INTERPRETACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD CON BASE AL INFORME DE LA
ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO - OCDE -
EN COLOMBIA

Diana Camila Botero Guzmán

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
DIVISION DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
FACULTAD DE ECONOMIA
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA DE SALUD
BOGOTÁ
2018

INTERPRETACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD CON BASE AL INFORME DE LA
ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO - OCDE -
EN COLOMBIA

Asesora:

Alejandra Valenzuela Cazés
Magister en Salud Pública

Diana Camila Botero Guzmán

UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
DIVISION DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
FACULTAD DE ECONOMIA
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA DE SALUD
BOGOTÁ
2018

TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2. OBJETIVOS	7
2.1 OBJETIVO GENERAL	7
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	7
3. JUSTIFICACIÓN.	8
4. MARCO TEÓRICO	9
4.1. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico	9
4.2. Colombia y su adhesión a la OCDE	10
4.3. Áreas prioritarias de la OCDE en salud.	12
5. RESULTADOS.....	14
5.1. Informe de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico acerca de la Salud en Colombia.....	14
5.2. Enfoque evaluativo del Sistema de Salud Colombiano	15
5.3. Hallazgos interpretativos de la eficacia del sistema de salud y su sostenibilidad, fortalecimiento de calidad y accesibilidad y atención primaria en zonas rurales.....	17
6. DISCUSION	24
6.1. Impacto de la implementación de monitoreo de la calidad en salud en las áreas a reforzar descritas por la OCDE.	24
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	27

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Sistema de Recolección de información.....	11
Figura 2. Áreas prioritarias a evaluar en el sector salud según OCDE.....	12
Figura 3. Áreas a reforzar en el sector salud colombiano.....	14
Figura 4. Medida de Desigualdad Coeficiente de Gini.....	18
Figura 5. Comparación talento humano en salud.....	20
Figura 6. Mejorar la eficacia del sistema de salud y su sostenibilidad.....	27
Figura 7. Fortalecer la calidad y accesibilidad.....	28
Figura 8. Fortalecer la atención primaria en salud en zonas rurales y remotas.....	29

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Países Miembros de la OCDE.....	10
--	----

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sistema de salud en Colombia con la reforma de la ley 100 en 1993, trajo beneficios al país como la ampliación en la cobertura a nivel nacional pasando de un 23.5% a cerca del 96%, además de nuevas innovaciones en la administración de servicios de salud. Sin embargo a través de los años han surgido inconvenientes en calidad, financiamiento, y eficiencia del sistema lo que ha llevado a modificaciones en el sector salud por medio de leyes como la 1438 de 2011, la ley 1122 de 2007, entre otras. Algunas otras reformas tienen relación con las políticas públicas las cuales se dan según el análisis de los resultados en salud obtenidos y recopilados en el SISPRO.

En los últimos años mediante la recolección y análisis de datos en salud se ha intentado mejorar políticas en salud pública, con el fin evaluar el impacto positivo o negativo de éstas en los diferentes grupos poblacionales. Sin embargo, la recolección de información no ha sido fácil y ha implicado la unificación y agrupación de distintos registros nacionales; sumado a eso, la recolección de información en salud en algunos casos no abarca todo el territorio nacional especialmente en zonas rurales y dispersas.

Para Colombia es indispensable mejorar la atención en salud a la población, ya que hay deficiencias evidentes las cuales no pueden pasar inadvertidas, por lo que gracias al fortalecimiento en los últimos años de los Sistemas de Información se ha logrado aumentar la veracidad de la información y la calidad de los datos lo que favorece la toma de decisiones acertadas en salud. Por lo tanto, el concepto y recomendaciones de una organización intergubernamental como la Organización para la cooperación y desarrollo económico, permitirá a Colombia comparar sus resultados en salud, mecanismos de financiamiento, estrategias y acciones en salud pública, basados en el análisis de datos obtenidos de un sistema de información confiable y seguro.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Relacionar los resultados del informe de la Organización para la Cooperación y Desarrollo económico - OCDE –con la implementación de monitoreo de la calidad en salud en Colombia

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir que es la Organización para la Cooperación y Desarrollo económico y sus áreas prioritarias a evaluar en el sector salud, así como su relación y apoyo intersectorial en Colombia.
- Explicar el enfoque evaluativo de la OCDE en el sector salud en Colombia.
- Mencionar los hallazgos interpretativos de la eficacia del sistema de salud en relación con sostenibilidad, fortalecimiento de calidad y accesibilidad y atención primaria en zonas rurales.
- Deducir la implementación del monitoreo de la calidad en salud con base a las conclusiones del informe de la OCDE acerca de la Salud en Colombia presentado en el año 2016.

3. JUSTIFICACIÓN

La creación e implementación de la ley 100 de 1993 fue el resultado de la evidente necesidad de un cambio radical en el sistema de salud con el objetivo de aumentar cobertura en salud a nivel nacional además de la búsqueda de mecanismos de financiamiento y sostenibilidad, dentro de sus disposiciones se pueden mencionar la implementación de regímenes contributivo y subsidiado, creación de las empresas promotoras de salud (EPS), plan obligatorio de salud (POS), entre otros. Si bien esta ley represento un avance significativo, como todo plan de mejoramiento surgieron inconvenientes los cuales se evidenciaron durante el tiempo, por lo que fue necesario dar solución a estos mediante la instauración de nueva normatividad.

Por lo anterior, surge la necesidad de conocer un enfoque no solo nacional sino también internacional acerca de las mejores opciones para lograr un sistema de salud basado en una atención en salud con calidad y lograr una sostenibilidad financiera por medio de la eficiencia y equidad. El informe generado por la OCDE sobre la salud en Colombia permite conocer el concepto de especialistas en el sector salud a nivel internacional y el conocimiento de elementos y políticas que usan otros países para dar solución a problemáticas en salud.

Por consiguiente, es importante relacionar y conocer los informes de evaluativos como el realizado por la OCDE para evaluar la calidad de atención que brinda el sistema de salud a la población Colombiana, por medio de la identificación de áreas prioritarias en las cuales se debe seguir trabajando. Como todo auditor antes de analizar la problemática de la gestión de las organizaciones de la salud, es importante tener en cuenta documentos guía que interpretan los hallazgos de áreas críticas a intervenir para garantizar la calidad de la atención de la salud desde lo administrativo como la atención particular de los ciudadanos.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico

La Organización para la cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), fue fundada en 1961 en París-Francia, con el objetivo de brindar asesoría a diferentes países para el mejoramiento de sus políticas públicas, con el fin de mejorar aspectos económicos y de salud de la población en general; para ello utiliza mecanismos de análisis y obtención de datos para la comparación de diferentes sectores a nivel internacional ya sean en el área de economía, medio ambiente, agricultura, salud , entre otros, y así proponer mejoras y ajustes en los enfoques de las necesidades de cada país. Tiene como mecanismo principal la implementación de un espacio donde los representantes de los países miembros pueden compartir e intercambiar experiencias de las políticas públicas y proponer soluciones (1). Lo más importante de esta organización es que ayuda a la creación u obtención de mecanismos y herramientas para que los países tengan un adecuado crecimiento económico y una estabilidad financiera lo cual se traduciría en un mejor bienestar para los ciudadanos. (1)

Con respecto a su esquema interno, es dirigida por el Consejo de La OCDE, el cual está conformado por un representante de cada país y un representante de la unión Europea, y es dirigido por el Secretario General Ángel Gurría (1) . Existen dentro de esta organización diferentes comités en áreas económicas, sociales y ambientales, los cuales se reúnen por lo menos una vez al año para discutir resultados y temas claves establecidos por el consejo o su área pertinente; además también cuentan con instrumentos en línea o vía internet para acceder a información (1)

Actualmente, hacen parte de esta organización 34 miembros (Tabla.1), y se encuentran en proceso de adhesión Brasil, Costa Rica, Egipto, Jordania, Letonia, Perú, Colombia, entre otros. Estos países deben cumplir con 250 instrumentos legales de la OCDE para una adecuada ruta de adhesión. En otras palabras, cada país que desee ser miembro de esta organización debe cumplir unos lineamientos dentro de los cuales uno de los más importantes es brindar un sistema de información y recolección de datos confiables y

completos en los diferentes sectores a nivel, económico, social y ambiental para la realización de análisis y comparación de datos con un marco internacional. (1) (2)

Alemania	Austria	Australia	Bélgica	Canadá	Chile
Corea	Dinamarca	Estados Unidos	España	Eslovenia	Finlandia
Francia	Grecia	Hungría	Irlanda	Islandia	Israel
Italia	Japón	Luxemburgo	México	Noruega	Nueva Zelanda
Países bajos	Polonia	Portugal,	Reino Unido	Republica checa	República Eslovaca
Suecia	Suiza	Turquía			

Tabla.1 Países miembros de OCDE

4.2. Colombia y su adhesión a la OCDE

El proceso de adhesión por parte de Colombia a la OCDE inició en octubre de 2013, donde se comenzó a implementar revisiones técnicas en diferentes sectores del gobierno. El sector de la salud, está a cargo del Ministerio de Salud y protección social el cual debe abarcar temas como la sostenibilidad del sistema de salud y su financiamiento, el acceso y la calidad de atención en salud, así como integrar sistemas de información para la obtención de indicadores y variables para su posterior análisis. (1)

Dentro de los requerimientos para una futura membresía a esta organización, podemos encontrar la necesidad de contar con un sistema de información estadístico veraz y completo de diferentes variables e indicadores en salud que sean representativos para poder analizarlos y establecer proyecciones a futuro con el fin de mejorar y replantear políticas en salud pública. (1)

Existen algunas reglamentación dentro de las cuales el Ministerio de Salud y Protección Social, está obligado a gestionar e implementar el sistema integral de información en salud lo cual está reglamentado en la ley 715 de 2001; y en la resolución 01281 donde se dictan

disposiciones para la integración de la información en salud generada por los Registros, Observatorios y Sistemas de seguimiento Nacional (ROSS) , al observatorio Nacional de Salud (ONS) y luego al Sistema de información en salud y protección social (SISPRO). (1) (Figura.1).

Figura 1. Sistemas de recolección de información.

Por otro lado, según la ley 1438 de 2011 en su artículo 112, el Ministerio de salud y Protección social debe unificar la información al SISPRO, el cual se encarga de analizar las desigualdades a nivel socioeconómico y su correspondencia con diferentes escenarios en la salud. (2)

La OCDE establece índices y directrices para evaluar el bienestar y la calidad de vida de la población. La identificación de variables como comunidad, educación, salud, ingreso, vivienda, empleo, entre otros, nos permite calcular el progreso de las sociedades en diferentes áreas como aumento del nivel de vida, estilos de vida, mejor educación, calidad de la atención en salud, condiciones de vivienda y muchos otros. En salud, se evaluaron datos como factores de riesgo, calidad de atención en salud, mercado farmacéutico y el financiamiento en salud (2). Las comparaciones a nivel internacional de los resultados se

llevaran a cabo con el fin de evaluar el desempeño del sistema de salud y de las políticas sanitarias en Colombia.

4.3. Áreas prioritarias de la OCDE en salud.

La OCDE establece 6 áreas prioritarias en salud (Figura.2) las cuales se evaluarán con indicadores y variables.

Figura 2. Áreas prioritarias a evaluar en el sector Salud según OCDE

1. Gasto en salud: se evalúa por medio del Sistema de cuentas de Salud, para obtener información acerca de los gastos e inversiones. (1)
2. Calidad en Salud: evalúa la atención segura y responsable a la ciudadanía, teniendo en cuenta aspectos como seguridad del paciente y eventos adversos, tratamiento en prevención primaria y secundaria en enfermedades crónicas,

trastornos mentales y otros. Además, brinda márgenes para un seguimiento e intervención oportuna con nuevos enfoques. (1)

3. Economía de la prevención: Básicamente en esta área se quiere intervenir en el establecimiento de políticas públicas eficaces y eficientes porque se ha visto que las enfermedades crónicas van en aumento lo que implica un crecimiento en el gasto en salud, por lo que se quiere realizar una intervención oportuna. (1)
4. Eficiencia/Efectividad en el gasto sanitario: se debe aumentar la eficiencia de los sistemas, y buscar disminuir gastos innecesarios, así como una adecuada distribución de dinero a nivel de personal de salud, hospitales y proveedores. (1)
5. Financiamiento: el principal objetivo es la sostenibilidad del sistema de financiamiento en salud (ingresos/inversión), por eso la idea es buscar herramientas para que se pueda solventar el gasto. (1)
6. Medicamentos: lo principal es crear políticas para replantear el valor de los medicamentos, regulando además su disponibilidad al usuario. (1)
7. Talento Humano: fomentar las competencias y la actualización de los profesionales de la salud. (1)

5. RESULTADOS

5.1. Informe de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico acerca de la Salud en Colombia

El análisis del sector de la salud en Colombia se llevó a cabo gracias a la recolección de datos e indicadores dentro del periodo de septiembre de 2014 a junio de 2015. Con su posterior análisis por parte del comité de la OCDE. Este documento fue realizado en el segundo periodo de 2015 y se publicó en el año 2016, donde se describe inicialmente el contexto legal y normativo del sistema de salud colombiano y posterior a ello se describen y se dan recomendaciones acerca de las 6 áreas prioritarias en salud según los parámetros de esta organización intergubernamental. (3)

Este informe se divide en 3 capítulos y en una serie de recomendaciones para el gobierno colombiano acerca de aspectos a mejorar en el sector salud. Las recomendaciones brindadas por el comité de la OCDE abarcan tres áreas a reforzar. (4). (Figura.3)

Figura 3. Áreas a reforzar en el sector salud colombiano

5.2. Enfoque evaluativo del Sistema de Salud Colombiano

El sistema de salud colombiano en el año de 1993 con la Ley 100, tuvo cambios radicales en la organización administrativa y de atención en salud, antes de ello el sistema estaba a cargo de institutos de seguridad social, y existía el problema de una cobertura a nivel de toda la población de tan solo un 23.5%, además había un inadecuado uso de los recursos en personal innecesario y recursos hospitalarios. (4)

Con la Ley 100, se creó el Sistema general de seguridad social en salud, el cual dividió responsabilidades a entidades promotoras de salud (EPS) para la contratación de servicios de salud con Instituciones prestadoras de servicios en salud (IPS). La población en general podía acceder a estos servicios de salud afiliándose a la EPS que eligieran. La población colombiana se clasificó entonces en regímenes que equivalen al subsidiado (RS), contributivo (RC) y especial (RE), este último tan solo con un 2% aproximadamente (4). El Régimen Contributivo hace referencia a la población que tiene un empleo formal y de su sueldo el 12,5 llega al Fondo de seguridad y garantía que se encarga de regular la administración de recursos en salud, el cual es administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social según lo establecido en el artículo 218 de la Ley 100 (5) . Al régimen subsidiado pertenecen aquellas personas que no tiene un empleo formal y no pagan un porcentaje en salud por lo que reciben fondos por parte del FOSYGA.

Dentro de otros cambios mencionados en esta ley, está la creación del Plan Obligatorio de Salud (POS) que son una lista de beneficios acerca de insumos y prestación de servicios a los cuales tiene derecho la población, así como un listado de inclusiones y exclusiones. (6). A pesar de las múltiples modificaciones a nivel administrativo y financiero, durante los últimos años se han dado muchas reformas y nuevas leyes debido a inconformidades e irregularidades en el sistema. (4)

Los ciudadanos Colombianos presentaron inconformidades debido a servicios no ofertados en el POS, esto se explica por tratamientos con nuevos medicamentos o intervenciones quirúrgicas para algunas condiciones de salud; y el aumento en la espera para citas médicas y con especialistas. (4)

Las tutelas son interpuestas por la población con más ingresos, como un mecanismo para acceder a servicios de salud, en el año 2000 cerca de 24.843 tutelas y en el año 2014 aumento considerablemente a 114.746 , eso equivale a un gasto financiero de aproximadamente USD 14 mil millones (4).

Lo anterior, genero un aumento en el número de tutelas por lo que se creó la ley 1122 de 2007 quiere ampliar la cobertura, mejorar la calidad y accesibilidad, es decir mejorar la prestación de servicios en salud; sumado a ello realiza modificaciones en el POS por medio de la Creación de la Comisión de regulación en salud (CRES) el cual debe realizar una actualización anual del POS; otro ítem a tratar es que en caso de enfermedades de alto costo que necesiten medicamentos no incluidos en el POS deberá pasarse el caso a un comité técnico científico (7). Definen además el Plan Nacional de Salud pública con el objetivo principal de mejorar la calidad de salud en la población Colombiana, por medio de la prevención de enfermedades y de factores de riesgo, así como fomentación de estilos de vida saludables (4) (6) (8)

Y la ley 1438 de 2011 que consiste en estrategias de atención primaria en salud para mejorar la calidad de atención, por otro lado es importante mencionar otras disposiciones de esta ley como lo son actualización del POS cada 2 años, la superintendencia de nacional de salud ayudara a resolver procesos negados de atención en salud para disminuir el número de tutelas, se prohíben multas por citas médicas incumplidas, el Ministerio de salud y protección social es el encargado de desarrollar el plan decenal de salud pública y creara el observatorio de salud para monitoreo de indicadores en salud pública (8).

El plan nacional de desarrollo 2014-2018 dentro de sus disposiciones y objetivos pretende mejorar el acceso de atención en salud, disminuir la desigualdad, garantizar la sostenibilidad, aumentar la inversión en hospitales públicos, así como de promoción y prevención de enfermedades crónicas. Monitoreo en salud sexual y reproductiva, cuidado físico y mental del adulto mayor, y la integración de víctimas del conflicto armado, por último la creación e implementación de políticas para mejorar el medio ambiente (4) (9)

5.3. Hallazgos interpretativos de la eficacia del sistema de salud y su sostenibilidad, fortalecimiento de calidad y accesibilidad y atención primaria en zonas rurales

A pesar de los intentos por parte del gobierno colombiano para mejorar la atención en salud y su financiamiento, existen diferentes limitaciones:

- El gasto en salud es bajo si lo comparamos con el promedio de OCDE de 8.9% del PIB, en Colombia es de 6.8% del PIB. Por lo que Colombia debe buscar nuevas formas de financiamiento evitando aumentar gasto de bolsillo que es cercano al 15%, según el Ministerio de Salud y Protección social. (4).
- Colombia debe aumentar los recursos de financiación en salud, sin embargo debe cambiar su enfoque hacia los impuestos generales, y centrarse en otras áreas tales como la evasión fiscal la cual equivale cerca de 2.3% del PIB, disminución de tasas de empleo informal, e impuestos a bebidas azucaradas y refrescos (4).

Otra forma de financiamiento de los servicios de salud, es por medio de la limitación de pagos excesivos, como por ejemplo el sistema de Pago por desempeño, del cual no hay estudios de su implementación en Colombia. Esto sería algo beneficioso para el sector de la salud ya que indirectamente obligaría a las EPS/IPS mejorar la calidad de servicios ofertados en salud (4).

- En los últimos años se ha evidenciado un desfaldo en el sistema de salud, pérdida de recursos y desviación de dineros especialmente en la contratación de servicios de salud, lo que genera un déficit operacional en IPS como los hospitales públicos.

Las EPS no cumplen su función de gestionar el riesgo clínico y financiero, además la supervisión financiera es débil y el rendimiento de estas y su eficiencia es bajo. El déficit operacional de los hospitales es cercano a USD 65 millones en el año 2012, y cerca de 45% de todos los hospitales a nivel internacional tiene un alto riesgo financiero (4).

- La Unidad de pago por capitación es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según el Boletín de prensa 014 de 2015, quedo alrededor de 6.06%. (10). Esto es lo que el FOSYGA le paga a las EPS por afiliado. Debe ser calculado mediante la estimación de probabilidad de demanda de servicios de salud incluidos en el POS, teniendo en cuenta edad, sexo, región, entre otros, y para eso se necesitan datos confiables para realizar un adecuado análisis y distribución de recursos. Se estima que para el año 2017 tendrá un aumento de 10%. (5)
- El empleo en Colombia es predominantemente informal por lo que existe un déficit en la financiación del sector salud, y el estado tiene la obligación de prestarles servicios de atención médica de calidad. El 50%-70% de la población tiene un empleo de carácter informal por lo que las contribuciones de nómina por parte de empleados y empleadores son insuficiente para sostener el sector de la salud (4).
- La medida de desigualdad dada por el Coeficiente de Gini es de un 53.5 en Colombia, comparado con el promedio de OCDE de 32.2. Lo anterior indica un alto nivel de pobreza en la población, y según el informe se concentra en zonas de Choco, Nariño, Córdoba y Boyacá. Otra medida que vale la pena mencionar es el Índice de Desarrollo Humano el cual combina índices de salud, educación y estándares de vida. En Colombia es de 0.708 en 2012 y en 2013 aumento a 0.711, lo cual es algo positivo pero a pesar de ello estamos por debajo en comparación con otros países de Latinoamérica como México con 0.822 y Chile 0.756 (4).

Figura 4. Medida de Desigualdad Coeficiente de Gini

- El aumento en enfermedades de alto costo en la población, como Diabetes Mellitus, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedad Renal Crónica, y Cáncer. En el año 2012 la principal causa de muerte fueron las Enfermedades cardiovasculares y en segunda instancia el cáncer. Este debe ser uno de los principales enfoques de la atención primaria en salud, promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, sumado a eso la OCDE sugiere la implementación de paquetes de servicios de salud enfocados a enfermedades crónicas, como en el caso de Israel donde tienen buenos resultados en la atención primaria en salud en enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus (4).

El aumento de actividades de promoción y prevención a largo plazo disminuirá la demanda en servicios de salud destinados a manejar enfermedades crónicas y de alto costo, lo cual implicaría una disminución en gasto en salud y un mejor uso de los recursos (4).

- El costo en los servicios de salud, especialmente en los medicamentos debe ser regulada con la Política farmacéutica. En Colombia debe haber un control más estricto en el precio de medicamentos, el SISMED o sistema de medicamentos, la cual es una estrategia de salud pública, para mejorar la accesibilidad y se basa en la equidad, solidaridad, y calidad (4) (6).
- La inversión en tecnología es limitada por lo que disminuye la productividad, y así mismo la posibilidad de brindar una mejor atención en salud, con mejoras en la oportunidad de diagnóstico y tratamiento. El Instituto de evaluación y tecnología tiene como objeto diseñar estándares protocolos y guías basados en evidencia científica que sirva como referente para la prestación de servicios de salud, pero necesita apoyo tanto económico, como político y fondos de financiación lo cual es limitado en el sistema de salud Colombiano (6).
- La atención en salud de calidad se ve limitada por falta de personal capacitado, en Colombia hay pocos médicos y enfermeras, en promedio hay 1.7 médicos por cada 1000 habitantes, que al compararlo con la OCDE es mucho menor, 3.27 por cada 1000 habitantes. En el área de enfermería OCDE hay 9.09 por cada 1000 habitantes

y en Colombia tan solo 1.03 por cada 1000 habitantes. Lo anterior sumado a que el 44% de los especialistas se concentra en zonas urbanas como Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico. El problema es básicamente un desequilibrio en la oferta y demanda de personal de salud (4).

Figura 5. Comparación talento humano en salud

El número de médicos en zonas rurales es limitado por tanto deben generarse incentivos, flexibilidad en la contratación para atraer a los profesionales de la salud. (4). Como por ejemplo la implementación de Centros Nacionales de Medicina Rural como en Noruega, el cual se explicara más adelante.

- La accesibilidad a servicios de salud como citas médicas es inequitativa, en el régimen subsidiado, el promedio de espera para una cita con un especialista es de 15.5% y en el contributivo de 26.3%. para citas con médico general el promedio es inversamente a lo anterior, en el régimen subsidiado es de 10.1% y en el contributivo de 13.3% (4). Esto se debe a los escasos de médicos generales y especialistas en Colombia y la inequidad.

- Colombia debe mantener los incentivos financieros y no financieros, para premiar la calidad de atención en salud. Fortalecer la competitividad entre aseguradoras y proveedores de servicios de salud, mecanismos de pago por desempeño y por rendimiento personal. La creación de estrategias de promoción y prevención en enfermedades crónicas de alto costo, podría a futuro disminuir los costos en salud y se podría invertir ese ahorro en mejorar los servicios de calidad en salud (4).

Existen otros tipos de mecanismos para mejorar la atención en salud, como por ejemplo en Europa, en países como Alemania, Países Bajos, y Reino Unido, donde se maneja un esquema de financiación agrupada más suministro de seguro voluntario, donde las personas acceden a pagar más para obtener ciertos beneficios, como por ejemplo salas individuales de hospitalización (4).

- La atención primaria en salud no es suficiente en las zonas rurales de Colombia, existen diferentes limitaciones con respecto al acceso, transporte, suministros y el conflicto armado interno. Por ello la implementación de plataformas de información tecnológica y de comunicación es una herramienta útil para la generación de beneficios sociales y económicos. (4) El plan vive digital creado en conjunto con el Ministerio de salud y protección social y ministerio de información tecnológica y de comunicaciones, le apuestan a esta estrategia para una mayor cobertura en internet que puede usarse para aplicaciones de telemedicina especialmente en zonas rurales. Además, sería una buena forma para disminuir el desempleo en Colombia (4) (11).

Por ejemplo, en Portugal en el año 2007, el Ministerio de Salud, Solidaridad, Labor y seguridad, implemento la Red Nacional de cuidados continuados con el objetivo de integrar la atención en salud a personas mayores. Esto con el apoyo de medios tecnológicos y de información que iniciaron a nivel local y posteriormente a nivel nacional, promoviendo tele consultas en cuidado primario. Posteriormente, en 2009 se creó un programa similar pero enfocado en otro tipo de paciente con otras enfermedades como la obesidad, hipertensión pulmonar, esclerosis múltiple y enfermedad renal crónica. Esto permite un mejor alcance de atención primaria en salud en zonas remotas. (4)

- Las IPS deben tener guías de atención en todo tipo de enfermedades crónicas y no transmisibles, basadas en la prevención, detección y diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación. Así mismo, en otras áreas de la salud un poco más específicas como parto seguro, enfermedades de la infancia, e infecciones de transmisión sexual (4). Deben enfocarse y tener conocimiento acerca del tipo de población que maneja cada institución, es decir conocer las características de sus habitantes.
- El enfoque en mejorar la atención primaria debe ser una prioridad en el sistema Colombiano esto se lograra mediante un enfoque multidisciplinario para la evaluación estratégica de la población y definición de demanda de recursos en salud como ya se había mencionado.

Por ejemplo en Turquía tiene un buen enfoque en el área de medicina familiar, con una reforma realizada en el 2005 que pretende la conformación de un equipo central conformado por Medico Familiar , Enfermeras y otros profesionales; uno de sus principales enfoques es la atención materna y de la infancia (4).

En Japón, hay pocos especialistas en el área de Medicina Familiar y comunitaria como especialización, sin embargo no quiere decir que los profesionales de la salud no estén capacitados para realizar atención primaria en salud en la población (4).

En Israel, el área de la atención en salud a enfermedades crónicas está bien establecida y los datos demuestran efecto positivo de los mecanismos de intervención sobre el paciente. Hay un alto porcentaje de detección temprana, y hay un programa nacional de Israel para los indicadores de calidad en la comunidad que permite la evaluación de promoción y prevención, basándose en características individuales de la población como la edad, sexo y estatus económico, lo que permite individualizar a los pacientes en educación y enfoque preventivo. (4)

- Énfasis en la creación de sistemas de información ayudaría a evaluar el rendimiento del sector salud y así poder crear estrategias más específicas, así como realizar análisis de datos y comparaciones a nivel internacional. El SISPRO o Sistema

Integral de Información de la Protección social es un mecanismo por el cual se realiza una recopilación de datos para la consolidación de datos y su posterior análisis, lo cual sirve de seguimiento y base para la toma de decisiones en políticas de salud pública. La obtención de datos debe organizar la información basada en demografía y los servicios de salud a nivel individual y general, y las actividades de promoción y prevención en salud, lo cual ayudaría a la evaluación de la atención primaria en salud (4) (10).

Con ayuda del Registro individual de prestación de servicios RIPS se pueden identificar las actividades en salud generada por las IPS y profesionales en salud, se puede obtener información sobre la frecuencia de usos de servicios de salud, demanda de estos y costos, permitiendo así la identificación de necesidades y recomendaciones en políticas públicas (4) (12).

Según el informe, los profesionales de la salud también pueden ayudar a la recolección de datos para salud pública con la ayuda de sistemas de tecnología y comunicaciones. (4)

- Colombia debe gestionar modelos de atención en zonas rurales, un ejemplo claro es en Noruega, donde hacen énfasis en centros de telemedicina como el Centro Noruego para telemedicina en el Tromsø con el fin de promover la atención primaria en salud con la telemedicina.

También, el centro nacional de medicina rural que está conformado por un conjunto de médicos generales y especialistas, enfermeras y otros profesionales de la salud que se establecen en zonas rurales para brindar una mejor calidad de atención y con más niveles de atención, y además realiza en pocas palabras una serie de reclutamiento de personal. (4)

6. DISCUSION

6.1. Impacto de la implementación de monitoreo de la calidad en salud en las áreas a reforzar descritas por la OCDE.

El informe de la OCDE del sector salud es una muestra de la gestión del gobierno Colombiano por la mejora continua y búsqueda activa de mecanismos que permitan al sistema de salud Colombiano una mejor eficiencia y eficacia en la atención en salud, en aspectos de calidad y sostenibilidad financiera. Para lograrlo Colombia ha tenido que mejorar de manera significativa la calidad de los datos mediante la implementación de un sistema de información que brinde seguridad y confiabilidad en la obtención de información.

Un sistema de Información confiable permite a los analistas identificar las fallas en salud discriminando de manera específica variables como edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo, ubicación geográfica, además que dichos datos se pueden transformar en indicadores ya sea para medir impacto, eficiencia, eficacia, efectividad, en distintas áreas de estudio. Lo que permite la toma de decisiones y establecimiento de acciones enfocadas en aspectos específicos, como por ejemplo políticas públicas con la intención de generar un impacto positivo el cual se traduce en mejorar la calidad de vida de las personas.

Lo anterior es equivalente a la búsqueda del mejoramiento continuo, el cual se favorece y obtiene un valor agregado cuando se realiza la referenciación con otros países para contribuir de manera efectiva al bienestar social y económico por medio de la creación de políticas según el objetivo de la OCDE (1). Aunque Colombia todavía se encuentra en el proceso de adhesión a la OCDE, debe demostrar permanentemente ante la OCDE el impacto de las acciones emprendidas para la obtención de resultados de diferentes sectores.

Tal es el caso de una reciente publicación en la revista semana con fecha de 21 de marzo de 2018 con título “¿Qué puede hacer la OCDE para proteger a los Wayúus?”, mencionaban que el 22 de marzo de 2018 se realizó una reunión por parte del Comité de la OCDE empleo, trabajo y asuntos sociales, para verificar si Colombia está cumpliendo con la implementación de (13):

“medidas diseñadas para ayudar a las personas que no tienen trabajo y a otros grupos vulnerables a combatir la pobreza” En el caso específico y puntual de los wayúus, es evidente que Colombia no satisface ese criterio. La crisis de hambre está intrínsecamente ligada a un acceso extremadamente deficiente a servicios básicos, esfuerzos limitados para erradicar la corrupción local y una respuesta insuficiente ante la crisis. Existe un acceso limitado a alimentos y agua, agravado por la terrible crisis humanitaria en Venezuela, al otro lado de la frontera” (13)

“Amelia me contó que tres de sus siete hijos murieron antes de alcanzar la edad adulta, y ese hecho no es del todo sorpresivo entre los wayúus. El acceso limitado al agua y alimentos ha causado muertes innecesarias de numerosos wayúus, y está deteriorando la salud de miles. Los efectos devastadores de esta crisis para los niños son más que conocidos en Colombia. Las estadísticas del gobierno reflejan que durante los últimos dos años ha muerto, en promedio, casi un niño indígena menor de 5 años por semana en La Guajira debido a causas asociadas con la desnutrición” (13)

Esta publicación demuestra que el sector salud no es independiente y se afecta por otros sectores como el económico, político, medio ambiental, entre otros. Si se revisa detalladamente el caso descrito anteriormente aplica a las 3 áreas prioritarias identificadas por la OCDE en salud (1):

- Eficacia del sistema de salud y su sostenibilidad
- Fortalecimiento de calidad y accesibilidad
- Atención primaria en zonas rurales

Todo lo descrito en dicha publicación requiere de datos concretos y certeros, con los cuales se crean indicadores para la evaluación del comportamiento de variables durante determinado tiempo; se pueden mencionar algunos indicadores que valdría la pena revisar en dicho caso las cuales son tomadas de la resolución 256 de 2016 concernientes a salud (14):

Dominio: efectividad y gestión del riesgo (14)

- Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer
- Tasa de mortalidad en niños menores de un año (mortalidad infantil)
- Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA)
- Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
- Tasa de mortalidad en menores de 5 años por Desnutrición
- Letalidad por Dengue
- Razón de Mortalidad Materna
- Cobertura de verificación para habilitación de servicios
- Cobertura de vacunación BCG en niños y niñas recién nacidos
- Cobertura de vacunación de la tercera dosis de Pentavalente en niños y niñas menores de un año
- Proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral
- Cobertura de vacunación de la Triple Viral en niños y niñas de un año
- Cobertura de vacunación de la tercera dosis de Polio en niños y niñas menores de un año

Por lo tanto, esta rendición de cuentas ante la OCDE es una exigencia al gobierno Colombiano en cuanto a que las decisiones y acciones que se tomen en salud deben tener un impacto transversal en todos los sectores, por ende, el monitoreo permanente de la calidad también tendría un componente transversal.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como ya se mencionó, el informe de la OCDE identificó 3 áreas a priorizar en el sector salud en las cuales se debe seguir trabajando, relacionados con (1):

- Eficacia del sistema de salud en relación con sostenibilidad
- Fortalecimiento de calidad y accesibilidad
- Atención primaria en zonas rurales

Recomendaciones (Figura.6): Mejorar la eficacia del Sistema de Salud y su sostenibilidad. (4)

Recomendaciones (Figura.7): Fortalecer la calidad y accesibilidad (4)

Exigir resultados y transparencia a las IPS/EPS

Fomentar la innovacion en las EPS

Asegurar el acceso a la informacion por parte del paciente

Igualdad en la prestacion de servicios en el regimen contributivo y subsidiado, los cuales deben ser de calidad

Mejorar la vigilancia de la calidad

Fomentar la acreditacion voluntaria

Aclarar responsabilidades de autoridades nacionales

Mejorar la asignacion de recursos, basados en las necesidades de salud locales

Recomendaciones (Figura.8): Fortalecer la atención Primaria en zonas rurales y remotas. (4)

Bibliografía

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud de Colombia bajo Criterios de la OCDE. Bogotá; 2016.
2. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. OECD. [Online]; 2016. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/>.
3. País E. El País. [Online]; 2015. Disponible en : elpais.com.co/colprensa.
4. OCDE. Reviews of health system. Paris; 2015.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Fondo de Solidaridad y Garantía. [Online]; 1993. Disponible en: www.fosyga.gov.co.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. MINSALUD. [Online].; 2016. Disponible en: www.minisalud.gov.
7. Congreso de Colombia.(2007).Ley 1122 del 9 de enero 2007: “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”
8. 8. Congreso de Colombia.(2011).Ley 1438 del 19 de enero 2011: “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
9. Departamento Nacional de Planeación M. Plan Decenal de Salud Pública 2014-2018. Bogotá; 2015.
10. MINSALUD. Sistema Integral de Información de la Protección social. [Online]; 2013. Disponible en: www.sispro.gov.co.
11. MINTIC.Vivedigital.[Online];2016. Disponible en:<http://www.mintic.gov.co/portal/vivedigital/>.
12. Salud Sd. Registro Individual de Prestación de Servicios. [Online].; 2012. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/>
13. Semana .Revista semana: Juan Pappier; Fecha de comienzo [21-03-2018; 14-05-2018]. Disponible en: <https://www.semana.com/nacion/articulo/que-puede-hacer-la-ocde-para-proteger-a-los-wayuu/561075>

14. Ministro de Salud y Protección Social (2016). Resolución 256 de 5 de febrero 2016.
"Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de ' Información para la
Caridad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la caridad en salud"