

| Año 19 N° 114 | julio - agosto 2017 |



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas
ISSN 0123-8760

Hospitalaria®

www.achc.org.co

Euro Health Consumer Index
-EHCInal Living

Índice de Salud, Acceso y
Calidad (HAQ)

Índice Compuesto de
Resultados en Salud (ICRS)



Rasgos distintivos de los sistemas de salud 2017

Basado en Índice Compuesto de Resultados en Salud, ICRS

EDITOR

Roberto Esguerra Gutiérrez

COORDINADORA EDITORIAL

Ayde Cristancho Cristancho

COMITÉ EDITORIAL

Roberto Esguerra Gutiérrez, Gloria Arias, Iván Darío Hernández, Henry Gallardo, Juan Carlos Giraldo V, Diego Rosselli Cock, Gabriel Carrasquilla Gutiérrez, Ayde Cristancho

Periodista: Luz Marina Díaz

Publicidad: Clara Inés González

JUNTA DIRECTIVA 2016 - 2018

PRESIDENTE

HOSPITAL PABLO TOBÓN URIBE – ANDRÉS AGUIRRE MARTÍNEZ (MEDELLÍN)

VICEPRESIDENTES

HOSPITAL INFANTIL LOS ÁNGELES - DORIS SARASTY RODRÍGUEZ (SAN JUAN DE PASTO)
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ - HENRY MAURICIO GALLARDO (BOGOTÁ)

MIEMBROS PRINCIPALES

CLÍNICA DE LA COSTA - ALBERTO JOSÉ CADENA BONFANTI (BARRANQUILLA)
CLÍNICA PALMIRA - FERNANDO HUMBERTO BEDOYA HERRERA (PALMIRA)
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO ERASMO MEZO - JUAN AGUSTÍN RAMÍREZ MONTOYA (CÚCUTA)
CLÍNICA DEL PRADO - GUSTAVO ADOLFO RESTREPO NICHOLLS (MEDELLÍN)
CLÍNICA DE OCCIDENTE S.A. - ANTONIO JOSÉ DÁGER FERNÁNDEZ (CALI)
CLÍNICA DEL OCCIDENTE - FABIO CORREDOR LEGUIZAMO (BOGOTÁ)

SUPLENTES

SERVICIOS ESPECIALES DE SALUD, SES – HOSPITAL DE CALDAS - ÁNGELA MARÍA TORO MEJÍA (MANIZALES)
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA - CLÍNICA UNIVERSITARIA - CARLOS ALBERTO RESTREPO MOLINA (MEDELLÍN)
FUNDACIÓN JAVERIANA DE SERVICIOS MÉDICOS ODONTOLÓGICOS INTERUNIVERSITARIOS CARLOS MÁRQUEZ VILLEGAS – JAVESALUD - CARLOS HUMBERTO TOBAR GONZÁLEZ (BOGOTÁ)
CLÍNICA VERSALLES S.A. - JANETH CRISTINA VÁSQUEZ ORTIZ (CALI)
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA - FERNANDO MANCERA GARCÍA (BOGOTÁ)
FUNDACIÓN HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL - DIEGO JOSÉ DUQUE OSSA (MEDELLÍN)
MEDICADIZ S.A. UNIDAD MÉDICO QUIRÚRGICA - LUZ STELLA PERILLA MÁRQUEZ (IBAGUÉ)
FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE - SANDRA FLOREZ TORRENEGRA (E) (BARRANQUILLA)

REPRESENTANTE MIEMBROS ASOCIATIVOS

COOPERATIVA DE HOSPITALES DE ANTIOQUIA - COHAN - JAMEL ALBERTO HENAO CARDONA, GERENTE

REPRESENTANTE MIEMBROS PATROCINADORES

JOHNSON & JOHNSON DE COLOMBIA S.A., DIVISIÓN MÉDICAL - Ricardo Cabana Natera, Director Franquicia Región Norte Latinoamérica

MIEMBRO HONORARIO

Roberto Esguerra Gutiérrez

DIRECTOR GENERAL

Juan Carlos Giraldo Valencia

HOSPITALARIA es una publicación periódica de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. HOSPITALARIA copyright 2008. Derechos reservados, inclusive los de traducción. Queda prohibida la reproducción y la impresión total o parcial de los artículos en cualquier sistema electrónico sin permiso previo del editor, conforme a la ley de los países signatarios de las comisiones panamericana e internacional del derecho de autor. El contenido es responsabilidad de los autores, por tanto los conceptos emitidos en los artículos no comprometen las opiniones de los editores ni de las empresas patrocinadoras. Las empresas anunciantes se responsabilizan de la información que suministran en sus avisos.

Para correspondencia por favor dirigirse a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Cra. 4 N° 73-15, Bogotá.
PBX: (1) 312 4411 - FAX: (1) 312 1005
E-mail: comunicaciones@achc.org.co
Internet: www.achc.org.co

DIRECCIÓN DE ARTE/DISEÑO GRÁFICO

Jesús Alberto Galindo Prada
almadigital2010@gmail.com

ILUSTRACIÓN PORTADA

MIQUELOFF

IMPRESIÓN

Panamericana Formas e Impresos S.A.

2 Editorial

Sistemas comparados de salud.
Argumentos para la discusión

4 De portada

Rasgos distintivos de los sistemas de salud en el mundo. Actualización 2017

60 Agenda gremial

- ACHC inició curso de evaluadores en cuatro ciudades del país
- Capacitación sobre alcances de la reforma tributaria en instituciones hospitalarias

62 Internacional

OPS presentó panorama de salud en las Américas

65 Píldoras

- Clínica Universitaria Bolivariana, acreditada en Salud por el Icontec
- Fundación Clínica del Norte, modelo de gestión de NoPBS para el régimen contributivo
- Más de 14 mil millones de pesos entregó COHAN a hospitales de Antioquia
- Infocáncer.com, una plataforma con todo lo que usted necesita saber sobre cáncer

72 Nos preguntan

¿Cuál debe ser el procedimiento que deben aplicar las secretarías de salud en sus procesos administrativos sancionatorios?

76 De nuestros patrocinadores

Nuevas recomendaciones para hacer frente a las infecciones durante las cirugías: el rol de las suturas

79 De los usuarios

Superintendencia Nacional de Salud legaliza el incumplimiento

82 Glosario

Sistemas comparados de salud. Argumentos para la discusión

El presente número de la *Revista Hospitalaria* dedica la mayor parte de su contenido a la presentación de una versión actualizada – más robusta–, del estudio comparativo de resultados de sistemas de salud, titulado “Rasgos distintivos de los sistemas de salud en el mundo. Actualización 2017”.

En esta ocasión las variables de organización, resultados sanitarios, financiación, infraestructura y control fueron obtenidas de 99 países, empleando las cifras oficiales reportadas a diferentes autoridades gubernamentales y multilaterales.

La metodología empleada se encargó, con todo rigor, de generar un índice compuesto como calificación individual, y a la vez una aglutinación de las similitudes entre los países observados mediante la generación de grupos o *clúster*. En cuanto a las variables estudiadas se incluyeron nuevos indicadores de resultado con el objetivo de lograr una mayor validez en el Índice Compuesto de Resultado en Salud (ICRS); además, en esta versión se incluyeron, como variables de control, el índice de desarrollo humano (IDH) y el de percepción de corrupción, herramientas que indudablemente ayudan a la fiabilidad del orden y adicionalmente dan luces sobre el papel de la intersectorialidad y el adecuado uso de los recursos en cada unidad de evaluación.

Los resultados son diferentes a los de ejercicios anteriores respecto al orden absoluto de los países. En general, hay relevos en los lugares de privilegio y al interior de cada uno de los *clúster*, pero también hay cambios discretos en la composición de los grupos, y se puede observar el papel de cada una de las variables dependientes, las cuales influyen positiva o negativamente en el resultado final del índice. Los aspectos de estructura y de tipología del sistema quedan expuestos en su importancia, lo mismo que las diferencias de gobierno del sistema.

Además de los resultados –muy valiosos– de este estudio, debemos destacar el aporte que hace la introducción, al refrescar los antecedentes de este tipo de trabajos, así como la descripción teórica de las nomenclaturas y de las fichas técnicas de los sistemas de salud con mejores resultados dentro del índice. La ACHC espera que este estudio sea de utilidad tanto para los expertos como para quienes inician –especialmente en las academias– el tan difícil camino de la evaluación comparativa de los sistemas de salud.

En cuanto a la realidad local, Colombia se encuentra en la mitad de la tabla (puesto 48) y está ubicada en el *clúster 5* junto con otros 20 países cuyo factor común es el desempeño medio en todas las variables. En este grupo no hay un comportamiento descollante en casi ningún ítem, pero tampoco se puede señalar un conjunto mayoritario de fracasos.

Muchos países cercanos y con sistemas bien conocidos se encuentran en condición similar a la colombiana e inclusive algunos europeos comparten este *clúster 5*. La mayoría de esos ‘homólogos’ tienen como características: Estado guardián, sistemas *bismarckianos*, de financiación mixta, con esperanzas de vida superiores a los 70 años y con infraestructuras de sistema similares; sin embargo, estos países difieren en mayor o menor grado y las mezclas de recursos con los que consiguen sus resultados muestran importantes variaciones. Respuestas importantes para este grupo se pueden encontrar al observar las variables de control

previamente citadas, especialmente en lo relacionado con la percepción de corrupción.

Volviendo al origen, queremos recordar a todos los lectores que la motivación fundamental para efectuar

Volviendo al origen, queremos recordar a todos los lectores que la motivación fundamental para efectuar este tipo de investigaciones es llenar un vacío en el conocimiento.

este tipo de investigaciones es llenar un vacío en el conocimiento. Pero esa verdad de a puño cobra más validez en los momentos de cambios de gobierno o de inminencia de reformas a los sistemas de salud. En estos períodos es usual enfrentarse a la siguiente pregunta: ¿Existe en alguna parte ese sistema ideal que consigue resultados en salud, que se puede financiar razonablemente, que se puede gobernar con éxito y que es bien percibido por la comunidad? Pues bien, este estudio da luces para esa

discusión y trasciende la mera opinión; por supuesto, es posible que no permita descubrir la fórmula ideal, pero sí da indicios e inclusive va a permitir formular mejores preguntas de investigación en el futuro inmediato.

El gremio hospitalario colombiano –la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC)– ofrece este nuevo trabajo como un aporte para cualificar la discusión en la búsqueda de ese mejor sistema de salud que todos debemos ayudar a construir. 

Rasgos distintivos de los sistemas de salud en el mundo. Actualización 2017

Basado en Índice Compuesto de Resultados en Salud, ICRS

Dirigido por:
**Juan Carlos
Giraldo Valencia**¹

Elaborado por:²
**Liliana Claudia Delgado
Giselle Oriana
Coronado Cortés
Juan Guillermo
Cuadros Ruiz**

Con el apoyo de:
Ecoanalítica S.A.S.

1. Antecedentes

Distintos organismos públicos y privados e instituciones académicas en el ámbito nacional e internacional se han preocupado por evaluar los desempeños de los sistemas de salud que tienen los países, con el fin de compararlos entre sí, analizar cómo cada sistema cumple con las expectativas de los pacientes e identificar cuáles son sus fortalezas y debilidades, con el fin de proponer alternativas para su mejora que se pueden impulsar a través de las políticas públicas. A continuación, presentamos una breve revisión de los principales ranking y evaluaciones publicadas en los últimos años sobre los sistemas de salud del mundo.

• Informe sobre la salud en el mundo 2000 'Mejorar el desempeño de los sistemas de salud'

En primer lugar, citamos a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual en su "Informe sobre la salud en el mundo 2000 'Mejorar el desempeño de los sistemas de salud'", examina y compara diversos aspectos de los sistemas de salud del mundo y analiza los complejos factores que explican el funcionamiento de esos sistemas, su desempeño y sus posibles mejoras.

Con el fin de evaluar la eficiencia general de los sistemas de salud de los 191 países miembro de la OMS en ese momento, el primer paso fue condensar los cinco objetivos del sistema de salud en una sola cifra, es decir, en un índice compuesto. El índice compuesto es un promedio ponderado de los cinco objetivos de todo sistema de salud: nivel promedio de salud de la población, desigualdad, nivel de respuesta, respuesta-distribución, y financiación justa (Organización Mundial de la Salud, 2000).

Las ponderaciones para construir la medida compuesta fueron: 25 % fue asignado a la EVAD (número equivalente de años de vida que se espera sean vividos en plena salud, también llamada 'esperanza de vida saludable'); 25 % a la distribución respecto a la desigualdad; 12,5 % se le otorgó al nivel de capacidad de respuesta; 12,5 % a la distribución de la capacidad de respuesta; y el 25 % restante a la equidad en la contribución financiera.

Para medir la eficiencia se utilizó el enfoque de función de producción. En primer lugar se asume el índice compuesto como la variable que representa la 'salida' del sistema de salud; en segundo lugar aparecen los insumos del sistema de salud que contribuyen a lograr esa producción;

¹ Director General de la ACHC. Médico y cirujano de la Universidad de Caldas, diploma en Evaluación de Impacto de Proyectos Sociales (Cepal). Especialista en Alta Dirección del Estado de la Escuela de Alto Gobierno de la ESAP. Magíster en Administración de Salud de la Universidad Javeriana, y Master en Gestión de Centros y Servicios de Salud de la Universidad de Barcelona.

² Liliana Claudia Delgado: Economista y Consultora en Indicadores Sociales. Giselle Oriana Coronado: Profesional en Administración Pública (ESAP). Juan Guillermo Cuadros Ruiz: Administrador de Empresas de la Universidad Nacional de Colombia; Maestría en MBA de la Universidad Nacional de Colombia.

V
FORO

Nacional de Acreditación en Salud

“la gestión de la tecnología
y la calidad de la atención en salud”.

*Por una tecnología
al servicio de la vida*

Miércoles **29** y Jueves **30**
de Noviembre de 2017
Bogotá, Cundinamarca

Hotel Radisson AR
Avenida carrera 60 N°22-99
Ciudad Salitre

Información e Inscripciones

Ingrid Andrea Lozano

ilozano@icontec.org

Teléfono: 607 88 88 Ext. 1144

Celular: 313 887 20 05

www.icontec.org



Acreditado por





De portada

y en tercer lugar se considera el efecto de los determinantes no controlables del sistema de salud.

Dicho índice ubicó a Francia en primer lugar con 0,994, a Italia en segundo lugar con 0,991, y en tercer lugar a San Marino con 0,988. Colombia ocupó el lugar 22 con un índice de 0,910, entre los 191 países evaluados.

• Health Care Efficiency Index y el Healthiest Country Index.

La empresa Bloomberg, consultora en tecnología e información, realiza *rankings* en distintos sectores de la economía. pero específicamente en el área del cuidado de la salud publica elabora dos índices: el *Health Care Efficiency Index* y el *Healthiest Country Index*.

El primero, el *Health Care Efficiency Index* (Índice de eficiencia en el cuidado de la salud), evalúa anualmente entre 45 y 55 países del mundo. En esta clasificación, cada país es evaluado atendiendo a tres criterios: esperanza de vida (peso ponderado del 60 %), gasto sanitario relativo per cápita (30 %), y gasto sanitario absoluto per cápita (10 %). Los países recibieron puntuaciones según cada uno de estos criterios y las puntuaciones fueron ponderadas y sumadas para obtener los índices de eficiencia. El gasto relativo es el gasto sanitario como porcentaje del PIB per cápita. El gasto absoluto es el gasto sanitario total, lo cual incluye actividades sanitarias preventivas y curativas, planificación familiar, actividades de nutrición y asistencia de urgencias. Se incluyeron aquellos países cuya población superara los 5 millones, cuyo PIB per cápita no fuera inferior a US\$ 5.000 y cuya esperanza de vida superara los 70 años. (Bloomberg, 2016)

Para la última evaluación de 2016, el primer lugar lo ocupó Hong Kong con un puntaje de 88,9, seguido de Singapur con 84,2, y en tercera posición apareció España con 72,2. Colombia aparece en el puesto 52 con un puntaje de 31,9.

De los 55 países que aparecen en este *ranking*, Colombia figura en América Latina con una esperanza de vida baja y un costo sanitario por persona de \$ 569. A su vez

quedan en buena posición Chile y Argentina, con costos sanitarios por persona de \$ 1.137 y \$ 605 pero con buenos niveles de esperanza de vida.

En la cola de esta clasificación, en la posición 50, están los EE.UU. Hay que destacar que solo Jordania, Colombia, Azerbaiyán, Brasil y Rusia puntúan peor que los EE.UU.

El segundo índice elaborado por Bloomberg es el *Healthiest Country Index* (Índice Global de Salud, -IGS-), que evalúa un conjunto de variables sanitarias de 163 países usando datos de la Organización Mundial de Salud (OMS), el Banco Mundial y la ONU.

Entre las variables consideradas para la puntuación en el -IGS- se encuentran la expectativa de vida, causas de muerte asociadas, la tasa de mortalidad, la disponibilidad de agua potable, entre otros factores.

Para establecer la puntuación también se toma en cuenta el riesgo en salud, derivados de la malnutrición infantil, la hipertensión, el sobrepeso, el sedentarismo y las adicciones. (Bloomberg, 2017)

Según la medición llevada a cabo en 2017 en 163 países, Italia es el país más saludable del mundo (93,11 puntos sobre un máximo de 100); en el segundo y tercer lugares están Islandia (91,21) y Suiza (90,75), respectivamente. Singapur se encuentra en la cuarta posición, por lo que se le puede considerar el país con mejores niveles sanitarios en Asia. A su turno, Israel (puesto 9) encabeza la lista entre los países del Medio Oriente. Chile (puesto 29) se ubica segundo en el continente americano, pero primero en Latinoamérica, superado por Canadá, que está en el puesto 17. No muy lejos se encuentran Cuba (posición 31 en el

ranking), y Costa Rica (posición 33). Estados Unidos sucede a este último en el puesto 34.

En esta medición no está disponible la información para Colombia, ya que se publican solo las primeras 50 posiciones. En el ranking correspondiente a 2012, nuestro país se ubicaba en la posición 58 con una puntuación de 52,61 entre 145 países evaluados.

- **Euro Health Consumer Index -EHCI**

En Europa, desde el año 2006 se realiza una medición del desempeño de los sistemas de salud denominada *Euro Health Consumer Index -EHCI-* este índice compara la información de entre 35 y 37 países, según disponibilidad, y los resultados son insumo para impulsar un mejoramiento continuo de los procesos. Desde el punto de vista de los pacientes, el índice ha mejorado la comprensión acerca de la prestación de los servicios recibidos y ha contribuido a que el usuario se empodere del sistema. (Powerhouse, 2017)

La clasificación del -EHCI- 2016 específicamente incluyó 35 países, que fueron medidos en seis dimensiones, a saber: derechos del paciente e información, resultados (tasa de supervivencia de cáncer, años de vida perdidos, tasa de mortalidad infantil, tasa de infecciones intrahospitalarias, tasa de abortos, depresión, número de infartos y tasa de mortalidad adultos); accesibilidad (tiempos de espera para el tratamiento); rango y alcance de los servicios (equidad, operaciones de cataratas a mayores de 65 años, trasplante de riñón, atención dental, diálisis y cesáreas entre otros); prevención (vacunación, presión arterial, consumo de alcohol, tabaquismo, enfermedades mentales y muertes de tránsito) y medicamentos (antibióticos, estatina, medicamentos para la artritis, medicamentos para el cáncer, acceso a nuevos medicamentos).

En Europa, desde el año 2006 se realiza una medición del desempeño de los sistemas de salud denominada *Euro Health Consumer Index -EHCI-* este índice compara la información de entre 35 y 37 países, según disponibilidad

En 2006, Francia ocupó el primer lugar en la clasificación EHCI, con 768 puntos sobre 1000 posibles. En 2016 los resultados ubicaron a Holanda en el primer lugar con 927 puntos, seguida de Suiza con 904 puntos, y de Noruega con 865 puntos.

- **Ranking International Living,**

La revista *International Living*, de EE.UU., brinda información a extranjeros acerca de destinos turísticos. Entre los rankings que realiza la revista en encuestas con sus usuarios, durante enero de 2017 la publicación calificó a Colombia como el 3^{er.} país con el mejor sistema de salud del mundo, y el 5^{o.} en el escalafón de mejores lugares para vivir al jubilarse, gracias al clima, el sistema económico y la asistencia sanitaria. (International Living, 2017)

Dicha medición no está respaldada por una "metodología técnica" y solo constituye un ranking basado en opiniones de usuarios jubilados de distintos países, acerca de costos, acceso y calidad en asistencia sanitaria. Según dicha fuente, Colombia tiene un precio justo y una buena calidad en los procedimientos médicos, razones que la posicionan en el 3^{er.} lugar, superada solo por Costa Rica y Malasia, y a gran distancia de países como EE. UU. o los europeos.

- **Índice de Salud, Acceso y Calidad (HAQ)**

El Índice de Salud, Acceso y Calidad (HAQ), publicado en la revista *The Lancet*, estudió la calidad de la asistencia sanitaria en 195 países con base en la medición de las



tasas de mortalidad por causas que no deben ser fatales en presencia de atención médica eficaz. (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2015)

El estudio analizó los índices de mortalidad de 32 de estas enfermedades y condiciones en el período comprendido entre 1990 y 2015 y encontró que casi todos los países vieron su calificación mejorada con los años. Andorra encabezó el índice con una puntuación de 95 sobre 100, seguida por Islandia con 94, luego Suiza con 92, España y Suecia con 90 completan los cinco primeros; asimismo, 13 de los 15 primeros países se encontraban ubicados en Europa Occidental, y los otros dos eran Australia (6°) y Japón (11°).

Adicionalmente se comparó las puntuaciones del -HAQ- con el nivel de desarrollo de los países, utilizando el llamado Índice Sociodemográfico -SDI- encontrando que naciones en África subhariana, en el sur de Asia y Latino América registraron algunas de las puntuaciones más bajas dentro de la evaluación realizada, pero con progresos respecto a años anteriores en especial China y Etiopía.

En la puntuación HAQ, Colombia ocupó el puesto 6, y se aprecia que ha experimentado descensos desde el año 2000 en indicadores como la prevalencia del tabaquismo y las tasas de mortalidad debidas a enfermedades no transmisibles, así como en lesiones ocasionadas por accidentes de tránsito, violencia interpersonal y guerra. Igualmente, se observa un progreso mínimo o incluso empeoramiento en los niveles de consumo de alcohol e incidencia de hepatitis B.

• **Global Access to Healthcare Index**

En 2017, The Economist Intelligence Unit publicó el estudio "Global Access to Healthcare: Building sustainable health systems", el cual evaluó el acceso a la asistencia sanitaria y para ello desarrolló el *Global Access to Healthcare Index*, índice que busca medir los sistemas de salud en 60 países. El índice se centra en 23 indicadores, que examinan el acceso a tipos específicos de atención,

incluidos los servicios de salud infantil y materno, atención a pacientes con enfermedades infecciosas y no transmisibles (DNT), acceso a medicamentos, y medida de desigualdad en el acceso. Asimismo, el índice incluyó variables sobre política, cobertura, instituciones e infraestructura. Una de las principales conclusiones de este estudio es que no necesariamente la cobertura total está relacionada con un mejor acceso y calidad.

Las naciones con los más altos puntajes en el *Global Access to Healthcare Index* fueron Países Bajos, Francia, Alemania, Australia, Reino Unido y Canadá, todas ellas desarrolladas. A su vez, los seis países que ocupan los últimos lugares según este índice fueron Camboya, Etiopía, Nigeria, Uganda, la República Democrática del Congo (RDC) y Afganistán, todos pobres. Colombia se ubicó en la 16ª. posición.

• **Rasgos distintivos de los sistemas de salud ACHC**

- En noviembre de 2009, durante el 36th. World Hospital Congress – IHF Rio 2009 Brasil, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) presentó la ponencia "La salud en Latinoamérica", con una primera caracterización de 20 sistemas de salud pertenecientes a países de la región, de los cuales se describía su organización, modelos de financiación, infraestructura y resultados en términos de tasa de mortalidad en menores de 5 años, tasa de mortalidad materna y esperanza de vida.
- En 2012, la ACHC recorrió una segunda etapa en la misma línea de análisis, pero esta vez incluyó a los 15 países que, se consideraba, tenían los mejores sistemas del mundo según el ranking de la OMS-2010. En efecto, la ACHC presentó este análisis en la ponencia

“Rasgos distintivos de los sistemas de salud” en Brasil durante el Congreso Internacional de Servicios de Salud (CISS), realizado del 22 al 23 de mayo de 2013.

- En 2013, la ACHC desarrolló el primer ranking de sistemas de salud para 50 países, que contó con información de los años 1995, 2000 y 2011. Para ello se realizó un análisis de componentes principales, con el fin de sintetizar en una sola la información contenida en 7 variables; al nuevo índice se le denominó ‘Índice Compuesto de Resultados en Salud’ (ICRS). Las variables eran: Carga de enfermedad, Tasa de mortalidad infantil, Tasa de mortalidad materna, Tasa de mortalidad adulta, Cobertura de inmunización de sarampión, Incidencia de tuberculosis, y Prevalencia de obesidad. Adicionalmente se incluyeron dos dimensiones, la financiera y la de prestación de servicios, que a su vez incluyeron las variables: Gasto en salud (% PIB, % Gasto total, % Bolsillo), Camas hospitalarias (por cada 1000 habitantes), y Médicos (por cada 1000 habitantes). (Asociación Colombiana Hospitales y Clínicas, 2014).

En esta clasificación de la ACHC, en el mejor grupo estuvieron: Alemania, Australia, Canadá, España, Francia, Inglaterra, Islandia, Noruega, Holanda, Suecia y Suiza, mientras que países como Camboya, Haití, Ruanda e India registraron los índices más bajos. Islandia, Inglaterra, Canadá y Australia obtuvieron el máximo valor del índice (100 puntos), pues dichos países registraron los mejores resultados. Colombia, por su parte, se ubicó –en 3 de las 7 variables– en el grupo intermedio (grupo 3); y en las 4 variables restantes en el segundo mejor grupo (grupo 4). Su puntaje estuvo por debajo de la mediana y del promedio, y se ubicó en la posición 32, con un valor del

índice de 56 puntos, que es bajo comparado con el índice promedio de toda la muestra (65 puntos).

- En 2015, la ACHC realizó una actualización del *ranking* de sistemas de salud, con información con corte en 2013 (la anterior era con corte en 2011) y para 52 países, usando la misma metodología empleada en 2013. Los resultados ubicaron a Alemania, Australia, Canadá, España, Francia, Inglaterra, Islandia, Noruega, Holanda, Suecia y Suiza en el mejor grupo. Colombia, por su parte, se ubicó –en 3 de las 7 variables– en el grupo intermedio (grupo 3); en inmunización contra sarampión en el grupo 2; y en las 3 variables restantes, en el segundo mejor grupo (grupo 4). Inglaterra, Canadá y Australia obtuvieron el máximo valor del índice (100 puntos), mientras Colombia se ubicó por debajo de la mediana y del promedio, en la posición 31, con un valor del índice de 52 puntos, que de nuevo es bajo



HDQ
Hospital
design & quality



ACREDITACIÓN
INTERNACIONAL
JOINT
COMMISSION

HDQ LO ACOMPAÑA PARA LOGRARLO

METODOLOGÍA INTEGRAL PROPIA
ENTENDIMIENTO DEL MODELO LOCAL
ALINEAMOS EL PROCESO DE MEJORA
CON SU ESTRATEGIA

www.hdq.com.co | www.hdqglobal.com
Info@hdq.com.co | info@hdqglobal.com
Tel: +57 310 2981426 - 310 2985938 | +1 (305) 330-5025 | +52 (81) 8372 6412
Colombia - USA - México

comparado con el índice promedio de toda la muestra (61 puntos). Esta actualización se realizó como un ejercicio para consulta interna del gremio.

2. Ranking 2017

Con respecto a las anteriores versiones del estudio realizado por la ACHC, se incluyen nuevas variables, tanto para el índice de resultados en salud como para las variables de caracterización o de contexto. Con esto se busca consolidar un índice más robusto y con mejor capacidad de análisis respecto a las anteriores ediciones.

Por otra parte, en esta edición se incluyeron 47 países adicionales, una adición equilibrada por Índice Desarrollo Humano (IDH), tipo de ingresos, clasificación Banco Mundial y distribución geográfica. La presente edición utiliza los últimos datos disponibles para los 99 países que conforman la revisión. Las variables de resultado fueron obtenidas de la Base de Datos de Mortalidad de la OMS, publicadas en el libro de Estadísticas Sanitarias de 2016, y de las bases de datos de carga de la enfermedad del “Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)”; el corte de las cifras corresponden a los años 2014 y 2015. Las variables de infraestructura corresponden a la información dispuesta en las estadísticas globales de los trabajadores de la salud y en el *World Factbook* de la CIA; las cifras corresponden al período 2010-2015. Las variables de financiación fueron obtenidas de la Base Global de Gasto en Salud de la OMS y del Banco Mundial, para 2014.

A su turno, las variables de organización y estructura fueron determinadas mediante una revisión bibliográfica de las caracterizaciones de los sistemas de salud estudiados; las principales fuentes de información de dicha revisión fueron los ‘Perfiles de salud’ desarrollados por la OMS, y el ‘Análisis de sistemas de salud’ realizado por el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas en Salud. Finalmente, las variables de control incluidas en esta edición corresponden al Índice de Desarrollo Humano (2014), calculado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, y al Índice de Percepción de Corrupción, elaborado por Transparencia Internacional (2016).

3. Modelización

3.1. Índice Compuesto de Resultados en Salud (ICRS)

El Índice Compuesto de Resultados en Salud -ICRS- se construyó a partir de 13 variables de impacto en salud, y se relaciona con otros tres conjuntos de variables de contexto, el primero compuesto por 10 variables que dan cuenta de la infraestructura hospitalaria y los esquemas de financiación; el segundo conjunto contiene 3 variables cualitativas características del sistema, relacionadas con la organización y estructura/tipo de gobierno; el último está compuesto por 2 variables de control (desarrollo humano y corrupción) (Tabla 1).

Cada una de las 28 variables que conforman el total de fuentes de información presenta datos disponibles entre los años 2014, 2015 y 2016.

Para el cálculo del indicador de resultados, se utilizó una técnica multivariada, que utiliza una matriz de resultados de 99 países, llamada análisis de componentes principales, la cual tiene por objeto resumir toda la información contenida en el total de datos. Dado que no se puede reducir una matriz de 99 registros con 13 variables de impacto en salud en una sola, esta técnica trata de sintetizar dichas variables, creando dimensiones matemáticas reducidas, que capturan la mayor varianza del total de datos (componentes).

El primer paso antes de construir el índice consiste en estandarizar las variables, de tal forma que asuman valores entre 0 y 100, en el que 100 es el puntaje que obtiene el o los países con el mejor comportamiento en términos de esa variable, antes de un análisis de estadística descriptiva a través de creación de *clúster*.

$$\text{Índice Estandarizado} = \left(\frac{\text{Índice} - \text{Min}}{\text{Max} - \text{Min}} \right) * 100$$

De esta forma, el índice estandarizado mediante la técnica multivariada también toma valores de 0 a 100, en los que cien (100) es el puntaje que obtuvo el o los países con el mejor comportamiento en términos de resultados, y

cero (0) el que se asigna al país que obtuvo los niveles más bajos del mismo conjunto de variables de insumo.

A partir de este índice se forman grupos de países, de tal forma que existe una alta homogeneidad en cada grupo y una alta heterogeneidad entre ellos. Con el fin de definir estos grupos, se utiliza el método de Ward de clasificación jerárquica; este reúne aquellos *clúster* que generan el menor incremento en la suma total de los errores.

Tabla 1. Conjunto de variables utilizadas para la caracterización de los sistemas de salud

VARIABLES DE RESULTADO EN SALUD	VARIABLES DE INFRAESTRUCTURA Y FINANCIACIÓN		VARIABLES DE ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA	VARIABLES DE CONTROL
	FINANCIACIÓN	INFRAESTRUCTURA		
Expectativa de vida al nacer (años), ambos sexos	Gasto total en salud (%) Producto Interno Bruto (PIB)	Densidad de médicos (por 1000 habitantes)	Gobernanza	Índice de Desarrollo Humano
Expectativa de vida saludable al nacer (años)	Gasto total en salud per cápita, en dólares de EE. UU.	Densidad de personal de enfermería y partería (por cada 1000 habitantes)	Modelo	Índice de percepción de corrupción
Tasa de mortalidad, menores de 5 años (por cada 1000 nacidos vivos)	Gasto en salud del gobierno como % del gasto total en salud	Densidad de camas hospitalarias (camas / 1000 habitantes)	Tipo de financiación	
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1000 nacidos vivos)	Gasto privado en salud como % del gasto total en salud			
Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos)	Gasto de bolsillo como % del gasto total en salud			
Tasa de mortalidad infantil (probabilidad de morir entre el nacimiento y 1 año, por cada 1000 nacidos vivos)	Gasto de bolsillo como % del gasto privado en salud			
Tasa de mortalidad de adultos (probabilidad de morir entre los 15 y 60 años, por cada 1000 habitantes), ambos sexos	Riesgo de gastos catastróficos para la atención quirúrgica (% de personas en riesgo)			
Incidencia de tuberculosis (por cada 100.000 habitantes)				
Años de vida ajustados por la discapacidad (por 100.000 hab.)				
Años vividos con discapacidad (por 100.000 habitantes)				
Años de vida perdidos (por 100.000 habitantes)				
Tasa de enfermedades no transmisibles (por 100.000 hab.)				
Probabilidad (%) de morir por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes, enfermedad crónica respiratoria, entre los 30 y 70 años				

Fuente: Elaboración ACHC, 2017

3.2. Variables de infraestructura y financiación

Estas variables cuantifican el gasto en salud (público, privado o de bolsillo), en algunos casos expresado como porcentaje (%) del Producto Interno Bruto (PIB)³ (medida de la riqueza de un país) o como valores nominales expresados en la moneda de un país (la mayoría de las veces comparados en dólares US\$ internacionales como Paridad del Poder Adquisitivo⁴). Los gastos en salud se definen generalmente como las actividades realizadas por instituciones o personas, a través de la aplicación del conocimiento médico, paramédico y / o de enfermería, y la tecnología, cuyo propósito principal sea el de promover, restaurar o mantener la salud.

³El Producto Interno Bruto (PIB), conocido también como producto interior bruto o producto bruto interno (PBI), es una magnitud macroeconómica que expresa el valor monetario de la producción de bienes y servicios de demanda final de un país (o una región) durante un período determinado (normalmente un año). El PIB es usado como objeto de estudio de la macroeconomía y su cálculo se encuadra dentro de la contabilidad nacional. Para su estimación se emplean varios enfoques complementarios. Tras el pertinente ajuste de los resultados obtenidos en forma parcial, resulta incluida en su cálculo la economía sumergida. <http://www.bancomundial.org/siglas.htm>

⁴La paridad del poder adquisitivo (PPA) es la suma final de cantidades de bienes y servicios producidos en un país, al valor monetario de un país de referencia. Cuando se quiere comparar el producto interno bruto de diferentes países es necesario homogeneizar la información, puesto que cada país mide su producto en su moneda local; para ello se ha de traducir su PIB a una moneda común, a través de los tipos de cambio. La paridad del poder adquisitivo es una de las medidas más adecuadas para comparar la producción de bienes y servicios, con ventajas sobre el producto interno bruto nominal per cápita, puesto que toma en cuenta las variaciones de precios. Este indicador elimina la ilusión monetaria ligada a la variación de los tipos de cambio, de tal manera que una apreciación o depreciación de una moneda no cambiará la paridad del poder adquisitivo de un país, puesto que los habitantes de ese país reciben sus salarios y hacen sus compras en la misma moneda. Lo que sí afectará al PIB-PPA es la cantidad de los bienes y servicios producidos en el mismo, debido a variaciones en el tipo de cambio, cuando se trate de importaciones y exportaciones.

⁵Por las siglas en inglés de System of Health Accounts de los países de la OECD, del cual existe una versión anterior, conocida como SHA 1.0. El SHA-2011 tiene una versión resumida en español y su versión original en inglés fue lanzada oficialmente en la reunión anual de expertos de Cuentas de Salud de la OECD en París, Francia, en noviembre de 2011.

- Gasto total en salud (%) Producto Interno Bruto (PIB)
- Gasto total en salud (en US\$) per cápita en dólares de EE. UU.
- Gasto en salud del gobierno como % del gasto total en salud
- Gasto privado en salud como % del gasto total en salud
- Gasto de bolsillo como % del gasto total de salud
- Gasto de bolsillo como % del gasto privado en salud

En el presente informe las cifras y el análisis de las mismas adoptan las definiciones y criterios referentes a 'gasto en salud' de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el fin de estandarizar los resultados de las cuentas de salud de los diferentes países, así como las de compromisos de armonización de las estadísticas de gasto y financiamiento sanitario, y tienen como referencia los manuales internacionales de estadísticas y los clasificadores internacionales propios o afines al Sistema de Cuentas Nacionales, mediante los talleres anuales de Cuentas de Salud realizados desde 2009 bajo la iniciativa de la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE) del Organismo Andino de Salud (ORAS-CONHU) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

A lo anterior se suma el hecho esencial de poder disponer ahora de un sistema de cuentas de salud como el SHA-2011⁵ (OECD-EUROSTAT-OMS, 2012), que constituye un estándar metodológico para la producción de cuentas de salud en el ámbito mundial, producto de un consenso de expertos y organismos internacionales.

De otra parte, y de acuerdo con los criterios de clasificación de la Organización Mundial de la Salud, a partir de los componentes anteriores se determinan dos grandes categorías de

gasto⁶. Una corresponde al gasto general del gobierno en salud y la otra categoría corresponde al gasto privado, que resulta de la suma del total de los seguros privados y del gasto de bolsillo. De este modo, el gasto total en salud corresponde a la “suma de los gastos en salud en que ha incurrido el gobierno general y el sector privado”. El gasto del gobierno general, por su parte, comprende los Fondos de la Seguridad Social⁷, o gasto realizado por las instituciones de seguridad social y la administración central, o sea, el realizado por entidades de gobierno con autoridad sobre el territorio nacional de un país. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Por último, debe tenerse en cuenta que al financiamiento del gasto del gobierno general en salud (GGGS), concurren los fondos de seguridad social y los fondos públicos⁸, estos últimos constituidos por recursos de origen fiscal.

Respecto al gasto directo o “gasto de bolsillo, se entiende el realizado con recursos propios de las personas en el momento de acceder a la prestación de los servicios, independientemente de su condición de afiliados o no al Sistema, e incluye lo correspondiente a copagos, cuotas moderadoras o de recuperación, gastos por consulta general o especializada, hospitalizaciones, exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas, medicamentos, prótesis y demás pagos directos relacionados con la atención recibida en salud”. (Ministerio de la Protección Social, PARS – Departamento Nacional de Planeación, Bogotá D.C., 2007)

- **Riesgo de gastos catastróficos para la atención quirúrgica (% de personas en riesgo)**

Aproximadamente 150 millones de personas enfrentan gastos catastróficos cada año solo por los costos médicos, y muchos más

Aproximadamente 150 millones de personas enfrentan gastos catastróficos cada año solo por los costos médicos, y muchos más por los costos no médicos de acceso a la atención. Se desconoce la proporción de estos gastos derivados de condiciones quirúrgicas.

por los costos no médicos de acceso a la atención. Se desconoce la proporción de estos gastos derivados de condiciones quirúrgicas. Debido a que el Banco Mundial ha propuesto eliminar para 2030 el empobrecimiento médico, el impacto de las condiciones quirúrgicas en las catástrofes financieras debe ser cuantificado para que cualquier mecanismo de protección del riesgo financiero pueda incorporar adecuadamente atenciones complejas como las cirugías de pacientes. (Shrime, Dare, Alkire, & O’Neill, 2015)

⁶ Al final de cada año, la OMS solicita a sus Estados miembro información en formatos estándar sobre los estimativos de gasto en salud (público y privado), los cuales, debidamente avalados por los respectivos ministerios de salud, se publican luego en los informes de estadísticas sanitarias mundiales de cada año y en las bases de datos en línea de la OMS. Con el oficio de solicitud se envía un anexo, en el cual se definen las distintas categorías de gasto, producto de un trabajo de armonización que desde hace algunos años realiza dicho organismo con base en información proveniente de las cuentas nacionales de salud de los países y que, en sus versiones más recientes, trata también de ajustarse a la metodología del SHA-2011, al menos en sus categorías más agregadas.

⁷ Según OMS (2013): “Los planes de seguridad social o de Seguro Nacional de Salud son obligatorios y están controlados por unidades de la Administración con el fin de ofrecer prestaciones sociales a los miembros de la comunidad en su conjunto o a sectores particulares de ella”.

⁸ “Los fondos públicos incluyen los impuestos destinados específicamente a la atención sanitaria, pero recaudados como impuestos sobre el valor añadido o la propiedad” (OMS, 2013).

⁹ Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), también conocidos como Objetivos Mundiales, son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad. Estos 17 Objetivos se basan en los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aunque incluyen nuevas esferas, como el cambio climático, la desigualdad económica, la innovación, el consumo sostenible, y la paz y la justicia, entre otras prioridades. Los Objetivos están interrelacionados y por ello, con frecuencia la clave del éxito de uno involucrará las cuestiones más frecuentemente vinculadas con otro. Los ODS conllevan un espíritu de colaboración y pragmatismo para elegir las mejores opciones con el fin de mejorar la vida, de manera sostenible, para las generaciones futuras. Estos objetivos proporcionan orientaciones y metas claras para que sean adoptados por todos los países en conformidad con sus propias prioridades y los desafíos ambientales del mundo en general. Los ODS son una agenda inclusiva: abordan las causas fundamentales de la pobreza y nos unen para lograr un cambio positivo en beneficio de las personas y el planeta.

En todo el mundo, más de dos tercios de las personas aún no pueden acceder a atención quirúrgica y anestésica de manera segura y asequible, cuando la necesitan. El impacto de las enfermedades quirúrgicas no es insignificante; se estima que en 2030 las enfermedades causadas por condiciones que requieren la atención de un cirujano tendrán un costo para los países de ingreso bajo y mediano de hasta US\$ 12,3 billones en pérdidas de producción económica. Además, 81 millones de personas están en riesgo de ruina financiera debido a los gastos en que incurren cada año cuando reciben atención quirúrgica.

La prestación de servicios quirúrgicos es fundamental para el logro de muchos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁹: buena salud y bienestar (Objetivo 3); fin de la pobreza (Objetivo 1); igualdad de género (Objetivo 5); y reducción de las desigualdades (Objetivo 10).

Describir el acceso a la cirugía como una modalidad de tratamiento o una plataforma de atención, con datos relevantes del país, exige una deconstrucción rigurosa de los componentes de acceso en los que los gobiernos nacionales pueden intervenir (Kamstra, Raykar, Meara, & Shrima, 2016).

• **Densidad de médicos (por cada 1000 habitantes)**

Esta variable tiene en cuenta el número de doctores (médicos), lo cual incluye médicos generales y especialistas, por cada 1000 habitantes. Los

médicos se definen como los médicos que estudian, diagnostican, tratan y previenen enfermedades, lesiones y otros problemas físicos y mentales en los seres humanos, mediante la aplicación de la medicina moderna. Ellos también planifican, supervisan y evalúan los planes de atención y el tratamiento de otros proveedores de atención médica. La OMS estima que menos de 2,3 profesionales de atención de la salud (médicos, enfermeras y parteras exclusivamente) por cada 1000 habitantes serían insuficientes para alcanzar la cobertura de las necesidades de atención primaria de salud. (Index Mundi, 2014)

• **Densidad de personal de enfermería y partería (por cada 1000 habitantes)**

Si bien no existe una regla de oro que permita evaluar la cantidad suficiente de personal sanitario, la OMS estima que los países con menos de 2,3 enfermeras y parteras por cada 1000 habitantes probablemente no alcancen las tasas de cobertura adecuadas para las intervenciones clave de atención primaria en salud designadas como prioritarias tanto en los Objetivos de Desarrollo del Milenio como en los actuales Objetivos de Desarrollo Sostenible.

“Una partera o partero profesional es una persona que ha adquirido las competencias que se requieren para obtener legalmente el registro y/o la certificación, establecidas ellas por un órgano regulador autónomo integrado por parteras. La partera profesional debe ser capaz de brindar a las mujeres

el acompañamiento, la atención y la orientación necesarias durante el embarazo, el parto y el período posparto; de atender los partos con sensibilidad, responsabilidad y autonomía; y de atender al recién nacido/a y al lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, como el cuidado integral de la salud, la detección de las condiciones patológicas en la madre y el bebé, y la atención primaria de la urgencia y la referencia oportuna.

Cumple la partera o partero profesional una tarea importante en la orientación y educación en los derechos sexuales y reproductivos, no solo de las mujeres sino también de la comunidad; además, promueve la equidad de género y el respeto a la diversidad cultural. Su trabajo se basa en el conocimiento de la fisiología y en la confianza en la sabiduría del cuerpo de la madre y del bebé; reconoce al parto y nacimiento como hechos naturales, íntimos y únicos. Su área de competencia abarca las esferas preconcepcional y prenatal, la preparación para la maternidad y paternidad, la atención del embarazo, parto y puerperio fisiológicos, y se extiende a ciertas áreas de la salud sexual y reproductiva, la planificación de la familia y el cuidado de las hijas e hijos durante los dos primeros años de vida. Puede ejercer su práctica en el domicilio, casas de parto, consultorios, centros de salud, hospitales o donde la mujer elija” (Asociación Mexicana de Partería, 2017)

• Densidad de camas hospitalarias (camas / 1000 habitantes)

Esta variable informa acerca del número de camas de hospital por cada 1000 habitantes. ‘Camas de hospital’ incluye camas de hospitalización en los hospitales públicos, privados, generales y especializados, y centros de rehabilitación. En la mayoría de los casos se incluyen las camas para la atención aguda y crónica, como las camas para atención de adultos, cuidado pediátrico y psiquiátrico, debido a que el nivel de los servicios hospitalarios necesarios

El buen gobierno en un país afecta directamente al medio ambiente en el que opera el sistema de salud y los funcionarios de salud ejercen sus responsabilidades.

para cada país depende de varios factores, como la carga de la enfermedad (Index Mundi, 2014).

La densidad de camas hospitalarias se utiliza para indicar la disponibilidad de servicios hospitalarios. En general, las estadísticas sobre densidad de camas hospitalarias proceden de registros administrativos sistemáticos, aunque en algunos entornos solo se incluyen las camas del sector público. Según la zona del mundo de que se trate, se ha establecido como norma internacional según la OMS un parámetro entre 2,5 y 4,0 camas por 1000 habitantes. (Flores, 2010)

3.3. Variables de organización y estructura

a) Gobernanza

El buen gobierno se ha convertido en una agenda prioritaria de salud pública. El buen gobierno en un país afecta directamente al medio ambiente en el que opera el sistema de salud y los funcionarios de salud ejercen sus responsabilidades. Las medidas de gobierno global incluyen rendición de cuentas, estabilidad política, efectividad gubernamental, calidad regulatoria, estado de derecho, y control de la corrupción.

La eficacia y la calidad de los vínculos entre el Estado, los ciudadanos y los proveedores influye en la capacidad del sistema de salud para cumplir con los criterios de rendimiento, medidas de equidad, eficiencia, acceso, calidad y sostenibilidad.

La inclusión de las ideas de la sociedad civil en la formulación de políticas muestra tanto la fuerza de la sociedad

Los sistemas de seguridad social se están transformando, unos con mayor regulación y dirección estatal, mientras otros sistemas nacionales están experimentando nuevas formas con participación del sector privado.

civil, como socio de confianza para el gobierno, como la voluntad del gobierno para escuchar las preocupaciones de la sociedad civil. (Senkubuge, Modisenyane, & Moeketsi, 2014)

De acuerdo con el informe “Strengthening Health System Governance: Better policies, stronger performance”, del European Observatory on Health Systems and Policies, el mundo está lleno de ejemplos de políticas de salud, unos que muestran resultados positivos y otros no tanto; unos con problemas en su adopción y otros en su ejecución; y muchos que caen víctimas de la corrupción y la ineptitud. A veces el problema es político y a veces es financiero, pero en ocasiones radica en la forma como se hacen las cosas, es decir, en su gobernanza.

La gobernanza es fruto de la compleja red de relaciones entre los distintos actores de un sistema de salud: usuarios, gobiernos en diferentes niveles, ONG y agentes. Cuando no existe alineación entre los objetivos de dichos actores surge la corrupción, los incentivos desalineados, los problemas de incumplir las normas de regulación, la incompetencia y la falta de confianza y de planificación a largo plazo.

Asimismo, estas relaciones configuran distintos modelos de gobernanza según el reparto del poder y de cómo se estructura el sistema (si es más hacia lo regulado y estatal o hacia el libre mercado y lo privado), lo cual se refleja en distintas estructuras de toma de decisiones y en la implementación de políticas del sistema.

La gobernanza tiene cinco atributos clave:

- Rendición de cuentas
- Transparencia
- Participación de los intereses afectados
- Honestidad
- Capacidad política

La gobernanza de un sistema de salud configura su capacidad para responder a los retos que está enfrentado: envejecimiento, perfil epidemiológico, crecimiento de enfermedades crónicas y no transmisibles, o amenazas de brotes de enfermedades infecciosas. Igualmente se producen cambios en el contexto político-económico que se reflejan en el empleo, el crecimiento, las leyes; y, por último, hay cambios sociales, que incluyen los cambios en los pacientes y los profesionales.

Los sistemas de seguridad social se están transformando, unos con mayor regulación y dirección estatal, mientras otros sistemas nacionales están experimentando nuevas formas con participación del sector privado. Los intentos de coordinar e integrar la atención interfieren con los papeles tradicionales de los médicos y los pagadores, como los fondos de seguro social. La tecnología de la información abre la posibilidad a nuevas formas de atención y coordinación, así como a un gasto aparentemente infinito, y a problemas gerenciales y fracasos. (Collier & Lakoff, 2008).

Aunque ‘gobernanza’ es un término ampliamente utilizado. en las políticas de salud se centra en el diseño de organizaciones que tengan un adecuado control, desarrollo estratégico y representación de las partes interesadas en las decisiones. Sin embargo, a menudo solo significa *buena gestión*.

Existen dos enfoques acerca del concepto de gobernanza en salud: uno es el de los

académicos y encargados de formular políticas, que es el enfoque racionalista con sus modelos de agente principal, en el cual se busca alinear los intereses de los distintos agentes para crear relaciones funcionales. En este enfoque predomina la dependencia en contratación, en recursos y relaciones de rendición de cuentas. Los problemas de dicho modelo radican en que las relaciones son más de fiducia que de agencia y los agentes olvidan su razón de ser: brindar bienestar al usuario final.

El segundo enfoque, el de 'gobernanza de red', busca compensar algunas de las fallas de los modelos racionalistas, y enfatiza en cambio las redes, la cooperación y las interacciones entre las organizaciones; sin embargo, la autoridad y el gobierno tienden a diluirse en la compleja espiral de la coordinación.

Uno de los temas relacionados con la gobernanza es el de la descentralización, acerca de la cual existen argumentos en contra y a favor. El problema básico de la descentralización política es que deliberadamente multiplica responsabilidades de los niveles centrales a los locales; esto puede confundir las responsabilidades y dificultar la coordinación y los beneficios de la vigilancia, así como la capacidad de respuesta, la competencia y la innovación.

Los sistemas descentralizados pueden funcionar bien mejorando la capacidad de las relaciones intergubernamentales y la formación de responsables políticos, y esto significa que la gobernanza de los sistemas de salud en entornos descentralizados debe enfocarse tanto en mejorar los aspectos sistémicos –transparencia, participación, capacidad para hacer frente a un complejo sistema de poderes, responsabilidades y rendición de cuentas– como en lograr un nivel adecuado de transparencia frente a la complejidad y a la posibilidad de corrupción.

(The European Observatory on Health Systems and Policies, 2016)

Respecto a los problemas de gobernanza, podemos enumerar los siguientes:

- Pérdida de responsabilidad.
- Pérdida de transparencia.
- Falta de participación. Esto quiere decir que, dependiendo de quién esté en el poder, se subvaloran o se alteran las ideas de competencia de los aseguradores, las reformas y la implementación de las mismas.
- Falta de honestidad. Fraudes en el sistema de salud.
- Falta de capacidad política. Las reformas son tan complejas que, inevitablemente, en ciertos sectores el gobierno subestima los requerimientos necesarios y falla en gobernar efectivamente.

Muchos autores sostienen que las prácticas de la administración varían según las circunstancias, según se trate del sector público/privado, del entorno geográfico/cultural, del tamaño del mercado, del tamaño de la organización, de las diferencias sectoriales y del servicio. Al respecto, a menudo se mencionan las siguientes como variables clave: ciclo de vida en que se encuentre la organización (puesta en marcha, maduración, declive); estabilidad o crisis frente a transformaciones; y grado de profesionalización del recurso humano.

A su turno, en el sector público de la salud, se anotan como variables clave los cambios en la gestión de los hospitales y su nivel de autonomía.

Elegir los mecanismos apropiados para lograr los resultados deseados parece ser importante de acuerdo con la situación. Por ejemplo, en organizaciones estables, el mecanismo indicado sería el de la *agencia* (con director ejecutivo –CEO–), en contraste con organizaciones en circunstancias de amenaza, en las cuales el enfoque *Stakeholder* sería la estrategia adecuada (de acuerdo con la teoría de la dependencia de recursos). Un marco para entender la gestión administrativa se observa en la tabla 2.

Tabla 2. Marco para la gobernanza desde la administración hospitalaria

Teoría	Contexto	Mecanismos	Resultados	Atributos de la gobernanza
Agencia	Baja confianza y grandes desafíos, baja propensión al riesgo	Control a través del monitoreo de desempeño interno, externo y regulatorio	Minimización del riesgo y buen registro de la seguridad del paciente	Responsabilidad y honestidad
Administración	Alta confianza y menos desafíos, mayor propensión al riesgo	La dirección promueve una administración de esfuerzos y liderazgo colectivo	Mejoramiento del servicio y excelencia en el desempeño	Capacidad
Dependencia de los recursos	Importancia del capital social de la organización; la colaboración es vista como algo más productivo que la competencia	Expansión de los límites institucionales y diálogo cercano con otros prestadores de salud	Reputación y relaciones mejoradas	Transparencia
Stakeholder	Importancia de la representación; el riesgo es compartido por varios	Construcción de colaboración y consensos	Organización sostenible con un alto nivel de compromiso del personal y buenos prospectos a largo plazo	Participación

Fuente: (The European Observatory on Health Systems and Policies, 2016)

Tal como se mencionó en los antecedentes, en la primera versión de este ejercicio en 2012 se tomaron los modelos de acuerdo con la estructura organizativa de gobierno de control y toma de decisiones, el establecimiento de la política pública, regulación, direccionamiento y organización de los servicios de salud:

- El Estado propietario-operador
- El Estado guardián
- El modelo mixto

Esta clasificación está basada en el documento “Strengthening health systems through innovation: lessons learned”, de la fundación internacional Centre for Health Innovation (IVEY), sobre tipos de gobernanza en los sistemas de salud.

Estado propietario y operador

Este modelo brinda una dirección operativa y estratégica del sistema de salud en la que el Estado es el operador y el único pagador, que proporciona seguro de salud pública para garantizar la cobertura universal con un paquete específico de beneficios; de aquí que se le denomine ‘sistema de atención sanitaria universal’ o ‘sistema nacional de salud’.

En lo financiero, el sistema se basa principalmente en ingresos recaudados a través de impuestos generales de los niveles nacional y regional; se ejerce un control significativo del Estado sobre la participación del sector privado y sobre las actuaciones particulares de los usuarios.

Estado guardián

El Estado no es el dueño, sino el ‘guardián’ y administrador de los servicios de atención de salud. Este modelo se financia con fondos públicos; garantiza una cobertura mínima de los servicios de salud a todos los ciudadanos y la financiación de los servicios de salud se basa casi exclusivamente en las agencias de seguro social de propiedad y operación privadas. Es esencialmente autorregulado por la competencia entre los fondos de seguros y es manejado en gran parte por las agencias de seguros, los proveedores de atención, así como de los servicios relacionados con la calidad de la atención.

Adicionalmente, este modelo está fuertemente basado en el principio de solidaridad, y

Johnson & Johnson

MEDICAL
DEVICES
COMPANIES

Creemos que nuestra primera
responsabilidad es con los
médicos, enfermeras y pacientes,
con las madres padres y todos
aquellos que usan nuestros
productos y servicios



Línea Gratuita Nacional Johnson & Johnson: **01 8000 511 595**
LAMRGER5052 ©Johnson & Johnson de Colombia S.A., 2016

los paquetes de beneficios integrales son requeridos por el Estado y están dirigidos a todos los ciudadanos.

Modelo mixto privatizado

No está controlado por el gobierno, sino financiado por una combinación de aseguradoras públicas y privadas. Las agencias privadas de seguros de salud operan juntas, o integradas a los sistemas estatales. El sistema funciona bajo la premisa de que “más es mejor”; es decir, con inversión de alta tecnología, la atención especializada a la que se puede acceder sin largas esperas es para los pacientes que, por sus recursos, pueden permitirse este tipo de privilegios.

En este modelo, el Estado financia indirectamente, de hecho, aspectos del seguro privado, a través de subsidios a los proveedores, con miras a prestar determinados servicios, o por medio de exenciones fiscales para el seguro patrocinado por el empleador, las contribuciones a la seguridad de las personas y los gastos directos de su bolsillo. (Foundation Centre for Health Innovation –IVEY–, 2011)

b) Modelos

Modelo de Bismarck

Este modelo de atención de salud universal fue creado en Alemania por Bismarck, que promulgó la legislación social entre 1881 y 1889. El seguro de salud y el acceso a la asistencia sanitaria están vinculados a la noción de empleo; por tanto, se financia mediante contribuciones sociales en lugar de impuestos.

El modelo se basa en un seguro de salud financiado mediante contribuciones sociales de los empleadores y los empleados; es gestionado por representantes también de las empresas y los empleados. El Estado tiene que decidir sobre el alcance de la intervención de los fondos de seguros de salud y tomar las medidas apropiadas si surge un desequilibrio financiero.

Modelo de Beveridge

Implementado en 1942 en el Reino Unido tras el informe de Lord Beveridge, este sistema de protección social

se basa en el principio de acceso universal a la atención médica, y no depende del empleo; es decir, el acceso a la salud no se considera como contingente en el empleo, sino más bien una parte intrínseca de la ciudadanía. Las autoridades públicas financian este sistema con impuestos en vez de contribuciones sociales.

Modelo Semashko

Este modelo, que fue desarrollado durante la década de 1920 en la Unión Soviética, luego se extendió a los estados satélite de la URSS después de 1945. Lleva el nombre de Nicolai Semashko, ministro de Salud de la URSS de 1918 a 1930. Esta medicina socializada es, por supuesto, el producto de una ideología política específica.

Los servicios de salud pertenecen al Estado, y los profesionales de la salud son pagados también por el Estado. Los servicios son por lo general de libre acceso, pero los pacientes tienen que pagar de su bolsillo los medicamentos.

El sistema proporciona un acceso universal a la atención médica. Los niveles de cobertura y las cantidades destinadas al gasto sanitario (porcentaje del PIB) se definían de forma centralizada.

Modelo mixto

Se caracteriza por la interdependencia de tres sectores, por la distribución de funcionalidades y servicios, y por la cobertura de distintos tipos de población, según sus recursos e ingresos económicos. Según (Moreno, 2009) es un sistema mucho más común que los anteriores. Los tres sectores que coexisten en este modelo son:

- El sector público, que, representado por el Estado, se encarga de prestar el servicio de salud a las personas que no pueden costear

los pagos y las contribuciones, y cubre estos servicios con impuestos generales.

- El sector de la seguridad social, que depende de organizaciones no gubernamentales, en la mayoría de las ocasiones reguladas y normativizadas por el Estado; se financia a través de los pagos de los trabajadores y empleadores (se aplican copagos o bonos por el uso de los servicios de salud).
- El sector privado, que se financia a través del pago de los clientes (pago de bolsillo). Es el conocido como medicina prepagada.

Modelo privado

El principio fundamental del sistema de salud estadounidense es el de que la salud es una cuestión de responsabilidad individual y los seguros son privados.

En la práctica, entonces, no hay ningún sistema nacional obligatorio, y existe una preponderancia de las organizaciones privadas (dos tercios de los estadounidenses menores de 65 años están cubiertos por un seguro relacionado con el empleo).

La mayoría de los estadounidenses reciben seguro médico de un empleador, por cuenta propia o de un familiar. Se financia por una combinación de aportes de los empleados y de las contribuciones de primas exentas de impuestos del empleador. La mayoría de los planes requieren que los miembros cubran parte de sus costos de atención a través de copagos y otros cargos. (Robertson, 2012)

También hay dos grandes programas de seguro de salud financiados con fondos públicos: el Medicare, administrado por el gobierno federal, que cubre a las personas de edad avanzada y algunos discapacitados; y el programa estatal

Medicaid, que proporciona cobertura a los ciudadanos de bajos ingresos.

En pro, los defensores de los seguros privados de salud argumentan que estos promueven la libre elección en los usuarios, fomentan la competencia y aumentan los niveles de atención. En teoría se pueden reducir los precios de prima, debido a la competencia entre las compañías de seguros; a menudo se argumenta también que el seguro de salud privado reduce la carga sobre las finanzas públicas teniendo en cuenta las personas que se afilian fuera del sistema estatal.

En contra del sistema de seguros privados de salud se argumenta la desigualdad, ya que se basa en la selección de riesgos. Esto significa que las aseguradoras pueden negar la cobertura a quienes se consideran más propensos a usar los servicios de salud, tales como aquellos individuos con condiciones médicas preexistentes o las personas mayores, lo cual deja a una proporción de la población sin aseguramiento alguno, y por lo tanto obligada a pagar su propia atención.

Adicionalmente, hay una variedad de fallas en los mercados de seguros de salud, tales como información asimétrica y poder de mercado, por lo que, cuando el seguro de salud privado se utiliza como fuente principal de financiación, tiende a ser fuertemente regulado.

También se sostiene que el seguro de salud privado es regresivo, porque normalmente no hay relación entre el precio de las primas y los ingresos personales; es decir, los gastos de seguro de salud privado son proporcionalmente más altos para las personas de menores ingresos. Como además estas personas de bajos ingresos tienden a tener una mayor necesidad de atención de la salud, también es común que se les impongan primas más altas, que pueden actuar como una barrera adicional para el acceso (van Doorslaer & A. Wagstaff, 1993).

Además, este modelo tiende a incurrir en altos costos administrativos y de gestión de recursos, debido a que se requiere evaluar el riesgo, las primas establecidas,

los paquetes de prestaciones de diseño y evaluar las solicitudes.

c) Financiación

Financiación a través de impuestos generales

Se trata de modelos fiscales financiados, que buscan poner en común el riesgo de grandes poblaciones y hacer que los servicios de salud estén disponibles para toda la población. Los impuestos varían en función de la forma como se aplican: los impuestos directos los establece el gobierno sobre los individuos, las familias y las empresas (por ejemplo, impuesto sobre la renta, de sociedades), mientras que los indirectos se aplican sobre la fabricación o la venta de bienes y servicios (por ejemplo, impuesto sobre el valor agregado, o sobre la importación o exportación de bienes).

Inglaterra, Australia, Canadá, Nueva Zelanda y los países nórdicos son algunos de los países que dependen principalmente de los impuestos generales para financiar la atención de la salud. Sin embargo, ningún país se basa únicamente en impuestos generales; también pueden existir cargos a los usuarios o elementos de los seguros privados. Por ejemplo, en Canadá, alrededor del 70 % del gasto en salud es financiado públicamente, mientras que el 30 % restante es cubierto directamente por los pacientes o por seguros de salud privada.

Los métodos de recaudación de impuestos también varían considerablemente de un país a otro, sobre todo si se trata de gobiernos centrales o locales. En Suecia, por ejemplo, los fondos públicos para el cuidado de la salud provienen de impuestos tanto centrales como locales.

Una de las ventajas de este modelo es la equidad, porque los impuestos generales se extraen de toda la población, independientemente de su estado de salud, sus ingresos o su ocupación, y cubren los riesgos financiero y de salud. La equidad en estos modelos depende de si el sistema fiscal es progresista o regresivo. Los impuestos generales son una forma eficaz de recaudar dinero, con bajos costos de administración respecto a la cantidad de dinero que recaudan.

Hay fuertes incentivos para controlar el gasto en los modelos financiados con impuestos. Esto se debe a que, en estos sistemas, el proceso por el cual se determina el nivel de gasto es una política que obliga a los gobiernos a sopesar las compensaciones entre la salud y otras áreas del gasto público. La capacidad de controlar el gasto de esta manera trae consigo ventajas e inconvenientes; entre estos últimos están por ejemplo las quejas por falta de dinero, que son comunes en los sistemas financiados por impuestos. (Savedoff, 2004)

Entre los argumentos en contra de la financiación con impuestos generales se puede mencionar que a medida que el gasto en salud tiende a aumentar con el tiempo, los servicios de salud pueden consumir una proporción creciente del gasto público. Para pagar estos mayores gastos, los gobiernos pueden desviar fondos de otras áreas de gasto público o aumentar los impuestos, lo cual puede ser impopular y particularmente difícil en tiempos de recesión económica. Algunos argumentan que estas decisiones pueden politizar el proceso y hacer que los presupuestos de salud sean menos predecibles de año en año, aunque otros ven esto como una ventaja, ya que introduce un aspecto de rendición de cuentas que no está presente en otros modelos.

Financiación con aportes

En el modelo 'Financiación con aportes', por lo general los empleados y los empleadores pagan contribuciones para cubrir un paquete definido de servicios (Wagstaff, 2010). Este sistema se introdujo bajo el canciller Bismarck en la Alemania del siglo 19. En los modelos clásicos de seguros sociales, los miembros (normalmente empleados) destinan un porcentaje de su salario, relacionado con sus ingresos, en lugar de hacerlo según el riesgo de enfermedad. Las contribuciones de los empleados

generalmente se corresponden con las de los empleadores. Las contribuciones son recolectadas a menudo por organismos independientes, normalmente conocidos como aseguradoras o fondos de enfermedad, que son responsables de pagar a los proveedores de servicios por la salud y la atención.

En algunos países, los aseguradores privados pueden competir entre ellos; cuando esto sucede, existen mecanismos para poner en común los riesgos y los costos. Los miembros pueden o no pueden escoger a qué fondo se unen. El paquete definido de beneficios para la salud también puede variar entre los fondos existentes, pero por lo general hay un paquete básico estándar.

La forma como operan los sistemas de seguro social de salud varía mucho de un país a otro. En la mayoría de ellos, el régimen legal no aporta los fondos suficientes y está subvencionado por otros medios. En Francia, por ejemplo, los fondos adicionales se buscan a través de los impuestos generales (ISR) y los existentes sobre el alcohol y el tabaco. Francia también requiere copagos en algunos puntos de acceso. Los copagos también se aplican en Alemania.

Como el seguro social de salud a menudo se sustenta en los niveles de empleo de la población, los países que operan este modelo tienen que encontrar maneras (incluyendo los impuestos generales y otras fuentes, como los fondos de pensiones obligatorios) para dar cobertura a quienes no están empleados. Por ejemplo, el plan de seguro médico japonés tiene varias opciones para garantizar que se brinde una cobertura universal: se exige que los empleados de las grandes empresas se inscriban; a su vez, los empleados de las empresas más pequeñas están cubiertos por la Asociación de Seguros de Salud de Japón; aquellos

que no están amparados por ninguno de ellos reciben cobertura de un sistema público.

En pro de este modelo, se argumenta que asegura equidad y que el acceso universal basado en la necesidad clínica es un objetivo principal de dichos sistemas; además, una ventaja importante es que el pago no se relaciona con el riesgo. Esto significa que no discrimina a las personas mayores o que tienen condiciones médicas preexistentes. Si el sistema está bien diseñado, puede proporcionar una cobertura global a todos, de manera similar a los sistemas financiados por impuestos.

En comparación con los seguros privados, se considera generalmente que la financiación con aportes es más eficiente, ya que permite que sean puestos en común los recursos y los riesgos por un grupo de personas.

Como argumentos en contra de la financiación con aportes se sugiere que se aumentan los impuestos sobre los salarios; además, como los empleadores y los empleados contribuyen, algunas organizaciones sostienen que estos costos extra los hacen menos competitivos en el mercado global, en comparación con los de países que financian la asistencia sanitaria a través de impuestos generales.

Mixto

Los individuos (o los empleadores en su nombre) toman las pólizas de seguro de atención médica de las organizaciones privadas. El nivel de contribución se basa en el riesgo de necesidad de atención de salud, que puede ser evaluado de varias maneras: riesgo individual, que puede tener en cuenta la edad, la historia familiar y la existencia de condiciones médicas preexistentes; riesgos comunitarios, por ejemplo donde, en un área geográfica definida, todos los miembros de la comunidad pagan la misma prima de riesgo, por lo general esta se estima a través de los empleados de una sola una sola industria o empresa. (Mossialos & McKee, 2002)

Los pagos directos del usuario como fuente adicional de financiación son aquella modalidad en la cual el cobro se



hace de su propio bolsillo. En su forma más pura, los derechos de uso se basan en pacientes que pagan ellos mismos el costo de la atención. En la mayoría de los países europeos y de la OECD, estos cargos representan solo una pequeña proporción del gasto. Sin embargo, esta forma de financiación a menudo hace parte de la financiación de los países en desarrollo; en India, por ejemplo, más del 70 por ciento del gasto sanitario total se explica por cuotas de usuario.

Los aportes de los usuarios se aplicarán también cuando los individuos buscan atención privada de los servicios o tratamientos no cubiertos por un régimen nacional o compañía de seguros, o cuando el acceso pueda estar limitado (por ejemplo, el pago privado para una operación, para evitar tener que esperar).

Se argumenta a favor del gasto de bolsillo como fuente adicional de financiación que, cuando se utilizan junto con otros modelos, constituyen una forma de obtener ingresos adicionales para financiar los servicios. Los defensores argumentan que la carga puede actuar como un elemento disuasorio contra el uso excesivo de la atención de la salud, estimular el uso de los servicios de salud de manera más responsable y tener un comportamiento menos riesgoso.

En contra se argumenta que los pagos directos son una carga para el usuario que puede disuadirlo de buscar atención médica. Este efecto disuasorio puede significar que las personas posterguen la visita a su médico de cabecera a pesar de tener una necesidad real de salud; esto puede conducir a un deterioro de la salud del usuario.

En síntesis, ningún país se basa en una sola fuente de financiación para el cuidado de la salud. Los países suelen utilizar uno de los tres principales modelos de financiación como la principal forma de pagar el cuidado de la salud, junto con elementos de las otras.

Por esta razón, dentro de la categoría 'mixto' para el presente estudio se incluyeron tres subcategorías:

- Mixto: sistemas que usan distintas fuentes de financiación sin que haya predominio de alguna de ellas.
- Mixto ONG y cooperación internacional: aquellas que tienen predominio de ayudas de cooperación internacional para financiar la asistencia en salud; se da especialmente en países muy pobres, como Mozambique, Tanzania o Kenya.
- Mixto-OOPS: tiene predominio de pago directo del usuario o 'gasto de bolsillo'.

La combinación precisa de las fuentes de financiación se desarrolla con el tiempo en función del contexto, la historia y los valores sociales de un país. Sea cual sea el modelo utilizado, son inevitables los debates sobre su eficacia y su eficiencia.

Sin embargo, no hay evidencia de que un modelo de financiación, como particular combinación de mecanismos de financiación, sea inherentemente superior a los demás. Al respecto la OECD concluyó: "No existe un sistema de atención médica que brinde sistemáticamente una atención costo-efectiva" (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010). Esto, además de los altos costos asociados con cualquier transición, significa que en los países desarrollados rara vez se hacen cambios importantes en los mecanismos establecidos para pagar el cuidado de la salud.

Independientemente de cómo se financia la asistencia sanitaria, todos los países se enfrentan hoy a retos similares: la forma de satisfacer la creciente demanda de servicios y la manera de transformar la atención en respuesta a un envejecimiento de la población y el cambio de los patrones de enfermedad. Estos retos están llevando a un aumento de las presiones sobre los servicios y a problemas de financiación en

todos los países. (McKenna, Dunn, Norte, & Buckley, 2017)

3.4. Variables de control

a) Índice de Desarrollo Humano (IDH)

Por *desarrollo humano* se entiende el proceso por el que una sociedad mejora las condiciones de vida de sus ciudadanos a través de un incremento de los bienes con los que puede cubrir sus necesidades básicas y complementarias, y de la creación de un entorno en el que se respeten los derechos humanos de todos ellos. El *desarrollo humano* también se define como la cantidad de opciones que tiene un ser humano, en su propio medio, para ser o hacer lo que él desea: a mayor cantidad de opciones mayor desarrollo humano y viceversa. Una tercera definición de desarrollo humano lo entiende como una forma de medir la calidad de vida del ente humano en el medio en que se desenvuelve, y una variable fundamental para la calificación de un país o región.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es un indicador del desarrollo humano por país; este índice es elaborado y calculado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Es un indicador sintético de los logros medios obtenidos en las dimensiones fundamentales del desarrollo humano, a saber: una vida larga y saludable, adquisición de conocimientos y disfrute de un nivel de vida digno. El IDH es la media geométrica de los índices normalizados de cada una de esas tres dimensiones.

La dimensión de la salud se evalúa según la esperanza de vida al nacer, y la de la educación se mide por los años promedio de escolaridad de los adultos de 25 años o más y por los años esperados de escolaridad de los niños en edad escolar. La dimensión del nivel de vida se mide

conforme al PIB per cápita. (United Nations Development Programme, 2017)

- Dimensiones del índice de desarrollo humano
- Salud: medida según la esperanza de vida al nacer.
 - Educación: medida por la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior, así como los años de duración de la educación obligatoria.
 - Riqueza: medida por el PIB per cápita PPA en dólares internacionales.

El desarrollo humano, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), es aquel que sitúa a las personas en el centro del desarrollo. Trata de la promoción del desarrollo potencial de las personas, del aumento de sus posibilidades, y del disfrute de la libertad para vivir la vida que valoran. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2015)

b) Índice de Percepción de Corrupción (IPC)

La corrupción se puede definir como un fenómeno nocivo, vasto, diverso y global, cuyos agentes pertenecen tanto al sector público como a las empresas privadas, y no se refiere solo al saqueo del patrimonio del Estado. La corrupción incluye el ofrecimiento y la recepción de sobornos (coimas); la malversación y la negligente asignación de fondos y gastos públicos; la subvaloración o hipervaloración de precios; los escándalos políticos o financieros; el fraude electoral; la paga a periodistas, la compra de información en medios de comunicación masivos o la infiltración de agentes para obtener información y beneficios concomitantes; el tráfico de influencias y otras transgresiones; el financiamiento ilegal de partidos políticos; el uso de la fuerza pública en apoyo de dudosas decisiones judiciales; las sentencias parcializadas de los jueces; los favores indebidos o sueldos exagerados para las amistades, a pesar de su incapacidad; los concursos amañados en obras civiles y la indebida o sesgada supervisión o calificación de las mismas; la compra de instrumentos o de armas de mala calidad, etc. (Instituto de Estudios Peruanos, 2013)

La organización no gubernamental Transparencia Internacional publica desde 1995 el Índice de Percepción de la Corrupción (IPC) que mide, en una escala de cero (percepción de muy corrupto) a cien (percepción de ausencia de corrupción), los niveles de percepción de corrupción en el sector público en un país determinado; se trata de un índice compuesto, que se basa en diversas encuestas a expertos y empresas. La organización define la corrupción como “el abuso del poder encomendado, para beneficio personal”. (Transparency International, 2017)

4. Resultados generales

4.1. Ranking

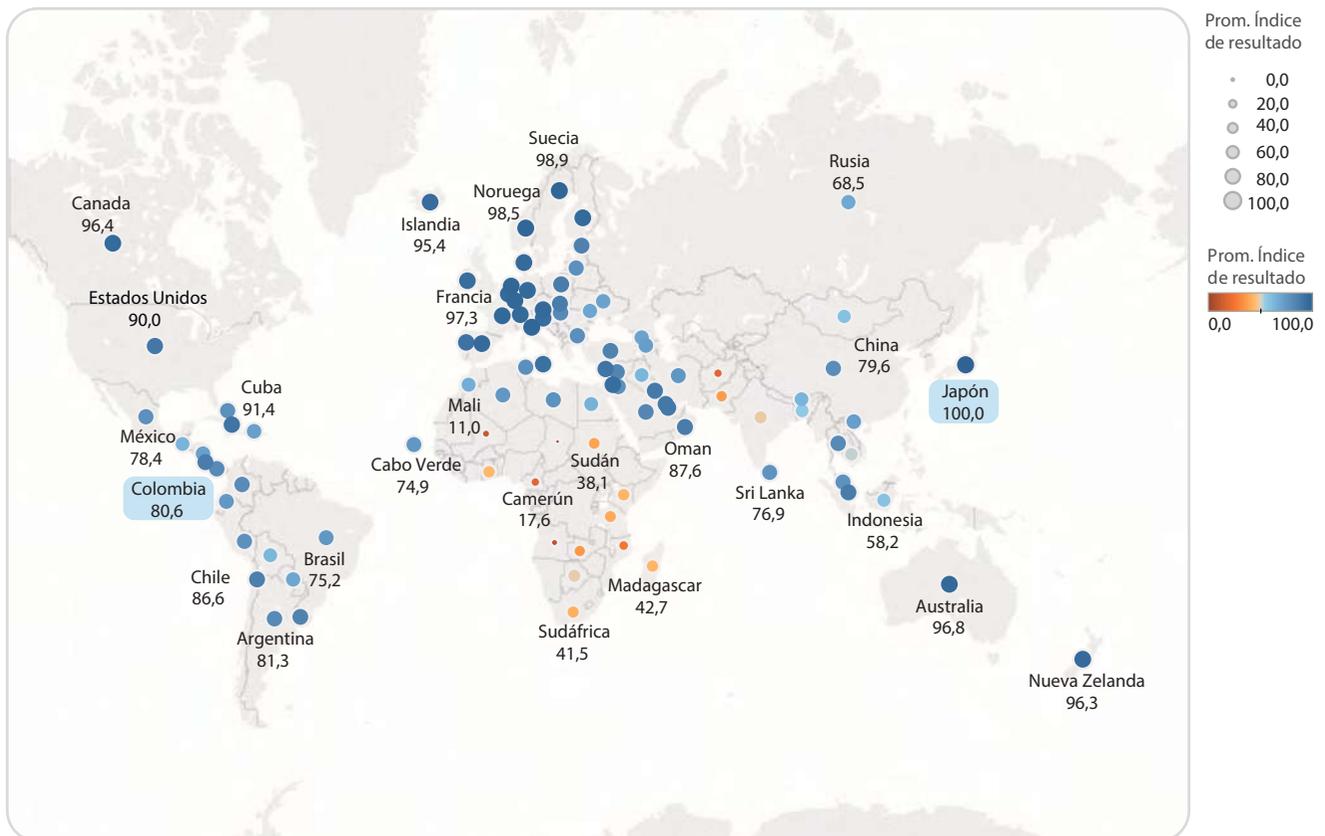
El ordenamiento de los 99 países de acuerdo con el índice de resultados se muestra en la Figura 1. Los grupos

10, 9, 8 y 7 corresponden a los países mejor calificados en el índice, mientras que los grupos 1, 2 y 3 son los de los países con los resultados más discretos.

El grupo de los mejores (*clúster 10*) lo integran los siguientes países en su orden: Japón (100 puntos), Suecia (98,9 puntos), Noruega (98,5 puntos), Holanda e Italia (98,3 puntos), Luxemburgo (98,2 puntos) y Francia (97,3 puntos).

Por su parte, el grupo con peor desempeño (*clúster 1*) estuvo conformado por Chad (0,0 puntos), Angola (7,6 puntos), Malí (11,0 puntos), Afganistán (17,5 puntos) y Camerún (17,6 puntos).

Figura 1. Índice Compuesto de Resultados en Salud (ICRS) agrupado por clúster de países



Mapa basado en Longitud (generado) y Latitud (generado). El color muestra promedio de Índice de resultado. El tamaño muestra promedio de Índice de resultado. Las marcas se etiquetan por país y promedio de Índice de resultado.

FUENTE: Cálculos de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, y de Ecoanálitica S.A.S., 2017.



Asociación Colombiana
de Hospitales y Clínicas

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

Agradece
el apoyo
de sus
miembros
patrocinadores:



Abbott



EXPERTOS
SEGURIDAD

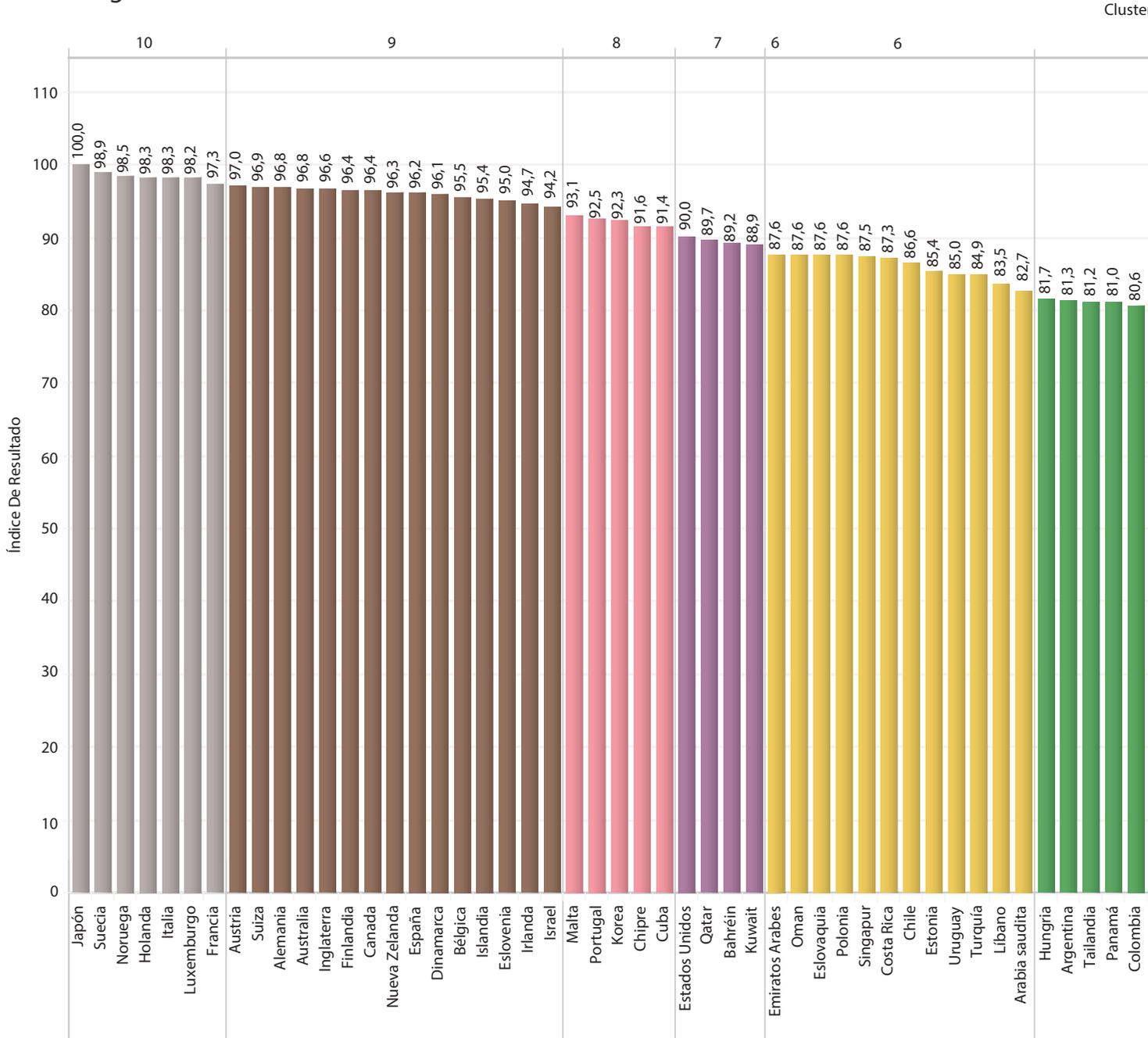
THE LINDE GROUP

SERVICIO Y TECNOLOGIA MEDICA QUE ALIVIAN



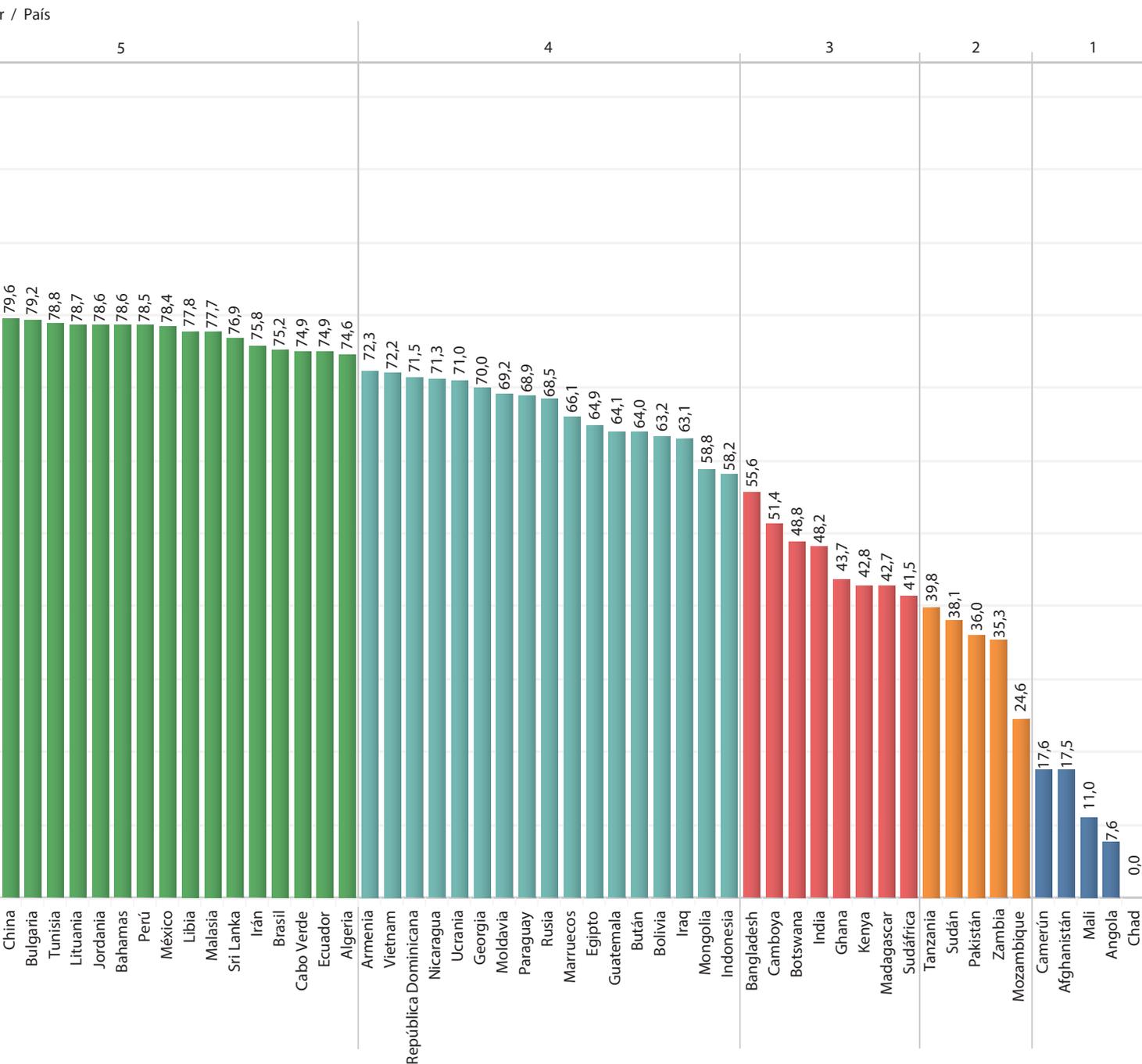
Wolters Kluwer

ranking



Promedio de Índice de resultado para cada país desglosado por *Clúster*. El color muestra detalles acerca de *Clúster*. Las marcas se etiquetan por suma de Índice de resultado.

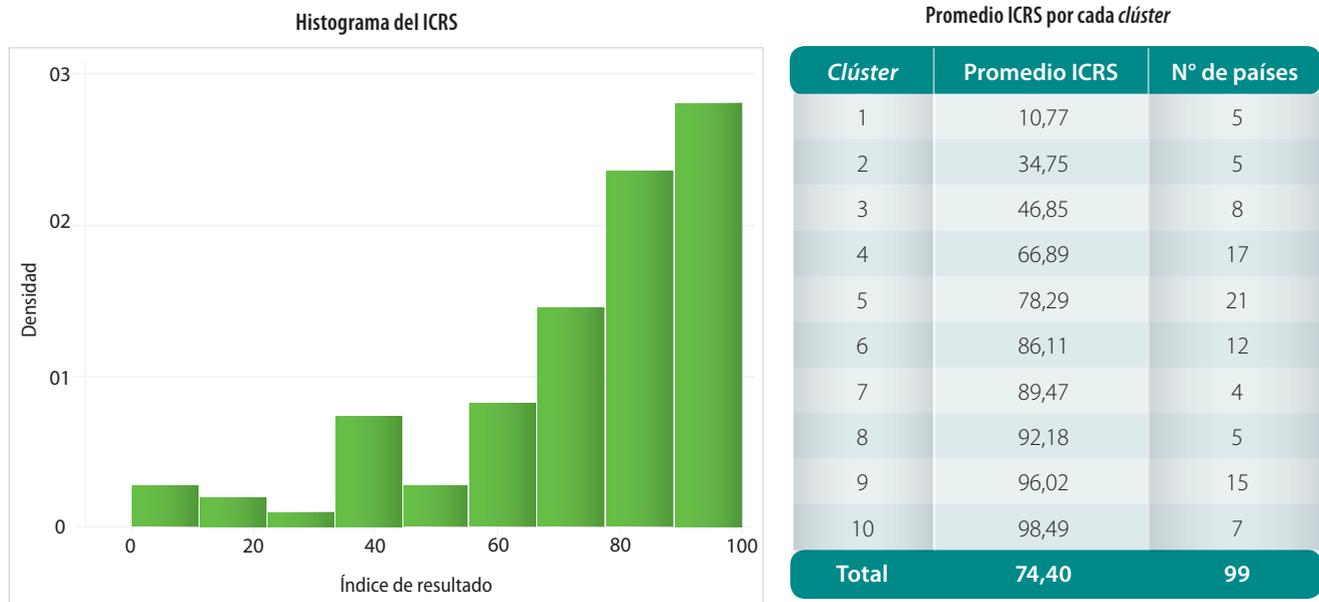
FUENTE: Cálculos de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, y de Ecoanalítica S.A.S., 2017.



En el ICRS, Colombia se encuentra posicionada por encima del promedio. Se ubicó en el puesto 48 entre los 99 países evaluados, con un valor del índice de 80,6 puntos (el índice promedio de toda la muestra fue de 74,4 puntos). Colombia es superada por países de las Américas, como Panamá (81,0 puntos), Argentina (81,3 puntos), Uruguay (85,0 puntos), Chile (86,6 puntos), Costa Rica (87,3 puntos), Estados Unidos (90,0 puntos), Cuba (91,4 puntos) y Canadá (96,4 puntos).

El ICRS establece un orden de mayor a menor, teniendo en cuenta los puntajes obtenidos por cada país según las variables de resultado. Además, mediante el ICRS puede establecerse la presencia de conglomerados o *clúster* de desempeño. A partir del análisis de conglomerados es posible establecer la existencia de grupos de países estadísticamente similares.

Tabla 3. Histograma y promedio del ICRS por cada clúster de desempeño



FUENTE: Cálculos de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, y de Ecoanalítica S.A.S., 2017.

Tabla 4. Histograma y promedio del ICRS por cada clúster de desempeño

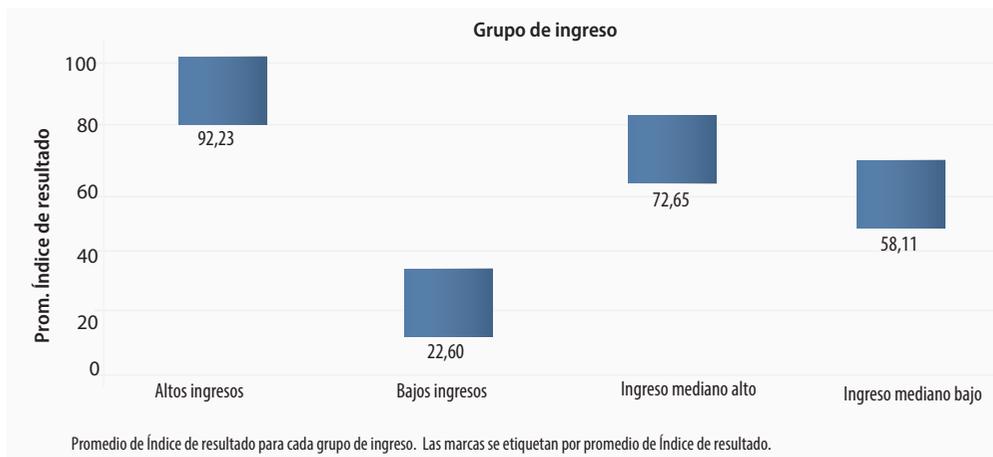
Gobernanza	Nº de países	Promedio índice resultados
Estado guardián	49	78,66
Estado propietario-operador	49	69,83
Privado (EE.UU.)	1	90,03
Total / promedio	99	74,40

FUENTE: Cálculos de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, y de Ecoanalítica S.A.S., 2017.

En la tabla 4 se observa que el tipo de gobernanza con mayor índice ICRS es el privado, en este caso explicado porque solo está clasificado EE.UU., y entre 'Estado guardián' y 'Estado propietario-operador' es mejor el primero, con un ICRS de 78,66 frente a 69,83 puntos del segundo.

El análisis por nivel de ingresos de los países confirma lo evidente: que, con grandes diferencias, los países de mayor ingreso registran mejores resultados en salud que los de bajos ingresos.

Figura 2. Promedio del ICRS por nivel de ingresos de los países



FUENTE: Cálculos de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, y de Ecoanalítica S.A.S., 2017.

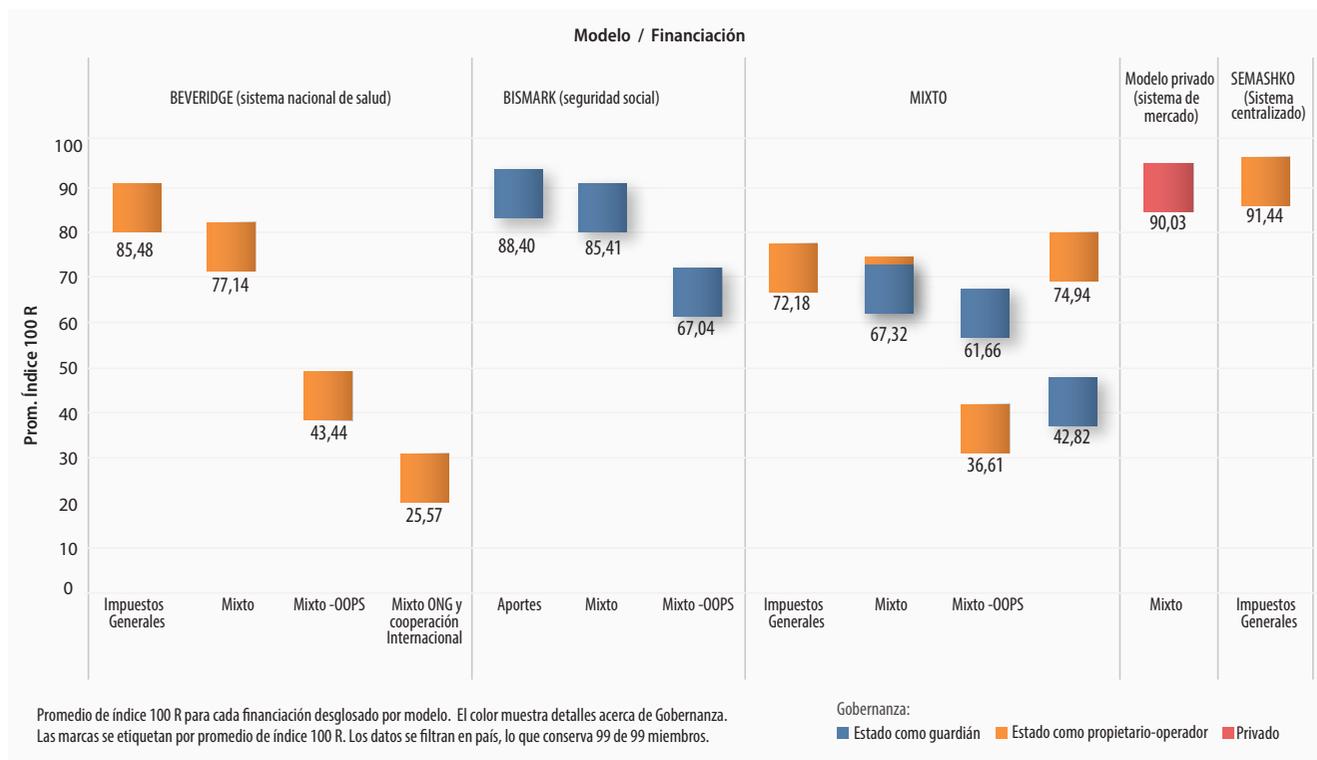
Por modelo, por un pequeño margen en el ICRA, el Bismarck (seguridad social) se impone sobre el Beveridge, cuando se financian en sus formas puras, mediante aportes e impuestos generales respectivamente.

Cuando se financian con mezcla de fuentes, tanto el Beveridge como el Bismarck disminuyen

el índice de resultado. El más bajo se registra con recursos mixtos, altos niveles de gasto de bolsillo y flujos de cooperación internacional; esta situación se da en especial en países muy pobres y donde se cuenta con sistemas de salud poco desarrollados.

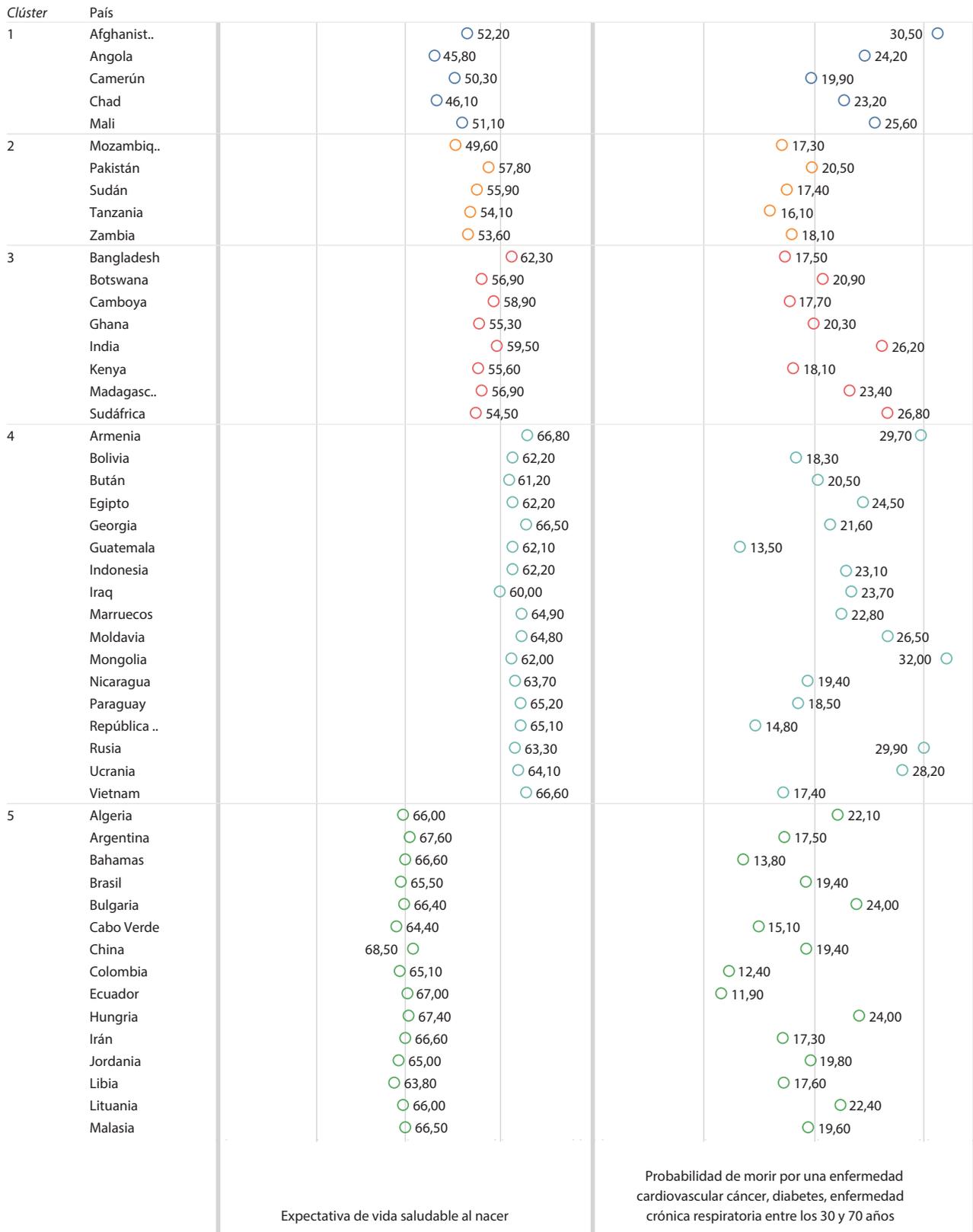
Por tipo de financiación en general, se puede decir que un sistema que opera con aportes e impuestos generales es más eficiente que si lo hace de forma mixta (Figura 3).

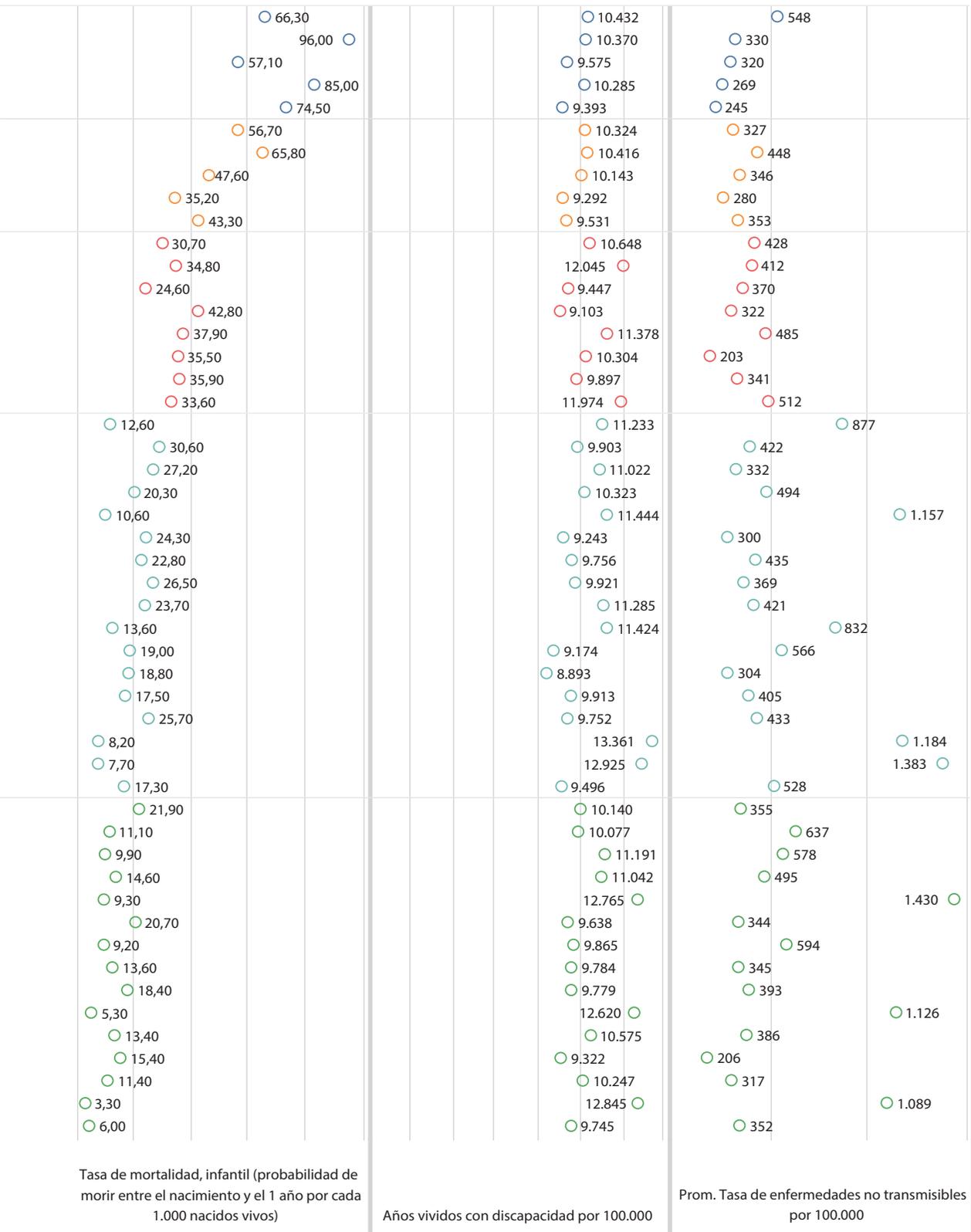
Figura 3. Promedio del ICRA por modelo y gobernanza



4.2. Variables de resultado

Figura 4. Variables de resultados en salud por país





Clúster



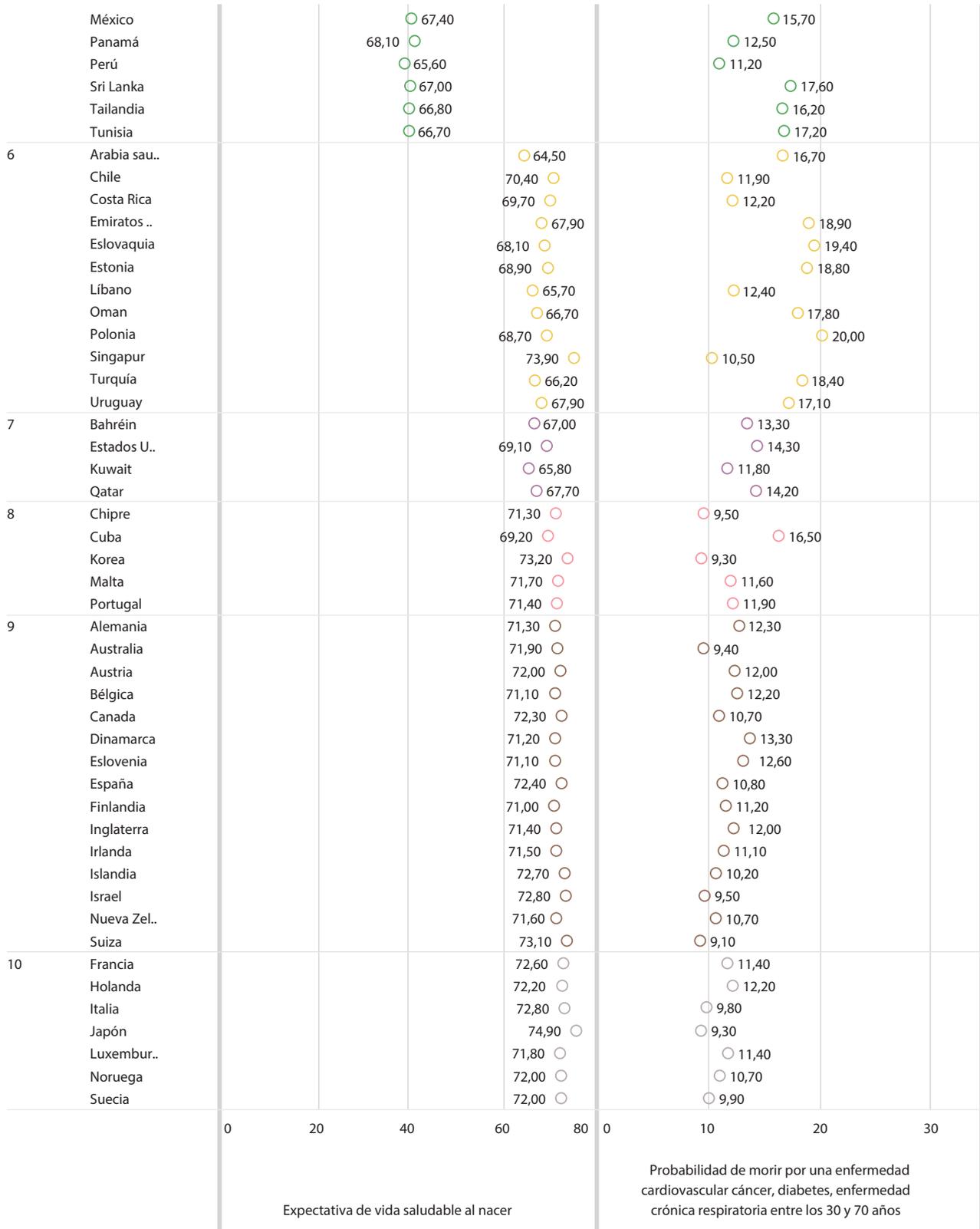
Tasa de mortalidad, infantil (probabilidad de morir entre el nacimiento y el 1 año por cada 1.000 nacidos vivos)

Años vividos con discapacidad por 100.000

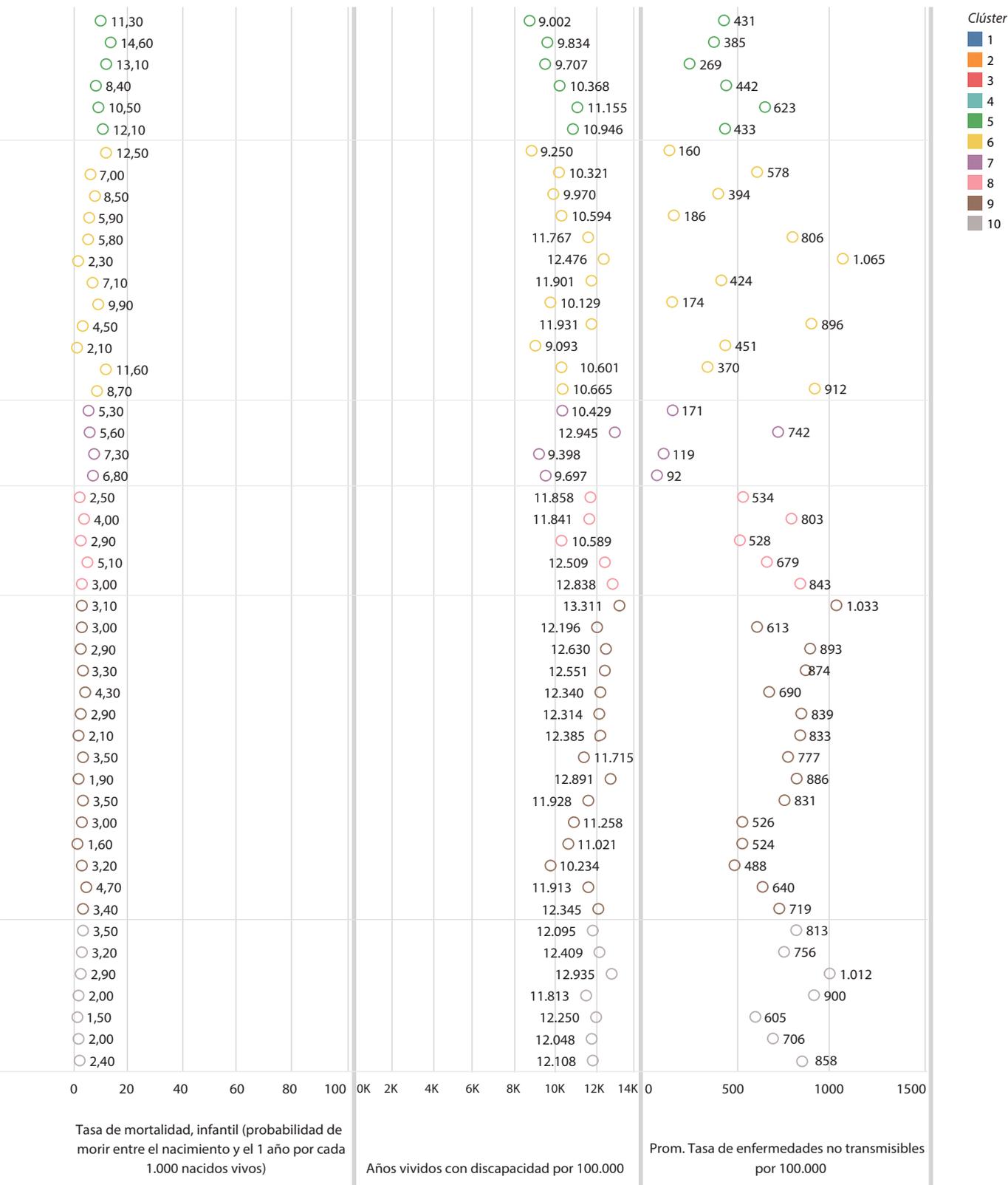
Prom. Tasa de enfermedades no transmisibles por 100.000

Continúa en la siguiente página 

Figura 4. Variables de resultados en salud por país



FUENTE: Cálculos de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, y de Ecoanalítica S.A.S., 2017.



Respecto a algunas de las variables de resultado analizadas, se resaltan a continuación sus principales comportamientos.

Expectativa de vida saludable al nacer medida en años¹⁰. Definida como el número de años que una persona puede vivir con salud completa; no se contabilizan aquí los años vividos con alguna enfermedad o dolencia en edad avanzada. Países como Japón (74,9), Corea (73,2) y Suiza (73,1) lideran los resultados de este indicador. Colombia presenta una medición de 65,1, perteneciente al *clúster 5* según el ICRS. Angola, con 45,8 presenta la medición más baja perteneciente al *clúster 1*.

Probabilidad (%) de morir por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes, enfermedad crónica respiratoria, entre los 30 y los 70 años. Se presenta una mayor dispersión de los resultados entre los países evaluados, pero Suiza (9,1), Corea (9,3) y Japón (9,3) son los países que muestran los mejores resultados en este aspecto. Colombia presenta una probabilidad de 12,4. Mongolia es el país que presenta mayor probabilidad de morir por este conjunto de enfermedades (32,0) y está ubicado en el *clúster 4*.

Tasa de mortalidad infantil. Medida como la cantidad de infantes que mueren antes de llegar al año de vida, por cada 1000 nacidos vivos en un año determinado, deja como resultado que Luxemburgo (1,5), Islandia (1,6) y Finlandia (1,9), pertenecientes a los *clústeres 10* y *9*, presentan el mejor desempeño posible, mientras

Colombia se ubica en una tasa de 13,6, es decir, cerca de 14 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Los países del *clúster 1*, como Angola y Chad, presentan el mayor número de muertes (96,0) y (85,0) respectivamente.

Años vividos con discapacidad por cada 100.000 habitantes. La información contenida en la matriz de datos del anexo 1 presenta un comportamiento más homogéneo entre países de altos y bajos ingresos. Esto se explica por la alta prevalencia de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en el perfil de carga mundial (trastornos mentales y abuso de sustancias psicoactivas, diabetes, desórdenes músculo-esqueléticos, entre otras).

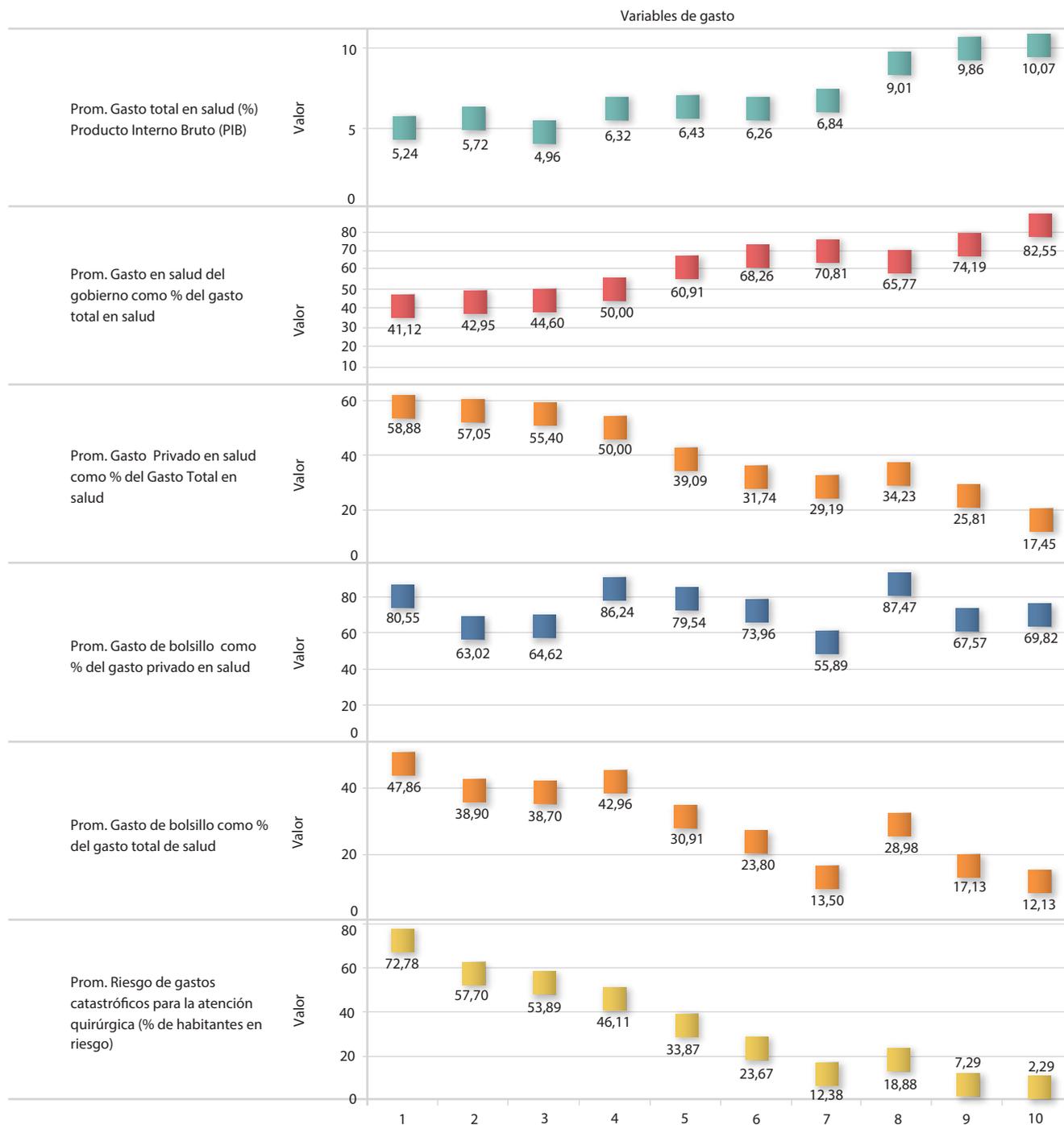
Respecto a los resultados absolutos, Italia, Alemania y EE.UU. presentan los niveles más altos, mientras Nicaragua (8,9), México (9,0) y Singapur (9,1) presentan las menores estimaciones. En Colombia este indicador está en 9,8.

Tasa de enfermedades no transmisibles (ENT) por cada 100.000 habitantes. Incluye las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma) y la diabetes.

Las ENT afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Bulgaria, Ucrania, Rusia y Georgia registran los mayores índices de ENT, mientras Qatar, Bahrein y Kuwait registran los menores.

¹⁰ Para evaluar la calidad de estos años de vida adicionales, se han estimado las expectativas de vida saludable durante los últimos 30 años. Desde 2001, la OMS publica estadísticas llamadas Esperanza de vida saludable (HALE, por sus siglas en inglés).

Figura 5. Promedio de indicadores de contexto, estandarizados por clúster de desempeño

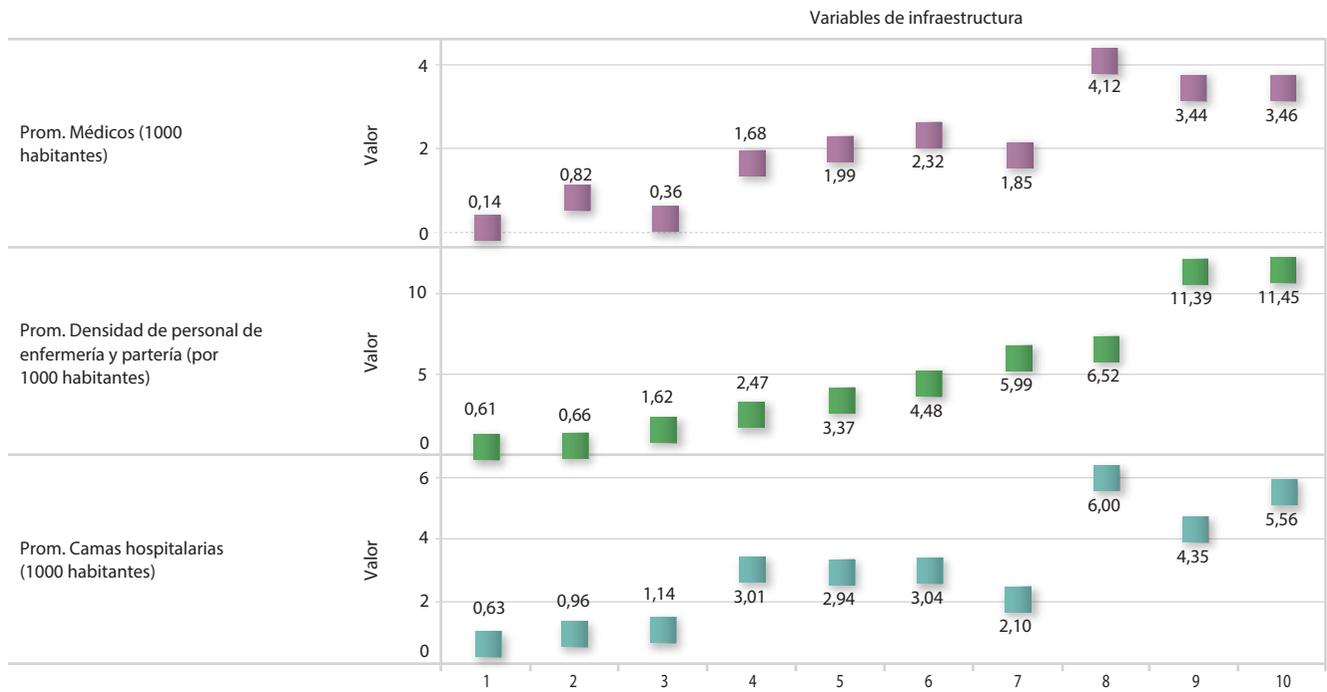


Nombre de medidas

- Prom. Gasto total en salud (%) Producto Interno Bruto (PIB)
- Prom. Gasto en salud del gobierno como % del gasto total en salud
- Prom. Gasto privado en salud como % del gasto Total en salud
- Prom. Gasto de bolsillo como % del gasto privado en salud
- Prom. Gasto de bolsillo como % del gasto total de salud
- Prom. Riesgo de gastos catastróficos para la atención quirúrgica (% de habitantes en riesgo)

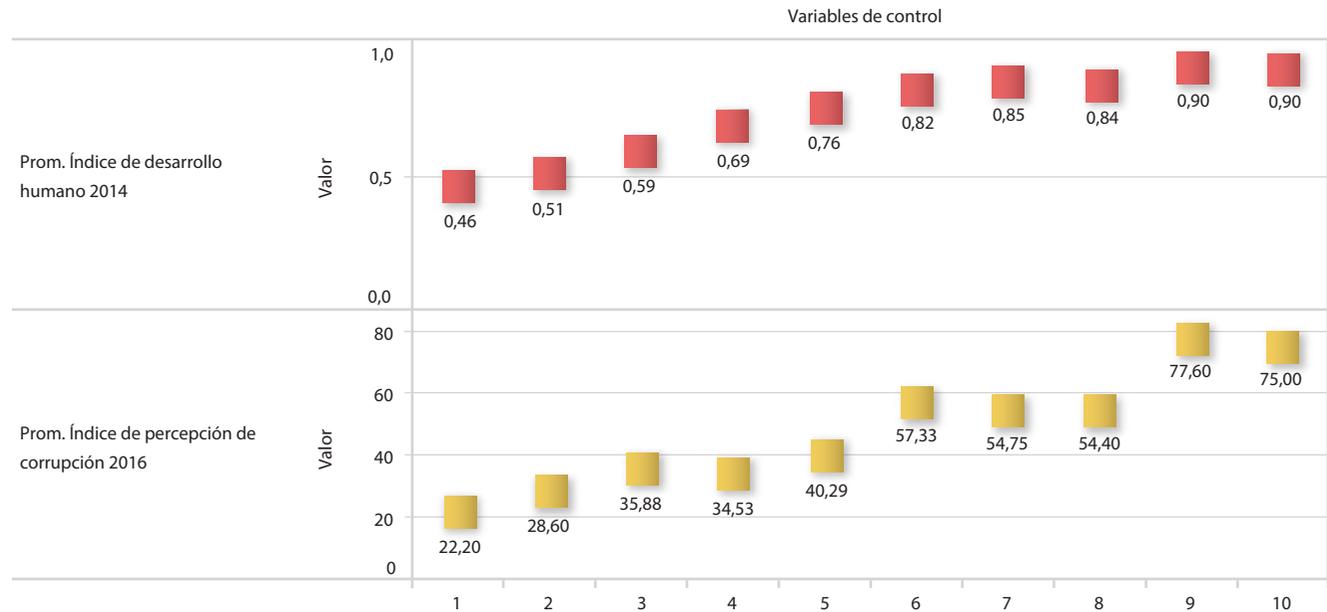
Continúa en la siguiente página 

Figura 5. Promedio de indicadores de contexto, estandarizados por *clúster* de desempeño



Nombre de medidas

- Prom. Médicos (1000 habitantes)
- Prom. Densidad de personal de enfermería y partería (por 1000 habitantes)
- Prom. Camas hospitalarias (1000 habitantes)



Nombre de medidas:

- Prom. Índice de desarrollo humano 2014
- Prom. Índice de percepción de corrupción 2016

FUENTE: Cálculos de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, y de Ecoanalítica S.A.S., 2017.

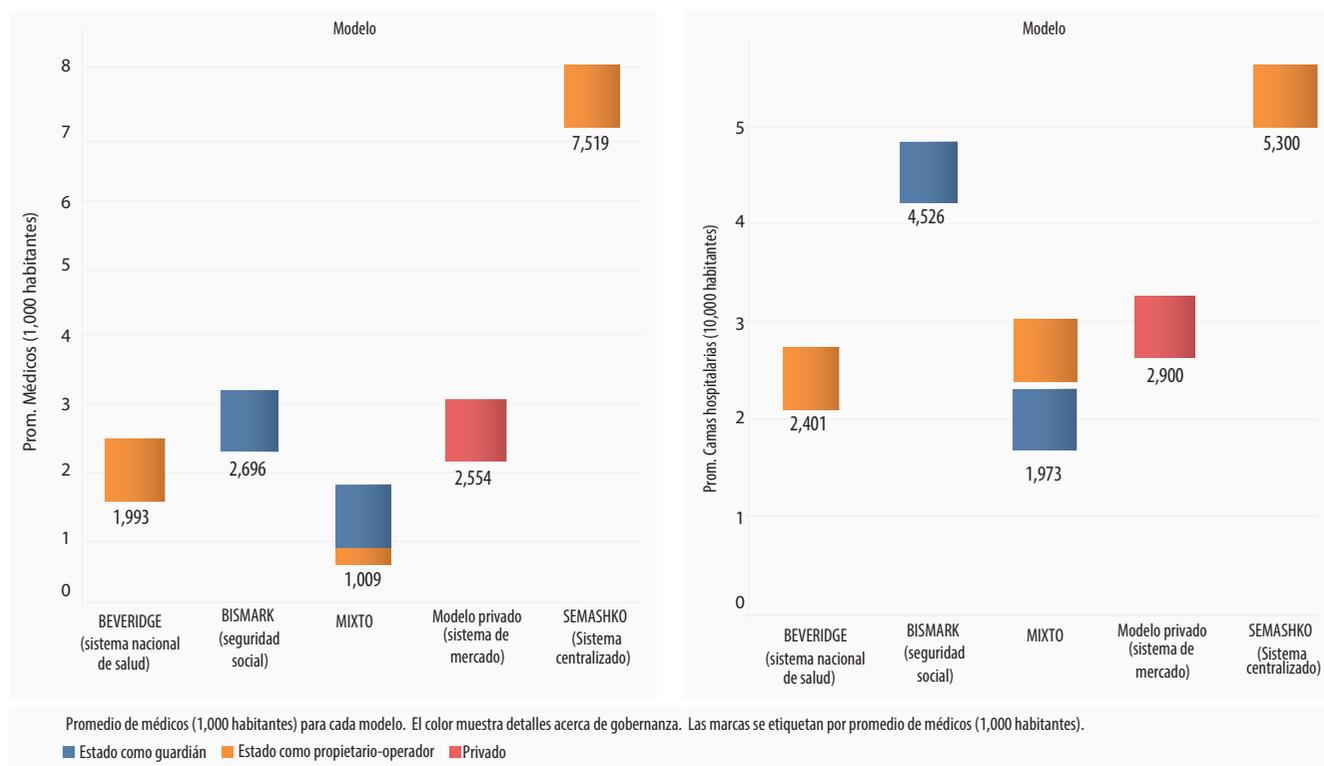
4.3. Variables de modelo y financiación

El promedio más alto de médicos por cada 1000 habitantes se observa en el modelo Semashko, con 7,5, en Cuba, que es el único país clasificado en esta categoría. Para el resto de modelos, el mayor promedio de médicos lo

registra el Bismarck con 2,69 médicos por 1000 habitantes, frente a 1,99 del Beveridge.

Asimismo, el promedio de camas por 1000 habitantes es más alto en Cuba, con su modelo Semashko; entre el Bismarck y el Beveridge se evidencia una gran diferencia a favor del primero, con 4,52 frente a 2,40.

Figura 6. Promedio de indicadores de infraestructura por modelo y gobernanza



FUENTE: Cálculos de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, y de Ecoanalítica S.A.S., 2017.

4.4. Modelo lineal y marginales

Uno de los principales objetivos de los modelos de regresión es explicar el comportamiento de uno o más fenómenos (variables dependientes) a partir de un conjunto de regresores (o variables independientes) que, en la mayoría de los casos, han sido identificados por la teoría como los factores que explican el fenómeno que se está estudiando. Sin duda, por la facilidad de su interpretación, los modelos de regresión lineal son los más empleados por los

investigadores de diferentes disciplinas y en este caso se expresan para calcular los puntos marginales que maximizan el ICRS para 3 variables de contexto en particular.

La variable dependiente del modelo es la variable ordinal en escala de 0 a 100 de resultados ICRS frente a cada uno de los regresores. Con esta variable definida se utilizó un modelo lineal vacío, para cada una, sin estandarizar o transformar (escala ordinal original): 'Enfermeras y partes por cada 1000 habitantes', 'Gasto total en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto', y 'Médicos por 1000 habitantes'.

Los efectos marginales de este modelo fueron utilizados para identificar, a través de una derivación, el valor de la variable que maximiza la probabilidad de incrementar el indicador de resultados ICERS:

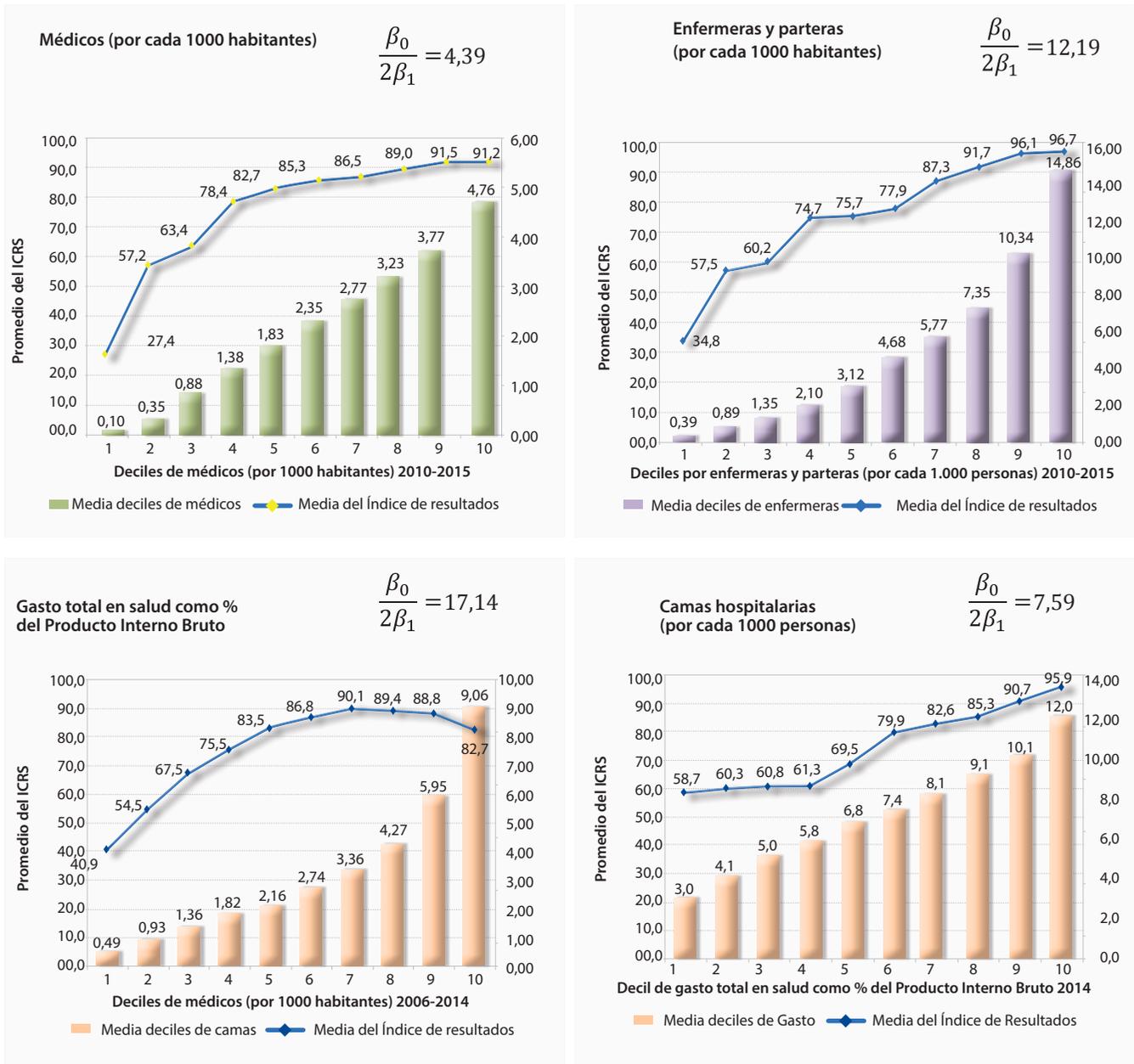
$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 \text{Variable} + \beta_2 \text{Variable}^2 + \varepsilon$$

$$\frac{\partial (Y_i)}{\partial \text{Variable}}: \beta_0 + 2\beta_1 \text{Variable} = 0$$

$$\frac{\beta_0}{2\beta_1} = \text{Variable (valor marginal)}$$

Los puntos marginales de cada una de las variables son los siguientes:

Figura 7. Promedio de indicadores de contexto estandarizados por clúster de desempeño



FUENTE: Cálculos de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, y de Ecoanalítica S.A.S., 2017.

Los efectos marginales de estos modelos vacíos fueron utilizados para identificar el tipo de relación de cada una de estas variables con el ICRS, y por tanto analizar hasta qué punto son adecuados sus incrementos.

El análisis marginal consiste en que al incrementar las variables independientes (en la unidad en la que esté medida), este efecto se ve reflejado o asociado en incrementos o disminuciones en la variable dependiente ICRS. Los gráficos muestran que a medida que se incluyen más médicos por habitantes, el ICRS se mejora en los primeros deciles¹¹, pero a medida que se incrementa el efecto sobre el ICRS, este es cada vez menor; para la variable 'Médicos' el punto marginal es 4,39 médicos por cada 1000 habitantes.

La relación entre la variable de resultados y el indicador de camas muestra una relación positiva y significativa de 0,4721, lo que quiere decir que a medida que la relación de camas y población se incrementa, los indicadores de resultados mejoran en su escala ordinal de medida (100 es el mejor) y que, por tanto, existe un crecimiento marginal positivo. Sin embargo, una de las características de los modelos lineales que incluyen cuadráticas trata de aclarar hasta qué parte de la función el efecto es positivo, es asintótico o decreciente. De acuerdo con la Figura 7, se observa que el punto máximo en la estadística descriptiva es de aproximadamente 3,36 camas por cada 1000 habitantes; no obstante, el punto marginal es 7,59.

Para la variable 'Enfermeras y parte-ras' el punto marginal es 12,19 y para 'Gasto total en salud como % del PIB' el punto marginal es 17,14.

4.5. Análisis de correlaciones

Variables de control

La organización no gubernamental Transparencia Internacional publica desde 1995 el Índice de Percepción de la Corrupción (IPC), que mide, en una escala de cero (percepción de muy corrupto) a cien (percepción de ausencia de corrupción), los niveles de percepción de corrupción en el sector público en un país determinado; este es un índice compuesto que se basa en encuestas a expertos y empresas. La organización define la corrupción como "el abuso del poder encomendado, para beneficio personal". (Transparency International, 2017)

Como se observa en la Figura 8, la correlación entre el índice de corrupción y el ICRS es positiva; es decir, cuanto mayor el índice (menor corrupción) mejores los resultados en salud medidos por el ICRS, con un coeficiente de correlación de 0,6870 y un *pvalue* de 0,000.

Para el conjunto de los 99 países evaluados, tenemos a los clasificados en el *clúster* 1 (como Chad, Angola, Malí, Afganistán y Camerún) con los índices de corrupción más altos. Colombia se ubica, con 37 puntos, en la posición 90 entre 176 países evaluados por Transparencia Internacional en 2016. A su vez, Dinamarca, Nueva

¹¹ Deciles contruidos sobre la variable dependiente ICRS.

Zelanda, Finlandia, Suecia y Suiza son los países de menor corrupción en el mundo, con 87 puntos en promedio para las cinco naciones.

Como se observa en la Figura 8, la correlación entre el IDH y el ICRS es positiva y muy alta; es decir, cuanto mayor índice (mayor grado de desarrollo), mejores los resultados en salud medidos por el ICRS, con un coeficiente de correlación de 0,9342 y un *pvalue* de 0,000.

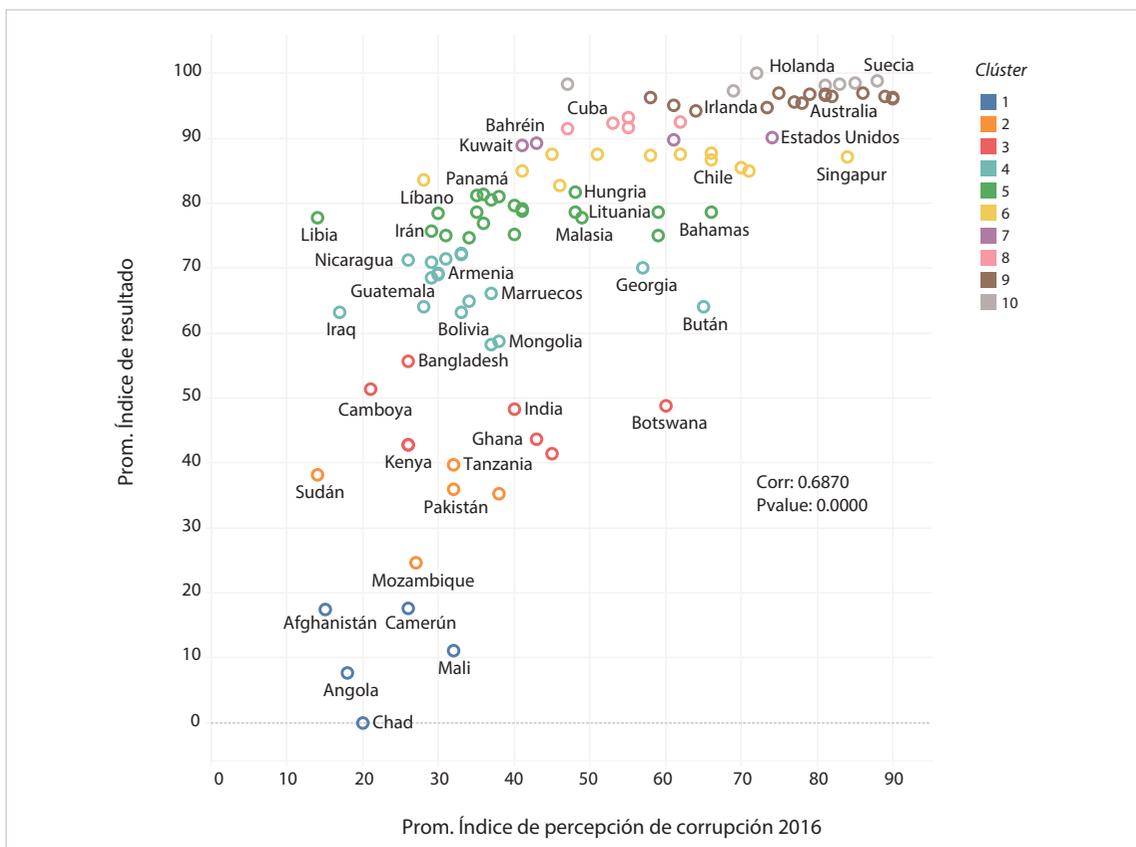
Para el conjunto de los 99 países evaluados tenemos a los clasificados en el *clúster* 1, como Chad, Angola, Malí, Afganistán y Mozambique, con los índices de desarrollo humano más bajos del mundo. Colombia se ubica en el rango 'desarrollo alto', con puntuación de 0,727, en la posición 95 entre 188 países evaluados por el PNUD en 2016. Por su parte, Noruega, Australia, Suiza, Dinamarca y Alemania, con puntuación 0,936 en promedio para las cinco naciones, están en el rango de 'desarrollo muy alto'.

Variables de infraestructura y financiación

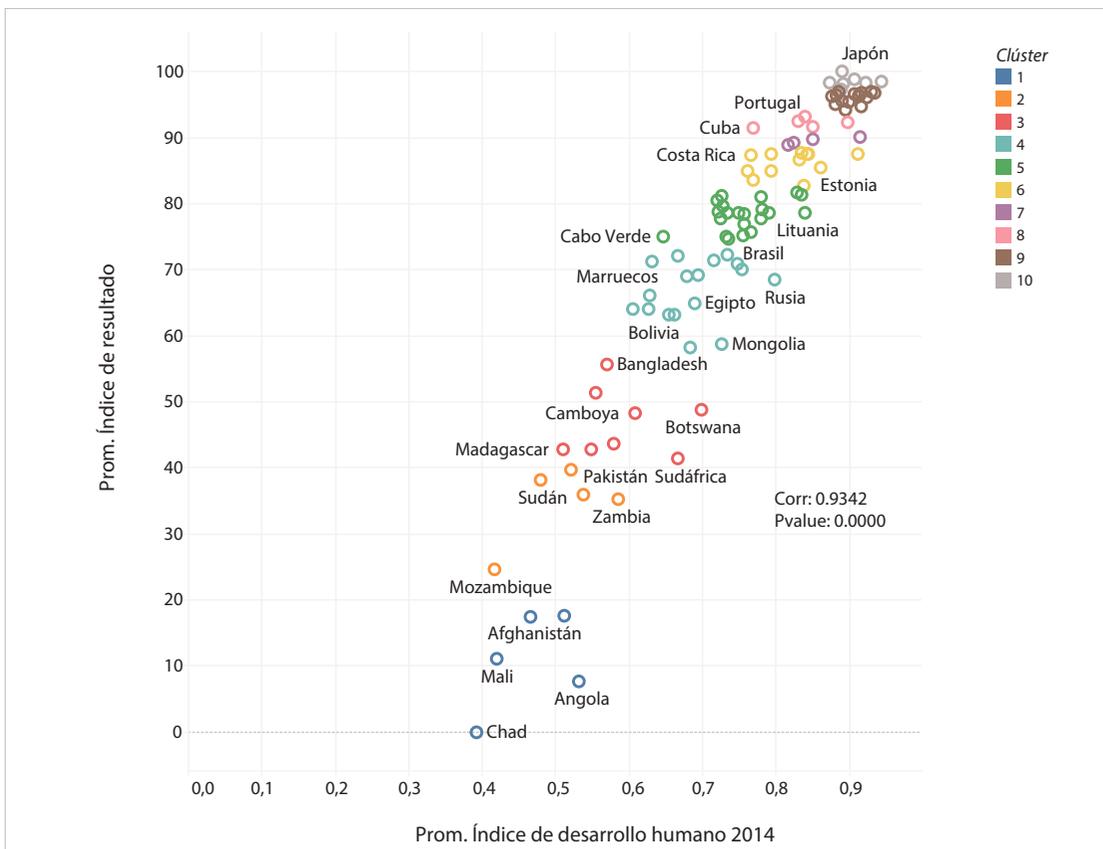
Como se observa en la Figura 9, la correlación entre 'Médicos por 1000 habitantes' y el ICRS es positiva; es decir, cuantos más médicos, mejores los resultados en salud medidos por el ICRS, con un coeficiente de correlación de 0,6734 y un *pvalue* de 0,000.

Cuba, que pertenece al *clúster* 8, con 8 médicos por cada 1000 habitantes, aparece como el país con mayor densidad de este recurso humano. Colombia tiene aproximadamente 2 médicos por cada 1000 habitantes, cifra muy similar a la de su densidad de camas hospitalarias, también medida por cada 1000 habitantes. Países como Chad, Malí, Angola y Afganistán aparecen de nuevo como aquellos con menor o nulo recurso humano asociado al sector salud.

Figura 8. Correlaciones de las variables control con el ICRS.

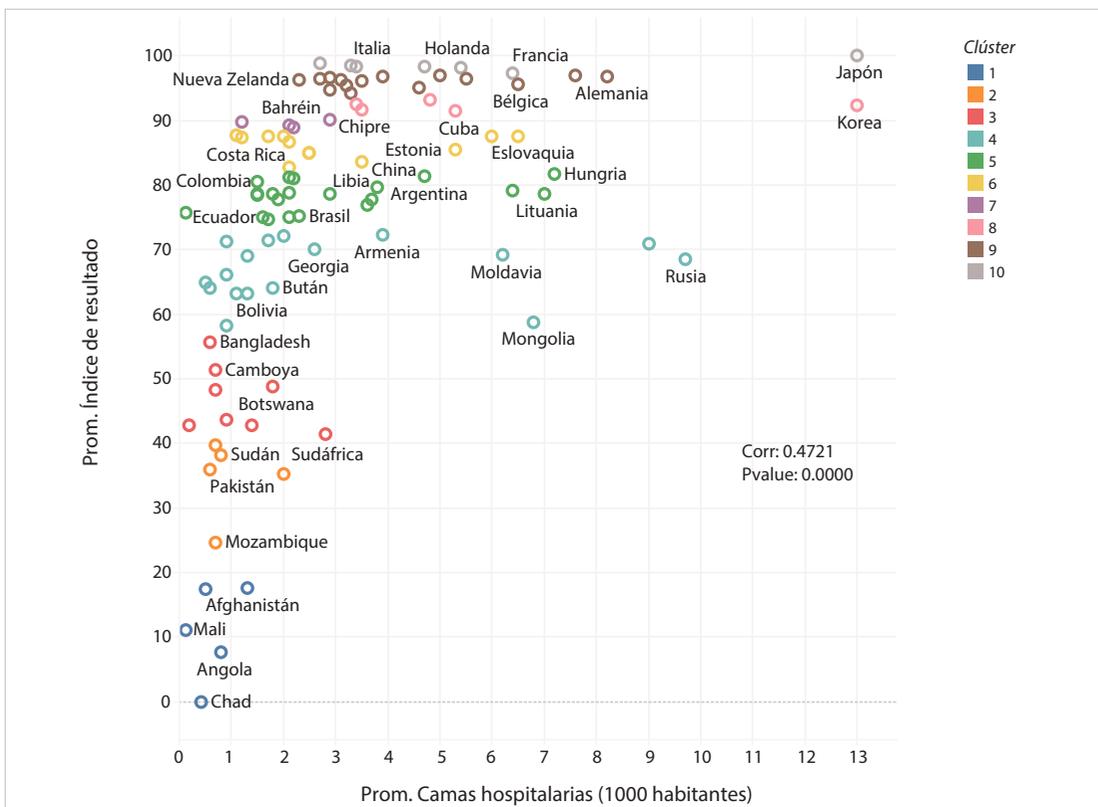


FUENTE: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, y de Ecoanalítica S.A.S., 2017, con base en Transparencia Internacional.



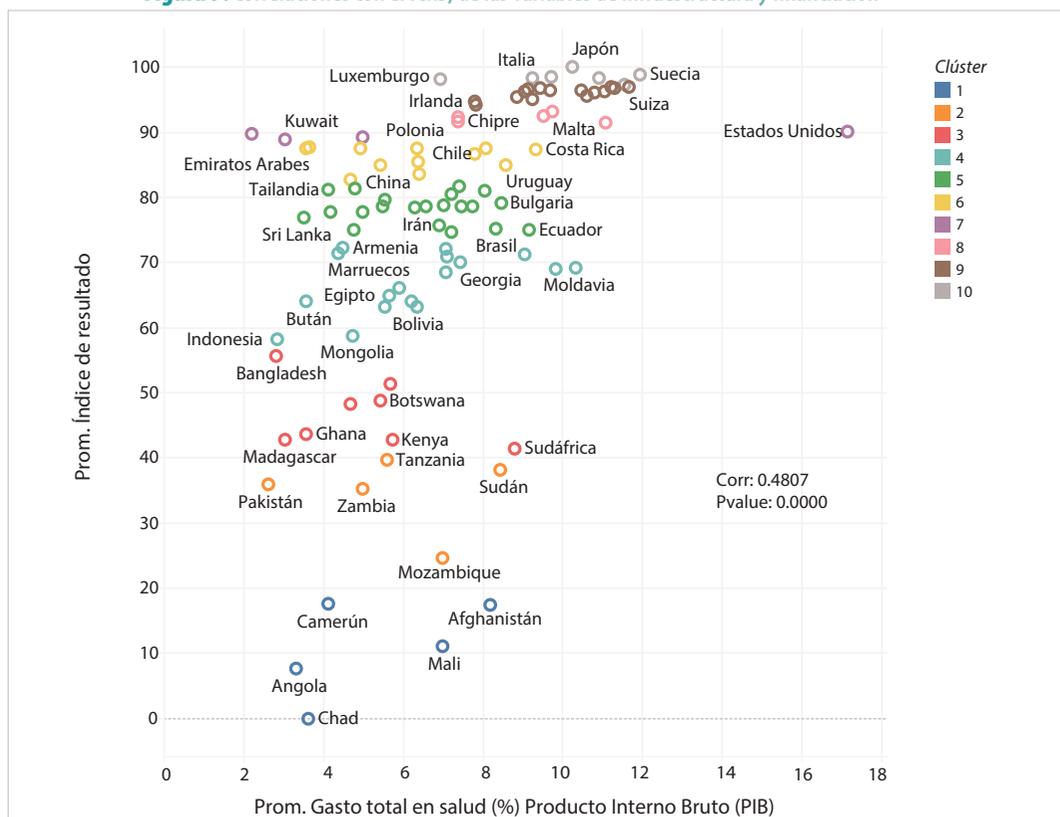
FUENTE: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, y de Ecoanalítica S.A.S., 2017, con base en Transparencia Internacional.

Figura 9. Correlaciones con el ICRS, de las variables de infraestructura y financiación

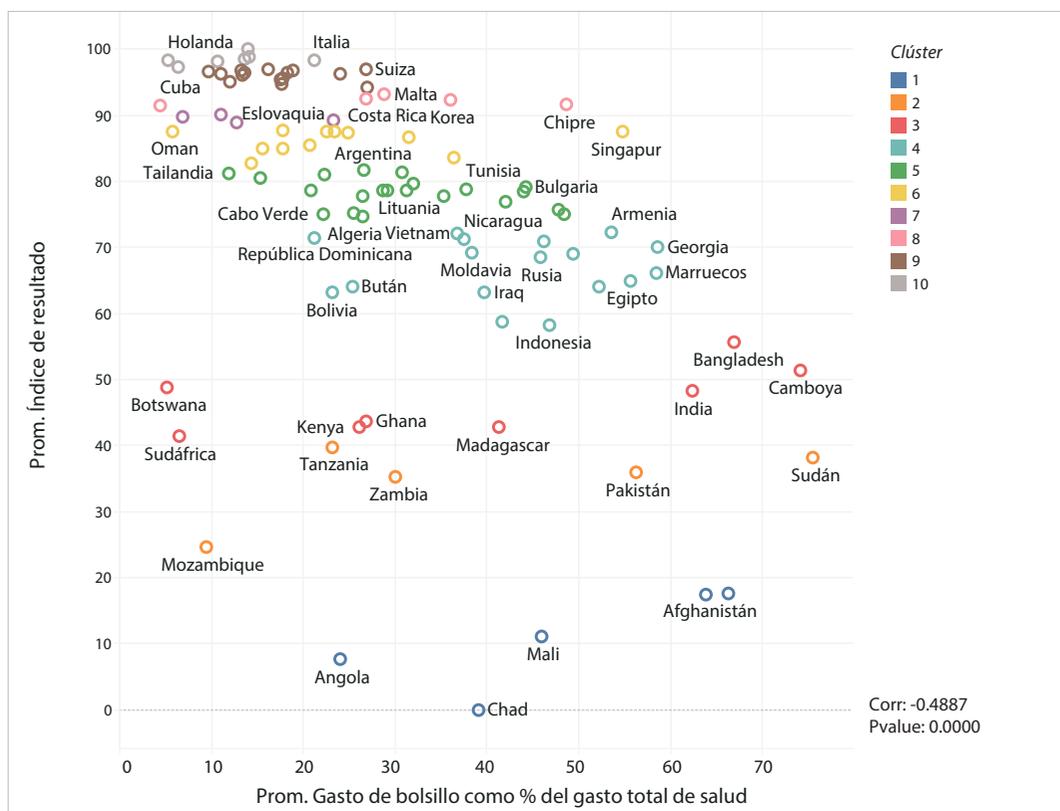


FUENTE: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y Ecoanalítica S.A.S. 2017.

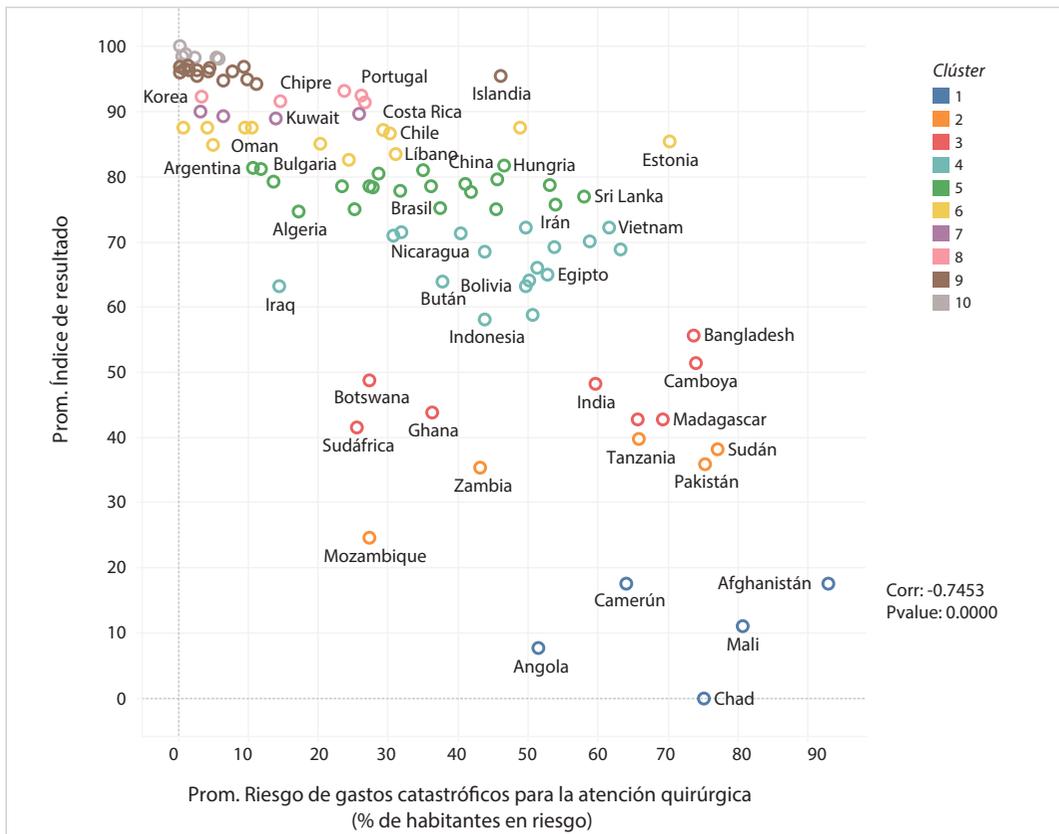
Figura 9. Correlaciones con el ICRS, de las variables de infraestructura y financiación



FUENTE: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y Ecoanalítica S.A.S. 2017.



FUENTE: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y Ecoanalítica S.A.S. 2017.



FUENTE: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas y Ecoanalítica S.A.S. 2017.

Como se observa en la Figura 8, la correlación entre las camas hospitalarias y el ICRS es también positiva; es decir, cuantas más camas, mejores resultados en salud medidos por el ICRS; sin embargo, entre todas las variables de infraestructura, esta registra el más bajo coeficiente de correlación de 0,4721 y un *pvalue* de 0.000.

En Asia, son Japón y Corea los países que lideran el escalafón en infraestructura sanitaria, cada uno con 13 camas hospitalarias por cada 1000 habitantes. Por su parte, Colombia, con 1,5 por cada 1000 habitantes, se ubica en la zona media de los 99 países evaluados; Malí, Chad, Angola y Afganistán son los países que menos infraestructura poseen.

En lo referente a financiación de los sistemas de salud en el mundo, en la Figura 9 se observa la correlación positiva entre gasto en salud como porcentaje del PIB y el ICRS; es decir, cuanto mayor porcentaje de gasto, mejor resultado en salud se obtiene. El coeficiente de correlación es de 0,4807 y el *pvalue* de 0,000.

Estados Unidos de América es el país con mayor promedio de gasto en salud como porcentaje del PIB (17,14 %) y pertenece al *clúster* 7, seguido de Suecia y Suiza (11,93 % y 11,66 % respectivamente). Colombia, con 7,20 %, está en la zona media de los 99 países evaluados. Nuevamente los países del *clúster* 1, como Angola, Chad y Camerún, cierran el grupo de menor participación con valores cercanos al 4,0 %.

Con respecto a la participación del ‘Gasto de bolsillo como % del gasto total’, se observa en la Figura 9 una correlación negativa con el ICRS; es decir, cuanto mayor es el porcentaje de gasto de bolsillo, menor el resultado en salud medido por el ICRS, con un coeficiente de correlación de -0,4887 y un *pvalue* de 0.000.

Sudán, Camboya y Bangladesh, países pertenecientes a los *clústeres* 2 y 3, tienen

concentraciones entre el 65 % y el 75 %). Colombia, con el 42,09 %, se ubica en la zona media del grupo de evaluados.

Con referencia a los gastos catastróficos para la atención quirúrgica como porcentaje (%) de los habitantes en riesgo, se observa que los países del *clúster* 1, como Afganistán, Malí y Chad (porcentaje mayor del 75 %) son los que se encuentran en mayor nivel de riesgo. Mientras tanto, las naciones pertenecientes a los *clústeres* 10, 9, 8 y 7 (países desarrollados) son las que menos propensión tienen a padecer dificultades financieras en este aspecto. Colombia, por su parte, se encuentra en la zona media de los 99 países clasificados respecto a este indicador. Como se observa, la correlación entre los gastos catastróficos y el ICRS es negativa; es decir, cuanto mayor nivel de gasto catastrófico exista, esto se reflejará en menores resultados en salud medidos por el ICRS, con un alto coeficiente de correlación de -0,7453 y un *pvalue* de 0,000.

5. Caracterización de países de mejor *clúster*

5.1. Japón

Organización y estructura del sistema de salud

Japón posee un modelo bismarckiano de seguridad social, en el cual el gobierno regula la gran mayoría de aspectos del sistema. Tanto en lo nacional como en lo local, el gobierno está obligado por la ley a asegurar que el sistema brinde una atención eficiente y de calidad.

En el Ministerio de Salud y Bienestar existe el Consejo de Seguridad Social, encargado de desarrollar las estrategias nacionales referentes a la calidad, la seguridad y el control de costos, y de determinar las pautas para establecer las

tarifas de los proveedores. Igualmente, existe el Consejo Médico de Seguridad Social, que define el paquete de beneficios y las tarifas para dispositivos médicos y medicamentos.

A pesar de que la mayor parte de la población cuenta con alguna forma de aseguramiento privado de salud, esta solo desempeña un rol complementario. Este tipo de aseguramiento se ha desarrollado históricamente como un suplemento a los seguros de vida, y la provisión de atención financiada a través del sector privado se concentra en servicios como los de ortodoncia. El tratamiento de heridas de accidentes de tráfico no está cubierto por el Sistema Obligatorio de Aseguramiento en Salud; sin embargo, sí lo está por pólizas de aseguramiento automovilístico voluntario.

Todos los planes del Sistema Obligatorio de Aseguramiento en Salud incluyen el mismo paquete de beneficios determinado por el gobierno nacional, y usualmente seguido por la decisión del Consejo Médico Central de Aseguramiento. El paquete cubre atención hospitalaria, primaria, especializada y de salud mental, así como la prescripción de medicamentos aprobados, y los servicios de atención domiciliar llevados a cabo por instituciones de salud, cuidados paliativos, fisioterapia y la mayor parte del cuidado dental. (The Commonwealth Fund, 2016)

Financiación

Para 2014, el Gasto Total en Salud correspondió al 10 % del Producto Interno Bruto, y este aspecto hizo que Japón ocupara la posición 14 entre los 99 países estudiados respecto a dicho indicador.

El Sistema Obligatorio de Aseguramiento en Salud está compuesto por más de 3.400 aseguradores, que prestan atención primaria universal; las primas que deben pagar los asegurados se asignan de acuerdo con su edad, sexo y ocupación. El gasto gubernamental representa el 83,59 % del gasto total en salud; está compuesto en el 49 % por primas, el 38 % por impuestos y en el 12 % por cargos a los usuarios. El 16,41 % restante



del gasto gubernamental corresponde al gasto privado en salud; el 84,77 % de dicho gasto es la proporción del gasto de bolsillo.

Infraestructura

En cuanto al personal sanitario, Japón cuenta con 2,3 médicos por cada 1000 habitantes, y es el sistema del mejor *clúster* que menor cantidad de médicos posee. En cuanto al personal de enfermería y partería, Japón se encuentra dentro de los 13 primeros países de la revisión, con una densidad de 10,80 por cada 1000 habitantes. Igualmente, junto con Corea, son los países que mayor número de camas hospitalarias poseen, con 13 camas por cada 1000 habitantes.

Factores de éxito

El sistema de salud japonés tiene un gasto moderado si se mide de acuerdo con los estándares internacionales, con resultados positivos en la salud de sus habitantes, en parte explicados por la presión del gobierno central respecto a las tarifas de los servicios de salud y los medicamentos, el fácil acceso a soluciones de salud de alta calidad, y el acceso prácticamente ilimitado a los servicios de salud.

Adicionalmente, un esquema de aseguramiento a largo plazo, en el cual las personas de más de 40 años están obligadas a contribuir, ha permitido que muchos japoneses de la tercera edad puedan recibir atención médica a costos razonables. (The European Observatory on Health Systems and Policies, 2016)

Japón, a través de nuevas estrategias y telesalud, tiene hoy una atención especial de su población mayor con un programa denominado 'Sistema sanitario para los muy ancianos'. Este programa se diseñó específicamente para el segmento de mayor edad de la población anciana, en el que se destaca una administración completa de su asistencia médica. Más tarde se realizaron algunas revisiones a este sistema y se cambió el nombre a 'Sistema sanitario de larga vida', en respuesta a la oposición de los adultos de mayor edad a ser designados como 'muy ancianos'.

Otra característica particularmente atractiva del sistema de salud japonés es el 'Sistema de libre acceso', por el cual cada residente puede escoger libremente su hospital y su médico. Esto hace que todas las personas tengan oportunidad de acceder a los centros médicos, independientemente de cuál sea su lugar de residencia.

5.2. Suecia

Organización y estructura del sistema de salud

El modelo del sistema de salud sueco es de tipo Beveridge, y los tres niveles del gobierno forman parte del sistema de salud. En el nivel nacional, el ministro de Salud y Asuntos Sociales es responsable de toda la política sectorial y trabaja en conjunto con 8 agencias gubernamentales nacionales. En el nivel regional, 12 consejos de condado y 9 cuerpos regionales son responsables de la financiación y de brindar servicios de salud a sus ciudadanos. En el nivel local, 290 municipalidades son responsables de la atención para las personas de la tercera edad y los discapacitados. Las autoridades locales y regionales están representadas por la Asociación Sueca de Autoridades y Regiones Locales (Salar).

La Ley de Servicios de Salud y Médicos específica que la responsabilidad de garantizar que todos los habitantes de Suecia tengan acceso a una atención sanitaria de calidad recae en los consejos de condado y las municipalidades. Los consejos de condado son responsables de la financiación y provisión de servicios de salud, mientras que las municipalidades son responsables de satisfacer las necesidades de cuidado y vivienda de los adultos mayores y de las personas con discapacidades. En la atención primaria, hay competencia entre los proveedores (públicos y privados) para registrar a los pacientes, aunque no pueden competir en

precios, ya que los consejos de condado fijan las tarifas. (The Commonwealth Fund, 2016)

Financiación

Para 2014, el Gasto Total en Salud correspondió al 11,93 % del Producto Interno Bruto, lo que hizo que Suecia ocupara la segunda posición entre los 99 países estudiados frente a dicho indicador.

Cerca del 84 % del gasto en salud fue financiado por el gobierno. Dicho gasto está compuesto por recursos de los consejos de condado con el 57%, las municipalidades con el 25 %, y el gobierno central con el 2 %. Los consejos de condado y los municipios establecen impuestos sobre la renta a sus poblaciones para ayudar a financiar los servicios de salud. En 2013, el 68 % de los ingresos totales de los consejos provinciales provinieron de impuestos locales y el 18 % de subsidios del gobierno nacional financiados por los impuestos nacionales sobre la renta e impuestos indirectos. El gasto privado en salud ascendió al 15,97 % del gasto total en salud; el gasto de bolsillo frente al gasto privado equivalió al 88 %. (Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2014)

Infraestructura

Superando el promedio de los 99 países, Suecia tiene una densidad de 4,1 médicos por cada 1000 habitantes; respecto al personal de enfermería y partería, el país se encuentra dentro de los 11 primeros clasificados, con una densidad de 11,89 por cada 1000 habitantes. Respecto a las camas hospitalarias, el país cuenta con 2,7 camas por cada 1000 habitantes.

Factores de éxito

- Alto nivel de transparencia en el sistema.
- Sistemas transparentes de información de resultados y calidad.

- Gran diversidad de proveedores con o sin fines de lucro.

La prestación de los servicios de salud está regida por tres principios básicos:

- Dignidad humana: todos los seres humanos tienen derecho a la dignidad y tienen los mismos derechos, sin importar su condición en la comunidad.
- Necesidad y solidaridad: los más necesitados tienen prioridad en la atención.
- Rentabilidad: cuando se debe hacer una elección, debe haber un equilibrio razonable entre los costos y los beneficios en la atención de la salud; la medición del costo se debe hacer en relación con la mejora de la salud y la calidad de vida.

5.3. Noruega

Organización y estructura del sistema de salud

El sistema nacional de salud noruego define al Gobierno como responsable de la provisión de servicios de la población; el Ministerio de Salud, a su vez, tiene como tarea generar directrices y mecanismos de financiación para el sector. El Directorado para la Salud es una agencia subordinada al Ministerio, encargada de elaborar las guías clínicas, así como de administrar el Sistema Nacional para la Introducción de Nuevas Tecnologías en Salud; coordina 18 defensorías del paciente, está a cargo del programa nacional de seguridad del paciente, y es igualmente responsable de la fijación de tarifas del Sistema GDR (Grupo de Diagnósticos Relacionados).

La Agencia de Medicinas determina qué medicamentos nuevos deberían ser cubiertos, evaluando su costo-efectividad en comparación con los tratamientos que ya existen; igualmente, decide el precio máximo para medicamentos específicos.

El Centro Noruego de Conocimiento para Servicios de Salud, financiado por el Gobierno, produce estudios comparativos de efectividad y trabaja en pro de la seguridad del paciente, elabora indicadores de calidad y encuestas referentes a la experiencia del paciente, y



De portada

administra el Sistema nacional de reporte y aprendizaje de eventos adversos.

El Parlamento determina los servicios que están cubiertos. A pesar de no existir un paquete de beneficios definido, el sistema nacional de salud cubre atención primaria, hospitalaria, ambulatoria, mental, rehabilitación y la prescripción de medicamentos incluidos en la 'blue list', y la atención odontológica para personas hasta los 18 años y para otros grupos prioritarios, como personas con enfermedades raras o crónicas que aumenten el riesgo de problemas dentales. (The Commonwealth Fund, 2016)

Financiación

El sistema nacional de salud noruego está construido sobre los principios de universalidad y de acceso para todos, sin importar el nivel socioeconómico, la etnia o el área de residencia. Está financiado a través de impuestos nacionales y municipales.

Para 2014, el Gasto Total en Salud correspondía al 9,72 % del Producto Interno Bruto. Para ese mismo año, el gasto gubernamental representaba el 85,49 % del gasto total, y el 14,51 % restante correspondía al gasto privado en salud. Respecto a este último gasto, el 93,80 % fue gasto de bolsillo. Noruega es el segundo país, de los 99 que participan en esta revisión, con menor proporción de riesgo de gastos catastróficos en atención quirúrgica.

Infraestructura

Noruega tiene una densidad de 4,42 médicos por cada 1000 habitantes, y ocupa el quinto lugar respecto a este indicador. Frente al personal de enfermería y partería es el segundo, con una densidad de 17,41 por cada 1000 habitantes. Respecto a camas hospitalarias, el país cuenta con 3,3 camas por cada 1000 habitantes.

Factores de éxito

La atención primaria en su mayoría es prestada por médicos privados, los cuales pueden ser escogidos por los pacientes (los noruegos son incentivados para registrarse con el médico de su elección), la retribución

de los servicios prestados se hace a través de una mezcla entre salarios y pagos por servicios para los médicos.

La mayoría de hospitales son de propiedad gubernamental, pero existen algunos privados; sin embargo, todos deben atender a todo tipo de pacientes y no existe una diferenciación social para el acceso.

La principal característica de este sistema es la combinación juiciosa de un seguro nacional con un solo pagador, con algunas características de mercado a través de un sistema de copagos bien estructurado, sin las distorsiones generadas por los aseguradores privados. (McAuley, 2014)

5.4. Holanda

Organización del sistema de salud

Desde 2006, el rol del Ministerio de Salud ha sido el de salvaguardar el Sistema de Aseguramiento en Salud, en lugar de administrarlo directamente. El Ministerio es responsable de las condiciones relativas al acceso, la calidad y el costo del sistema de salud, y establece las prioridades sectoriales.

Diversas agencias independientes son responsables de las prioridades operacionales: en el nivel nacional, el Consejo de Salud asesora al gobierno respecto a medicina basada en la evidencia, salud, salud pública y protección del medio ambiente; el Instituto Nacional de Salud asesora al gobierno en lo referente a los componentes del paquete obligatorio de beneficios y desempeña tareas en temas como la calidad de la atención, la formación y el ejercicio profesional del sector, y el Sistema de Aseguramiento (ej. Ajuste del riesgo). La Junta de Evaluación de Medicamentos supervisa la eficacia, seguridad y calidad de los medicamentos.

La Autoridad de Salud Holandesa tiene la responsabilidad de asegurar que el aseguramiento en salud y la prestación de servicios funcionen apropiadamente. La Autoridad de la Competencia hace cumplir las leyes antimonopolio entre aseguradores y proveedores. La Inspección de Salud (IGS) supervisa la calidad, seguridad y accesibilidad de la atención. La autorregulación por los médicos es también un aspecto importante del sistema holandés (Smith, 2012). Las aseguradoras privadas tienen la tarea de aumentar la eficiencia del sistema de salud y el control de costos, mediante la compra prudente de servicios de salud.

Todos los residentes y los no residentes que pagan impuesto sobre la renta tienen la obligación de pagar un seguro médico a los aseguradores privados. Los miembros activos de las fuerzas armadas (que están cubiertos por el Ministerio de Defensa) están exentos. Las aseguradoras están obligadas a aceptar a todos los solicitantes, y los afiliados tienen el derecho de cambiar su asegurador cada año.

Al definir el paquete legal de beneficios, el Gobierno depende del asesoramiento del Instituto Nacional de Salud. Las aseguradoras

Las aseguradoras están legalmente obligadas a proporcionar un paquete de beneficios estándar que incluye, entre otras cosas, la atención prestada por médicos generales, hospitales y especialistas

están legalmente obligadas a proporcionar un paquete de beneficios estándar que incluye, entre otras cosas, la atención prestada por médicos generales, hospitales y especialistas; el cuidado dental hasta la edad de 18 años (la cobertura después de esa edad se limita a atención dental especializada y prótesis dentales); medicamentos con receta; fisioterapia hasta los 18 años; atención ambulatoria básica de salud mental para trastornos mentales leves a moderados, incluyendo un máximo de cinco sesiones con un psicólogo de atención primaria; y cuidado ambulatorio especializado y cuidado mental interno para trastornos mentales complicados y severos. En caso de que la duración supere los tres años, la última de ellas se financia en virtud de la Ley de atención a largo plazo. (The Commonwealth Fund, 2016)



Bomba de Infusión SK-600II Mindray

¡Su decisión más rentable!

- Diseño innovador sin puerta
- Flexibilidad en el uso de sets (abierta)
- Facilidad en el manejo
- Set de infusión más económico del mercado
- Segura, confiable y precisa



DISCLINICA S.A.
SU SOLUCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Distribuidores Exclusivos en Colombia

Cr. 74 No. 76 - 136 - Barranquilla - Colombia

Teléfonos: 368 0004 - 368 0005

368 0006 - 368 0007

E-mail: ventas@disclinica.com

www.disclinicas.com

Financiación

Para 2014, el Gasto Total en Salud correspondió al 10,90 % del Producto Interno Bruto. El gasto gubernamental representó el 87 % del gasto total, y el 13 % restante correspondió al gasto privado en salud; de este último, el 40,18 % es gasto de bolsillo.

El sistema de salud está financiado principalmente a través de las contribuciones obligatorias realizadas por los ciudadanos, las cuales llegan a equivaler al 72 % de la financiación; el 13 % adicional se financia a través de impuestos generales.

Infraestructura

Holanda tiene una densidad de 3,35 médicos por cada 1000 habitantes; en personal de enfermería y partería posee una densidad de 12,1 por cada 1000 habitantes. Respecto a las camas hospitalarias, el país cuenta con 4,7 camas por cada 1000 habitantes.

La estructura del sistema de salud en Holanda comprende una densa red de instalaciones, equipos y otros recursos físicos. A las instituciones que realicen inversiones en infraestructura se les asigna una compensación incluida en las tarifas. El número de profesionales de la salud está creciendo de manera más rápida que la población de Holanda; sin embargo, no hay señales de falta o sobreoferta de profesionales, probablemente debido a una cuidadosa planeación del talento humano. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2014-2016)

Factores de éxito

El sistema en Holanda funciona como un sistema de competencia administrada. Una mezcla de incentivos de mercado con garantías públicas.

Libertad de elección: esto significa que las personas tienen el poder de elegir la aseguradora de salud y cualquier proveedor de salud.

Holanda es uno de los países más innovadores del mundo en materia de salud; en realidad, lo que hace el sistema es agregar valor para el paciente (*value-based*

healthcare), y esto se ve facilitado por la inversión pública en educación, investigación y desarrollo (I&D) e innovación.

5.5. Italia

Organización del sistema de salud

El sistema nacional de salud de Italia está organizado regionalmente y brinda cobertura universal de manera gratuita. En el nivel nacional, el Ministerio de Salud, apoyado por diferentes agencias especializadas, establece los principios y metas fundamentales del sistema, determina el paquete de beneficios básicos de los servicios de salud garantizados en todo el país y asigna fondos nacionales a las regiones. Las regiones son responsables de organizar y prestar la atención; a nivel local las autoridades desarrollan actividades de salud pública, comunitaria y especializada a través de hospitales públicos y privados acreditados. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2014-2016)

La atención primaria y de pacientes hospitalizados es gratuita en los lugares de atención. Se definen listas positivas y negativas mediante criterios como la necesidad médica, la eficacia, la dignidad humana, la idoneidad y la eficiencia en la atención. Las listas positivas identifican los servicios (p. ej., productos farmacéuticos, atención hospitalaria, medicina preventiva, atención ambulatoria de especialistas, atención domiciliaria, atención primaria) ofrecidos a todos los residentes. Por otro lado, las listas negativas identifican los servicios que no se ofrecen a los pacientes (p. ej., cirugías estéticas), los servicios cubiertos solo de acuerdo con el tipo de caso (p. ej., ortodoncia y cirugía ocular con láser) y los servicios para los cuales es probable que las admisiones hospitalarias no sean apropiadas (p. ej., cirugía de cataratas). Las regiones pueden optar por ofrecer servicios

no incluidos en los niveles esenciales de atención, pero deben financiarlos ellas mismas. (The Commonwealth Fund, 2016)

El sistema de salud está financiado principalmente con impuestos generales recaudados nacionalmente y redistribuidos en las regiones; de igual manera, se asigna una proporción fija de los ingresos fiscales y se redistribuye entre las regiones que no tienen la capacidad de prestar los niveles esenciales de atención. (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2012)

Financiación

Para 2014, el Gasto Total en Salud correspondió al 9,25 % del Producto Interno Bruto. El gasto gubernamental representó el 75,61 % del gasto total y el 24,39 % restante correspondió al gasto privado en salud. El 86,88 % de este gasto privado corresponde al gasto de bolsillo, destinado principalmente a procedimientos de diagnóstico, farmacéuticos, visitas al especialista e intervenciones injustificadas (no urgentes) realizadas en los servicios de urgencias de los hospitales. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2014-2016)

Infraestructura

En los últimos cinco años, Italia ha disminuido las inversiones en infraestructura e incluso ha detenido algunos proyectos, debido a la implementación de medidas de reducción de costos; respecto a la infraestructura hospitalaria Italia cuenta con 3,4 camas por cada 1000 habitantes.

El país tiene una densidad de 3,95 médicos por cada 1000 habitantes, y el personal de enfermería y partería tiene una densidad de 6,48 por cada 1000 habitantes, lo cual es relativamente bajo para el promedio de la Unión Europea, que es de 2,5 enfermeras por cada médico. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2014-2016)

Factores de éxito

La legislación nacional requiere que todos los proveedores de salud publiquen una 'tabla de servicios de salud' con información sobre el desempeño del servicio, indicadores de calidad, tiempos de espera, estrategias de aseguramiento de la calidad y procesos para las quejas de los pacientes. Este instrumento también ha sido adoptado por el sector privado para su proceso de acreditación y debe ser publicado anualmente, aunque los métodos de difusión son decididos en cada región.

La estructura del sistema de salud para la adquisición de tecnología refleja dos características presentes desde su origen: las estrategias de contención de costos del sector y las fuertes diferencias económicas entre el norte y el sur del país. (The Economist Intelligence Unit, 2015)

5.6. Luxemburgo

Organización del Sistema de Salud

El régimen de seguridad social, bajo la dirección del Ministerio de Seguridad Social, es un sistema obligatorio de aseguramiento que protege a las personas contra riesgos sociales, enfermedad y pérdida de ingresos por maternidad, discapacidad por edad, muerte, accidentes de trabajo, enfermedad profesional o vejez. El aseguramiento y la atención a largo plazo son administrados por el Seguro Nacional de Salud (CNS).

Existe una separación entre el sector de la atención primaria (dominado por médicos y otros profesionales de la salud) y el sector hospitalario, que proporciona atención de emergencia, servicios ambulatorios especializados y atención secundaria. Los servicios en los dos sectores difieren en la forma como el Ministerio de Salud planifica su capacidad y su financiación. Dada la ausencia de un hospital universitario, la atención terciaria es limitada en Luxemburgo.

La atención primaria es proporcionada por médicos independientes y pediatras, bajo contrato y remunerados por capitación de acuerdo con el número de personas de su lista. Las unidades de salud locales también

pueden pagar subsidios adicionales por la entrega de atención planificada a pacientes específicos (por ejemplo, atención domiciliaria para enfermos crónicos), para alcanzar objetivos de desempeño (p. ej., para recompensar la contención efectiva de costos en productos farmacéuticos, pruebas de laboratorio y tratamientos terapéuticos prescritos), para ofrecer tratamientos adicionales (p. ej., medicamentos, vacunas contra la gripe). La capitación se ajusta por edad y representa aproximadamente el 70 % del pago total. La parte variable comprende la contraprestación a través del pago por servicio para tratamientos específicos, incluyendo cirugía menor, cuidado en el hogar, actividades preventivas y atención de pacientes crónicos. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2014-2016)

La financiación del seguro de salud, de origen bismarckiano, se basa en un sistema de contribuciones realizadas por la población trabajadora, los empleadores y el Estado; el 40 % de las contribuciones del seguro de salud están a cargo del Estado, el 60 % restante es compartido por igual entre la población asegurada y los empleadores.

El seguro para la atención de larga duración es financiado por el Estado hasta el 40 % del gasto total, por una tasa de cotización de los asegurados y por una pequeña contribución de alrededor del 1 % a los consumidores de electricidad de más de 1 millón de kw al año.

Financiación

Para 2014, el Gasto Total en Salud correspondió al 6,94 % del Producto Interno Bruto, el menor del mejor *clúster*; sin embargo, muestra el segundo mayor gasto per cápita, equivalente a US\$ 8137,52. El gasto gubernamental representa el 83,93 % del gasto total y el 16,07 % restante corresponde al gasto privado en salud; este está compuesto por una proporción del gasto de bolsillo equivalente a 65,97 % y la proporción restante corresponde a pólizas de seguro voluntarias de salud. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2014-2016)

Infraestructura

En general los centros hospitalarios regionales se encuentran a distancias asequibles para la población; en efecto, las tres regiones de planificación tienen al menos un centro hospitalario especializado; además, respecto a la infraestructura hospitalaria Luxemburgo cuenta con 5,4 camas por cada 1000 habitantes.

El país tiene una densidad de 2,86 médicos por cada 1000 habitantes, relativamente baja para el promedio europeo, pero alta respecto al personal de enfermería y partería, con una densidad de 11,9 por cada 1000 habitantes, y también relativamente alta para el promedio de la Unión Europea, que es de 2,5 enfermeras por cada médico. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2014-2016)

Factores de éxito

El sistema de salud de Luxemburgo es uno de los más ventajosos del mundo y ofrece acceso prácticamente sin restricciones a su población. Entre sus principales características encontramos:

- Cobertura universal a través de un sistema de aseguramiento en salud.
- Se requiere una autorización formal del Ministerio de Salud para ejercer una profesión en el sector de la salud.
- Libre elección de prestadores, acceso directo a los especialistas.
- Supervisión y planeación global de los sectores hospitalario y farmacéutico.
- Igual tratamiento a proveedores (personas jurídicas o naturales), sin importar su estatus. (Deloitte, 2017)

5.7. Francia

Organización del sistema de salud

La prestación de la asistencia sanitaria en Francia es una responsabilidad nacional. El Ministerio

de Asuntos Sociales, Salud y Derechos de la Mujer tiene la responsabilidad de definir la estrategia nacional del sector. Durante las dos últimas décadas, el Estado ha participado cada vez más en el control de los gastos de salud financiados por el Sistema obligatorio de aseguramiento en salud.

El sistema de aseguramiento en salud es financiado por los empleadores y los empleados, con contribuciones equivalentes al 64 %, por un impuesto nacional sobre la renta que representa el 16 %, por impuestos sobre el tabaco y alcohol, la industria farmacéutica y las compañías de aseguramiento privadas con el 12 %, subsidios estatales 2 %, y por transferencias el 6 %. (Assurance Maladie, 2015)

La cobertura es universal y obligatoria, proporcionada a todos los residentes por un sistema de aseguramiento no competitivo. La elegibilidad del seguro en salud se obtiene mediante el empleo o se otorga, como beneficio, a los estudiantes, a los jubilados y a los adultos desempleados que anteriormente estaban empleados (y a sus familias). Los ciudadanos pueden optar por no participar en el sistema de aseguramiento solo en casos excepcionales (por ejemplo, individuos que trabajan para compañías extranjeras)

Las listas de procedimientos cubiertos, fármacos y dispositivos médicos se definen y se aplican a todas las regiones del país. El Ministerio de Salud, un comité de fijación de precios dentro del Ministerio y los fondos de aseguramiento desempeñan papeles en el establecimiento de estas listas, las tasas de cobertura y los precios.

El sistema de aseguramiento cubre la atención hospitalaria y el tratamiento de rehabilitación o fisioterapia en instituciones públicas o privadas; la atención ambulatoria es provista

por médicos generales, especialistas, dentistas, servicios de diagnóstico realizados por laboratorios y profesionales paramédicos; medicamentos recetados, aparatos médicos y prótesis que han sido aprobados y el cuidado en el hogar prescrito. (The Commonwealth Fund, 2016)

Financiación

Para 2014, el Gasto Total en Salud correspondió al 11,54 % del Producto Interno Bruto. El gasto gubernamental representó más de las tres cuartas partes del gasto total en salud con 78,21 %, financiado principalmente a través del Sistema de Aseguramiento en Salud. El 21,79 % restante correspondió al gasto privado en salud, del cual el 29,08 % es gasto de bolsillo.

Infraestructura

La oferta del sector hospitalario se compone por 61 % de organizaciones sin ánimo de lucro y por 39 % de instituciones con ánimo de lucro, lo cual muestra una mayor proporción de instituciones con ánimo de lucro que en la mayoría de los otros sistemas de salud de países desarrollados. Respecto a la infraestructura hospitalaria el país cuenta con 6,4 camas por cada 1000 habitantes.

La planeación de la fuerza laboral y de la capacidad educacional es realizada principalmente a nivel nacional y se limita por ello el número de estudiantes graduados cada año, con el fin de prevenir la escasez o la sobreoferta de profesionales de la salud. Francia tiene una densidad de 3,22 médicos y una densidad del personal de enfermería y partería de 9,6 por cada 1000 habitantes. (European Observatory on Health Systems and Policies, 2014-2016)

Factores de éxito

La planificación y la reglamentación en el ámbito de la atención de la salud implican negociaciones entre los representantes de los proveedores, el Estado y los aseguradores. Los resultados de estas negociaciones se traducen en leyes aprobadas por el Parlamento.

Francia cuenta con uno de los sistemas más completos y ágiles de Europa para evaluar la eficacia de nuevos

medicamentos y tecnologías sanitarias, así como para definir las coberturas y las inclusiones de dichas innovaciones. (The Economist Intelligence Unit, 2015)

6. Conclusiones

Existen diversos estudios que buscan evaluar los sistemas de salud, varios de ellos realizados por entidades reconocidas y metodologías técnicamente sustentadas, y otros no tanto, pues aunque son públicamente compartidos a través de los medios de comunicación, no están respaldados por estudios técnicos sino solo sustentados en percepción y opiniones.

Los estudios rigurosos en general toman en cuenta, como resultados en salud, el mismo grupo de variables tradicionales: esperanza de vida, tasas de mortalidad, carga de enfermedad; asimismo analizan la relación con la dimensión de financiación y las variables de infraestructura. En términos generales.

La presente evaluación reforzó el índice de resultado en salud, incluyendo nuevas variables en comparación a las dos anteriores versiones del ranking, en primer lugar, la expectativa de vida saludable, donde lo importante no es solo los años de vida que va a tener un individuo sino su calidad de vida en esos años, la segunda y tercera variables incluidas son la probabilidad (%) de morir por enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes, enfermedad crónica respiratoria entre los 30 y 70 años y la tasa de enfermedades no transmisibles por 100.000 habitantes, estas dos variables son de gran valía en el sentido que dan cuenta sobre la realidad actual, donde las enfermedades crónicas son la causa principal de mortalidad y de discapacidad en el mundo, por ello es relevante visibilizarlas para impulsar iniciativas eficaces en la lucha para su reducción.

En síntesis, dichas variables son importantes en la actualidad dentro del perfil epidemiológico y la carga de enfermedad en el mundo y sobre todo ayudan a diferenciar en mayor medida los resultados entre países, cuando las variables tradicionales convergen.

Adicionalmente en las variables de financiación se incluyó la variable; riesgo de gastos catastróficos para la atención quirúrgica (% de personas en riesgo), la cual capta la vulnerabilidad de las personas más pobres, ante la imposibilidad de acceder a los servicios de salud de lograr por no contar con los recursos financieros para ello, sabiendo que en el mundo, más de dos tercios de las personas no pueden acceder a atención quirúrgica y anestésica segura y asequible cuando lo necesitan según estudios del banco mundial.

En el *ranking* 2017 del Índice Compuesto de Resultados en Salud (ICRS) para los 99 países analizados, estos fueron ordenados en 10 grupos. En el mejor (grupo 10) el primer lugar lo ocupan Japón (100 puntos), Suecia (98,9 puntos), Noruega (98,5 puntos), Holanda e Italia (98,3 puntos), Luxemburgo (98,2 puntos) y Francia (97,3 puntos). Colombia se encuentra posicionada por encima del promedio del ICRS en la posición 48 entre los 99 países evaluados, con un valor del índice de 80,6 puntos (el promedio de toda la muestra fue de 74,4 puntos).

El análisis de *clúster* muestra las siguientes conclusiones:

Los mejores países (grupos 10 y 9) se caracterizan por gastar en promedio entre 10,07 % y 9,86 % de su PIB en salud; su gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total es bajo y oscila entre 12,13 % y 17,13 %; poseen un bajo nivel de riesgo de gastos catastróficos para la atención quirúrgica y está entre 2,29 % y 7,29 %. Además, son países de alto desarrollo humano y bajos niveles de corrupción; en infraestructura tienen un promedio de camas que está entre 5,56 y 4,50 por 1000 habitantes, y de médicos entre 3,46 y 3,44 por 1000 habitantes.

En sus variables de resultado, se observan grandes diferencias respecto a los países ubi-

cados en la parte inferior del *ranking*; sin embargo, es importante resaltar cómo dichos países también tienen dificultades para tratar con usuarios afectados por enfermedades crónicas y con altos niveles de personas en discapacidad.

Los países de los grupos 1 y 2, conformados por las naciones con peor desempeño, se caracterizan por un promedio de gasto, como porcentaje del PIB, entre 5,48 % y 5,72 %; un alto gasto del bolsillo, que representa entre el 38,9 % y el 47,86 % del gasto total; y altos riesgos de gastos catastróficos para la atención quirúrgica, entre 57,70 % y 72,78 %. Adicionalmente, estos son países de bajo nivel de desarrollo y altos niveles de corrupción.

El análisis de correlaciones muestra correspondencia positiva y significativa estadísticamente con las variables de control: *índice de corrupción* (coeficiente de correlación de 0,6870), e *índice de desarrollo humano* (coeficiente de correlación de 0,9342). Respecto a las variables de infraestructura y financiamiento, la variable con la más alta correlación positiva es 'Médicos por 1000 habitantes', con un coeficiente de correlación de 0,6734; y negativa con la variable 'Riesgo de gastos catastróficos para atención quirúrgica', con un coeficiente de correlación de -0,7453.

El análisis por modelo muestra que los países con modelo Bismarck (seguridad social) registran un índice de resultados un poco mejor que aquellos con modelo Beveridge, en especial cuando se financian en su forma pura por aportes e impuestos generales respectivamente. Cuando los modelos Beveridge y Bismarck se financian con mezcla de fuentes, el índice de resultado desmejora. Por lo anterior, se puede confirmar¹² que, si nos atenemos al modelo, no existe una fórmula de mezcla de

recursos perfecta para obtener los mejores resultados en salud, pues estos son más dependientes del grado de desarrollo del país, de los bajos niveles de corrupción y de la innovación permanente en el modelo de atención.

Conclusión para Colombia

Colombia se ubica en una posición intermedia, 48 entre los 99 países evaluados con 6,2 puntos por encima del promedio del ICERS, con un valor del índice de 80,6 puntos (el promedio de toda la muestra fue de 74,4 puntos) con este puntaje se ubicó en el *clúster* 5 de 10 *clúster* establecidos.

Las variables de organización bajo las cuales fue caracterizado son: una gobernanza de "Estado como guardián", un modelo "BISMARCK (seguridad social)" y una financiación mixta.

En materia de variables de control respecto a corrupción, Colombia se ubica con 37 puntos en la posición 90 entre 176 países evaluados por Transparencia Internacional en 2016, y en Desarrollo Humano, Colombia en el rango de 'desarrollo alto', con puntuación de 0,727, en la posición 95 entre 188 países evaluados por el PNUD en 2016.

En las variables de infraestructura y financiación: Colombia tiene aproximadamente 2 médicos y 1,5 camas hospitalarias por cada 1000 habitantes.

En lo referente a financiación de los sistemas de salud en el mundo, el gasto en salud como porcentaje del PIB Colombia, es de 7,20 % y el gasto de bolsillo como % del gasto total' corresponde a 15,36 %; comparado con las cifras de resto de países, Colombia se ubica en la zona media de los 99 países evaluados .

¹² Nota OCDE



En síntesis, el sistema de salud colombiano ha mejorado durante los últimos 24 años, logrando altos niveles de cobertura, incrementos en la expectativa de vida y reducciones en la mortalidad infantil, sin embargo, respecto a los niveles alcanzados por las naciones posicionadas en los primeros lugares del ranking, se encuentran aún brechas significativas lo cual evidencia que aún quedan lecciones por aprender de aquellos que son modelo en el mundo.

Asimismo, el sistema de salud en Colombia aún se enfrenta con importantes desafíos, el enfoque ahora debe estar en mejorar la calidad, la eficiencia, el acceso real, la sostenibilidad del sistema sanitario, implementar el pago por desempeño, velar por un real aseguramiento en salud, reducir las brechas regionales (inequidad en salud), realizar una gestión del desempeño y una rendición de cuentas de cara a la sociedad.

7. Referencias

- Asociación Colombiana Hospitales y Clínicas. (2014). Rasgos distintivos de los sistemas de salud. *Hospitalaria*, 4-25.
- Asociación Mexicana de Partería. (2017). *Asociación Mexicana de Partería*. Obtenido de <http://www.asociacionmexicanadeparteria.org/parteras/>
- Assurance Maladie. (2015). *Rapport charges et produits pour l'année 2016*.
- Bloomberg. (2016). <https://www.bloomberg.com>. Obtenido de <https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/u-s-health-care-system-ranks-as-one-of-the-least-efficient>
- Bloomberg. (2017). <https://www.bloomberg.com>. Obtenido de <https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-03-20/italy-s-struggling-economy-has-world-s-healthiest-people>
- Central Intelligence Agency. (2017). *Central Intelligence Agency*. Obtenido de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2227.html>
- Collier, S. J., & Lakoff, A. (2008). *The Vulnerability of Vital Systems: How "Critical Infrastructure" Became a Security Problem*. Routledge.
- Deloitte. (2017). *Deloitte*. Obtenido de Healthcare in Luxembourg: <https://www2.deloitte.com/lu/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/healthcare-in-luxembourg.html>
- European Commission. (2017). *Eurostat*. Obtenido de <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2014-2016). *Health Systems Reviews Australia, Alemania, Armenia, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Hungría, Inglaterra, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Nueva Zelanda, etc.*
- Flores, M. (2010). *Estándares para la planificación y evaluación de hospitales*.
- Foundation Centre for Health Innovation –IVEY–. (2011). *Strengthening Health Systems. Through Innovation: Lessons*.
- Index Mundi. (2014). *Index Mundi*. Obtenido de <http://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=2227&r=xx&l=es>
- Index Mundi. (2014). *Index Mundi*. Obtenido de <http://www.indexmundi.com/map/?v=2226&l=es>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2015). *Global Burden of Disease*. Obtenido de <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2015). Health-care Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990–2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*.
- Instituto de Estudios Peruanos. (2013). *Historia de la corrupción en el Perú*. Lima.
- International Living. (2017). <https://internationalliving.com/>. Obtenido de <https://internationalliving.com/4-countries-best-healthcare-world/>
- Kamstra, J. N., Raykar, N., Meara, J., & Shrima, M. (6 de Junio de 2016). *Banco Mundial*. Obtenido de <http://blogs.worldbank.org/opendata/es/evaluar-los-sistemas-quirurgicos-un-nuevo-paradigma-para-fortalecer-los-sistemas-de-salud>
- Lim, S. S. (2015). La medición de los objetivos de desarrollo sostenible relacionados con la salud en 188 países: un análisis de referencia de la Carga Global de Enfermedad de estudios. *The Lancet*, Volumen 388, Número 10053, 1813-1850.
- McAuley, I. (1 de Septiembre de 2014). *The Conversation*. Obtenido de Creating a better health system: lessons from Norway and Sweden: <https://theconversation.com/creating-a-better-health-system-lessons-from-norway-and-sweden-30366>
- McKenna, H., Dunn, P., Norte, E., & Buckley, T. (2017). *Cómo se financia la asistencia sanitaria*. Obtenido de <https://www.kingsfund.org.uk/publications/how-health-care-is-funded>

- Ministerio de la Protección Social, PARS – Departamento Nacional de Planeación, Bogotá D.C. (2007). *El gasto nacional en salud y su financiamiento cuentas de Salud de Colombia 1993-2003*.
- Ministerio de salud. (2013). Cifras Financieras del Sector Salud. *Boletín bimestral No 1*.
- Ministerio de salud. (2017). Cifras Financieras del Sector Salud. Gasto en salud de Colombia: 2004-2011. *Boletín bimestral No 2 Enero – Febrero 2014*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Cifras financieras del sector salud Boletín bimestral N° 2*.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze. (2012). *Relazione Generale Sulla Situazione Economica Del Paese 2012*. Roma.
- Moreno, M. (2009). *Sistemas sanitarios en Europa y análisis comparativo de criterios de accesibilidad a diagnósticos y tratamientos innovadores en Oncología*. Obtenido de Instituto de Estudios médicos Científicos.: <http://www.inesme.com/pdf/informem>
- Mossialos, E., & McKee, M. (2002). *Health care and the European Union*.
- OECD-EUROSTAT-OMS. (2012). *Un Sistema de Cuentas de Salud*. Ginebra.
- OECD. (2016). *Reviews of Health Systems: Colombia*.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2010). *Health care systems: Getting more value for money*. Obtenido de www.oecd.org/eco/monetary/policy-notes.htm
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe sobre la salud en el mundo*.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Anexo-Notas explicativas, documento de trabajo anexo Ref: C.L.33.2013*.
- PNUD. (2017). *Índice de desarrollo humano*. Obtenido de <http://www.undp.org/es/>
- Powerhouse, H. C. (2017). *Euro Health Consumer Index*.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). *Informe sobre Desarrollo Humano*.
- Robertson, e. a. (2012). *Jobs without Benefits: The Health Insurance Crisis Faced by Small Businesses and Their Workers*. Obtenido de <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Issue-Briefs/2012/Nov/Jobs-Without-Benefits>
- Savedoff, W. (2004). *Tax-Based Financing for Health Systems*. Obtenido de .
- Senkubuge, F., Modisenyane, M., & Moeketsi. (2014). El fortalecimiento de los sistemas de salud de las reformas del sector de la salud. *Acción Mundial de la Salud Vol. 7*.
- Shrime, M. G., Dare, A. J., Alkire, B. C., & O'Neill, K. &. (2015). Catastrophic Expenditure to Pay for Surgery: A Global Estimate. *The Lancet Global Health*.
- Smith, P. C. (2012). Leadership and Governance in Seven Developed Health Systems. *Health Policy, 37-49*.
- Swedish Association of Local Authorities and Regions. (2014). *Statistik inom hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner*. Stockholm.
- Taylor, A. M., & Taylor, M. P. (2004). *The Purchasing Power Parity Debate*.
- The Commonwealth Fund. (2016). *International Profiles of Health Care Systems*.
- The Economist Intelligence Unit. (2015). *Value-based health assessment in Italy a decentralised model*.
- The Economist Intelligence Unit. (2015). *Value-based healthcare in France: a slow adoption of cost-effectiveness criteria*.
- The Economist Intelligence Unit. (2016). *Value-based healthcare in Japan an evolving concept*.
- The Economist Intelligence Unit. (2017). *Global Access To Healthcare Building sustainable health systems*.
- The European Observatory on Health Systems and Policies. (2016). *Strengthening Health System Governance Better policies, stronger performance*.
- The World Bank . (2014). *The World Bank* . Obtenido de Risk of catastrophic expenditure for surgical care (% of people at risk): <http://data.worldbank.org/indicator/SH.SGR.CRSK.ZS>
- Transparency International. (2017). *Transparency International*. Obtenido de <https://www.transparency.org/what-is-corruption/>
- United Nations Development Programme. (2017). *United Nations Development Programme*. Obtenido de <http://hdr.undp.org/es/content/el-%C3%ADndice-de-desarrollo-humano-idh>
- Universidad ICESI. (2011). *Sistema de salud de Colombia. Centro de Estudios en Protección Social y Salud pública de México*.
- van Doorslaer, E., & A. Wagstaff, y. F. (1993). *Equity in the Finance and Delivery of Health*. Oxford.
- Wagstaff, A. (2010). *System-wide impacts of hospital payment reforms: Evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia*.
- World Health Organization . (2009-2016). *Health Profiles* .
- World Health Organization. (2009-2016). *Boletín Estadísticas Sanitarias Mundiales*.
- World Health Organization. (2014). *Global Health Expenditure Database*. Obtenido de <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- World Health Organization. (2016-2017). *Monitoring Health for the Sustainable Development Goals -SDGs-*. 

ACHC inició curso de evaluadores en cuatro ciudades del país

Gerentes, líderes de calidad, líderes de seguridad y diferentes profesionales del sistema de salud forman parte del Programa de Evaluadores de Hospitales Seguros que ha preparado la ACHC para este 2017, y que se realiza en Pasto, Medellín, Cali y Bogotá.

El gremio siempre ha estado interesado en la formación y capacitación para mejorar la calidad de las instituciones hospitalarias del país; por eso este programa está orientado a desarrollar capacidades y destrezas en sus participantes como evaluadores de la seguridad.

Quienes hacen parte de este espacio de capacitación tuvieron que participar en un proceso de selección entre todos los aspirantes. Así, finalmente, en la ciudad de Bogotá concurren 16 personas; en Cali, 18 personas; en Pasto, 11 personas; y en Medellín, 11 personas.

Este curso se desarrolla en módulos de 4 horas que abordan los siguientes contenidos temáticos:

- Evaluación de la gestión de los eventos adversos e incidentes.
- Indicadores de seguridad como trazadores del modelo evaluativo.

- Aspectos clave en la evaluación de la seguridad: trazador de paciente y trazador de sistema.
- Métodos para la evaluación del avance de la cultura de seguridad.
- Evaluación de la comunicación entre el equipo de salud y paciente/familia.
- Evaluación de la tecnología.
- Evaluación de las estrategias de seguridad en el ámbito ambulatorio.
- Evaluación de la relación estrategia-liderazgo-seguridad.
- Evaluación de la seguridad en la información.
- Evaluación de las estrategias de seguridad en apoyo diagnóstico.
- Evaluación de las estrategias de seguridad del paciente quirúrgico.
- Evaluación de las estrategias de seguridad del paciente en urgencias.
- Evaluación de las estrategias de prevención de las infecciones asociadas a la atención.
- Evaluación de las estrategias de seguridad de los medicamentos.
- Evaluación del entorno hospitalario.

Crónicas - crónicas

"Ante una crisis hospitalaria reciente y el aumento de la deuda a las entidades de la red pública, no queda otra salida que reformar a fondo la Ley 100 de 1993 para evitar, entre otros, la intermediación financiera".

Gustavo Petro, Representante a la Cámara, en informe especial de El Espectador, semana 10 al 16 de octubre de 2004

Capacitación sobre alcances de la reforma tributaria en instituciones hospitalarias

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas realizó una jornada de capacitación sobre el impacto de la reforma tributaria sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud. En este espacio se contó con la participación de dos expertos tributaristas de la firma Parker Randall Colombia.

Este espacio se realizó de forma presencial en la ciudad de Bogotá, y de manera virtual para los afiliados de todo el país. Dentro de los temas tratados se destacan: situación especial de los hospitales antes de la reforma en su calidad de no contribuyentes de renta, y situación de los hospitales después de la reforma como entidades sin ánimo de lucro y contribuyentes del Régimen Tributario Especial (RTE).

En cuanto a consultas resueltas, durante esta capacitación, 97 afiliados formularon explícitamente sus preguntas y obtuvieron respuesta a sus dudas sobre el tema. 



A esta capacitación asistieron de forma presencial y virtual 97 colaboradores de las instituciones afiliadas a la ACHC.



V

Galardón Nacional HOSPITAL SEGURO

Un reconocimiento a los hospitales y clínicas del país que brindan servicios de salud, soportados en altos estándares de seguridad para los pacientes

INSCRIPCIONES

Diciembre 1 de 2017 a febrero 28 de 2018

MAYORES INFORMES

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
apoyoalagestiondelafiliado@achc.org.co
Tel. 57-1-3124411 Ext. 115



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

OPS presentó panorama de salud en las Américas¹

En su más reciente informe, “Salud en las Américas 2017”, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se presenta un panorama regional sobre el desarrollo que ha tenido el sector en los últimos años y se analizan ámbitos como: estado de salud de la población, desigualdades sociales en salud, evolución de los sistemas y los servicios de salud. En el tercer aspecto, la OPS se detiene en el comportamiento que ha tenido en los últimos años el acceso y cobertura de los servicios de salud, el financiamiento de la salud y las actividades de los servicios de salud en los países que integran nuestro continente.

El informe reconoce que, a pesar del crecimiento económico y los avances en salud logrados en la última década, la pobreza y las inequidades a nivel nacional y entre los distintos países siguen siendo un reto para la región de las Américas. La OPS destaca en el documento: “el 29 % de la población vive aún por debajo del umbral de pobreza y el 40 % recibe menos del 15 % del total de los ingresos, con diferencias muy marcadas entre países. El 10 % de la población más rica posee 14 veces el ingreso medio del 40 % más pobre en los países de América Latina y el Caribe (ALC). Asimismo, se estima que [el] 30 % de la población no tiene acceso a atención de salud debido a

razones económicas y que el 21 % renuncia a buscar atención debido a las barreras geográficas”.

La OPS advierte que en la región se mantienen los problemas de exclusión y falta de acceso a servicios de calidad para un gran porcentaje de la población, y que siguen predominando los modelos de atención episódica de afecciones agudas en los hospitales sobre los de prevención y promoción de la salud. Así lo enfatiza el organismo en su informe: “Se observa como resultado la falta de universalidad y equidad en el acceso a servicios de calidad y de una cobertura apropiada, lo que tiene un considerable costo social y efectos empobrecedores en los grupos de la población que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad. Está comprobado que cuando existen barreras de acceso a los servicios (ya sean económicas, geográficas, culturales, demográficas, u otras), el deterioro de la salud no solo implica mayores gastos, sino también la pérdida de ingresos. La inexistencia de mecanismos de protección contra el riesgo financiero de la enfermedad origina y perpetúa un círculo vicioso de enfermedad y pobreza”.

Gasto público en salud en las Américas

Uno de los aspectos en los que el informe de la OPS hace un análisis

¹Con información de la Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas+*, edición 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017.

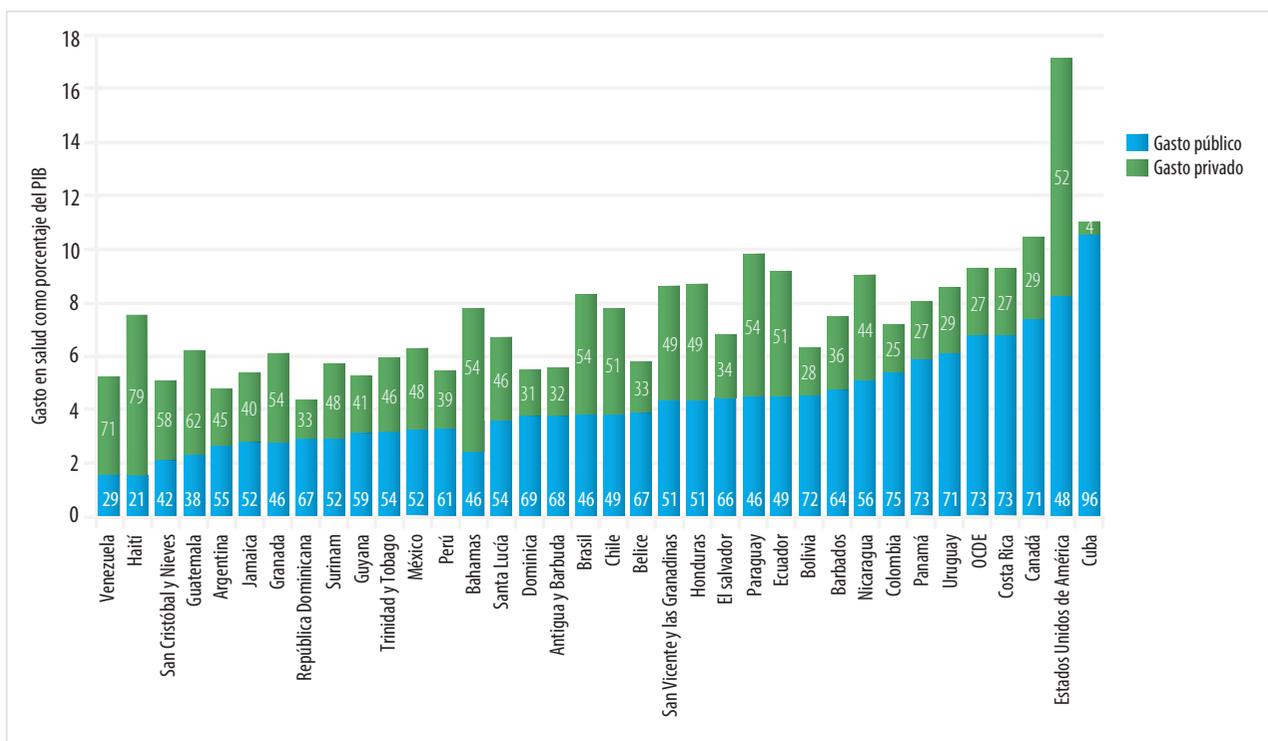
detallado es el financiamiento de la salud en la región, y recuerda que los países se habían comprometido a incrementar el Gasto Público en Salud hasta alcanzar por lo menos el 6 % de su PIB; sin embargo, en el quinquenio analizado (2010-2015), solo cinco países de las Américas lograron cumplir este objetivo: Cuba, Estados Unidos, Canadá, Costa Rica y Uruguay.

Según datos de 2014, Cuba es de lejos el país de la región que más invierte, con más del 10%, seguido por Estados Unidos, con algo más del 8%. Uruguay logra alcanzar el objetivo del 6%, seguido muy de cerca por

Panamá, que, no obstante, no consigue cumplir con la recomendación de la OMS. En la zona media se encuentran países como Colombia (5,4 %), Nicaragua (5,1 %) y Panamá (5,9 %); a su turno, los países de América Latina que menos invierten en salud son Haití y Venezuela, con menos del 2% de su PIB.

El informe advierte que el promedio de gasto público en salud (GPS) en las Américas se encuentra alrededor del 4% del Producto Interno Bruto (PIB), un nivel muy bajo en comparación con el 8% que en promedio destinan los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) a esta partida.

Gasto en salud (porcentaje del PIB) y composición (público-privado, como porcentaje del gasto total), 2014



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017

Gasto de bolsillo

El informe de la OPS señala que el gasto de bolsillo es la fuente de financiamiento más ineficiente y regresiva, que representa un flujo inestable de recursos financieros, pero lo más grave es que se constituye en una barrera de acceso

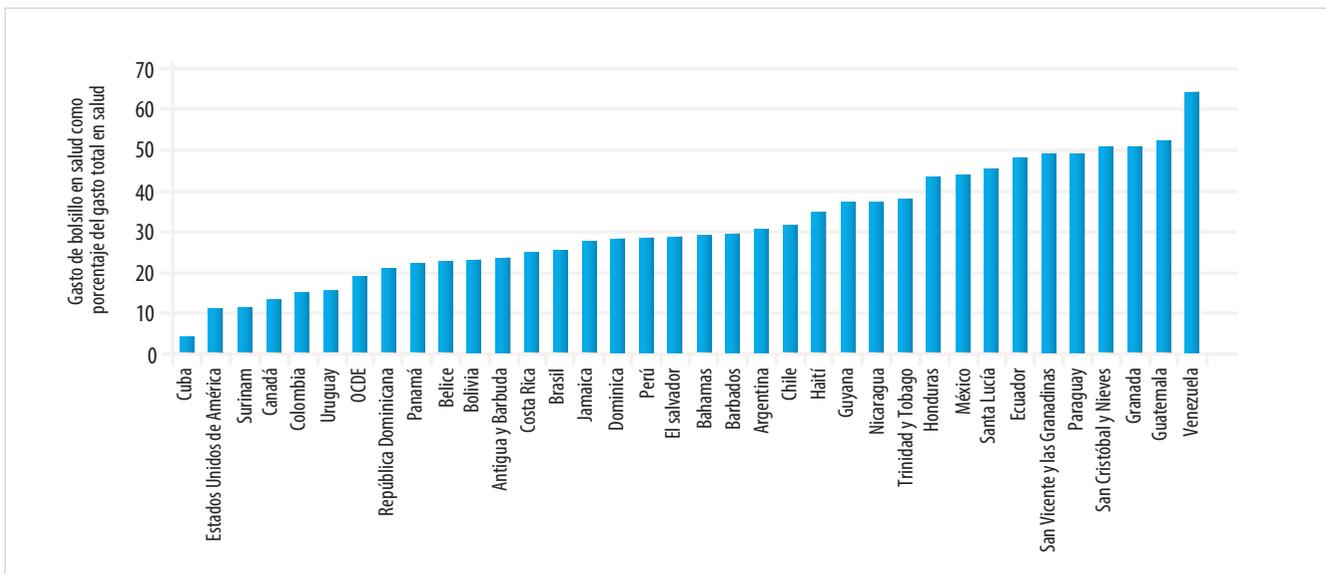
que impide o retrasa la atención y la hace más costosa para las personas y el sistema: *“Tiene además un impacto relativamente mayor en las personas con menores recursos, para quienes el mínimo pago puede representar una fracción importante de su presupuesto. En la Región de las Américas, solo seis países presentan niveles de gasto directo por debajo del 20 % del gasto total en salud (GTS),*

que es la cifra que los aleja, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), del riesgo de que sus habitantes tengan que afrontar gastos empobrecedores o catastróficos”.

El informe señala que mientras en los países de la Unión Europea el gasto de bolsillo en salud representa en promedio el 21 % del Gasto Total en Salud, en nuestro continente 29 países (83 %) superan dicho

valor (el gasto de bolsillo en la región es el 33% del GTS). No obstante, algunos países se destacan por su tendencia a la baja, como Chile, Colombia, El Salvador y México, lo que no significa que esta sea una señal de acceso equitativo, ya que también puede ocurrir por falta de acceso a los servicios, debido a que la población no tiene la posibilidad económica de utilizar los servicios.

Peso del gasto de bolsillo en salud en las Américas, 2014



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. *Salud en las Américas+*, edición 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017

El organismo advierte que un elevado gasto de bolsillo termina afectando la eficiencia de un sistema de salud, ya que al desincentivarse la utilización de los servicios de salud, muchos usuarios llegan al sistema en etapas más avanzadas de la enfermedad, que requieren servicios más complejos y costosos. Así, el gasto de bolsillo puede dar lugar a mayores costos en el mediano y largo plazo, con peores resultados de salud, menor capacidad de respuesta del sistema y una disminución de la eficiencia y la efectividad.

El informe concluye que las Américas presentan una situación bastante definida en términos de financiamiento de la salud: el gasto público aumentó entre 2010 y 2015, pero lo hizo a un ritmo muy lento, y el gasto de

bolsillo cayó, pero no lo suficientemente rápido; por tanto la región está lejos de alcanzar los objetivos establecidos en este aspecto por los países en 2014 al suscribir la estrategia de salud universal.

La OPS advierte finalmente en su informe que los cálculos recientes muestran que será difícil que se alcancen las metas si no se llevan a cabo acciones precisas y planificadas dirigidas al aumento del espacio fiscal para la salud. De hecho, si se mantuviera el ritmo de aumento del gasto público en salud de los últimos 20 años, se necesitarían en promedio 80 años para alcanzarlas. ■

Clínica Universitaria Bolivariana, acreditada en Salud por el Icontec¹

La Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín recibió el pasado 28 de agosto el certificado oficial de Acreditación en Salud, otorgado por Icontec, con lo cual ingresó al selecto grupo de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que han alcanzado el reconocimiento como entidades que brindan atención con los más altos estándares de calidad en el país.

Para Carlos Alberto Restrepo Molina, director general de la Clínica Universitaria Bolivariana: *“Ser una institución acreditada implica comprometerse no solo con el paciente, sus familiares, los colaboradores y, en general, con sus grupos de interés, sino con los demás actores del sistema de seguridad social en salud. Este reconocimiento no es la meta alcanzada; es un estímulo más para continuar en el camino de mejora permanente; incluso es una invitación para que de manera permanente honremos nuestro slogan: “Protegemos el don maravilloso de la vida”.*

La Junta de Acreditación en Salud, en su sesión del 18 de julio de 2017, ratificada por el Consejo Directivo del Icontec el 19 de julio de 2017, aprobó el otorgamiento del Certificado de Acreditación, en la categoría de Institución Acreditada, a la Clínica Universitaria Bolivariana, y en él resaltó las fortalezas, el compromiso del Consejo Directivo de la institución con el proceso de mejoramiento institucional y con el sistema de Acreditación en Salud, el liderazgo de la gerencia y su equipo, y los avances en los ejes de seguridad y humanización de la atención.



Carlos Edgar Rodríguez, director de Acreditación de Icontec entregó el certificado de acreditación al Dr. Carlos Alberto Restrepo, director general de la Clínica.



Al acto de entrega de la acreditación de la Clínica Universitaria Bolivariana asistieron las autoridades locales del sector salud, los directivos y colaboradores de la Clínica

Durante la ceremonia de entrega de la certificación, Carlos Édgar Rodríguez, Director de Acreditación en Salud de Icontec, destacó la sinergia entre la Clínica Universitaria Bolivariana y la Universidad Pontificia Bolivariana, que contribuye a formar profesionales idóneos con sensibilidad social y ética; el compromiso del consejo directivo con el proceso de mejoramiento institucional; el liderazgo de la gerencia y el trabajo de todos los colaboradores, unidos para ofrecer el mejor servicio posible

¹Con información de la Oficina de Comunicaciones de la Clínica Universitaria Bolivariana.



a los pacientes y sus familias; el reconocimiento institucional en la ciudad y en la región, por sus avances en investigación; el liderazgo en atención prenatal y reducción de la mortalidad materna y perinatal; y la oferta de servicios especializados y su responsabilidad social.

El Director de Acreditación enfatizó: *“La mejora continua debe formar parte del direccionamiento estratégico. Hay que contar con equipos de trabajo disciplinados, teniendo en cuenta que la acreditación tiene comienzo, pero no un final y que los hospitales universitarios –que forman profesionales– deben cumplir con requisitos de alta calidad para que los profesionales apropien las mejores prácticas y sean ejemplo para otros.”*

La Junta de Acreditación decidió otorgar la acreditación a la Clínica Bolivariana en reconocimiento a su trayectoria, a los avances en calidad de la atención en salud, a la disciplina en el proceso de mejoramiento continuo con base en el modelo de acreditación y a las demás fortalezas institucionales.

Entre las fortalezas que destacó la Junta de Acreditación sobresalió el decidido compromiso del Consejo Directivo con el proceso de mejoramiento institucional y con el sistema de acreditación en salud; el liderazgo de la gerencia y su equipo; los avances en los ejes de seguridad y humanización de la atención, en este último con avances en materia de formación en bioética; el sistema de gestión ambiental; la organización y seguridad del ambiente físico y las inversiones en adecuación de la infraestructura orientadas a brindar servicios más seguros y cómodos a sus pacientes; y el desarrollo del programa de atención materno-fetal como elemento diferenciador del éxito institucional y como aporte sectorial clave en un segmento de la atención en el que se han cerrado servicios y en el que muestran logros científicos valiosos, como las correcciones de meningocele *in utero*.

Para la Clínica, este logro es el resultado de diferentes procesos de autoevaluación y mejoramiento continuo, que han posicionado a la institución como líder en la prestación de servicios de salud de mediana y alta

complejidad en la mayoría de especialidades médicas y quirúrgicas.

Sobre la Clínica Universitaria Bolivariana

La Clínica Universitaria Bolivariana, con 21 años de existencia, es una institución que forma parte del proyecto social y académico de la Universidad Pontificia Bolivariana. En ella se ofrecen servicios en todos los niveles de atención, con especial énfasis en los de mediana y alta complejidad.

El modelo de atención de la Clínica está centrado en el paciente y su familia, para lo cual están comprometidos en satisfacer sus necesidades y expectativas, de manera que le permitan una experiencia humanizada del servicio.

Los servicios de la Clínica se caracterizan por la integralidad de la atención y la calidad humana y científica de sus profesionales, que aplican siempre la mejor evidencia disponible y la ética en el servicio.

Algunas cifras de atención

- Atención promedio de 6.500 partos anuales, 50 % de ellos de alta complejidad, 150 procedimientos invasivos fetales y cerca de 2.500 ultrasonidos de bienestar fetal y valoración morfológica.
- El 58 % de la capacidad instalada está dedicada al servicio del binomio madre-hijo, lo que permite atender el 25 % de los partos del Área Metropolitana de Medellín.
- Por urgencias generales se atiende un promedio de 16.400 pacientes, y por urgencias ginecobstétricas hay más de 21.500 atenciones anuales.
- Con cinco quirófanos, la Clínica realiza un promedio de 4.185 cirugías generales y 6.323 cirugías de ginecobstetricia al año.

Fundación Clínica del Norte, modelo de gestión de NoPBS para el régimen contributivo²

La Fundación Clínica del Norte, tras evidenciar la necesidad de acceder de forma clara y oportuna a información para el análisis de las prescripciones elaboradas por los profesionales de la salud inscritos y asociados a la IPS en la plataforma establecida por el Ministerio de Salud, decidió, en trabajo conjunto con la empresa Okorum Technologies, especializada en informática en salud, diseñar una herramienta enfocada en el acceso, consulta y auditoría de las prescripciones realizadas por los profesionales, con el fin de realizar la adecuada y eficiente auditoría de estas prescripciones, así como en facilitar el control NoPBS a las IPS, que finalmente son las más afectadas por estos cambios tecnológicos implementados por el Ministerio.

Se trata de una aplicación que le permite a la Fundación acceder de forma rápida y eficiente a la consulta, para la auditoría de la información contenida en las prescripciones de servicios y tecnologías en salud NoPBS (No cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC) registradas por los profesionales de la salud.

Hoy, con el uso de esta aplicación web que permite acceso en cualquier momento y lugar y desde cualquier dispositivo (PC, tabletas, celulares), sin mediar instalaciones de *software*



ni adquisición de ningún tipo de *hardware* adicional, se logra desde la Fundación Clínica del Norte hacer búsquedas ilimitadas, con alta velocidad y desempeño, consultas en amplios rangos de fechas (el Ministerio solo diseñó la consulta de un día a la vez) y con los más altos estándares de seguridad informática; así se puede realizar la auditoría de los diferentes tipos de usuarios en el 100 % de las prescripciones NoPBS:

1. Servicio farmacéutico: regencia y química de farmacia evalúan diariamente la pertinencia, coherencia y cumplimiento normativo de cada una de las prescripciones de medicamentos, dispositivos y nutriciones.
2. Auditoría médica concurrente: evalúa las prescripciones de procedimientos NoPBS actualizados a los CUPS vigentes.
3. Central de autorizaciones: encuentra en la aplicación, ya validadas y auditadas, todas las prescripciones realizadas por los profesionales para su reporte a las EAPB. Además, la

² David Ricardo Vélez Vargas, Director Asistencial de la Fundación Clínica del Norte, Médico y Cirujano, Especialista en Auditoría en Salud y Aspirante al título de Magister en Tecnologías de la Información y la Comunicación en Salud.

aplicación permite generar copia exacta de la prescripción en los casos en que el usuario la haya extraviado, sin necesidad de que el profesional de la salud la tenga que consultar en el aplicativo del Ministerio y volver a imprimir, lo que, en casos de movilidad del profesional, se convierte en barrera de acceso.

4. Facturación, cuentas médicas, conciliaciones y glosas: quienes acceden en la aplicación a los soportes (registros, copias de las prescripciones y comentarios de auditorías) para los diferentes momentos del trámite administrativo frente a las EAPB.
5. Junta de Profesionales: la secretaría técnica de la junta accede directamente, y con notificaciones vía e-mail, a los requerimientos para la citación de la Junta, en busca de cumplir con los tiempos y condiciones requeridas por la norma.

Todas las etapas de la auditoría se desarrollan en tiempo real, con retroalimentación permanente al profesional de la salud que ha prescrito con alguna inconsistencia, lo cual permite su corrección inmediata, siguiendo los

requerimientos descritos por el Ministerio para la adecuada prescripción de servicios NoPBS.

Entre sus múltiples beneficios, la iniciativa tecnológica permitió a la Fundación la auditoría de prescripciones en tableros compartidos por los diferentes usuarios autorizados por la IPS, buscando que los equipos multidisciplinarios hagan siempre una retroalimentación integral del proceso NoPBS, el cual tiene un importante margen en la ejecución financiera de la institución.

La aplicación cuenta con un panel de estadísticas por cada una de las búsquedas realizadas, que permiten a los directivos de la Fundación evaluar el comportamiento de las prescripciones por los profesionales de la salud, y que se enfocan en el tipo de servicios y tecnología, la EAPB, el ámbito de la prescripción y la línea de tiempo en horas o días.



El seguimiento a la calidad de las prescripciones que se realizan en la Fundación se realiza mediante la proporción de correcciones y cambios que se aplicaron a los formatos y prescripciones NoPBS. Durante 2016, la Fundación Clínica del Norte realizó seguimiento a las prescripciones NoPos (ahora NoPBS) con el grupo de auditoría médica, y se encontró una proporción de formatos NoPBS devueltos al médico para corrección, cuyo acumulado para diciembre de ese año era del 9 %. La tendencia³ de los meses de

marzo (mes de inicio de la implementación de la Resolución) a julio de 2017 se ha mantenido inferior al 3 %, lo cual en gran parte se debe a la cultura de calidad generada por la auditoría eficiente y oportuna, que ha logrado impactar a los profesionales de la salud que prescriben servicios y tecnologías NoPBS.

Actualmente, otras instituciones afiliadas a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), tales como la IPS Universitaria, el Hospital Pablo Tobón Uribe y el Hospital General de Medellín, ya están disfrutando de esta aplicación con exitosos resultados.

³ En la totalidad del mes de enero, y parcialmente en febrero de 2017, la prescripción de NoPBS se realizó bajo el modelo de formatos NoPBS remitidos al Comité Técnico-Científico (CTC). Solo desde la segunda quincena de febrero (con una EAPB) y desde el 1 de marzo de 2017 (en la totalidad de EAPB) se prescribe por la plataforma del Ministerio.

Más de 14 mil millones de pesos entregó COHAN a hospitales de Antioquia*

En los últimos cinco años, la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (Cohan) distribuyó entre los hospitales asociados más de 14 mil millones de pesos como retorno cooperativo, lo cual, en medio de la enorme crisis que afecta al sector hospitalario en el país, representa una cifra especialmente significativa y además demuestra la capacidad de gestión de una empresa de carácter solidario que aporta al crecimiento de sus asociados.

En promedio, los hospitales públicos asociados a la Cooperativa recibieron en el período 2012-2016 el 7 % de retorno del total de las compras efectuadas a Cohan. Sin embargo, algunas instituciones de salud recibieron promedios mucho más altos, incluso por encima del 15 por ciento (28 ESE, de las cuales 23 correspondieron al primer nivel de atención) y

en los rangos entre el 10 y el 14 por ciento se ubicaron 35 hospitales públicos.

El significativo volumen de este retorno cooperativo de Cohan hacia sus asociados va más allá de ser una noticia positiva: en realidad es una demostración real de su aporte a la sostenibilidad de la red pública hospitalaria de Antioquia y, por ende, a la salud de los residentes en el departamento.

En el caso de Cohan, merece destacarse cómo esta redistribución de recursos se encuentra direccionada hacia todas las subregiones de Antioquia, pero adicionalmente hay que resaltar que los hospitales más beneficiados pertenecen al primer nivel de atención (118 ESE asociadas), en otras palabras, quienes más necesitan de apoyo para realizar efectivamente su gestión en salud en las comunidades más apartadas.

* Oficina de relaciones corporativas COHAN

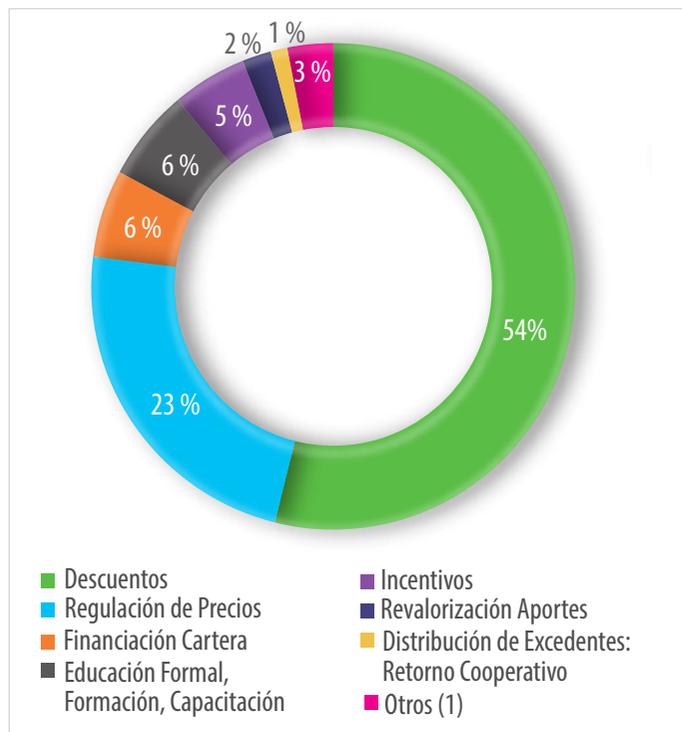
Clasificación por porcentaje y nivel de atención del retorno cooperativo 2012-2016

PORCENTAJE DE RETORNO	NIVEL	No. ASOCIADOS	VENTAS	RETORNO	% Retorno
Superior al 15%	Primer Nivel	23	18.353.149.086	3.202.586.777	17%
	Segundo Nivel	4	3.423.109.501	537.936.477	16%
	Tercer Nivel	1	2.434.381.589	421.934.346	17%
	TOTAL	28	24.210.640.176	4.162.457.600	17%
Entre 10% y 14%	Primer Nivel	32	18.984.037.753	2.223.191.390	12%
	Segundo Nivel	2	1.977.979.898	216.979.241	11%
	Tercer Nivel	1	4.383.353.523	503.804.034	11%
	TOTAL	35	25.345.371.174	2.943.974.665	12%
Entre 5% y 9%	Primer nivel	45	41.306.407.894	2.441.587.901	6%
	Segundo Nivel	5	81.971.375.287	4.026.164.769	5%
	TOTAL	50	123.277.783.181	6.467.752.670	5%
Menos de 5%	Primer Nivel	18	17.134.061.446	603.931.603	4%
	Segundo Nivel	4	7.464.062.313	231.943.225	3%
	TOTAL	22	24.598.123.759	835.874.828	3%
TOTALES		135	197.431.918.290	14.410.059.763	7%

Los beneficios entregados por Cohan a sus asociados están representados en descuentos financieros, financiación de cartera, regulación de precios frente al mercado, programas de capacitación continua, y apoyo para la educación universitaria de los empleados, hijos y cónyuges de los hospitales asociados, entre otros conceptos.

Durante los últimos cinco años, Cohan ha otorgado a los hospitales descuentos que alcanzaron más de 7.800 millones de pesos, lo que representa el 54 por ciento del total de beneficios. Un segundo concepto de especial importancia fue la regulación de precios, entendida esta como el ahorro obtenido por los hospitales al adquirir los insumos en la Cooperativa, frente a lo que les hubiese costado hacerlo por otros canales de distribución; en este caso el monto supera los 3.271 millones de pesos (23 % de los beneficios). A su vez, en la financiación de la cartera, aspecto en el que Cohan brinda un apoyo de gran significación a sus asociados en medio de la constante crisis del sector, los recursos retornados llegaron a los 909 millones de pesos, que representaron el 6 % de los beneficios.

Retorno Cooperativo Consolidado 2012-2016



La contundencia de las cifras demuestra el papel apalancador que viene cumpliendo la Cooperativa para el funcionamiento de la red pública hospitalaria, pero también debe concitar una reflexión en los hospitales públicos asociados, e incluso en los no asociados, acerca de elegir a la Cooperativa como opción tanto para el suministro de medicamentos e insumos, como para los otros servicios especializados que presta, y considerarla como la mejor opción para su sostenibilidad.

Si bien uno de los roles más significativos del accionar de Cohan ha sido la regulación de precios –tema de especial sensibilidad dentro del sector salud, y para el cual estrategias como las compras conjuntas les han permitido a los hospitales, públicos y privados, lograr mejores procesos de negociación que redundan en una mayor sostenibilidad dentro del sistema de salud–, el otro componente esencial del funcionamiento de la Cooperativa es la garantía de la calidad en los medicamentos que ofrece tanto a los hospitales como a las comunidades que estos atienden. El modelo de gestión implementado por la Cooperativa de Hospitales de Antioquia ofrece una garantía especial sobre la transparencia en el proceso de adquisición y conservación de toda la cadena de medicamentos y, por ende, brinda tranquilidad a los usuarios institucionales y a los pacientes, destinatarios finales de los productos farmacéuticos.

El magnífico retorno cooperativo que Cohan les traslada a las instituciones de salud, al lado de sus otras acciones, es una confirmación, 34 años después de su fundación, de la validez que la *asociatividad* tiene como concepto, para lograr, dentro del sector salud, una solidaridad que permita e impulse el crecimiento y desarrollo conjuntos, y que en el caso de Antioquia ha convertido a Cohan en el aliado ideal de los hospitales públicos.

Infocáncer.com, una plataforma con todo lo que usted necesita saber sobre cáncer

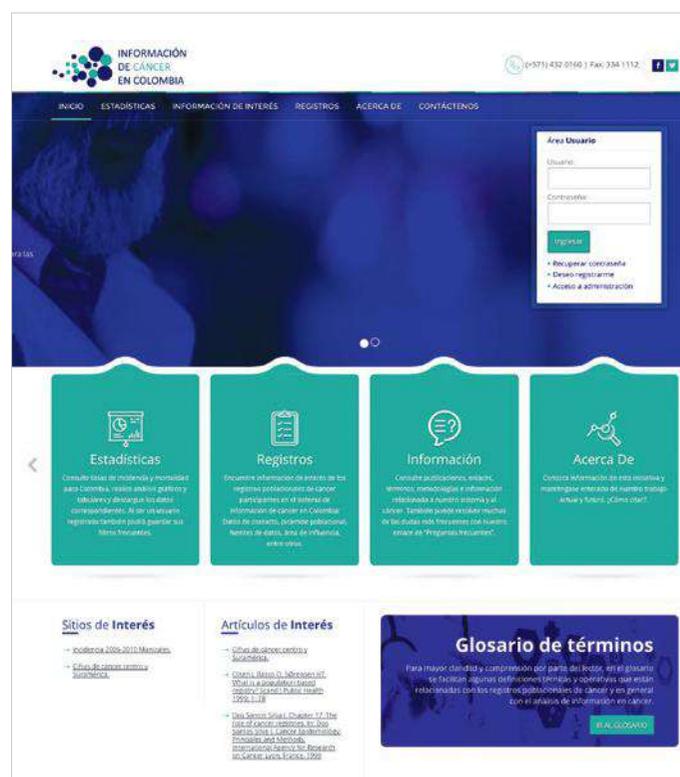
Cuando de cifras de cáncer en Colombia se trataba, siempre ocurrían tres cosas: las bases de datos no eran asequibles al público, tenían baja oportunidad en análisis y eran bases independientes. Sin embargo, las cosas han cambiado y el país ahora dispone de una nueva plataforma web –Infocáncer.com– en la que todos los ciudadanos podrán acceder a estadísticas y detalles de calidad específicos sobre el cáncer en Colombia.

Infocáncer.com es un espacio digital propuesto por el Instituto Nacional de Cancerología y creado en el marco de una convocatoria realizada por el Ministerio de las TIC y Colciencias para incentivar las soluciones tecnológicas que respondan a las necesidades del sector salud.

Nació así esta herramienta con el objetivo de ofrecerles a todos los ciudadanos un repositorio de registros de cáncer en Colombia, que permita conocer el panorama del país con relación a esta enfermedad.

Esta plataforma es útil para identificar “cómo ha sido la evolución del cáncer en Colombia, a través del tiempo, cuál va a ser el impacto de esta enfermedad en las regiones y asimismo la carga que está teniendo el cáncer”, declaró el Doctor Óscar Gamboa, especialista del Instituto Nacional de Cancerología.

Infocáncer.com es de gran utilidad para las investigaciones que se desarrollan para enfrentar y tratar esta enfermedad, puesto que cada dato



puede discriminarse por región, edad, sexo y tipo de cáncer, con lo cual se entrega un panorama completo sobre su comportamiento. A pesar de que estas bases siguen siendo independientes, están estandarizadas para seleccionar la información necesaria.

Otra de las importantes ventajas de esta herramienta es su posible uso en los diferentes dispositivos tecnológicos, ya que puede ser consultada desde computadores, tabletas o *smartphones*.

“Esta plataforma es un gran avance para el país: se realizó un importante trabajo para garantizar que todos los datos pudieran ser comparables con estándares de codificación internacionales”, concluyó Seryein Piragua, líder técnico del sistema de información de cáncer. 

¿Cuál debe ser el procedimiento que deben aplicar las secretarías de salud en sus procesos administrativos sancionatorios?

Fabiola Alba Muñoz*

Conforme lo disponen la Ley 10 de 1990, la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1011 de 2006, las direcciones seccionales, distritales y municipales de salud tienen como función principal la dirección local del Sistema de Salud; además, estas entidades autónomamente organizadas tienen a cargo la inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

A las direcciones de salud citadas les corresponde cumplir y hacer cumplir, en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en materia del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y de la reglamentación que para el efecto expide el Gobierno Nacional; realizar la divulgación correspondiente; y *“brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud, y los definidos como tales, para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas”*¹.

Aun cuando las funciones y atribuciones están claramente establecidas, algunos sujetos vigilados por estas entidades se han visto expuestos a complejas situaciones cuando enfrentan procesos administrativos sancionatorios, en los que a veces se vulneran los principios constitucionales del debido proceso y la legítima defensa.

Cuando se observa el proceso sancionatorio desde las garantías en el ámbito del derecho, resulta inexcusable cualquier actuación realizada por una entidad estatal fuera del marco legislativo y jurisprudencial. Entre las causas de esta situación, podría afirmarse que ella quizá se deriva, de una parte, del hecho de que se trata de entidades que responden a organizaciones regionales diferentes; y de otra, de interpretaciones indebidas frente a sus competencias y de las ‘facilidades’ investigativas que, por transición o aplicación de la Ley 1437 de 2011, fueron generando confusiones que en la práctica no se resolvieron en debida forma.

Nos hemos encontrado, por ejemplo, con que algunas secretarías de

* Jefe del Área Jurídica de la ACHC.

¹ Numeral 3, artículo 5, Decreto 1011 de 2006.

Salud, en sus investigaciones administrativas sancionatorias aplican el Procedimiento General administrativo del CPACA contenido en los *artículos 34 al 46*, y no el Procedimiento Sancionatorio contenido en los *artículos 47 al 52 de dicho Código*, que es el que efectivamente debe aplicarse en los procedimientos sancionatorios que involucren a los sujetos vigilados por dichas entidades.

Bien es sabido que, dada la naturaleza jurídica de los procesos sancionatorios, la defensa debe contar con estrictas y amplias garantías procesales. Sobre el debido proceso administrativo, la Corte Constitucional ha precisado que

... su cobertura se extiende a todo el ejercicio que debe desarrollar la administración pública en la realización de sus objetivos y fines estatales, lo que implica que cobija todas las manifestaciones en cuanto a la formación y ejecución de los actos, a las peticiones que presenten los particulares, y a los procesos que adelante la administración con el fin de garantizar la defensa de los ciudadanos².

Respecto de la observancia del debido proceso por la administración, ha señalado esta Honorable Corte que

... la Constitución Política consagra el debido proceso como un derecho de rango fundamental y garantiza su observancia no sólo

en el ámbito de las actuaciones judiciales sino en las de índole administrativo. Esa garantía constitucional se traduce en el respeto de la administración a las formas previamente definidas, a la salvaguarda de los principios de contradicción e imparcialidad, y a la garantía de que la actuación administrativa se surtirá respetando todas sus etapas y ajustándose al ordenamiento jurídico legal y a los preceptos constitucionales. Con ello se pretende garantizar el correcto ejercicio de la administración pública a través de la expedición de actos administrativos que no resulten arbitrarios y contrarios a los principios del Estado de derecho³.

Y específicamente en materia administrativa, la jurisprudencia de la Corte Constitucional

... ha establecido que los principios generales que informan el derecho fundamental al debido proceso se aplican igualmente a todas las actuaciones administrativas que desarrolle la administración pública en el cumplimiento de sus funciones y realización de sus objetivos y fines, de manera que se garantice: (i) el acceso a procesos justos y adecuados; (ii) el principio de legalidad y las formas administrativas previamente establecidas; (iii) los principios de contradicción e imparcialidad; y (iv) los derechos fundamentales de los asociados. Todas estas garantías se encuentran encaminadas a garantizar el

²Sentencia C-500 de 2011, MP: Luis Ernesto Vargas Silva.

³Ibidem.



Toda esta legislación y jurisprudencia es precisamente la que no aplican algunas Secretarías de Salud, lo cual constituye un error procesal que deriva en violación de garantías constitucionales y en desconocimiento del ordenamiento jurídico aplicable.

correcto y adecuado ejercicio de la función pública administrativa, de conformidad con los preceptos constitucionales, legales o reglamentarios vigentes y los derechos de los ciudadanos, y con el fin de evitar posibles actuaciones abusivas o arbitrarias de la administración a través de la expedición de actos administrativos que resulten lesivos de derechos o contrarios a los principios del Estado de Derecho. En este mismo

⁴Ver, entre otras, las sentencias T-391 de 1997 y T-196 de 2003.

⁵Los investigados podrán, dentro de los quince (15) días siguientes a la notificación de la formulación de cargos, presentar los descargos y solicitar o aportar las pruebas que pretendan hacer valer. Serán rechazadas de manera motivada, las inconducentes, las impertinentes y las superfluas y no se atenderán las practicadas ilegalmente.

⁶Artículo 48. Período probatorio. Cuando deban practicarse pruebas se señalará un término no mayor a treinta (30) días. Cuando sean tres (3) o más investigados o se deban practicar en el exterior, el término probatorio podrá ser hasta de sesenta (60) días.

Vencido el período probatorio se dará traslado al investigado por diez (10) días para que presente los alegatos respectivos.

⁷Artículo 49. Contenido de la decisión. El funcionario competente proferirá el acto administrativo definitivo dentro de los treinta (30) días siguientes a la presentación de los alegatos. El acto administrativo que ponga fin al procedimiento administrativo de carácter sancionatorio deberá contener:

1. La individualización de la persona natural o jurídica a sancionar. 2. El análisis de hechos y pruebas con base en los cuales se impone la sanción. 3. Las normas infringidas con los hechos probados. 4. La decisión final de archivo o sanción y la correspondiente fundamentación.

sentido, esta Corporación ha sostenido que estas garantías inherentes al debido proceso administrativo constituyen un contrapeso al poder del Estado en las actuaciones que desarrolle frente a los particulares.⁴

Estos pronunciamientos y esta línea jurisprudencial, que en la Ley 1437 de 2011 –el CPACA–, que están en consonancia con el Artículo 29 de la Constitución Nacional y su desarrollo jurisprudencial, crean un procedimiento especial sancionatorio, regulado en el Capítulo III, Procedimiento Administrativo Sancionatorio, desarrollado en los artículos 47 al 52 del CPACA. Pues bien, toda esta legislación y jurisprudencia es precisamente la que no aplican algunas Secretarías de Salud, lo cual constituye un error procesal que deriva en violación de garantías constitucionales y en desconocimiento del ordenamiento jurídico aplicable.

El artículo 47 del CPACA mencionado dispone, acerca del procedimiento administrativo sancionatorio:

Los procedimientos administrativos de carácter sancionatorio no regulados por leyes especiales o por el Código Disciplinario Único se sujetarán a las disposiciones de esta Parte Primera del Código. Los preceptos de este Código se aplicarán también en lo no previsto por dichas leyes.

Para el desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia de las Secretarías de Salud en materia de procedimiento administrativo no existe norma especial, ni se ha dispuesto procedimiento administrativo diferente, lo cual les impone a estas Secretarías que, al realizar procedimientos administrativos sancionatorios no regulados por leyes especiales, deben

dar aplicación al procedimiento sancionatorio del CPACA. Quiere decir lo anterior que el procedimiento debe tener: *i)* unas averiguaciones preliminares; *ii)* mérito para llevar a cabo el proceso, formulación de cargos y notificación personal al investigado; *iii)* presentación de descargos, en término de 15 días; *iv)* período probatorio de 30 días; *v)* traslado de 10 días para alegar las partes; y *vi)* decisión en 30 días. Lo anterior, tal como se ha dicho, se atiene a los términos de los artículos 47, incisos 3⁴, 48⁵ y 49⁷ del CPACA.

Así las cosas, conforme a los pronunciamientos de la Honorable Corte Constitucional, la no aplicación de la norma especial sancionatoria (artículos 47 al 52 del CPACA) viola abiertamente el derecho fundamental al debido proceso, lo que permite al afectado solicitar el amparo constitucional o legal mediante acción de tutela, o la acción legal de nulidad y el restablecimiento del derecho.

Vale precisar que el procedimiento general administrativo podría describirse como ‘más informal’ en materia probatoria, pues no tiene período probatorio definido ni etapa de alegatos, lo cual quizá le permite al funcionario público suponer que puede decidir las actuaciones con base en las pruebas e informes disponibles, que él considere son los necesarios para fallar. Algunos, han interpretado que puede ser justamente por esas laxitud e informalidad las causantes de que las Secretarías de Salud

preferan aplicar ese procedimiento administrativo general.

Con base en lo anterior, es importante que las instituciones prestadoras de servicios de salud velen por sus derechos fundamentales al debido proceso y contradicción plena de la prueba, que, tal como se ha descrito, se garantizan en el procedimiento sancionatorio del que tratan los artículos 47 al 52 del CPACA.

Sin duda, en los procesos sancionatorios, dada su naturaleza jurídica, deben extremarse las garantías procesales para la defensa. Un debido proceso sancionatorio debe contar con las etapas procesales correspondientes; con las notificaciones en debida forma que permitan conocer las actuaciones de la administración; con la oportunidad de realizar descargos; con un período probatorio que permita pedir y controvertir las pruebas, e impugnar los actos administrativos; y, además, que acusados e investigados puedan ejercer plenamente el derecho de defensa.

En palabras de una Secretaría de Salud,

... el derecho al debido proceso administrativo se vulnera por las autoridades públicas cuando estas no respetan las normas sustanciales y procedimentales previamente establecidas por las leyes y los reglamentos y con ello se vulnera de contera el derecho de acceso a la administración de justicia⁸. 

⁸ Resolución 0971, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Nuevas recomendaciones para hacer frente a las infecciones durante las cirugías: el rol de las suturas

Elizabeth Heins, MD¹

- La OMS publicó la primera edición de sus Guías Globales para la Prevención de Infecciones en Sitio Quirúrgico, con una recomendación dirigida al uso de suturas recubiertas de triclosán¹.



A finales de 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la primera edición de sus *Guías Globales para la Prevención de Infecciones en Sitio Quirúrgico*. Es la primera vez en la historia de la medicina que se genera una lista con 29 recomendaciones concretas y elaboradas por 20 de los más reconocidos expertos mundiales, a partir de 26 revisiones sistemáticas de evidencias recientes. Sin duda, este documento pone sobre la mesa la importancia de hacerle frente a la creciente carga de infecciones asociadas a la asistencia en salud (IAAS) en todo el mundo, tanto desde la perspectiva de los pacientes como de la de los sistemas de salud².

Las infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) son aquellas que se producen dentro de los 30 días posteriores a la operación y pueden ser de dos tipos: infecciones superficiales, que comprometen solo la piel; o más serias, que afectan tejidos bajo la piel, órganos o material implantado³. Este tipo de infecciones está entre las IAAS

más comunes en todo el mundo, generan aumento en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes quirúrgicos y representan una carga económica para los sistemas de salud⁴.

En países como Estados Unidos, por ejemplo, las infecciones en sitio quirúrgico se han reportado como el tipo más común de IAAS en el país, y ocurren hasta en el 3 % de todos los pacientes hospitalizados³. En el caso de los países de ingresos bajos y medianos, el número de infecciones quirúrgicas también se ha convertido en una problemática del sistema de salud. En África, las probabilidades de que las mujeres adquieran infecciones durante la cesárea han aumentado hasta el 20 %; en otros países, el 11 % de pacientes operados adquiere infecciones en el quirófano⁴.

Por otro lado, de los casos que se presentan por infecciones en atención sanitaria en Colombia, el 16 % de las infecciones corresponden a herida quirúrgica, y esto las ha convertido en una prioridad de salud pública⁶. Las cifras resaltan la importancia de

¹ Gerente Medical Affairs, Johnson & Johnson Medical Devices.

² OMS. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Consultado el 24/08/2017 en: <http://www.who.int/gpsc/ssi-guidelines/en/>

³ Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (1999). Guideline for prevention of surgical site infection, 1999.

⁴ FAQs About Surgical Site Infections. Consultado el 24/08/2017 en: http://www.cdc.gov/HAI/pdfs/ssi/SSI_taggged.pdf

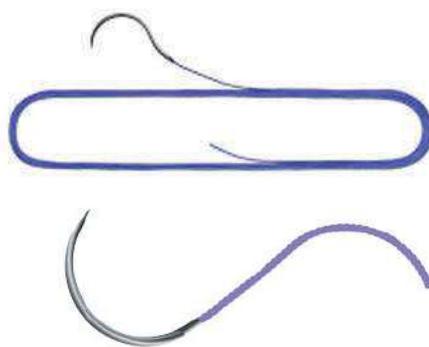
⁵ OMS. La OMS recomienda 29 formas de detener las infecciones quirúrgicas y evitar microorganismos multirresistentes. 2016. Consultado el 24/08/2017 en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/recommendations-surgical-infections/es/>

la implementación de estas nuevas guías para detener la propagación de microorganismos multirresistentes, e intentan brindar unas pautas de apoyo para las entidades sanitarias de todo el mundo con el fin de prevenir la incidencia de *infección del sitio quirúrgico*.

En cualquier tipo de situación, un paciente nunca se debería enfermar al buscar o recibir atención médica. Por eso la Dra. Marie-Paule Kieny, Subdirectora General de la OMS, afirmó que la prevención de las infecciones quirúrgicas nunca ha sido más importante, aunque es compleja y requiere de diversas medidas. Según la misma organización, las IAAS son el evento adverso más frecuente durante la prestación de atención sanitaria, y hasta la fecha ninguna institución ni país puede afirmar que ha resuelto el problema. Cada día, las IAAS provocan la prolongación de las estancias hospitalarias, la discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, e incluso, muertes que no debieran ocurrir⁷.

Entre las principales medidas pre- o intraoperatorias están⁸:

1. Mejorar el apoyo nutricional para los pacientes con bajo peso.
2. No suspender la medicación inmunosupresora antes de la cirugía.
3. Mantener la temperatura normal del cuerpo con el uso de dispositivos



de calentamiento en la sala de operaciones.

4. Uso de protocolos para el control de la glucosa en la sangre.
5. Mantener un control del volumen adecuado de la circulación.
6. Uso apropiado de cortinas y batas quirúrgicas.
7. Uso de guantes quirúrgicos.
8. Uso de la terapia profiláctica de herida por presión negativa en pacientes adultos.
9. Cambio de los instrumentos quirúrgicos para cada operación.
10. Uso de suturas antimicrobianas

La OMS entregó estas recomendaciones, dirigidas a pacientes, cirujanos e instituciones de todo el mundo, que se deben tener presentes antes, durante y después de ingresar a una cirugía. La organización busca cuidar la salud de los pacientes de manera integral, al reducir las infecciones en 39 % y generar eficiencia en la sala⁴.

Entre estas recomendaciones se puede resaltar el uso de suturas recubiertas con triclosán, independientemente del tipo de cirugía. Esta medida ha sido destacada por especialistas como Charles Edmiston, PhD, profesor

⁶ Diario El Occidente. Control de la infección, una prioridad de salud pública. 2016. Consultado el 24/08/2017 en: <http://occidente.co/control-de-la-infeccion-una-prioridad-de-salud-publica/>

⁷ OMS. Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria, 2016. Consultado el 24/08/2017 en: http://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es/

⁸ World Health Organization (2016). Global guidelines for the prevention of surgical site infection.



De nuestros Patrocinadores

emérito de Cirugía y ex epidemiólogo del Hospital Froedtert del Colegio Médico de Wisconsin en Milwaukee, quien afirmó que las suturas recubiertas de triclosán deben ser consideradas parte del enfoque integral basado en la evidencia de una institución, para reducir el riesgo de ISQ.

Esta recomendación cobra particular importancia porque ahora hay evidencia significativa para apoyar el uso de las suturas recubiertas de triclosán en prevención de ISQ⁹. Numerosos estudios han demostrado disminución del riesgo de ISQ cuando se usa sutura recubierta de triclosán en lugar de sutura estándar, incluidos ensayos controlados aleatorios múltiples, revisiones sistemáticas y numerosos metaanálisis⁸.

Ethicon y su compromiso con los estándares de calidad en las salas de cirugía

Junto con la Organización Mundial de la Salud, otras organizaciones y referentes del sector salud, como el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el Colegio Americano de Cirujanos y la Sociedad de Infección Quirúrgica, también han resaltado la importancia de estas guías, entre ellas la recomendación específica sobre el impacto positivo de las suturas revestidas con triclosán en la reducción del riesgo de infecciones del sitio quirúrgico.

Para Ethicon, compañía de Johnson & Johnson Medical Devices y líder en tecnologías quirúrgicas, es de fundamental importancia dar a conocer estas recomendaciones emitidas por la OMS, porque contribuyen al cuidado de la salud, y a mejorar y salvar vidas.

⁹Kristen A. Ban, Joseph P. Minei, Christine Laronga, Brian G. Harbrecht, Eric H. Jensen, Donald E. Fry, Kamal M.F. Itani, E Patchen Dellinger, Clifford Y. Ko, Therese M. Duane. American College of Surgeons and Surgical Infection Society: Surgical Site Infection Guidelines, 2016 Update. *Journal of the American College of Surgeons*, 2017; 224(1):59 DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2016.10.029 Consultado el 24/08/2017.

¹ Johnson & Johnson MDC Press Release (2017). The Centers for Disease Control and Prevention Updated Guideline now include a recommendation for Triclosan-Coated Sutures.

En este sentido, Ethicon ha desarrollado tecnologías que se convierten en una herramienta fundamental en la lucha contra las infecciones. Las *Suturas Plus* de la compañía son, hasta el momento, las únicas suturas disponibles en el mercado recubiertas con triclosán que inhiben las bacterias para evitar la infección de sitio quirúrgico, lo que convierte a Ethicon en un líder confiable en tecnología de suturas. El Doctor Charles Edmiston afirmó al respecto que las *Suturas Plus*, de Ethicon, desempeñan un papel importante en la reducción de las infecciones adquiridas en los hospitales, y, cada vez más, en la disminución de los costos del cuidado de la salud, lo cual respalda las acciones que abordan el control de los factores de riesgo asociados con ISQ¹⁰.

Luly de Samper, Vicepresidenta Regional de Ethicon para América Latina, dijo al respecto: *“Ethicon, con un legado de 60 años de innovación en suturas quirúrgicas, apoya plenamente las guías de la OMS y las publicaciones actualizadas de los CDC, porque comparte el mismo compromiso con la calidad de la atención al paciente. En la compañía trabajamos todos los días para diseñar el futuro de la cirugía poniendo al paciente en el centro de cada una de nuestras decisiones. Creemos que solo así podremos abordar las enormes necesidades del mercado de salud, alcanzando más pacientes y salvando más vidas”*.

Por su parte, la OMS ha anunciado que continuará publicando, a lo largo de 2017, herramientas en apoyo de la aplicación de las directrices. Esta guía de la OMS es una primera entrega mundial y está siendo conocida por igual por médicos, pacientes, autoridades sanitarias y ciudadanos. Ahora es tarea de todos promover estas directrices como herramientas de apoyo para reducir y lograr evitar las infecciones quirúrgicas en todo el mundo. **II**

Superintendencia Nacional de Salud legaliza el incumplimiento

En los últimos dos años los medios de comunicación han dado despliegue a grandes y múltiples casos de corrupción, y en algunos casos los entes de control han anunciado apertura de investigaciones y sanciones. Los colombianos hemos escuchado de irregularidades en la contratación de vías; de la conformación de carteles como el de la toga, el de la hemofilia, el del papel higiénico y los pañales (en este último, por cierto, el Ministerio de Salud nunca pidió ser parte del proceso para recuperar los recursos públicos con los que se pagaron cientos de pañales... Debe ser porque el Ministro considera que este insumo no es parte del derecho a la salud).

Pero esos serán temas para abordar en otra columna. En esta oportunidad me quiero referir al rol de la Superintendencia de Salud en los acontecimientos que han ocurrido luego de la venta de la EPS Cafesalud y el surgimiento de Medimás EPS, que inició operaciones el 1 de agosto de 2017 y de entrada incumplió dos requisitos críticos en una cesión de pacientes entre EPS saliente y EPS entrante que se habían anunciado así:

- *Continuidad de los tratamientos autorizados por Cafesalud EPS.* Nos

referimos a las órdenes de tratamientos que estaban en papelería de la EPS saliente –Cafesalud–, como entrega de medicamentos, fórmulas Mipres, tratamientos de quimioterapia y cirugías programadas, entre otras, y que según la Superintendencia de Salud se respetarían y serían válidas en Medimás para evitar interrupción de tratamientos. Valga la pena mencionar que muchas de ellas no estaban siendo satisfechas por Cafesalud, que terminó cumpliendo apenas con el 50 % de pacientes atendidos. La Superintendencia de Salud les aseguró a los pacientes de alto costo que esto se cumpliría y los remitió a la página web de la Supersalud y de la EPS recién entrada en funcionamiento, donde confirmaron que se respetarían todas estas autorizaciones.

- *Las tutelas que tuviera el paciente con Cafesalud seguirían siendo válidas para amparar el derecho a la salud.* Estas tutelas pasaban obligatoriamente a Medimás y por tanto se daría continuidad a los tratamientos amparados por ellas. Este anuncio también fue confirmado por la Supersalud en su página web y en la de la EPS naciente.

Pero ¿qué pasó el 1 de agosto de 2017 con los pacientes de Medimás

Néstor Álvarez Lara¹

¹ Representante de Pacientes de Alto Costo



De los usuarios

EPS? Que las promesas de estos dos anuncios no se cumplieron.

Los pacientes que tenían autorizaciones de Cafesalud, que fueron a reclamar medicamentos o tenían citas en IPS que no formaban parte de la integración vertical o incluso en algunas de la EPS misma, se encontraron con la sorpresa de que, para poder acceder a los servicios y según la EPS Medimás, todas las autorizaciones tendrían que ser cambiadas y deberían venir ahora en papelería de la nueva entidad.

El proceso que establecieron para este cambio tampoco fue expedito. Se debía asistir a los puntos de atención al usuario a radicar las autorizaciones para el cambio; en el caso de medicamentos, en algunos puntos de dispensación se tenía que dejar fotocopia de la autorización de Cafesalud y volver a los 8 días por el medicamento. Seguramente esta medida no se hubiera convertido en una muralla administrativa si Medimás hubiera dispuesto un plan de emergencia y por lo menos hubiera triplicado las personas y las oficinas dedicadas a estos trámites... Pero no, pasó todo lo contrario: había menos funcionarios atendiendo y solo recibían documentación pero no resolvían los problemas de los usuarios.

En el caso de los servicios amparados por tutelas tampoco cumplieron. Enviaron a los pacientes a que pidieran una modulación de la tutela para que saliera expedida a nombre de Medimás... ¿Se imaginan cómo se sintieron los pacientes al saber que nuevamente su tratamiento y calidad de vida dependerían de otro trámite administrativo de sus tutelas?

Por la cantidad de quejas que surgieron y por la ayuda que nos solicitaron los pacientes, nosotros estimamos que desde el primer día se empezaron a ver afectados no menos de 5.000 de ellos, y todo esto legalmente patrocinado por la Superintendencia Nacional de Salud. Lo afirmamos claramente porque desde el primer día de operación de Medimás, cuando los pacientes se encontraron con estas barreras, lo denunciarnos ante la Superintendencia y la

respuesta fue "Mándeme el caso que aquí lo solucionamos". Sin embargo, el problema fue creciendo y ya no ameritaba una respuesta para cada queja, sino que se hizo necesaria una acción directa contra Medimás EPS para, sencillamente, exigirle que cumpliera lo que anunció en público acerca de dar continuidad a la atención.

Como usuarios solicitamos una auditoría conjunta de pacientes y Supersalud a esta EPS, pero Supersalud jamás respondió la solicitud aunque siempre dijo que daría respuesta, pero, hasta el presente, nada hemos recibido.

Pasaron los días y solo con la presión de los medios y de los pacientes a través de redes sociales, y con plantones, se logró que Medimás cambiara esta directriz y se empezaran a recibir por lo menos algunos servicios amparados por tutelas interpuestas contra Cafesalud o Salucoop. Pero, ¿cuántos pacientes se afectaron? Miles.

El silencio de entes de control como la Defensoría del Pueblo y Contraloría –esta última aún no ha salido a defender los dineros públicos de la salud y sería triste que en el futuro anuncie que se esfumaron y que se supo tarde– no ayudó en nada a resolver el problema. Fueron los plantones de las madres suplicando que no dejaran morir a sus niños con cáncer o en situación de discapacidad, y las innumerables denuncias en las redes sociales y los medios de comunicación de esta crisis humanitaria causada por Medimás, las que llevaron a que la Procuraduría General de la Nación –tan solo un mes después de que iniciara labores esta EPS– les hiciera un requerimiento tanto a la Superintendencia Nacional de Salud como a la Defensoría del Pueblo para adoptar medidas contra Medimás.

Y contra miles de casos de incumplimiento demostrados, la respuesta de la Supersalud fue legalizar el incumplimiento de Medimás EPS, declarando que esta entidad estaba operando al 75%; esta afirmación deja un sinsabor entre nosotros los usuarios, porque estimamos que el incumplimiento supera sin duda el 50 %, y porque el ente de control de la salud acepta el incumplimiento sistemático de esta EPS y no toma las medidas respectivas para sancionarla. Esta es la forma más descarada de permitir que dineros públicos de la salud destinados a la atención no se utilicen para los fines previstos.

Como usuarios nos cuesta entender cómo un ente de control oficializa el incumplimiento de un contrato, cómo permite la entrada en operación de esta EPS, con una habilitación cedida, y no se toma el trabajo de verificar si disponía de una red de atención real, y, peor aún que, a pesar de estar demostrado que la red es insuficiente para atender los necesidades de los pacientes, sigue sin hacer nada...

Porque no se ha conocido públicamente que se haya abierto investigación alguna por este incumplimiento...

Para nosotros como usuarios es indignante que la Supersalud confirme que recibió 10.000 quejas por dificultades en la atención a los pacientes y tranquilamente le diga al país que solo ha podido resolver 3.000; es decir, esta entidad de control no hizo nada para impedir que a 7.000 pacientes les siguieran violando el derecho de la salud.

Con este tipo de actuaciones se demuestra que la Superintendencia de Salud no cumple su función, que permite y legaliza la violación del derecho fundamental a la salud de los colombianos, y que los demás entes de control, el gobierno y el país lo terminamos aceptando.

Y mientras tanto, Medimás sigue restringiendo el gasto, tanto así que se ha convertido realmente en "Medimenos". Por eso sería muy interesante echarle una mirada, entre otras cosas, a las tasas de mortalidad de cada una de las EPS en estos últimos meses y verificar cómo anda, en este aspecto, Medimás... 

Revista
Hospitalaria[®]
la revista del sector salud colombiano
www.achc.org.co



Paute con Nosotros !

Porque sus Productos y Servicios deben estar en la Publicación Líder del Sector Hospitalario

Info: publicidadhospitalaria@achc.org.co
comunicaciones@achc.org.co

Celular 314 4209545



Asociación Colombiana
de Hospitalarios y Clínicos

GLOSARIO NORMATIVO ACHC

*** Trascendente

**Importante

*Informativa

1. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

****Resolución 2501 (14 de julio).** Por la cual se define el porcentaje de los rendimientos financieros de la cuenta maestra de recaudo de cotizaciones en salud, por apropiarse por las Entidades Promotoras de Salud y las Entidades Obligadas a Compensar para el segundo semestre de 2017.

A través del presente decreto, el Ministerio de Salud y Protección Social define en setenta por ciento (70 %) el porcentaje de los rendimientos financieros de las cuentas maestras de recaudo de cotizaciones en salud, a apropiarse para todas las EPS y EOC, durante el segundo semestre de 2017, para financiar las actividades relacionadas con el recaudo de las cotizaciones, su gestión de cobro y la financiación de actividades relativas al manejo de la información sobre el pago de aportes y de los servicios financieros asociados al recaudo. Para el caso de las EPS y EOC que se encuentren en proceso de liquidación y por el período que este se extienda, el porcentaje por apropiar es del veinte por ciento (20 %).

**** Circular 023 (14 de julio).** Acciones en salud pública para la vigilancia, prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda (IRA).

Mediante la presente Circular, el Ministerio de Salud y Protección Social imparte instrucciones de obligatorio cumplimiento a las IPS y demás sujetos vigilados, respecto a las acciones en salud pública para la vigilancia, prevención, manejo y control de la infección respiratoria aguda (IRA), y deja sin efecto la Circular 032 de 2016.

****Circular 024 (19 de julio).** Directrices para el reconocimiento y pago de licencias de maternidad y paternidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 1822 de 2017).

La presente Circular imparte directrices, en el marco de las nuevas reglas jurídicas, para el reconocimiento y pago de las licencias por maternidad de los partos acaecidos a partir de la entrada en vigencia de la Ley 1822 de 2017, esto es, el 4 de enero de 2017. Para los partos ocurridos con anterioridad a dicha fecha, al reconocimiento y pago de la licencia por maternidad se aplicarán las disposiciones de la Ley 1468 de 2011.



**** Decreto 1297 (31 de julio).** Por el cual se adiciona el Capítulo 3 al Título 5 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con *“las medidas preventivas de toma de posesión de las entidades sometidas a inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud”*.

El presente decreto tiene por objeto regular y armonizar las medidas preventivas de la toma de posesión de que trata el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, en virtud del cual la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de lo previsto en las demás normas que regulen la toma de posesión y ante la ocurrencia de cualquiera de las causales previstas en el artículo 114 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, podrá ordenar o autorizar, a las entidades vigiladas, la adopción individual o conjunta de dichas medidas, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud y la adecuada gestión financiera de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

****Circular 026 (01 de agosto).** Actualización de la política de francos abiertos para el manejo de las vacunas en Colombia.

A través de la presente Circular se actualiza la política de francos abiertos para el manejo de las vacunas en Colombia, contenida en la Circular Externa 045 de 2013, de la siguiente manera: *i)* Vacunas líquidas multidosis en uso intramural: se modifica de 21 días a 28 días; *ii)* Vacunas líquidas multidosis en uso extramural: se modifica de 6 horas a 7 días; *iii)* Vacunas liofilizadas multidosis de uso intramural o extramural: la política actual de uso de vacunas

liofilizadas continúa igual, es decir, una vez reconstituidas deben ser aplicadas en las siguientes 6 horas o atendiendo a las recomendaciones de la casa productora, lo primero que suceda.

****Resolución 3015 (18 de agosto).** Por medio de la cual se incluye el Permiso Especial de Permanencia (PE) como documento válido de identificación en los sistemas de información del Sistema de Protección Social.

De esta manera, las entidades responsables del manejo de las bases de datos dentro del Sistema de Protección Social incluirán el tipo de documento PE en los respectivos sistemas de información, de acuerdo con las especificaciones descritas en la presente Resolución. Para lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social remitirá a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) la información que suministre la Unidad Administrativa Especial de Migración Colombia respecto de esta población, con el fin de que aquella aplique las validaciones y novedades en las bases de datos, conforme con la vigencia del Permiso Especial de Permanencia y de acuerdo con los lineamientos que para ello se expidan.

2. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

***** Resolución 2426 (19 de julio).** Por medio de la cual se resuelve la solicitud de aprobación del Plan de Reorganización Institucional – Creación de Nueva Entidad, presentado por Cafesalud Entidad Promotora de Salud S.A. (NIT 800.140.946-6) y Medimás EPS S.A.S. (NIT 901.0970473-5).

De esta manera, la Superintendencia Nacional de Salud aprueba el Plan de Reorganización Institucional presentado por el representante legal de Cafesalud EPS S.A., consistente en la creación de una nueva entidad, la sociedad Medimás EPS S.A.S. Se aprueba la cesión de los activos, pasivos y contratos asociados a la prestación de servicios de salud del plan de beneficios descritos en la solicitud, sus afiliados, así como la habilitación como EPS.



***** Resolución 2573 (04 de agosto).** Por la cual se LEVANTA la medida preventiva 'Programa de recuperación' ordenada a Alianza de Medellín Antioquia EPS S.A.S. (Savia Salud EPS), identificada con NIT 9000.604.350-0, mediante Resolución 002256 del 4 de agosto de 2016, y se ordena adoptar medida preventiva de 'Vigilancia especial'.

Lo anterior se hace teniendo en cuenta que el Comité de Medidas Especiales de la Superintendencia Nacional de Salud, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 3 de la Resolución 461 del 13 de abril de 2015, recomendó al Superintendente levantar la medida preventiva 'Programa de recuperación' y adoptar medida preventiva de 'Vigilancia especial' hasta el 31 de marzo de 2018, remover al revisor fiscal de la entidad y designar contralor.

****Circular Externa 008 (24 de agosto).** Instrucciones respecto a la ruta de atención integral (RIA) a víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.

Las IPS públicas, privadas y mixtas, en el marco de las acciones de gestión de la salud pública, deberán implementar paquetes integrales en las unidades de quemados para la atención ambulatoria de las víctimas. Asimismo, deberán realizar seguimiento y evaluación a la implementación de la RIA para las víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas que generen daño o destrucción al entrar en contacto con

el tejido humano en todos los servicios en los que esta medida tenga aplicación; conformar un equipo básico para la atención de las víctimas quemadas por agentes químicos; así como disponer de medicamentos e insumos para la atención integral en salud de las víctimas.

3. COMISIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS

***** Circular 011 del 11 de agosto de 2017.** Por la cual se incorporan al Régimen de Libertad Vigilada los dispositivos médicos anticonceptivos, se sustituye el Anexo Técnico N°. 1 contenido en la Circular 01 de 2015, y se dictan otras disposiciones.

Mediante la presente Circular, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos incluye en el régimen de libertad vigilada todos los dispositivos anticonceptivos con registro sanitario otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) que se comercialicen en el país. Igualmente, se sustituye el Anexo Técnico N°. 1 contenido en la Circular 01 de 2015, modificada por la Circular 02 del mismo año. ^[1]



Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

www.achc.org.co