

## “Tenemos un sistema de contratación perverso”

**ANDRÉS AGUIRRE MARTÍNEZ, MD**  
 Gerente del Hospital Pablo Tobón Uribe

**1.** Uno llega a ese nivel pero nunca termina, cada punto de llegada es un punto de partida. Desafortunadamente, al menos como funciona la contratación en Colombia, la calidad no está generando incentivos, incluso puede producir desincentivos en costos en estos términos: la prevención de infecciones en un hospital de alta complejidad implica facturar menos en antibióticos, lo que conlleva una menor rentabilidad, y el ahorro lo obtiene el asegurador. Sin embargo, esa prevención de infecciones genera costos adicionales para el hospital y, por tal razón, se genera un círculo vicioso para este al incurrir en mayores costos

para un menor ingreso, a sabidas de que la finalidad es buena para la salud del paciente. Reitero que aquí quienes trabajamos con calidad, lo hacemos por convicción, no por reconocimiento.

**2.** Se debería reconocer el trabajo de calidad que hacemos para que sea incentivado. Esta ley tiene elementos que podrían entrar en operación sin necesidad de reglamentación, por ejemplo, el flujo de recursos. Uno quisiera, ante todo, que la reglamentación no destruya el espíritu con que se creó la Ley, que es lograr mejor armonía entre los distintos actores y clarificar reglas de juego para el flujo de recursos. Sobre la Ley de Talento Humano la expectativa es que sea una solución a la migración de profesionales de alto nivel de co-

nocimiento, especialmente en enfermería.

**3.** Hay que esperar que otras instituciones se vinculen a estos procesos de mejoramiento de la calidad, que implican tiempo, inversión en dinero, no tanto por la tecnología, sino por los procesos de capacitación, formación y acompañamiento de los grupos y los equipos de trabajo y un tiempo mayor para el análisis de los desenlaces asistenciales.

**4.** Los que estamos acreditados tenemos el reto de mantener y mejorar la acreditación, y los que no lo están, el desafío es lograrlo. Pareciera que en este momento el sistema enfoca su mayor prioridad en la gestión administrativa y financiera, olvidándose de mejorar la salud de las personas, su razón de ser.

**5.** Este tema hay que dividirlo en tres aspectos: infraestructura, conocimiento y tecnología. La infraestructura en muchas regiones todavía está atrasada, se han creado muchas instituciones como resultado de adaptaciones de casas o edificios que no fueron construidos para prestar servicios de salud. En tecnología, en Colombia apenas empiezan a explorarse los hospitales digitales, la historia clínica electrónica, las imágenes digitales, que son necesarios para la reducción de errores en la atención. Ahí hay que hacer un esfuerzo con inversiones cuantiosas; igualmente Colombia tiene que seguir explorando en desarrollos científicos, que hoy son



Foto: archivo Hospital Pablo Tobón Uribe

de conocimiento público: el manejo con células madre, la biología molecular. En el Hospital vamos a hacer una ampliación del número de camas, un rediseño completo de los servicios de cirugía y urgencias; vamos a poner en operación un segundo acelerador lineal y a empezar el servicio de resonancia magnética nuclear. Seguiremos haciendo énfasis en la atención de traumas, enfermedades oncológicas, trasplante y medicina de cuidado crítico.

**6.** Como parte que somos de la ACHC, me remitiría a su agenda pendiente. Ahí se han hecho seguimientos en salud pública; tiene que seguir siendo una preocupación el control de las enfermedades infecciosas y las emergentes.

**7.** A pesar de que en teoría hay una relación entre trabajo y salud, por la seguridad social, la pregunta práctica inicial es si existe alguien que tenga fortalezas grandes en ambos campos, y lo segundo es que, si las tuviera, ¿contaría con el tiempo suficiente para dedicarse

a una y otra actividad? También ahí me remito a la posición de la ACHC que en eso ha sido clara en solicitar nuevamente un Ministerio de Salud.

**8.** En este tema se ha creado un laberinto kafkiano con los subsidios parciales, el plan subsidiado, el plan contributivo, y lo ideal es que el aseguramiento sea igual para todos.

**9.** Tenemos un sistema perverso de contratación: no importan los desenlaces sino quién ofrece la menor tarifa. El piso tarifario tiene un gran sentido de ordenar, impedir el abuso de la posición dominante. La calidad cuesta y no es posible brindarla con unas tarifas no remunerativas. En Medellín hay serias restricciones para los servicios de cirugía reconstructiva y de trauma, dado que las tarifas que reconoce el sistema no compensan los costos. El piso tarifario tiene una mayor trascendencia en la simple puja de quién se va a quedar con el dinero y de cómo hacer que el sector no reduzca la calidad.