

Cumplimiento de Requisitos Esenciales por Servicios de Salud Privados de Primer y Segundo Nivel en Bogotá D.C.

Alvaro Javier Idrovo¹ y Ricardo Duran Arango²

¹ Médico, Especialista en Higiene y Salud Ocupacional, MSc Salud Pública.
Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad
Nacional de Colombia. Teléfono: 3 165000 ext. 15086.

E-mail: idrovoaj@hotmail.com

² Odontólogo, Especialista en Administración Hospitalaria. Area de Vigilancia
y Control de la Oferta, Dirección de Desarrollo de Servicios, Secretaria Distrital
de Salud. Teléfono: 3-649551. E-mail: RDuran@saludcapital.gov.co

RESUMEN

La calidad de los servicios de salud es un tema de creciente interés. Este trabajo describe el cumplimiento de requisitos esenciales (Resolución 4252 de 1996) por parte de los prestadores privados de servicios de salud de Bogotá D.C. Se realizó un estudio descriptivo de los registros de las comisiones de inspección y vigilancia de la Secretaría de Salud de Bogotá (entre Julio de 1998 y Mayo del 2000). Se incluyeron las variables de localidad, estrato socioeconómico y densidad residencial de la localidad, servicios ofertados y cumplimiento de requisitos esenciales. En Bogotá se encuentran 12 587 prestadores privados de servicios de salud de primer y segundo nivel. El 72,1 % se ubica en las localidades de Chapinero, Usaquén, Teusaquillo y Suba. Solo el 6,9 % de los prestadores cumple con los requisitos esenciales. Los hallazgos de este trabajo sugieren una “epidemiología de la calidad” de los servicios de salud en Bogotá, donde los mejores servicios son para los estratos socioeconómicos más altos y los de más baja calidad son para los pobres.

Palabras claves: Calidad, servicios de salud, estructura, legislación, Bogotá.

ABSTRACT

Fulfillment of essential requirements by private health services of first and second level in Bogotá D.C.

Quality of health care services is an issue of growing interest. This study describes the fulfillment of essential requirements (Resolution 4252/1996) by private health services of first and second level in Bogotá D.C. With the registers of surveillance and control commissions (july/1998 to may/2000) a descriptive study was realized. The variables analyzed were: locality, local socioeconomic level, local residential density, health service supplies, and fulfillment of essential requirements. In Bogotá there are 12 587 health care centers of first and second level. 72,1 % is in Chapinero, Usaquén, and Teusaquillo localities. Only 6,9 % of these centers obey the essential requirements. The findings of this study suggest an "epidemiology of quality" of health care services in Bogotá. In this profile, the rich people have good health services and the poor population has a poor quality health services.

Key words: Quality, health services, structure, legislation, Bogotá.

La calidad en los servicios de salud es un tema que cada vez toma más importancia a nivel mundial. La calidad ha dejado de entenderse como una característica implícita en el ejercicio de los profesionales y las instituciones de la salud, y actualmente se entiende como un valor que debe ser explícito (1). Algunas de las causas de este creciente interés que han sido identificadas son:

- La insatisfacción de los usuarios con respecto a los servicios recibidos y ofrecidos.
- La necesidad de controlar los costos innecesarios secundarios a deficiencias o debilidades de los servicios de salud.
- El incremento de las demandas judiciales por errores en el diagnóstico y/o en el tratamiento; al respecto se estima que en Estados Unidos ocurren entre 44 000 y 98 000 muertes y 1 000 000 de lesiones al año por errores médicos (2), mientras en Australia ocurre un efecto adverso debido a inadecuada atención en el 16,6 % de las admisiones, lo cual ocasiona que un 13,7 % de los pa-

cientes resulte con una discapacidad permanente y el 4,9 % fallezca (3).

- La necesidad de mecanismos para garantizar a los pacientes y familiares una atención adecuada, de manera que los recursos utilizados sean considerados como inversión y no como gasto o desperdicio.
- La necesidad de los gobiernos de recuperar la legitimidad puesta en duda por las crisis económicas y los múltiples recortes en el presupuesto del sector salud (1).
- En los países donde existe una cobertura de servicios de salud para toda la población, la búsqueda de una mayor calidad en los servicios se ha convertido en una prioridad.
- Las grandes diferencias existentes en los patrones de uso de los servicios de salud por parte del público.
- La gran variabilidad en las formas de conducta médica y utilización de los insumos y la tecnología frente a un mismo problema de salud (4).
- Los diversos resultados que obtienen los pacientes frente a un mismo tratamiento.

Una de las definiciones más aceptadas sobre calidad en el contexto de los servicios de salud es la propuesta por Donabedian, para quien (5) "... la calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Esa propiedad se puede definir como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes".

En Colombia, después de la reforma del sector salud mediante la Ley 100 de 1993, se organizó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad –SOGC teniendo como base jurídica el Decreto 2174 de 1996 (6). Esta es una de las formas en que el país dio cumplimiento al compromiso adquirido en la primera Cumbre de las Américas de 1994, junto a los demás gobiernos de la región, de buscar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud como parte de los procesos de reforma del sector salud (7,8) y seguir los lineamientos propios del modelo adoptado.

Los componentes del SOGC son: la declaración de requisitos esenciales, el plan de mejoramiento de la calidad, el sistema de información, la auditoría médica y la satisfacción y atención al usuario. Los requisitos esenciales, objeto del presente estudio, se definen como "las condiciones mínimas de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico-administrativos, sistemas de información, transporte y comunicaciones y auditoría de servicios, que deben cumplir todos los prestadores de servicios de salud... para garantizar que la atención de los usuarios sea prestada en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica y científica" (6,9).

De acuerdo a esta normatividad los prestadores deben declarar cada dos años ante las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud que cumplen con todos los requisitos esenciales. Después de ser verificados, sólo las instituciones que cumplan con estos podrían ser contratadas por las entidades promotoras de salud. Cuando en dicha verificación se encuentre la necesidad de realizar ajustes o cambios, estos deben realizarse en un plazo no mayor a seis meses, sin perjuicio de las sanciones que puedan determinarse.

Donabedian describe tres componentes de los servicios sanitarios: estructura, proceso y resultado. Por estructura de los servicios de salud entiende todos los recursos que son usados para prestar la atención a los usuarios; se incluye el personal profesional y no profesional (cantidad, mezcla y cualificación), la forma de organización y de poder del personal, el espacio físico (distribución, disposición, áreas, etc.), los equipos biomédicos y de soporte, así como cualquier otro elemento que apoye directa o indirectamente las actividades propias de la institución (10).

El interés en la estructura se basa en el siguiente planteamiento: "Teniendo unas buenas condiciones previas es más probable que obtengamos como resultado un proceso apropiado de atención y un resultado más favorable" (11). Los orígenes de esta aproximación, según Vuori, se remontan al informe que Flexner entregó en 1910, y cuyo objetivo fue mejorar la calidad de la educación médica en los Estados Unidos (12); en este informe se consideró a la educación médica como una de las estrategias más apropiadas para mejorar la calidad de los servicios de salud. Inherentes a este enfoque son la educación del personal sanitario (formal

y continuada), la acreditación de las instituciones y el proceso de valoración de credenciales personales o licenciamiento (11).

En este contexto, la Secretaria Distrital de Salud -SDS de Bogotá, organizó desde julio de 1998 las comisiones de inspección y vigilancia con el fin de verificar y asesorar a los prestadores de servicios de salud de la capital colombiana; estos equipos están conformados por profesionales de medicina, odontología, bacteriología e ingeniería sanitaria y ambiental. El objetivo del presente trabajo fue describir los resultados de la experiencia de la SDS en materia de inspección y vigilancia del cumplimiento de los requisitos esenciales por parte de los prestadores de servicios de salud privados de primer y segundo nivel de complejidad de Bogotá en el lapso comprendido entre Julio de 1998 y Mayo de 2000. De esta manera se pretendió abordar el tema de la estructura de la calidad de los servicios de salud mediante un enfoque empírico, dejando de lado la simple retórica prevaleciente en nuestro medio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo del cumplimiento de los requisitos esenciales de los prestadores de servicios de salud privados de primer y segundo nivel de complejidad inscritos ante la SDS hasta el mes de Mayo del año 2000. Se seleccionaron únicamente este tipo de prestadores debido a que hasta el momento de la realización de este trabajo, solo una institución privada de complejidad mayor los había cumplido, y hasta esa fecha ninguna institución de carácter público cumplía con los requisitos esenciales.

Para realizar el estudio se utilizaron los registros de las comisiones del Arrea de Vigilancia y Control de la Oferta de la SDS. Estos registros no incluyen a todos los prestadores de servicios de salud en la capital colombiana; están excluidos las instituciones de creación reciente y las que son ofrecidas por personal no idóneo, especialmente dentistas empíricos y practicantes de medicinas alternativas.

Las variables que se estudiaron fueron las siguientes:

- Localidad: Se consideraron las veinte divisiones administrativas de la capital colombiana: Antonio Nariño, Barrios Unidos, Bosa, Candelaria, Chapinero, Ciudad Bolívar, Engativá, Fontibón, Kennedy, Mártires, Puente Aranda, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Santa Fe, Suba, Teusaquillo, Tunjuelito, Usaquén, Usme y Sumapaz.
- Estrato socioeconómico de la localidad: Teniendo en cuenta los estratos de las viviendas, se consideraron las siguientes categorías: Alto-A: Mayoría de barrios con estrato 4, 5 y 6. Medio-M: Barrios con mezcla de estratos, predominando el estrato 3. Bajo-B: Mayoría de barrios con estrato 1 y 2. De esta manera las localidades de estrato alto fueron: Chapinero y Usaquén; las de estrato medio: Teusaquillo, San Cristóbal, Puente Aranda, Kennedy, Engativá, Antonio Nariño, Suba, Rafael Uribe, Mártires, Fontibón, Candelaria, Santafé y Barrios Unidos; y las localidades de estrato bajo: Usme, Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Sumapaz y Bosa.
- Densidad residencial de la localidad: Se consideraron únicamente las siguientes categorías: 1. Alto: Ciudad Bolívar, Kennedy, Engativá y Suba; 2. Medio: Bosa, Fontibón, Puente Aranda, Usaquén, Barrios Unidos, Rafael Uribe, San Cristóbal, Tunjuelito y Usme y, 3. Bajo: Sumapaz, Mártires, Chapinero, Candelaria, Antonio Nariño y Teusaquillo.
- Servicios ofrecidos: Medicina general, medicina especializada, medicina alternativa, odontología general, odontología especializada, laboratorio clínico general o toma de muestras, laboratorio clínico especializado, imágenes diagnósticas, vacunación, nutrición, sicología, terapias (lenguaje, ocupacional, respiratoria y física) y optometría.
- Cumplimiento de requisitos esenciales: Se consideraron únicamente dos posibles categorías: no cumplidores y cumplidores de los requisitos esenciales. Se calificaron como no cumplidores las instituciones aún no visitadas por las comisiones; esta decisión se fundamentó en la evidencia empírica, hasta ahora obtenida en la SDS, de no encontrar una institución que antes de las visitas de las comisiones ya cumpliera con los requisitos esenciales. Cabe anotar que no se consideraron certificados parciales o por servicios; los

casos de certificación parcial principalmente ocurren cuando un prestador decide ofrecer el servicio de vacunación, y para que le sea entregado el biológico por el hospital público de primer nivel de la zona requiere que el servicio cumpla con todos los requisitos esenciales.

Los métodos estadísticos incluyeron la descripción de frecuencias simples y la comparación de los prestadores que cumplen con los requisitos esenciales con quienes no cumplen de acuerdo a las demás variables, mediante la prueba de χ^2 o exacta de Fisher. En todos los casos se consideró a $p < 0.05$ como significativa.

RESULTADOS

Oferta de Servicios de Salud

En Bogotá D.C. se encuentran registrados ante las comisiones de inspección y vigilancia de la SDS 12 587 prestadores de servicios de salud de primer y segundo nivel de complejidad. La distribución geográfica en la ciudad se encuentra resumida en la Tabla 1. Como se puede apreciar, algo más de la mitad de los prestadores se encuentran en las localidades de Chapinero y Usaquén, ubicadas en la zona Norte de la ciudad; le siguen en frecuencia las localidades de Teusaquillo y Suba. La sumatoria de estas cuatro localidades llega a completar el 72,1 % de las instituciones de todo el Distrito Capital.

Los prestadores privados se ubican preferencialmente en las zonas con estratos socioeconómicos medio y alto, dejando a las zonas más deprimidas de la ciudad a cargo de las instituciones públicas; esta situación llega al extremo en la localidad de Sumapaz, única zona rural del Distrito, de estrato socioeconómico bajo. En las localidades donde predominan los estratos socioeconómicos medios sobresalen la de Engativá y Kennedy, ubicadas al Occidente de la ciudad, que cuentan con el 7,2 % de las instituciones de la ciudad.

Cuando se analiza cada uno de los servicios ofrecidos de manera independiente (Tabla 2) se aprecia que se sigue el patrón general descrito previamente. El 68 % de los servicios de vacunación se encuen-

tran en las localidades de Chapinero y Teusaquillo; le siguen en importancia las localidades de San Cristóbal, Rafael Uribe y Usaquén. Las cinco localidades nombradas alcanzan en conjunto el 87,9 % de los servicios de vacunación en Bogotá.

La medicina general se ofrece principalmente en las localidades de Chapinero, Teusaquillo, Usaquén y Suba; sumando estas localidades se alcanza el 57,9 % de estos servicios de la ciudad. Las especialidades médico-quirúrgicas que se ofertan en las localidades de Chapinero, Usaquén y Teusaquillo incluyen el 88,8 % del total de la capital. Por su parte, las medicinas alternativas siguen un patrón similar, de manera que el 60,6 % se encuentran en las mismas tres localidades antes mencionadas.

Tabla 1. Instituciones prestadoras de servicios de salud privadas de primer y segundo nivel de complejidad en Bogotá D.C.

Localidad	n	%	Estrato
Usaquén	2 448	19,5	A
Chapinero	4 250	33,8	A
Teusaquillo	1 487	11,8	M
Suba	898	7,1	M
Barrios Unidos	585	4,6	M
Engativá	484	3,8	M
Kennedy	428	3,4	M
Santafé	342	2,7	M
Puente Aranda	275	2,2	M
Fontibón	217	1,7	M
Antonio Nariño	211	1,7	M
San Cristóbal	189	1,5	M
Los Mártires	150	1,2	M
Rafael Uribe	92	0,7	M
La Candelaria	66	0,5	M
Tunjuelito	143	1,1	B
Bosa	112	0,9	B
Ciudad Bolívar	116	0,9	B
Usme	94	0,7	B
Sumapaz	0	- - -	B

Los servicios de odontología general ofrecidos en las localidades de Chapinero, Usaquén y Teusaquillo, conjuntamente conforman el 50,7 % de la ciudad. Las especialidades odontológicas siguen este mismo patrón; en las tres localidades mencionadas se encuentran el 81,7 %. Sin embargo es bien notorio que el 44,5 % de este tipo de servicios se encuentren en la localidad de Chapinero. El 67,9 % de los

servicios de nutrición y dietética se encuentran en las localidades de Chapinero, Teusaquillo y Usaquén; en estas mismas localidades se ofertan el 70,3 % de los servicios de psicología. Las terapias siguen el patrón general de los servicios de medicina y odontología; la gran mayoría de estos se encuentran en las localidades de Chapinero, Teusaquillo y Usaquén. Para la terapia del lenguaje, en estas localidades se encuentra el 44 % de este tipo de servicios de la ciudad, similar a lo que ocurre para las terapias física, ocupacional y respiratoria donde se encuentran el 75 %, 70,3 % y 49,8 % respectivamente.

Los servicios de optometría se encuentran ubicados principalmente en las localidades de Chapinero, Teusaquillo, Usaquén y Santafé; los servicios ofrecidos en estas localidades alcanza el 64,5 % de la ciudad. La inclusión de la localidad de Santafé en este grupo se debe al apreciable número de ópticas ubicadas en la zona Centro de la ciudad. El 52,5 % de los laboratorios clínicos generales se encuentran en las localidades de Chapinero, Teusaquillo, Kennedy y Usaquén, mientras que el 83,7 % de los laboratorios clínicos especializados se encuentran en las localidades de Chapinero, Teusaquillo y Usaquén. Respecto a los servicios de imagenología, estos se ubican preferencialmente en las localidades de Chapinero, Usaquén, Teusaquillo y Fontibón, donde alcanzan el 61,9 % del total de la ciudad.

Cumplimiento de Requisitos Esenciales

Hasta Mayo de 2000 solo 865 instituciones privadas de primer y segundo nivel de complejidad cumplían con los requisitos esenciales; es decir el 6,9 % de todas las instituciones de este tipo registradas en la SDS (Tabla 3). Cuando se comparan las instituciones de toda la ciudad que cumplen los requisitos con las que no los cumplen, se encuentran diferencias significativas, según la localidad, según el estrato, más no según la densidad residencial. El mismo tipo de comparación según los servicios ofrecidos indica que existen diferencias estadísticamente significativas sólo para los servicios de medicina general ($p < 0,0001$), medicina especializada ($p = 0,003$), optometría ($p = 0,004$), vacunación ($p = 0,001$), laboratorio clínico y/o toma de muestras ($p = 0,022$) y laboratorio clínico especializado ($p < 0,0001$). Cuando se organizan las localidades de acuerdo al nivel socioeconómico-

mico, se encuentra que el 7 % de las instituciones ubicadas en las localidades con estrato más alto cumplen con los requisitos esenciales, mientras en los estratos medio y bajo cumplen el 7,1 % y el 2,6 %.

Tabla 2. Instituciones de salud privadas (%) por servicios ofrecidos según la localidad

Localidad	Vacunación	Medicina General	Medicina Alternativa	Medicina Especializada	Odontología General	Odontología Especializada	Sicología	Nutrición	Terapia del Lenguaje	Terapia Física	Terapia Ocupacional	Terapia Respiratoria	Optometría	Laboratorio Clínico	Laboratorio Especializado	Imagenología
Usaquén	5,8	10,2	14,7	31,6	13,2	26,0	13,7	13,5	25,7	20,6	26,9	11,9	11,8	7,5	15,8	11,9
Chapinero	51,8	25,0	30,6	46,6	25,7	44,5	39,6	35,2	31,3	36,6	21,4	24,5	28,2	26,0	49,0	28,5
Santafé	3,6	3,2	7,0	1,4	2,5	1,7	3,3	3,1	1,0	1,1	---	1,8	10,8	3,4	1,5	2,2
San Cristóbal	7,2	2,5	4,7	0,8	2,9	1,5	3,8	6,7	1,3	1,7	3,4	5,1	2,3	2,9	2,0	2,6
Usme	---	1,3	---	---	1,4	0,1	---	---	---	0,3	---	0,3	0,7	0,9	---	0,5
Tunjuelito	---	2,0	1,2	---	2,0	---	---	---	---	---	---	---	1,9	1,7	---	0,8
Bosa	---	1,6	---	---	1,7	---	---	---	---	---	---	---	1,2	1,9	---	1,1
Kennedy	---	6,2	3,5	0,3	5,8	0,2	0,5	1,5	1,0	1,4	---	2,1	4,5	7,6	---	5,2
Fontibón	2,7	2,4	0,6	0,3	2,5	1,7	0,5	---	0,7	1,4	---	3,3	2,00	2,8	1,5	10,5
Engativá	---	4,7	3,5	0,1	6,4	0,3	1,5	---	2,0	0,6	2,7	6,3	3,4	6,2	0,5	5,2
Suba	1,8	10,1	9,4	4,1	8,1	2,8	7,6	8,3	8,0	6,1	8,3	10,1	5,7	8,7	1,5	6,4
Barrios Unidos	0,9	7,1	7,6	0,8	5,3	0,9	3,3	1,0	4,3	0,9	3,4	2,1	5,3	6,3	1,5	4,4
Teusaquillo	16,2	12,5	15,3	10,5	11,7	11,2	17,0	19,2	15,0	17,7	22,1	13,4	13,7	11,4	18,9	11,0
Los Mártires	0,4	1,9	---	0,5	1,9	1,4	1,0	1,5	1,7	1,7	3,4	2,1	1,3	2,2	2,0	1,8
A. Nariño	0,4	1,9	0,6	1,1	2,1	2,3	3,3	1,0	3,0	3,2	2,7	4,5	3,1	2,3	2,5	2,3
Pte Aranda	1,3	3,1	0,6	0,7	3,8	3,5	1,8	3,1	2,0	3,2	2,7	4,5	1,6	3,6	1,5	2,4
La Candelaria	0,9	1,0	0,6	0,3	0,6	0,1	2,3	1,5	1,7	1,1	2,1	0,9	0,9	0,5	1,0	0,7
Rafael Uribe	6,7	2,0	---	0,4	1,4	1,0	0,7	3,1	1,3	1,7	0,7	5,4	0,8	2,4	---	1,8
Ciudad Bolívar	---	1,0	---	0,1	0,7	0,3	---	1,0	---	0,3	---	1,8	0,4	1,6	0,5	0,7
Sumapaz	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Total (#)	222	2 787	170	3 637	4 890	854	394	193	300	344	145	335	955	1286	196	733

Al realizar este mismo análisis teniendo en cuenta los estratos socioeconómicos predominantes en las localidades, se evidencia que en el estrato alto existen diferencias para los servicios de medicina general y especializada ($p < 0,0001$), odontología general ($p = 0,039$), optometría ($p = 0,008$), vacunación ($p = 0,002$), laboratorio clínico general ($p = 0,053$) y laboratorio especializado ($p < 0,0001$); en el estrato medio estas diferencias son claras para los servicios de medicina general ($p < 0,0001$), medicina especializada ($p = 0,041$), odontología especializada ($p < 0,0001$) y optometría ($p = 0,058$).

Tabla 3. Diferencias de los prestadores de servicios de salud en Bogotá D.C. certificados y no certificados de acuerdo a la localidad.

Localidad	Cumplimiento de Requisitos Esenciales		P
	SI	NO	
Usaquén	218	2230	
Chapinero	251	3999	
Santafé	5	337	
San Cristóbal	3	186	
Usme	0	94	
Tunjuelito	1	142	
Bosa	9	103	
Kennedy	14	414	
Fontibón	9	208	
Engativá	0	484	<0,0001
Suba	117	781	
Barrios Unidos	59	526	
Teusaquillo	108	1379	
Los Mártires	14	136	
Antonio Nariño	21	190	
Puente Aranda	31	244	
La Candelaria	1	65	
Rafael Uribe	2	90	
Ciudad Bolívar	2	114	
Estrato Socioeconómico			
Alto	469	6229	0.001
Medio	384	5040	
Bajo	12	453	
Densidad residencial			
Alta	395	5769	0.091
Media	337	4160	
Baja	133	1793	

Para el estrato socioeconómico bajo, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las instituciones que prestan servi-

cios de medicina especializada ($p=0.014$), odontología especializada ($p=0,005$) y optometría ($p=0,045$). Teniendo en cuenta la densidad residencial de las localidades, en aquellas donde reside un elevado número de habitantes el 6,4 % de las instituciones cumple con los requisitos esenciales; en las localidades con densidad residencial media y baja han cumplido el 7,5 % y el 6,9 % respectivamente.

DISCUSIÓN

Existe un escaso número de prestadores de servicios de salud que cumplen con los requisitos esenciales; si se acepta el planteamiento de que un servicio de calidad debe tener unas buenas condiciones de estructura, estos resultados sugieren que la calidad de estos servicios no es la más adecuada. Si esto ocurre después de haber sido reglamentada toda la estructura, ¿cuál sería la calidad de los servicios antes de 1996?

Los resultados obtenidos no permiten afirmar que la Ley 100 de 1993 deterioró la calidad (13,14). Parece mucho más razonable pensar que como antes no se habían exigido y cumplido estos requisitos esenciales, la calidad de los servicios sanitarios en Bogotá no era buena. La reglamentación al parecer ha ayudado a mejorar, aunque no de manera significativa, la calidad de la atención en las instituciones sanitarias de la ciudad.

El patrón de cumplimiento de requisitos esenciales también sugiere, que el perfil de la “epidemiología de la calidad” (15) de los servicios en Bogotá sigue los lineamientos generales encontrados en otros lugares del mundo. Es decir que quienes tienen capacidad de pago tienen servicios de mejor calidad, mientras que el sector más desfavorecido recibe atención de menor calidad.

Ante esta situación, que parece tan lamentable, ¿qué podría hacer la SDS? Una opción radical sería la de escoger como política el sellamiento o cierre de las instituciones que para una fecha límite no cumplan con estos requisitos, tal cual se ha hecho en otros sectores donde no ponen en peligro la vida y la salud de la población. Ya han pasado cuatro años desde la expedición de la Resolución 4252 de 1996, y si

no se toman medidas radicales podrían pasar muchos años antes de lograr que las instituciones cumplan con los requisitos esenciales. Ante este posible escenario, la inquietud que surge es: ¿Estaríamos dispuestos a una situación de este tipo? La respuesta sería, probablemente, no.

Podría plantearse que estos “requisitos esenciales” no son realmente los mínimos requeridos para prestar un servicio sanitario, y que se está exigiendo mucho más de lo posible en la actualidad. Es decir, que la legislación esta exigiendo para otras condiciones aún no alcanzadas en el país. Queda la inquietud, en especial para los formuladores de políticas del Ministerio de Salud, si es necesario disminuir las exigencias consignadas en la Resolución 4252 de 1996 y sus posteriores modificaciones. Incluso se podría llegar a pensar en la posibilidad de eliminar completamente los requisitos esenciales, teniendo en cuenta que el fundamento teórico de la Ley 100 de 1993: la competencia regulada supuestamente debe lograr que la calidad de los servicios mejore al premiar a los prestadores que ofrezcan mayor calidad con más usuarios. Para fortalecer esto será necesario que exista un ente que ayude a evaluar de manera objetiva la calidad de dichos servicios (16).

Si se opta por seguir con los requisitos esenciales, una de las tareas importantes es la de determinar los mecanismos mediante los cuales las instituciones prestadoras de servicios de salud que cumplen se vean beneficiadas en la contratación, tal como esta planteado en la legislación vigente. De otra manera, será difícil que los prestadores se motiven a cumplirlos. Además, es importante determinar y divulgar los mecanismos para asegurar unos servicios de mejor calidad, como lo es el de la acreditación.

Por otro lado, el presente estudio resume la oferta de servicios sanitarios de primer y segundo nivel privados en la capital colombiana. Al respecto, es muy notoria la diferencia de la oferta por sectores de la ciudad; las diferencias entre localidades y por estrato socioeconómico sugieren que los prestadores de servicios prefieren la zona Norte de la ciudad y con mayor estrato socioeconómico; en futuros estudios se podrá explorar la causa de dicha distribución.

Los hallazgos de este estudio también se pueden interpretar como que son relativamente escasos los servicios privados que se ofrecen para la población de los estratos socioeconómicos más bajos. Esto pone en evidencia la lógica de mercado subyacente a este tipo de prestadores. El único servicio que en un primer momento parece no seguir esta lógica es el de vacunación, el cual más de la mitad de los servicios se encuentran en la zona norte de la ciudad; sin embargo, esto podría no ser cierto ya que muchos de estos servicios se encuentran asociados a los servicios privados especializados en medicina pediátrica, lo cual seguiría la misma lógica de mercado del resto de servicios.

Para finalizar, futuros estudios deberían estudiar el tema de la calidad desde perspectivas diferentes a las de la estructura, algunas de las cuales se encuentran determinadas en el Decreto 2174 de 1996, como son el plan de mejoramiento de la calidad, la auditoria médica y el sistema de información. Otras aproximaciones relacionadas con el tema de la calidad en los servicios de salud tales como el error médico (2,3) y las quejas y las reclamaciones por parte de los usuarios (17) deberían ser prioritarias para diagnosticar el estado de la calidad de estos servicios en Colombia.

El estudio de la calidad de los servicios de salud en Colombia se ha fundamentado en encuestas de satisfacción de los usuarios (18,19), que tienen sesgos en la selección de los mismos. Los resultados encontrados pueden hacer pensar que existen unos servicios de muy buena calidad, lo cual no necesariamente es cierto ya que pueden estar indicando la actitud o apreciación individual sobre la cobertura del aseguramiento o el acceso a los servicios.

Si se sigue el modelo de Ruelas-Frenk de la transición de los servicios de salud, y de la calidad en especial (20), Bogotá y muy seguramente el resto del país se encuentra en un estado precario de garantía de la calidad en los servicios de salud. Los elementos trazadores como la definición de calidad, los indicadores de estructura, proceso y/o resultado, el diseño (nivel de centralización y de participación), y la importancia de las organizaciones, muestran que el país se encuentra en un estadio de desarrollo bajo de la calidad de los servicios sanitarios •

Agradecimientos: A todos los funcionarios del Area de Vigilancia y Control de la Oferta de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C., en especial a Ruth Eugenia García por su colaboración para la realización del estudio. A los profesores Mauricio Restrepo Trujillo, Atala Lozano y Carlos Agudelo del Departamento de Salud Pública y Tropical de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, por sus valiosos comentarios.

REFERENCIAS

1. Ruelas-Barajas E. Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. *Salud Pública Mex.*; 1992.34(supl.): 29-45.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *N. Engl. J. Med.*; 1991.324:370-376.
3. Weingart SN, Wilson RM, Gibberd RW, Harrison B. Epidemiology of medical error. *Br. Med. J.*; 2000. 320: 774-777.
4. Harris JS. Why doctors do what they do: determinants of physician behavior. *J. Occup. Med.*; 1990.32(12):1207-1220.
5. Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewianski L. Quality, cost, and health: an integrative model. *Med. Care*; 1982.20:975-992.
6. Ministerio de Salud. Decreto 2174 de 1996.
7. Organización Panamericana de la Salud. La cooperación de la OPS ante los procesos de reforma del sector salud. Washington, D.C.: OPS, 1997.
8. Ross AG, Zeballos JL, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev. Panam. Salud Pública.*; 2000. 8(1/2):93-97.
9. Ministerio de Salud. Resolución 4252 de 1997.
10. Donabedian A. The quality of medical care. *Science*; 1978.200:856-64.
11. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson, 1996: 1-142.
12. Eslava JC. El influjo norteamericano en nuestra educación médica a mediados de siglo. *Rev. Fac. Med. UN. Col.*; 1996. 44(2):110-113.
13. Patiño JF. Reforma y crisis de la salud. Una buena iniciativa con mala implementación. En: *Lecturas Dominicales de El Tiempo*; 23 de Enero de 2000: 10 (columna 2, segundo párrafo).
14. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Rev. Salud Pública*; 2000. 2(2): 121-144.
15. Donabedian A. The epidemiology of quality. *Inquiry*; 1985.22:282-292.
16. Restrepo MT. La reforma de la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. Serie Financiamiento del Desarrollo No. 47. Santiago de Chile: Naciones Unidas – CEPAL - GTZ, 1997.

17. Studdert DM, Thomas EJ, Burstin HR, Zbar BIW, Orav J, Brennan TA. Negligent care and malpractice claiming behavior in Utah and Colorado. *Med. Care*; 2000.38: 250-260.
18. Giraldo-Valencia JC. Primera encuesta nacional de calidad en salud percibida por los usuarios. Santa Fe de Bogotá D.C.: Defensoría Delegada para la Salud y la Seguridad Social – Defensoría del Pueblo, 2000: 1-144.
19. Harvard-Ministerio de Salud de Colombia. Report on Colombian health reform proposed master implementation plan (Final Report). Colombia health care reform project plan team, Harvard School of Public Health, 1996.
20. Ruelas E, Frenk J. Framework for the analysis of quality assurance in transition: the case of Mexico. *Australian J. Clin. Rev.*; 1989.9:9-15.

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>