto condujo a una especie de sutil apartamiento de la ciudadanía en la toma de decisiones respecto a las cosas que los afectan en materia de salud pública, por eso se observa una creciente desconfianza hacia el valor y grado de aceptación de las instituciones encargadas de ejecutar las políticas públicas, porque son consideradas incluso por muchos analistas producto de la influencia de grupos poderosos dedicados a defender sus intereses y no los de la ciudadanía y de los problemas de salud que los afectan, como es el caso de la calidad en la prestación de este tipo de servicios.

A la pregunta cómo se caracterizan los modos en que se realiza la gestión de calidad durante el proceso de atención al cliente externo en Colombia y Chile a través de las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud, se encontró que en ambos países con base en información oficial, los Estados dejan en libertad a las empresas promotoras y prestadores de servicios e incluso al reducido sector en el cual operan (hospitales, puestos de salud y unidades sanitarias), de autorregularse mediante encuestas de opinión que llenan los usuarios e interpretan las mismas empresas, pero de las cuales la opinión pública solo conoce los mejores resultados y los negativos, suelen disfrazarse como errores estadísticos o desviaciones de la curva normal, sin mayor

relevancia. Esto significa que las falencias permanecen ocultas y si son significativas, las empresas tratan de resolverlas con el fin de mostrar su eficiencia en favor de sus usuarios, mientras tanto, las entidades de control estatal permanecen impasibles en la mayoría de los casos manteniendo el rol que les han asignado las políticas económicas neoliberales, que de modo habilidoso han transformado un derecho en un servicio del que esperan obtener buenos resultados, ajenos en muchos casos y situaciones a su misión de velar por la salud y la vida de quienes son sus afiliados.

Cuando se pretende resolver preguntas relacionadas con la manera en que la ciudadanía participa en la vigilancia y control de la gestión de calidad en los sistemas de salud colombianos y chilenos, la controversia adquiere un mayor grado de complejidad, puesto que chocan exigencias naturales de los usuarios porque les brinden el mejor servicio posible, independientemente de la forma en que ha ingresado al sistema de salud; intereses de los operadores privados del sistema y del accionar del Estado en cuanto a los aportes que hace al amparo de las políticas públicas que estratifican las cotizaciones y copagos, la disponibilidad de medicamentos y tratamientos, con sus restricciones especiales (pos y no-pos).

Existen otros aspectos que acompañan estos procesos y hacen parte de la relación usuario-Estado-operador o prestador del servicio de salud, como es la gestión de la calidad (MQ) y la gestión del conocimiento (MK), las cuales al trabajar juntas se supone son tomadas como un compromiso por parte de los operadores para responder al cumplimiento del derecho inalienable a la salud y la vida, de allí surge la variable intra-subjetiva del usuario y del proveedor, frente a las condiciones institucionales destinadas a optimizar dicha variable.

En esencia la situación encontrada en ambos países muestra falencias en la satisfacción de los usuarios por la calidad del servicio que reciben, aparentemente más en Colombia que en Chile, aunque en este último país la información oficial, de acuerdo con críticos del sistema, está subvalorada y ha sido usada por organismos internacionales para proyectar una imagen falsa de la realidad chilena.

Del mismo modo, en ambos países la identificación de los elementos que permiten determinar la calidad real de la atención en salud brindada al usuario, es en gran medida procesada por los mismos operadores, quienes presentan informes a la administración nacional que los asumen como ciertos, aunque en Colombia el DANE y en Chile, la encuesta CASEN brindan un mayor margen de confianza en este sentido. Esta misma operación en relación con los proveedores de servicios e insumos no fue posible localizarla en ninguna base de datos.

Referencias Bibliográficas

Acuna, Cecilia; Levcovitz, Eduardo; Rúales & Brito; José y Pedro. (Octubre 2010). Salud en las Américas. Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud de la OPS. Washington D.C.

Álvarez-Dardet C, Ronda E, Aranaz JM, Aibar C. (2008). Modelos de sistemas sanitarios. En: Sierra-López A, Sáenz-González MC, Fernández-Crehuet J, et al, eds. Piédrola Gil, Medicina Preventiva y Salud Pública, 11ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson. pp. 1241-57.

Ardila, David. (2015). Sistemas de salud en el mundo y análisis del colombiano. Estudio patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Bogotá.

Arrascue Delgado Jesús Elizabeth & Segura Cardozo Edgar Benjamín. (2015). “Gestión de calidad y su influencia en la satisfacción del cliente en la clínica de fertilidad del norte”. Universidad Señor de Sipán. Facultad de Ciencias Empresariales. Escuela profesional de administración. Chiclayo. Perú.

Brislan, T. (2008). Dificultades con la certificación de calidad ISO. Disponible en <http://www.centrorisorse.org/difficulties-with-the-iso-quality-certification.html>

Gómez Bernabeu, A.M., Mira, I. y Palací, F.J. (2008). Elaboración de un instrumento para la evaluación de la orientación a la calidad total en Pymes. En Agulló Tomás, E., Remeseiro, C. y Fernández Alonso, J.A. (Eds.), 3ª edición. Psicología del trabajo, de las organizaciones y de los recursos humanos. Nuevas aproximaciones (pp. 268-274). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Bloomberg Health Care Efficiency Index (2009-2017)

Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-121/15. Derecho a la salud.

Chiavenato Idalberto. Introducción a la Teoría General de la Administración. Bogotá, Mc Graw Hill. 2010.

De la Hoz Freyle, Javier E.; Carrillo Rincón, Elberto & Gómez Flórez, Luis Carlos. (2012). Gestión de la calidad y del conocimiento: dos enfoques complementarios. Tesis de maestría en administración de la calidad. Universidad Industrial de Santander. En: AD-minister, No. 21, julio-diciembre, 2012, pp. 71-85 Universidad EAFIT Medellín, Colombia

Del Salto Mariño, Edgar. (2014). “Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el Instituto Nacional Mejía”. Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas. Magister en Gestión en Salud. Director: Fernando Marcelo. Quito, Ecuador.

Donabedian, Avedis. (2009). Evaluación de la calidad de la atención médica. En: OPS/OMS, editores. Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología. 4ª edición. Washington D.C.: OPS/OMS;2009,pp.382-404.

Gómez Arias, Rubén Darío; Rodríguez Ospina, Fabio León; Agudelo Vanegas; Nelson Armando; Zea, Luis Emilio & Edwin González, Rolando. (2007). Gestión de políticas públicas y salud. Ponencia en la III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud. Universidad de Manizales.

Gómez Bernabéu, Ana M. & Palací, Francisco J. (2008). El constructo “Orientación a la calidad total” y su medida: el Cuestionario OCT. *Psicothema* Volumen 15, No. 3, pp. 433-439. Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid. España. ISSN 0214 - 9915 Coden Psoteg. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1084.pdf>. Consultado en feb. 3 de 2018.

Gill, Walt. (2004). *Políticas públicas de salud: Una opción para participar en su construcción*. Johannesburgo. Witwatersrand University Press.

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, L. y Baptista Lucio, P. (2009). *Metodología de la investigación*. Bogotá. McGraw Hill.

Ministerio de Desarrollo de Chile. (2016). *Resultados y análisis de la encuesta CASEN e índice de Gini en salud*. Santiago de Chile.

Narbona, Karina & Durán, Gonzalo. (2015). *Caracterización del Sistema de Salud Chileno. Enfoque Laboral, Sindical e Institucional*. Estudio socioeconómico patrocinado por la Fundación Sol. Santiago de Chile.

OMS. World Health Organization. (2000), *the World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Ginevra.

OMS. *The World Health Report (2016): health systems: improving performance*. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2016/en/>.

Reyes F., Hugo. *Crisis de la salud en Chile*. (Noviembre 2015). Estudio patrocinado por el Colegio Médico de Chile. Santiago.

- Rodríguez Salazar, Oscar. (2013). La crisis del sistema de salud. (2013). Estudios socioeconómicos en salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Pontificia Universidad Javeriana. Disponible en línea: [la crisis del sistema de salud/html/](#)
- Rodríguez Salazar, Óscar. 2011. "Programas de investigación en protección social y políticas públicas". En Amparo Hernández Bello y Carmen Rico (Editoras). Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigaciones y políticas. OPS, IDCR. Universidad Javeriana, Bogotá.
- Suárez Berenguela, Rubén. (Original de 2014. 2ª reimpression 2016). Estrategias para el financiamiento de los sistemas de salud: Aseguramiento e impuestos generales. Pontificia Universidad Javeriana. 2º Congreso internacional de sistemas de salud.
- Ugarte Carolina & Vera, Ana. (2010). "Calidad en Atención Primaria de Salud: percepción de los profesionales de los Centros de Salud Familiar y Comunitaria de la ciudad de Valdivia, 2010". Universidad Austral de Chile. Facultad de medicina. Escuela de enfermería. Especialización en Enfermería. Director: Claudio Arturo Méndez Valenzuela. Valdivia. Chile.
- Wagstaff, Adam. (2005). Economics, health and development: some ethical dilemmas facing the World Bank and the international community. *J Med Ethics*. 27:262-267. Traducción de Julio Álvarez.
- Wiig, Karl Martin. (2007). Gestión integral del conocimiento. Knowledge Research Institute. Arlington. Texas. USA.