

**CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN
SANTANDER EN EL AÑO 2007: UN ANÁLISIS SOBRE LA CALIDAD.**

SANDRA CATALINA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
BUCARAMANGA**

2013

**CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN
SANTANDER EN EL AÑO 2007: UN ANÁLISIS SOBRE LA CALIDAD.**

SANDRA CATALINA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

**Trabajo de grado para optar por el título de
Economista**

Director

Jorge Luis Navarro España

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN
BUCARAMANGA**

2013

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. LA REFORMA DE LA LEY 100 DE 1993 EN COLOMBIA	13
2. LA CALIDAD DENTRO DEL CONTEXTO DE SALUD Y DESARROLLO NACIONAL	30
3. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2007	42
4. CONCLUSIONES	59
BIBLIOGRAFÍA	65

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfico 1. Instituciones, flujos e innovaciones introducidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	18
Gráfico 2. Esquema de calidad – efectos de la estructura en proceso.	32
Gráfico 3. Porcentaje de usuarios de consulta externa. Santander 2007.	44
Gráfico 4. Porcentaje de usuarios de servicios de hospitalización. Santander 2007.	45
Gráfico 5. Usuarios de consulta externa que le han aplicado la encuesta del SISBEN y clasificado. Santander 2007.	46
Gráfico 6. Nivel educativo de los usuarios. Santander 2007.	47
Gráfico 7. Nivel Eventos de uso de servicios entre los afiliados en el departamento según tipo de afiliación Santander 2007.	48
Gráfico 8. Motivo de la consulta en usuarios. Santander 2007.	49
Gráfico 9. Libertad de elección de institución a la cual acudir en el momento de consulta externa. Santander 2007.	50

Gráfico 10. Libertad de elección del profesional el cual practicará el tratamiento en consulta externa. Santander 2007. 51

Gráfico 11. Tiempo de espera (promedio en minutos) de los usuarios desde que acudieron a servicios de consulta externa hasta ser atendidos según el régimen de afiliación declarado. Santander 2007. 53

Gráfico 12. Niños con Enfermedad Diarreica Aguda que se les puso o suministró suero. Santander 2007. 55

Gráfico 13. Formulación de terapia respiratoria en consulta de atención a niños con Infección Respiratoria Aguda. Santander 2007. 56

Gráfico 14. Medio de transporte del herido en accidentes de tránsito a institución tratante. Santander 2007. 57

RESUMEN

Título: Caracterización De La Oferta De Servicios De Salud En Santander En El Año 2007: Un Análisis Sobre La Calidad.

Autor: Sandra Catalina Sánchez Hernández.

Palabras Claves: salud, calidad, oferta, Santander, caracterización,

Resumen: En Colombia, la prestación de los servicios de salud es reglamentada bajo la Ley 100 de 1993, que establece un modelo de intercambio entre la oferta (empresas y personas prestadoras de servicio de salud: médicos, clínicas, enfermeras, etc.) y la demanda de dichos servicios (pacientes) a través de unos intermediadores, denominada como EPS (Empresas Promotoras de Salud), encargados principalmente de realizar el recaudo por conceptos de seguridad social de empresas, empleados e independientes, y ofrecer a estos los servicios de salud, bajo un estándar de igualdad, es decir sin hacer diferenciación en la calidad del servicio entre personas de nivel bajo, medio o alto de ingresos. Ésta investigación busca realizar una caracterización del estado de la oferta de servicio de salud en Santander, esto con el fin de comprender un poco más el efecto positivo o negativo que ha tenido el modelo de salud de la Ley 100 de 1993, en conseguir un servicio de salud de calidad que garantice un desarrollo económico y social sostenible en el largo plazo. La principal herramienta para lograr dicho análisis será un análisis estadístico descriptivo que evalúe las variables de la Encuesta Nacional de Salud Pública 2007 en materia de condiciones críticas (mínimas) para la atención de usuarios en los servicios de salud en las IPS de Santander. Éstas variables permitirán establecer si la presentación del servicio de salud en el departamento es eficiente o si por el contrario, no cumple con las condiciones mínimas de atención que permitan cumplir los objetivos de salud pública propuestas por el gobierno nacional.

· Proyecto de Grado

· Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Director: Jorge Luis Navarro España.

ABSTRACT

Title: Caracterización De La Oferta De Servicios De Salud En Santander En El Año 2007: Un Análisis Sobre La Calidad.

Author: Sandra Catalina Sánchez Hernández.

Palabras Claves: salud, calidad, oferta, Santander, caracterización,

Abstract: In Colombia, the provision of health services is regulated under Act 100 of 1993, which provides an exchange model between supply (companies and individuals health service providers: doctors, clinics, nurses, etc.) And demand of these services (patients) through a intermediators called as EPS (health Promoting Enterprises), primarily responsible for performing the collection of social security concepts of companies, employees and independent, and provide these health services under a standard of equality, ie without differentiation in service quality among people of low, medium or high income. This research aims to perform an analysis of the current supply of health service in Santander, this in order to understand a little more positive or negative effect it has had on health model of Act 100 of 1993, getting a service quality health care to ensure sustainable economic and social development in the long run. The main tool for this analysis is a descriptive statistical analysis to assess the variables of National Public Health Survey 2007 regarding critical conditions (minimum) for the attention of users of health services in the IPS of Santander. These variables allow to establish whether the presentation of the health service in the department is efficient or whether on the contrary, does not meet the minimum requirements of care to meet the objectives of public health proposed by the national government.

· Proyecto de Grado

· Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración. Director: Jorge Luis Navarro España.

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho fundamental de la constitución colombiana y principio de evaluación del nivel de desarrollo de cualquier país, en tanto, es una de las fuentes indispensables de la misma. Por tal razón, desde siempre y en todas las ramas políticas y de pensamientos económicos y sociales, el estudio de este factor se ha hecho indispensable al momento de emitir los juicios de valor frente al resultado de diferentes políticas de cada gobierno. Y esto no es por azar, pues la prestación del servicio de salud, especialmente en la prevención y atención inicial de enfermedades en la población de un país, es uno de los más importantes pilares de desarrollo para cualquier comunidad, por lo tanto se encuentra expresada como uno de los más importantes objetivos para un gobierno en búsqueda de un crecimiento económico y social igualitario.

En Colombia, la prestación de los servicios de salud está reglamentada bajo la Ley 100 de 1993. Esta ley establece un modelo de intercambio entre la oferta (empresas y personas prestadoras de servicio de salud: médicos, clínicas, enfermeras, etc.) y la demanda de dichos servicios (pacientes) a través de unos intermediadores, denominada como EPS (Empresas Promotoras de Salud). Las EPS son encargadas principalmente de realizar el recaudo por conceptos de seguridad social de empresas, empleados e independientes, y ofrecer a estos los servicios de salud, cuando estos sean requeridos, bajo un estándar de igualdad, es decir, sin hacer diferenciación en la calidad del servicio entre personas de nivel bajo, medio o alto de ingresos. En teoría este es un modelo que garantiza una atención igualitaria y de calidad para todas las personas, debido a que la competencia planteada en él busca estas premisas.

En ese sentido, el objetivo principal de este proyecto de grado es comprender el efecto positivo o negativo que ha tenido el modelo de salud de la Ley 100 de 1993 en conseguir un servicio de salud de calidad que garantice un desarrollo económico y social sostenible en el largo plazo. La contribución que realiza la autora a este tema tan importante radica en el análisis de los datos obtenidos en Encuesta Nacional de Salud Pública 2007, específicamente para el departamento de Santander, para así tener evidencia que enriquezca la caracterización del sistema de salud, y más que eso que den luces respecto a la calidad del mismo de una manera objetiva. Se considera que es importante este aporte debido a los pocos estudios realizados en el departamento respecto a este tema sobre todo análisis basado en criterios medibles.

Ahora bien, la importancia de realizar esta investigación está fundamentada en el principio del servicio de salud como componente fundamental del desarrollo de cualquier comunidad, y la responsabilidad de los economistas frente a ésta, de brindar las direcciones y objetivos que lleven a lograr el tan anhelado desarrollo integral de las mismas. Desde esta perspectiva, es responsabilidad de los economistas, a través de estos estudios y análisis, brindar conclusiones claras que ayuden a esclarecer situaciones de riesgo o detonantes de retraso social para cualquier comunidad de personas. De hecho, en los objetivos del milenio de la ONU de los ocho, tres tienen que ver con la salud: reducir la mortalidad infantil en dos tercios, reducir la mortalidad materna en tres cuartos y reducir la propagación de las enfermedades de transmisión sexual.

En ese sentido el documento se organizará de la siguiente manera: el proyecto de grado está dividido en tres grandes capítulos que componen de forma coherente el objetivo de análisis de este proyecto de grado. En el primer capítulo se analiza el

contexto sobre el cual está expresado la política de salud del país, la Ley 100 de 1993, haciendo un recuento sobre el contexto que dio pie a la expedición de esta Ley, cual fue su concepción de lo que debía ser el servicio de salud en Colombia, la explicación general de la norma y por último, las críticas que han surgido sobre esta en los 20 años de su vigencia.

En el segundo capítulo, se realiza un marco sobre los conceptos de calidad y salud, y como estos se interconectan a fin de producir los estándares sobre los cuales se han basado la política y directrices de desarrollo en salud a nivel mundial, y que han servido de base para conformación de las políticas de salud y desarrollo de diferentes países, entre ellos, Colombia.

Con el tercer capítulo se presenta el marco y resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2007, fuente de información sobre la cual se ha desarrollado esta investigación, analizando específicamente los resultados del departamento de Santander, y a partir de allí realizar la caracterización del servicio de salud en el departamento, analizando si estos cumplen con los objetivos propuestos de calidad que son necesarios para garantizar el desarrollo del país.

Finalmente, en el capítulo final se presentan unas recomendaciones o conclusiones de la investigación, analizando el contexto expuesto en los primeros capítulos frente al resultados e información primaria que se presenta en el tercer capítulo, el objetivo de estas conclusiones en presentar unas luces sobre los datos que arroja las fuentes de información, y el análisis de estos a la luz del contexto teórico que lo rodea.

1. LA REFORMA DE LA LEY 100 DE 1993 EN COLOMBIA

Desde la visión de desarrollo de un país, los encargados de garantizar las políticas sociales de las comunidades, deben enfocar sus esfuerzos a lograr la prestación de un servicio de salud equitativo a la vez de garantizar su viabilidad financiera en el largo plazo. Y es precisamente esta disyuntiva la que ha llevado a la conformación de bucles entre la calidad y la sostenibilidad de la salud en la gran mayoría de países¹.

Para el caso colombiano el proceso de transformación del modelo económico de salud inició con la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, en la cual se dio creación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Desafortunadamente los pocos estudios realizados con el fin de medir indicadores claves en los alcances y mejoras que logró el nuevo sistema se han demostrado insuficientes, en tanto no existe una línea base que permita evaluar un antes y después de la implementación de ésta sanción.

Un punto que sí han permitido determinar los estudios realizados es el aumento de la cobertura de asegurados, especialmente en los segmentos de ingresos más bajos, aun así, se mantiene incierto si esta cobertura implica también una mejora en el acceso efectivo y real a los servicios de salud igual al aumento en el aseguramiento.²

¹ CASTAÑO, R., ARBELÁEZ, J., GIEDION, U., & MORALES, L. (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Internet:

<http://ideas.repec.org/p/col/000140/002651.html>

² *Ibíd.*,

Antes de la expedición de la Ley 100, el sistema de salud en Colombia era inequitativo en tema de aseguramiento, asignación de recursos, accesibilidad a los servicios, y financiamiento general del sistema³, todas estas inequidades eran evidentes hacia finales 1992, cuando únicamente el 45% de los ciudadanos urbanos y cerca del 80% de la población rural no contaban con un sistema de seguridad social.⁴

Para esta población su acceso estaba a la merced del limitado servicio que podría brindar las instituciones de salud pública, donde especialmente en las áreas rurales, contaban con servicio precario de asistencia médica, sin los componentes mínimos de atención de enfermedades y problemas de alta complejidad médica, la otra opción con que se contaba para el acceso a los servicios de salud, era un acceso informal con sanadores y médicos privados que elevaban los costos de acceso a los servicios básicos de atención en salud⁵.

Otra de las grandes y evidentes inequidades del sistema era la financiación del mismo, mientras el 20% de la población más rica solo invertía un 1.4% de sus ingresos en gastos de salud y servicios médicos, el 20% con menor poder adquisitivo debía invertir 7.5% de sus ingresos en los servicios de seguridad social. Esto conllevó a una informalización de los sistemas de salud que terminaron por afectar aún más los costos que debían asumir los usuarios por la prestación del servicio.

³ MOLINA, C., Giedion U. (1993), Distribución del Gasto Público en Salud en Colombia, Banco Mundial, Fedesarrollo.

⁴ CASTAÑO, R., ARBELÁEZ, J., GIEDION, U., & MORALES, L. (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Internet: <http://ideas.repec.org/p/col/000140/002651.html>

⁵ Ibíd.

Este contexto de inequidad y baja calidad en el servicio, sentaron las bases para necesidad de revisar opciones que permitieran crear un sistema de salud claro, en el cual, en propósito, se pudiese mejorar la cobertura del servicio especialmente en las zonas rurales y brindar un servicio fiable financieramente en el largo plazo, así como en los costos que debía asumir cada usuario por su servicio.

Teniendo en cuenta todo el contexto de inequidad e insostenibilidad para el funcionamiento de un sistema de salud nacional enfocado a responder a las necesidades de atención en salud del país, en el Congreso de la República se inició el trámite de una reforma de salud que buscara responder dichas necesidades. En el año 1992 se inició el debate sobre el marco jurídico que contendría la instrucción para un nuevo modelo de salud en el país.

El objetivo con el cual fue creada la reforma era mejorar sustancialmente la cobertura universal y la eficiencia del servicio en la prestación de salud, a fin de combatir las inequidades que presentaba el modelo de seguridad social antes de la implementación de esta Ley⁶.

Para el cumplimiento de los resultados propuestos con la reforma, se trazaron diferentes objetivos para su desarrollo, en los que se encontraba, en primer lugar, el introducir competencia entre los aseguradores, con el fin de mejorar la calidad del servicio prestado. Antes de la reforma, existían en el país dos grandes aseguradoras, una para los empleados y trabajadores del sector privado, el Instituto de Seguro Social (ISS) y otro para el sector público la Caja Nacional de

⁶ CASTAÑO, R., ARBELÁEZ, J., GIEDION, U., & MORALES, L. (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Internet: <http://ideas.repec.org/p/col/000140/002651.html>

Previsión (CAJANAL), y un pequeño número de aseguradoras para la administración de salud de instituciones públicas del nivel departamental y municipal, quienes tenían como prisioneros a sus afiliados pues estos no tenían opción de cambiar entre las aseguradoras disponibles⁷.

En el nuevo modelo de salud, planteado con la reforma de la Ley 100, los empleados, independientes y pensionados con la capacidad de aporte a los servicios de seguridad social debían afiliarse al Régimen Contributivo de Salud, con una de las denominadas Entidades Prestadoras de Salud (EPS) al cual debían realizar los aportes mensuales equivalentes al 12% de su salario o ingresos.

Mientras que el segmento de la población de bajos recursos, sería atendido a través de las Administradoras de Régimen Subsidiado, conocidas como ARS, dentro del régimen subsidiado de salud en Colombia, el cual sería sostenido a través de los recursos públicos que la nación giraría para el concepto del cubrimiento de los servicios de salud.

Otro de los grandes, avances con el nuevo modelo impuesto con la Ley 100, fue el del Plan Estandarizado de Afiliados⁸, con el cual se buscaba eliminar la competencia de precios para fomentar una competencia enfocada hacia la calidad y cobertura del servicio de salud, de igual forma, se dio creación al Plan Obligatorio de Salud, esquema del plan de beneficio de salud estándar creado con el fin de eliminar la competencia de producto, y de esta forma garantizar que el

⁷ CASTAÑO, R., ARBELÁEZ, J., GIEDION, U., & MORALES, L. (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Internet:

<http://ideas.repec.org/p/col/000140/002651.html>

⁸ Idíd.

servicio de salud en Colombia estuviese garantizado de forma igualitaria en cobertura y calidad.

Respecto a los hospitales, encargados antes de la reforma, de la administración de servicios de salud, bajo el nuevo esquema de la Ley 100, estos perderían poco a poco los subsidios a la oferta, en la misma proporción en que los ciudadanos fuesen afiliados a las EPS o ARS, según su capacidad económica. A partir del punto de inflexión, en que la población estuviese cubierta por los servicios de salud en las respectivas aseguradoras, serían estas últimas, quienes adquirirían directamente los servicios de prevención y atención de servicios de salud a dichos hospitales. El objetivo de esta estrategia era lograr que estos últimos modernizaran sus servicios e instalaciones y compitieran en calidad y precio por la prestación de los servicios ante las aseguradoras⁹.

En conclusión, en Colombia la reforma de la Ley 100 creó un sistema de seguridad social basada en la competencia como herramienta principal para mejorar los índices de eficiencia y calidad, en la que las aseguradoras debían cumplir con unos criterios de servicio, para los usuarios contaban con la posibilidad de realizar una elección informada sobre las diferentes aseguradoras, contando con un plan de servicio mínimo estandarizado, al cual todos los afiliados tendrían el mismo acceso¹⁰.

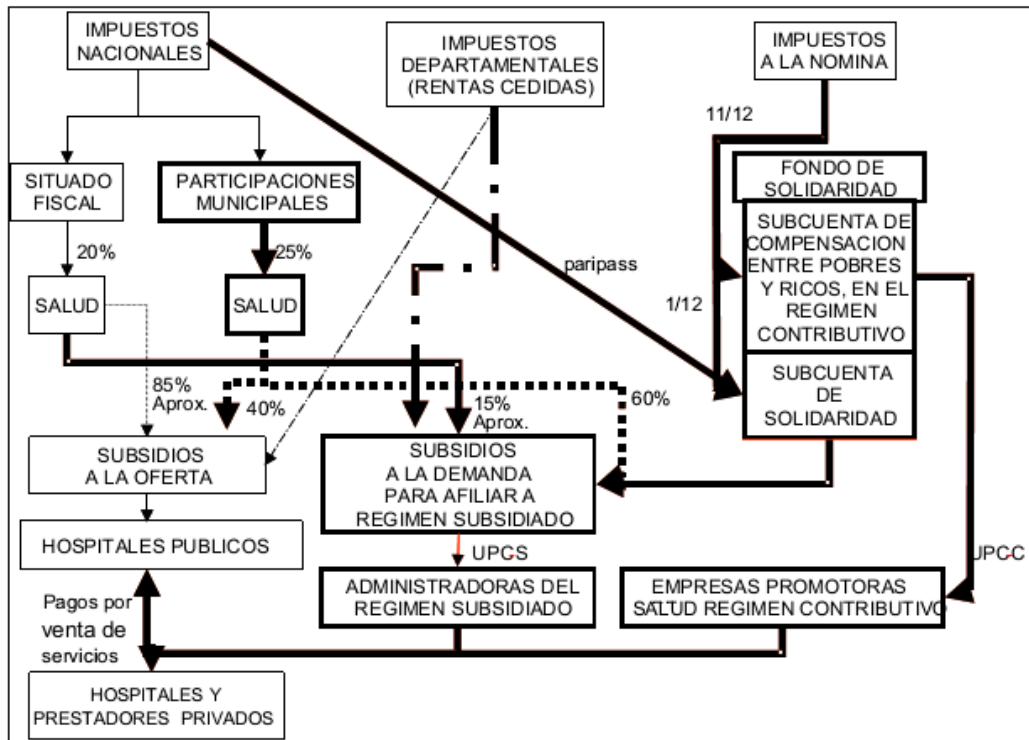
⁹ CASTAÑO, R., ARBELÁEZ, J., GIEDION, U., & MORALES, L. (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Internet:

<http://ideas.repec.org/p/col/000140/002651.html>

¹⁰ *Ibíd.*

El principal cambio de la reforma a la salud de la Ley 100 de 1993, radica en la financiación de todo el modelo, para lo cual se requirió la inducción de un alto número de cambios financieros, que se ilustran en el siguiente gráfico:

Gráfico 1. Instituciones, flujos e innovaciones introducidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.



Nota: Las líneas se ilustran en diferentes formatos (puntos, raya continua, etc.), para mostrar que son flujos diferentes.

- Flujos existentes antes de la reforma
- ▭ Instituciones existentes antes de la reforma
- Flujos creados por la reforma
- ▭ Instituciones creadas por la reforma

Fuente: CASTAÑO, R., ARBELÁEZ, J., GIEDION, U., & MORALES, L. (2001).

Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud.

Dentro de las modificaciones del sistema, que se ilustran en la gráfica anterior, se observan los nuevos medios de financiación en la reforma, entre los cuales se encuentra en primer lugar, transferencias municipales, recursos que se iniciaron a girar del presupuesto nacionales a los municipios con el fin de financiar los aportes y programas de prevención y atención del régimen subsidiado¹¹.

En segundo lugar, el siguiente cambio en la financiación de la reforma, fueron los aportes del régimen contributivo, equivalentes al 12% de los ingresos de la población empleada y/o con capacidad de pago para apoyar la sub-financiación del sistema subsidiado, a través de un fondo de solidaridad, conocido como el FOSYGA, Fondo de Solidaridad Y Garantía¹².

Así como la reforma de la Ley 100 creó nuevos métodos de financiación, y esto fue precisamente uno de los mayores aportes de la Ley, también generó un nuevo flujo en los recursos del sistema, retomando el mismo sistema de financiación anterior a la reforma pero mejorando el efecto redistributivo del sistema, creando un punto de solidaridad, en el que el doceava parte de los aportes que realizan los empleados en pagos de seguridad social se destinan a ese fondo de solidaridad para el financiamiento de los servicios de salud de la población sin recursos o capacidad de pago. Lo cual se erigió como uno de los principales cambios establecidos con la reforma y el nuevo esquema de salud en el país.

¹¹ CASTAÑO, R., ARBELÁEZ, J., GIEDION, U., & MORALES, L. (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Internet: <http://ideas.repec.org/p/col/000140/002651.html>

¹² *Ibíd.*

Si bien antes de la reforma de la Ley 100 de 1993, existía un modelo similar de financiación con aportes proporcionales a los ingresos de los afiliados al sistema, lo cual generaba una redistribución de los costos financieros entre pacientes y personas sanas, aportantes con capacidad de pago y población sin recursos. La gran diferencia entre el modelo anterior a la reforma y la Ley 100 de 1993, consistía precisamente en el punto de equilibrio, creado para generar una mejor redistribución de los recursos y garantizar un servicio de salud a toda la población, independiente de su capacidad de pago.

Ahora bien, este modelo de financiación ha afrontado grandes críticas desde la implementación del modelo de salud de la Ley 100, puesto que esta ha sido acusada de suprimir los valores humanitarios y científicos, propios e imprescindibles de la atención médica, en tanto, a pesar de los grandes recursos que han sido asignados para la atención en salud, estos se han desviado en su gran mayoría para cubrir gastos administrativos, dejando sin recursos la investigación en capital humano y planta física, medios indispensables para garantizar un servicio de salud incluyente y de calidad¹³.

Especialmente, los últimos años los hospitales públicos han enfrentado los más grandes problemas económicos, resultados del modelo de financiación de la reforma de la Ley 100, puesto que las EPS han destinados los dineros de aportes al sistema particulares y públicos al cubrimiento de sus gastos operativos, relegando los pagos por la prestación del servicio hasta 1 año después de facturados por los hospitales. En el caso de Bogotá, las EPS adeudan \$ 220.000 millones de pesos, estas deudas son tan antiguas que el distrito consideran

¹³ CASTAÑO, R., ARBELÁEZ, J., GIEDION, U., & MORALES, L. (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Internet: <http://ideas.repec.org/p/col/000140/002651.html>

imposibles de recuperar. Aun así, los problemas de cartera de hospitales son un síntoma nacional del estado de los prestadores de salud, En Antioquia las deudas alcanzas 472.000 millones, Santander con un margen de 85.000 millones en deuda, y departamentos tan deprimidos económicos como Choco con un margen de deudas en el sistema de salud de 45.000 millones de pesos, Es decir, en total a la red de hospitales del país se adeudan alrededor de 3.8 billones de pesos¹⁴, lo cual demuestra una situación insostenible para la prestación de servicios de calidad, si además se tiene en cuenta que desde la promulgación de la norma de la Ley 100 de 1993 no se ha construido un solo hospital público de alta complejidad¹⁵, demostrando de esta forma que la atención de pacientes ha aumentado a un nivel casi total en la misma red de hospitales públicos y privados del país.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que estos resultados se alejan completamente a los propuestos dentro de la reforma de la Ley 100, puesto que en concepto de expertos en el área de reformas sanitarias, el propósito de esta cumplía con un objetivo a la fecha incalculable en mejorar el acceso al servicio, como lo era trasladar dos controles simultáneamente que eran el aseguramiento del 100% de la población y la transformación de los sistemas hospitalarios, es decir, en una misma reforma, se buscaba usar eficientemente los recursos del sistema que generaran un acceso completo a los servicios de salud, complementando la equidad en el servicio¹⁶.

¹⁴ EDITORIAL. Hospitales, una crisis que desvela. En: El Tiempo. Bogotá D.C. 07 de julio de 2012. Editorial.

¹⁵ *Ibíd.*

¹⁶ RUÍZ, Fernando. Los tres males del sistema de salud. En: El Espectador. Bogotá D.C. 20 de julio de 2012.

Si se tiene en cuenta que antes de 1993, la cobertura del sistema de salud era totalmente inequitativa puesto que cubría un 74.3% de las necesidades médicas de los más ricos, frente a un único 16% de la población más pobre, mientras que al año 2010, la Encuesta de Calidad de Vida mostró una cobertura de salud del 71% y 83%, lo cual representa un alcance de este objetivo representativamente alto¹⁷.

Según lo establece el profesor Hsiao de la Universidad de Harvard, este gran alcance también represento el primer gran problema del sistema: la demanda de servicios de salud desbordó la oferta del servicio, puesto que la cobertura aumentó en un 72% en solo 12 años, además de tener en el país con un nivel de hospitalización cercano a los niveles de países industrializados en Europa, muy por encima de los países latinoamericanos, además de ser este acceso prácticamente igual entre ricos y pobres.

A pesar de estos importantes resultados encaminados a un objetivo de equidad y cobertura, los recursos aportados al sistema por contribuyentes y el Estado, fueron invertidos hacia el cubrimiento de gastos operativos de las prestadores de salud, intermediarias en la prestación del servicio, sin que estos recursos llegaron efectivamente a los verdaderos prestadores del servicio: los hospitales e instituciones de salud, por lo que son han formado nueva instituciones de salud con la capacidad operativa y de calidad de prestación de dicho servicio. Es decir, el mismo sistema de prestación del servicio de hace 20 años recibió la atención de un 72% más de pacientes de los que atendían para 1.992.

¹⁷ RUÍZ, Fernando. Los tres males del sistema de salud. En: El Espectador. Bogotá D.C. 20 de julio de 2012.

Así mismo, el profesor Hsaio determinó el segundo gran problema del sistema de salud, y es relacionado con la desfinanciación del mismo, la cual queda claramente establecida si se compara el nivel de inversión del Estado por cada usuario del sistema, el cual, para el caso de Colombia es de 28 billones por el total de pacientes, es decir, solo \$ 600.000 por colombiano al año, mientras que el saldo debe ser asumido por el usuario como tal; mientras que en un país como México invierte en promedio \$ 1.400.000 por cada usuario del sistema de salud, con un plan de cubrimiento bastante menor al del régimen subsidiado colombiano¹⁸.

Finalmente, el tercer gran problema que establece el profesor Hsaio en la reforma de la Ley 100, es la disyuntiva ente los objetivos planteados por el Estado colombiano y los agentes gremiales del sector salud, donde han proyectado a la población una respuesta negativa hacia el sistema y la capacidad para gobernar el estado, en tanto este, no ha tenido la capacidad para controlar, y al contrario lo que ha generado un sobreconsumo con las decisiones anti técnicas que estimulan perversamente el sistema, ya que, el Estado en Colombia, es el comprador del aseguramiento, además de imponer el precio de los servicios conocidos como la UPC, así mismo define las características del producto, establecidas en el POS y finalmente transfiere el riesgo del servicio a las EPS – IPS y proveedores, lo cual ha generado en ellos un estado de ferocidad por recibir rentas que mantengan la sostenibilidad de sus empresas, generando acciones como el recobro por servicios o el no pago de los mismos, finalmente, bajo ese escenario salvaje, todos los actores pierden participación y se aleja del mercado regulado y transparente que debería generar el modelo de la Ley 100 de 1993¹⁹.

¹⁸ RUÍZ, Fernando. Los tres males del sistema de salud. En: El Espectador. Bogotá D.C. 20 de julio de 2012.

¹⁹ *Ibíd.*

Además de la reforma de la Ley 100 de 1993, el Estado se ha visto en la necesidad de promulgar nuevas normas que apoyen la ejecución de la Ley 100, puestos que en los 20 años de ejecución de la ley, se han hecho necesarias para el cumplimiento de las mismas.

Es necesario retomar los objetivos con los cuales fueron propuestos en la Ley 100: en primer lugar, lograr una cobertura total en salud, y en segundo lugar, una buena calidad en el servicio prestado. Los cuales podrían ser alcanzados si se lograra que el Estado realizará una adecuada regulación, además de tener unos aseguradores y prestadores que puedan competir entre ellos, y que permitan a sus usuarios la libertad de escoger entre dichos aseguradores. Esto sería el escenario ideal en tanto, permitiría a los agentes confluir en un estado de bienestar general favorable para la mayoría de la población²⁰.

Los principales problemas que se presentaron en el modelo de salud de la Ley 100 de 1993, fueron la perversión de los factores que determinaban el éxito del modelo sanitario. Puesto que en primer lugar, la diversidad de intermediarios se han reducido acercando el modelo más hacia un monopolio de servicio que hacia una competencia, como era el objetivo de la Ley²¹.

En segundo lugar, la regulación del sistema por parte del Estado también se ha mostrado insuficiente para generar las condiciones de prestación propuestas con la ley y la consecución de los objetivos propuestas por la misma, es por ello que se creó la necesidad de promulgar leyes adicionales que apoyaran el

²⁰ GONZÁLEZ, Jorge Iván. La regulación en salud en ausencia de velo de ignorancia. EN. Jornada Inaugural de Acoes. Bogotá. Junio de 2007.

²¹ *Ibíd.*

cumplimiento de la Ley 100, como la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), las cuales también se han demostrado insuficientes para cumplir los objetivos para los que fue creado. En tercer lugar, González, menciona que la diversidad entre los intereses entre los agentes del sistema de salud, con lo cual, ésta asimetría de poder e intereses que los objetivos financieros de estos, se ubiquen por encima de las necesidades de servicio de salud de los usuarios²², dejando de lado la calidad en el servicio prestado y afectando seriamente, la sostenibilidad de un sistema de salud, y es precisamente este el mayor riesgo del sistema de salud en Colombia, la deshumanización de un servicio fundamental para el desarrollo de cualquier país.

Debido a los riesgos expresados anteriormente, se dio la creación de la Comisión de Regulación de Salud (CRES), entidades encargadas de vigilar el cumplimiento de los objetivos del sistema de salud, estableciendo que la evaluación del sistema de salud mediante indicadores de gestión y de resultados, aunque en teoría, estos indicadores permitirían mejorar considerablemente los alcances del sistema de salud en el país, pero la norma no logra este alcance puesto que no especifica cómo se mide la gestión o los resultados del sistema²³.

El gran problema de las CRES es que el Ministerio de la Protección Social no definió de forma efectiva los indicadores de gestión para los actores del modelo de salud, dejando diferentes ambigüedades para la aplicación de la misma, dejando solo la evaluación vigente para las instituciones del sector público, puestos que las sanciones por el incumplimiento de la normatividad vigente solo aplica las sanciones para dicho sector público, es decir, no establece los alcances de la

²² GONZÁLEZ, Jorge Iván. La regulación en salud en ausencia de velo de ignorancia. EN. Jornada Inaugural de Acoes. Bogotá. Junio de 2007.

²³ *Ibíd.*

normatividad para los intermediarios privados, como las EPS, estableciendo como base que a estos no es necesario evaluarles su gestión y los resultados de estos mismos, como es el caso de la rentabilidad social, es decir, los alcances en el mejoramiento del servicio en pro del beneficio de la población, la cual será evaluada las Empresas Sociales del Estado, y no a los entes privados de servicios, coligiendo que estas no tienen quizá una responsabilidad social ante la población²⁴.

Una forma efectiva de medir la efectividad y los alcances de la Ley 100 de 1993, se hubiese podido realizar por las CRES, si estas estuviesen establecidas para medir metas progresivas en equidad, cobertura y calidad, que permitieran medir la rentabilidad social no solo de las instituciones públicas sino también de los intermediarios privados, los cuales atienden un alto porcentaje de la población afiliada de Colombia²⁵.

Ahora bien, otra de las dificultades de las CRES estuvo en la definición de sus funciones, en las que se encuentran la definición y modificación del POS, revisar mínimo una vez al año, el listado de medicamentos genéricos y específicos, así como, definir el valor del UPC al inicio del año, el costo de las cuotas moderadoras, a pesar de vigilar los costos del sistema de salud, la entidad no cuentan con las capacidades de actuar directamente sobre los agentes del sistema, a razón de que estas funciones están definidas sobre un marco de gestión y resultados y la evaluación directa queda en manos del ministerio. Además, dentro de sus funciones no quedó establecido el control y la vigilancia de los riesgos de monopolios y abusos en posición dominante, de los agentes

²⁴ GONZÁLEZ, Jorge Iván. La regulación en salud en ausencia de velo de ignorancia. EN. Jornada Inaugural de Acoes. Bogotá. Junio de 2007.

²⁵ *Ibíd.*

prestadores del servicio. Así mismo, otra situación de riesgo, es que la Ley contempla la integración vertical de las entidades hasta un 30%, frente a los ojos de los entes controladores de dicho control, no ejercen la autoridad necesaria para mediar este, y la CREE no cuenta con las capacidades funcionales para responder a la corrección de estas medidas²⁶.

La CREE es una entidad sin los dientes necesarios para combatir los abusos de las entidades privadas de la prestación de servicio de salud, limitando sus funciones en marco de tres nociones que dejan un amplio marco de interpretación y por tanto, sus decisiones quedan supeditas a las interpretaciones y acciones del Ministerio de Hacienda: 1. El equilibrio financiero del sistema, la sostenibilidad del mediano y largo plazo y el marco fiscal de mediano plazo. Por punto final, las funciones descritas en la normatividad de salud en Colombia, en vista de que no tocan los aspectos relevantes y sin ningún mecanismo para escapar a la inercia propia el sistema gubernamental²⁷.

Como si lo anterior no fuera suficiente desalentador para el cumplimiento de la normatividad de salud en pro del beneficio colectivo de los colombianos, como resultado de un excelente lobby realizado por interesados de la dirección de la política de salud en Colombia, y fue la conformación de la dirección de la entidad, si bien, su dirección se hubiese podido basar en la de la Junta Directiva del Banco de la República, la cual entre todo, cuenta con una independencia necesaria para tomar medidas de peso que controlen la dirección y alcances de la política monetaria del país, pero contrario a este ejemplo casi ideal del control y vigilancia de una entidad pública, en las CRES, el mecanismo de elección no establece

²⁶ GONZÁLEZ, Jorge Iván. La regulación en salud en ausencia de velo de ignorancia. EN. Jornada Inaugural de Acoes. Bogotá. Junio de 2007.

²⁷ *Ibíd.*

claramente criterios de selección que garanticen una independencia adecuada para la entidad, con lo cual, los actores del sistema de salud, pueden ejercer presiones para la elección y nombramiento de comisionados que actúen en pro de sus intereses particulares, dejando aun sin mayor base un control tan necesario como el del sistema de salud en Colombia²⁸.

Finalmente, todo el contexto de la normatividad del sistema de salud en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993, y las posteriores normas promulgadas con el objetivo de apoyar su cumplimiento, permiten demostrar y colegir que si bien, la reforma de 1993, permitió alcances significativos en objetivos propuestos como la cobertura y una financiación medianamente igualitaria entre ricos y pobres, esta se ha visto incapacitada para impulsar al sistema hacia un estado de bienestar colectivo, dejando al contrario, una estela de incertidumbre y zozobra frente al futuro del servicio de salud en el país, puesto que el impulso a la privatización y tercerización del modelo de seguridad social, ha creado perversiones hacia la formación de monopolios, la explotación laboral y económica de las EPS hacia los hospitales públicos y privados, encargados de prestar el servicio de salud en el país, y eliminando casi por completo los incentivos a la formación profesional y ética de profesionales de la salud y la creación de nuevos centros asistenciales que respondan a necesidades de calidad y mejoramiento del nivel de vida de los afiliados a los planes contributivos y subsidiados en salud.

Es por esto, que en vista de una crisis inminente e innegable en el sector salud del país, las entidades de control y gobierno central se han visto en la necesidad de iniciar una reevaluación de los éxitos y fracasos del modelo de 1993, en la salud de los colombianos, y la necesidad de presentar una nueva reforma al sistema

²⁸ GONZÁLEZ, Jorge Iván. La regulación en salud en ausencia de velo de ignorancia. EN. Jornada Inaugural de Acoes. Bogotá. Junio de 2007.

general de salud en Colombia, a fin de revertir las perversiones de un sistema que permite que sus pacientes mueran en la puerta de sus hospitales y clínicas a la espera de una aprobación para un tratamiento, muchas veces de mínima complejidad.

Ahora solo queda esperar, que contrario a lo que ha sucedido con las normas creadas a lo largo de los últimos 20 años para controlar al sistema de salud, y que se demostraron incapaces para tal objetivo, y que muy por el contrario, han facilitado y apoyado la generación de estos desvíos de la función principal de salud en el país, como es el caso de las CRES, los intereses económicos y políticos de quienes han hecho del modelo de salud, un modelo de beneficio personal, no infieran en normatividad que se genere con la reforma estatutaria al modelo de salud, y permita a los colombianos ofrecer a sus ciudadanos un servicio de salud de calidad, equitativo, universal que generen condiciones adecuadas para el desarrollo socio económico de la población.

Esta disertación permite entender el contexto social, político y económico que llevaron a la promulgación de la Ley 100 de 1993, como marco normativo para el sistema de seguridad social en salud, así como las posteriores normas que sustentaron su aplicación a lo largo de los últimos 20 años. Ahora bien, se hace necesario el análisis de la reforma y sus alcances a la luz de un contexto de calidad.

2. LA CALIDAD DENTRO DEL CONTEXTO DE SALUD Y DESARROLLO NACIONAL

Para lograr entender si el servicio de salud en Santander, implementado a partir de la Ley 100 de 1993 es realmente un servicio de calidad, enfocado en el usuario, es necesario entender lo que abarca el concepto de calidad en el sentido de un sistema de salud, a fin de contar con bases sólidas que permitan un juzgamiento objetivo del servicio y el modelo de salud propuesto con la Ley 100 de 1993.

El primer acercamiento sobre el significado y alcance de la calidad en el contexto del servicio de salud, lo ofrece el Instituto de Medicina de Estados Unidos, el cual define la calidad como el grado en que el servicio de atención en salud médica aumenta las probabilidades en que los individuos de una población o localidad en general, obtengan resultados satisfactorios en salud y de igual forma, que estos resultados estén acordes al estado actual de los conocimientos médicos²⁹. Es decir, cuando no solo se están brindando servicios de salud que logren resultados u objetivos propuestos en el plan de salud nacional, sino que los programas y tratamientos se encuentren actualizados a los estándares de servicio más avanzados.

Otra forma clara de medir el nivel de calidad en los servicios de salud, se realiza a través del análisis de dos puntos clave en el servicio, el primero de ellos, relacionado directamente con el carácter técnico y clínico de la atención, es decir con los factores primarios de la prestación del servicio, y el segundo pilar en la

²⁹ GARCÍA, F. M. (2009). Los determinantes de la calidad de la atención en salud : el caso del control prenatal. Coyuntura Económica, Vol. XXXIX, No 2., 61–97.

relación psicosocial entre los usuarios del servicio y la entidad prestadora del mismo. Es decir, logrando unir el factor científico y humano de la atención en salud, es la medida en la que se presta un servicio de calidad para la población, en tanto mucho de los estudios que se han realizado sobre el tema de calidad en la atención en salud, arrojan que en la medida en que su pueda establecer una sinergia positiva, entre estos dos pilares generando normas éticas, clínicas y de respeto cultural que logren un manejo eficaz y apropiado, enfocado a la solución de los problemas de salud que presenten los pacientes de una población, así como lograr la prevención de enfermedades a través de programas enfocados a este fin³⁰.

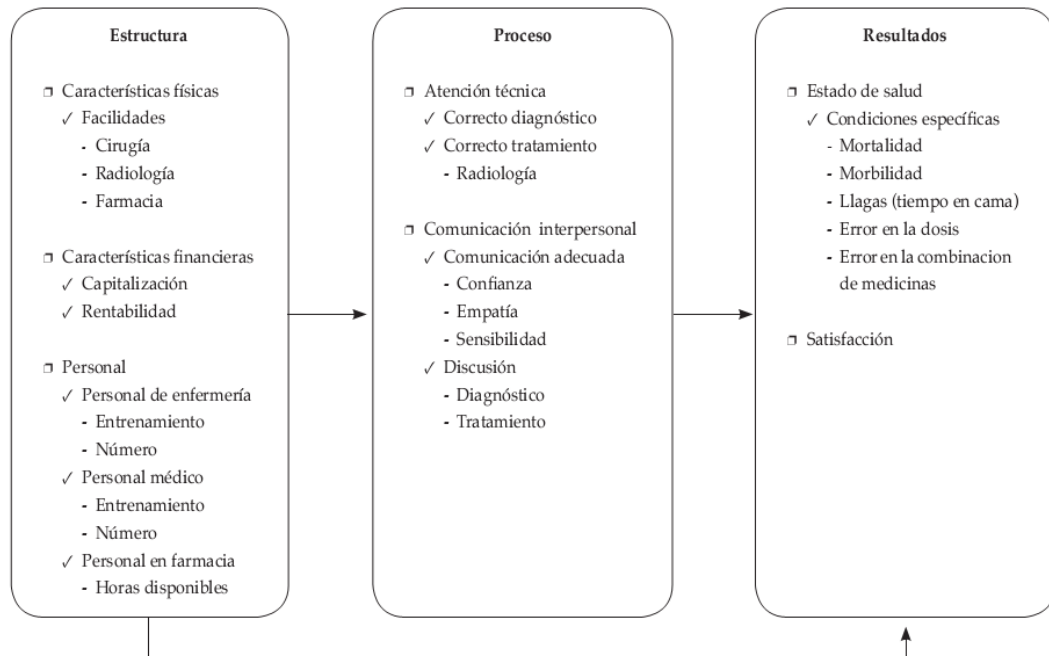
Dentro de las teorías que recogen el significado y alcance del concepto de calidad en el servicio de salud, se plantea la existencia de tres variable fundamentales para la medición de la calidad en la atención médica: la estructura, el proceso y los resultados del servicio.

La primera variable, LA ESTRUCTURA, en este punto, se toman en cuenta los componentes de las condiciones físicas y de personal con las cuales se brindan los servicios de salud. En la segunda variable se recogen todas las actividades médicas de profesionales de la salud y esta directamente relacionada con los protocolos de servicio, esto es conocido como EL PROCESO, finalmente los RESULTADOS, ésta es la variable más importante, en tanto presenta la muestra real de la calidad, ya que los cambios en el estado de salud de los pacientes y su

³⁰ LINDELOW, M. (2003). Understanding spatial variation in the utilization of health services: does quality matter? The World Bank y Centre for Study of African Economies, Oxford University.

satisfacción son los que permiten medir estos alcances³¹. El anterior planteamiento y sus alcances se puede analizar de forma detallada el gráfico 2.

Gráfico 2. Esquema de calidad – efectos de la estructura en proceso.



Fuente: Adaptación de Campbell *et al.*, 2000.

Así mismo, otra de las principales organizaciones que realizan estudios que determinen la forma adecuada de medir la calidad en la prestación de los servicios de salud es la Organización Mundial de la Salud OMS, dentro de sus investigaciones busca identificar los componentes básicos de calidad en los cuidados de salud, identificando y definiéndola como el alto grado de excelencia de atención profesional, la eficiente utilización de los recursos asignados para los programas de atención, la reducción de los riesgos de atención para los pacientes, un alto grado de satisfacción en los pacientes y usuarios del sistema de salud y

³¹ DONABEDIAN, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund. Vol. 44, No. 3.

finalmente, la obtención de resultados en salud, que reduzcan las enfermedades y mejoren la condición física y mental de sus pacientes³².

Dentro de las investigaciones desarrolladas por la OMS para la medición de calidad en salud, se presta especial atención a los servicios de urgencia en centros médicos, en tanto, estos generan un menor o mayor grado en el mejoramiento de salud, y por tanto, de la calidad del servicio.

La OMS establece que para garantizar un servicio de salud de calidad los pacientes deben sentirse una parte fundamental del sistema, y es trabajo de los prestadores del servicio hacerlos sentir seguros dentro de sus instalaciones, a través de protocolos coordinados y eficientes. Es importante entender, tal como lo plantea la Organización Mundial de la Salud, la definición del concepto de calidad, resulta compleja desde el punto de vista de la disciplina médica, en tanto, cada estamento evalúa el servicio desde diferentes ángulos, el usuario mide la calidad del servicio de acuerdo a la experiencia frente a la competencia o el comportamiento del personal encargado de su atención, los profesionales de salud califican el servicio de acuerdo a sus conocimientos en la materia y la tecnología que se usa para prestarlo; y finalmente, los directivos y encargados de la gestión administrativa definirán la calidad con base en eficiencia del personal y las instalaciones³³.

³² LOUREIRO, S. C., & GONZÁLEZ, M. (2010). Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: Análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 16, 27–41. EN: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=274120099002>

³³ FORNELL, C. (1995): Productivity, quality, and customer satisfaction as strategic success indicators at firm and national level. *Advances in Strategic Management*, 11, pp. 217-29.

Es por esta razón que se creó la metodología que analiza la calidad a partir de las variables de estructura, proceso y resultados, expuesta anteriormente. La implementación de esta metodología se ha demostrado eficiente para realizar las mediciones de calidad del servicio de salud y la atención médica, puesto que toma la percepción del servicio desde todos los actores de la dinámica del modelo de salud, permitiendo que cada uno aporte factores válidos de análisis de calidad, logrando una integralidad en el estudio.

Aún así, los principales estudios de calidad están basados en evaluar los servicios de salud desde la percepción de los usuarios y su grado de satisfacción frente al servicio que se les es prestado, ya que como usuario principal y eje central de un modelo de salud enfocado a su mejoramiento de vida, se requiere especial atención sobre su percepción, a lo largo de los años, las metodologías de estudio han evolucionado de encuestas de sospechosa fiabilidad, ha estudios concienzudos y con bases teóricas y estadísticas que permiten garantizar una información acertada sobre las variables de estudio, permitiendo medir el concepto de calidad percibida con base en la valoración de calidad en el servicio con criterios de análisis objetivos y subjetivos, abarcando de esta forma diferentes frentes de análisis³⁴.

De igual forma, para garantizar resultados de las investigaciones verídicos, se ha hecho necesario crear una diferenciación entre los significados e implicaciones de calidad y satisfacción. La primera de ella, establece principalmente la percepción específica y reciente sobre el rendimiento del servicio de salud, a su vez que la satisfacción se refiere a la impresión actual y de experiencias pasadas y futuras,

³⁴ MARCH, J., & PRIETO, A. (2001). La calidad y la salud pública: un reto hacia una salud pública basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial*, 57–60. EN: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/256/256v16n01a13028271pdf001.pdf>

que se prevén de acuerdo a las opiniones construidas sobre la material en el paciente junto con las proyecciones de sus expectativas³⁵.

A razón de la complejidad en la definición de la calidad dentro del servicio de salud, es necesario comprender el concepto multidimensional del mismo, comprendiendo que para su interpretación adecuada es necesario unir los conceptos de efectividad: en reducción de los riesgos a la salud y el éxito en los tratamientos de pacientes, eficiencia: en la asignación y distribución de los recursos del sistema, calidad científico – técnica: para garantizar profesionales capacitados en la atención de los usuarios del sistema, gestión: para la adecuada administración de las prestadoras de salud, percepción de servicio en el usuario, accesibilidad que garantice un servicio igualitario para toda la población sin importar sus recursos, satisfacción en los resultados y el servicio prestado a los usuarios, credibilidad que garantice seguridad y confiabilidad en el sistema por parte de los pacientes y usuarios del mismo³⁶.

Además de la calidad en los servicio de salud, es necesario revisar el tema de equidad, como factor determinante en la prestación de un servicio de calidad para la población que genere resultados en el mejoramiento de vida y seguridad de la población, un mecanismo técnico en teoría económica para el análisis de los alcances de la equidad. El primer paso, para lograr esta concepción es entender que por su carácter dual, la salud es necesaria entenderla desde la perspectiva económica y la social, las cuales siempre han sido enfrentadas en el análisis del

³⁵ MARCH, J., & PRIETO, A. (2001). La calidad y la salud pública: un reto hacia una salud pública basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial*, 57–60. EN: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/256/256v16n01a13028271pdf001.pdf>

³⁶ *Ibid.*

tema, las cuales el profesor de Universidad Nacional, Jorge Iván González, define como mercado y no mercado.

La primera concepción, la definida como mercado, la salud es un bien privado, con sus características de financiación en una tarifa o pago directo el cual es determinado por el valor de la prestación, pero así mismo, este valor, según los modelos internacionales de salud demuestran que no son suficientes para la financiación del 100% del modelo, por lo cual se requiere aumentar la financiación a través del modelo de aseguramiento³⁷, como es el caso colombiano, en el que la financiación del modelo se realiza mediante los aportes mensuales del régimen contributivo en salud, y las cuotas moderadoras que cancela cada usuario al momento de hacer el uso efectivo del servicio de salud.

El ángulo opuesto desde el que se analiza el servicio de salud en el mundo, hace referencia a la concepción de no mercado, la cual se acerca más a las cualidades humanas del aseguramiento en salud, la cual se puede definir técnicamente como un bien público que se financia bajo un principio de equidad, donde se presentan 2 situaciones claras, que son, la NO rivalidad y la NO exclusión, en este caso, la primera hace referencia a la eliminación de barrera y que permiten que todos y cada uno de los ciudadanos de determinada población PUEDAN hacer uso usufructo del bien; y la segunda disertación se refiere a que todos TIENEN derecho a acceder a determinado bien, en este caso, la salud³⁸.

Ahora bien, son las dos características explicadas anteriormente, las que establecen la diferencia entre un bien privado y uno público, puesto que el privado

³⁷ GONZÁLEZ, Jorge Iván. La Salud, El Aseguramiento y al Equidad.

³⁸ *Ibíd.*

las condiciones descritas anteriormente no se cumplen, en vista que las facultades que hacen de un bien privado son precisamente la existencia de rivalidad y exclusividad. Pero aún así, a pesar de existir estas diferenciaciones, pero entre estas distinciones se generan zonas grises de bienes semipúblicos y semiprivados, como lo que sucede en el caso de la salud, el cual su interpretación se refleja complejo al momento de definir su especificación, y por tanto su aplicación en la realidad económica y social de una población.

Uno de los grandes profesionales que analizan el tema de salud, es el Arrow, Nobel de Economía en 1972, el cual establece las diferencias entre el concepto de salud y los servicios médicos, y como esta diferenciación establece una diferencia en la metodología de estudio de ambos, específicamente, Arrow plantea que los servicios médicos son un bien especial, con connotaciones muy diferenciales a un bien público o privado, y por tanto no puede ser estudiado bajo los conceptos tradicionales de oferta y demanda, es decir, la teorización económica tradicional es incapaz de dar respuesta a los determinantes de oferta y demanda en los servicios médicos³⁹.

Desde la concepción de Arrow, la aproximación a la interpretación de salud, se debe realizar desde la interpretación inicial que los conceptos de mercado son insuficientes para dar respuesta al concepto de servicio de salud, es decir, estas interpretaciones están más cercanas hacia la concepción de no mercado, con lo que se puede colegir que la salud y los servicios médicos son bienes que están

³⁹ ARROW, Kenneth. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". American Economic Review, N° 53, pp. 941 – 973. EN: Collected Papers of Kenneth Arrow. Applied Economics, Vol 6, Cambridge, Mass: Belknap Press, Harvard University Press, 1985, pp. 15 – 50. EN: "La Incertidumbre y el Análisis del Bienestar de las Prestaciones Médicas", Economía de la Salud, Junio, 1981, pp. 47 – 60.

mas cercanos al entendimiento del bien público que del privado⁴⁰. Lo anterior, implica que si la salud es más cercano a la consideración de un bien público, establece la participación activa, vigilante y reguladora del Estado, en lo que se refiere en la provisión y la financiación del sistema de servicios de salud; ahora bien, si la salud es un bien privado en su interpretación, se desarrollan mecanismos de mercado que dinamicen la oferta y la demanda, tal como lo plantea la normatividad de la Ley 100 de 1993, en el cual el sistema de precios funcione ante el mercado y permita a los usuarios expresar las preferencias frente a las opciones de oferta⁴¹.

Es decir, en teoría, bajo el modelo de la Ley 100 de 1993, permite a sus usuarios escoger entre diferentes prestadores de servicio EPS, y entre estas mismas, diferentes médicos, y el modelo de preferencias también se extiende también a las entidades, para escoger hospitales, IPS a fin de considerar la mejor oferta de estos. Aun así, de su promulgación, la Ley 100 de 1993, no buscaba una libertad total de mercado, puesto que plantea una regulación central a través de un sistema pluralista, así como, la faceta solidaria que se establece en el régimen contributivo de los usuarios del sistema de salud con el régimen subsidiado⁴².

Tal como se mencionaba anteriormente, la Organización Mundial de la Salud, entidad encargada de plantear y evaluar las estrategias de salud a nivel mundial a fin de que estas ofrezcan un servicio de calidad, a nivel mundial, plantea que este

⁴⁰ ARROW, Kenneth. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". American Economic Review, N° 53, pp. 941 – 973. EN: Collected Papers of Kenneth Arrow. Applied Economics, Vol 6, Cambridge, Mass: Belknap Press, Harvard University Press, 1985, pp. 15 – 50. EN: " La Incertidumbre y el Análisis del Bienestar de las Prestaciones Médicas", Economía de la Salud, Junio, 1981, pp. 47 – 60.

⁴¹ GONZÁLEZ, Jorge Iván. La Salud, El Aseguramiento y al Equidad.

⁴² *Ibíd.*

modelo de solidaridad financiera en el modelo de servicio de la Ley 100 de 1993 es único a nivel mundial y uno de los más reconocidos, dentro de los 191 países miembros de la organización. Ahora bien, si se evalúa la efectividad del modelo de la reforma de la Ley 100 de 1993, la revisión del concepto de equidad y calidad antes de la reforma escondía en la participación y control centralizado del Estado, el compromiso con la equidad, y ya después de la Ley la misma se esconde debajo de la competencia estructurada y la solidaridad con la equidad, es decir, en ninguno de los dos modelos comprende realmente una concepción de equidad que respalde su aplicación, y es por esto que sus consecuencias, no han sido suficientes para responder a las necesidades de servicio de los colombianos⁴³.

El siguiente paso, para la interpretación de la calidad en el sistema de salud, es entender claramente los conceptos de equidad bajo el contexto del sistema de salud, para este análisis, se pueden comprender dos interpretaciones sobre el concepto de equidad, que se pueden denominar como “noción estrecha” y “noción amplia”, la primera está íntimamente relacionada con la visión de mercado de la salud, donde la equidad se entiende como “la ausencia de envidia”, es decir, debe estar relacionada con la eficiencia de mercado, donde por su resultado es imparcial frente a las acciones de los actores del sistema⁴⁴; una visión subjetiva, utilitarista de esta equidad, donde lo imparcial se establece como lo justo y donde se logra un milagro entre la relación de la equidad y la eficiencia, es decir donde esta última se mejora constantemente sin afectar sus implicaciones sobre la equidad, eliminando las tensiones entre estos dos factores, pretendiendo que la tensión entre estos se eliminen por la lógica de mercado⁴⁵.

⁴³ GONZÁLEZ, Jorge Iván. La Salud, El Aseguramiento y al Equidad.

⁴⁴ VARIAN, Hal. 1974. “Equity, Envy and Efficiency”. *Journal of Economics Theory*, 9, pp. 63 – 91.

⁴⁵ GONZÁLEZ, Jorge Iván. La Salud, El Aseguramiento y al Equidad.

Mientras que la visión amplia del concepto de equidad, está basada en las concepciones planteada por autores como Amartya Sen, una visión más humana y social de los conceptos económicos, ajustados a las zonas grises que se forman en los servicios que son factores del desarrollo. En la visión de Sen, la equidad se relaciona con la igualdad de oportunidades y posibilidad de extender el espacio de las capacidades y realizaciones. Es decir, si estas capacidades se aumentan, así mismo lo hace la libertad, éste enfoque rompe con la visión tradicional del mercado, en tanto, el campo de la equidad no es la dimensión subjetiva de la envidia, y por tanto esta entra en conflicto con la eficiencia de los mercados convencionales⁴⁶.

A lo contrario de la visión estrecha que elimina sin mayor traumatismo este conflicto entre la eficiencia y la equidad, Sen la establece de forma más clara, haciendo este enfrentamiento mucho más cercano hacia la realidad de la aplicabilidad de las normas como la Ley 100 en Colombia, en tanto, el concepto de solidaridad unidos a la normatividad de la reforma a la salud, no logra garantizar la cobertura universal que promulgaba sus objetivos de promulgación, tal como lo han demostrado los 20 años de vigencia de la normatividad, y la necesidad vigente de replantear el modelo de salud, al haber “matado la profesión médica”, ahora bien en la cobertura casi total del modelo ha convertido en una cobertura débil, puesto que esta se convierte en una no solo de baja calidad, sino porque el modelo enfocado en una lógica de mercado, no facilita el espacio de las capacidades de las personas⁴⁷, en sí, un modelo de salud basado en un principio

⁴⁶ SEN, Amartya, 1985. “Well Being, Agency and Freedom: The Dewey Lectures 1984”, The Journal of Philosophy, apr, no 82 (4), pp. 169 – 221. Reproduciendo como “El Bienestar y la Condición de Ser Agente y La Libertad. Conferencias Dewey de 1984”, EN Bienestar, Justicia y Mercado, Paidós, ICE/UAB, 1997, pp. 39 – 108.

⁴⁷ GONZÁLEZ, Jorge Iván. La Salud, El Aseguramiento y al Equidad.

de equidad como lo plantea Sen, es difícil de cumplir, pero es más cercano a lograr los objetivos de desarrollo para las naciones.

Otro de los principios de equidad analizados para la interpretación de la Ley 100 de 1993, es la financiación del modelo bajo un principio de equidad amplia, es necesario establecer una diferencia entre los fondos de financiación internos y externos del sistema, los primeros, son aquellos que se generan directamente dentro del sistema con los aportes de los afiliados al régimen. Mientras que los externos son ajenos a los generados dentro del sistema, como impuestos y partidas presupuestales del gobierno. El principal problema de este planteamiento, es pensar que la equidad del modelo se lograría con la financiación directa del modelo, y no considerar que se requiere una inversión considerable del Estado, que aumenten progresivamente, en la medida en que se mejore la cobertura del sistema⁴⁸.

Lo anterior permite determinar una base para determinar los principios de equidad y calidad que deben regir el concepto de la seguridad social en salud, de manera que sea posible comprender los efectos de las reformas en salud no solo en Colombia, en estos conceptos e interpretando a cada uno ellos con engranaje interconectados de un mismo conjunto, y no como piezas independientes, se puede garantizar la prestación de un servicio de salud de calidad y un modelo sostenible en el largo plazo. Bajo el marco que brinda el análisis y contexto de la calidad en el servicio de salud, es posible analizar el contexto sobre el cual se ha desarrollado las políticas de salud pública en Colombia y realizar las mediciones pertinentes a fin de determinar si estas políticas han sido eficientes en el alcance de los objetivos propuestos, tal como se busca con esta investigación.

⁴⁸ GONZÁLEZ, Jorge Iván. La Salud, El Aseguramiento y al Equidad.

3. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA 2007

Con el objetivo de tener una verdadera herramienta de medición y análisis del estado del servicio de salud pública y privada en Colombia, el Ministerio de la Protección Social y Colciencias decidieron diseñar un estudio nacional que brindará las luces de información sobre los principales factores de análisis de salud en el país: morbilidad sentida, institucional, factores de riesgo y discapacidad, además de la caracterización de la oferta y demanda de los servicios de salud.

De esta información se espera obtener los datos de medición que permitiera un análisis concienzudo del estado de salud desde los diferentes ámbitos: oferta, demanda, servicio, y de esta forma contar con información actualizada sobre las variables determinantes del sistema de seguridad social.

Para lograr los objetivos propuestos, se encomendó la tarea de realizar la medición a un grupo de expertos académicos de la Universidad Nacional, este equipo diseñó el Modelo de Análisis de Situación de Salud, documento investigativo, el cual dio como resultado el protocolo utilizado en el diseño e implementación de la Encuesta Nacional de Salud.

Para la realización adecuada de la Encuesta Nacional de Salud – ENS 2007, el Ministerio de la Protección Social en asociación con Colciencias, contrató a la Pontificia Universidad Javeriana, en conjunto con la empresa Sistemas Especializados de Información -SEI S.A de Bogotá, el principal objetivo de la

encuesta era realizar la recolección y análisis de la información de hogares, usuarios e instituciones que hacen parte del modelo y sistema colombiano de seguridad social. El objetivo principal de la ENS 2007 era obtener una caracterización real y desde la fuente de la situación de salud del país, tanto a nivel nacional, regional, subregional y departamental.

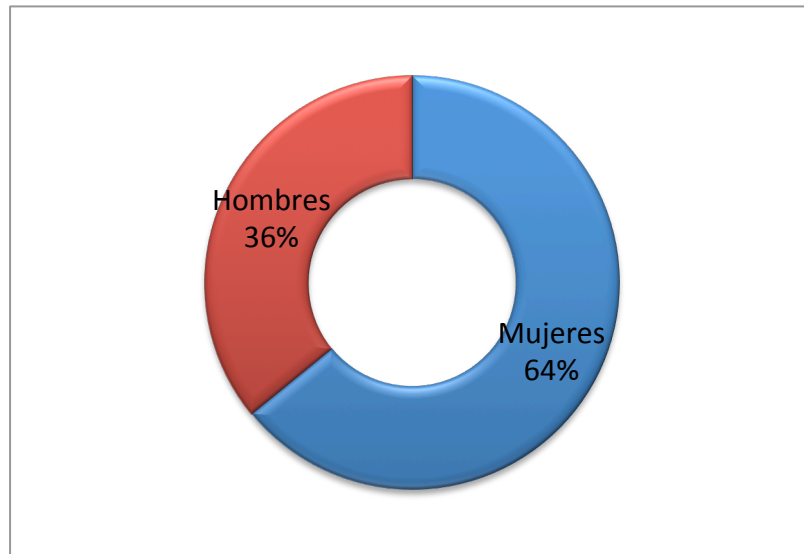
El proyecto de la ENS 2007 fue diseñado como un estudio de corte transversal de alcance nacional en todos los componentes de la encuesta, a la vez que se buscaba analizar todos los actores del modelo de salud del país: hogares, personas e instituciones. Para lograr el correcto análisis de la información recolectada en la encuesta, se determinaron muestras seleccionadas a través de un diseño muestral probabilístico, de conglomerados, estratificado y polietápico.

La Encuesta Nacional de Salud 2007 logró recolectar información de 41.147 hogares colombianos, 224 entidades territoriales, y 1164 Instituciones de Prestación de Salud – IPS, además de encuestar a 123.964 usuarios de servicios de salud en urgencias, consulta externa y hospitalización. Con el fin de lograr que la selección de las IPS estuviese acorde a la prestación de servicio real del servicio, solo se tuvo en cuenta las unidades de salud hospitalaria y consulta externas que prestaran servicios de salud con o sin camas, y que tuviesen un portafolio multiservicio, es decir, se excluyeron las prestadoras de servicio que solo ofrecieran un servicio único de salud.

Como eje principal de esta investigación se ha usado los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud – ENS 2007, en el departamento de Santander para establecer la caracterización de la oferta en la región, y a partir de allí lograr una interpretación de la calidad del servicio a la luz de lo analizado en capítulos

anteriores. Los resultados de la encuesta han presentado grandes luces sobre el servicio de salud en Santander, y cuyos resultados en las principales variables de interés para la investigación se presentan a continuación.

Gráfico 3. Porcentaje de usuarios de consulta externa. Santander 2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Colciencias.

La primera característica que arroja la ENS 2007 – Santander es que en su mayoría los usuarios de salud en el departamento, son mujeres, las cuales superan en un 28% los usuarios hombres. Una inferencia teórica que podría explicar esta tendencia radica en que por las mujeres, ser el género reproductivo de la especie, requieren una mayor atención médica de prevención, y atención en salud.

El segundo resultado obtenido con la ENS 2007 – Santander, es el porcentaje por género de usuarios de hospitalización en el departamento, el cual nuevamente las mujeres presentan una mayor participación, del 57%, frente al 43% de los hombres, si bien, las mujeres siguen siendo los principales usuarios de los

servicios de hospitalización, la diferencia frente a la primera variable se reduce a la mitad, en el gráfico 4 se puede observar este comportamiento de forma visual.

Gráfico 4. Porcentaje de usuarios de servicios de hospitalización. Santander 2007



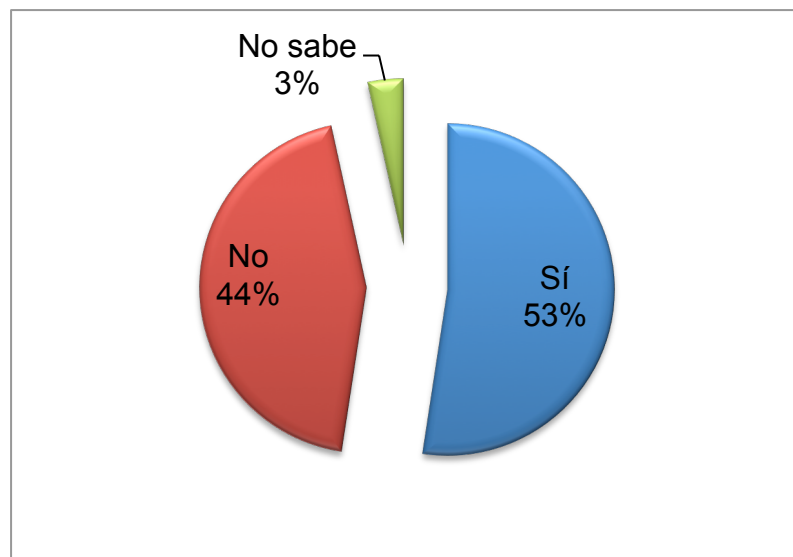
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Colciencias.

La mayor proporción de la población usuaria, se concentra en el área cabecera municipal con un 97,0% del total de la misma, le sigue el centro poblado con un 0,69% y por último el área rural dispersa.

Para Santander, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2007, también ofrecen profundización sobre variables anteriores, ahondando la información específica de estas, tal es el caso que en frente a la variable de consulta externa, ofrece la información de aquellos usuarios que de usar este servicio de salud, fueron objeto de la encuesta del SISBEN y resultaron clasificados, dentro del régimen contributivo, beneficiario de los niveles básicos del SISBEN.

La ENS 2007 – Santander, en los resultados a esta variable mostró un margen apretado entre los resultados, un 53% de los usuarios de consulta externa, fueron encuestados con la metodología del SISBEN y resultaron clasificados dentro de esta, frente a un 44% con resultados negativos, y un margen mínimo del 3% equivalente a los usuarios que respondieron que no tenían conocimiento sobre la variable, tal como lo presenta, el gráfico 5.

Gráfico 5. Usuarios de consulta externa que le han aplicado la encuesta del SISBEN y clasificado. Santander 2007.

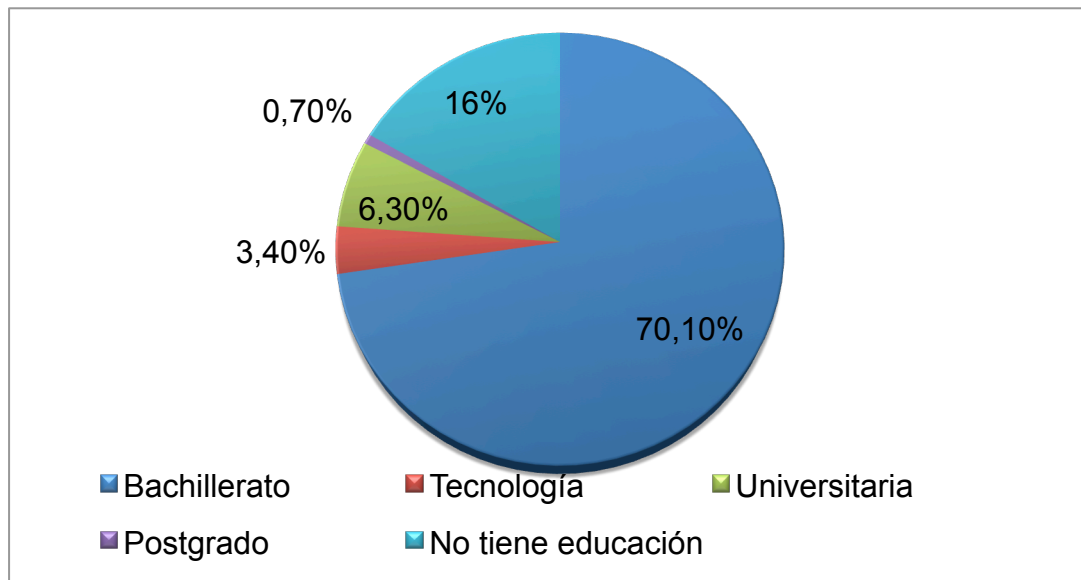


Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Colciencias.

Para lograr entender claramente los resultados que ofrece la ENS 2007 – Santander, es importante entender las características socioeconómicas, culturales, educativas de los usuarios del servicio de salud en el departamento, dentro de las variables de la encuesta se analiza el nivel educativo de los encuestados, a fin de conocer las condiciones de vida de los mismos. En su gran mayoría (70,10%) la muestra de los encuestados, cuentan con una educación bachillerato, seguido por un porcentaje del 16% que no cuentan con ningún tipo de educación, situando la

gran muestra de usuarios de salud en un nivel bajo – medio de educación, tal como se puede evidenciar en la gráfica 6.

Gráfico 6. Nivel educativo de los usuarios. Santander 2007

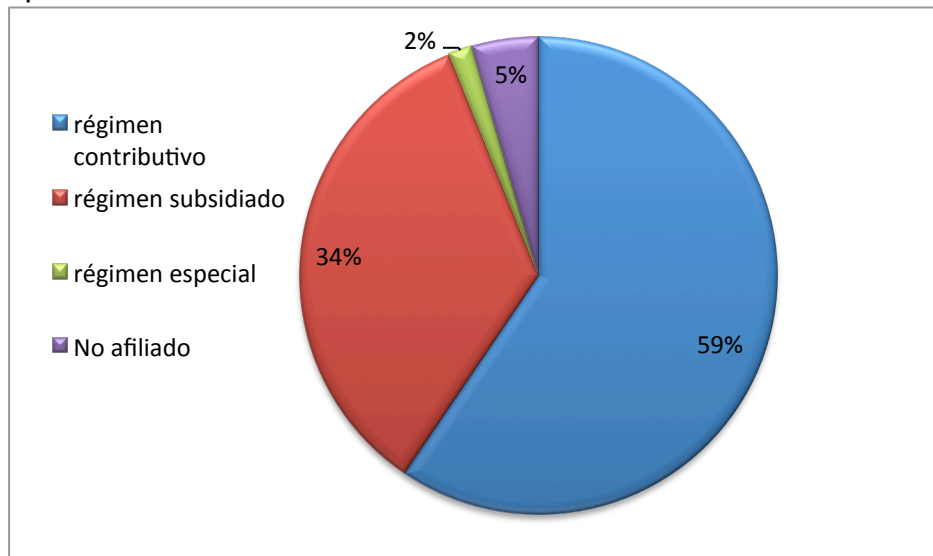


Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Colciencias.

Una de las principales respuestas que busca brindar la ENS 2007, radica el tipo de usuario que hace uso de los servicios de salud, de acuerdo a la clasificación que estableció la Ley 100 de 1993, para el departamento de Santander, objeto de ésta investigación, la variable evidenció que en su gran mayoría los usuarios de salud se encuentran dentro del régimen contributivo, con una participación del 59%, frente a un 34% de los usuarios del régimen subsidiado, y solo un 5% de usuarios no afiliados a ningún régimen.

La gráfica 7 evidencia, uno de los grandes logros de la reforma de la Ley 100, el gran avance en el tema de cobertura de servicios de salud a nivel nacional, el cual es observable también a nivel departamental.

Gráfico 7. Nivel Eventos de uso de servicios entre los afiliados en el departamento según tipo de afiliación Santander 2007.



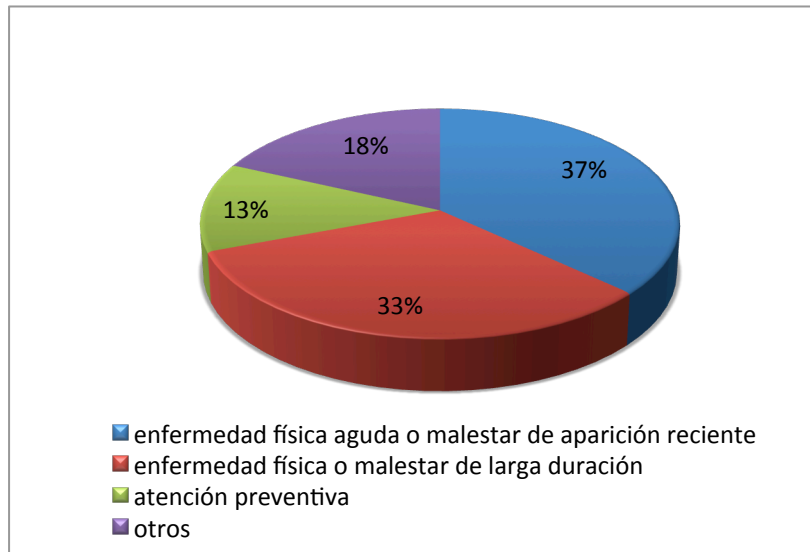
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Colciencias.

Uno de los principales factores para medir la calidad en el servicio de salud, así como su efectividad para lograr de servicio efectivo para los ciudadanos, es el análisis de los motivos que llevan a los usuarios a realizar las consultas de salud externas, es por esto que la Encuesta Nacional de Salud 2007, dentro de sus variables de medición es ahondar sobre este punto.

Para el departamento de Santander, la ENS 2007, arrojó como resultados, márgenes similares entre los dos motivos principales de consulta entre los usuarios, con un 37% de consultas por enfermedades físicas agudas o malestar

de aparición reciente, y un 33% de consultas por enfermedades y malestares de larga duración, y solo un 13% de consultas preventivas, tal como se puede observar en la gráfica 8.

Gráfico 8. Motivo de la consulta en usuarios. Santander 2007.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Colciencias.

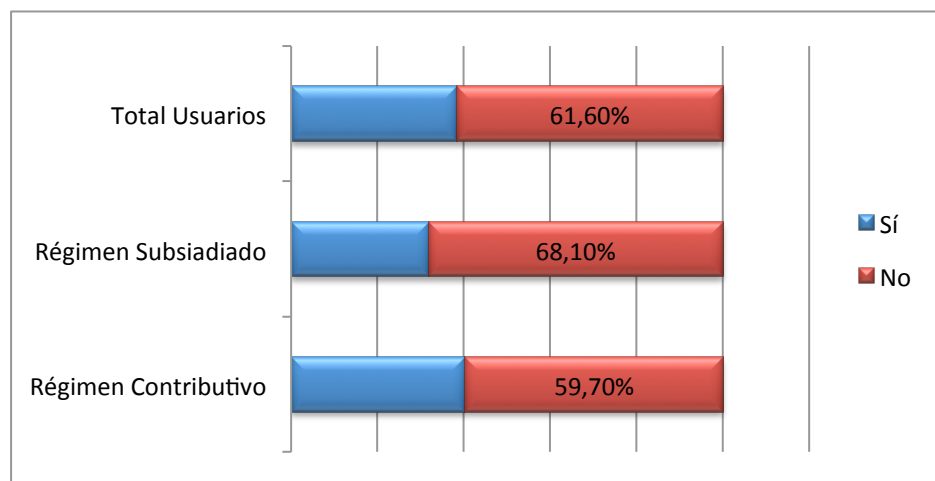
Si algo evidencia el gráfico anterior, es la deficiencia del sistema de salud, resultado de la reforma de la Ley 100 de 1993, para lograr migrar el sistema de atención básica en uno centrado en la atención preventiva de salud, y no solo paliativa del mismo. En esta materia existen aun muchas mejoras a realizar a fin de lograr el objetivo de garantizar un servicio de salud enfocado a lograr una prevención efectiva de enfermedades tradicionales y avanzadas en toda la población.

Así mismo, otra de las premisas de la reforma de la Ley 100 de 1993 era lograr una libertad para los usuarios de los servicios de salud, a fin de que estos,

contarán con la posibilidad de elegir el prestador de servicio, haciendo que las EPS hicieran un esfuerzo, motivado por la competencia, a brindar el mejor servicio a sus usuarios, y de esta manera garantizar un nivel de calidad superior a los ciudadanos.

En la gráfica 9, se presentan los resultados a la variable sobre la libertad, si existió y en que margen, de los usuarios del régimen contributivo y subsidiado de elegir su EPS. Ésta gráfica presenta para el departamento de Santander el reflejo nacional, donde el régimen contributivo tuvo 40.70% de opción para elegir efectivamente su prestador de servicio de salud, un resultado relativamente aceptable, frente al 31,90% del régimen subsidiado, aun así, en ambos casos, los resultados están lejos de lograr los objetivos propuestos con la reforma de la Ley 100, en lo que se refiere a garantizar una libertad de elección en los usuarios de salud del país a fin de fomentar una competencia entre prestadores de salud, que vaya encaminada a lograr un servicio de calidad.

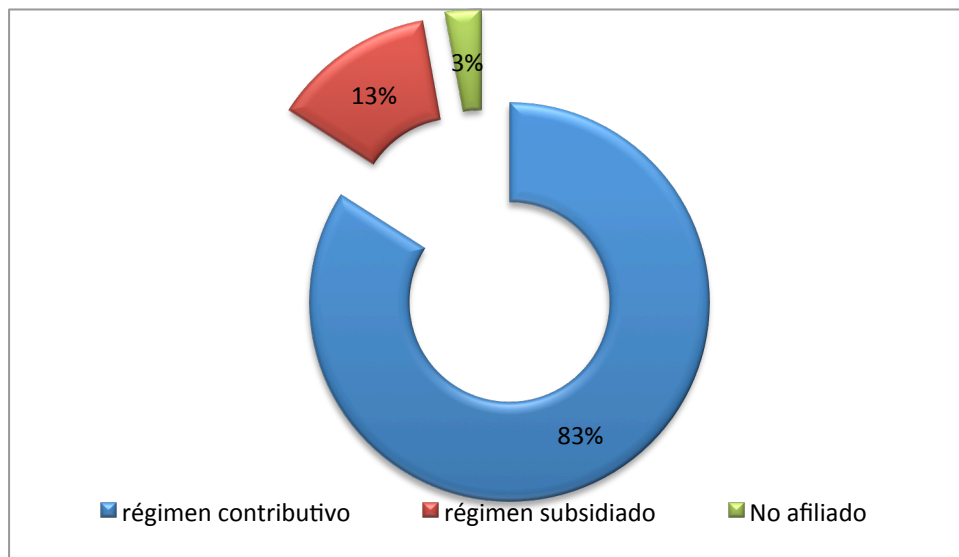
Gráfico 9. Libertad de elección de institución a la cual acudir en el momento de consulta externa. Santander 2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Colciencias.

La ENS 2007 no solo mide la libertad de elección de los usuarios de salud, de acuerdo a la institución a la cual el paciente tiene derecho a elección, sino también utiliza una variable sobre la libertad de elegir el especialista que atienda su solicitud o tratamiento de consulta externa, en esta pregunta los resultados entre el régimen contributivo y subsidiado son abismales, tal como se presenta en la gráfica 10. Mientras que el régimen contributivo de empleados e independientes cuentan con un 83% de posibilidad de elegir su especialista, solo un 13% equivale a la posibilidad de elección del régimen subsidiado.

Gráfico 10. Libertad de elección del profesional el cual practicará el tratamiento en consulta externa. Santander 2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Colciencias

Este resultado, demuestra una gran desigualdad en el servicio de salud y especialmente en la calidad del mismo entre el servicio prestado al régimen subsidiado y el régimen contributivo, evidenciando de esta forma, uno de los grandes riesgos y problemas que ha presentando el modelo de salud colombiano, relegando a una gran parte de su población a un servicio de segunda clase,

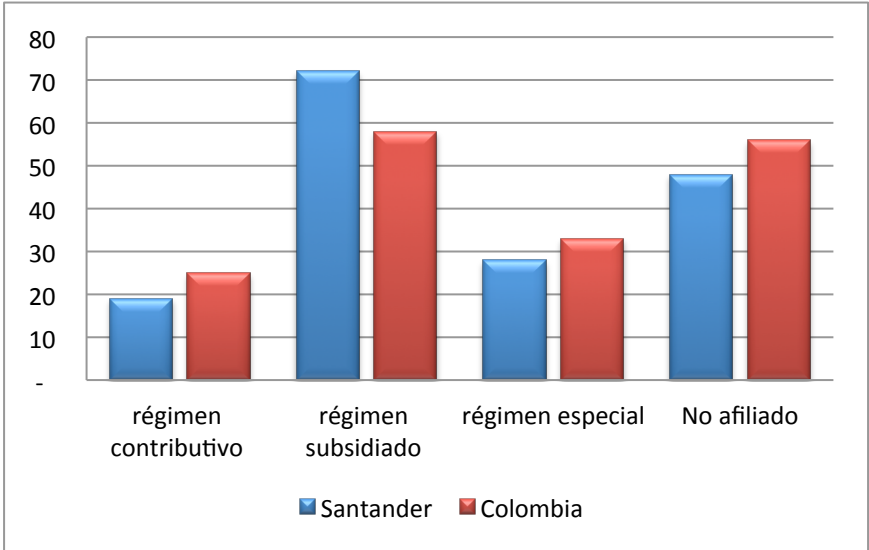
especialmente en la población más vulnerable del departamento y del país, generando no solo divisiones entre el servicio, sino también en la percepción de igualdad y calidad de la salud en el país.

Es por esto, que uno de los objetivos principales del diseño de la Encuesta Nacional de Salud 2007 fue el brindar información transversal que permitiera medir la calidad del servicio, con base en información del servicio mismo de salud ofrecido a los usuarios. Para el objetivo de la investigación, con el fin de medir los índices de calidad del servicio, se revisó la variable de Santander para determinar el tiempo promedio esperado por tipo de paciente (contributivo o subsidiado) desde el momento en que se acude a la consulta externa, hasta el momento que efectivamente es atendido por el especialista. La gráfica 11, presenta los resultados comparativos entre Santander y Colombia, a fin de presentar una medición del puesto en servicio y calidad del departamento frente a la media nacional.

El análisis del gráfico 11, presentado en este aparte, muestra el promedio de Santander frente al nacional en el tiempo de espera para la atención de consulta nacional ligeramente inferior a la media nacional, evidenciando en el departamento, aunque por un margen mínimo, el tiempo de atención y por entendimiento la calidad del servicio de salud prestado es mejor al general que se evidencia en el país, con un promedio de atención para el régimen contributivo de 20 minutos entre el ingreso a la institución prestadora y la atención con el especialista de la consulta externa frente a un tiempo de 25 minutos en promedio nacional, un promedio de 28 minutos en el departamento, cuando se trata de pacientes de regímenes especiales frente a 32 minutos en el promedio nacional, y un promedio de 48 minutos en Santander frente a unos 55 minutos en la medición país, cuando se trata de pacientes no afiliados a ningún régimen de salud.

La variable sobre la cual se invierte la medición entre Santander y el resto del país es el promedio de tiempo de atención para pacientes del régimen subsidiado, en el cual Colombia cuenta con un promedio de 58 minutos, mientras que en Santander, estos mismos pacientes deben esperar en promedio 71 minutos para la atención de consulta externa. La principal conclusión que se colige de esta última variable es el hecho que a pesar de que en el departamento se cuenta con aceptable servicio de salud para los regímenes contributivos y especiales, el servicio prestado a pacientes subsidiados y sin afiliación es uno con un promedio inferior al nacional, comprometiendo la calidad, y validando nuevamente la tesis de que aunque la reforma de salud Ley 100 de 1993 tenía como objetivo el mejoramiento de la calidad del servicio de salud, esta terminó creando un servicio diferenciado y de menor calidad para la población vulnerable y en situación de riesgo, comprometiendo no solo el servicio prestado, sino también las condiciones mínimas para garantizar la equidad y desarrollo del país.

Gráfico 11. Tiempo de espera (promedio en minutos) de los usuarios desde que acudieron a servicios de consulta externa hasta ser atendidos según el régimen de afiliación declarado. Santander 2007.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Colciencias

El entendimiento de la calidad del servicio de salud abarca la atención integral de la población, especialmente en lo que se refiere a la población vulnerable, entre ellos los niños, puesto a que estos el servicio de salud, debe ser especialmente cuidadoso y con un excelente calidad, puesto que ellos se encuentran protegidos y amparados entre los derechos de los infantes, los cuales les da prioridad y obligatoriedad a las autoridades competentes en la prestación de servicios de salud y educación a la población infantil.

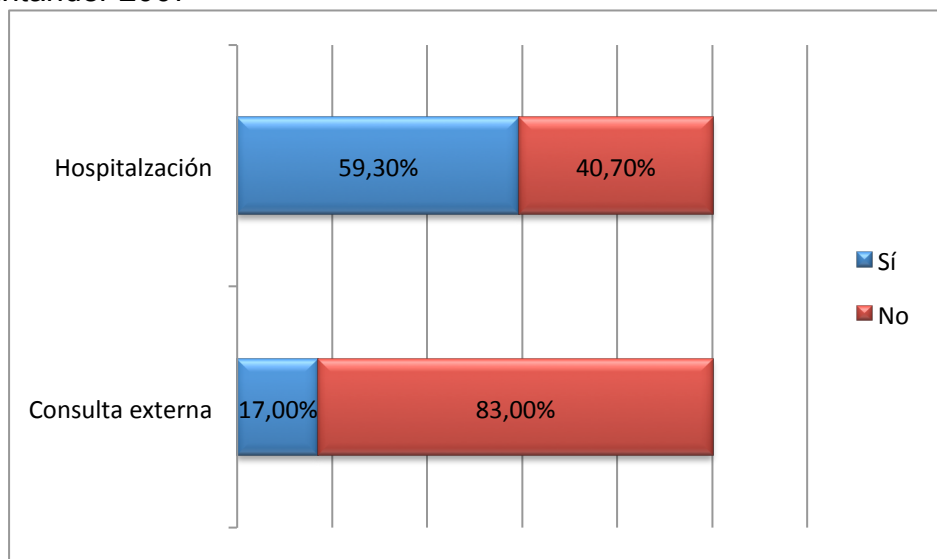
La Encuesta Nacional de Salud 2007, como herramienta de medición, no ignora estos compromisos, y brinda información sobre la atención se que se le presta a estos pacientes en situación especial. Uno de los puntos de la encuesta indaga sobre la metodología de atención de uno de los principales problemas de salud se que presentan en la primera infancia como lo es Diarrea Aguda, y tomando como factor de medición el tratamiento más sencillo que se debe brindar para la atención de esta condición médica, el cual es el suministro de suero.

En el gráfico 12, se muestran los resultados brindados tanto en la atención de consulta externa y hospitalización, donde la diferencia el procedimiento de atención es completamente abismal, mientras que en la consulta externa es prácticamente improbable que se brinde la atención mínima de suministro de suero para el tratamiento de la condición médica, con una respuesta de negativa a este tratamiento del 83%, mientras que cuando el tratamiento se realiza en la fase de hospitalización el suministro de suero como tratamiento paliativo a la enfermedad se realiza en 59,30%.

Si se analiza los altos costos que implica un proceso de hospitalización sea para niño o adulto tanto para la EPS como para los recursos que debe desembolsar la

nación como recursos de salud, se pensaría que el suministro del tratamiento mínimo para la atención de una condición médica, especialmente una tan común como la diarrea infantil debería realizarse en la fase de consulta externa, y de esta forma evitar costos adicionales, además de garantizar una mayor eficiencia en la administración no solo de los recursos sino del mismo servicio de salud.

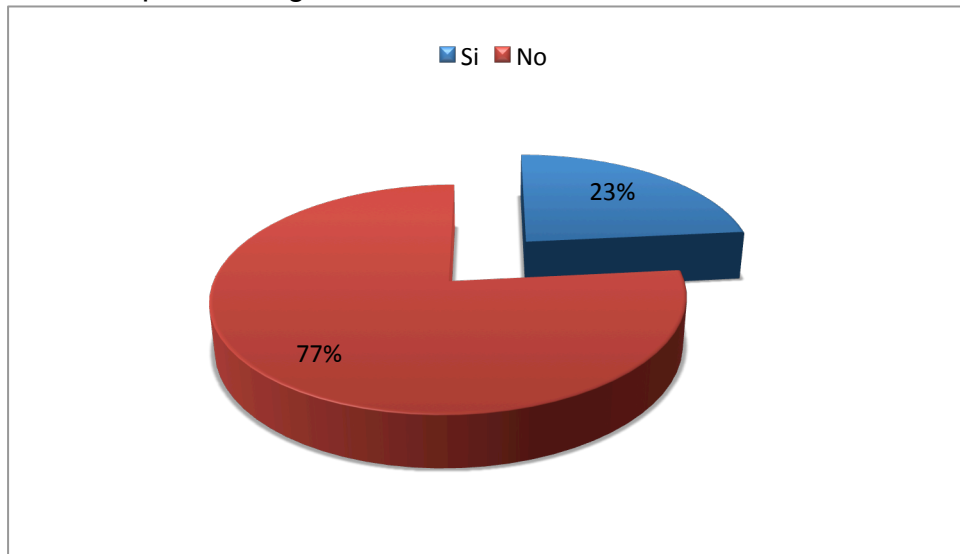
Gráfico 12. Niños con Enfermedad Diarreica Aguda que se les puso o suministró suero. Santander 2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Colciencias.

Continuando con el análisis de la atención en salud a la población infantil, como medida de estudio del nivel de efectividad, alcance y especialmente calidad del servicio en el departamento, de esta forma, otro de los principales problemas de salud principales en la primera infancia, son las deficiencias respiratorias, uno de los mecanismo de medición utilizado para este objetivo es la variable sobre la realización o no de tratamientos en consulta externa para los casos de infecciones respiratorias agudas en el segmento infantil del departamento, tal como se puede observar en el gráfico 13.

Gráfico 13. Formulación de terapia respiratoria en consulta de atención a niños con Infección Respiratoria Aguda. Santander 2007.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Colciencias.

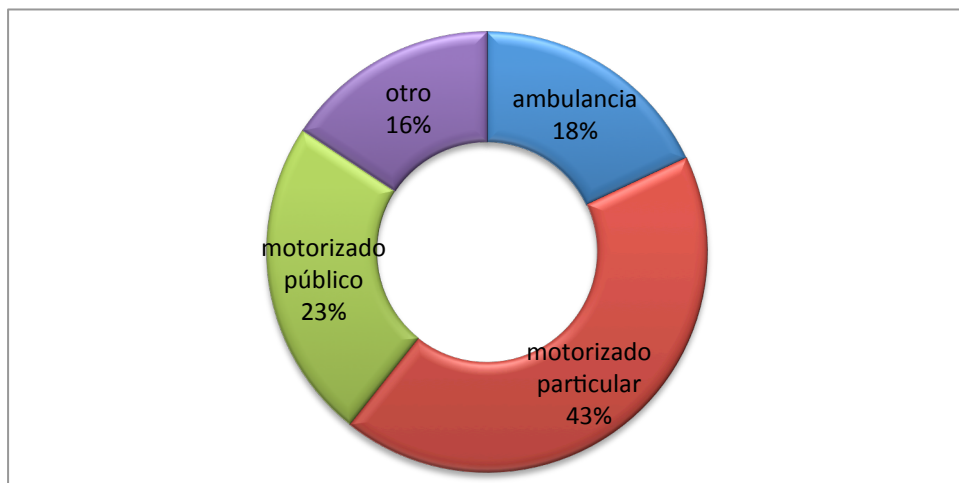
El anterior gráfico nos permite inferir que en uno de los principales problemas de salud de los infantes, como lo es los problemas respiratorios agudos no son atendidos y tratados desde la misma consulta, en el más alto porcentaje, un total de 77%, en el departamento de Santander, mostrando un gran nivel de ineficiencia y desmejoramiento de la calidad del servicio en la atención de la población vulnerable.

Ahora bien, si la atención en la primera infancia en Santander demuestra con la ENS 2007 ser insuficiente para brindar un servicio de calidad en salud, estando ésta población protegida por las más estrictas normas nacionales e internacionales, es posible colegir, que el servicio de salud en el departamento no ha logrado cumplir con la premisa principal de la reforma que dio lugar a la Ley 100 de 1993, brindar un servicio de calidad a todos los ciudadanos del país.

Otra de las variables de la Encuesta Nacional de Salud 2007, que permite inferir lo anterior, se presenta en el gráfico 14, el cual presenta los resultados a una pregunta básica del servicio de salud en el departamento, y el cual es el medio de transporte de pacientes heridos en accidentes de tránsito a los centros de prestación de salud, para Santander, los resultados son claros en el tema, el mayor porcentaje de los casos, un 43%, han sido transportados en medios motorizados particulares, frente a solo un 18% que han sido trasladados en ambulancias, vehículos especializados en la atención de estos casos.

Lo anterior, muestra un verdadero factor de riesgo, en la prestación de salud en el departamento, y es que en su inmensa mayoría, el traslado de pacientes, fundamental proceso para garantizar el correcto tratamiento y recuperación de heridos, ha sido entregado a vehículos que no cuentan con las características médicas y de atención en traumas requerida para garantizar un servicio de calidad para los usuarios.

Gráfico 14. Medio de transporte del herido en accidentes de tránsito a institución tratante. Santander 2007.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales. Colciencias

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2007 para Santander, permiten concluir que el nivel de calidad del servicio, para la fecha no cumple con las cualidades básicas de servicio propuestas con la Reforma de la Ley 100, en tanto, los usuarios del servicio en el departamento, han sufrido una atención deficiente, ya que, en muchos casos requieren de esperar largos periodos para la atención de requerimientos de salud, así mismo, una de las grandes premisas de la reforma, era garantizar una libertad al usuario de elegir la prestadora de salud, lo cual se evidencia no se ha garantizado con la implementación de la Ley.

El agravante principal de la calidad en el servicio de salud en Santander para el 2007, evidenciado en la Encuesta Nacional de Salud, se presenta en la prestación de servicio a los afiliados al régimen subsidiado de salud, es decir, a la población vulnerable del departamento, ahondando de esta forma una diferenciación excluyente y desigual en salud, violentando de esta forma uno de los derechos fundamentales de la población, a la vez que evidencia una falla fundamental en el objetivo de la reforma de la Ley 100 de 1993.

Lo anterior es especialmente grave, si se analiza el objetivo con el cual fue creada la Ley 100 de 1993, la cual tenía como propósito generar un servicio igualitario, que redujera las brechas sociales marcadas hasta la fecha de su promulgación en el servicio de salud a nivel nacional. Si a esto, se suma las grandes críticas que ha presentado el modelo de salud al no tener la capacidad de brindar un servicio de calidad a población contribuyente del sistema y mucho menos a la subsidiado, se presenta una ruptura fundamental del modelo y por tanto una total y completa ineficiencia de un sistema fundamental para garantizar el efectivo goce de los derechos de la población y generar de esta forma un desarrollo social y económico del país.

4. CONCLUSIONES

El objetivo central de ésta investigación era analizar la caracterización de la oferta de salud en el departamento de Santander para el año 2007, analizando este a la luz del contexto de calidad. Para lograr una investigación concienzuda que brinde un verdadero acercamiento sobre el tema, fue necesario realizar un acercamiento inicial al contexto que rodeó la creación de la normatividad que establece las características del sistema de salud en Colombia, así mismo, analizar el concepto de calidad y equidad, en el contexto de la salud, y finalmente analizar esta a luz de datos reales sobre el servicio de salud en Santander.

La actual normatividad de salud en Colombia, nació bajo la Ley 100 de 1993, la cual fue la reforma al sistema de seguridad social en el país más radical en su historia, y que tenía como objetivo central corregir las deficiencias que a la fecha presentaba el modelo de salud, aumentar la cobertura del servicio, tanto a nivel ciudadano como rural, así como mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos del sistema, logrando un sistema más equitativo entre la población con capacidad de pago y población sin recursos para el acceso a los servicios de salud en el país, finalmente la Ley 100 buscaba a través de estas estrategias garantizar un servicio de calidad.

El sistema de salud en Colombia, se reformo con la Ley 100 a fin de corregir situaciones de conflicto de inequidad en el tema de aseguramiento, asignación de recursos, accesibilidad a los servicios, y financiamiento general del sistema, todas estas inequidades eran evidentes hacia finales 1992, cuando únicamente el 45% de los ciudadanos urbanos y cerca del 80% de la población rural no contaban con

un sistema de seguridad social. La estrategia central de la reforma para lograr los objetivos propuestos con la Ley era la introducción de la competencia entre los aseguradores, con el fin de mejorar la calidad del servicio prestado.

Antes de la reforma, existían en el país dos grandes aseguradoras, una para los empleados y trabajadores del sector privado, el Instituto de Seguro Social (ISS) y otro para el sector público la Caja Nacional de Previsión (CAJANAL), y un pequeño número de aseguradoras para la administración de salud de instituciones públicas del nivel departamental y municipal, quienes tenían como prisioneros a sus afiliados pues estos no tenían opción de cambiar entre las aseguradoras disponibles.

Con la promulgación de la Ley 100, se crearon las Entidades Promotoras de Salud, EPS, empresas de carácter privado encargadas de la intermediación y administración del sistema de salud en el país. Así mismo, creo la distinción de las ARS, Aseguradoras del Régimen Subsidiado, quienes eran las empresas encargadas de la administración del servicio de salud de las personas que no cuentan con la capacidad de aporte al sistema de seguridad social, y finalmente las Instituciones Prestadoras de Salud, quienes eran las entidades públicas y privadas encargadas de la prestación del servicio de salud, estas no eran contactadas directamente por el usuario, sino a través de las EPS.

Otra de las grandes innovaciones en el modelo de la Ley 100 de 1993, fue la modificación en el modelo de financiación del sistema, en este nuevo, los empleados e independientes, junto con los empleadores, realizan los aportes al sistema, bajo una modalidad de aseguramiento equivalente al 12% de los ingresos devengados, así mismo, para la población sin capacidad de pago para los

servicios de salud, el modelo de la Ley 100 creó un sistema de solidaridad, donde parte de los fondos del régimen contributivo y aportes del Estado, se destinan para el financiamiento del régimen subsidiado. Este modelo de solidaridad fue completamente innovador, aun así, se ha demostrado insuficiente para brindar un servicio de calidad, a lo bien, ha creado una diferenciación en el sistema de salud entre ricos y pobres, desmejorando la calidad del acceso al servicio.

Sobre este último punto, es necesario analizar cuidadosamente el concepto de calidad en salud, en tanto esta abarca un gran número de ideas necesarias para establecer un verdadero servicio de calidad que satisfaga a todos los actores del modelo de salud: usuarios, profesionales de la salud y entes administrativos encargados de dirigir las entidades prestadores del servicio, un verdadero servicio de calidad se debe lograr una sinergia positiva que logre la satisfacción de todos los estamentos mencionados anteriormente. Una vez esta sinergia se logra, realmente se puede hablar de calidad enfocada hacia los usuarios en la que estos cuenten con sistema de salud que logre la prevención y recuperación de las condiciones físicas de los pacientes.

Así mismo, el otro concepto que requiere un análisis profundo para interpretar el servicio de salud es la equidad del servicio, y es este concepto el que requiere un análisis diferencial frente a lo que es el aporte de la seguridad social al desarrollo de una comunidad. Y es que, bajo los conceptos económicos de mercado, la equidad debería estar en concordancia con la eficiencia del mismo, pero tal como lo plantea Sen, la equidad se relaciona con la igualdad de oportunidades y posibilidad de extender el espacio de las capacidades y realizaciones.

Es decir, si estas capacidades se aumentan, así mismo lo hace la libertad, éste enfoque rompe con la visión tradicional del mercado, en tanto, el campo de la equidad no es la dimensión subjetiva de la envidia, y por tanto esta entra en conflicto con la eficiencia de los mercados convencionales.

Para lograr evaluar los efectos sobre el servicio de salud, después de la promulgación del servicio de salud, y poder validar los puntos de calidad y equidad bajo el nuevo modelo de salud instaurado en Colombia a partir de 1993, se utilizó un mecanismo de verificación para conocer la caracterización del sistema de salud en el departamento de Santander para el año 2007, fue la Encuesta Nacional de Salud, la cual con los resultados del departamento permitieron entender grandes rasgos del servicio, y realizar una interpretación a luz de los conceptos de calidad revisados con anterioridad.

El primer gran punto de la caracterización de la oferta de salud en Santander, es que el 95% de la muestra encuestada con la ENS 2007, se encuentra afiliada a alguno de los regímenes de salud creados con la Ley 100, demostrando de esta forma el logro de uno de los objetivos propuestos con la reforma y era lograr un afiliación masiva al sistema de salud en todas las regiones, mejorando de esta forma una de las falencia en calidad que para la promulgación de la norma existían.

La segunda gran conjetura que logró los resultados y el análisis de la encuesta hace referencia a la libertad de elección en los usuarios del sistema de salud sobre el prestador de servicio de salud, a fin de generar entre estos una competencia, que llevara a elevar los beneficios de afiliación, creando un good will y elevando el nivel de calidad del servicio prestado.

Ahora bien, los resultados obtenidos demuestran que este objetivo no ha sido cumplido a cabalidad y que en realidad, la libertad que se buscaba poco se ha logrado realmente, con un 61,60% de casos en los que al indagarse sobre la libertad que presentaron los pacientes para elegir la institución prestadora de los servicios de salud respondieron negativamente.

Así mismo tanto, en esta pregunta, como en la que indagaba sobre la libertad para elegir el especialista que los atendiera, la respuesta evidencia una gran porcentaje de diferenciación entre los resultados del régimen contributivo y el subsidiado, mostrando una mayor inamovilidad en los usuarios del régimen subsidiado, es decir, aquellos que no cuentan con la capacidad de pago por los servicios de salud, la población vulnerable. Generando una diferenciación en el servicio prestado y yendo en dirección contraria a los objetivos propuestos con la reforma de la Ley 100 de 1993.

Otro de los puntos de la encuesta que mayor análisis permite realizar sobre la calidad del servicio de salud en Santander bajo el marco de la Ley 100, se encuentra expresada en el punto sobre el tiempo que debe esperar cada usuario desde el ingreso a la institución de atención médica y la consulta con el especialista en salud y comparando estos frente al promedio nacional. En este punto, se evidencia que Santander brinda un tiempo menor al promedio nacional para los casos de afiliados al régimen contributivo y especial, es decir, aportantes de pago al sistema de salud, pero se eleva en gran medida en los casos de pacientes afiliados al régimen subsidiado y sin afiliación a ningún régimen de servicio.

Lo anterior es especialmente grave si se toma en cuenta que la población afiliada al régimen subsidiado o que no cuentan con una afiliación a ningún régimen son principalmente población vulnerable o sin recursos económicos para cubrir los costos de los servicios de salud, o teniendo en cuenta, que la reforma que dio promulgación a la Ley 100 de 1993, buscaba precisamente la eliminación de la diferenciación del acceso a la atención médica entre ricos y pobres del país.

Por todo lo anterior, es posible colegir que si bien la implementación de la Ley 100 de 1993, logró para el año 2007 en Santander, elevar el nivel de afiliación y cubrimiento del servicio de salud, tanto de la población con capacidad de pago, como aquella que se encuentra en niveles de riesgo e imposibilidad de cancelar dichos costos, esto es un gran e irrefutable logro de la reforma.

Ahora bien, a pesar de lograr ese aumento en nivel de cobertura, el mismo modelo de la Ley 100, ahondo la gran diferenciación entre el servicio prestado a los usuarios aportantes al modelo, y aquellos subsidiados por el fondo de solidaridad de la reforma, creando para estos últimos, un servicio de salud de segunda categoría, generando un mayor grado segregación dentro de la población del departamento, y demostrando la reforma de Ley 100 de 1993 como un mecanismo insuficiente para mejorar la calidad en el servicio de salud y a largo plazo en el desarrollo del departamento y el país.

BIBLIOGRAFÍA

ARROW, Kenneth. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". American Economic Review, N° 53, pp. 941 – 973. EN: Collected Papers of Kenneth Arrow. Applied Economics, Vol 6, Cambridge, Mass: Belknap Press, Harvard University Press, 1985, pp. 15 – 50. EN: " La Incertidumbre y el Análisis del Bienestar de las Prestaciones Médicas", Economía de la Salud, Junio, 1981, pp. 47 – 60.

CASTAÑO, R., ARBELÁEZ, J., GIEDION, U., & MORALES, L. (2001). Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Internet:
<http://ideas.repec.org/p/col/000140/002651.html>

DONABEDIAN, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund. Vol. 44, No. 3.

EDITORIAL. Hospitales, una crisis que desvela. En: El Tiempo. Bogotá D.C. 07 de julio de 2012. Editorial.

FORNELL, C. (1995): Productivity, quality, and customer satisfaction as strategic success indicators at firm and national level. Advances in Strategic Management, 11, pp. 217-29.

GARCÍA, F. M. (2009). Los determinantes de la calidad de la atención en salud : el caso del control prenatal. *Coyuntura Económica*, Vol. XXXIX, No 2., 61–97.

GONZÁLEZ, Jorge Iván. La regulación en salud en ausencia de velo de ignorancia. EN. Jornada Inaugural de Acoes. Bogotá. Junio de 2007.

LINDELOW, M. (2003). Understanding spatial variation in the utilization of health services: does quality matter? The World Bank y Centre for Study of African Economies, Oxford University.

LOUREIRO, S. C., & GONZÁLEZ, M. (2010). Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: Análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 16, 27–41. EN: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=274120099002>

MARCH, J., & PRIETO, A. (2001). La calidad y la salud pública: un reto hacia una salud pública basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial*, 57–60. EN: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/256/256v16n01a13028271pdf001.pdf>

MOLINA, C., Giedion U. (1993), *Distribución del Gasto Público en Salud en Colombia*, Banco Mundial, Fedesarrollo.

PATIÑO, J. (2001), La desprofesionalización de la medicina en Colombia. *Revista Acta Médica Colombiana*. Vol. 26, pp. 43-9.

RUÍZ, Fernando. Los tres males del sistema de salud. En: El Espectador. Bogotá D.C. 20 de julio de 2012.

RUIZ, F., L. AMAYA, L. GARAVITO y J. RAMÍREZ (2008), Precios y contratos en salud. Estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud.

SEN, Amartya, 1985. "Well Being, Agency and Freedom: The Dewey Lectures 1984", The Journal of Philosophy, apr, no 82 (4), pp. 169 – 221. Reproduciendo como "El Bienestar y la Condición de Ser Agente y La Libertad. Conferencias Dewey de 1984", EN Bienestar, Justicia y Mercado, Paidós, ICE/UAB, 1997, pp. 39 – 108.

VARIAN, Hal. 1974. "Equity, Envy and Efficiency". Journal of Economics Theory, 9, pp. 63 – 91.