

Oportunidad, Satisfacción y Razones de no Uso de los Servicios de Salud en Colombia, según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, 1997¹

Freddy Velandia S.¹, Nelson Ardón C.², María I. Jara³, José M. Cárdenas M.⁴ y Nicolás Pérez A.⁵

¹ Economista. M. Sc. Filosofía. Programas de Postgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

E-mail: fvs@cable.net.co velandia@javeriana.edu.co

² Odontólogo. M. Sc. Administración de Salud, M. Sc. Educación Superior, Especialista en Política Social. Programas de Postgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

E-mail: nardon@javeriana.edu.co

³ Filósofa. M. Sc. Investigación y Tecnología Educativa, M. Sc. Filosofía. Programas de Postgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. E-mail: mjara@javeriana.edu.co

⁴ Médico. Especialista en Anestesiología. Universidad Católica de Manizales. Teléfono 3 208320 Ext. 5426

⁵ Médico. M. Sc. Salud Pública. Universidad Católica de Manizales. Teléfono 3 208320 Ext. 5426

RESUMEN

Objetivos Identificar, desde la perspectiva del usuario, la satisfacción y la oportunidad de los servicios de atención médica en Colombia y las razones para no usarlos, buscando determinar los logros alcanzados en materia de calidad desde la promulgación de la Ley 100 de 1993.

Métodos Se analizaron los resultados del formulario de hogares de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del Departamento Administrativo Nacional de Estadística-DANE,

¹ Trabajo presentado en el I Encuentro Nacional de Investigación en Salud Pública. Noviembre 14-16 de 2002, Bogotá.

realizada durante el segundo semestre de 1997, con una submuestra de 10 016 hogares, representativa de la población total del país (39 824 424 habitantes). Se utilizaron únicamente las variables pertinentes para la investigación, asignándoles nuevos códigos que permitieran efectuar los análisis previstos.

Resultados La oportunidad y la calidad de los servicios de atención fueron bien evaluadas por parte de la población colombiana. Así mismo, se identificaron algunos factores que determinan las variaciones en las evaluaciones de la oportunidad y de la calidad, lo mismo que en las razones para no utilizar los servicios de atención médica. En relación a las razones de no uso de los servicios, se encontró que 64,7 % de la población que no utilizó los servicios de atención médica, mencionó "razones" que se asocian con problemas de calidad. Entre las más importantes, se encontraron las relacionadas con la accesibilidad: larga distancia hasta el oferente, falta de dinero y falta de credibilidad en los agentes de salud.

Conclusiones Se logró establecer que los problemas de la calidad de los servicios en la Seguridad Social pueden ser mayores de lo que se cree. De otra parte, se identificaron factores asociados con la oportunidad, la calidad (satisfacción) y las razones de no uso de los servicios de atención.

Palabras Claves: Satisfacción del paciente, sistema de salud, calidad de la atención de Salud, Colombia (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Opportunity, satisfaction and reasons for not using the health services in Colombia, according to the Quality of Life Survey, DANE 1997

Objectives To identify, from a user's perspective, the satisfaction and opportunity of the health care services in Colombia and the reasons for not using them, in order to determine the achievements in health care quality since the promulgation of Law 100 of 1993.

Methods The results of the home questionnaire of the National survey on Quality of Life carried out by the National Administrative Statistics department during the second semester of 1997, with a sub-sample of 10 016 homes, representing the country's population (39 824 424 inhabitants), were analyzed. Only the variables pertinent to the research purpose were used, assigning new codes for them in order to allow performing the planned analyses.

Results Opportunity and quality of the health care services were well evaluated by a part of the Colombian population. Some of the factors which determine variations in the evaluations of quality and opportunity, as well as the reasons for not using the health care services, were determined. 64,7 % of the people not using the health care services mentioned reasons associated with quality problems. Amongst the most important, were those related to accessibility: long distance to the health care provider, lack of money and lack of credibility in the health agents.

Conclusions The problems in the quality of the Social Security Services are greater than is usually considered. On the other hand, factors associated with the opportunity, quality (satisfaction) and reasons for not using health care services were identified.

Key Words: Patient satisfaction, healthcare system, quality of health care, Colombia (*source: MeSH, NLM*).

La reforma a la salud Colombiana, expresada en la Ley 100 de 1993, pretende, entre otros objetivos fundamentales, brindar una atención en salud de óptima calidad a los usuarios del nuevo sistema, la cual ha sido tradicionalmente evaluada en nuestro país en forma negativa tanto por los usuarios como por los

proveedores del servicio. Para ello, ha establecido los parámetros que la definen y ha creado los respectivos mecanismos de control para garantizarla (1).

Debido a que son muchas las definiciones que actualmente existen sobre calidad en salud y su manera de abordarla, ello ha originado la aparición de una diversidad de enfoques para su medición. Por un lado tenemos la perspectiva de los profesionales de la salud, quienes enfatizan en los aspectos técnico-científicos de la atención además de considerar la interacción proveedor-paciente (2). Otra perspectiva es la que se relaciona con los organizadores del sector salud y que incluye a las aseguradoras de carácter público y privado del nuevo sistema, las cuales de entrada reconocen la complejidad de trabajar en el nuevo mercado, y abordan la salud a nivel poblacional, enfatizando en los atributos de la atención que reflejen el funcionamiento de los sistemas organizacionales (3,4). Pero, aunque estas perspectivas, principalmente la que tiene que ver con los profesionales de salud y los proveedores del servicio, son importantes y útiles, en los últimos años ha habido un creciente interés en considerar la opinión de los usuarios como indicador importante de la calidad de la atención en salud, buscando dar respuesta a sus preferencias individuales y colmar sus expectativas en materia de satisfacción con dichos servicios. (5).

En Colombia, después de implementada la actual reforma del sector salud, podemos decir que son muy escasos los estudios que a nivel nacional y bajo la perspectiva del usuario han pretendido hacer una evaluación de la calidad del actual sistema de seguridad social. Entre ellos se destaca como uno de los más importantes el informe divulgado por la Misión Social sobre un análisis hecho a la encuesta de calidad de vida del DANE de 1997 (6), en la cual se evidencia una alta calificación de la población en relación a la calidad de los servicios de salud brindados en el país, pero se destaca así mismo una baja calificación dada a los servicios de salud prestados a través de la Seguridad Social, más específicamente a través del Instituto de Seguros Sociales.

Y aunque parezca muy apresurado determinar el impacto de la actual reforma a la seguridad social en salud sobre los principales problemas del sector, se hace necesario adelantar estudios que analicen sus avances y limitaciones para poder reorientar en forma efectiva los cursos de acción en materia de política sanitaria en nuestro país.

MATERIALES Y METODOS

Para el presente estudio se analizaron los resultados del formulario de hogares de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) realizada durante el segundo semestre de 1997,

a partir de una submuestra de 10 016 hogares, representativa de la población total del país (39 842 424 habitantes).

Esta base de datos fue solicitada a las autoridades del DANE, para ser reelaborada, incluyéndose únicamente las variables pertinentes para la investigación y asignándoles nuevos códigos que permitieran efectuar los análisis previstos. El procesamiento y análisis de la información se realizó por medio del paquete estadístico SPSS y el programa STATA versión 5.0.

Para el análisis de las variables de oportunidad, calidad (satisfacción) y las razones de no uso, que se asumieron como las variables dependientes del estudio y cuyos análisis y descripciones constituyen la parte central del presente estudio, se calcularon principalmente proporciones con sus correspondientes intervalos de confianza del 95 %, pruebas Chi-cuadrado y regresiones logísticas, trabajando directamente con los datos de la muestra, sin efectuar expansiones al universo.

RESULTADOS

Oportunidad de los servicios de salud

El análisis de la presente variable se basa en los resultados obtenidos a partir de una submuestra de 5 838 personas que solicitaron y utilizaron efectivamente los servicios formales de salud, calificando su oportunidad a través de una única pregunta² con dos categorías de respuesta.

Se observó una alta calificación a la oportunidad de los servicios, ya que más del 84 % de los encuestados, los considero oportunos (Tabla 1).

No se encontró asociación significativa entre la oportunidad y el hecho de estar o no afiliado al Sistema de Seguridad Social (Chi-cuadrado de 0.079, nivel de significación de 0.779 y 1 gl), con la afiliación al régimen contributivo o subsidiado (Chi-cuadrado de 1.07, nivel de significación de 0.302 y 1 gl), ni con el hecho de estar afiliado a una EPS - Caja de previsión, a una Empresa Social del Estado o a un sistema especial de salud como los de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, el Magisterio o Ecopetrol (Chi-cuadrado de 1.05, nivel de significación de 0.593 y 2 gl). De otro lado, se encontró asociación significativa entre la evaluación de la oportunidad y el plan de salud utilizado por la persona, en el sentido de haber usado los servicios proporcionados a través de su Seguridad Social, haber usado los servicios de un plan complementario, el uso de recursos propios o el uso de alguna combinación de las anteriores tres

² Pregunta F-23 de la encuesta: Considera que la atención fue: a) oportuna b) demorada; en relación a los servicios utilizados en los últimos 30 días.

opciones (Chi-cuadrado de 32.42, nivel de significación de 0.000 y 4 gl). Destacándose en particular el hecho de que el 82.7% de las personas (intervalo 81- 84,2), una proporción inferior a la media nacional (84,3 %), encontró oportunos los servicios provistos por las entidades de Seguridad Social.

Tabla 1. Solicitantes de servicios formales de salud según la oportunidad de la atención, Colombia 1997

Oportunidad de la atención	Distribución de frecuencias		
	Cantidad	Proporción e IC del 95%	
Oportuna	4 943	84,3	(83,4-85,3)
Demorada	895	15,3	(14,3-16,2)
Sin atención	24	0,4	(0,2-0,6)
Total	5 862	100.0	

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida-DANE-1997. Cálculos de los autores

Identificación de factores asociados con la oportunidad mediante regresión logística

Con el fin de identificar entre las variables que se sometieron a indagación aquellas que, de una manera más definitiva, pudieran estar asociadas con la evaluación de la oportunidad, se usó un modelo de regresión logística que se define de la siguiente forma (no se pretendió construir un modelo con fines predictivos y, además, el R^2 fue muy pequeño):

$$Li = \ln [Pi/(1-Pi)] = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_n X_{ni} + u_i$$

En donde Pi es la probabilidad de que, dado un conjunto de características (X) de los usuarios, éstos indiquen que los servicios de atención médica son oportunos, 1-Pi es la probabilidad de que dado ese mismo conjunto de características digan que son no oportunos (demorados).

De acuerdo con los resultados arrojados por la regresión que se aplicó a las 5 838 personas enfermas que utilizaron los servicios, se encuentra que los siguientes factores o variables estuvieron asociados con la oportunidad: la edad, el estado de salud percibido, los motivos de consulta, el servicio de salud utilizado, el plan de salud utilizado (en este caso el logaritmo de la relación de probabilidades es mayor cuando se utiliza el plan o seguro de salud o los recursos propios), la entrega de medicamentos, la ocupación y la afiliación a la Seguridad Social (el logaritmo de la relación de probabilidades es mayor cuando no se está afiliado a la Seguridad Social.).

Estos resultados corroboran algunas asociaciones obtenidas a través del Chi cuadrado y se descubren otras nuevas como la afiliación a la Seguridad Social.

Calificación de la Calidad (en términos de Satisfacción)

Al igual que con la evaluación de la oportunidad, la calificación de la calidad (en términos de satisfacción) fue evaluada por las mismas 5 838 personas que solicitaron y utilizaron efectivamente los servicios formales de salud durante los últimos 30 días anteriores a la encuesta y se hizo mediante una única pregunta con tres categorías de respuesta³.

Los resultados obtenidos (Tabla 2) muestran que 83 % consideró que la calidad de los servicios era buena y sólo el 3,1 % que era mala.

Tabla 2. Solicitantes de servicios formales de salud según la calidad (satisfacción) de la atención, Colombia 1997

Calidad de la atención	Distribución de frecuencias	
	Número	Proporción e intervalo de confianza del 95 %
Buena	4 825	82,7; (81,7-83,7)
Regular	830	14,2; (13,3-15,1)
Mala	183	3,1; (2,7-3,5)
Total	5 838	100

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida-DANE-1997. Cálculos de los autores

Al analizar la asociación entre la calidad (satisfacción) con otras variables independientes, no se encontró, entre los hallazgos más importantes, asociación significativa entre la calidad y el tipo de profesional de la salud que ofreció la atención (médico, enfermera o promotor de salud) (Chi-cuadrado de 0.877, nivel de significación de 0.645 y 2 gl); entre la calidad y el hecho de estar o no afiliado al Sistema de Seguridad Social (Chi-cuadrado de 1.26, nivel de significación de 0.534 y 2 gl), con la afiliación al régimen contributivo o subsidiado (Chi-cuadrado de 0.901, nivel de significación de 0.637 y 2 gl), ni con el hecho de estar afiliado a una EPS-Caja de Previsión, a una Empresa Social del Estado o a un Sistema Especial de salud como los de las Fuerzas Militares, Policía Nacional, Magisterio o Ecopetrol (Chi-cuadrado

³ Pregunta F-24 de la encuesta: Considera que la calidad del servicio fue: a) buena b) regular c) mala

de 2.56, nivel de significación de 0.634 y 4 gl). Por otro lado, se encontró una asociación significativa entre la evaluación de la calidad y el plan de salud utilizado por la persona (Chi-cuadrado de 26.70, nivel de significación de 0.001 y 8 gl). Quienes usaron sus planes complementarios de salud dieron la mejor calificación (98,3 %), en contraste con quienes usaron sus afiliación a la Seguridad Social, calificándola como buena en el 80,9 % de los casos (IC:79,3-82,5 %), proporción inferior a la media nacional.

Identificación de factores asociados con la calidad (satisfacción) mediante regresión logística

Se realizaron el mismo tipo de regresiones logísticas que para la evaluación de la oportunidad. De acuerdo con los resultados arrojados por la regresión que se aplicó a las 5 838 personas enfermas que utilizaron los servicios, se encuentra que los siguientes factores o variables relacionados con el nuevo Sistema de Seguridad Social, están asociados con la calidad (satisfacción), ellos son: la entidad de afiliación (el logaritmo de la relación de probabilidades crece con la afiliación a una ESS), los motivos de consulta (el logaritmo de la relación de probabilidades es mayor cuando, por una parte, los servicios se usan por ser los mejores y, por la otra, cuando se usan por recomendación), la afiliación a la Seguridad Social (el logaritmo de la relación de probabilidades es mayor cuando no se está afiliado a la Seguridad Social).

Estos resultados, más seguros y definitivos, descubren asociaciones significativas que no se evidenciaron con la prueba del Chi-cuadrado, como la afiliación a la Seguridad Social y el tipo de entidad de afiliación.

Razones de no uso de la atención en salud

En la encuesta, hubo una pregunta ⁴ que indagaba las razones por las cuales 1 719 personas no solicitaron o no recibieron atención médica en los últimos 30 días por parte de un profesional o institución de la salud (hospital, clínica, centro o puesto de salud) por un promotor de salud o una enfermera, sino que acudieron a un recurso informal de la salud (boticario, tegua, yerbatero, etc.) o no hicieron nada para resolver su caso.

⁴ Pregunta f-21 de la encuesta: ¿Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o recibió atención médica?: a) el caso era leve, b) no tuvo tiempo, c) el centro de atención queda lejos, d) falta de dinero, e) considera que el servicio es malo, f) no lo atendieron, g) no confía en los médicos, h) ha consultado antes por ese problema y no se lo han resuelto, j) muchos tramites para la cita.

Para efectos de nuestro análisis, al notar que con la primera prueba de Chi-cuadrado se obtuvo una gran número de celdas con valores menores de 5, se procedió a agrupar las nueve categorías de respuesta en sólo cuatro, considerando los aspectos de accesibilidad, oportunidad, satisfacción y calidad técnica de los servicios, quedando agrupadas así:

Categoría 1: El caso era leve - No tuvo tiempo. A esta categoría también se le denominó razones no relacionadas con la calidad.

Categoría 2: El centro de salud era lejos - Falta de Dinero- No confiaba en los médicos. También denominada razones de accesibilidad.

Categoría 3: El servicio era malo- Había consultado antes y no le habían resuelto su caso. También se denominará razones de calidad técnica o eficiencia.

Categoría 4: No lo atendieron - Existían muchos trámites para ello. Denominada para efectos de este análisis razones de oportunidad.

Los resultados obtenidos demuestran que de esas 1 719 personas que no acudieron a los servicios formales de salud, el 53,9 % acusaron razones de accesibilidad, el 35,3 % acusaron razones no relacionadas con la calidad. De igual manera, se determinó que este grupo de personas no otorga importancia a las razones relacionadas con la calidad técnica de los servicios, ni con la oportunidad de los mismos, ya que sólo el 6 % citaron razones de calidad técnica y el 4,8 % razones de oportunidad.

Analizando las variaciones de las razones de no uso que se asociaron en forma significativa (usando el Chi-cuadrado) con algunas variables independientes relacionadas con el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud, encontramos que hubo una importante asociación de aquella variable con variables como la afiliación al Sistema (Chi-cuadrado de 116.41, nivel de significación de 0.000 y 3 gl), con el tipo de entidad de afiliación a la seguridad social (Chi-cuadrado de 116.4, nivel de significación de 0.000 y 3 gl) y régimen de afiliación (Chi-cuadrado de 245.58, nivel de significación de 0.000 y 6 gl).

Los no afiliados dan una mayor importancia a las razones de accesibilidad, con el 65,3 % (IC 62,2-68,4 %), que los afiliados, con el 42 % (IC 38,7-45,3 %); esta situación se invierte en relación con las razones que nada tienen que ver con la calidad pues, mientras que el 42,6 % de los afiliados (IC 39,2-46,0 %) le da más importancia a estas razones, los no afiliados les dan un peso menor, del 28,3 % (IC 25,3-31,3 %).

De otro lado, se pudo observar que los afiliados otorgan más peso a las razones de calidad y oportunidad (6,9 % y 8,5 %) que los no afiliados (6 % y 5 %), aunque la diferencia no es tan notoria (Tabla 3).

Tabla 3. Razones de no uso de los servicios formales de salud según la afiliación de los enfermos crónicos y no crónicos, Colombia 1997

	Número de personas				Proporciones e intervalos de confianza del 95%				
	1	2	3	4	Total	1	2	3	4
A	356	350	58	71	835	42,6(39,2-46,0)	42(38,7-45,3)	6,9(5,2-8,6)	8,5(6,6-10,4)
N	250	577	45	12	884	28,3(25,3-31,3)	65,3(62,2-68,4)	5(3,6-6,4)	1,4(0,6-2,2)
T	606	927	103	83	1 719	35,4(33,1-37,7)	53,6(51,2-56,0)	6(4,9-7,1)	5(4-6)

A: Afiliados; N: no afiliados; T: Total; Categorías: 1. Caso leve, no tuvo tiempo; 2. Centro de salud lejos, falta de dinero, no confiaba en los médicos; 3. Mal servicio, no han resuelto su caso; 4. No lo atendieron y muchos trámites

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida-DANE-1997. Cálculos del estudio

Definitivamente, los no afiliados tienden a calificar de una manera más alta las razones de accesibilidad frente a los no afiliados, quienes otorgan mayor importancia a las razones que no tienen que ver con la calidad; sin embargo, tanto los afiliados como los no afiliados le dan poca importancia a las razones de oportunidad y de calidad técnica.

Según la entidad de afiliación, se evidencia un contraste importante en relación con la accesibilidad mientras que los afiliados a sistemas especiales le dan un mayor peso, del 61,0 % (IC 55,2-66,8 %), los afiliados a las EPS, Cajas de Prevención y Cajas de Compensación le otorgaron uno menor, del 26,1 % (IC 21,9-30,3 %). Esta relación se invierte frente a las razones que no tienen que ver con la calidad pues, mientras el 52,7 % de las personas que están afiliadas a las EPS, Cajas de Previsión y de Compensación (IC 47,9-57,5 %) le dio importancia a este tipo de razones, sólo el 29 % de los afiliados a los sistemas especiales (IC 23,6-34,4 %) se la otorgaron.

En cuanto al régimen de afiliación, existen diferencias importantes; por ejemplo, mientras que los afiliados al régimen subsidiado dan más peso a las razones de accesibilidad, con un 54,9 % (IC 50,8-59 %), los afiliados al régimen contributivo le dan a estas mismas razones una importancia del 15,3 % (IC 11-19,6 %). Esta situación se invierte en el caso de las razones que nada tienen que ver con calidad, donde el 59,1 % de los afiliados al régimen contributivo le otorga más peso a este tipo de razones que los del régimen subsidiado, donde lo hace el 34,6 % (Tabla 4).

Tabla 4. Razones de no uso de los servicios formales de salud según régimen de afiliación de los enfermos crónicos y no crónicos, Colombia, 1997

	Número de personas					Proporciones e intervalos de confianza del 95%			
	1	2	3	4	Total	1	2	3	4
C	162	42	29	41	274	59.1(53.3-64.9)	15.3(11.0-19.6)	10.6(7.0-14.2)	15(10.8-19.2)
S	194	308	29	30	561	34.6(30.7-38.5)	54.9(50.8-59.0)	5.2(3.4-7.0)	5.3(3.4-7.2)
T	356	350	58	71	835	46.8(43.4-50.2)	35.1(31.9-38.3)	8(6.2-9.8)	10.1(8.1-12.1)

C: Régimen contributivo; S: Régimen subsidiado; T: Total; Categorías: 1.Caso leve, no tuvo tiempo; 2. Centro de salud lejos, falta de dinero, no confiaba en los médicos; 3. Mal servicio, no han resuelto su caso; 4. No lo atendieron y muchos trámites

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida-DANE-1997. Cálculos del estudio

Por último, también destacamos que el recurso de salud utilizado se asocia con las razones para no acudir al sistema formal de salud (Chi-cuadrado de 126.52, nivel de significación de 0.000 y 15 gl). Llama la atención cómo las personas que recurrieron al tegua o empírico dan más importancia a las razones de accesibilidad, con el 72,8 % (IC 64,2- 81,4%), que las personas que no hicieron nada, con el 48,8 % (IC 43,8-54 %). De manera opuesta, en relación con las razones que nada tienen que ver con la calidad, las personas que no hicieron nada les dan mayor importancia a estas razones, con el 40,5 % (IC 35,5-45,5), que aquellas que acudieron al tegua o empírico, con el 10,7 %, o a las terapias alternativas, con el 13,3 %. Otro aspecto interesante es que el 40 % de las personas que acuden a las terapias alternativas dan un peso importante a las razones de calidad técnica o eficiencia, frente a un 3,7 % de las que no hicieron nada. Otro tanto sucede en el caso de las razones de oportunidad, pues el 10 % de las personas que acuden a medicinas alternativas les dan importancia frente al 19 % de aquellas que acuden al tegua o empírico (Tabla 5).

Si bien el tipo de recurso de salud está más asociado con las razones de accesibilidad, también es cierto que no dejan de pesar las razones que nada tienen que ver con la calidad para justificar la no asistencia a los servicios formales de salud. Es importante destacar el alto porcentaje de personas que está asistiendo al tegua o empírico por razones de accesibilidad y señalar cómo un porcentaje considerable de personas asiste a terapias alternativas por razones de calidad técnica o eficiencia y de oportunidad de los servicios.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Fueron altas las evaluaciones hechas en relación con la oportunidad y la calidad (satisfacción) de los servicios “formales” de salud o de atención mé-

dica que demandaron y utilizaron las personas que estuvieron enfermas por causa crónica o no crónica. Incluso fue un poco más alta la proporción de personas que encontró oportunos los servicios con el 84,7 % que la proporción que los calificó como de buena calidad con el 82,7 %. En realidad, la proporción de casos de estrictamente mala calidad sólo fue mencionada por el 3,1 % de la población.

Tabla 5. Razones de no uso de los servicios formales de salud según recurso de salud utilizado por los enfermos crónicos y no crónicos, Colombia 1997

	Número de personas					Proporciones e intervalos de confianza del 95%			
	1	2	3	4	Total	1	2	3	4
B	67	118	12	13	210	31,9(25,6-38,2)	56,2(49,5-62,9)	5,7(2,6-8,8)	6,2(2,9-9,5)
T	11	75	15	2	103	10,7(4,7-16,7)	72,8(64,2-81,4)	14,6(7,8-21,4)	1,9(-0,7-4,5)
TE	4	11	12	3	30	13,3(1,1-25,5)	36,7(19,5-53,9)	40(22,5-57,5)	10(-0,7-20,7)
R	143	245	22	15	425	33,6(29,1-38,1)	57,6(53-62,4)	5,2(3,1-6,7)	3,5(1,8-5,2)
A	229	295	28	24	576	39,8(35,8-43,8)	51,2(47,1-55,3)	4,9(3,1-6,7)	42(2,5-5,7)
N	152	183	14	26	375	40,5(35,5-45,5)	48,8(43,8-54)	3,7(1,8-5,6)	6,9(4,3-9,5)
T	606	927	103	83	1719	28,3(26,2-30,4)	54(51,6-56,4)	12,3(10,7-13,9)	5,4(4,3-6,5)

B: boticario; T: Tegua o empírico; TE: Terapias alternativas; R: Remedios caseros; A: Autorreceta; N: Nada; T: Total; Categorías: 1. Caso leve, no tuvo tiempo; 2. Centro de salud lejos, falta de dinero, no confiaba en los médicos; 3. Mal servicio, no han resuelto su caso; 4. No lo atendieron y muchos trámites

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida-DANE-1997. Cálculos de los autores

Lo anterior tiende a indicar que los servicios de salud producidos en el país corresponden a los estándares esperados por la población. Sin embargo, también cabe señalar la posibilidad de que en relación con la oportunidad y también, en alguna medida, en relación con la calidad (satisfacción), ese hecho pueda estar indicando que el instrumento de encuesta tuviera poca capacidad para discriminar las respuestas con el fin de reflejar correctamente la percepción de los usuarios.

Se identificó un conjunto de factores o variables que se asociaron tanto con las variaciones en la oportunidad como con las variaciones en la calidad (satisfacción), entre los que cabe destacar la afiliación a la Seguridad Social. Otros factores, como el plan de salud utilizado para acceder a la atención médica, se asociaron únicamente con la oportunidad, y el que tiene que ver con la entidad de afiliación, se asoció sólo con la calidad o satisfacción.

La población que estuvo enferma por causa crónica o no crónica y que no utilizó los servicios de atención médica, mencionó en el 64,7 % de los casos razones para no hacerlo que de alguna manera se asocian con problemas en

la calidad. Entre este tipo de razones las más importantes, fueron las dificultades que se pueden calificar como de accesibilidad: larga distancia hasta el oferente (accesibilidad “geográfica”), falta de dinero (accesibilidad “económica”) y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad “cultural”).

Las variaciones en el acuso de razones de no uso se asocian también con las siguientes variables o factores: a. la afiliación, pues los no afiliados dan más importancia a las razones de acceso que los afiliados y estos últimos le otorgan más importancia a las razones que nada tienen que ver con la calidad; b. el tipo de entidad de afiliación, pues los afiliados a los sistemas especiales dan más importancia a la accesibilidad que aquellos que están afiliados a las EPS, Cajas de Previsión y Cajas de Compensación, y estos últimos privilegian las razones que nada tienen que ver con la calidad; c. el tipo de régimen de afiliación, pues mientras los afiliados al régimen subsidiado atribuyen más importancia a las razones de accesibilidad, los del régimen contributivo la dan a las razones que nada tienen que ver con la calidad; d. el tipo de recurso utilizado, pues si bien es cierto que esta más asociado a las razones de accesibilidad, también lo es que no dejan de pesar las razones que nada tienen que ver con la calidad para justificar la no asistencia a los servicios formales de salud.

Es importante destacar el porcentaje alto de los que asisten al tegua o empírico por razones de accesibilidad y cómo un porcentaje considerable asiste a terapias alternativas por razones de calidad técnica y de oportunidad de los servicios.

Lo anterior se constituye en una serie de evidencias directas e indirectas de problemas relacionados con la calidad en la Seguridad Social que resultarían ser muy altas, más altas de lo que corrientemente se ha podido evidenciar. Las demoras o la regular y mala calidad de los servicios (evidencia directa) junto con la población afiliada que no usó su afiliación y que o bien acudió a otras vías de acceso a la atención médica o bien simplemente no los usó (evidencias indirectas), pudo corresponder a un 40 % de los afiliados. En este punto es importante plantearse la pregunta de si la encuesta tenía la capacidad para revelar de manera idónea los problemas de calidad cuando entre los servicios y los usuarios intervienen entidades que actúan como mediadoras. Las evidencias indirectas, en particular, podrían estar sugiriendo que el propio Sistema de Seguridad Social en Salud podría estar causando dificultades que se reflejan en la actitud de los usuarios o que simplemente no ha podido resolverlas.

Finalmente, cabe mencionar que algunos de los resultados en relación con la oportunidad, la calidad (satisfacción) y las razones de no uso presentados aquí, coinciden, en los aspectos correspondientes, con los obtenidos y divulgados por la Misión Social (DNP, Bogotá, Octubre de 1998). Hay concordancia en la alta calificación dada por la población a los servicios de atención médica, en la apreciación de las causas para no utilizar esos servicios y en la menor calificación de la calidad en los servicios prestados a través de la Seguridad Social. Pero vale la pena señalar que en el presente estudio se logró, por una parte, indicar que el problema de la Seguridad Social puede ser mayor de lo que se cree y, por la otra, penetrar en la identificación de los factores asociados con los tres aspectos estudiados: la oportunidad, la calidad (satisfacción) y las razones de no uso •

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. La reforma a la Seguridad Social en Salud: Ley 100 de 1993. Tomos I y II. Santa Fé de Bogotá; 1995.
2. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA, 1988; 1:260.
3. Jencks SF, Wilensky GR. The health care quality improvement initiative: a new approach to quality assurance in Medicare. JAMA 1992;268:900-903.
4. Robinson JC, Casalino LP. Vertical integration and organization networks in health care. Health Affairs (Millwood) 1996;15(1): 7-22.
5. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL (Eds). Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
6. Departamento Nacional de Planeación. Análisis de las Encuestas de Calidad de Vida para evaluar el impacto del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia: 1993-1997. Bogotá; Octubre de 1998.