

*CONTRATO No. DNP-390-2014*



“REALIZAR UNA EVALUACIÓN DE RESULTADOS E IMPACTO DE LA UNIFICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD – POS Y UNA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE SU MÁS RECIENTE ACTUALIZACIÓN, QUE PERMITA IDENTIFICAR LOS AVANCES EN CUANTO A EQUIDAD Y ACCESO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN SALUD INCLUIDAS EN LOS PLANES DE BENEFICIOS. ADICIONALMENTE, REALIZAR UNA EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS IMPLEMENTADOS POR ASEGURADORES Y PRESTADORES EN EL MARCO DE LA UNIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL POS.”

Producto 4: Informe Final

Junio 03 de 2015

**Director de proyecto**

Jairo Núñez

**Grupo de consultores**

Carlos Castañeda

Daniel Wiesner

Jairo Romero

Julieth Parra

Claudia Hurtado

Andrés Báteman

Luis Carlos Gómez

Antonio Trujillo

**Comité de seguimiento de la evaluación**

# PRODUCTO 4: INFORME FINAL

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1 .....	4
IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DEL EFECTO DE LA UNIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL POS EN LA CADENA DE VALOR DEL SISTEMA DE SALUD - TEORÍA DEL CAMBIO .....	4
1.1 La cadena de valor del sistema de salud.....	4
1.2 El efecto de la actualización y unificación del POS en la cadena de valor del sistema de salud.....	5
1.3 Análisis de los resultados de esta evaluación desde la perspectiva de la cadena de valor del sistema de salud.....	6
CAPÍTULO 2 .....	13
EVALUACIÓN DE RESULTADOS.....	13
2.1 Metodología .....	13
2.2 Muestra encuestada y universo estudiado de pacientes de consulta externa	15
2.3 Indicadores generales del sistema de salud .....	19
2.4 Resultados por grupos de patologías .....	55
2.5 Principales resultados y recomendaciones .....	80
2.6 Respuestas a preguntas orientadoras específicas .....	89
CAPÍTULO 3 .....	110
EVALUACIÓN DE IMPACTO DE LA UNIFICACIÓN DEL POS.....	110
3.1 Metodología de Análisis.....	110
3.2 Depuración de la Base de Datos .....	117
3.3 Elementos a Considerar .....	118
3.4 Resultados Evaluación de Impacto .....	119
CAPÍTULO 4 .....	142
ANÁLISIS CUALITATIVO.....	142
4.1 Metodología.....	142
4.2 Introducción. ....	143
4.3 Análisis por grupo de patologías .....	144
4.4 Consideraciones éticas en los grupos focales .....	206

CAPÍTULO 5 .....	208
EVALUACIÓN DE PROCESOS DE LA UNIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL POS .....	208
5.1 Alcance y retos de la evaluación de procesos .....	208
5.2 Diseño del Instrumento .....	209
5.3 Metodología De Análisis .....	214
5.4 Dificultades prácticas.....	219
5.5 Resultados .....	221
5.6 conclusiones .....	242
5.7 Recomendaciones .....	243
CAPÍTULO 6 .....	245
CONCLUSIONES GENERALES .....	245
REFERENCIAS .....	254

## INTRODUCCIÓN

---

La constitución de 1991 dispuso que el derecho a la salud fuese garantizado a todos los ciudadanos por igual. Esto planteó un enorme reto al Estado, que debía extender la cobertura en salud a una gran porción de la población sin afectar la calidad de la atención que recibían las personas que ya estaban cubiertas. La única manera de lograr esto era extendiendo el derecho a la salud de manera gradual.

La estrategia del Estado para responder al mandato constitucional se materializó en la Ley 100 de 1993, que creó el Sistema de Seguridad Social en Salud. En ella se planteó que de manera temporal el grueso la población estaría afiliada a dos regímenes (contributivo y subsidiado), y que cada régimen tendría un Plan Obligatorio de Salud (POS) diferenciado. Se establecieron además una serie de plazos legales para que, de manera paulatina, la atención en los dos regímenes se unificara. Adicionalmente, la ley estableció que el Plan Obligatorio de Salud debía actualizarse de manera periódica –cada dos años– para evaluar e incluir nuevas tecnologías.

Por complejas razones que no es pertinente discutir en esta introducción, el proceso de actualización y unificación de los POS no se llevó a cabo durante la década de 1990 y tampoco durante gran parte de la década que siguió al año 2000. Eso cambió en 2008, cuando la Corte Constitucional, en su sentencia T-760, ordenó que el POS del régimen subsidiado (en adelante POS-S) se unificara con el POS del régimen contributivo (en adelante POS-C) y que ambos se actualizarán.

En respuesta a la sentencia, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS en adelante) estableció que primero se unificarían los sistemas de atención de Cartagena y Barranquilla, a manera de plan piloto. Después se unificaría la atención en el resto del país de manera gradual por grupos de edad<sup>1</sup>. El primer grupo serían los niños menores de 12 años, después se incluirían los jóvenes menores de 18 años y por último los adultos y los mayores de 65 años. Finalmente, en el año 2012, todas las personas de todas las regiones de Colombia deberían recibir los mismos beneficios en salud, sin distinción por régimen de afiliación. Adicionalmente, la sentencia T-760 también ordenó al gobierno que dentro

---

<sup>1</sup> En primer lugar se dio la unificación de menores de 12 años mediante acuerdo 004 de la CRES, luego unificación para menores de 18 años por acuerdo 011 de la CRES. Después si se iniciaron las pruebas piloto para unificación del resto de la población del RS, mediante acuerdos 012 y 013 de la CRES.

de los 2 años siguientes (y en adelante por lo menos una vez al año) debía actualizar el listado de medicamentos y procedimientos incluidos en el POS.

Para poder incrementar el rango de servicios incluidos en el Plan de Beneficios en el proceso de unificación y ampliación gradual del POS, el primer paso que debía dar el Gobierno Nacional es analizar las frecuencias y usos de los servicios en ambos regímenes y asignar el reconocimiento de la cantidad de dinero que se entrega a las EPS por cada paciente afiliado según estas frecuencias y usos observados a partir de la fecha de inicio de la unificación de los dos regímenes.

Sin embargo, a pesar del enorme esfuerzo financiero, simplemente elevar la UPC del RS hasta casi alcanzar la UPC del régimen contributivo (RC) no garantiza que efectivamente los niveles de atención, servicio y calidad que reciben los afiliados al RS mejoren y se igualen a los del RC. Existen restricciones de tipo institucional, de recursos humanos, de infraestructura, de composición de la población, e incluso diferencias culturales y regionales que hacen pensar que, a pesar de haberse destinado una prima por persona suficiente a los pacientes de ambos regímenes, las diferencias en atención puedan persistir.

El propósito de este documento es identificar si después de tres años de unificación de los planes de beneficios de ambos regímenes (mayo 2012-2015) ha habido avances en cuanto a equidad y acceso a las nuevas tecnologías en salud, mediante una evaluación de resultados e impacto de la Unificación del Plan Obligatorio de Salud – POS y una evaluación de resultados de su más reciente actualización. Adicionalmente, realizar una evaluación de los procesos implementados por aseguradores y prestadores en el marco de la unificación y actualización del POS.

Para llevar a cabo el análisis se diseñó una estrategia mixta de evaluación en la que se combinan métodos cuantitativos y cualitativos. El objetivo fue reconstruir la cadena de valor del sistema de salud colombiano e identificar y cuantificar el impacto, los resultados y el cambio en los procesos que la unificación y actualización del POS generaron en ella.

La evaluación encontró que el principal impacto de la unificación del POS fue haber aumentado la frecuencia de consultas de la población afiliada al régimen subsidiado. Es decir, la unificación mejoró el acceso de la población subsidiada a la salud. Esto es especialmente cierto para los niños y adultos mayores de 65 años. Sin embargo, la evaluación también encontró indicios de que el incremento en la utilización del sistema en el RS pudo haber congestionado algunos servicios y afectado negativamente la calidad de las consultas. Esto podría estar explicado por una evidente falta de planeación por parte

de las IPS y EPS para enfrentar la unificación y la actualización mediante modificaciones en sus procesos.

El documento se divide en 6 secciones. La primera describe sintéticamente la cadena de valor del sistema de salud colombiano y los impactos que la unificación y la actualización tuvieron en ella. La segunda sección describe la Evaluación de Resultados, que está basada casi por completo en el análisis de la información recolectada en la Encuesta de Resultados (en adelante ER). La encuesta fue realizada en 361 instituciones prestadoras de salud (IPS) a 8236 pacientes, 7327 de los cuales habían sido diagnosticados con alguna de 11 patologías priorizadas<sup>2</sup>. La tercera sección contiene los resultados de la evaluación de impacto, que está basada en el análisis de los Registros de Información de Prestaciones en Salud (RIPS)<sup>3</sup>. La evaluación de impacto buscó establecer el impacto de mediano plazo de la unificación del POS en la frecuencia de utilización de los servicios de salud por parte de los afiliados del RS. La cuarta sección enmarca el análisis cualitativo del proyecto, para el cual se realizaron 32 grupos focales en cinco regiones del país. En la quinta sección se reportan los resultados del análisis de la evaluación de procesos, que está basado en visitas a una muestra aleatoria de 64 IPS y EPS. La evaluación de procesos tuvo como objetivo caracterizar el impacto de la unificación y la actualización del POS en los procesos de las entidades prestadoras y aseguradoras del sistema de salud colombiano. Por último, la sexta sección integra el análisis de todas las secciones anteriores y agrupa las conclusiones generales del estudio.

---

<sup>2</sup> Cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata, VIH, enfermedad renal, depresión, esquizofrenia, hipertensión, diabetes, neumonía, enfermedad pulmonar crónica y otras patologías.

<sup>3</sup> Los RIPS fueron sujetos a un riguroso proceso de validación para confirmar la consistencia de los datos reportados.

## Capítulo 1

# IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DEL EFECTO DE LA UNIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL POS EN LA CADENA DE VALOR DEL SISTEMA DE SALUD - TEORÍA DEL CAMBIO

---

### 1.1 LA CADENA DE VALOR DEL SISTEMA DE SALUD

La cadena de valor del sistema de salud comienza con el diseño del sistema. Es decir, con la planeación del uso que se dará a los recursos que la sociedad destina para el cuidado de su salud. El MSPS es el actor principal en el diseño, pues mediante sus regulaciones y disposiciones determinan dónde y cómo se deben distribuir los recursos de la salud. El segundo eslabón de la cadena de valor del sistema de salud en Colombia son los insumos. Esto es, las medicinas, los dispositivos médicos y los servicios de médicos, el recurso humano, los hospitales, los laboratorios clínicos y los centros de atención, entre otros actores.

En el tercer eslabón de la cadena de valor los insumos y los recursos financieros se combinan para producir una serie de servicios de salud. Esta fase se conoce como la implementación de procesos. En ella básicamente se coordina cómo se invierte el dinero y qué tipo de servicios se producen con él. En el eslabón de implementación de procesos hay un actor muy relevante: las EPS. Las EPS reciben los recursos monetarios que les entrega el Estado por cada afiliado (UPC) y con ellos contratan los servicios médicos de IPS públicas y privadas para ofrecer servicios de salud (servicios y productos) a sus afiliados. Por otro lado, las ESE reciben dinero del Estado y con él crean una oferta de servicios médicos que venden a las EPS, mayoritariamente a las del RS.

Desde la perspectiva de la cadena de valor del sistema de salud en Colombia, los servicios de salud que las EPS ofrecen a sus afiliados con el dinero que reciben del Estado son el producto final. Ese producto toma la forma de consultas médicas, cirugías, procedimientos de detección, servicios odontológicos, servicios de urgencias, medicinas y dispositivos médicos, y constituye una de las oferta de salud del sistema, la cual está complementada por servicios de salud de vocación mayoritariamente privada, que

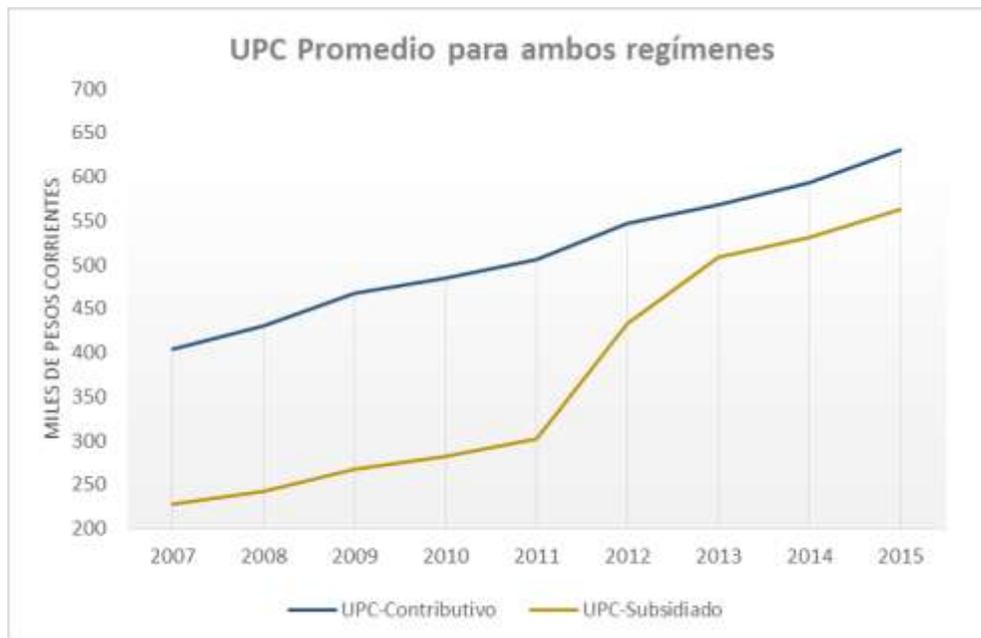
funcionan relativamente al margen del sistema público de aseguramiento de las EPS. Como se mencionó, las ESEs son los hospitales públicos que atienden en su mayor parte al Régimen Subsidiado, ya que por ley las EPS-S deben contratar el 60% de sus servicios con las ESE

Al combinar la oferta con la demanda por servicios de salud se obtienen los resultados del sistema. Los resultados se encuentran al analizar si la oferta fue suficiente para satisfacer la demanda de servicios. Dichos resultados se pueden medir con indicadores de la forma: (servicios requeridos/ servicios demandados). Naturalmente, en la conformación de los resultados juegan un papel nuevas variables, pues la demanda de servicios de salud está determinada por factores epidemiológicos, culturales, demográficos y por la capacidad de los individuos de pagar o adquirir los servicios. Este último factor, la capacidad de adquirir los servicios de salud, depende del ingreso disponible de los individuos y de la cobertura o seguro de salud que tengan. Por último, la cadena de valor del sistema de salud termina con los impactos, que son los cambios de largo plazo en la salud y/o en los comportamientos de los individuos. Los impactos son producto de la acumulación de los resultados en el largo plazo.

## 1.2 EL EFECTO DE LA ACTUALIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DEL POS EN LA CADENA DE VALOR DEL SISTEMA DE SALUD

Desde la perspectiva de la cadena de valor del sistema de salud en Colombia, la actualización y unificación de POS debería haber modificado dos cosas: la demanda de servicios de salud y los insumos. La demanda la modifica al ampliar la gama de servicios a los que pueden acceder los afiliados al RS (unificación) y, en menor medida, al modificar el repertorio de servicios a los que pueden acceder los afiliados de ambos regímenes (actualización). Los insumos de la cadena de valor también se modifican con la unificación y la actualización del POS en la medida en que con el aumento de la cobertura en el RS se dio un incremento paralelo en la UPC de dicho régimen (ver Ilustración 1).

### Ilustración 1 – Evolución de la UPC



Fuente: CRES (2012) y Ministerio de salud (2015)

Lo anterior indica que el análisis del efecto de la unificación y actualización del POS en la cadena de valor del sistema de salud debe concentrarse en dos dimensiones. La primera consiste en entender cómo el aumento de los insumos (incremento en la UPC) modificó la implementación de procesos (en las EPS y en la relación entre EPS e IPS) para con ello determinar si dichas modificaciones redundaron en un aumento de los productos (servicios de salud) entregados al público. La segunda dimensión es analizar si el aumento en los productos entregados fue equivalente al aumento en la demanda que se dio como consecuencia del incremento de la cobertura en el RS (unificación). Es decir, la segunda dimensión del análisis de la cadena de valor consiste en determinar si los resultados, específicamente los resultados de los afiliados al RS, mejoraron o empeoraron. Por último, el análisis de la cadena de valor del sistema de salud debe determinar cómo los resultados obtenidos generaron impactos duraderos en los beneficiarios del sistema de salud.

### 1.3 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE ESTA EVALUACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CADENA DE VALOR DEL SISTEMA DE SALUD

El Ministerio de Salud y Protección Social introdujo cambios en el diseño y en los insumos de la cadena de valor del sistema de salud al incrementar el valor de la UPC del RS. Sin embargo, los resultados de esta evaluación indican que no hay evidencia de que los cambios a nivel de diseño e insumos se hayan transmitido al eslabón de procesos. Es decir, no hay evidencia de que las IPS y EPS hayan implementado las acciones necesarias para que los cambios en el diseño se traduzcan en cambios en la oferta de servicios de salud (productos). De hecho, esta investigación encuentra que el único cambio significativo en los procesos de la cadena de valor que es atribuible a la unificación y actualización del POS<sup>4</sup> es la revisión de los contratos ya existentes entre IPS y EPS para incluir en ellos los servicios nuevos del POS. En términos de uso de la red en los dos regímenes, no se observó ningún comportamiento diferente al histórico en la contratación de las EPS con la red pública o privada que pueda ser atribuible a la unificación del POS: la red pública se mantiene predominantemente como prestadora del RS y la red privada como prestadora del RC. La relación entre prestadores y aseguradores también se mantiene sin cambios significativos (situación que fue reportada tanto por las EPS como por las IPS).

Si bien la evaluación no realizó un análisis completo de la oferta de salud, lo anterior implica que podría haber una brecha en la transmisión en la cadena de valor de la unificación del POS a nivel del eslabón de procesos. Solo ha cambiado el tipo de servicios de salud que se ofrece (actualización), pero, en lo que respecta al componente de procesos, no hay evidencia de que la cantidad ofrecida haya cambiado. No se encontró que EPS o IPS hayan ajustado sus procesos como respuesta al incremento en la UPC del RS (unificación)<sup>1</sup> En forma reiterada se ha aclarado que debido a que los servicios que no estaban en el POS-S eran asumidos por el ente territorial de conformidad con la Ley 715, basándose en la información de RIPS, no debería esperarse un incremento significativo en el número de servicios brindados a los afiliados. La unificación lo que posiblemente facilita es la integralidad de la atención brindada por la EPS con menos trámites para el usuario.

Por otra parte, los servicios incluidos en la actualización, suponen un incremento de coberturas que no necesariamente implican una modificación en las redes de servicios, debido a que no ingresan al país por primera vez, porque ya se prestaban pero por fuera

---

<sup>4</sup> La modificación de los procesos en las EPS e IPS responde a múltiples variables, entre ellas, aspectos como las normas de portabilidad y movilidad, la asignación de poblaciones provenientes de otras entidades (en el caso de EPS-S), los techos de precios de medicamentos, el giro directo, el plan de saneamiento fiscal (en el caso de las entidades públicas), etc.

de la cobertura del POS. En consecuencia, lo esperado, si es ajustes en las coberturas contratadas, tal y como está descrito.

Ahora bien, los problemas de insuficiencia de red o restricciones en la oferta no podrían atribuirse por sí mismos a la actualización o unificación del POS. Un estudio sobre la expansión de la cobertura del seguro de salud en Oregón (ver bibliografía) muestra que el efecto de la expansión de la cobertura no es solamente la reducción de trámites o del gasto de bolsillo, sino que incrementa la frecuencia de utilización de los servicios en casi todos los casos. Si este efecto se hubiera dado en Colombia, la unificación del POS habría generado una demanda adicional. Sin embargo, esta afirmación podría no ser aplicable al contexto colombiano, donde la mayor cobertura ya se hacía mediante el subsidio a la oferta.

Un vistazo a los indicadores de resultados corrobora que, de hecho, la red de prestadores del RS podría estar desbordada en algunas patologías. Por ejemplo, en cáncer y diabetes los tiempos de inicio del tratamiento son superiores en el RS que en el RC. La encuesta de resultados también evidenció que los tiempos entre controles son más largos para el RS en VIH. Esto muestra que la falta de implementación de cambios en los procesos de las EPS e IPS para adecuar la oferta en el RS podría ser el elemento que explique por qué el RS está rezagado en algunos indicadores con respecto al RC.

De hecho, el componente cualitativo también encontró que aunque se reconocen ciertas mejoras en el RS con la actualización y la unificación del POS, el acceso, el tratamiento, la calidad y la atención no están estandarizados en la práctica. En el RS es común que la incertidumbre en el acceso obligue a las personas a recurrir a recursos financieros propios o a recursos legales para asegurar el acceso al sistema.

Vale la pena entonces preguntarse por qué las EPS e IPS no han implementado procesos de cambio para responder a la unificación del POS. Una explicación es que, en términos reales, desde el lado de la oferta la unificación simplemente cambió el pagador: se siguen atendiendo las mismas prestaciones en la misma red de IPS. Es decir, en el RS los costos los cubría el Ente Territorial, no la EPS; ahora, después de la unificación, las EPS del RS cubren los costos, pero, aún a pesar del incremento en la demanda, siguen atendiendo a sus pacientes en la misma Red Pública de Prestadores. Esto probablemente se debe a las restricciones que tienen las EPS del RS para contratar con IPS privadas (máx. 40% del presupuesto), por lo establecido en el artículo 16 de la Ley 1122 que señala que las EPS deberán cumplir con el 60% de la contratación del gasto en salud con dicha red “siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive”.

Ahora bien, vale la pena recordar que aunque se amplíe la cobertura del POS, continuarán existiendo los servicios NO POS, los cuales de conformidad con la Ley 715 de 2001, deben ser brindados por el ente territorial a través de la red pública. Por lo tanto, el hecho de contratar con la red pública la prestación de servicios del RS permite la integralidad de la atención en dicha red. Adicionalmente, el problema de acceso a los servicios de salud no se da por sobreoferta, puesto que a mayor oferta, mejor acceso.

Por otra parte, esta restricción del 60% impide que pacientes de alta complejidad del RS accedan a algunos servicios muy especializados que se prestan mejor –o se prestan únicamente– en la red de IPS privadas. Se encontró evidencia de que, desde el punto de vista de la idoneidad y la oportunidad del tratamiento en los niveles de atención de alta complejidad, la oferta pública debe ser complementada por la oferta privada. En esos casos las restricciones normativas de contratación pueden constituirse en una dificultad para la oportuna atención de los individuos.

Además, la restricción del 60% va en contravía del inicio de relaciones contractuales deseables entre EPS e IPS de ambos regímenes. Por ejemplo, la investigación encontró que 6 IPS del RS mejoraron procesos de calidad y control de gestión debido a una nueva relación con EPS contributivas. También encontró que 3 IPS que iniciaron servicios a RS mejoraron su capacidad instalada.

Por otra parte, esta restricción del 60% impide que pacientes de alta complejidad del RS accedan a algunos servicios muy especializados que se prestan mejor –o se prestan únicamente– en la red de IPS privadas. Se encontró evidencia de que, desde el punto de vista de la idoneidad y la oportunidad del tratamiento en los niveles de atención de alta complejidad, la oferta pública debe ser complementada por la oferta privada. En esos casos las restricciones normativas de contratación pueden agravar las enfermedades de los individuos.

Además, la restricción del 60% va en contravía del inicio de relaciones contractuales deseables entre EPS e IPS de ambos regímenes. Por ejemplo, la investigación encontró que 6 IPS del RS mejoraron procesos de calidad y control de gestión debido a una nueva relación con EPS contributivas. También encontró que 3 IPS que iniciaron servicios a RS mejoraron su capacidad instalada. Este tipo de mejoras deseables se ven limitadas por la restricción que obliga a las EPS del RS a contratar con IPS públicas.

Este estudio recomienda que en el mediano plazo la restricción para EPS del RS de contratar 60% de los recursos con IPS públicas debe ir reduciéndose hasta desaparecer,

pues a todas luces va en contra de la oportunidad y calidad del sistema de salud, y de la calidad de vida y el bienestar de los afiliados más pobres de la población.

En lo relativo a impacto, los resultados de esta evaluación muestran que existe un aumento en el nivel de consultas del RS. Este resultado es un fenómeno que proviene del incremento en la demanda, lo cual es natural, pues existe evidencia de que un aumento en la cobertura incrementa el nivel de utilización de los servicios de salud (Baicker et al., 2014). De hecho, a pesar de que la baja percepción puede estar influenciada por otros factores diferentes de la oferta, es posible que este aumento en el nivel de consultas en el RS (sin un aumento correspondiente en la oferta) explique por qué en Bogotá y Centro-Santanderes los pacientes del RS tienen una peor percepción que los del RC sobre la calidad de las consultas.

Como ya se señaló anteriormente, es probable que la unificación genere un incremento en la utilización, pero esto no tiene por qué extenderse a todas las patologías y a todos los grupos de edad. Por ejemplo, se hace evidente que el aumento en las consultas es un fenómeno limitado a ciertos grupos de edad (de 0 a 12 y de más de 60 años) y a algunas patologías (VIH, diabetes e hipertensión). Esto podría explicar por qué los resultados del sistema de salud siguen siendo, en algunos casos<sup>5</sup>, más favorables para el RS que para el RC aún a pesar de que no se dieron procesos para incrementar la oferta en el RS. En cualquier caso, un seguimiento por parte de la Superintendencia de Salud a este fenómeno y un análisis más profundo sobre la suficiencia de la red de prestadores de ambos regímenes es prioritario para tomar decisiones en ese sentido.

Teniendo en cuenta que la Ley 1438 de 2011 establece que las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad a través de las redes, y que las redes de atención que se organicen deben dispensar con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios, este análisis debe atender a lo dispuesto en la norma y considerar por consiguiente todos los actores involucrados, con sus distintas responsabilidades, para emitir recomendaciones en este marco.

---

<sup>5</sup> Como se muestra en el componente de resultados, ciertos indicadores de oportunidad y acceso son mejores para el RS que para el RC.

En términos generales, el análisis de los resultados de esta evaluación desde la perspectiva de la cadena de valor del sistema de salud podría resumirse en el siguiente mensaje para el Ministerio de Salud: Los recursos adicionales (en términos del incremento de la UPC del RS) no se han transformado, en general, en un aumento de la oferta de servicios de salud. Eso debería verse reflejado en un deterioro de los resultados del RS, lo cual ha ocurrido en ciertas patologías. Sin embargo, el deterioro en los indicadores del RS no es generalizado porque es posible que el incremento en la demanda de servicios en el RS (proveniente de la unificación de beneficios) no se haya dado del todo aún. En otras palabras, muchos de los afiliados del RS no han hecho uso todavía de sus nuevos derechos<sup>6</sup>. Eso explica el hecho de que, a pesar de que la oferta en el RS no ha aumentado, se ha evitado un deterioro generalizado de sus indicadores.

No obstante, en el eslabón de impacto también se hace evidente que el aumento en las consultas es un fenómeno limitado a ciertos grupos de edad (de 0 a 12 y de más de 60 años) y a algunas patologías (VIH, diabetes e hipertensión). Es decir, la unificación tampoco ha tenido un efecto significativo en incrementar la demanda por servicios de salud en todas las patologías y en todos los grupos de edad. Esto refleja también el hecho de que antes de la unificación las patologías complejas y los casos graves ya se atendían por oferta a través de las secretarías de salud. Esto podría explicar por qué los resultados del sistema de salud siguen siendo, en algunos casos, más favorables para el RS que para el RC aún a pesar de que no se dieron procesos para incrementar la oferta en el RS.

En términos generales, el análisis de los resultados de esta evaluación desde la perspectiva de la cadena de valor del sistema de salud podría resumirse en el siguiente mensaje para el Ministerio de Salud: los recursos adicionales (en términos del incremento de la UPC del RS) no se han transformado en un aumento de la oferta de servicios de salud. Eso debería verse reflejado en un deterioro de los resultados del RS, lo cual ha ocurrido en ciertas patologías. Sin embargo, el deterioro en los indicadores del RS no es generalizado porque es posible que el incremento en la demanda de servicios en el RS (proveniente de la unificación de beneficios) no se haya dado del todo aún. En otras palabras, muchos de los afiliados del RS no han hecho uso todavía de sus nuevos derechos<sup>7</sup>. Eso explica el hecho de que, a pesar de que la oferta en el RS no ha aumentado, se ha evitado un deterioro generalizado de los indicadores del RS.

---

<sup>6</sup> Por desconocimiento o porque siguen existiendo otras barreras al acceso (transporte, creencias en la medicina popular, etc.).

Hacia el futuro, en la medida en que algunas barreras de acceso se eliminen y los afiliados del RS comiencen a utilizar más los servicios a los que ahora tienen acceso, el rezago en la demanda del RS se eliminará. Si esto ocurre sin que las EPS e IPS del RS hayan implementado los procesos necesarios para aumentar la oferta, es previsible que los indicadores de resultados del RS se deterioren, afectando así el servicio de salud que se ofrece a la población más vulnerable. En ese sentido, el Ministerio debe:

- Estudiar la suficiencia de la red de prestadores de ambos regímenes<sup>8</sup>.
- Monitorear de cerca los indicadores de acceso y servicio del RS.
- Exigir a IPS y EPS que aumenten la capacidad de oferta en una proporción correspondiente al incremento de la UPC del RS.
- Tomar medidas activas para eliminar las barreras que impiden que la demanda en el RS aumente en proporción al aumento de los beneficios del POS.

---

<sup>8</sup> En algunas especialidades, como la neurología, endocrinología y reumatología pediátrica, la red de prestadores es la misma para EPS-S y EPS-C.

## Capítulo 2

### EVALUACIÓN DE RESULTADOS

---

#### 2.1 METODOLOGÍA

Esta evaluación de resultados pretende dar respuesta a las siguientes preguntas orientadoras:

- i. ¿Cuánto tiempo toma el proceso de reconocimiento de los nuevos servicios y tecnologías incluidos en el plan de beneficios por parte usuarios?
- ii. ¿Cuáles son los determinantes que hacen que la información de los nuevos beneficios cubiertos llegue a los actores?
- iii. ¿Con la unificación y actualización del POS mejoró el acceso a los servicios de salud, la oportunidad e integralidad?
- iv. ¿La unificación del Plan de Beneficios mejoró la calidad en términos de efectividad, seguridad y atención centrada en el paciente?
- v. ¿Cómo mejora el tiempo de espera para acceder a los nuevos servicios y tecnologías derivados de la unificación del Plan de Beneficios?
- vi. ¿Cuáles son las barreras de acceso a las nuevas tecnologías incluidas en los planes de beneficios?
- vii. ¿La actualización y la unificación del POS tienen un efecto positivo en el gasto de bolsillo de los afiliados?
- viii. ¿La actualización y la unificación del POS han contribuido a generar avances en términos de equidad?
- ix. ¿Cuáles son los determinantes que condicionan la utilización de servicios y que explican que las frecuencias de uso en el régimen subsidiado sean menores que en el régimen contributivo?
- x. ¿La gestión de riesgo en salud en el régimen subsidiado mejoró al unificarse el POS y pasar la totalidad de la atención a ser responsabilidad de la EPS?

De acuerdo con Morra & Rist (2009), la evaluación de resultados se usa para rastrear los progresos y demostrar los impactos de proyectos, programas o políticas de gobierno. Por su parte, el Departamento Nacional de Planeación (2012) define la evaluación de

resultados como “un tipo de evaluación que se utiliza para estudiar los cambios en las condiciones de los beneficiarios como consecuencia (directa o indirecta, atribuible o no) de los productos entregados por una intervención en un horizonte de corto y mediano plazo” (Departamento Nacional de Planeación, 2012. P 63).

La evaluación de resultados de la actualización y la unificación del POS sigue la metodología propuesta por el Departamento Nacional de Planeación (2012) y que se describe a continuación. El primer paso fue **identificar los resultados esperados**, para lo cual se utilizaron los objetivos generales y específicos de la actualización y la unificación del POS. El análisis de los objetivos generales permitió identificar los resultados de largo plazo que se querían conseguir con la intervención, mientras que el análisis de los objetivos específicos permitió conocer los efectos de corto y mediano plazo (Departamento Nacional de Planeación, 2012).

El segundo paso de la metodología de la evaluación de resultados fue **priorizar los resultados a evaluar**, ya que debido al tamaño de la intervención hay gran cantidad de resultados y actividades, pero no todos podían ser objeto de la evaluación. Para esto fue de gran ayuda la acotación de los términos de referencia (Departamento Nacional de Planeación, 2014a), que solicitó que los indicadores de resultado se concentrasen en las siguientes dimensiones:

- Acceso
- Equidad
- Oportunidad
- Calidad
- Integralidad
- Barreras de acceso
- Protección financiera de los hogares

El tercer paso de la metodología consistió en **construir indicadores** de gestión, de producto o de efecto, según fuera el caso. Lo anterior se hizo con el fin de dotar a la evaluación de resultados con indicadores observables, pertinentes y medibles para cada resultado a evaluar. Para lograr esto se utilizó la metodología SMART<sup>9</sup>. El cuarto paso de la evaluación fue **recolectar información** para la construcción de los indicadores propuestos. En este caso, para llevar a cabo la evaluación de resultados se recolectará información de tres tipos: i) primaria, ii) secundaria y iii) cualitativa. La información

---

<sup>9</sup> S.M.A.R.T: Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Time-bound.

primaria, que es en la que en su mayor parte se basa este informe, fue recolectada con la encuesta anteriormente mencionada. Por último se procedió a **analizar la información recolectada**. Ese análisis es el contenido de la sección que usted se dispone a leer.

## 2.2 MUESTRA ENCUESTADA Y UNIVERSO ESTUDIADO DE PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA

Se encuestaron un total de 361 IPS, 62 de nivel III de complejidad, 249 de nivel II y 50 de nivel I. La Tabla 1 presenta la composición por región, tipo de prestador y nivel de complejidad.

**Tabla 1 - Número de IPS Encuestadas por Región, Tipo de Prestador y Nivel de Complejidad**

REGIÓN	IPS PRIVADAS			IPS PÚBLICAS			TOTAL
	N3	N2	N1	N3	N2	N1	
Bogotá	2	12	4	7	9	3	47
Amazonia y Orinoquia	2	5	3	-	5	3	18
Caribe	4	27	4	2	22	3	62
Centro y Santanderes	5	30	3	4	29	3	74
Eje Cafetero y Antioquia	7	27	3	5	21	3	66
Pacífico	3	8	3	3	8	3	28
Sur	3	14	3	2	14	3	39
Valle	2	10	3	1	8	3	27
Total	38	133	26	24	116	24	361

No hubo muestreo de IPS públicas de niveles II y III; se visitaron todas las existentes. Hubo muestreo probabilístico de las privadas de los tres niveles y de las públicas del nivel I. Se encuestaron igualmente 8236 pacientes de consulta externa, de los cuales 7327 habían sido diagnosticados con alguna de las 11 patologías de interés prioritario, y estaban siendo atendidos en las IPS de nivel II y III, y 909 eran de consulta general y fueron encuestados en IPS de nivel I. Un total de 4256 pacientes eran del régimen contributivo y 3981 del régimen subsidiado. La Tabla 2 y la Tabla 3 presentan la composición de la muestra por región, patología y régimen.

**Tabla 2 - Muestra Encuestada de Pacientes de Consulta Externa por Región y Régimen**

REGIÓN	R. CONTRIBUTIVO	R. SUBSIDIADO	TOTAL
Bogotá	937	600	1537
Amazonia y Orinoquia	334	284	618
Caribe	394	499	893
Centro y Santanderes	379	374	753
Eje Cafet. y Antioquia	998	764	1762
Pacífico	337	600	937
Sur	493	415	908

REGIÓN	R. CONTRIBUTIVO	R. SUBSIDIADO	TOTAL
Valle	383	445	828
Total	4255	3981	8236

**Tabla 3 - Muestra Encuestada de Pacientes de Consulta Externa por Patología y Régimen**

**(Propuesta: 330 por Patologías Prioritarias y Régimen)**

PATOLOGÍAS	R. CONTRIBUTIVO	R. SUBSIDIADO	TOTAL
Depresión	401	344	745
Diabetes	391	350	741
EPOC	294	343	637
Insuf. Renal	377	364	741
Esquizofrenia	150	353	503
Hipertensión	445	377	822
Neumonía	176	303	479
Cáncer Mama	548	390	938
Cáncer Próstata	326	176	502
Cáncer Cuello Ut	206	268	474
VIH	404	341	745
Grupo 12	537	372	909
Total	4255	3981	8236

### **Restricciones de la Recolección. Implicaciones.**

El calendario de la investigación comprometido contractualmente obligaba a adelantar la recolección de los datos en no más de dos meses. Por las dificultades del proceso, el plazo de ejecución se amplió por un mes adicional. Las encuestas se realizaron en noviembre y diciembre de 2014 y en enero de 2015.

El tiempo previsto de encuesta en cada IPS fue básicamente de una semana, aunque se contempló la posibilidad de extensión a dos o tres semanas para completar las encuestas requeridas. Por lo anterior, se decidió que la muestra estaría concentrada en IPS que atendieran 208 o más pacientes anuales en las patologías de interés, es decir, 4 o más pacientes semanales.

Para patologías con universo reducido de pacientes, se previó la necesidad de encuestar la totalidad de los existentes en la semana de recolección en las IPS seleccionadas. No obstante, se encuestaron menos de 300 pacientes por régimen en esquizofrenia (R. contributivo), cáncer de próstata (R. subsidiado) y cáncer de cuello uterino (ambos regímenes).

Por las restricciones enunciadas, la muestra de algunas regiones no pudo ser completada por tener universos reducidos en algunas patologías, o por dispersión en muchas IPS pequeñas. Este fue el caso de Amazonia y Orinoquia, Centro y Santanderes, y Pacífico y Valle (R. contributivo).

En síntesis, el universo estudiado es aproximadamente el 50% del universo total de consultantes externos de las patologías prioritarias. Queda por contestarse la pregunta de qué tan diferente es el universo estudiado, del no estudiado, siendo las IPS excluidas (pequeñas) del mismo nivel de complejidad de las incluidas (grandes).

### La Expansión de la Muestra.

La expansión de la muestra se hizo para un mes estándar: un mes promedio de los meses de recolección. El factor de expansión de cada paciente encuestado, es el recíproco de su probabilidad final de selección. Dicho recíproco, además de expandir la muestra al universo de estudio, reflejando su composición y características, corrige el sesgo generado por las probabilidades desiguales. La probabilidad final de selección de cada paciente es el producto de dos probabilidades: la probabilidad de la IPS y la probabilidad del paciente en la IPS.

Las Tabla 4 y 5 presentan el universo estudiado, que es la muestra expandida a un mes.

**Tabla 4 - Distribución (%) del Universo Estudiado de Consultas Externas (Muestra Expandida a un Mes) por Región, en cada Régimen. Con Grupo 12.**

REGIÓN	R. CONTRIBUTIVO		R. SUBSIDIADO	
	EXPANSIÓN	DISTRIBUCIÓN (%)	EXPANSIÓN	DISTRIBUCIÓN (%)
Bogotá	160,390	33.2	47,355	5.8
Amazonia y Orinoquia	35,387	7.3	22,947	2.8
Caribe	20,994	4.4	216,070	26.6
Centro y Santanderes	53,469	11.1	16,364	2.0
Eje Cafet. y Antioquia	116,410	24.1	184,174	22.7
Pacífico	24,467	5.1	125,651	15.5
Sur	11,184	2.3	109,322	13.5
Valle	60,070	12.5	89,100	11.0
Total	482,379	100.0	810,984	100.0

**Tabla 5 - Distribución (%) del Universo Estudiado de Consultas Externas (Muestra Expandida a un Mes) por Patología, en cada Régimen. Sin Grupo 12.**

PATOLOGÍAS	R. CONTRIBUTIVO		R. SUBSIDIADO	
	EXPANSIÓN	DISTRIBUCIÓN (%)	EXPANSIÓN	DISTRIBUCIÓN (%)
Depresión	4,122	3.6	4,010	5.5
Diabetes	18,965	16.8	8,951	12.3
Enfermedad Pulmonar crónica	3,557	3.1	6,630	9.1
Esquizofrenia	947	0.8	3,746	5.1
Hipertensión	72,240	63.9	30,050	41.2
Enfermedad Renal	4,802	4.2	1,848	2.5
Neumonía	1,198	1.1	8,379	11.5
Cáncer de cuello uterino	906	0.8	1,619	2.2
Cáncer Mama	3,434	3.0	2,654	3.6
Cáncer Próstata	1,964	1.7	770	1.1
VIH	975	0.9	4,268	5.9
Total	113,111	100.0	72,925	100.0

### **Sensibilidad de la Muestra para la Estimación de Diferencias.**

La capacidad de la muestra para la estimación de diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de evaluación calculados para los pacientes de consulta externa de los regímenes contributivo y subsidiado, depende de varios factores:

- El tamaño de la muestra
- La variabilidad natural de los valores que se sintetizan en indicadores tipo promedio ( $\sigma / \bar{y}$ ).
- La magnitud de los indicadores tipo proporción

- La varianza de azar, que está asociada con la frecuencia y variabilidad de los fenómenos, con el tamaño de la muestra y con la metodología de muestreo utilizada. El error estándar relativo (ES rel) o coeficiente de variación de la muestra (CV), es un indicador apropiado para comparar la varianza de azar: (error estándar de un indicador / indicador) x 100

Se examinó una importante cantidad de los indicadores en los cuales se observaron diferencias mayores del 20%, que resultaron estadísticamente no significativas, y se concluyó lo siguiente:

Para los indicadores tipo promedio, la baja sensibilidad estuvo asociada:

- Con tamaños de muestra inferiores a 100, acompañados de ES rel mayores del 20%.
- En tamaños de muestra mayores de 100, y en algunos casos mayores de 400, acompañados de una variabilidad natural relativa muy alta, 200 a 500% (es decir  $\sigma / \bar{y} = 1 / 0.2$  a  $1 / 0.5$ ) y errores estándar relativos mayores del 20%.

Para los indicadores tipo proporción, la baja sensibilidad tuvo que ver:

- Con tamaños de muestra inferiores a 200 y con proporciones de mediana o baja magnitud (menores de 30%).
- En tamaños de muestra mayores de 200, con proporciones de muy baja magnitud (inferiores al 10%) y Errores Estándar Reales altos (mayores de 40%).

## 2.3 INDICADORES GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD

Esta sección del documento se divide en 2 sub-secciones. La primera analiza los aspectos generales del servicio por regímenes a nivel nacional y regional; la segunda expone las diferencias en el servicio de salud por régimen para cada una de las 11 patologías escogidas. Las secciones 2 y 3 están organizadas de manera tal que se haga énfasis en los siguientes aspectos o dimensiones del servicio de salud que se quieren evaluar: acceso y uso de las tecnologías, barreras de acceso, oportunidad, calidad, equidad, integralidad, protección financiera de los hogares y tutelas.

Nomenclatura de las tablas:

<b>C</b>	<b>ESc</b>	<b>Nc</b>	<b>S</b>	<b>ESs</b>	<b>Ns</b>	<b>C-S</b>	<b>ESΔ</b>	
Nivel del indicador en el régimen contributivo	Error estándar del indicador en el régimen contributivo	Número de personas que respondieron la pregunta en el régimen contributivo	Nivel del indicador en el régimen subsidiado	Error estándar del indicador en el régimen subsidiado	Número de personas que respondieron la pregunta en el régimen subsidiado	Diferencia en el nivel del indicador entre régimen contributivo y subsidiado	Error estándar de la diferencia entre regímenes	Significancia estadística de la diferencia entre regímenes

### 2.3.1 Acceso y uso

Uno de los principales objetivos de la política pública en salud es lograr que las personas accedan a la atención médica. Hay toda una cadena de factores que intervienen en el acceso al sistema de salud, y la mayoría de ellos son objeto común de análisis y medición por parte de los administradores públicos. Aday y Andersen (1974) definen el “acceso” como el proceso mediante el cual las personas que padecen alguna enfermedad (o tienen un estado de salud deteriorado) logran recibir la atención médica que necesitan.

Estos autores desarrollan un marco teórico para el estudio y la medición del acceso a la salud en el cual intervienen diversos factores de oferta y demanda. En el lado de la oferta están las acciones emprendidas a partir de la política de salud para mejorar el acceso, así como la disponibilidad y la forma de organización de los servicios, la infraestructura, los insumos y los recursos humanos. En el lado de la demanda (usuarios) hay dos factores importantes: el primero es la predisposición de los pacientes para buscar y utilizar los servicios de salud<sup>10</sup>; el segundo factor es la necesidad de atención<sup>11</sup>. Aday y Andersen plantean que la interacción entre estos factores de oferta y demanda puede explicar la utilización de los servicios de salud.

En esta primera sección de la evaluación de resultados se presenta un conjunto de indicadores relacionados con el acceso al sistema de salud. Estos indicadores dan cuenta de la necesidad (auto-percibida) de atención que tienen las personas y del uso real que hacen de los servicios de salud que ofrece el sistema. Adicionalmente se incluyen dos indicadores que miden la necesidad que tienen los pacientes de acudir a mecanismos judiciales (tutelas) para acceder a los servicios de salud y el nivel de acato de las IPS y EPS a dichos mecanismo judiciales.

<sup>10</sup> Por lo general, este factor está determinado por la percepción que los usuarios tengan sobre el sistema de salud y por la atención que han recibido históricamente.

<sup>11</sup> Esta puede ser una combinación de la necesidad percibida y la necesidad objetiva. Ésta última definida en términos clínicos.

La Tabla 6 resume los resultados en acceso y uso a nivel nacional para los pacientes de las 11 patologías escogidas. Antes de analizar los resultados en detalle es importante mencionar que la literatura internacional sugiere que aumentar la cobertura del seguro de salud no genera cambios importantes en la frecuencia de uso de los servicios de salud en el corto plazo (Wagstaff, 2010). También cabe aclarar que el grupo demográfico analizado está compuesto por pacientes que tienen dolencias que son en su mayoría crónicas, y que por lo tanto acuden regularmente a los servicios de salud. Además, por su condición de pacientes con una patología específica, es más probable que a las personas estudiadas les haya sido recetado algún medicamento costoso o que hayan tenido que utilizar los servicios de hospitalización con mayor frecuencia y duración que la población general.

**Tabla 6 - Indicadores de acceso y uso de las tecnologías a nivel nacional (Pacientes de las 11 patologías escogidas)**

	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
Morbilidad auto reportada (%)	19,8%	3,2%	3529	24,8%	2,0%	3363	-5,0%	3,8%
Estado de salud autoreportado	59,5%	4,7%	3529	52,1%	3,3%	3363	7,4%	5,7%
Utilización de los servicios de salud (1)	63,6%	5,4%	813	54,5%	3,7%	898	9,1%	6,5%
Visitas al médico por precaución	52,8%	2,4%	3529	55,1%	3,3%	3363	-2,3%	4,0%
Frecuencia de uso del servicio de hospitalización (veces)	1,8	0,1	1148	2,2	0,1	1566	-0,4	0,1 ***
Promedio de estancia en hospitales (días)	10,9	1,0	1148	17,9	1,8	1566	-7,0	2,1 ***
Acceso a atención domiciliaria	7,7%	1,6%	1148	5,7%	1,3%	1566	2,0%	2,0%
Acceso a medicamentos	90,5%	1,7%	3178	84,5%	1,9%	2831	6,0%	2,5% **
Acceso a medicamentos (2012)	93,4%	1,4%	2664	90,8%	1,3%	2156	2,6%	1,9%
Tutelas por no prestación de servicios	8,4%	1,4%	3529	9,3%	1,6%	3363	-1,0%	2,0%
Acato al fallo de tutela	90,7%	2,8%	490	89,6%	3,0%	475	1,1%	4,0%

(1) A los pacientes que declararon haber estado enfermos, se les preguntó ¿Qué hizo para tratar el problema? El porcentaje corresponde a la proporción de pacientes que respondió "Acudió a una institución prestadora de servicios de salud".

La información de la Tabla 6 evidencia que a nivel nacional y en lo relativo a acceso y uso de las tecnologías el sistema de salud colombiano no presenta muchas diferencias significativas entre RC y RS. Esto quiere decir que, en general, la unificación del POS sí se

ha reflejado en una ecualización de ciertos niveles de acceso. Además, para los indicadores de salud auto-reportada los resultados concuerdan con resultados obtenidos en otros estudios: la cobertura de salud puede generar mejoras en el estado auto-reportado de salud física y mental, por lo que no sorprende que después de la actualización el RS tenga niveles similares al RC en este aspecto (Finkelstein et al., 2011).

Sin embargo, es importante notar que, en algunos aspectos, como la hospitalización, los regímenes sí presentan diferencias. Los pacientes del RS se hospitalizan con mayor frecuencia (2.2 veces por año) que los del RC (1.8 veces por año). Además, el periodo de estancia en el hospital del RS (17,9 días) es 7 días más largo en el RS que en RC (10,9 días). Esto puede deberse a que, debido a que las personas del RS tienden a posponer la búsqueda de atención y a subestimar su condición (ver Tabla 13), en el momento en el que buscan atención tienen cuadros clínicos más avanzados y, por lo tanto, deben hospitalizarse en una mayor proporción de los casos y por más tiempo. En cuanto al nivel regional, es importante anotar que el promedio de estancia en hospitales es más alto para el RS únicamente en Centro y Santanderes y en Eje Cafetero y Antioquia. En las demás regiones no hay diferencias.

Otro aspecto relevante a considerar en la Tabla 6 es el acceso a medicamentos. Este indicador, que es 6 puntos porcentuales superior en el RC, muestra que los afiliados del RS aún encuentran más obstáculos para obtener los medicamentos que les han sido recetados. El análisis regional indica además que principalmente Centro y Santanderes y Sur son las regiones en donde el RS sigue teniendo un acceso a medicamentos más bajo que el RC. Las indagaciones en el componente de procesos de esta evaluación indican que esto puede deberse a que las EPS continúan implementando procesos de ajuste para poder proveer a sus pacientes con todos los medicamentos a los que tienen derecho desde que el POS fue actualizado y unificado.

También es importante notar que el indicador de Acceso a Medicamentos, que se mide a través de preguntas retrospectivas para el año 2012, muestra un deterioro de 5 puntos porcentuales en el RS entre 2012 y 2014. La consecuencia de esto es que se abre una brecha entre RS y RC que no existía en 2012, brecha que es además estadísticamente significativa al 5%. Lo anterior pareciera indicar que no se ha dado la igualación que se esperaba con la unificación y la actualización del POS en el nivel de Acceso a Medicamentos de ambos regímenes. No obstante, la información disponible no permite establecer con certeza la causa de este deterioro. Una hipótesis es que, en la práctica, en el RS la actualización y la unificación crearon un fuerte incremento en la demanda por algunos medicamentos y que el sistema no supo afrontar ese choque de manera adecuada.

La Tabla 7, que contiene algunos indicadores de acceso calculados para la población que acudió al sistema por consulta general, muestra que, cuando se trata de procedimientos rutinarios, el deterioro en los niveles de acceso a medicamentos ocurrió en ambos regímenes, aunque en una magnitud más grande para el RS.

**Tabla 7 – Indicadores de Acceso y Uso de las Tecnologías (pacientes de consulta general)<sup>12</sup>**

	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
Morbilidad auto reportada (%)	35,4%	5,1%	725	29,5%	4,3%	619	5,9%	6,4%
Estado de salud autoreportado (bueno o muy bueno)	76,4%	4,8%	725	43,8%	8,2%	619	32,6%	9,7% ***
Visitas al médico por precaución	49,9%	3,6%	725	44,9%	5,6%	619	5,0%	6,8%
Acceso a medicamentos	80,2%	2,7%	592	75,9%	4,6%	470	4,2%	5,3%
Acceso a medicamentos (2012)	91,9%	2,6%	480	95,9%	1,5%	382	-4,0%	3,0%
Tutelas por no prestación de servicios	4,1%	1,2%	725	2,1%	1,1%	619	2,0%	1,7%

Con respecto a la Tabla 7, es también destacable el nivel del indicador de estado de salud auto-reportado, que indica que, en promedio, 30% más de los pacientes de consulta general del RC reportan mejores niveles de salud que los pacientes del RS.

Por otra parte, más allá de las diferencias entre regímenes, otro tipo de información que provee la Tabla 6 es el nivel de utilización de los servicios para el sistema de salud colombiano. Llama la atención, por ejemplo, que comparado con los valores históricos de los indicadores de acceso (Tabla 8), el nivel de utilización de los servicios de salud para ambos regímenes sea menor en la Encuesta de Resultados que el que se registra en la ECV.

**Tabla 8 – Indicadores históricos de acceso y uso de las tecnologías (ECV 2010-201)**

INDICADOR	RÉGIMEN	2010	2011	2012
Consulta por precaución (%)	RC	71.5	70.9	73.6

<sup>12</sup> La diferencia entre el nivel de acceso a medicamentos entre 2012 y 2013/14 es significativa al 99%.

INDICADOR	RÉGIMEN	2010	2011	2012
Morbilidad auto reportada (%)	RS	55.0	54.2	61.5
	RC	11.8	10.4	10.3
	RS	10.7	8.3	10.5
Utilización de los servicios de salud (%)	RC	87.0	74.0	84.0
	RS	74.2	64.2	74.5
Frecuencia de uso del servicio de hospitalización	RC	1.44	1.45	1.50
	RS	1.48	1.47	1.46

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Calidad de Vida

### 2.3.2 Acceso a tecnologías nuevas y a tecnologías unificadas<sup>13</sup>

Esta sección presenta indicadores que miden el progreso que ha tenido el sistema de salud colombiano en términos de ofrecer acceso a tres nuevas tecnologías y medicamentos que se han incluido en el POS: Atorvastatina, un medicamento para controlar los niveles de colesterol; Esomeprazol, medicamento para la gastritis, el reflujo y otros problemas gastrointestinales; y los lentes con su respectiva montura. Estas nuevas tecnologías y medicamentos benefician a toda la población, por lo que, teniendo en cuenta que el gobierno ha entregado a las EPS recursos suficientes para proveerlos, no debería haber diferencias significativas en el acceso que tienen a ellos los distintos grupos poblacionales.

La Tabla 9 muestra indicadores de acceso a Atorvastatina, Esomeprazol y lentes y montura, para los años 2012 y 2014, de los pacientes de las 11 patologías escogidas<sup>14</sup>. En general, el acceso a Esomeprazol es muy bueno para ambos regímenes (superior a 97%), aunque el RC sigue disfrutando de un acceso mayor (99.6%) que el RS (97.1%). Esta pequeña diferencia está explicada exclusivamente por Amazonas y Pacífico, regiones en las que el nivel de acceso a Esomeprazol es menor en el RS que en el RC. El caso de la Atorvastatina, medicamento cuyo acceso es casi universal en el RC y muy alto en el RS, muestra cómo el proceso de unificación y actualización sí ha funcionado para algunos medicamentos.

<sup>13</sup> El formulario de la ER no fue diseñado para medir la tasa de reemplazo de manera específica, pues no pregunta sobre la utilización de tecnologías viejas o alternativas a los medicamentos por los que se indaga. En ese sentido, debe asumirse que el aumento en el nivel de formulación de ciertas tecnologías es equivalente a un aumento en la tasa de reemplazo.

<sup>14</sup> El tamaño de la muestra y el número de personas que respondieron a las preguntas que se hicieron no fueron suficientes para construir estos indicadores a nivel regional. Tampoco lo fue para el grupo de pacientes de consulta general.

**Tabla 9 – Indicadores de Acceso a Tecnologías Nuevas y Unificadas  
 (Pacientes de las 11 Patologías Escogidas)**

	<b>C</b>	<b>ESc</b>	<b>Nc</b>	<b>S</b>	<b>ESs</b>	<b>Ns</b>	<b>C-S</b>	<b>ESΔ</b>	
Acceso a Esomeprazol (2014)	99,6%	0,2%	585	97,1%	0,9%	461	2,5%	0,9%	***
Acceso a Esomeprazol (2012)	97,0%	1,9%	425	97,8%	0,9%	346	-0,8%	2,1%	
Acceso a Atorvastatina (2014)	99,2%	0,4%	781	97,3%	1,8%	505	1,9%	1,9%	
Acceso a Atorvastatina (2012)	99,7%	0,1%	480	96,8%	1,8%	339	2,9%	1,8%	
Acceso a lentes y montura (2014)	17,6%	4,2%	924	54,9%	5,3%	592	-37,3%	6,8%	***
Acceso a lentes y montura (2012)	13,4%	3,8%	508	56,5%	7,0%	357	-43,1%	8,0%	***

El caso de los lentes y la montura es distinto, ya que el acceso es mucho mayor en el RS (54.9%) que en el RC (17.6%). Sin embargo, existe una explicación sencilla para esto: la montura no está incluida en el POS del RC y solo está incluida para algunos grupos en el POS del RS (menores de 20 y mayores de 60 años).

Aunque en general se ve una ligera mejoría en los niveles de acceso a todas las tecnologías nuevas entre el año 2012 y 2014, la diferencia entre los dos periodos no es estadísticamente significativa en ninguno de los casos. Eso implica que la inclusión en el POS de la Atorvastatina y el Esomeprazol obedeció más a la necesidad de reconocer que, aunque estos medicamentos estaban fuera del POS, se formulaban con frecuencia. En el caso de los lentes y la montura, el acceso no se ha incrementado sencillamente porque la actualización y unificación del POS no modificaron la cobertura de estas tecnologías para ningún régimen.

La Tabla 10 muestra los indicadores de acceso para nebulizaciones, ecocardiograma y mamografía en los años 2014 y 2012. Estos tres procedimientos ya estaban incluidos en el RC antes de la actualización y fueron incluidos en el RS como producto de la unificación. Es decir, estos procedimientos, por tener además preguntas retrospectivas, permiten medir el efecto de la unificación del POS en el acceso de los afiliados del RS a procedimientos a los que antes no tenían acceso. En la Tabla 10 se puede ver que las nebulizaciones se recetaron en menor proporción en ambos regímenes en 2014 que en 2012. Dicha disminución en el uso de nebulizaciones también cerró la brecha que había entre RC y RS en 2012. A pesar de no estar incluido en el POS del RS, este procedimiento se usaba en mayor proporción en ese régimen que en el RC. Otra diferencia que resalta en lo relativo a nebulizaciones es que el tiempo de atención en 2012 en el RS es más corto (1.6 días) que en el RC (4.9 días), diferencia que se mantuvo entre 2012 y 2014.

**Tabla 10 – Indicadores de Acceso a procedimientos nuevos (Pacientes de las 11 Patologías Escogidas)**

Acceso a Nuevos Procedimientos								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
<b>Nebulizaciones</b>								
Le han recetado	<u>30,6%</u>	3,6%	423	<u>26,9%</u>	1,3%	578	3,7%	3,9%
Se las realizaron	90,8%	6,5%	97	98,8%	0,6%	136	-8,0%	6,5%
Oportunidad en días	4,1	0,7	222	1,6	0,2	375	2,5	0,7 ***
<b>Nebulizaciones (2012)</b>								
Le han recetado	<u>47,0%</u>	4,0%	423	<u>61,8%</u>	1,9%	578	-14,8%	4,3% ***
Se las realizaron	99,5%	0,4%	226	98,7%	0,7%	382	0,8%	0,8%
Oportunidad en días	4,9	1,6	91	1,7	0,2	130	3,1	1,6 *
<b>Mamografía</b>								
Le han recetado	47,5%	6,8%	1141	13,8%	2,4%	1097	33,6%	7,2% ***
Conoció el resultado	98,4%	0,9%	457	99,6%	0,3%	192	-1,2%	0,9%
Oportunidad en días	12,3	0,9	457	12,6	1,9	192	-0,3	2,1
<b>Mamografía (2012)</b>								
Le han recetado	52,3%	5,6%	1140	20,0%	4,9%	1097	32,3%	7,5% ***
Conoció el resultado	99,9%	0,1%	475	98,7%	0,8%	183	1,1%	0,8%
Oportunidad en días	12,3	1,0	475	12,2	2,3	183	0,1	2,5
<b>Electrocardiograma</b>								
Le han recetado	30,0%	6,2%	421	32,1%	7,6%	327	-2,1%	9,8%
Se las realizaron	99,3%	0,5%	149	<u>94,0%</u>	2,5%	136	5,4%	2,5% **
Oportunidad en días	19,2	4,3	146	<u>9,6</u>	1,6	125	9,6	4,6 **
<b>Electrocardiograma (2012)</b>								
Le han recetado	30,6%	6,1%	421	30,0%	6,4%	327	0,6%	8,9%
Se las realizaron	98,0%	1,5%	149	<u>99,3%</u>	0,7%	108	-1,3%	1,6%
Oportunidad en días	25,3	7,9	146	<u>16,2</u>	1,1	106	9,1	7,9

Por otra parte esta tabla muestra también que el uso de mamografías no ha cambiado mucho entre 2012 y 2014 aún a pesar de que este procedimiento se incluyó para pacientes del RS en la unificación. En general se mantiene una brecha de aproximadamente 30 puntos porcentuales en el uso de este procedimiento entre mujeres mayores de 50 años de RS y RC. Una explicación a este fenómeno es que la baja utilización de la mamografía en el RS en realidad no estaba determinada por la exclusión de este procedimiento del POS-S antes de la unificación, sino por factores de otra índole. De hecho, como muestra la tabla 11 existen otros factores diferentes a la inclusión o no del procedimiento en el POS que explican por qué hay una diferencia en la utilización de la mamografía entre regímenes. Esto indica que para lograr un aumento real en el acceso de la población del RS a algunos servicios de salud, además de incrementar la cobertura se deben atacar otras barreras de acceso. Estas pueden ser de índole burocrática, económica o, como en este caso, cultural.

**Tabla 11 – Razones para no realizarse la mamografía (grupo de 11 patologías)**

¿Por qué no se realizó la mamografía?	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
No tuvo tiempo	3,3%	2,1%	486	1,4%	0,7%	826	1,9%	2,2%
Falta de dinero	1,2%	1,1%	486	0,9%	0,4%	826	0,3%	1,1%
No lo atendieron en la IPS	5,1%	2,6%	486	0,7%	0,5%	826	4,4%	2,6%
No quiso realizarse el examen	5,6%	1,4%	486	27,3%	3,1%	826	-21,7%	3,4%
Se realizó el examen en 2011 o antes	18,0%	6,4%	486	7,1%	2,9%	826	11,0%	7,1%
El transporte es costoso	1,3%	0,9%	486	0,3%	0,2%	826	1,0%	0,9%
Se demoraron en atenderlo	0,4%	0,3%	486	0,3%	0,2%	826	0,1%	0,3%
No sabe dónde realizárselo	3,5%	2,3%	486	4,0%	2,9%	826	-0,5%	3,7%
No sabía que tenía derecho al examen	16,7%	4,4%	486	20,7%	6,2%	826	-4,0%	7,7%
Descuido	2,2%	1,5%	486	1,2%	0,4%	826	1,1%	1,5%
No le gusta	0,5%	0,4%	486	0,4%	0,3%	826	0,1%	0,5%
No lo considera necesario	13,2%	4,9%	486	3,2%	1,0%	826	10,0%	5,0%
No se le han ordenado	21,3%	5,0%	486	26,8%	4,8%	826	-5,5%	6,9%
Por la edad no se la realizan	2,1%	1,0%	486	0,9%	0,5%	826	1,2%	1,1%
Otra	5,5%	2,3%	486	4,8%	1,6%	826	0,7%	2,8%

Finalmente, la tabla 12 también muestra que el nivel de prescripción de ecocardiograma no cambió drásticamente para ninguno de los dos regímenes (se mantiene en cerca de 30% para ambos regímenes en ambos años). Sin embargo, sí existen pequeñas diferencias en el RS a nivel del acceso y la oportunidad del ecocardiograma. Entre 2012 y 2014, el tiempo de espera para este procedimiento en el RS se redujo en más de 6 días, ampliando la brecha con el RC. Si se tiene en cuenta que el nivel de prescripción de ecocardiograma en el RS se mantuvo constante, el menor tiempo de espera puede indicar que el RS amplió la infraestructura disponible. No obstante, entre 2012 y 2014 el RS también mostró una reducción de 5 puntos porcentuales en el nivel de acceso a ecocardiograma. La Tabla 12 muestra que, al igual que en el caso de la mamografía, el menor acceso en el RS al ecocardiograma está explicado por razones como “no quiso realizarse el examen” o “no sabía que tenía derecho al examen”. De nuevo, la conclusión es que no basta con ampliar la cobertura de procedimientos para que se incremente el acceso del RS a servicios de salud. Es necesario que además del aumento en la cobertura el Ministerio de Salud y Protección Social implemente estrategias para atacar otro tipo de barreras al acceso.

**Tabla 12 – Razones para no realizarse el ecocardiograma (grupo de 11 patologías)**

¿Por qué no se realizó Electrocardiograma?	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
No tuvo tiempo	7,6%	4,3%	493	3,5%	1,1%	629	4,1%	4,4%	
Falta de dinero	0,1%	0,1%	493	3,0%	2,9%	629	-2,9%	2,9%	
No lo atendieron en la IPS	0,7%	0,1%	493	0,2%	0,1%	629	0,5%	0,2%	***
No quiso realizarse el examen	20,2%	9,1%	493	34,8%	3,5%	629	-14,5%	9,8%	
Se realizó el examen en 2011 o antes	15,4%	4,0%	493	7,7%	2,4%	629	7,7%	4,7%	
El transporte es costoso	0,0%		493	0,7%	0,5%	629	-0,7%	0,5%	
Se demoraron en atenderlo	0,3%	0,2%	493	0,0%	0,0%	629	0,3%	0,2%	
No sabe dónde realizárselo	1,6%	1,6%	493	0,3%	0,2%	629	1,3%	1,6%	
No sabía que tenía derecho al examen	9,9%	5,1%	493	19,2%	4,1%	629	-9,3%	6,5%	
Otro	1,5%	0,6%	493	1,3%	0,7%	629	0,2%	0,9%	

### 2.3.3 Barreras de acceso

Para explicar los niveles de acceso a los servicios de salud es preciso entender cuáles son las barreras que encuentran los pacientes a la hora de acceder a ellos. En esta sección se presentan indicadores para identificar y cuantificar los factores que impiden que las personas accedan a los servicios a los que ahora tienen derecho gracias a la unificación y la actualización del POS.

En la Tabla 6, en la sección de indicadores de acceso, se evidenció que entre un 30% y un 40% de las personas que se declaran enfermas no solicitan atención médica.

La Tabla 13, que se muestra a continuación, indaga acerca de las razones que tenían estas personas para no haber solicitado atención médica. En ambos regímenes la razón más común para no haber ido al médico estando enfermo es una baja percepción de la severidad de la enfermedad. Sin embargo, el porcentaje de personas que consideraron que “el caso era leve” fue mucho mayor en el RS (81.2%) que en el RC (49.8%).

No obstante, la investigación cualitativa con grupos focales muestra que la baja percepción de la gravedad del caso en el RS podría deberse a que las personas del RS, por lo general, tienen más dificultades para “sacar el tiempo” o invertir el dinero necesario para buscar atención médica, aunque solo una minoría lo admite abiertamente. La mayoría de los pacientes del RS tiende a subestimar su condición de salud, y solo acude al médico cuando el caso ya reviste cierta gravedad o urgencia.

Sin embargo, este resultado no se compagina con el de la ECV de 2013, que muestra una tendencia opuesta, aunque no tan marcada: el 55% de los encuestados del RC manifestó que no buscó atención médica porque el caso era leve, mientras que ese porcentaje solo

llegó a 43% en el RS. La incongruencia entre los datos de la ER y la ECV es difícil de explicar, pero es útil porque indica que los datos de la ER deben ser tomados con cautela. No debe concluirse apresuradamente que las barreras de acceso a la atención estén del lado de la oferta.

En cuanto a las demás razones para no haber buscado atención médica, es importante destacar que un porcentaje no despreciable de los pacientes del régimen contributivo argumentó que le exigieron muchos trámites para la cita (10.2%) o que se demoró mucho la atención en el sitio (8.8%). Como se mostrará en la sección de Oportunidad, este último resultado es congruente con la situación del sistema en términos de agilidad de los servicios.

**Tabla 13 - Barreras de acceso a la atención (Pacientes de las 11 patologías)**

	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESA
El caso era leve	49,8%	8,8%	252	81,2%	4,4%	343	-31,4%	9,9% ***
No tuvo tiempo	2,9%	2,1%	252	1,3%	0,7%	343	1,6%	2,3%
El centro de atención queda lejos	0,8%	0,4%	252	1,9%	0,7%	343	-1,1%	0,9%
Falta de dinero	2,0%	1,2%	252	3,0%	1,3%	343	-1,0%	1,8%
Mal servicio	2,5%	1,1%	252	5,5%	3,1%	343	-3,0%	3,3%
No se podía trasladar por sus propios medios	2,4%	1,8%	252	0,2%	0,0%	343	2,2%	1,8%
No confía en los médicos	6,1%	3,9%	252	1,8%	1,2%	343	4,3%	4,1%
Consulta antes y no le resolvieron el problema	6,3%	5,6%	252	1,6%	0,8%	343	4,8%	5,7%
Muchos trámites para la cita	10,2%	5,2%	252	1,5%	0,8%	343	8,7%	5,3%
No sabe dónde prestan el servicio	0,0%	0,0%	252	0,0%	-	343	0,0%	0,0%
Transporte muy costoso	1,9%	1,7%	252	0,6%	0,2%	343	1,4%	1,7%
Demora en la asignación de la cita	6,1%	3,9%	252	0,7%	0,4%	343	5,4%	3,9%
Demora en la atención en el sitio	8,8%	4,9%	252	0,8%	0,6%	343	8,0%	4,9%
No sabía que tenía derecho	0,0%	-	252	0,0%	-	343	0,0%	0,0%

Otro aspecto en el que se pueden explorar las barreras de acceso es en la entrega de medicamentos. En la sección anterior se vio que, en el caso de los pacientes de consulta general, el acceso a medicamentos se deterioró entre 2012 y 2014 para pacientes de ambos regímenes. Lo mismo ocurrió para los pacientes del RS que sufren alguna de las 11 patologías priorizadas por este estudio. La Tabla 14 explora las razones por las cuales esos medicamentos no fueron entregados.

**Tabla 14 - Barreras de acceso a los medicamentos**

	11 Patologías						Consulta General										
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
No están incluidos en el POS	95,9%	0,7%	3529	89,0%	1,4%	3363	6,9%	1,6%	***	93,7%	2,4%	725	96,3%	2,2%	619	-2,6%	3,3%
No habían los medicamentos recetados	1,8%	0,4%	3529	4,7%	0,9%	3363	-2,9%	0,9%	***	2,5%	1,3%	725	1,6%	1,7%	619	0,9%	2,2%
No había la cantidad requerida	0,7%	0,2%	3529	2,8%	0,4%	3363	-2,1%	0,4%	***	1,3%	1,0%	725	0,6%	0,5%	619	0,7%	1,1%
Por errores o deficiencias en la fórmula médica	0,1%	0,1%	3529	0,4%	0,2%	3363	-0,3%	0,2%	*	0,2%	0,2%	725	0,2%	0,2%	619	0,0%	0,3%
No hizo las gestiones para reclamarlos	0,0%	0,0%	3529	0,7%	0,6%	3363	-0,7%	0,6%		0,0%	0,0%	725	0,0%	0,0%	619	0,0%	0,0%
Acudió a un médico particular	0,1%	0,1%	3529	0,6%	0,3%	3363	-0,4%	0,3%	*	0,0%		725	0,1%	0,1%	619	-0,1%	0,1%
Exceso de trámites de la EPS/IPS	0,0%	0,0%	3529	0,2%	0,1%	3363	-0,1%	0,1%		0,3%	0,3%	725	0,5%	0,5%	619	-0,2%	0,6%
Otro ¿Cuál?	0,2%	0,1%	3529	0,3%	0,1%	3363	-0,2%	0,2%		1,8%	1,5%	725	0,0%	0,0%	619	1,7%	1,5%

Tanto para los pacientes de las 11 patologías priorizadas como para los de consulta general, la razón principal para que no les entregaran el medicamento fue que éste “no estaba incluido en el POS”. Sin embargo, para el grupo de 11 patologías también se evidencia que en un 4.7% de los casos del RS el argumento fue que “no había los medicamentos recetados”. Ese argumento se presentó con menor frecuencia en el RC (1.8%), lo que podría indicar que, en lo que a entrega de medicamentos respecta, y a pesar de la unificación y la actualización del POS, los pacientes del RS siguen recibiendo un trato menos eficaz que los RC. Este resultado se corrobora con los datos de la ECV 2013, que muestra que un 10% de los pacientes del RC que no recibieron los medicamentos recetados no los recibieron porque “no había la cantidad requerida”, mientras que esa misma proporción fue de 18% en el RS. Esto sugiere que la principal barrera de acceso a medicamentos está del lado de la oferta.

Llama también la atención que al 2.8% de los pacientes del RS a los que no se les entregó el medicamento se les informó que esto ocurría porque “no había la cantidad requerida”, mientras que esa proporción solo llegó 0.7% en el RC. Estos hechos podrían dar luces sobre una posible mala gestión de las EPS del RS, ya que no son tan eficientes como sus pares del RC en proveer a los pacientes con los medicamentos que necesitan y a los que tienen derecho. Lo anterior se corrobora con los resultados presentados en la Tabla 14, que muestra que los factores económicos, sociales y geográficos no explican la diferencia en acceso a medicamentos. Por el contrario, los resultados de la encuesta indican que el menor nivel de acceso a medicamentos en el RS está explicado principalmente porque éstos “no estaban disponibles” o no “había la cantidad requerida”.

A nivel regional, Bogotá, Valle y Sur son las regiones en donde fue más común negar medicamentos porque “no había la cantidad requerida” a los pacientes del RS. Caribe,

Amazonas y Bogotá fueron las regiones en las que con una frecuencia mayor los pacientes del RS recibieron una negativa porque “no había los medicamentos recetados”. Por el contrario, en Antioquia y Eje Cafetero, Centro y Santanderes y Pacífico, las personas de ambos regímenes recibieron negativas para la entrega de medicamentos por las mismas razones y con frecuencias similares.

#### 2.3.4 Equidad

La Organización Mundial de la Salud define la equidad como “la ausencia de diferencias evitables o remediables entre grupos de personas, sean estos grupos definidos social, económica, demográfica o geográficamente” (WHO, 2014). Así, en esta sección se analizan las desigualdades en salud existentes entre grupos con diferentes ventajas o desventajas socioeconómicas. La idea es ver cómo los ha afectado la unificación y actualización del POS.

A diferencia del resto de secciones de la evaluación de resultados, que se basaron en información de la encuesta de resultados, para poder analizar las diferencias en salud según el estatus socioeconómico de las personas se empleó la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 2011 y 2013. Esto se hizo porque con esta fuente de información es posible tener los ingresos de las personas y porque, además, se cuenta con los puntajes de SISBEN para los encuestados.

La metodología fue la siguiente: en primer lugar se empleó el puntaje del SISBEN como una aproximación a las condiciones socioeconómicas de las personas, la idea era determinar si estas condiciones son un factor relacionado con las diferencias persistentes en acceso, barreras, oportunidad y calidad<sup>15</sup>. Adicionalmente, se emplearon los ingresos por persona del hogar para determinar qué diferencias se presentan en salud según el quintil de ingresos. Por último, se realizaron curvas de concentración para medir qué tan grandes son las desigualdades en ciertos indicadores.

En las Tabla 15 y Tabla 16 se presentan los resultados de este ejercicio. Se realizó un test para determinar las diferencias entre las proporciones según el nivel de SISBEN y se presenta la probabilidad de rechazar la hipótesis nula de que las proporciones son iguales contra la alternativa de que al menos una es distinta. Para 2011, esto es, antes de la

---

<sup>15</sup> Se dividieron las personas en tres niveles de acuerdo a los puntajes de corte para pertenecer al Régimen Subsidiado, siendo los niveles 1 y 2 en los que una persona puede pertenecer al RS y el nivel 3 una categoría con individuos con puntajes por encima. El tamaño de población en 2011 fue de 12.037 personas en el nivel 1, 5.860 en el nivel 2 y 7.461 en el nivel 3. En el 2013 estos tamaños fueron de 7.195 en el nivel 1, 4.079 en el nivel 2 y 10.291 en el nivel 3.

unificación del POS, se encuentra que no hay diferencias significativas en la morbilidad auto reportada ni en el acceso a los servicios de salud según el estatus socioeconómico de los individuos y para ninguno de los dos regímenes. No obstante, cuando se habla de barreras al acceso en el Régimen Subsidiado aparecen algunas diferencias que hay que mencionar; específicamente, se presentan barreras desde la demanda, como que el caso era leve, que es especialmente alto para las personas con mayores niveles de ingreso y otra, desde la oferta, referente a la mala percepción que tienen las personas sobre el servicio o la oportunidad con la que puedan llegar a conseguir una cita médica, y que tiene un peso muy importante para las personas más pobres del RS.

Lo anterior contrasta con la información que se reporta para 2013, donde para ambos regímenes se encuentra que las personas con mayor estatus socioeconómico acceden en mayor proporción a los servicios de salud. Nuevamente, restricciones a la demanda como la percepción sobre la gravedad de la enfermedad es la barrera más importante para los afiliados al RS, donde además son los más pobres los que más la emplean como argumento para no acudir a un centro médico; sumado a barreras como la distancia y la falta de dinero, que afectan sobre todo a las personas del nivel 2 del SISBEN afiliadas al RS. Para las personas afiliadas al Régimen Contributivo aparece en 2013 diferenciación según las condiciones económicas de las restricciones de ingreso como barrera al acceso, sobre todo importantes para los del nivel 2.

En la oportunidad para la asignación de consulta médica general se encontraron diferencias sólo en el Régimen Contributivo, donde las personas del nivel 2 son las que más tiempo tienen que esperar para la asignación de la cita, esto, tanto en 2011 como en 2013. Por último, existen diferencias en el acceso a medicamentos según el nivel socioeconómico de las personas, aunque sólo en 2011. En este año, se evidenció que las personas menos pobres son las que más reportan que no les entregan los medicamentos que les formulan, aunque esta población es la que reporta en mayor proporción que acude a un médico particular.

**Tabla 15 – Equidad Régimen Subsidiado**

NIVEL	SUBSIDIADO							
	2011				2013			
	1	2	3	PROB > F	1	2	3	PROB > F
Morbilidad auto-reportada	10%	11%	10%	0.098	14%	12%	11%	0.000
Acceso a servicios de salud	64%	60%	64%	0.470	71%	66%	78%	0.001
Oportunidad consulta general	3.13	3.14	3.63	0.647	4.47	4.11	5.72	0.184
Calidad auto-reportada	83%	84%	87%	0.525	89%	91%	82%	0.007
Barreras al acceso:								
1. El caso era leve	39%	40%	54%	0.027	39%	25%	33%	0.046
2. No tuvo tiempo	6%	10%	6%	0.429	9%	5%	12%	0.180

NIVEL	SUBSIDIADO							
	2011				2013			
	1	2	3	PROB > F	1	2	3	PROB > F
3. El centro de atención queda lejos	8%	13%	8%	0.264	6%	18%	12%	0.003
4. Falta de dinero	13%	8%	6%	0.105	8%	17%	7%	0.016
5. Mal servicio o cita distanciada en el	15%	6%	8%	0.019	17%	16%	13%	0.603
Acceso a medicamentos	70%	72%	67%	0.633	69%	67%	66%	0.699
Barreras al acceso a medicamentos:								
1. No están incluidos en el POS	26%	43%	34%	0.056	48%	55%	48%	0.637
2. No había los medicamentos recetados	27%	28%	5%	0.002	16%	12%	17%	0.727
3. No hizo las gestiones para reclamarlos	3%	1%	6%	0.292	3%	2%	4%	0.783
4. Fue a un médico particular	33%	26%	49%	0.023	26%	28%	26%	0.950
Porcentaje de personas que estuvo hospitalizado	9%	6%	7%	0.000	11%	9%	9%	0.004

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2011 y 2013

**Tabla 16 – Equidad Régimen Contributivo**

NIVEL	CONTRIBUTIVO							
	2011				2013			
	1	2	3	PROB > F	1	2	3	PROB >
Morbilidad auto-reportada	10%	11%	11%	0.637	12%	9%	11%	0.026
Acceso a servicios de salud	74%	76%	77%	0.591	79%	78%	85%	0.049
Oportunidad consulta general	3.61	5.89	4.95	0.016	4.93	8.27	4.59	0.034
Calidad auto-reportada	86%	88%	83%	0.380	83%	79%	83%	0.685
Barreras al acceso:								
1. El caso era leve	54%	64%	49%	0.413	58%	50%	42%	0.146
2. No tuvo tiempo	13%	10%	14%	0.843	5%	4%	15%	0.109
3. El centro de atención queda lejos	1%	9%	2%	0.095	3%	5%	2%	0.819
4. Falta de dinero	0%	0%	2%	0.252	1%	14%	2%	0.004
5. Mal servicio o cita distanciada en el tiempo	10%	3%	13%	0.315	9%	6%	13%	0.579
Acceso a medicamentos	76%	55%	59%	0.000	74%	68%	66%	0.142
Barreras al acceso a medicamentos:								
1. No están incluidos en el POS	51%	58%	46%	0.474	61%	50%	43%	0.102
2. No había los medicamentos recetados	8%	0%	14%	0.040	6%	29%	5%	0.001
3. No hizo las gestiones para reclamarlos	5%	20%	3%	0.001	8%	2%	9%	0.560
4. Fue a un médico particular	26%	11%	33%	0.033	20%	19%	32%	0.206
Porcentaje de personas que estuvo hospitalizado	9%	8%	6%	0.000	12%	7%	8%	0.000

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2011 y 2013

Ahora bien, en las Tabla 17 y Tabla 18 se presentan estos indicadores para cada quintil de ingreso, así como la razón entre el quintil más rico y el más pobre y si las diferencias entre

quintiles son estadísticamente significativas. En cuanto a morbilidad auto-reportada se encuentran diferencias significativas según el quintil de ingreso, aunque no es claro que sean los más pobres o los más ricos quienes se enferman más. Por ejemplo, en 2013 los más ricos entre los afiliados al RS reportaron haberse enfermado en los últimos 30 días 35% menos de lo que reportaron los más pobres, este porcentaje fue de 2% en el RC; sin embargo, en el quintil 4 se presentó un mayor porcentaje de personas con problemas de salud en el último mes.

También se observan diferencias significativas en el porcentaje de personas que acuden a servicios formales de salud en caso de enfermedad, con excepción del RC en 2013. En el caso del Régimen Subsidiado, dicho indicador varió en 2011 entre 58% y 74%, siendo el valor más bajo para el quintil 3 y el más alto para el quintil 5; mientras que en 2013 osciló entre 70% y 80% (q3 y q5, respectivamente). En el caso del Régimen Contributivo los porcentajes de acceso son más altos en ambos años, presentándose diferencias estadísticamente significativas sólo en 2011, año en el que los porcentajes de acceso a servicios de salud más altos se presentan en los quintiles 2,3, y 5.

Ahora bien, en cuanto a barreras al acceso se presentan importantes desigualdades según el nivel de ingresos. En el caso del Régimen Subsidiado, fueron persistentes las diferencias cuando se trató de restricciones por demanda (percepción sobre la gravedad de la enfermedad o falta de tiempo), así como de barreras por distancia hasta el centro de atención. En 2011, las personas del quintil 1 del RS no acudieron principalmente porque el caso era leve o por percepción sobre el mal servicio o el tiempo que tenían que esperar para la cita, razones que afectan en menor proporción al quintil 5. En 2013, la percepción sobre la gravedad de la enfermedad continuó siendo una importante barrera al acceso, pero sobre todo para el quintil 3; por su parte, se presenta una alta preponderancia de la falta de tiempo como barrera al acceso para el quintil cinco, en comparación con los demás quintiles. Por su parte, en el Régimen Contributivo las restricciones por el lado de la oferta son las que mayores desigualdades presentaron en 2011, siendo estas la distancia y el mal servicio; entre tanto, en 2013 se presentaron desigualdades por quintiles en la falta de ingresos como barrera al acceso, donde el quintil 1 está 0.044 veces por debajo del quintil 5.

**Tabla 17 - Indicadores según quintiles de ingreso, Régimen Subsidiado**

	2011							2013						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q5/Q1		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q5/Q1	
Morbilidad autor reportada	9%	8%	9%	8%	9%	1.035	***	11%	10%	10%	11%	8%	0.753	***
Acceso a servicios de salud	64%	66%	58%	70%	74%	1.148	***	73%	75%	70%	78%	80%	1.092	***

	2011							2013						
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q5/Q1		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q5/Q1	
1. El caso era leve	50%	46%	52%	37%	43%	0.862	**	38%	49%	58%	48%	46%	1.203	***
2. No tuvo tiempo	3%	3%	4%	10%	4%	1.167	**	5%	6%	4%	7%	25%	4.516	***
3. El centro de atención queda lejos	8%	15%	7%	6%	12%	1.485	***	14%	7%	4%	4%	10%	0.708	***
4. Falta de dinero	10%	9%	8%	13%	13%	1.259		8%	7%	4%	12%	0%	0.000	**
5. Mal servicio o cita distanciada en el tiempo	13%	11%	9%	12%	0%	0.034	**	16%	11%	12%	10%	16%	0.992	
Oportunidad consulta general	2.768	3.055	3.537	3.252	1.910	0.690	*	2.880	3.242	4.346	5.161	6.636	2.305	***
Calidad auto-reportada	84%	89%	87%	90%	91%	1.083	***	85%	86%	90%	87%	83%	0.971	**
Acceso a medicamentos	69%	71%	66%	51%	50%	0.728	***	70%	68%	64%	63%	59%	0.847	**
<b>Barreras:</b>														
1. No están incluidos en el POS	44%	37%	37%	38%	18%	0.418	***	54%	51%	50%	42%	13%	0.248	***
2. No había los medicamentos recetados	18%	14%	16%	10%	5%	0.268	**	22%	18%	14%	9%	33%	1.468	***
3. No hizo las gestiones para reclamarlos	4%	3%	5%	4%	4%	0.905		3%	6%	7%	10%	0%	0.066	**
4. Fue a un médico particular	22%	34%	24%	47%	63%	2.832	***	14%	12%	21%	33%	49%	3.452	***
Porcentaje de personas que estuvieron hospitalizadas	7%	7%	7%	8%	6%	0.860		9%	9%	8%	8%	7%	0.816	***

Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2011 y 2013

No se puede hablar de equidad en salud dejando de lado la oportunidad y la calidad con la que las personas reciben los servicios de salud a los que logran acceder. Así, en cuanto al tiempo que tarda la asignación de cita de consulta médica general, se encuentran desigualdades persistentes según el nivel de ingreso para el Régimen Subsidiado; en 2011 los quintiles 3 y 4 fueron los que más sufrieron por largos tiempos de espera mientras que en 2013 las personas del quintil cinco fueron las que más tuvieron que esperar para acceder a su consulta médica general (2.3 veces más que los del quintil más pobre). En el Régimen Contributivo estas diferencias se hicieron más fuertes en 2013, aunque no es claro si son los más ricos o los más pobres los más perjudicados, porque se presentan altos valores en el quintil 4, seguido por el quintil 1 y más bajos en el quintil 3.

Respecto a la calidad auto reportada por las personas, se encontró que un alto porcentaje de personas la califica como buena o muy buena, aunque se encontraron desigualdades persistentes. Para el Régimen Subsidiado fue claro que los quintiles intermedios (2 a 4) son los que mejor valoran la calidad de la atención en salud recibida, esto, tanto para 2011 como para 2013. En el Régimen Contributivo, los más ricos son los que reportan mejor

calidad en la atención, en particular, este porcentaje fue 1.1 veces más alto en el quintil 5 que en el quintil 1 en 2011, y 1.04 veces más alto en 2013.

**Tabla 18 - Indicadores según quintiles de ingreso, Régimen Contributivo**

	2011						2013					
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q5/Q1	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q5/Q1
Morbilidad autor reportada	10%	9%	9%	12%	11%	1.113 ***	10%	10%	10%	11%	10%	0.978 *
Acceso a servicios de salud	72%	77%	79%	69%	76%	1.051 ***	77%	81%	84%	81%	82%	1.073
1. El caso era leve	54%	65%	51%	64%	56%	1.033	37%	69%	55%	61%	61%	1.624
2. No tuvo tiempo	11%	7%	6%	10%	13%	1.205	4%	10%	6%	9%	9%	2.263
3. El centro de atención queda lejos	0%	2%	2%	3%	2%	4.994 ***	8%	8%	3%	2%	3%	0.411
4. Falta de dinero	1%	5%	13%	0%	1%	0.952	21%	2%	0%	3%	1%	0.044 ***
5. Mal servicio o cita distanciada en el tiempo	12%	8%	11%	15%	9%	0.714 ***	12%	6%	8%	11%	8%	0.687
Oportunidad consulta general	3.184	2.751	5.671	4.226	3.928	1.234 **	5.547	4.066	2.937	5.937	4.465	0.805 ***
Calidad auto-reportada	82%	90%	83%	87%	89%	1.092 ***	82%	77%	83%	85%	86%	1.042 **
Acceso a medicamentos	68%	72%	74%	74%	59%	0.870	72%	73%	76%	71%	61%	0.848 ***
Barreras:												
1. No están incluidos en el POS	26%	57%	45%	45%	42%	1.585	56%	50%	53%	46%	43%	0.765
2. No había los medicamentos recetados	8%	9%	10%	16%	10%	1.187	17%	23%	5%	14%	9%	0.513 ***
3. No hizo las gestiones para reclamarlos	1%	0%	10%	1%	6%	7.732 ***	11%	6%	16%	12%	12%	1.034
4. Fue a un médico particular	34%	31%	34%	34%	38%	1.124	15%	18%	15%	17%	31%	2.076 ***
Porcentaje de personas que estuvieron hospitalizadas	9%	7%	7%	8%	6%	0.758 ***	11%	9%	8%	8%	7%	0.641 ***

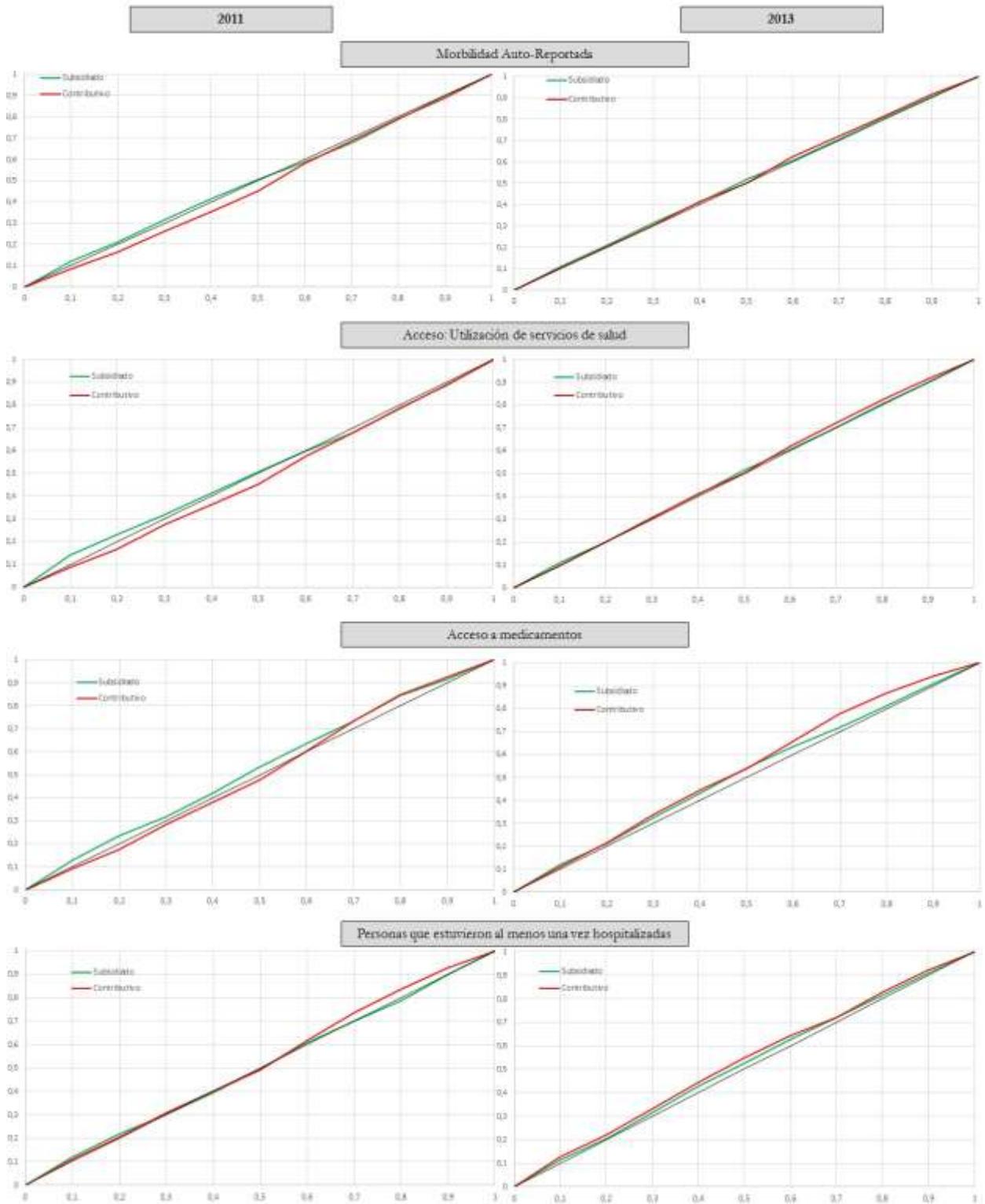
Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2011 y 2013

En el acceso a medicamentos también se presentan inequidades tanto en los dos años (2011,2013) y para ambos regímenes, donde se destaca que los más ricos presentan un menor acceso a medicamentos. En el RS, el quintil 5 accedió a medicamentos en 2011 27% menos veces que las personas del quintil 1 de ingresos, aunque es en el quintil 4 en el que se presentó menor acceso; para 2013, el porcentaje de acceso a medicamentos fue 15% menor para el q 5 que para el q1. Esto se debe, en gran medida, a que las personas más ricas del RS acudieron en 2011 y 2013 entre 2.7 y 3.5 veces más que los más pobres a médicos particulares. Algo similar ocurre en el Régimen Contributivo, donde se observa menor proporción de acceso a medicamentos para el quintil 5, que además son los que en mayor proporción van a médicos particulares.

Por último, en lo referente a uso del servicio de hospitalización, vale la pena mencionar que las personas de los quintiles 1 y 4 fueron las que más los utilizaron en 2011; adicionalmente, se destaca que en 2013 persisten las desigualdades en el uso del servicio, en perjuicio de los más pobres, lo que podría estar reflejando mayor prevalencia de enfermedades en este grupo poblacional. Estos resultados se confirman con las desigualdades en el porcentaje de hospitalización observadas según el nivel de SISBEN.

En suma, se encontraron diferencias persistentes de acuerdo al estatus socioeconómico en variables como morbilidad auto reportada, acceso a los servicios de salud, oportunidad en consulta general, acceso a medicamentos y uso de los servicios de hospitalización. Sin embargo, no es claro que sean los más pobres los más perjudicados por dichas desigualdades. Más aún, el análisis de concentración sugiere que las desigualdades son más bien pequeñas según indica la Gráfica 1.

**Gráfica 1 - Curvas de concentración, 2011 y 2013**



Fuente: Elaboración propia con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2011 y 2013

### 2.3.5 Oportunidad

La atención en salud es calificada como oportuna si se realiza en el momento requerido según las condiciones del paciente y sin retrasos que puedan poner en riesgo su vida o llevar a un deterioro prevenible de su enfermedad. De ahí que la oportunidad suele medirse en términos del tiempo que tienen que esperar las personas para acceder a las diferentes tecnologías y procedimientos médicos. La Tabla 19 presenta un conjunto de indicadores para medir este atributo, en ella se destaca que, por lo general, tanto para pacientes de las 11 patologías priorizadas como para pacientes que ingresan por consulta general, son menores los tiempos de espera en el RS que en el RC.

**Tabla 19 - Oportunidad en la atención a nivel nacional (pacientes de las 11 patologías priorizadas)<sup>16</sup>**

	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
Consulta Médica General (días)	12,2	1,2	3020	10,7	0,9	2633	1,5	1,5	
Consulta de Urgencias (1)	51,0%	6,4%	300	84,1%	3,5%	342	-33,1%	7,2%	***
Consulta de Odontología General	7,7	0,8	2092	6,0	0,3	1667	1,7	0,8	**
Realización de cirugía programada	35,8	3,1	865	25,1	2,0	708	10,7	3,8	***
Consulta Médica Especializada	37,5	3,1	3162	26,5	2,2	2863	11,0	3,8	***
Realización de UROTAC	22,0	6,2	308	15,2	2,5	238	6,9	6,7	

(1) Porcentaje de personas que fueron atendidos en menos de una hora.

Si se tiene en cuenta que el Decreto 019 de 2012, art. 123, ordena que la asignación de citas no puede demorarse más de tres días hábiles, es preocupante que, sin distinción de régimen, la consulta médica general esté tomando más de 10 días para ser asignada a los pacientes. Aún más alarmantes son los plazos para asignación de citas de Consulta Médica Especializada que, a pesar de la norma, se demoran 26,5 días en ser asignadas en el RS, que es el mejor de los casos. Los plazos de la asignación de consultas odontológicas, aunque son algo más razonables (7.7 y 6.0 días para RC y RS, respectivamente), aún están lejos de ajustarse al ideal. Otro hecho que debe resaltarse de la Tabla 19 es que los tiempos de atención, en urgencias, odontología, cirugía programada, y medicina especializada, son significativamente menores en el RS que en el RC. Una posible explicación para que esto ocurra es que, dado que las personas del RS tienden a acudir

<sup>16</sup> Se debe aclarar que la percepción de la oportunidad del servicio de urgencias puede estar influida la práctica del triaje (se atiende primero a los casos más graves), lo que puede incrementar los tiempos de espera dependiendo de la gravedad del paciente encuestado y de la gravedad de los demás pacientes que estaban en espera en ese momento. No obstante, el número de personas que respondieron a esta pregunta está equilibrado por régimen (más de 300 en cada uno) y por nivel de complejidad. Lo anterior implica que el supuesto de aleatoriedad de la muestra podría contrarrestar el posible efecto distorsionante del triaje, pues, en el agregado, la gravedad de los pacientes encuestados al momento de ser atendidos debería ser similar en ambos regímenes.

menos a los servicios de salud (porque subestiman la gravedad de su enfermedad), los servicios médicos de ese régimen estén menos congestionados. Pero ese hecho también puede deberse a que, como lo sugiere la investigación cualitativa, los pacientes del RS estén enfrentando barreras mayores para acceder a la atención y, por ende, en proporción, utilizan menos los servicios de salud.

También cabe la posibilidad de que los mayores tiempos de espera en el RC estén explicados por factores propios de este régimen. Un ejemplo de esto pueden ser las prácticas de integración vertical que se han denunciado en el pasado. No obstante, el alcance de esta investigación no permite establecer con claridad cuáles son los factores que hacen que los tiempos de atención del RC sean mayores. Es entonces deber de los investigadores recomendar que el Ministerio de Salud y Protección Social lleve a cabo investigaciones adicionales para determinar con mayor precisión por qué los tiempos de espera para casi todos los servicios son mayores en el RC que en el RS.

A nivel regional, Centro-Santanderes, Antioquia-Eje Cafetero, Bogotá y Valle, son las regiones en las que se presentan mayores tiempos de espera para Medicina Especializada. También es en estos lugares en donde la diferencia de espera entre RS y RC es más grande. Esto puede deberse a que en estas regiones están las grandes ciudades del país, que es en donde se concentra la mayor cantidad de especialistas y a donde son remitidos los casos no pueden ser atendidos en otras regiones. Esta concentración de especialistas y la carga adicional por las remisiones de otros lugares puede bien dar cuenta del mayor tiempo de espera que se registra en las regiones mencionadas.

Por último, es importante resaltar que el tiempo de atención de los pacientes en consulta médica general es inferior en el caso de los pacientes que acuden por dolencias comunes (Tabla 20) que en el caso de los que acuden por patologías específicas (Tabla 19). Una hipótesis para explicar esta situación es que los primeros acuden a IPS de nivel 1, cuya congestión es menor que la de IPS de nivel 2 y 3, que son a las que los pacientes enfermos de patologías específicas acuden con mayor frecuencia.

**Tabla 20 - Oportunidad en la atención a nivel nacional (pacientes de Consulta General)**

	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
Consulta Médica General (días)	5,5	0,8	684	3,5	0,8	539	2,0	1,1	*
Consulta de Odontología General	8,6	1,0	468	4,7	1,3	344	4,0	1,4	***
Consulta Médica Especializada	43,7	6,4	483	27,7	5,4	364	16,0	8,2	*

Una manera de poner en perspectiva los indicadores de oportunidad presentados en las Tabla 19 y 20 es comparar los tiempos de atención con aquellos reportados en la Encuesta de Calidad de Vida, ECV, del DANE y con los indicadores de Calidad de la Superintendencia de Salud. La Tabla 21, por ejemplo, muestra que tanto la ECV como los indicadores de la Supersalud reportaron tiempos de atención en consulta médica general que son menores para el RS que para el RC. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por la Encuesta de Resultados (ER en adelante) de esta evaluación, que también reporta mayor agilidad en el RS.

Sin embargo, en términos globales, los tiempos de espera son más cortos en ambas fuentes estatales que en la encuesta de resultados (ER). Esto puede deberse a que la ER encuestó en su mayoría a pacientes con patologías específicas y a que, en el caso de los pacientes de consulta general, éstos fueron encuestados en IPS de nivel 2 y 3, que por ser especializadas podrían tener tiempos de espera superiores al promedio. En todo caso, el resultado relevante en la ER es que el tiempo de espera es mayor en el RC que en el RS, y que esto está en línea con los resultados y las tendencias reportados por otras fuentes.

**Tabla 21 - Oportunidad de la asignación de cita de Consulta Médica General**

INDICADOR	REPORTADO POR	RÉGIMEN	2011-II	2012-I	2012-II	2013-IA
Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (días)	EPS	RC	3.2	2.95	4.28	3.42
		RS	2.2	2.35	2.14	2.16
	IPS	AMBOS	2.90	2.01	2.26	3.01
		RC	3.59*		3.25	s.d.
	DANE	RS	2.49*		2.28	s.d.

Fuente: Supersalud (Indicadores de Calidad) y DANE (Encuesta de Calidad de Vida)

\*Para todo el año a) Corte a Junio 30 de 2013

La Tabla 22, muestra el histórico de tiempos de atención en urgencias para ambos regímenes reportados por las IPS. Dado que para casi todos los periodos el tiempo de atención en urgencias han estado por debajo de los 30 minutos, no sorprende que la

encuesta de resultados haya reportado que más del 80% de los casos en el RS fueron atendidos en menos de 1 hora. Más difícil de explicar es el resultado que se obtuvo para el RC (solo 51% de los casos de urgencia fueron atendidos en menos de una hora).

**Tabla 22 - Histórico de Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias**

INDICADOR	REPORTADO POR	2011-II	2012-I	2012-II	2013-IA
Oportunidad en la Atención en Consulta de Urgencias (minutos)	IPS	19.4	13.10	29.27	32.69

Fuente: Supersalud, Indicadores de Calidad.  
 Corte a Junio 30 de 2013

La Tabla 23 muestra que la oportunidad en la atención en servicios odontológicos también es mejor en el RS que en el RC, resultado que coincide con el de la ER. Un resultado y una comparación similar pueden apreciarse en la Tabla 24, que muestra información retrospectiva de los tiempos de realización de cirugía programada para ambos regímenes. La Tabla 25 en cambio muestra que los tiempos de espera en medicina especializada eran más largos para el RS (19.17 días) en 2010 que para el RC (13.24 días). Sin embargo, esa situación se reversó en 2010 a tal punto que tiempo de espera en el RS fue un poco menor que el del RC. Ese hecho, contrastado con el dato de la ER (también mayores tiempos de espera en RC) que podría estar indicando que la unificación del POS ha generado un aumento de la demanda por servicios de medicina especializados en el RC y que la oferta no ha respondido al mismo ritmo.

**Tabla 23 – Histórico de oportunidad en la asignación de cita de Consulta de Odontología General**

INDICADOR	REPORTADO POR	RÉGIMEN	2011-II	2012-I	2012-II	2013-IA
Oportunidad en la asignación de consulta de Odontología General (días)	DANE	RC	4.36*	4.29	s.d.	
		RS	3.27*	3.38	s.d.	

Fuente: Supersalud (Indicadores de Calidad) y DANE (Encuesta de Calidad de Vida)

\*Para todo el año <sup>a)</sup> Corte a Junio 30 de 2013

**Tabla 24 - Histórico de oportunidad en la realización de Cirugía Programada**

INDICADOR	REPORTADO POR	RÉGIMEN	2011-II	2012-I	2012-II	2013-IA
Oportunidad en la realización de cirugía programada	EPS	RC	19.24	17.03	17.22	19.24
		RS	11.31	9.96	10.67	11.31
	IPS	AMBOS	10.90	9.89	14.34	14.45

Fuente: Supersalud, Indicadores de Calidad.  
 Corte a Junio 30 de 2013

**Tabla 25 – Histórico de oportunidad de la asignación de cita de Consulta Médica Especializada**

INDICADOR	RÉGIMEN	2010	2011
Oportunidad en la asignación de cita con especialista (días)	RC	13.24	16.88
	RS	19.17	17.04

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Calidad de Vida

### 2.3.6 Calidad

La calidad es de especial importancia en el sistema de salud colombiano pues es una de las pocas variables con las que las EPS pueden competir. Todo lo demás es regulado por el Estado (el POS, la UPC, etc.) o está a discreción de los usuarios (la afiliación) (Azucero, 2012). La competencia en términos de calidad es una de las razones –o tal vez la razón– por la cual el sistema colombiano introdujo la competencia regulada entre las EPS. Sería de esperarse entonces que la competencia haya llevado a una mejoría en la calidad de los servicios de salud.

La calidad en el sistema de salud puede medirse en términos de la satisfacción del usuario frente a su experiencia con la prestación de algún servicio en particular. En general, los aspectos más importantes en la valoración realizada por el paciente son la cortesía mostrada por los prestadores, la información que le ofrecieron sobre el tratamiento que necesitaban y su apreciación sobre la calidad del cuidado que recibió (Aday y Andersen, 1974). Con esto en mente, los indicadores que se calcularon en esta dimensión tienen en cuenta la efectividad reportada de los diferentes tipos de atención y la calidad percibida por los usuarios. A continuación se presentan los resultados nacionales y regionales en términos de calidad de los servicios del sistema de salud.

La Tabla 26 muestra que las diferencias entre regímenes en términos de calidad se concentran en la efectividad auto-reportada de la hospitalización, la información dada por el doctor en consulta médica general, la calidad de la consulta médica general y la calidad de la prestación del servicio de hospitalización. De esas cuatro diferencias, la calidad de la información y la calidad de la consulta médica general son los indicadores en los que el RS se encuentra por debajo del RC.

Los resultados a nivel regional indican que el problema de la calidad de la consulta médica general en el RS se focaliza principalmente en Bogotá. Los mismos resultados indican que la brecha en términos de calidad de la información suministrada por el doctor en consulta médica general está principalmente en Bogotá y Centro-Santanderes. En ese sentido, y si

bien la información que se entrega a los pacientes pertenece al ámbito clínico y es del resorte médico, el Ministerio, las EPS y las IPS, de forma mancomunada, deben realizar un esfuerzo para garantizar la accesibilidad de la información que se entrega a los pacientes. El reto es que la información esté en un formato aceptable para el ciudadano común, que no tiene formación médica, reto que otros sistemas de salud en el mundo ya han asumido (Coulter, Entwistle, & Gilbert, 1999). En el Plan de Transferencia e Implementación de Recomendaciones (PTIR) de esta evaluación se detallan algunas estrategias que podrían seguirse para lograr esto.

Por otra parte, Amazonas, Bogotá y Sur fueron los únicos lugares en los que los pacientes del RS calificaron como efectiva su hospitalización en mayor proporción que los del RC. En el resto de regiones no hubo diferencias entre regímenes en ese indicador. Así mismo, Valle y Amazonas son los únicos lugares en los que los pacientes del RS calificaron la calidad en la prestación del servicio de hospitalización como buena en mayor proporción que los pacientes del RC. En los demás regiones no hay diferencias en este indicador.

**Tabla 26 – Indicadores de Calidad a Nivel Nacional**

	11 Patologías									Consulta General							
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESA		C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESA
Efectividad auto reportada de la hospitalización	72,2%	4,7%	1148	84,5%	2,3%	1566	-12,2%	5,3% **		s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Experiencia en consulta médica general (el doctor dedicó tiempo suficiente)	88,1%	2,3%	3020	83,8%	2,0%	2633	4,3%	3,0%		85,1%	6,0%	684	81,0%	4,1%	539	4,1%	7,2%
Experiencia en consulta médica general (recibió información fácil de entender)	92,9%	1,4%	3020	88,5%	1,7%	2633	4,4%	2,2% **		92,3%	3,0%	684	93,2%	1,7%	539	-0,9%	3,5%
Experiencia en consulta médica especializada (el doctor dedicó tiempo suficiente)	87,9%	2,9%	2897	85,5%	2,5%	2619	2,5%	3,7%		86,6%	4,0%	426	91,4%	1,9%	326	-4,8%	4,4%
Experiencia en consulta médica especializada (recibió información fácil de entender)	89,3%	2,4%	2897	91,7%	1,5%	2619	-2,4%	2,8%		93,8%	1,8%	426	95,7%	2,3%	326	-1,9%	3,0%
Calidad de la consulta médica general (Buena o Muy buena)	88,7%	2,2%	3020	83,4%	1,9%	2633	5,3%	2,9% *		88,0%	4,7%	684	88,6%	2,5%	539	-0,6%	5,4%
Calidad de la consulta médica odontológica (Buena o Muy buena)	84,6%	3,4%	2092	84,3%	2,6%	1667	0,3%	4,3%		75,5%	3,5%	468	87,6%	4,7%	344	-12,1%	5,2% **
Calidad de la consulta médica especializada (Buena o Muy buena)	88,3%	2,7%	2897	86,8%	3,6%	2619	1,5%	4,5%		82,4%	4,8%	426	90,6%	3,5%	326	-8,1%	6,0%
Calidad de la prestación del servicio de cirugía (Buena o Muy buena)	89,8%	3,1%	842	95,0%	1,4%	677	-5,1%	3,3%		s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Calidad de la prestación del servicio de hospitalización (Buena o Muy buena)	78,5%	4,0%	1148	87,9%	1,9%	1566	-9,4%	4,4% **		s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.

### 2.3.7 Protección financiera de los hogares

En general, el gasto de bolsillo es la principal fuente de financiamiento de gastos de salud en países de mediano y bajo ingreso (Musgrove et al., 2002). Los pagos directos que hacen las personas para acceder a la atención en salud pueden llevar a que los hogares incurran en gastos catastróficos y/o empobrecedores. Por esa razón, la protección financiera de los hogares es uno de los principales retos de cualquier sistema de salud. El Estado colombiano ha realizado esfuerzos por asumir el costo directo del sistema de salud, con visibles resultados: el gasto privado como porcentaje del gasto total en salud pasó de 52.3% en 1993 a 22% en 2011 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Como consecuencia, el gasto de bolsillo en salud de los hogares colombianos cayó de manera significativa entre 1995 y 2011. En esta sección se presentan indicadores calculados con base en la Encuesta de Resultados que muestran qué fuente de recursos emplean los pacientes de las 11 patologías priorizadas para cubrir los costos de diferentes servicios de salud. Para las Tabla 27, Tabla 28 y Tabla 29, que contienen información acerca de la protección financiera en cuanto al costo de los medicamentos, la medicina general y la medicina especializada; el nivel de los indicadores se compara además con el del grupo de consulta general.

**Tabla 27 – ¿Cómo cubre el costo de los Medicamentos?**

	11 Patologías									Consulta General								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ		C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	78,0%	7,0%	2027	3,2%	1,1%	1981	74,8%	7,1%	***	72,0%	9,3%	281	1,0%	1,0%	225	70,9%	9,4%	***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	18,3%	6,8%	2027	91,3%	1,6%	1981	-73,1%	7,0%	***	5,1%	2,2%	281	81,7%	9,6%	225	-76,5%	9,9%	***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,0%	0,0%	2027	0,9%	0,8%	1981	-0,8%	0,8%		0,0%	0,0%	281	0,0%		225	0,0%	0,0%	
Seguro médico de la empresa	0,0%	0,0%	2027	0,0%	0,0%	1981	0,0%	0,0%		-	-	281	-	-	225	-	-	
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)	0,0%	0,0%	2027	0,0%	0,0%	1981	0,0%	0,0%		-	-	281	-	-	225	-	-	
Secretaría de Salud, Alcaldía o Gobernación	0,0%	0,0%	2027	0,7%	0,4%	1981	-0,6%	0,4%		-	-	281	-	-	225	-	-	
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	3,9%	1,2%	2027	8,9%	1,7%	1981	-5,0%	2,1%	**	23,7%	8,6%	281	17,4%	9,4%	225	6,3%	12,8%	
ONG y/o Fundación	0,1%	0,1%	2027	0,0%	0,0%	1981	0,1%	0,1%		-	-	281	-	-	225	-	-	

Como regla, debería esperarse que el grueso de las proporciones se concentre en las primeras dos filas de cada tabla, que corresponden a las siguientes fuentes de pago: “EPS con pago de cuota moderadora o copago” y “EPS sin pago de cuota moderadora o copago”. Esto sería lo normal, pues en cualquiera de esos dos casos la EPS se hace cargo del grueso del costo de la atención en salud. El cobro la cuota moderadora y el copago

depende de la regulación<sup>17</sup> y del tipo de medicamento o procedimiento, pero, en últimas, la EPS es quien paga el grueso tratamiento. Por esa razón, las diferencias significativas en cualquiera de las dos primeras filas no deberían preocupar al lector. En cambio, sí deberían preocuparle las diferencias significativas o los porcentajes muy altos en cualquiera de las otras filas, pues eso implica que el sistema no está cubriendo la atención y los pacientes están recurriendo a fuentes distintas de la EPS para cubrir sus gastos.

La Tabla 27 muestra que para el grupo de pacientes de las 11 patologías existen diferencias significativas entre regímenes en la penúltima fila. Más en detalle, esta tabla muestra que aproximadamente el 9% de los pacientes del RS pagan el costo total o una fracción de sus medicamentos con recurso propios. Ese porcentaje es bastante más bajo en el RC (4%). Esto quiere decir que, financieramente hablando y en lo respectivo a medicamentos, el RS protege a sus afiliados en una menor proporción que el RC. Por otra parte, el lado derecho de la Tabla 27 muestra que el porcentaje de pacientes que utiliza recursos propios o familiares para cubrir el costo de sus medicamentos es más alto en el grupo de consulta general que en el caso de los pacientes de las 11 patologías (alrededor de 20%) y que esa proporción es igualmente alta en ambos regímenes.

La Tabla 28, que contiene información de protección financiera en la atención en Medicina General, muestra un escenario bastante mejor que el de protección financiera en medicamentos. En el caso de Medicina General, la gran mayoría de los pacientes de ambos regímenes cubre el costo de su atención con recursos de la EPS. La única diferencia es que en RC un alto porcentaje paga cuota moderadora o copago mientras que en el RS no, pero, como se explicó anteriormente, esa diferencia es normal y obedece a la reglamentación vigente y al tipo de procedimiento.

---

<sup>17</sup> La principal norma que los regula es el Acuerdo 260 de 2004, del CNSSS.

**Tabla 28 - ¿Cómo cubre el costo de la atención en MEDICINA GENERAL?**

	11 Patologías								Consulta General							
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	77,8%	3,5%	3020	5,3%	1,7%	2633	72,5%	3,9% ***	88,9%	4,9%	684	4,2%	2,0%	539	84,7%	5,5% ***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	21,2%	3,4%	3020	92,4%	1,9%	2633	-71,1%	3,9% ***	10,4%	5,1%	684	95,3%	2,1%	539	-84,9%	5,6% ***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,1%	0,1%	3020	1,3%	1,0%	2633	-1,3%	1,0%	0,2%	0,2%	684	0,4%	0,4%	539	-0,2%	0,5%
Seguro médico de la empresa	0,0%	0,0%	3020	0,5%	0,5%	2633	-0,5%	0,5%	0,2%	0,2%	684	0,0%		539	0,2%	0,2%
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)	0,0%	0,0%	3020	0,0%	0,0%	2633	0,0%	0,0%	-	-	684	-	-	539	-	-
Secretaría de Salud, Alcaldía o Gobernación	0,0%	0,0%	3020	0,9%	0,5%	2633	-0,8%	0,5%	0,1%	0,1%	684	0,1%	0,1%	539	0,0%	0,1%
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	0,8%	0,4%	3020	1,6%	0,5%	2633	-0,8%	0,7%	0,7%	0,7%	684	0,5%	0,5%	539	0,2%	0,8%
ONG y/o Fundación	0,0%	0,0%	3020	0,1%	0,0%	2633	-0,1%	0,0% *	-	-	684	-	-	539	-	-

El panorama de protección financiera en consulta de Medicina Especializada es bastante similar al de Medicina General. La Tabla 29 muestra que la mayoría de los pacientes, tanto de las 11 patologías, como del grupo de consulta general, cubre los costos de su atención con dinero de la EPS, ya sea pagando o no cuota moderadora o copago. El único hecho fuera de lo corriente y que tal vez valga la pena resaltar de la Tabla 29 es el pequeño porcentaje de pacientes (cercano a 3% en el RS) que reporta haber cubierto los costos de su atención en Medicina Especializada con recursos de propios o familiares.

**Tabla 29 – ¿Cómo el costo de la atención en MEDICINA ESPECIALIZADA?**

	11 Patologías								Consulta General							
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	84,0%	4,4%	2897	6,3%	1,5%	2619	77,7%	4,6% ***	88,3%	4,0%	426	4,7%	2,2%	326	83,6%	4,6% ***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	15,1%	4,4%	2897	91,9%	1,4%	2619	-76,7%	4,6% ***	8,7%	3,6%	426	91,6%	2,6%	326	-82,9%	4,4% ***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,0%	0,0%	2897	1,7%	0,8%	2619	-1,7%	0,8% **	0,3%	0,2%	426	0,0%	0,0%	326	0,3%	0,2%
Seguro médico de la empresa	0,0%	0,0%	2897	1,7%	1,6%	2619	-1,6%	1,6%	0,2%	0,2%	426	0,0%		326	0,2%	0,2%
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)	0,0%		2897	0,0%	0,0%	2619	0,0%	0,0%	-	-	426	-	-	326	-	-
Secretaría de Salud, Alcaldía o Gobernación	0,2%	0,2%	2897	2,1%	1,6%	2619	-2,0%	1,6%	-	-	426	-	-	326	-	-
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	0,9%	0,4%	2897	1,0%	0,3%	2619	-0,2%	0,5%	2,9%	1,5%	426	3,7%	2,3%	326	-0,8%	2,9%
ONG y/o Fundación	0,0%	0,0%	2897	0,1%	0,1%	2619	-0,1%	0,1%	1,3%	1,0%	426	0,0%		326	1,3%	1,0%

La Tabla 30, que no contiene información para el grupo de pacientes de Consulta General, muestra que, de nuevo, una gran mayoría de los pacientes de hospitalización cubrió los costos de su atención con recursos de la EPS. No obstante, hay que mencionar que

aproximadamente un 9% de los pacientes hospitalizados del RC reportó haber pagado la hospitalización con recursos propios o familiares. Ahora bien, es difícil interpretar este indicador como un pago total de la hospitalización ya que, debido a sus elevados costos, es poco probable que los individuos asuman directamente ese gasto. En deliberaciones de los grupos focales pudo establecerse que lo más probable es que estos pacientes hayan incurrido en un costo adicional por el cual tuvieron que pagar y que eso los haya llevado a reportar que cubrieron la hospitalización con recursos propios o familiares, pero que en realidad no hayan cubierto la totalidad de la hospitalización. Por otra parte, las reglas del sistema indican que los pacientes cotizantes no son sujetos del cobro de copagos; por lo tanto los copagos sólo aplican para los beneficiarios del RC, cuando son sujetos a hospitalizaciones. Es posible también que estos copagos sean interpretados por algunos de ellos como un pago adicional que se les exigió a la hora de recibir atención.

**Tabla 30 - ¿Cómo cubre el costo de la hospitalización?**

	11 Patologías								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	47,9%	6,0%	1148	13,3%	3,2%	1566	34,6%	6,8%	***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	43,1%	5,1%	1148	85,2%	3,1%	1566	-42,1%	6,0%	***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,0%	0,0%	1148	1,8%	1,6%	1566	-1,7%	1,6%	
Seguro médico de la empresa	0,2%	0,1%	1148	0,9%	0,8%	1566	-0,7%	0,8%	
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)	0,1%	0,1%	1148	0,3%	0,1%	1566	-0,1%	0,1%	
Secretaría de Salud, Alcaldía o Gobernación	0,0%	0,0%	1148	1,6%	0,9%	1566	-1,6%	0,9%	*
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	8,7%	2,7%	1148	1,1%	0,4%	1566	7,6%	2,7%	***
ONG y/o Fundación	0,0%		1148	0,2%	0,1%	1566	-0,2%	0,1%	

La Tabla 31 muestra una estructura de financiación de las cirugías que es muy similar a la de la hospitalización: la mayoría de los costos se pagan con recursos de la EPS, pero existe un pequeño porcentaje (14% en este caso) de pacientes del RC que reportan haber cubierto los costos de su cirugía con recursos propios. De nuevo, como se explicó en el párrafo anterior, los indicios cualitativos muestran que este porcentaje probablemente se

refiera a personas que pagaron “algo adicional” a la cuota moderadora (o copago en algunos casos en el RC) y no el total del costo de la cirugía de su propio bolsillo.

**Tabla 31 – ¿Cómo cubre el costo de las cirugías?**

	11 Patologías							
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	59,3%	7,6%	842	8,0%	2,2%	677	51,3%	7,9% ***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	26,5%	5,3%	842	89,4%	2,4%	677	-62,9%	5,7% ***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,0%	0,0%	842	2,0%	2,0%	677	-2,0%	2,0%
Seguro médico de la empresa	0,0%	0,1%	842	2,0%	2,0%	677	-2,0%	2,0%
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)	0,1%	0,1%	842	0,1%	0,1%	677	0,0%	0,1%
Secretaría de Salud, Alcaldía o Gobernación	0,0%	0,0%	842	3,0%	2,0%	677	-2,9%	2,0%
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	14,0%	8,3%	842	1,8%	0,8%	677	12,3%	8,4%
ONG y/o Fundación	0,7%	0,7%	842	0,0%		677	0,7%	0,7%

La Tabla 32 muestra que la protección financiera en Consulta Odontológica es similar a la de cirugía y hospitalización: la mayoría de las personas pagan con recursos de la EPS, pero un grupo de pacientes declara haber cubierto su atención con recursos propios y o familiares. Sin embargo, llama la atención en este caso que el porcentaje de pacientes que paga su atención (15% aprox.) existe también el RS, situación que no se daba ni en hospitalización ni en cirugía. Una diferencia adicional con respecto a la atención odontológica es que en este caso no existe evidencia de que la afirmación “recursos propios o familiares” se refiera únicamente a un gasto adicional o a una fracción del costo de la atención. Probablemente estos pacientes sí están pagando el costo completo.

**Tabla 32 - ¿Cómo cubre el costo de la atención en CONSULTA ODONTOLÓGICA?**

	11 Patologías								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	73,9%	5,8%	2092	8,4%	2,2%	1667	65,5%	6,2%	***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	9,7%	2,4%	2092	77,6%	3,0%	1667	-67,9%	3,9%	***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,0%	0,0%	2092	1,1%	1,0%	1667	-1,1%	1,0%	
Seguro médico de la empresa	0,0%	0,0%	2092	1,0%	1,0%	1667	-1,0%	1,0%	
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)	0,0%		2092	0,0%	0,0%	1667	0,0%	0,1%	
Secretaría de Salud, Alcaldía o Gobernación	0,2%	0,2%	2092	1,8%	1,0%	1667	-1,6%	1,0%	
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	16,2%	4,2%	2092	13,2%	1,7%	1667	3,0%	4,5%	
ONG y/o Fundación	0,1%	0,1%	2092	0,4%	0,2%	1667	-0,3%	0,2%	

Finalmente, y para concluir con los indicadores de protección financiera de los hogares, la Tabla 33 y la Tabla 34 muestran que en los casos de consulta de urgencias y realización de UROTAC, una gran mayoría de los usuarios cubren los costos de su atención con recursos de la EPS. Muy pocos (2% en el mayor de los casos) declararon haber pagado alguna de estas atenciones con recursos propios.

**Tabla 33 – ¿Cómo cubre el costo de la atención en URGENCIAS?**

	11 Patologías								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	44,0%	10,6%	300	7,4%	4,2%	342	36,6%	11,4%	***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	55,4%	10,6%	300	90,7%	4,3%	342	-35,2%	11,4%	***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,4%	0,3%	300	1,2%	1,1%	342	-0,8%	1,1%	
Seguro médico de la empresa			300			342			
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)	0,0%	0,1%	300	0,0%	0,0%	342	0,0%	0,1%	
Secretaría de Salud, Alcaldía o Gobernación	0,0%		300	1,1%	1,0%	342	-1,1%	1,0%	
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	0,4%	0,3%	300	0,9%	0,5%	342	-0,5%	0,6%	
ONG y/o Fundación	0,0%		300	0,1%	0,1%	342	-0,1%	0,1%	

**Tabla 34 - ¿Cómo cubre el costo del UROTAC?**

	11 Patologías								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	54,1%	9,8%	308	3,2%	1,5%	238	50,9%	9,8%	***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	43,5%	10,0%	308	95,5%	1,5%	238	-52,0%	10,0%	***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,2%	0,2%	308	0,0%		238	0,2%	0,2%	
Seguro médico de la empresa	0,1%	0,1%	308	0,0%		238	0,1%	0,1%	
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)									
Secretaría de Salud, Alcaldía o Gobernación	0,0%		308	0,2%	0,3%	238	-0,2%	0,3%	
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	2,1%	1,3%	308	0,7%	0,5%	238	1,4%	1,4%	
ONG y/o Fundación	0,0%		308	0,5%	0,4%	238	-0,5%	0,4%	

En cuanto a la protección financiera de los hogares, podría concluirse que son pocas las diferencias significativas entre el RS y el RC. Además de esto, los resultados indican que en la mayoría de los casos las EPS, con o sin cuota moderadora o copago, cubren los

costos de la atención en salud. Las tres grandes excepciones son los medicamentos, las cirugías y la hospitalización. En estos tres aspectos hubo siempre un grupo de pacientes (cerca del 10%) que declaró haber cubierto los costos de su atención con recursos propios o familiares. De esos casos, el más preocupante es el de medicamentos, pues es en este único rubro en que la proporción de personas que declaró haber pagado con recursos propios por su atención fue mayor en el RS que en el RC. En términos de unificación, es ahí, en el cubrimiento del costo de los medicamentos, en donde las acciones deberían concentrarse primero. Por último, es importante mencionar que el comportamiento de los indicadores de protección financiera a nivel nacional no cambia en la desagregación regional. Es decir, estos indicadores se comportan de la misma manera en todas las regiones.

### 2.3.8 Acceso a información sobre nuevas tecnologías

La actualización del POS tenía como objetivo “la definición, aclaración y actualización integral del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes Contributivo y Subsidiado, que debería ser aplicado por las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicio a los afiliados” (CRES, 2011, p. 02). La difusión de información sobre la inclusión de nuevas tecnologías, medicamentos y procedimientos en el POS puede tener un rol relevante para cumplir con este objetivo por la siguiente razón: cuando los pacientes tienen conocimiento de los nuevos beneficios aumenta la probabilidad de que los soliciten y hagan uso de ellos (se induce la demanda). Esto obliga a las EPS e IPS a ofrecer y prestar los nuevos servicios. Por esa razón es relevante identificar y evaluar los canales a través de los cuales los pacientes adquieren conocimiento sobre las nuevas tecnologías, procedimientos y medicamentos a los que tienen derecho.

En diciembre de 2011 la Comisión de Regulación en Salud (CRES) actualizó el Plan Obligatorio de Salud (POS) por primera vez. A partir de esa fecha los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), especialmente aquellos pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado, pudieron acceder a una serie de nuevos beneficios relacionados con nuevos medicamentos, procedimientos y en general nueva tecnología. Con el ánimo de evaluar si efectivamente los pacientes tienen información sobre dicha actualización (y con la intención también de dar luces sobre cómo llegó a ellos la información y cómo potenciar estos mecanismos), la Encuesta de Resultados, en su numeral 705, formuló a los pacientes la pregunta indicada en la tabla 35:

**Tabla 35 - ¿Cómo se entera [usted] sobre la inclusión en el Plan Obligatorio de Salud de un nuevo medicamento, procedimiento, examen u otra tecnología en salud?**

	11 Patologías								Consulta General							
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
Se lo recetaron	25,3%	3,6%	3529	25,5%	2,9%	3363	-0,2%	4,7%	14,5%	5,1%	725	9,1%	1,9%	619	5,3%	5,6%
Asociación de usuarios o pacientes	1,6%	0,6%	3529	2,8%	0,4%	3363	-1,2%	0,7% *	2,4%	1,4%	725	3,9%	2,0%	619	-1,5%	2,4%
EPS	4,3%	1,7%	3529	4,5%	1,1%	3363	-0,2%	2,0%	3,4%	1,3%	725	13,9%	9,2%	619	-10,5%	9,3%
IPS	3,2%	1,0%	3529	1,6%	0,3%	3363	1,7%	1,1%	2,8%	1,5%	725	5,4%	1,5%	619	-2,7%	2,1%
Otro medio	15,8%	4,3%	3529	8,9%	1,4%	3363	6,9%	4,5%	10,2%	2,1%	725	5,3%	2,1%	619	4,9%	2,9% *
No sabe del tema	49,7%	5,9%	3529	56,7%	3,0%	3363	-7,0%	6,6%	66,7%	4,1%	725	62,3%	8,3%	619	4,4%	8,8%

Los resultados indican que en más del 50% de los casos, ya sea en el grupo de consulta general o en el grupo de las 11 patologías, los pacientes no se enteran o no saben nada acerca de la actualización y unificación del POS. Predeciblemente, el porcentaje de pacientes que no se entera de la actualización del POS es un poco mayor para el grupo de pacientes de consulta general, pues es de esperarse que, al no sufrir de una patología, los pacientes no tengan incentivos para averiguar por tratamientos nuevos o alternativos. Ahora bien, para el grupo de las 11 patologías, el hecho de que solo un 25% (en ambos regímenes) de los pacientes se enteren a través de sus médicos de los nuevos procedimientos y que no más del 5% se enteren a través de la EPS, podría indicar que hace falta dar a conocer los resultados de la actualización y la unificación del POS con mayor vehemencia. Esta recomendación es válida para ambos regímenes. En cuanto a la distribución regional del problema de escasa difusión de la información acerca de los nuevos medicamentos y procedimientos, puede decirse que éste se concentra con una alta proporción en la región de Amazonas.

Por último, existe una razón adicional para promover la difusión de información acerca de la actualización y la unificación del POS: al haber más información sobre tratamientos nuevos o alternativos se incrementan las posibilidades de que los pacientes escojan cuál será el tratamiento que deciden seguir. Existe evidencia de que los pacientes que se involucran en las decisiones sobre su tratamiento hacen un mejor uso de los recursos de la salud<sup>18</sup> y reportan mayor satisfacción con el sistema en general (Coulter & Ellins, 2006), por lo que el hecho de dar a conocer una gama más amplia de tratamientos y

<sup>18</sup>Los pacientes que se involucran en la escogencia de su tratamiento siguen con mayor rigurosidad los procedimientos, lo que aumenta la efectividad, y tienden a elegir procedimientos menos invasivos –y menos costosos.

procedimientos puede impactar en indicadores de acceso, uso y calidad. Sin embargo, merece la pena señalar que si bien el usuario debe estar informado sobre las alternativas de tratamiento, es el profesional de salud a quien compete decidir cuál es el tratamiento indicado para cada caso concreto. No se puede trasladar esta competencia al paciente.

## 2.4 RESULTADOS POR GRUPOS DE PATOLOGÍAS

### 2.4.1 Cáncer

El cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres en América Latina (Arrossi, Sankaranarayanan, & Parkin, 2003). En Colombia, esta enfermedad “es la primera causa de mortalidad por cáncer para la mujeres” («Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá», 2014), y tiene mayor incidencia en poblaciones de bajos ingresos. A diferencia de otros tipos de cáncer, el de cuello uterino, también llamado de Cérvix, afecta a mujeres jóvenes. Por su parte, el cáncer de seno es el segundo tipo de cáncer más numeroso a nivel mundial –aproximadamente 12% del total de casos (Cancer Research UK, 2014). En Colombia, el de seno es el tercer cáncer que más mata a las mujeres: casi 1600 mujeres mueren al año por esta enfermedad en el país («Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá», 2014). El cáncer de próstata es también una patología numerosa y mortífera en Colombia.

A continuación se presentan los indicadores que se calcularon para evaluar la actualización y la unificación del POS en lo referente a la atención en salud que reciben los pacientes de esos tres tipos de cáncer. Debe aclararse que el tratamiento de cáncer, por tratarse de una enfermedad de alto costo, está unificado desde que comenzó a regir el POS, por lo que el efecto de las reformas que son objeto de esta evaluación debería manifestarse con mayor claridad en la actualización que en la unificación. Sin embargo, la aparición de diferencias en los indicadores entre ambos regímenes podría mostrar que, aún después de años de unificación normativa, en la práctica existen diferencias entre RS y RC. Lo anterior podría ser un indicio de la existencia de factores estructurales del sistema que expliquen la persistencia de las diferencias.

**Tabla 36 – Resumen Cáncer<sup>19</sup>**

TABLA RESUMEN - CÁNCER								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
<b>Acceso y uso de las tecnologías</b>								
Acceso a tratamiento	87,5%	2,7%	1046	87,4%	2,2%	792	0,1%	3,3%
Ha suspendido el tratamiento en los últimos 12 meses	12,7%	4,7%	916	12,9%	1,6%	692	-0,1%	5,1%
Acceso a información adecuada	93,8%	1,5%	1046	89,2%	1,3%	792	4,6%	1,8% ***
<b>Oportunidad</b>								
Demora en el tratamiento de la enfermedad (días)	69,03	12,53	1046	136,85	24,87	792	-67,82	31,15 **
Atención oportuna en servicios de medicina especializada	97,3%	0,9%	1009	95,7%	1,5%	741	1,7%	1,5%
<b>Calidad</b>								
Efectividad auto reportada del tratamiento	75,9%	3,9%	1046	73,5%	3,3%	792	2,4%	4,1%
Le dijeron que debería volver a control	92,5%	2,0%	1046	80,9%	2,8%	792	11,6%	3,2%
Dentro de cuánto tiempo debe volver a control	79,9	16,6	951	56,5	8,5	637	23,4	13,0 *
<b>Integralidad</b>								
Pacientes que reciben atención integral	33,0%	3,0%	916	47,3%	6,9%	692	-14,3%	8,1% *

La Tabla 36 muestra que en el caso de los pacientes de Cáncer, los niveles de atención en esta patología están unificados en aspectos como el acceso a información, la oportunidad en el tratamiento, la calidad de los controles y la integralidad del tratamiento. Por ejemplo, un 89.2% de los pacientes del RS reportó haber recibido información adecuada acerca del tratamiento de su enfermedad, mientras que un 93.8% de los pacientes del RC reportó lo mismo. En ese sentido, EPS, IPS y el personal que atiende a los pacientes de cáncer del RS deben hacer un esfuerzo por comunicar mejor la información y por poner dicha información en un lenguaje que sea comprensible para personas de todos los niveles educativos.

A modo de ilustración, desde los Grupos Focales se plantea que la información que se entrega en los centros médicos, ya sea en referencia a la condición de salud o a los procesos administrativos a los que es necesario someterse, en ocasiones no es la más adecuada.

*“Los médicos no le dicen a anonada, ni que uno se está muriendo” (Bogotá)*

Sin embargo, a pesar de lo planteado anteriormente, y como se plantea en la Tabla 37, muchos de los usuarios registran haber recibido la información necesaria y pertinente para

<sup>19</sup> Integralidad en tratamiento para cáncer: porcentaje de pacientes que tuvo contacto con psicólogo, nutricionista o trabajador social.

entender la patología y poder hacer más llevadero el tratamiento. En ocasiones son los trabajadores sociales más que los trabajadores médicos los encargados de dar orientación a los pacientes y de interpretar para ellos la información recibida.

*“Es para reuniones sobre la enfermedad y uno puede venir y habla con ellas y le indican a uno como debe hacer, hay pacientes que no saben dónde quedan las cosas, cuando uno viene acá debe orientarse con las muchachas de trabajo social” (Bogotá)*

El tiempo de inicio del tratamiento es otro aspecto en el que las EPS del RS están rezagadas en términos de la unificación del POS. El inicio del tratamiento de cáncer para una persona del RS tarda casi el doble de lo que tarda para una persona afiliada al RC. En las sesiones de grupo se ejemplifica esa situación, que puede atentar contra la salud de los pacientes y permitir el avance de la enfermedad.

*“Fue diagnosticada en dos mil trece (2013) y en Agosto de dos mil catorce (2014) ha venido mi madre recibiendo tratamiento” (Villavicencio)*

En principio, no existe ninguna razón válida para que los tiempos de inicio del tratamiento sean más largos en el RS que en el RC, pues los recursos que se asignan para el tratamiento de pacientes de cáncer en ambos regímenes es similar: la UPC que reciben las EPS del RS es un monto muy cercano al que reciben las EPS del RC por cada paciente de cáncer. Además, como se mencionó anteriormente, el cáncer es una patología de alto costo en la que los derechos de atención están unificados hace más de 8 años.

Por otra parte, la frecuencia de los controles y la integralidad de la atención son aspectos en los que el RS aventaja al contributivo. En ese sentido, las EPS del régimen contributivo deberían tomar medidas para que sus pacientes de cáncer se controlen más a menudo y para que accedan a más servicios complementarios. La Tabla 37 muestra que, además de ofrecer un inicio del tratamiento más ágil, el RC también ofrece un diagnóstico más rápido del cáncer. 45% de los casos de cáncer en el RC fueron diagnosticados en menos de un mes, en contraste con 34.3% de los casos en el RS. Esto muestra que la unificación del POS aún no se ha concretado de manera satisfactoria en términos de oportunidad de tratamiento y diagnóstico del cáncer.

**Tabla 37 – Oportunidad en el diagnóstico de Cáncer**

Oportunidad en el diagnóstico	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
Menos de un mes	45,0%	3,1%	1046	34,3%	4,5%	792	10,7%	4,7%	**
Entre 1 y 2 meses	33,3%	3,5%	1046	33,7%	2,1%	792	-0,4%	4,3%	
Entre 3 y 6 meses	9,6%	2,5%	1046	18,7%	3,2%	792	-9,1%	4,6%	**
Más de 6 meses	12,2%	1,4%	1046	13,4%	3,3%	792	-1,2%	3,2%	

Al respecto, desde los Grupos Focales se plantea que hubo ocasiones en que el proceso de diagnóstico tomó mucho tiempo debido a problemas administrativos y a desaciertos médicos. Esta situación tiene importantes efectos en la salud de las personas y tiende a empeorar las condiciones de salud.

*“El cáncer me salió en enero, el 8 de enero del 2013, debido a una caída, me salió en el seno una bolita pequeña, en la caída me mandaron a la ARP, caí de frente, y yo sentí un dolor en el Seno, me hicieron una radiografía de costillas y nada salió y me empezó un dolor en el seno, volví a la EPS y me dijeron que si tenía mamografías recientes, y no tenía, entonces bregue mucho y me descubrieron el cáncer en octubre” (Bogotá)*

La Tabla 38 muestra que la ventaja en términos de integralidad que el RS le lleva al RC se debe en su mayoría a que los pacientes del RS tienen más contacto con trabajadores sociales que los pacientes del RC. Sin embargo, los resultados del componente de procesos de esta evaluación muestran que esto no se debe a una mejor atención en salud sino a una característica estructural: por su condición de grupo de menores ingresos, los pacientes del RS tienden a tener mayor probabilidad de entrar en contacto con trabajadores sociales, sea o no para el tratamiento de la enfermedad. En todo caso, el sistema de salud podría aprovechar el contacto de los pacientes con trabajadores sociales para que éstos últimos orientaran a los pacientes en cómo lidiar con trámites o cómo interpretar la información médica que se les da.

**Tabla 38 – Integralidad en el tratamiento de cáncer**

En 2013 y lo corrido de 2014 ¿A cuáles de las siguientes consultas o procedimientos ha asistido para el tratamiento?	¿Ha asistido?						¿Cuántas veces?									
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
Consultas con el médico general	37,8%	2,7%	916	42,9%	5,5%	692	-5,2%	4,0%	4,24	0,86	341	3,31	0,54	238	0,93	0,71
Consultas con médico especialista	99,5%	0,3%	916	99,1%	0,5%	692	0,4%	0,6%	6,92	0,26	912	7,16	0,34	680	-0,23	0,27
Consulta por enfermería	20,2%	4,1%	916	18,1%	2,9%	692	2,1%	4,5%	5,31	0,69	181	6,58	0,65	92	-1,26	0,62 **
Consulta con psicólogo(a) / psiquiatra	17,9%	2,0%	916	27,9%	5,5%	692	-10,1%	5,5% *	2,55	0,25	226	2,07	0,18	181	0,48	0,27 *
Consulta con nutricionista	23,4%	3,4%	916	22,9%	3,2%	692	0,5%	3,5%	2,13	0,18	242	1,89	0,15	159	0,24	0,19
Consulta con trabajo social	5,5%	2,2%	916	13,5%	3,2%	692	-8,0%	2,7% ***	2,25	0,20	64	2,83	0,23	115	-0,59	0,31 *

Otro resultado que resalta también resalta de la Tabla 38 es que la consulta con psicólogo es bastante más común en el RS (27.9%) que en el RC (17.9%). Esto debe destacarse como algo muy positivo, ya que el acompañamiento psicológico es fundamental para poder sobrellevar la enfermedad. Según se plantea en los Grupos Focales, sin apoyo psicológico los pacientes difícilmente podrían aguantar la carga emocional que implica la patología. La siguiente cita ejemplifica muy bien la situación:

*“este lapso de tiempo de afectó mucho y yo iba casi histérica a SaludCoop para que me atendieran. Yo sentía que me estaba muriendo y me dieron una gran desatención. Hoy en día que tengo régimen subsidiado, que no sé por qué lo tengo porque no lo solicité, debió haber sido en algún censo y quede con régimen subsidiado, esto me ha ayudamos muchísimo. Tengo controles permanentes y sociológicamente me están ayudando, porque yo siendo tan productiva y habiendo estudiado, la enfermedad me afectó mucho psicológicamente. Pero es por el régimen subsidiado, después no he intentado ni siquiera llevar una hoja de vida a ninguna parte” (Popayán)*

Finalmente, la Tabla 39 muestra que las fuentes de financiación de los tratamientos de cáncer en RS y RC no distan mucho de las fuentes de financiación para otros tratamientos y procedimientos: en ambos regímenes la gran mayoría de los costos son cubiertos por las EPS, pero en RC éstas exigen el pago de una cuota moderadora o un copago y en el RS no. Entonces, es justo decir que si bien el informe cualitativo muestra que la protección financiera de los pacientes varía según distintos factores, en ocasiones sí existe el total cubrimiento de los gastos asociados al tratamiento.

*“Por parte mía la atención si ha sido muy buena, no he tenido queja, y en Cali hasta me han ayudado para el transporte.” (Popayán)*

**Tabla 39 – Protección financiera de los pacientes de cáncer**

¿Qué fuente utilizó para cubrir el costo del tratamiento?	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	79,5%	3,5%	488	1,1%	0,6%	345	78,4%	3,5%	***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	17,3%	3,3%	488	96,4%	2,3%	345	-79,1%	4,1%	***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,1%	0,0%	488	1,7%	1,8%	345	-1,6%	1,8%	
Seguro médico de la empresa	0,0%	0,0%	488	0,0%	0,0%	345	0,0%	0,0%	
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)	0,0%	0,0%	488	0,0%	0,0%	345	0,0%	0,0%	
Secretaría de Salud, Alcaldía o Gobernación	0,0%		488	0,1%	0,1%	345	-0,1%	0,1%	
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	3,1%	1,4%	488	0,7%	0,6%	345	2,4%	1,9%	
ONG y/o Fundación	0,0%	0,0%	488	0,0%	0,0%	345	0,0%	0,0%	

## 2.4.2 VIH

Aunque el VIH es una enfermedad de alto costo cuya atención se unificó simultáneamente con la creación del POS, la Tabla 40 muestra que siguen existiendo diferencias en la atención que reciben los pacientes de ambos regímenes. Las brechas están en atención oportuna en medicina especializada, en efectividad auto-reportada del tratamiento y en la frecuencia de control con que deben volver los pacientes. El primero de estos indicadores, el de atención oportuna en medicina especializada, señala que a los pacientes de VIH del RC se los admite con mayor frecuencia (94.9%) en la consulta con especialistas sin tener que pasar por el médico general que a los pacientes del RS (89.1%). El segundo indicador que presenta diferencias importantes, el de ‘Efectividad Auto-Reportada del Tratamiento’, es mayor en el RS que en el RC por 6 puntos porcentuales. Esto, no obstante, puesto que por razones que se explicaron con anterioridad, los pacientes del RS (de menores ingresos) tienden sistemáticamente a valorar mejor la atención que se les brinda. Finalmente, el indicador de “frecuencia de control” muestra que el tiempo entre controles es más del doble para los pacientes RS que para los pacientes del RC. Lo anterior indica que el RS presenta un importante rezago en términos de seguimiento a los pacientes frente al RC.

**Tabla 40 – VIH Resumen<sup>20</sup>**

VIH - TABLA RESUMEN									
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
<b>Acceso y uso de las tecnologías</b>									
¿Recibe usted tratamiento con ARV?	87,3%	3,3%	401	73,6%	10,1%	330	13,6%	10,7%	
<b>Barreras de acceso</b>									
¿Ha suspendido el tratamiento con ARV en los últimos 12 meses?	23,4%	3,8%	365	13,5%	5,6%	285	9,9%	6,7%	
<b>Oportunidad</b>									
Demora en el tratamiento de la enfermedad (días)	63,5	8,6	401	44,0	16,6	330	19,6	18,4	
Atención oportuna en servicios de medicina especializada	94,9%	2,6%	301	89,1%	2,1%	243	5,8%	3,5%	*
<b>Calidad</b>									
Efectividad auto reportada del tratamiento	71,0%	1,6%	401	77,0%	1,1%	330	-6,0%	2,3%	**
¿En la última consulta le dijeron que debía volver a control?	92,0%	3,4%	401	88,6%	3,8%	330	3,4%	4,5%	
¿Dentro de cuánto tiempo debe volver a control?	41,1	4,1	360	101,5	15,4	300	-60,4	16,3	***
<b>Integralidad</b>									
Pacientes que reciben atención integral	85,5%	4,4%	401	73,8%	10,2%	330	11,7%	10,9%	

<sup>20</sup> Integralidad en tratamiento para VIH: porcentaje de pacientes que tuvo consulta con psicólogo, nutricionista o trabajador social.

El VIH es una enfermedad que afecta el sistema inmunológico de quienes la padecen. Por esa razón el grupo de pacientes de VIH positivo es más vulnerable a infecciones como sífilis, tuberculosis y neumococo, u otros males como la Hepatitis B. Es comprensible entonces que un tratamiento integral para VIH, además de incluir los medicamentos Anti Retro Virales (ARV en adelante) de rigor, también deba incluir una serie de pruebas y vacunas para otras enfermedades. La Tabla 41 muestra que la prevalencia de tuberculosis en pacientes con VIH es mayor en RS y que la vacuna contra la hepatitis B se formula con bastante más regularidad en el RC (68.5%) que en el RS (45%). No se conoce con certeza cuáles son las razones para que las vacunas adicionales se prescriban con mayor frecuencia en el RC que en el RS. En todo caso, es recomendable que el MSPS trabaje para asegurarse de que los médicos que tratan el VIH prescriban todas la vacunas los pacientes necesitan.

**Tabla 41 – VIH y cobertura de otras enfermedades**

VIH y OTRAS ENFERMEDADES								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
<b>Sífilis</b>								
Se ha realizado la prueba de sífilis en los últimos 12 meses	47,8%	6,0%	401	59,3%	15,1%	330	-11,5%	16,5%
Conoció el resultado	94,9%	1,9%	166	81,6%	2,3%	102	13,3%	3,0% ***
Resultado positivo	19,9%	4,7%	157	19,3%	2,0%	96	0,6%	5,0%
Recibió tratamiento para sífilis	95,7%	3,6%	28	42,4%	12,8%	19	53,3%	13,5% ***
<b>Tuberculosis</b>								
Sufre de tuberculosis	2,0%	0,6%	401	8,6%	2,5%	330	-6,5%	2,7% **
Recibe tratamiento para tuberculosis	51,0%		9	98,2%	0,4%	11	-47,3%	0,4% ***
Efectividad auto reportada del tratamiento	25,5%		4	96,4%	1,0%	10	-70,9%	1,0% ***
<b>Hepatitis B</b>								
Le han recetado la vacuna contra la hepatitis B	68,5%	5,2%	401	45,2%	6,0%	330	23,3%	7,7% ***
Se aplicó la vacuna	93,0%	2,8%	276	96,3%	1,8%	183	-3,3%	3,0%
<b>Neumococo</b>								
Le han recetado la vacuna contra el neumoco	94,2%	3,3%	222	97,6%	1,2%	136	-3,5%	3,2%
Se aplicó la vacuna	7,7%	2,1%	202	4,1%	0,7%	124	3,6%	

En cuanto los medicamentos para VIH, la Tabla 42 muestra que el Tenofovir, un importante medicamento ARV que fue incluido en el POS unificado y que además está listado por la OMS como un medicamento esencial, se receta con mayor frecuencia hoy que en 2012 en el RS. Además, el nivel de prescripción de este medicamento en ambos regímenes se ha unificado. Lo anterior es un resultado positivo en términos tanto de la actualización como de la unificación del POS.

**Tabla 42 – Acceso a medicamentos de VIH**

	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
<b>Tenofovir/emtricitabina</b>								
Le recetaron Tenofovir/emtricitabina	12,7%	3,1%	401	<u>14,6%</u>	2,6%	330	-1,9%	4,1%
Le recetaron Tenofovir/emtricitabina (2012)	6,2%	2,6%	401	<u>4,0%</u>	2,8%	330	2,3%	3,8%

En cuanto a la manera como se obtienen los medicamentos para VIH, es importante sonar una alerta: el 96.7% de los pacientes del RC declaró que la EPS le entrega todos los medicamentos, mientras que ese porcentaje alcanzó solo el 88.8% en el RS. Esa diferencia implica que, en promedio, algo más del 7% de los pacientes de VIH deben “comprar una parte” de los medicamentos. Por ejemplo, uno de los participantes de los Grupos Focales perteneciente al Régimen subsidiado plantea que no tiene acceso a ciertos medicamentos y que en ocasiones se ve en la necesidad de comprarlos.

*“ah comprando los medicamentos hasta enero me gasté 200 y pico de mil de pesos”* (Montería) VIH

Los pacientes de VIH también señalan que en algunos casos se notan las diferencias entre las instituciones al momento de dar a los pacientes un acompañamiento eficiente para su tratamiento:

*“(…) en este momento, allí SaludCoop si tiene esa falencia. Hace falta eso. Una reunión. Se lo digo porque a nosotros en Comfenalco el día de la reunión era, entonces ese día vamos a coger tal enfermedad que conlleva a esta y explicaban, en tu grupo vas a hacer esto, y cada uno exponía su forma de mirar esa clase de enfermedad. Tú qué piensas del VIH, de acerca de qué es el sida, qué son los cd4, todo eso así, esas clases de cosas, nos decían tal medicamento es más fuerte que este pero por qué, nos iban explicando en cada reunión esa clase de cosas, entonces en la medida en que nos iban explicando, nosotros íbamos socializando entre todos y nos íbamos conociendo todos, como te dije desde la más niña hasta el más adulto.* (Medellín, Confidencial, R. Contributivo)

**Tabla 43 – Protección financiera en medicamentos de VIH**

¿Cómo obtiene los medicamentos ARV?	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
Los tiene que comprar todos	1,9%	1,4%	365	3,9%	2,4%	285	-1,9%	2,7%
Se los dan todos	96,7%	1,7%	365	88,8%	3,3%	285	7,8%	3,7% **
Tiene que comprar una parte	1,4%	0,6%	365	7,3%	5,0%	285	-5,9%	5,1%

Finalmente, la Tabla 44 muestra que en lo relativo al tiempo de diagnóstico del VIH no hay una gran diferencia entre regímenes, con excepción del pequeño grupo de personas

cuyo diagnóstico tardó más de 6 meses en ser proferido. A manera de ilustración, y para ejemplificar la situación de los usuarios que se enfrentaron a distintos problemas a la hora de ser diagnosticados, desde las sesiones de grupo se plantea que:

*“terrible los especialistas de Saludcoop, o digo por mí, por amigas, por niños, con la misma gente, les dan diagnósticos que no son, por ejemplo a mí me dijeron que tenía tuberculosis en la cabeza el internista y el infectólogo de SaludCoop y luego cuando llegó el cultivo que no tenía eso. Ellos dan un diagnóstico sin estar claros de lo que la gente puede tener.” (Medellín)*

**Tabla 44 – Oportunidad en el diagnóstico de VIH**

Oportunidad en el diagnóstico	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ES $\Delta$
Menos de un mes	66,2%	3,3%	401	68,2%	1,8%	330	-2,0%	3,3%
Entre 1 y 2 meses	21,0%	1,9%	401	26,9%	3,3%	330	-6,0%	3,7%
Entre 3 y 6 meses	8,7%	3,3%	401	3,4%	1,9%	330	5,3%	3,7%
Más de 6 meses	4,1%	1,0%	401	1,4%	1,0%	330	2,7%	1,5% *

#### 2.4.3 Enfermedades mentales

La Tabla 45 presenta un resumen de los indicadores utilizados para evaluar la unificación y actualización del POS para pacientes que sufren de enfermedades mentales. El primer dato que es relevante es que la utilización de medicamentos es mayor en el RS (92.9%) que en el RC (82.6%). Lo mismo ocurre con los niveles de internación, aunque en el caso de este indicador la brecha entre regímenes es incluso más grande: 10.5% de los encuestados en RC fueron internados mientras que esa proporción fue de 27.7% para los encuestados del RS. Es importante también notar el aumento en los niveles de internación para ambos regímenes si se los compara con los niveles del año 2012. Lo anterior podría significar que la internación ha aumentado como consecuencia de la actualización y la unificación del POS.

Por otra parte la Tabla 45 muestra resultados para indicadores de calidad que son concordantes con los obtenidos a nivel nacional y con los obtenidos en otras patologías: en general, las personas del RS tienden a valorar mejor la efectividad de los tratamientos. Lo anterior aplica tanto para la internación como para las terapias. Una última diferencia relevante entre RC y RS es que el segundo gozaba de un mayor número de días de internación promedio para los enfermos mentales. Sin embargo, se debe ser cauto al interpretar ese resultado puesto que el tamaño de muestra para esa pregunta está por debajo de 200 observaciones.

**Tabla 45 – Resumen de Enfermedades mentales**

ENFERMEDADES - TABLA RESUMEN								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ES $\Delta$
<b>Acceso y uso de las tecnologías</b>								
Actualmente está tomando algún medicamento	82,6%	4,1%	474	92,9%	2,4%	666	-10,3%	4,7% **
Estuvo internado en alguna unidad de salud mental	10,5%	2,1%	474	27,7%	3,7%	666	-17,2%	4,3% ***
Estuvo internado en alguna unidad de salud mental (2012)	5,8%	1,5%	474	17,0%	3,8%	666	-11,2%	4,1% ***
<b>Barreras de acceso</b>								
Suspendió el uso de los medicamentos en los últimos 12 meses?	21,5%	2,2%	419	18,3%	2,4%	620	3,1%	3,3%
Le fueron autorizados el total de días de internación indicados por el médico	90,7%	3,1%	172	92,9%	1,7%	367	-2,3%	3,2%
Le autorizaron las terapias que indicó el médico	91,0%	2,9%	262	94,6%	1,8%	371	-3,6%	3,5%
<b>Oportunidad</b>								
Demora en el tratamiento de la enfermedad (días)	30,0	4,5	474	27,4	3,6	666	2,6	5,7
<b>Calidad</b>								
Efectividad auto reportada de la internación	65,3%	5,2%	172	77,8%	3,9%	367	-12,5%	5,9% **
Efectividad auto reportada de las terapias	76,7%	2,8%	262	86,2%	2,8%	371	-9,5%	4,0% **
<b>Integralidad</b>								
Recibió terapia individual por psicología o psiquiatría	50,5%	3,9%	474	52,8%	7,1%	666	-2,3%	7,9%
Número de terapias	8,2	1,0	232	10,1	1,1	332	-1,9	1,4
Recibió terapia individual por psicología o psiquiatría (2012)	21,3%	3,8%	474	24,4%	3,4%	666	-3,1%	5,1%
Número de terapias (2012)	7,8	1,3	115	11,3	1,8	152	-3,5	2,1 *
La familia del paciente recibe psicoterapia grupal o familiar	14,6%	2,4%	474	10,0%	3,1%	666	4,5%	3,9%
La pareja del paciente recibe psicoterapia de pareja	3,8%	1,3%	474	3,5%	1,0%	666	0,3%	1,6%

En cuanto al acceso a medicamentos para enfermos mentales, la Tabla 46 muestra que en el caso de la Sertralina, un anti-depresivo, el nivel de prescripción aumentó significativamente entre 2012 y 2014 y en ambos regímenes. La información del componente de procesos de esta evaluación indica que dicho aumento probablemente se deba a la inclusión de esta droga en el POS. Que el nivel de prescripción de Sertralina sea ahora más alto y similar en ambos regímenes es un buen signo de la unificación. La estabilidad en la entrega de los medicamentos también se expresó en los grupos focales. En muchas de las ocasiones los usuarios plantean la entrega pertinente de las medicinas necesarias.

*“con los medicamentos a veces a mí se me pasa la fecha de recibirlos o a mí se me olvida pero nunca he tenido problema, las cosas siempre han sido bien.” (Popayán)*

El caso de la Olanzapina, el nivel de prescripción en el RS presenta un salto importante en los últimos 2 años, lo que también llevó a que se diferencie en más de 11 puntos porcentuales del nivel de prescripción del RC.

**Tabla 46 – Acceso a Medicamentos en Enfermedades Mentales**

E. MENTALES - MEDICAMENTOS	2012						2013/14									
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
<b>Olanzapina</b>																
Le han recetado	6,3%	1,6%	474	<u>11,0%</u>	1,4%	666	-4,7%	2,1% **	6,8%	1,8%	474	<u>18,3%</u>	2,1%	666	-11,5%	2,6% ***
Se la entregaron	91,2%	1,2%	26	87,5%	3,7%	65	3,7%	3,9%	79,7%	8,8%	40	96,4%	1,5%	133	-16,6%	8,9% *
<b>Sertralina</b>																
Le han recetado	<u>13,5%</u>	2,5%	345	<u>4,2%</u>	1,2%	328	9,3%	2,8% ***	<u>28,0%</u>	5,8%	345	<u>25,8%</u>	4,4%	328	2,2%	7,2%
Se la entregaron	99,7%	0,0%	46	93,9%	2,2%	23	5,8%	2,2% ***	92,1%	2,4%	115	98,5%	0,8%	100	-6,4%	2,5% **

En cuanto a la fuente de recursos que utilizaron los pacientes para cubrir el costo de estos medicamentos, la Tabla 47 muestra que, como con los demás procedimientos y medicamentos, la mayoría de los pacientes del RS no pagan cuota moderadora mientras que la mayoría de los pacientes del RC sí lo hacen.

**Tabla 47 – Protección financiera en medicamentos para enfermedades mentales**

¿Qué fuente utiliza para cubrir el costo de la de los medicamentos?	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	89,5%	2,0%	419	6,1%	3,3%	620	83,4%	4,0% ***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	7,2%	1,8%	419	91,3%	3,7%	620	-84,0%	4,1% ***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,0%	-	419	0,8%	0,8%	620	-0,8%	0,8%
Servicio médico de la empresa	0,4%	0,4%	419	0,0%	-	620	0,4%	0,4%
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)	-	-	419	0,1%	-	620	-0,1%	0,0%
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	2,9%	1,3%	419	1,7%	0,7%	620	1,2%	1,3%
ONG y/o fundación	0,0%	0,0%	419	0,3%	0,3%	620	-0,2%	0,3%

Lo mismo ocurre con el tratamiento de la enfermedad mental en general, aunque en este caso existe una proporción pequeña de pacientes (cerca al 5%), en ambos regímenes, que declara haber utilizado también recursos propios o familiares para cubrir los costos de su atención (Tabla 48). Los grupos focales muestran que el uso de recursos propios o familiares para pagar por los medicamentos puede generar impactos en la economía familiar, en el entorno y en la salud del paciente:

*“Y aún nos ha tocado rebuscar y pedir plata prestada para comprar la cama porque no se le puede suspender el medicamento definitivamente no. Entonces uno genera un impacto negativo en la economía, dos pues en el bienestar de toda la familia porque ella se pone mal y nos afecta a todos, porque nos toca a todos obviamente correr en fin entonces en casi todo nos afecta negativamente” (Villavicencio)*

**Tabla 48 – Protección financiera en terapia para enfermedades mentales**

¿Qué fuente utiliza para cubrir el costo de la de la terapia individual?	2013 - 14							
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	82,7%	5,0%	232	7,8%	2,4%	332	74,9%	5,5% ***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	10,9%	3,4%	232	83,9%	6,1%	332	-73,0%	7,0% ***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,0%		232	0,0%		332	0,0%	
Servicio médico de la empresa	0,0%		232	0,3%	0,3%	332	-0,3%	0,3%
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)	0,0%		232	0,2%	0,0%	332	-0,2%	0,0%
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	4,2%	2,4%	232	7,3%	4,9%	332	-3,1%	5,5%
ONG y/o fundación	0,0%		232	0,0%		332	0,0%	

Por último, la Tabla 49 evidencia que la demora en el tratamiento de la enfermedad, es decir, la oportunidad del tratamiento de enfermedades mentales, es relativamente similar en el RC y RS (alrededor de 28 días). Esto indica que en ese aspecto la unificación del POS ha sido exitosa. Sin embargo, todavía hay campo para mejorar en este aspecto, pues un 33% de los pacientes en el RC y un 41% de los pacientes del RS fueron diagnosticados en periodos de tiempos superiores a un mes.

**Tabla 49 – Oportunidad en el diagnóstico en enfermedades mentales**

Oportunidad en el diagnóstico	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
Menos de un mes	66,4%	4,8%	474	58,8%	3,2%	666	7,5%	5,7%
Entre 1 y 2 meses	16,6%	3,2%	474	18,8%	2,9%	666	-2,2%	4,3%
Entre 3 y 6 meses	7,1%	1,5%	474	10,4%	2,7%	666	-3,3%	3,0%
Más de 6 meses	9,8%	1,7%	474	11,9%	2,4%	666	-2,1%	2,8%

#### 2.4.4 Hipertensión

La Tabla 50, que resume la mayoría de los indicadores para los pacientes de hipertensión, muestra que la unificación y actualización del POS ha avanzado satisfactoriamente en esta patología. De hecho este nivel de avance refleja que la atención en esta patología ya había sido parcialmente unificada en ambos regímenes por el Acuerdo 395 de 2008: con excepción de ‘Efectividad auto-reportada del tratamiento’ y del tiempo en el cual se les ordena a los pacientes que deben volver a control, no se presentan diferencias significativas en los niveles de los indicadores de ambos regímenes. Como se ha mencionado anteriormente, un mayor porcentaje de efectividad auto-reportada en el RS no es un elemento fuera de lo común. En cambio, sí es fuera de lo común un tiempo más corto de control en ese régimen, lo que podría estar indicando que los servicios

especializados del RC en hipertensión están un poco desbordados. La diferencia en la ‘oportunidad en la realización de ecocardiograma’ parecería ser significativa también, pero el reducido tamaño de la muestra en esa pregunta le resta validez al resultado.

La información sobre el acceso a medicamentos de los pacientes de hipertensión debe interpretarse como resultado de la actualización, no de la unificación, ya que el acceso a la mayoría de los medicamentos ya había sido igualado para ambos regímenes por el acuerdo 395 de 2008.

**Tabla 50 – Resumen Hipertensión<sup>21</sup>**

HIPERTENSIÓN - TABLA RESUMEN								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ES $\Delta$
<b>Acceso y uso de las tecnologías</b>								
Toma medicamentos para la presión alta	91,0%	7,0%	421	98,5%	0,7%	327	-7,5%	7,1%
<b>Barreras de acceso</b>								
¿Ha suspendido el uso de los medicamentos en los últimos 12 meses?	6,2%	1,7%	412	14,8%	6,0%	317	-8,6%	6,2%
<b>Oportunidad</b>								
Demora en el tratamiento de la enfermedad (días)	34,3	12,3	421	19,1	4,7	327	15,2	13,2
Frecuencia de control de la tensión (días)	40,5	7,3	421	31,4	4,0	327	9,1	8,3
Atención oportuna en servicios de medicina especializada	85,8%	3,9%	105	76,1%	4,9%	80	9,7%	6,4%
Oportunidad en la realización de ecocardiograma (días)	19,2	4,3	146	9,6	1,6	125	9,6	4,6 **
Oportunidad en la realización de ecocardiograma (2012) (días)	25,3	7,9	146	16,2	1,1	106	9,1	7,9
<b>Calidad</b>								
Efectividad auto reportada del tratamiento	63,3%	3,6%	421	74,5%	4,1%	327	-11,2%	5,5% **
¿En la última consulta le dijeron que debía volver a control?	94,0%	1,7%	421	90,0%	3,3%	327	4,0%	
¿Dentro de cuánto tiempo debe volver a control? (días)	61,4	5,8	384	45,0	5,0	277	16,5	7,6 **
<b>Integralidad</b>								
Pacientes que reciben atención integral	98,8%	0,7%	421	97,8%	1,4%	327	1,0%	1,6%

La Tabla 51 muestra que en los últimos 2 años el nivel de prescripción de Doxazosina ha aumentado para el RC y que el nivel de prescripción de Carvedilol ha aumentado en el RS. El aumento en la prescripción de este último medicamento ha sido de tal magnitud en los últimos dos años que el Carvedilol es la única droga para la hipertensión que se prescribe más en un régimen que en otro: 10.3% de los pacientes en el RS contra 3.3% de los pacientes en el RC. Por otra parte, el Losartán, que es una droga de prescripción mucho más común, se formula y entrega con bastante normalidad en ambos regímenes.

<sup>21</sup> Integralidad en hipertensión se define como el porcentaje de pacientes que se realizó alguno de los siguientes exámenes: colesterol y triglicéridos, hemoglobina, creatinina, glicemia u orina.

**Tabla 51 – Acceso a Medicamentos Hipertensión**

Hipertensión - MEDICAMENTOS	2012							2013/14								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ES $\Delta$	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ES $\Delta$
<b>Doxazosina</b>																
Le han recetado	0,4%	0,3%	421	0,9%	0,6%	327	-0,5%	0,7%	2,2%	1,0%	421	1,5%	0,9%	327	0,6%	1,4%
Se la entregaron	100,0%		5	100,0%		4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6	100,0%	0,0%	8	0,0%	0,0%
<b>Carvedilol</b>																
Le han recetado	2,6%	1,1%	421	4,1%	1,9%	327	-1,5%	2,2%	3,3%	1,4%	421	10,3%	3,2%	327	-7,0%	3,5% **
Se la entregaron	81,5%	4,3%	16	96,6%	3,4%	12	-15,2%	5,5% ***	100,0%		26	100,0%		24	0,0%	0,0%
<b>Losartán</b>																
Le han recetado	45,9%	8,4%	421	43,8%	6,5%	327	2,1%	10,5%	59,8%	4,4%	421	54,2%	9,0%	327	5,5%	10,0%
Se la entregaron	96,1%	2,6%	224	99,8%	0,1%	157	-3,8%	2,6%	99,9%	0,1%	272	95,5%	3,3%	194	4,4%	3,3%

Finalmente, la Tabla 52 La Tabla 50, que resume la mayoría de los indicadores para los pacientes de hipertensión, muestra que la unificación y actualización del POS ha avanzado satisfactoriamente en esta patología. De hecho este nivel de avance refleja que la atención en esta patología ya había sido parcialmente unificada en ambos regímenes por el Acuerdo 395 de 2008: con excepción de ‘Efectividad auto-reportada del tratamiento’ y del tiempo en el cual se les ordena a los pacientes que deben volver a control, no se presentan diferencias significativas en los niveles de los indicadores de ambos regímenes. Como se ha mencionado anteriormente, un mayor porcentaje de efectividad auto-reportada en el RS no es un elemento fuera de lo común. En cambio, sí es fuera de lo común un tiempo más corto de control en ese régimen, lo que podría estar indicando que los servicios especializados del RC en hipertensión están un poco desbordados. La diferencia en la ‘oportunidad en la realización de ecocardiograma’ parecería ser significativa también, pero el reducido tamaño de la muestra en esa pregunta le resta validez al resultado.

La información sobre el acceso a medicamentos de los pacientes de hipertensión debe interpretarse como resultado de la actualización, no de la unificación, ya que el acceso a la mayoría de los medicamentos ya había sido igualado para ambos regímenes por el acuerdo 395 de 2008.

Tabla 50

**Tabla 52 – Oportunidad en el Diagnóstico en Hipertensión**

Oportunidad en el diagnóstico	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ES $\Delta$
Menos de un mes	76,0%	5,5%	421	74,4%	6,3%	327	1,6%	8,4%
Entre 1 y 2 meses	15,4%	4,2%	421	16,8%	4,9%	327	-1,4%	6,4%
Entre 3 y 6 meses	5,7%	2,1%	421	3,2%	1,7%	327	2,5%	2,7%
Más de 6 meses	2,9%	1,2%	421	5,6%	3,1%	327	-2,7%	3,3%

#### 2.4.5 Diabetes

La Tabla 53 demuestra que la unificación del POS se ha implementado con éxito en lo referente a la atención de los pacientes con diabetes. Al igual que para el caso de los pacientes de hipertensión, los buenos resultados en lo relativo a la unificación de la atención de los pacientes de diabetes pueden deberse a que ésta ya había sido parcialmente igualada por el acuerdo 395 de 2008. Con excepción de un indicador, no existen diferencias significativas entre regímenes. La única diferencia está en el indicador de “Demora en el tratamiento de la enfermedad”, que evidencia que la atención que recibe una persona diabética en el RC es dos veces más rápida que la que recibe una persona que padezca la misma condición en el RS. De nuevo, una mayor agilidad en la atención en el RC podría indicar cierto nivel de desborde en los servicios de medicina especializada en el RS. Por otra parte, el testimonio de los participantes de los grupos focales indica que la demora para iniciar tratamiento en el RS podría también estar relacionada con los trámites que los pacientes y las EPS deben surtir antes de iniciar los cuidados:

“Esta es la hora en la que no ha habido tratamiento, no me han mandado terapias, que no hay contratos, que no sé qué, bueno, es un mundo de problemas” (Popayán)

En cuanto al acceso a medicamentos (actualizados), es importante resaltar que entre 2012 y 2014 aumentó de manera significativa la prescripción de tres tipos de insulina en el RC (Glulisina, Glargina y Aspart), aumento este que no se dio en el RS

**Tabla 53 – Resumen Diabetes<sup>22</sup>**

DIABETES - TABLA RESUMEN									
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
<b>Acceso y uso de las tecnologías</b>									
Se aplica insulina o toma medicamentos para la diabetes	83,9%	3,5%	369	83,1%	5,1%	325	0,8%	6,2%	
Le recetaron el kit de glucometría	32,2%	3,4%	369	25,8%	5,2%	325	6,4%	6,2%	
Le recetaron el kit de glucometría (2012)	26,2%	5,7%	369	24,9%	3,6%	325	1,4%	6,8%	
<b>Barreras de acceso</b>									
¿Ha suspendido el uso de los medicamentos en los últimos 12 meses?	13,5%	5,5%	305	6,7%	1,9%	270	6,9%	5,8%	
<b>Oportunidad</b>									
Demora en el tratamiento de la enfermedad (días)	17,0	2,9	365	34,3	8,3	320	-17,3	8,7	**
<b>Calidad</b>									
Efectividad auto reportada del tratamiento	66,7%	4,7%	369	75,3%	3,6%	325	-8,5%	5,9%	
¿En la última consulta le dijeron que debía volver a control?	91,2%	2,2%	369	89,9%	2,6%	325	1,3%	3,4%	
¿Dentro de cuánto tiempo debe volver a control?	60,9	3,5	327	56,4	3,5	268	4,5	4,9	
<b>Integralidad</b>									
Pacientes que reciben atención integral	99,0%	0,7%	369	97,5%	1,6%	325	1,5%	1,7%	

No obstante, la Tabla 54 muestra que los niveles de prescripción de todos los tipos de insulina son estadísticamente equivalentes en ambos regímenes.

**Tabla 54- Diabetes Medicamentos (Insulina)**

DIABETES - INSULINA	2012								2013/14							
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
<b>Glulisina</b>																
Le han recetado	3,7%	1,1%	369	6,3%	2,1%	325	-2,5%	2,4%	9,9%	2,3%	369	8,2%	2,3%	325	1,6%	3,3%
Se la entregaron	100,0%		22	98,5%	1,9%	19	1,5%	1,9%	99,2%	0,8%	46	91,0%	4,6%	38	8,2%	4,7%
<b>Detemir</b>																
Le han recetado	1,2%	0,5%	369	3,8%	1,4%	325	-2,6%	1,5%	5,5%	1,9%	369	5,0%	1,5%	325	0,5%	2,4%
Se la entregaron	84,7%	16,6%	9	89,2%	8,6%	14	-4,5%	18,7%	95,4%	3,8%	24	91,8%	6,7%	20	3,7%	7,7%
<b>Glargina</b>																
Le han recetado	6,4%	2,0%	369	5,9%	2,2%	325	0,5%	3,0%	9,1%	2,8%	369	7,6%	1,8%	325	1,5%	3,3%
Se la entregaron	100,0%		25	98,4%	0,5%	18	1,6%	0,5%	99,3%	0,1%	46	96,8%	1,8%	39	2,5%	
<b>Aspart</b>																
Le han recetado	0,9%	0,4%	369	1,3%	0,9%	325	-0,5%	1,0%	4,1%	1,6%	369	1,6%	0,9%	325	2,5%	1,8%
Se la entregaron	100,0%		7	91,8%		4	8,2%	0,0%	100,0%		17	94,2%	0,3%	11	5,8%	0,3%
<b>Lispro</b>																
Le han recetado	0,3%	0,2%	369	3,3%	1,6%	325	-3,1%	1,6%	1,1%	0,7%	369	2,9%	1,3%	325	-1,8%	1,5%
Se la entregaron	100,0%		5	90,0%		8	10,0%	0,0%	100,0%		9	86,6%	11,0%	12	13,4%	11,0%

<sup>22</sup> Integralidad en diabetes se define como el porcentaje de pacientes que se realizó alguno de los siguientes exámenes: colesterol y triglicéridos, hemoglobina, creatinina, glicemia u orina.

Por otra parte, la Tabla 55 muestra que la fuentes de financiación que utilizan los pacientes para pagar por sus medicamentos no difiere mucho de las tendencias nacionales y de otras patologías. La única diferencia entre regímenes es que en el RC predomina el pago de cuotas moderadoras y copagos mientras que en el RS no.

**Tabla 55 – Protección Financiera en Medicamentos (Diabetes)**

¿Qué fuente utiliza para cubrir el costo de los medicamentos?	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	58,6%	6,1%	305	2,5%	1,8%	270	56,1%	6,4%	***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	37,7%	6,7%	305	96,4%	1,9%	270	-58,7%	7,0%	***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,3%	0,3%	305	0,6%	0,5%	270	-0,3%	0,6%	
Servicio médico de la empresa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)	1,7%	0,3%	305	0,0%	-	270	1,7%	0,3%	***
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ONG y/o fundación	-	-	-	-	-	-	-	-	-

La Tabla 56 indica que el diagnóstico de la diabetes es relativamente ágil, con más de 2/3 de los casos diagnosticados en menos de 1 mes en ambos regímenes. En este aspecto la unificación del POS ha funcionado. De hecho, en los grupos focales los pacientes expresaron satisfacción con el proceso de diagnóstico:

*“Si, por eso es que no me ha avanzado mucho, yo soy juiciosa y cuando la descubrieron yo creo que podría llevar 2 años con la diabetes, cuando mi diagnosticaron me hicieron los exámenes y ahí salieron cositas que se fueron corrigiendo.”* (Bogotá)

Sin embargo, hay una diferencia significativa en el número de casos de esta enfermedad cuyo diagnóstico toma más de 6 meses. Este tipo de diagnósticos tardíos son bastante más comunes en el RS (15.6%) que en el RC (7.2%). Lo anterior podría ser una señal de que la detección de ciertos casos de diabetes es menos eficiente en el RS que en el RC.

**Tabla 56 – Oportunidad en el Diagnóstico en Diabetes**

Oportunidad en el diagnóstico	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
Menos de un mes	66,3%	3,5%	369	68,1%	5,3%	325	-1,8%	6,4%	
Entre 1 y 2 meses	22,0%	4,0%	369	13,0%	3,9%	325	9,0%	5,6%	
Entre 3 y 6 meses	4,5%	1,6%	369	3,3%	1,7%	325	1,3%	2,3%	
Más de 6 meses	7,2%	3,2%	369	15,6%	2,7%	325	-8,4%	4,2%	**

En lo relativo a atención integral de los pacientes de diabetes, la Tabla 57 muestra que la integralidad en ambos regímenes es muy buena, pues una alta proporción de los pacientes tiene acceso a más de 3 exámenes diagnósticos. Sin embargo, existe una diferencia significativa de 4 puntos porcentuales en la realización del examen de creatinina entre el

RC y el RS, siendo este indicador más alto para el RC. Otro aspecto que debe analizarse es que ningún encuestado recibió entrenamiento en cómo debería realizar ejercicio.

**Tabla 57 – Atención Integral en Diabetes**

DIABETES - ATENCIÓN INTEGRAL								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ES $\Delta$
Consultas con el médico general	77,3%	6,4%	369	88,5%	2,5%	325	-11,2%	6,8%
Consultas con médico especialista	59,5%	6,4%	369	66,6%	5,4%	325	-7,2%	8,3%
Consulta con psicólogo(a) / psiquiatra	-	-	-	-	-	-	-	-
Consulta con nutricionista	11,7%	2,8%	369	9,3%	2,8%	325	2,4%	3,9%
Entrenamiento de cómo debe realizar ejercicio	-	-	-	-	-	-	-	-
Examen de colesterol y triglicéridos	60,1%	3,9%	369	56,4%	6,2%	325	3,7%	7,4%
Examen de hemoglobina	16,6%	3,2%	369	16,3%	4,0%	325	0,3%	5,2%
Examen de creatinina	96,7%	1,3%	369	92,0%	2,1%	325	4,8%	2,5% *
Examen de glicemia	91,5%	1,9%	369	92,3%	1,9%	325	-0,9%	2,7%
Examen de orina	88,4%	2,9%	369	84,8%	3,2%	325	3,6%	4,3%

Finalmente, la Tabla 58 muestra que la única recomendación que los pacientes diabéticos del RC recibieron en mayor frecuencia que los del RS fue la de ‘Reducir el consumo de harinas’. Este resultado lleva a pensar que, salvo contadas excepciones, la unificación del POS ha funcionado bien para pacientes de diabetes en lo relativo a integralidad y recomendaciones. Esta conclusión sobre la integralidad y las recomendaciones en el manejo de la diabetes se corrobora además en los grupos focales:

*“Si ha mejorado, se ve el cambio, yo encuentro todo en cuanto a la dieta para una persona diabética, la IPS me provee esta información, igualmente en Nefrología, me mandaron al nutricionista y desde que la vio me dijo que 0 proteínas y me manda con la nutricionista y me da el plan de manejo mensual y mensualmente le evalúan y siempre hay exámenes mensuales, si hay un mejoramiento” (Bogotá)*

**Tabla 58 – Recomendaciones en Diabetes**

Diabetes - Recomendaciones							
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S ESΔ
No fumar	80,7%	4,0%	369	85,8%	3,5%	325	-5,1% 5,5%
Aprender a manejar el estrés de la vida diaria	75,1%	3,9%	369	80,6%	3,7%	325	-5,5% 5,4%
Bajar de peso	-	-	-	-	-	-	- -
Reducir el consumo de alcohol	-	-	-	-	-	-	- -
Realizar ejercicio	91,5%	1,8%	369	90,0%	3,3%	325	1,4% 3,7%
Reducir el consumo de grasas	-	-	-	-	-	-	- -
Hacerse exámenes de colesterol y triglicéridos	86,4%	2,8%	369	87,6%	2,6%	325	-1,2% 3,9%
Reducir el consumo de harinas	98,1%	0,7%	369	93,9%	1,9%	325	4,1% 2,0% **
Reducir el consumo de azúcar (dulces, chocolates, etc.)	-	-	-	-	-	-	- -
Medir regularmente el nivel de azúcar en la sangre o en la orina	95,2%	2,9%	369	97,6%	1,0%	325	-2,3% 3,1%

#### 2.4.6 Enfermedades respiratorias

La Tabla 59 resume los principales indicadores que miden el resultado de la unificación y la actualización del POS para los pacientes de enfermedades respiratorias. En ella se hace evidente que los pacientes del RS son hospitalizados con bastante mayor frecuencia (88.2% de los casos) que los del RC (52.8%) por este tipo de enfermedades. Otra diferencia que persiste entre ambos regímenes es el acceso a información adecuada sobre el tratamiento. En el RC el 73.9% de los encuestados consideró que la información que le fue suministrada por el doctor era adecuada para sus necesidades, mientras que en el RS el porcentaje de personas satisfechas con la información que les fue suministrada no superó el 66%. Esta diferencia, que es estadísticamente significativa al 5%, indica que las EPS del RS deben hacer un esfuerzo por ofrecer mejor información a sus afiliados o por brindarles información que sea más fácil de entender y que esté acorde con su nivel educativo. A modo de ilustración, uno de los participantes de los grupos focales perteneciente al Régimen Subsidiado plantea que la información referente a los procedimientos administrativos es muy pobre, lo que redundaba en constantes e infructuosos desplazamientos:

*“Pues digamos que no me la quisieron dar. Eso de aquí lo mandan allá y de allá más allá como que lo embolatan a uno porque uno no sabe ya que más esperar. Y pues el uno le dice una cosa y el otro otra y a veces lo mandan a unas partes que uno ni conoce porque la verdad yo aquí en Popayán no conozco”*  
 (Popayán)

**Tabla 59 – Resumen Enfermedades Respiratorias**

Epic y Neumonía - TABLA RESUMEN								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
<b>Acceso y uso de las tecnologías</b>								
Actualmente sigue un tratamiento regular	80,9%	4,0%	423	85,4%	1,1%	578	-4,5%	4,2%
Ha sido hospitalizado por esta enfermedad	52,8%	3,9%	423	88,2%	1,8%	578	-35,4%	4,2% ***
Recibió información completa sobre el tratamiento	73,9%	3,2%	423	65,6%	1,8%	578	8,3%	3,6% **
Actualmente está tomando algún medicamento recetado	71,3%	3,8%	423	79,4%	1,7%	578	-8,0%	4,2% *
<b>Barreras de acceso</b>								
¿Durante el tratamiento, suspendió el uso de los medicamentos?	4,8%	1,5%	303	6,0%	1,4%	451	-1,3%	2,1%
<b>Oportunidad</b>								
Demora en el tratamiento de la enfermedad (días)	18,8	4,5	423	11,9	1,7	578	6,9	4,8
Atención oportuna en medicina especializada	86,8%	3,1%	179	85,4%	3,2%	226	1,4%	4,4%
Oportunidad en la realización de nebulizaciones (días)	4,1	0,7	222	1,6	0,2	375	2,5	0,7 ***
Oportunidad en la realización de nebulizaciones (2012) (días)	4,9	1,6	91	1,7	0,2	130	3,1	1,6 *
<b>Calidad</b>								
Efectividad auto reportada del tratamiento	72,4%	5,0%	303	86,9%	2,2%	451	-14,5%	5,4% ***
Debe volver a control	75,6%	4,4%	423	37,5%	2,4%	578	38,1%	5,0% ***
Dentro de cuánto tiempo debe volver	64,0	4,5	263	38,9	3,1	267	25,0	5,3 ***

Como se recomendó anteriormente, los trabajadores sociales, tanto aquellos que están en las IPS como los que están en contacto directo con los hogares de los pacientes, pueden jugar un rol en explicar y orientar en a los pacientes en cómo lidiar con los trámites.

En términos de acceso, otra diferencia que resalta entre los pacientes de enfermedades respiratorias del régimen contributivo y subsidiado es que los segundos tienen mayor acceso a medicamentos que los primeros. Aunque la significancia estadística de esta diferencia solo se mantiene al 10%, es importante notar que el porcentaje de pacientes del RS que recibió los medicamentos que fueron formulados fue casi del 80% mientras que esa proporción apenas superó el 70% en el RC.

En términos de oportunidad, los pacientes de enfermedades respiratorias siguen recibiendo tratamiento diferenciado por régimen, aunque en este caso los pacientes del RS reciben una atención más ágil. Por ejemplo, en el caso de la realización de nebulizaciones, los pacientes del RS acceden a ellas dos veces más rápido que los pacientes del RC. Esto está en línea con los indicadores de oportunidad a nivel nacional presentados en secciones anteriores y con los indicadores históricos tomados de fuentes como la ECV y la Supersalud.

Es importante entonces que las autoridades pertinentes averigüen por qué muchos de los servicios para pacientes de enfermedades respiratorias son más rápidos en el RS que en RC. En principio esta diferencia no debería existir, pues el Estado, a través de la UPC, garantiza a las EPS tanto del RS como del RC recursos similares, por lo que ambas deberían estar en la capacidad de garantizar una atención similarmente ágil. Es también importante mencionar que el indicador de oportunidad en la realización de nebulizaciones no ha tenido cambios sustanciales en los últimos dos años ni para el RS ni para el RC. Al respecto, uno de los usuarios del Régimen Contributivo que participó en las sesiones de grupo plantea que:

*“Nunca me han negado un examen. Que sí se demoran, pero no me los han negado.”*  
(Villavicencio)

Otra diferencia en la atención de pacientes de enfermedades respiratorias en el RS y el RC es la efectividad autor-reportada del tratamiento. En este caso, como en todos los analizados anteriormente, los pacientes del RS reportan un mayor nivel efectividad del tratamiento que los pacientes del RC. Los grupos focales indican que este fenómeno puede deberse a que las personas de escasos recursos aún no han interiorizado el hecho de que la salud es un derecho y que por lo tanto tienden a sobrevalorar cualquier tipo de atención que reciban pues se trata de beneficios nuevos para ellos y que además son percibidos como “regalos” o dádivas. En términos objetivos, y dada la prevalencia de la diferencia entre RS y RC para este indicador en casi todas las demás patologías y en el ámbito nacional, no existe razón para pensar que realmente los tratamientos que se ofrecen en el RC para enfermedades respiratorias son más efectivos que los tratamientos que se ofrecen en RS.

Finalmente, en el caso de las enfermedades respiratorias el sistema de salud sigue manteniendo una diferencia importante entre regímenes en lo relativo al seguimiento de las enfermedades. Basta con dar un vistazo a al indicador de la pregunta ¿debe volver a control? para darse cuenta de que el tratamiento sigue siendo diferenciado. Al 75,6% de las personas del RC que buscaron atención médica, por padecer Neumonía o EPOC, el médico les dijo que debían volver a control. Ese porcentaje fue de 37.5% para el RS. Lo anterior puede estar indicando que los médicos del RS no recomiendan consultas de control tan seguido como sí lo hacen los médicos del RC. Otro hecho diciente es que a los pacientes del RC se les dice que dicha visita debe ser, en promedio, dentro de 2 meses, mientras que a los pacientes del RS se les indica que vuelvan a los 40 días. Esta diferencia puede estar explicada porque a los pacientes del RS se les diga que deben volver solo en casos complicados (por eso deben volver pronto) mientras que a los pacientes del RC se

les diga rutinariamente que vuelvan a control después de haber sufrido alguna enfermedad respiratoria. En cualquier caso, los pacientes del RS deberían ser controlados en la misma proporción que los pacientes del RC.

En cuanto al acceso a medicamentos, el cuestionario de la ER está claramente dividido en aquellos que son recetados a pacientes con EPOC y los que son recetados a pacientes con Neumonía. El único procedimiento que es usado en ambas patologías es la Nebulización. La Tabla 60 muestra que la única diferencia significativa entre regímenes para el caso de las nebulizaciones es que éstas eran más comúnmente recetadas en el RS que el RC en el 2012. Esto puede deberse a que, antes de la unificación, el POS no incluía otros procedimientos alternativos y por ende la mayoría de los casos de enfermedades respiratorias se trataban con nebulizaciones. En todo caso para el año 2014 esa diferencia en el porcentaje de pacientes que eran tratados con nebulizaciones terminó. Otro aspecto relevante es que, como norma general en ambos regímenes el porcentaje de pacientes a los que se les formulaba nebulizaciones disminuyó entre 2012 y 2014. De nuevo, este efecto puede deberse a una disminución en la prescripción de nebulizaciones por cuenta de que ahora hay acceso a procedimientos alternativos.

**Tabla 60 - Acceso a Nebulizaciones en Enfermedades Respiratorias**

	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ES $\Delta$
<b>Nebulizaciones</b>								
Le han recetado	30,6%	3,6%	423	26,9%	1,3%	578	3,7%	3,9%
Se las realizaron	90,8%	6,5%	97	98,8%	0,6%	136	-8,0%	6,5%
<b>Nebulizaciones (2012)</b>								
Le han recetado	47,0%	4,0%	423	61,8%	1,9%	578	-14,8%	4,3% ***
Se las realizaron	99,5%	0,4%	226	98,7%	0,7%	382	0,8%	0,8%

Profundizando un poco más en el indicador de oportunidad, la Tabla 61 muestra que la Enfermedad Respiratoria es una de las pocas patologías en las que el diagnóstico de la enfermedad ocurre con mayor agilidad en RS que en el RC. Los indicadores de protección financiera muestran además que la mayoría de los pacientes del RC (90%) cubre el costo de las nebulizaciones con recursos de la EPS pero con el pago de una cuota moderadora mientras que la mayoría de los pacientes del RS (85.4%) cubren ese rubro con recursos de la EPS pero no pagan cuota moderadora. A modo de ilustración, en los grupos focales un paciente del Régimen Subsidiado plantea la eficiencia del proceso de diagnóstico.

*“-Abí mismo, me dijeron que era lo que tenía*

*\*Y la atención fue rápida*

*- Fue rápida” (Valledupar)*

**Tabla 61 – Oportunidad en el Diagnóstico en Enfermedad Respiratoria**

Oportunidad en el diagnóstico	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
Menos de un mes	71,0%	4,3%	423	85,8%	1,7%	578	-14,7%	4,5%	***
Entre 1 y 2 meses	16,3%	2,6%	423	8,7%	1,0%	578	7,6%	2,7%	***
Entre 3 y 6 meses	5,6%	1,2%	423	1,6%	0,5%	578	4,0%	1,3%	***
Más de 6 meses	7,0%	2,4%	423	4,0%	1,6%	578	3,0%	2,9%	

La Tabla 62 muestra además que la estructura de las fuentes de financiación de las nebulizaciones se mantiene para el resto del tratamiento de las enfermedades respiratorias. En el RC la mayoría paga cuota moderadora mientras que en el RS la mayoría de los pacientes acceden al tratamiento sin ese costo. Este tipo de financiación es un patrón común a muchos (casi todos) los procedimientos y los medicamentos.

**Tabla 62 – Protección Financiera en Enfermedad Respiratoria**

Respiratorias - ¿Qué fuente utiliza para cubrir el costo del tratamiento?	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	81,3%	2,5%	423	4,6%	1,5%	578	76,7%	2,9%	***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	18,0%	2,6%	423	93,7%	1,4%	578	-75,7%	3,0%	***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,0%	0,0%	423	0,0%	0,0%	423	0,0%	0,0%	
Servicio médico de la empresa	0,0%	0,0%	423	0,0%	0,0%	423	0,0%	0,0%	
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)	0,0%	0,0%	423	0,0%	0,0%	423	0,0%	0,0%	
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	0,0%	0,0%	423	0,0%	0,0%	423	0,0%	0,0%	
ONG y/o fundación	0,0%	0,0%	423	0,0%	0,0%	423	0,0%	0,0%	

La Tabla 63 muestra que aún persisten muchas diferencias entre el RS y el RC en términos de integralidad. Por ejemplo, mientras que un 21.6% de los pacientes de enfermedad respiratoria del RS asiste a consulta con el nutricionista, solo un 8% de los pacientes del RC lo hace. Una situación inversa ocurre con el examen de sangre, que solo es practicado al 4% de los pacientes del RS pero se realiza en el 9.5% de los casos del RC. Lo mismo ocurre para la radiografía de tórax. También llama la atención que una mayor proporción de los pacientes del RC asistió a consulta con el médico general y el médico especialista. Esto indica claramente que con excepción de la consulta con nutricionista, los pacientes del RS aún no reciben muchos de los procedimientos y tratamientos a los que tienen derecho cuando están enfermos de patología respiratoria.

**Tabla 63- Integralidad en Enfermedad Respiratoria**

¿A cuáles de las siguientes consultas o procedimientos ha asistido para el tratamiento de su Neumonía/EPOC?	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ES $\Delta$	
Consultas con el médico general	67,3%	3,7%	423	51,0%	1,7%	578	16,3%	4,1%	***
Consultas con médico especialista	66,7%	5,7%	423	53,5%	1,9%	578	13,3%	5,9%	**
Consulta por enfermería	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	578	0,0%	0,0%	
Consulta con psicólogo(a) / psiquiatra	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	578	0,0%	0,0%	
Consulta con nutricionista	8,0%	2,4%	423	21,6%	1,4%	578	-13,6%	2,8%	***
Consulta con trabajo social	0,0%	0,0%	578	0,0%	0,0%	578	0,0%	0,0%	
Examen de sangre	9,5%	2,7%	423	3,9%	0,4%	578	5,5%	2,7%	**
Radiografía de tórax	19,3%	4,4%	423	10,1%	1,4%	578	9,3%	4,6%	**

Por último, se debe mencionar que aunque el tamaño de la muestra de personas que respondieron a la pregunta ¿Por qué suspendió el tratamiento en los últimos 12 meses? es muy pequeño y, por lo tanto, es arriesgado generalizar ese resultado al resto de la población, las razones más comunes para haber suspendido el tratamiento fueron “Se sintió bien y decidió parar” y “Por los efectos indeseados del tratamiento”.

#### 2.4.7 Enfermedad renal crónica

La Tabla 64 muestra que la unificación del POS se ha completado con un éxito casi total para pacientes de enfermedad renal crónica (en adelante ERC). Casi todos los indicadores evaluados se comportan de la misma manera en el RC y en el RS. No obstante, la única diferencia entre ambos regímenes es una muy importante: casi un 7% de los pacientes del RS encuestados debieron suspender su tratamiento en los últimos 12 meses mientras que menos del 1% de los pacientes del RC suspendió su tratamiento. Eso significa que el RS aún tiene un nivel de persistencia en el tratamiento que es inferior al del RC. La pregunta “¿Por qué suspendió el tratamiento en los últimos 12 meses?” solo fue respondida por 32 personas, lo que lamentablemente hace que las respuestas carezcan de valor estadístico, pero a manera ilustrativa se puede mencionar que las dos razones más frecuentes para haber suspendido el tratamiento de la enfermedad renal crónica fueron ‘la EPS no tenía los medicamentos’ y ‘se sintió bien y decidió suspender el tratamiento’.

**Tabla 64 – Resumen de Indicadores de Enfermedad Renal Crónica**

Enfermedad Renal Crónica - TABLA RESUMEN								
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
<b>Acceso y uso de las tecnologías</b>								
Actualmente sigue un tratamiento regular	92,9%	2,8%	361	91,3%	2,5%	345	1,6%	3,7%
<b>Barreras de acceso</b>								
Suspendió el uso de los medicamentos en los últimos 12 meses?	0,7%	0,3%	328	6,9%	1,8%	316	-6,2%	1,9% ***
<b>Oportunidad</b>								
Atención oportuna en medicina especializada	88,1%	9,4%	249	91,2%	3,0%	277	-3,1%	9,9%
Demora en el tratamiento (días)	37,0	10,0	361	33,3	3,9	345	3,6	10,8
<b>Calidad</b>								
Efectividad auto reportada del tratamiento	71,7%	3,9%	328	68,0%	3,0%	316	3,7%	4,8%
Debe volver a control	80,5%	8,1%	361	87,9%	3,1%	345	-7,4%	8,7%
Dentro de cuánto tiempo debe volver	87,4	7,1	300	59,2	23,1	301	28,3	24,1

En lo que respecta a la protección financiera de los hogares, la Tabla 65 muestra que las fuentes de pago empleadas por los pacientes de enfermedad renal crónica no distan de las utilizadas para cubrir la atención en salud en otros procedimientos y patologías. Por otra parte, al igual que en otras patologías, la Tabla 66 ilustra que el RS es más eficiente al diagnosticar a sus pacientes de ERC que el RC. Por ejemplo, un 17.5% de los casos de ERC en el RC se demoran entre 3 y 6 meses en ser diagnosticados, mientras que en el RS esa proporción apenas alcanza el 6%. Además de la lentitud en el diagnóstico, el resultado de los grupos focales plantea que pueden existir falencias médicas en el proceso de diagnóstico, lo que puede perjudicar la salud de los pacientes:

*“Que no, que eso está muy pequeño, que no sé qué. Me mandaron una radiografía simple –otra vez-, para el riñón y resulta que me dijeron que esa era una muestra –una radiografía simple no muestra los cálculos-. A mí, en el hospital de la policía me hacían urografía, uroanálisis, toda esa cuestión; mientras que allí no. Me dicen que no tengo nada. Que no, porque no aparece en una radiografía.” (Bogotá)*

**Tabla 65 – Protección financiera en pacientes de enfermedad renal crónica**

Enfermedad Renal Crónica - ¿Qué fuente utiliza para cubrir el costo del tratamiento?	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ
La EPS a la que se encontraba afiliado con pago de cuota moderadora o copago	67,4%	5,8%	328	1,7%	0,8%	316	65,7%	5,9% ***
La EPS a la que se encontraba afiliado sin pago de cuota moderadora ni copago	32,6%	5,8%	328	97,6%	0,9%	316	-65,1%	5,9% ***
Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada	0,0%	0,0%	328	0,2%	0,2%	316	-0,2%	0,2%
Servicio médico de la empresa	0,0%	0,0%	328	0,0%	-	316	0,0%	0,0%
Seguro obligatorio de accidentes (SOAT)	-	-	328	-	-	316	-	-
Recursos propios y/o familiares (excluye copagos y cuotas moderadoras)	0,0%	-	328	0,4%	0,4%	316	-0,4%	0,4%
ONG y/o fundación	-	-	328	-	-	316	-	-

**Tabla 66 – Oportunidad en el Diagnóstico de Enfermedad Renal**

Oportunidad en el diagnóstico	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	
Menos de un mes	57,4%	2,8%	361	65,9%	2,8%	345	-8,5%	4,0%	**
Entre 1 y 2 meses	17,4%	2,8%	361	17,8%	2,3%	345	-0,4%	3,7%	
Entre 3 y 6 meses	17,5%	2,6%	361	6,3%	1,2%	345	11,3%	2,7%	***
Más de 6 meses	7,7%	3,8%	361	10,1%	2,1%	345	-2,4%	4,3%	

Para finalizar, la Tabla 67 presenta información de integralidad en el tratamiento de ERC. En ella se destaca que los pacientes de ERC del RS acuden en mayor proporción a consultas con especialistas, con trabajadores sociales y a consultas por enfermería. La situación es contraria en consultas con médico general y exámenes de azúcar y colesterol. Igualmente notorio es que los pacientes del RS acuden con mayor frecuencia a casi todos los procedimientos que los pacientes del RC. Lo anterior indica que el proceso de unificación del POS aún tiene falencias en lo que respecta a la atención integral de pacientes con ERC.

**Tabla 67 – Integralidad en el tratamiento de la enfermedad renal crónica**

En 2013 y lo corrido de 2014 ¿A cuáles de las siguientes consultas o procedimientos ha asistido para el tratamiento de la enfermedad Renal Crónica?	Asiste								Veces									
	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ	C	ESc	Nc	S	ESs	Ns	C-S	ESΔ		
Consultas con el médico general	73,4%	3,1%	361	54,0%	7,2%	345	19,4%	7,9%	**	6,5	1,1	213	7,7	0,9	182	-1,2	1,5	
Consultas con médico especialista	87,1%	2,0%	361	95,0%	1,1%	345	-7,9%	2,3%	***	6,6	0,6	325	9,0	1,5	321	-2,3	1,6	
Consulta por enfermería	15,1%	3,1%	361	26,8%	4,3%	345	-11,8%	5,6%	**	6,9	0,7	61	8,7	1,3	87	-1,9	1,4	
Consulta con psicólogo(a) / psiquiatra	29,9%	8,7%	361	41,0%	7,2%	345	-11,1%	11,3%		5,7	0,7	96	9,9	0,8	145	-4,1	1,0	***
Consulta con nutricionista	51,2%	9,2%	361	64,5%	6,8%	345	-13,4%	11,3%		6,0	0,6	200	9,4	1,6	222	-3,4	1,7	**
Consulta con trabajo social	19,4%	4,9%	361	36,9%	3,8%	345	-17,5%	6,1%	***	10,5	2,5	82	9,3	0,6	125	1,2	2,6	
Control de presión arterial	84,8%	6,4%	361	79,3%	3,7%	345	5,4%	7,3%		8,9	0,6	292	11,8	1,4	276	-2,8	1,5	*
Examen de azúcar en la sangre o de orina	95,9%	1,2%	361	80,9%	4,8%	345	15,0%	5,0%	***	6,7	0,7	330	9,1	1,1	285	-2,4	1,3	*
Examen de colesterol	88,7%	5,8%	361	76,8%	2,7%	345	11,9%	6,3%	*	6,8	0,7	324	9,2	0,9	269	-2,4	1,1	**
Otro	8,3%	1,7%	361	6,9%	1,5%	345	1,4%	2,3%		4,4	0,9	24	8,1	1,5	30	-3,8	1,7	**

## 2.5 PRINCIPALES RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

### 2.5.1 Acceso:

**Resultado:** Centro y Santanderes y Sur son las únicas regiones en donde el acceso a medicamentos es más bajo para el RS. Es decir, estas dos regiones explican la brecha de 5 puntos porcentuales en acceso a medicamentos que existió en el 2014 a nivel nacional. Para el grupo de pacientes de consulta general se presenta un detrimento en el nivel de acceso a medicamentos de por lo menos 10 puntos porcentuales en ambos regímenes entre 2012 y 2014.

**Recomendación:** Evidencia de un estudio realizado para Tailandia sugiere que el aumento en la cobertura de salud genera un incremento en el acceso a medicinas para pacientes externos en centros de atención primaria, pero que el impacto en acceso a medicinas para pacientes internos y para pacientes atendidos en centros de atención de nivel 2 y 3 es menos evidente (Garabedian et al., 2012). Cabe aclarar que en el caso de Tailandia tanto el gobierno como la industria estuvieron en capacidad de responder al aumento de la demanda por medicinas.

Por otra parte, la evidencia de la Encuesta de Resultados de esta investigación muestra que, para el caso de Colombia, el nivel de acceso a medicamentos disminuyó en presencia de un aumento en la cobertura de seguros: para el grupo de 11 patologías, el acceso a medicamentos ha disminuido en RS. Para el grupo de consulta general, el acceso a medicinas ha disminuido para ambos regímenes.

Lo anterior sugiere que en Colombia la unificación y actualización del POS puede haber generado un aumento en la demanda que no fue correspondido por la oferta. Esta hipótesis concuerda con los resultados de barreras de acceso para el RS: el 8% de los encuestados manifestó que no le entregaron los medicamentos porque “*no había la cantidad requerida*” o porque “*el medicamento no estaba disponible*”. Todo apunta a que el Ministerio de Salud y Protección Social debe crear una estrategia para garantizar la disponibilidad de medicinas en ciertas regiones (Centro-Santanderes y Sur), que son las regiones que muestran peores resultados en acceso a medicamentos.

Un estudio para Brasil sugiere que los problemas en el acceso a las medicinas pueden estar relacionados con “*estimaciones inadecuadas, problemas en el mantenimiento de registros, manejo de inventarios y dificultades en la distribución*” (Center for Pharmaceutical Management, 2003). La estrategia adoptada para mejorar el acceso a medicinas en algunas regiones de Brasil consistió crear una red cooperativa en entre el sector público y privado en la que cada uno se encargó de las funciones que realizaba mejor. La selección, prescripción y administración quedaron a cargo del sector público, mientras que la producción, la distribución y la dispensación quedaron a cargo del sector privado (Center for Pharmaceutical Management, 2003). De esta manera cada sector se pudo concentrar en lo que hacía de manera más eficiente y se mejoraron los indicadores de acceso a medicinas.

El Ministerio de Salud y Protección Social podría crear alianzas similares con actores del sector privado (farmacéuticas, farmacias, IPS, entre otras) en Centro-Santanderes y Sur a fin de garantizar éstas produzca, distribuyan y dispensen las medicinas incluidas en el

POS. Una de las ventajas de este enfoque es que hace uso de la infraestructura existente y aprovecha las ventajas comparativas de los actores.

Otra estrategia que podría adoptar el Ministerio es trabajar conjuntamente con compañías farmacéuticas para mejorar el acceso a medicamentos en ciertas áreas y a nivel del sistema en general. Por ejemplo, en 2013 la compañía Johnson & Johnson llevó a cabo una iniciativa propia para mejorar el acceso a sus medicinas en Colombia. La iniciativa, que tardó más de 6 meses y contó con la participación de más de 30 empleados de la compañía, consistió en entrevistar a diversos actores de la cadena de valor de las medicinas para entender su funcionamiento y plantear acciones de mejora (Access to Medicine Foundation, 2014). Dichas acciones pueden ir desde la producción regional o local de los medicamentos hasta la discriminación de precios por regiones para garantizar la asequibilidad de las medicinas.

En este esquema, las EPS podrían participar aportando información regionalizada de la demanda por medicamentos escasos y llevando a cabo campañas de información con sus afiliados para que estos conozcan cuáles el procedimiento que deben seguir para obtener las medicinas que les son recetadas. Por su parte, las IPS podrían participar en las alianzas mencionadas y dar prioridad a la consecución y disponibilidad de aquellas medicinas que están incluidas en el POS.

#### 2.5.2 Equidad:

**Resultado:** Esta evaluación analizó la equidad en términos de las diferencias existentes entre varios grupos sociales para acceder a servicios de salud oportunos y de calidad. También se evaluó cómo varió esta situación luego de la unificación y actualización del POS. En ese sentido, se encontraron diferencias persistentes según el estatus socioeconómico en temas como morbilidad auto reportada, acceso a servicios de salud, acceso a medicamentos, oportunidad en consulta médica general y utilización de los servicios de hospitalización.

No siempre es claro que las inequidades desfavorezcan a los más pobres o a los más ricos, lo que sí fue evidente a partir de los coeficientes de concentración encontrados es que los niveles de desigualdad son muy bajos. Los coeficientes de concentración para morbilidad auto reportada y hospitalización son negativos e indican mayor inequidad en contra de los más pobres, contrario a lo que ocurre con variables como acceso a servicios de salud y a medicamentos.

Es importante mencionar que en 2013, luego de la unificación y la actualización del POS, hubo mayor desigualdad en contra de los más pobres en ambos regímenes en temas como morbilidad auto-reportada y hospitalización. En acceso a servicios de salud y a medicamentos también hubo más desigualdad en contra de los más pobres, pero únicamente en el Régimen Subsidiado. En general, puede decirse que existen desigualdades no muy grandes pero persistentes y, en algunos casos, levemente crecientes entre 2011 y 2013.

Sin embargo, para interpretar este resultado es importante tener en cuenta que entre los grupos analizados hay desigualdades socioeconómicas grandes y persistentes, y que lo natural es que éstas se traduzcan en inequidades en salud. Se trata de factores de fondo como la educación, el empleo y las costumbres sociales, entre otros aspectos, que escapan al alcance de las políticas públicas en salud.

### 2.5.3 Oportunidad:

**Resultado:** En cáncer y diabetes los tiempos de inicio del tratamiento del RS son superiores que los del RC.

**Recomendación:** La experiencia internacional muestra que, especialmente para cáncer, el aumento en los tiempos de espera puede tener consecuencias fatales. Los tumores crecen y se esparcen, haciendo que los pacientes se vuelvan incurables. Los tiempos de espera para tratamiento de cáncer en Colombia son largos comparados con estándares internacionales (69 días en el RC y 134 días en el RS), lo que implica que el Sistema de Salud Colombiano tiene un problema estructural, independientemente de la diferencia entre regímenes. 15 años atrás el Reino Unido implementó un plan nacional de cáncer. Entre los objetivos de este plan estaba el de reducir los tiempos promedio de espera para diagnóstico e inicio de tratamiento (NHS, 2000). La estrategia para lograrlo se basó en tres ejes:

1. Incrementar la inversión en infraestructura dedicada al tratamiento de cáncer. Esto es, aumentar el número de máquinas de radioterapia y entrenar más radioterapeutas.
2. Crear una red de colaboración entre las IPS que atienden cáncer con el fin de compartir experiencias exitosas y diseminar buenas prácticas.
3. Definir objetivos para mejoramiento de tiempos de inicio de tratamiento a nivel local.
4. Hoy, después de 15 años de haber implementado el Plan Nacional de Cáncer, más del 90% de los casos de cáncer en el Reino Unido reciben atención antes de 2 semanas (NHS, 2015).

Teniendo en cuenta esta exitosa experiencia internacional, el Ministerio de Salud y Protección Social podría realizar un análisis rápido de la suficiencia de la infraestructura disponible para tratar casos de cáncer<sup>23</sup>. Por ejemplo, para dar una idea de la posible magnitud del problema, utilizando datos de la OMS (2015) se puede ver que en 2013 Colombia tenía 1.45 unidades de radioterapia<sup>24</sup> mientras que el Reino unido tenía 5.03 y Brasil 1.73. De comprobarse que hay un déficit de infraestructura, el Ministerio debe diseñar un plan de inversiones para incrementar la disponibilidad de ésta. El aumento de la infraestructura se puede asegurar adjudicando recursos específicamente para este fin en los presupuestos de inversión de las ESE.

De la misma forma, el Ministerio podría conformar una red de colaboración entre las IPS que atienden pacientes de cáncer para promover buenas prácticas y estudiar casos de tratamiento ágil y exitoso. También es necesario estudiar cuál es el tiempo de inicio de tratamiento para cáncer a nivel regional y aclarar cuál es la dimensión geográfica del programa. Hecho esto, pueden fijarse metas para mejorar los tiempos de inicio de tratamiento a nivel regional. Si se siguen estos pasos es probable que el resultado sea una reducción significativa en los tiempos de inicio de tratamiento para cáncer, lo que en la práctica implicaría que se salven vidas. Un plan similar podría desarrollarse también para enfrentar la problemática de largos tiempos de espera para inicio de tratamiento en diabetes.

**Resultado:** Los tiempos entre controles son más largos para el RS en VIH.

**Recomendación:** Exigir que las EPS lleven a cabo un proceso de acompañamiento a los pacientes con VIH para recordarles que pueden y deben hacerse controles periódicos. Ya existen ejemplos de EPS que ofrecen Planes Personalizados de Salud a sus afiliados. En estos Planes los pacientes tienen un médico que juega un rol muy parecido al del médico de cabecera de otros tiempos; es decir, un médico que está pendiente de las personas, que conoce su histórica clínica y realiza un monitoreo constante. En principio, podría pensarse en extender automáticamente planes de salud personalizados a los pacientes de patologías específicas, de modo que reciban un monitoreo más cercano y frecuente (llamadas al celular, visitas periódicas, etc.). Si bien inicialmente la implementación de este tipo de medidas puede generar costos adicionales para las EPS, en el largo y mediano plazo éstas podrían ahorrar costos y el sistema podría ganar en eficiencia pues el

---

<sup>23</sup> Comúnmente esto se hace comparando el número de máquinas de radioterapia por cada millón de habitantes con el de otros países.

<sup>24</sup> Colombia tenía en 2011 1.53 radioterapitas por cada millón de habitantes (69 en total) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

monitoreo frecuente evitaría un deterioro en el estado de salud de los pacientes, lo que podría ahorrar la necesidad de emplear medicamentos, procedimientos y tratamientos más costosos. De hecho, el espíritu de la Resolución 412 de 2000, es que las EPS tomen acciones para inducir la demanda para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública. En el fondo se trata de compartir la tarea de monitoreo entre el paciente y el sistema de salud, lo que podría redundar en beneficios adicionales para ambas partes. Se debe aclarar que los costos iniciales adicionales de los programas de monitoreo deben ser asumidos por las EPS y en ningún momento se contempla que el paciente deba realizar pagos adicionales por acceder a este tipo de servicios.

Otros métodos para mejorar la frecuencia de chequeo de los pacientes pueden ser crear un sistema que automáticamente envíe alertas a los médicos cuando los pacientes que necesitan un control visiten una IPS, realizar una llamada o enviar una carta a los pacientes que están atrasados en sus controles, o una combinación de todos los anteriores (McDowell, Newell, & Rosser, 1989).

#### 2.5.4 Calidad:

**Resultado:** A nivel regional resalta el hecho de que Bogotá y Centro-Santanderes son las regiones en donde los pacientes del RS tienen una peor percepción que los del RC sobre la calidad de las consultas (y de la información recibida).

**Recomendación:** Las IPS y EPS que atienden a pacientes del RS en Bogotá deben tomar medidas en términos de la información que proveen a sus pacientes. Como se mencionó en el informe, en la mayoría de los casos la baja calificación está explicada por de la mala calidad de la información en la consulta.

Existen estrategias diseñadas para mejorar no solo calidad de la información que reciben los pacientes sino el nivel de comprensión de estos. Como primera medida: “los prestadores de salud deben utilizar técnicas rápidas para diagnosticar el nivel de conocimiento sobre salud de los pacientes” (Kountz, 2009, p. 1). Esto puede hacerse con pruebas de detección rápidas. Una vez identificados los pacientes cuyo conocimiento en salud es bajo, deben implementarse con ellos medidas como (Kountz, 2009):

- Recordar puntos clave de la enfermedad en cada visita del paciente.
- Utilizar comunicación sin jerga.
- En la medida de lo posible, usar imágenes para explicar conceptos.

- Pedir al paciente que explique de vuelta lo que se le ha sido explicado para comprobar su nivel de comprensión.

Por supuesto, la implementación de este tipo de medidas requiere de acciones concretas por parte de IPS y EPS para capacitar a su personal en estas técnicas de evaluación de conocimientos sobre salud y en el uso de términos de comunicación sencillos. También se requiere por parte de IPS y EPS la producción de materiales didácticos, gráficos y fáciles de entender para distribuir a los pacientes. Mejorar el diseño y la accesibilidad de las páginas web y utilizar tecnología interactiva como pantallas táctiles para brindar información a los pacientes también es recomendable (Osborne, 2011). Sin embargo, es necesario mencionar que aún no existe una estrategia única, clara y efectiva para mejorar los conocimientos de salud de los pacientes y para hacer la información médica que se les da más fácil de entender (Pignone et al., 2005).

#### 2.5.5 Integralidad:

**Resultado:** El RS está rezagado con respecto al régimen contributivo en la cobertura integral en VIH.

**Recomendación:** Las guías de tratamiento para expertos en E.E.U.U. y la U.E. indican los pacientes de VIH deben rutinariamente ser examinados para detectar otras infecciones virales como las hepatitis B y C (Sulkowski, 2008). Además de eso es recomendable que los pacientes se vacunen para prevenir estas enfermedades, razón por la cual las Guías Clínicas de Atención a VIH del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2011) recomiendan que los pacientes de VIH se vacunen contra neumococo (en algunos casos), hepatitis B e influenza.

A pesar de esto, la encuesta de resultados de esta evaluación indica que a los pacientes del RS se les receta la vacuna para la hepatitis B con menor frecuencia que a los pacientes del RC. Lo anterior indica que los médicos que atienden pacientes de VIH en el RS podrían no estar cumpliendo a cabalidad con las guías clínicas del Ministerio. Un estudio extensivo sobre las razones que tienen los médicos para no cumplir con las prácticas médicas reveló que existen 6 pretextos comunes para ello: desconocimiento del procedimiento, falta de familiaridad con él, desacuerdo con el procedimiento, falta de eficiencia médica, pesimismo sobre la efectividad del procedimiento e inercia de la práctica previa (Cabana et al., 1999).

La estrategia a seguir para mejorar la adherencia de los médicos a una guía médica varía significativamente dependiendo de cuál sea la razón particular por la que los médicos no

siguen esa guía específica (Cabana et al., 1999). Por esa razón, este estudio no puede más que recomendar que el Ministerio de Salud y Protección social realice una investigación para determinar por qué razón los médicos del RS no siguen la guía de tratamiento para pacientes de VIH.

#### 2.5.6 Barreras de Acceso:

**Resultado:** El porcentaje de personas que no buscó atención médica estando enferma porque “el caso era leve” fue mucho mayor en el RS (81%) que en el RC (50%). La investigación cualitativa, basada en grupos focales, ha determinado que esto puede deberse a que las personas del RS, por lo general, tienen más dificultades para “sacar el tiempo” o invertir el dinero necesario para buscar atención médica. Ante esas dificultades, las personas tienden a subestimar su condición de salud, y solo acuden al médico cuando el caso ya reviste cierta gravedad o urgencia. Otra posibilidad es que los beneficios de la unificación del POS hayan sido difundidos y las personas del RS sigan pensando que no tienen acceso a los beneficios que la ley les ha garantizado. Esto último está soportado en otros resultados de la Encuesta de Resultados, que muestran un alto nivel de desinformación de los pacientes en lo relativo a la unificación y las actualizaciones del POS.

**Recomendación:** la evidencia muestra que la percepción que tienen los pacientes de la severidad de la enfermedad puede ser un factor importante no solo para determinar el nivel de utilización de los servicios de salud sino para determinar el nivel de cumplimiento de los pacientes con el tratamiento (Alogna, 1980). Es decir, el hecho que los pacientes del RS tengan una percepción menor de la severidad de la enfermedad puede explicar resultados como la menor frecuencia en los controles de algunas patologías y la menor utilización de los servicios en otras.

Se recomienda que el Ministerio de Salud y Protección Social realice campañas educativas e informativas para aumentar el nivel de concientización de los pacientes del RS por lo menos en lo relativo a las 11 patologías analizadas para este estudio. La evidencia sugiere que las campañas informativas pueden tener efectos importantes en la utilización de procedimientos preventivos como la colonoscopia (Carpenter et al., 2003) y la mamografía (Jacobsen et al., 2011). Estas campañas pueden incluir: uso de celebridades, pauta en medios y folletos u otros materiales informativos que se entregan a los pacientes en las IPS.

#### 2.5.7 Protección financiera de los hogares:

**Resultado:** Hay indicios de que en el grupo de 11 patologías más de un 15% de los pacientes cubre el costo de su cirugía o de su consulta odontológica con recursos propios.

**Recomendación:** Un estudio del sistema de salud filipino mostró que cuando las IPS tienen libertad para fijar los precios de los procedimientos el aumento en la cobertura de seguro no se traduce en la reducción del gasto de bolsillo de los hogares. Peor aún, en el caso filipino, una alta proporción (86%) de los recursos públicos invertidos en aumentar la cobertura de seguro terminó en manos de las IPS (Gertler & Solon, 2000). Esto ocurrió porque las IPS, sabiendo que algunos procedimientos estaban cubiertos y otros no, desarrollaron nuevas “mezclas” o “combos” de procedimientos y medicamentos en las que maximizaban tanto el cobro a los aseguradores como el cobro a los pacientes (Gertler & Solon, 2000).

La investigación del componente de procesos de esta evaluación muestra indicios de que en Colombia las IPS pueden haber realizado un “ajuste” de los medicamentos y procedimientos que recetan para mantener ciertos márgenes de ganancia. El incentivo está en que al recetar los medicamentos y procedimientos que no están en el POS –y que por lo tanto son menos susceptibles de tener precios controlados– las IPS pueden maximizar tanto el monto que reciben del sistema (una vez la EPS ejecuta el recobro) como el cobro que hacen a los pacientes (en caso de que éstos decidan pagar por su cuenta).<sup>25</sup> Investigaciones anteriores han evidenciado la existencia de estos comportamientos:

*“malas prácticas por parte de algunas IPS, las cuales generaban una doble facturación para un paciente: una que se financiaba con la UPC y otra que se financiaba con recursos del FOSYGA...[]... los que evidencia fallas en el sistema de control y vigilancia del sistema”*  
(Núñez et al., 2012, p. 79)

La evidencia de la Encuesta de Resultados, analizada a la luz de la experiencia internacional y de otras investigaciones para Colombia, muestra que en el caso de la consulta odontológica y las cirugías, la IPS pueden estar aplicando estrategias para maximizar sus ingresos en detrimento del sistema y de los pacientes. Para evitar que esto suceda la Superintendencia y el Ministerio de Salud y Protección Social deben reforzar sus sistemas de control y vigilancia en procedimientos odontológicos y de cirugía.

---

<sup>25</sup> Por otra parte, esta puede ser una de las razones por las cuales, a pesar de la actualización y la unificación del POS, los recobros al FOSYGA aún no disminuyeron en la magnitud esperada.

## 2.6 RESPUESTAS A PREGUNTAS ORIENTADORAS ESPECÍFICAS

### 2.6.1 ¿Cuáles son los determinantes que hacen que la información de los nuevos beneficios cubiertos llegue a los actores?

Un 25% de los pacientes de las 11 patologías (en ambos regímenes) se enteran de los nuevos procedimientos a través de sus médicos. Es decir, cuando les formulan un nuevo medicamento o procedimiento. Eso indica que los médicos son el principal determinante en la transmisión de información sobre nuevas tecnologías al paciente. En Valle, por ejemplo, que es la región con más altos niveles de información sobre nuevas tecnologías, más del 50% de los pacientes del RS manifestó haberse enterado de un nuevo procedimiento, medicamento o tecnología a través de su médico, figura que fue de 32% para el RC. Lo mismo ocurre para el RC en Caribe, que también es un grupo con buen nivel de información sobre las novedades del POS. En él, casi un 49% de los pacientes manifestó haber recibido información a través de su médico. En el otro lado del espectro está el RS en Amazonas y Pacífico, que son los grupos en los que los niveles de información fueron más bajos. En estos grupos el médico jugó un papel muy modesto como transmisor de información (5 y 16% de los casos respectivamente).

No obstante, existen otros mecanismos determinantes de la transmisión de información sobre nuevos medicamentos o procedimientos. En el RS en Bogotá, que también es un grupo poblacional con buenos niveles de información sobre nuevas tecnologías, cerca del 7% manifestó haberse enterado a través de una asociación de usuarios o pacientes. Así mismo, aunque a nivel nacional no más del 5% de los pacientes manifestó haberse enterado de la inclusión de nuevas tecnologías a través de la EPS, existe evidencia de que el asegurador puede y debe<sup>26</sup> jugar un rol importante en la transmisión de información. Es obligación de las EPS mantener informado al paciente. Adicionalmente, la Sentencia T-760 de 2008 reiteró esta obligación y ordenó a las EPS entregar entre otras, la carta de derechos que hace referencia a los contenidos del POS.

Es evidente entonces que, aunque pueden existir otros determinantes de la transmisión de información, el papel de los médicos explica la mayoría de las diferencias en los niveles de información sobre nuevas tecnologías en el POS. El Ministerio debe entonces enfocarse en lograr que las políticas y pautas para la atención conlleven a que los médicos incorporen las nuevas tecnologías en su práctica. Adicionalmente, debe realizarse un

---

<sup>26</sup> Es obligación de las EPS mantener informado al paciente. Adicionalmente, la Sentencia T-760 de 2008 reiteró esta obligación y ordenó a las EPS entregar entre otras, la carta de derechos que hace referencia a los contenidos del POS.

control a las EPS para asegurar el cumplimiento y la aplicación de las pautas de atención del Ministerio, ya que el Ministerio establece políticas y pautas para la atención, pero la EPS como gestora es quien debe velar por aplicación y cumplimiento.

#### 2.6.2 ¿Cuánto tiempo toma el proceso de reconocimiento de los nuevos servicios y tecnologías incluidos en el POS por parte de los usuarios?

La ER muestra que dos años después de la actualización del POS el nivel de reconocimiento de nuevas tecnologías por parte de los usuarios sigue siendo bajo. A nivel nacional, entre el 50% y el 55% de los pacientes no sabe nada sobre el tema. En la región con mayor nivel de reconocimiento (Valle) el porcentaje de personas que no sabe nada sobre las novedades del POS está entre 35% y 40%. Este resultado muestra que en la mitad de los casos el proceso de reconocimiento por parte de los usuarios aún no ha ocurrido, por lo que es imposible medir cuánto tiempo tomará. No obstante, puede concluirse que en la mayoría de los casos será por lo menos superior a 2 años. En la otra mitad de los casos puede concluirse que el proceso de reconocimiento fue inferior a 2 años, y que en parte ocurrió así porque el personal médico reconoció el procedimiento o la tecnología y transfirió la información a los usuarios al recetarlos.

Por ser la prescripción el principal vehículo a través del cual los pacientes se enteran de la inclusión de nuevas tecnologías en el POS, el nivel de formulación está ligado al nivel de reconocimiento de las tecnologías. Por esa razón, analizar cuál es el nivel de prescripción de los nuevos medicamentos puede ser útil para formar una idea de qué nivel de reconocimiento tienen. Esomeprazol, Atorvastatina, Tenofovir, Sertralina, Olanzapina, Carvedilol y Losartán son medicamentos cuyo nivel de prescripción es alto en ambos regímenes. Las insulinas Glulisina, Glargina y Aspart se recetan con mayor regularidad, pero solamente en el RC. En las demás medicinas y procedimientos actualizados no existe evidencia de un incremento en la formulación, lo que puede indicar que las tecnologías aún no han sido reconocidas por los pacientes.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que el número de observaciones de las respuestas a las preguntas que indagaban por ciertos medicamentos en ocasiones fue muy bajo. Esto generó que dichos medicamentos fueran excluidos del análisis, sin que ello implique que pueda determinarse que no han sido reconocidos por los pacientes. Adicionalmente, el indicador de prescripción de medicamentos puede estar distorsionado porque no es seguro que todos los pacientes a los que se les preguntó si les habían recetado un medicamento de hecho necesitaran ese medicamento. Es decir, se preguntaba por medicamentos específicos a todos los pacientes de una patología sin tener certeza de

que la condición particular de ese paciente requiriera que le recetaran el medicamento por el que se le estaba preguntando. En conclusión, un nivel alto de prescripción en un medicamento implica que ese medicamento ha sido reconocido por el sistema y por los pacientes, pero un nivel bajo de prescripción en un medicamento no es suficiente para concluir que dicho medicamento no ha sido reconocido ni por el sistema ni por los pacientes.

### 2.6.3 ¿Cómo mejora el tiempo de espera para acceder a los nuevos servicios y tecnologías derivados de la Unificación del POS?

Dado que el formulario de la ER, no incluye preguntas retrospectivas sobre los indicadores de oportunidad<sup>27</sup>, es difícil estimar con precisión cuál fue el impacto de la actualización y la unificación del POS en los tiempos de espera de ciertos procedimientos. Sin embargo, puede llegarse a una estimación de esto al comparar los indicadores de la encuesta resultados con los indicadores de la encuesta de calidad de vida.

El tiempo de espera promedio para consulta médica general en el RC reportado en la ECV en 2011 y 2012 fue de 3.42 días. En 2013 ese indicador ya rondaba los 4.4 días. La Encuesta de Resultados reportó un tiempo de 5,5 días para el mismo grupo de pacientes a finales de 2014, lo que podría implicar una tendencia creciente del tiempo de espera en consulta médica general para el RC en los últimos dos años.

En cuanto al RS, el tiempo promedio de espera en consulta médica general para 2011 y 2012 (tomado de la ECV) fue de 2.38 días. En 2013 el indicador ya estaba en 3.07 días. La Encuesta de Resultados muestra que para el RS en 2014 el tiempo de espera en consulta médica general era de 3.5 días, por lo que podría concluirse que este indicador también tiene una tendencia al aumento en los dos últimos años en el RS.

La Encuesta de Seguimiento a ESP del Ministerio de Salud y Protección Social es una fuente de información adicional que puede servir para contrastar la información anteriormente expuesta. Dicha encuesta reporta un tiempo promedio de espera de 6.47 días para la asignación de una cita en consulta médica general en el RC. Lo anterior es superior a lo reportado tanto en la ECV como en la ER para el mismo indicador. En cuanto al RS, la Encuesta de Seguimiento reporta un tiempo de espera para consulta médica general de 5 días, lo que es también superior a los indicadores tanto de la ECV

---

<sup>27</sup> Es probable que estas preguntas no hubiesen funcionado, pues es difícil que los encuestados logren recordar cuánto tiempo esperaron para una cita o procedimiento hace dos años.

como de la ER. Esta información robustece los indicios presentados en los dos párrafos anteriores.

Dado que el incremento en los tiempos de espera para consulta médica general se da tanto en el RC (grupo de control) como en el RS (grupo de tratamiento), es difícil concluir que el aumento se deba a la unificación del POS. Sin embargo, si se tiene en cuenta que desde la unificación los pacientes del RS (tratados) pueden acudir también a algunas IPS del RC (de control) es posible que el incremento de la demanda en el RS (que se deriva de la unificación) sí explique el cambio en los tiempos de espera en ambos regímenes, pero no es posible concluir eso con certeza.

#### 2.6.4 ¿La actualización y unificación del POS tiene un efecto positivo en el gasto de bolsillo de los afiliados?

Aunque siguen existiendo falencias, en la mayoría de los casos se encuentra que la atención se cubre con recursos del aseguramiento. Más del 80% de las personas encuestadas por tipo de tecnología respondió que su demanda de salud fue cubierta por el sistema con recursos de aseguramiento. La siguiente cita de un grupo focal refleja que para algunos pacientes la protección financiera es excelente:

*“Por parte mía la atención si ha sido muy buena, no he tenido queja, y en Cali hasta me han ayudado para el transporte.” (Popayán)*

Ese nivel de satisfacción representa un avance importante con respecto a los niveles de protección para los hogares colombianos con respecto al pasado. En 2003 un estudio que comparó los niveles de protección financiera en salud de 59 países (Xu et al., 2003) ubicó a Colombia en el puesto 56, solo por encima de Vietnam, Brasil y Azerbaiyán. El estudio de Xu et al. (2003) encontró que hace una década más del 60% de los hogares que incurrían en gastos de salud en Colombia sufrían de gastos catastróficos o empobrecedores. Aunque no es posible actualizar esa figura para Colombia debido a que la fuente de información, la ECV, ya no contiene esas variables, la información aportada por la ER de esta evaluación sugiere que la situación ha mejorado dramáticamente.

#### 2.6.5 ¿Cuáles son los determinantes que condicionan la utilización de servicios y que explican que las frecuencias de uso en el régimen subsidiado sean menores que en el régimen contributivo?

En ambos regímenes la razón más común para no haber ido al médico estando enfermo es una baja percepción de la severidad de la enfermedad. Sin embargo, el porcentaje de

personas que consideraron que “el caso era leve” fue mucho mayor en el RS (81.2%) que en el RC (49.8%). La investigación cualitativa con grupos focales ha determinado que esto puede deberse a que las personas del RS, por lo general, tienen más dificultades para “sacar el tiempo” o invertir el dinero necesario para buscar atención médica, aunque solo una minoría lo admite abiertamente. La mayoría de los pacientes del RS tiende a subestimar su condición de salud, y solo acude al médico cuando el caso ya reviste cierta gravedad o urgencia.

De lo anterior puede deducirse que aún existen barreras de acceso, sobre todo de tipo económico, que determinan que los pacientes del RC puedan utilizar los servicios de salud con mayor frecuencia. Sin embargo, una percepción más leve de la enfermedad en el RS puede encerrar mucho más que barreras económicas. La investigación cualitativa encontró también que en algunos casos las personas recurren a la medicina popular u otro tipo de prácticas antes de recurrir al sistema de salud convencional. Esto está en línea con los resultados de la ECV 2013, que muestra que el porcentaje de personas del RS que declaró haber utilizado remedios caseros para tratar un problema de salud (9.5%) fue mayor que el del RC (5.5%). Lo mismo ocurre con el porcentaje de personas que declaró haberse auto-medicado, que fue de 9% en el RS y de 6.5% en el RC.

Sin embargo, para ahondar más en el análisis de determinantes de utilización por régimen, se llevaron a cabo cuatro regresiones con los datos de la Encuesta de Resultados. Dos regresiones se hicieron para el grupo de pacientes de Consulta General y dos se hicieron para el grupo de pacientes que sufren de alguna de las patologías priorizadas por este estudio. En ambos casos se hace primero una regresión que utiliza un modelo *probit* para determinar la incidencia de diferentes factores en la probabilidad de que los pacientes utilicen los servicios de salud. Después se hace una segunda regresión que utiliza el modelo de *Poisson* y se toma como variable independiente la frecuencia de utilización de varios servicios de salud.

Por supuesto, las dos últimas regresiones, las que se hacen con el grupo de pacientes que sufre de alguna patología, incluyen variables de patología (además de la interacción entre esta y la variable de sexo). En cambio, las primeras dos regresiones, que se hacen sobre el grupo de pacientes de consulta general, no incluyen las variables de patología.

## Resultados

### I. Probabilidad de uso de los servicios de salud

La Tabla 68 muestra los resultados del ejercicio para determinar los factores asociados al uso de los servicios de salud para pacientes de consulta general. El uso de los servicios de salud se examina para 5 servicios:

- ✓ Consultas al médico por prevención.
- ✓ Consultas con especialista.
- ✓ Servicios de urgencias
- ✓ Exámenes de diagnóstico
- ✓ Hospitalización.

Se aprecia que pertenecer al RS está asociado con una probabilidad de uso que fluctúa entre 13.9% para consulta médica con especialista y 7.23% para consulta médica por prevención y para hospitalización. Lo anterior confirma el enunciado de la pregunta: de hecho, la utilización de los servicios es menor por parte de los pacientes afiliados al RS, aún después de incluir de numerosas variables de control como se muestra en la tabla 68.

En cuanto a otras variables relevantes para explicar el uso de servicios de salud, un hecho relevante de la Tabla 68 es que la condición de ocupado está asociada a una probabilidad de uso más baja para consulta con especialista, servicio de urgencias y exámenes de diagnóstico. También es destacable la importancia de los primeros años de educación: comparado con los pacientes que no tienen ningún año de educación, aquellos que tienen por lo menos educación preescolar tienden a acudir más a todos los servicios menos a las consultas con especialistas. En cambio, como es de esperarse, las personas con educación superior tienen mayor probabilidad de usar el servicio de consulta con especialista.

En lo relativo a la importancia del lugar de residencia para explicar la probabilidad de uso de servicios de salud, puede decirse que, comparado con Bogotá, el Eje Cafetero-Antioquia es la región en que más se reduce la probabilidad de uso. Esto es especialmente cierto para consultas al médico por prevención, hospitalización y consultas con especialistas. Dado el bajo nivel de consulta preventiva, no es sorprendente tampoco que Eje Cafetero-Antioquia sea la región cuyos habitantes, comparados con los de Bogotá, tienen mayor probabilidad de hacer uso del servicio de urgencias. Otro hecho destacable a nivel regional es que en general, aparte de Eje Cafetero-Antioquia y Amazonía-Orinoquía, las demás regiones no presentan diferencias significativas en probabilidad de uso de los servicios de salud comparadas con Bogotá. En Amazonía-Orinoquía, la única diferencia significativa con la capital es una menor probabilidad de acceder a servicios de consulta especializada.

Por último, en pacientes de consulta general la distribución por grupos de edad muestra que, comparado con los adultos entre 18 a 60 años, los pacientes mayores de 60 años tienen mayor probabilidad de acudir a todos los servicios de salud excepto a urgencias. Los niños, en cambio, comparados con los adultos de 18 a 60 años, tienen menos probabilidad de acudir a consultas con especialistas y a exámenes diagnósticos.

En conclusión, para pacientes de consulta general, la probabilidad de utilización está explicada por el régimen de pertenencia, la situación laboral, la región y la edad. De las variables diferentes al régimen de pertenencia, aquellas asociadas a una probabilidad negativa de utilización de servicios son la región (Eje Cafetero-Antioquia), la edad (niños y jóvenes menores de 18 años), la condición de no ocupado y el hecho de no tener ningún año de educación.

**Tabla 68 - Factores Asociados al Uso de los servicios de salud para Pacientes de Consulta General (modelo Probit)**

VARIABLES	¿EN EL AÑO 2013 A CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ASISTIÓ?				
	CONSULTAS AL MÉDICO POR PREVENCIÓN	CONSULTAS CON ESPECIALISTA	ACUDIÓ AL SERVICIO DE URGENCIAS	SE REALIZÓ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	FUE HOSPITALIZADO
Subsidiado	-0.0723** (0.0290)	-0.139*** (0.0319)	-0.0425 (0.0310)	-0.115*** (0.0312)	-0.0723** (0.0290)
Hombre	-0.0594** (0.0286)	0.0482 (0.0314)	0.0288 (0.0302)	-0.00278 (0.0298)	-0.0594** (0.0286)
Ocupado	-0.0103 (0.0325)	-0.120*** (0.0351)	-0.0637* (0.0345)	-0.0913*** (0.0352)	-0.0103 (0.0325)
Casado	0.00156 (0.0286)	-0.0208 (0.0315)	0.0428 (0.0309)	-0.00451 (0.0307)	0.00156 (0.0286)
Básica primaria (1 a 5) <sup>28</sup>	0.0545 (0.0460)	0.0825 (0.0541)	-0.0363 (0.0506)	0.107** (0.0482)	0.0545 (0.0460)
Secundaria y media (6 a 13)	0.0390 (0.0484)	0.0762 (0.0564)	-0.0223 (0.0526)	0.0389 (0.0514)	0.0390 (0.0484)
Postgrado con título	0.133 (0.117)	0.353*** (0.115)	0.0954 (0.161)	0.224** (0.105)	0.133 (0.117)
Preescolar	0.213*** (0.0646)	0.105 (0.125)	0.299*** (0.104)	0.252*** (0.0657)	0.213*** (0.0646)
Técnico o Tecnológico	0.0435 (0.0601)	0.107 (0.0704)	0.0288 (0.0681)	0.0572 (0.0641)	0.0435 (0.0601)
Universitario con título	0.0180 (0.0784)	0.156* (0.0874)	0.0239 (0.0867)	0.131* (0.0730)	0.0180 (0.0784)

<sup>28</sup> Las variables de educación se comparan con el nivel educativo “ninguno”

VARIABLES	¿EN EL AÑO 2013 A CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ASISTIÓ?				
	CONSULTAS AL MÉDICO POR PREVENCIÓN	CONSULTAS CON ESPECIALISTA	ACUDIÓ AL SERVICIO DE URGENCIAS	SE REALIZÓ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	FUE HOSPITALIZADO
Universitario sin título	-0.00107 (0.0818)	0.129 (0.0899)	-0.0731 (0.0846)	0.0290 (0.0849)	-0.00107 (0.0818)
Amazonía-Orinoquía <sup>29</sup>	-0.00319 (0.0580)	-0.183*** (0.0572)	-0.0227 (0.0608)	-0.102 (0.0634)	-0.00319 (0.0580)
Caribe	-0.0614 (0.0609)	0.0974 (0.0634)	0.0884 (0.0615)	0.0868 (0.0580)	-0.0614 (0.0609)
Centro y Santanderes	-0.00403 (0.0570)	-0.0654 (0.0600)	-0.00233 (0.0597)	-0.0479 (0.0611)	-0.00403 (0.0570)
Eje cafetero y Antioquia	-0.0950* (0.0499)	-0.131*** (0.0482)	0.0974* (0.0498)	-0.0151 (0.0501)	-0.0950* (0.0499)
Pacífico	-0.0727 (0.0473)	0.0542 (0.0486)	0.0670 (0.0479)	0.00972 (0.0476)	-0.0727 (0.0473)
Sur	0.0141 (0.0580)	-0.0673 (0.0623)	0.0361 (0.0619)	-0.0643 (0.0627)	0.0141 (0.0580)
Valle	-0.0553 (0.0483)	-0.0317 (0.0499)	-0.0129 (0.0490)	0.0215 (0.0485)	-0.0553 (0.0483)
Edad:0 a 18 <sup>30</sup>	-0.0469 (0.0508)	-0.187*** (0.0501)	-0.0295 (0.0521)	-0.267*** (0.0522)	-0.0469 (0.0508)
Edad:60+	0.0611* (0.0325)	0.190*** (0.0365)	-0.00497 (0.0366)	0.113*** (0.0347)	0.0611* (0.0325)
Observaciones	1,342	1,342	1,342	1,342	1,342
Robust standard errors in parentheses					
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1					

## II. Frecuencia de uso de los servicios de salud

La Tabla 69 muestra las variables que explican ya no la probabilidad de uso sino la frecuencia de utilización de los servicios de salud para personas encuestadas cuando visitaron el médico por consulta general. Esta tabla muestra que la variable Régimen (RS, RC) pierde significancia para explicar la frecuencia de utilización para casi todos los servicios excepto para la realización de exámenes diagnósticos. Lo anterior implica que, una vez las personas han comenzado a utilizar los servicios de salud, la pertenencia al RS no explica qué tan frecuentemente lo hagan. No obstante, el hecho de que las personas del RS acudan menos a exámenes diagnósticos puede estar relacionado con los problemas

<sup>29</sup> Las variables de región se comparan con Bogotá

<sup>30</sup> Las variables de edad se comparan con el grupo de 18 a 60 años

de congestión en algunas patologías (cáncer y diabetes) que se mencionaron en la sección de análisis por patologías de la evaluación de resultados.

Otras variables que pueden ayudar a explicar la frecuencia de utilización de los servicios de salud son la condición de ocupado y la educación. La primera está asociada a una menor frecuencia de utilización para todos los servicios de salud. La segunda, especialmente la educación básica y media, está asociada a una menor frecuencia de utilización para todos los servicios excepto urgencias. La asociación entre condición de ocupado y menor utilización confirma que la “falta de tiempo” es una de las razones por las cuales las personas no acuden al médico. Por otra parte, la asociación entre educación y menor utilización de los servicios de salud puede estar ligada a que a mayor educación hay mayor ingreso, variable que está asociada con mejores condiciones de salud en general.

En cuanto a la incidencia de factores geográficos en la frecuencia de utilización de los servicios de salud, las diferencias con respecto a Bogotá, tomada como referencia, se presentan en casi todas las regiones. Para pacientes de consulta general, Amazonas-Orinoquía es una región asociada a más bajos niveles de utilización que Bogotá en lo relativo consulta con especialista y exámenes diagnósticos. Esto no es sorprendente dado que esta región cuenta con muy pocas IPS de segundo y tercer nivel. En Caribe, la consulta por prevención y la hospitalización son más frecuentes que en Bogotá, pero las consultas con especialistas y los exámenes diagnósticos son menos frecuentes que en la capital. El comportamiento de las frecuencias de utilización es exactamente igual al de Caribe en Valle, Sur, Centro-Santanderes y Pacífico. Esto podría estar explicado por la relativa mayor densidad de especialistas y centros de referencia que tiene Bogotá comparado con regiones más pobres del país. Esta teoría se refuerza al ver que Eje Cafetero-Antioquia es la única región con frecuencias de utilización similares a las de Bogotá para todos los servicios.

Finalmente, la Tabla 69 también muestra la incidencia de la edad en las frecuencias de utilización de los servicios de salud para pacientes de consulta general. Comparado con los pacientes que tienen entre 18 y 60 años, los niños utilizan menos frecuentemente todos los servicios de salud. En cambio, comparados con el mismo grupo, los mayores de 60 años utilizan más todos los servicios excepto la consulta especializada y las urgencias.

En conclusión, la frecuencia de utilización de los servicios de salud en pacientes de consulta general está explicada por factores diferentes al régimen de afiliación. Entre los factores que sí explican la frecuencia de utilización están la condición de ocupado, la

educación, la región y la edad. De ellos, la educación, la condición de ocupado (en todos los servicios) y una región diferente a Bogotá o Eje Cafetero-Antioquia (en consulta especializada y exámenes diagnósticos), son factores asociados a una frecuencia de utilización de los servicios más baja.

**Tabla 69 - Factores Asociados a la Frecuencia de uso de los servicios de salud para Pacientes de Consulta General (modelo Poisson)**

VARIABLES	¿EN EL AÑO 2013 A CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ASISTIÓ?				
	CONSULTAS AL MÉDICO POR PREVENCIÓN	CONSULTAS CON ESPECIALISTA	ACUDIÓ AL SERVICIO DE URGENCIAS	SE REALIZÓ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	FUE HOSPITALIZADO
Subsidiado	-0.0355 (0.0363)	-0.00582 (0.0506)	-0.0972 (0.0605)	-0.0929** (0.0474)	-0.0355 (0.0363)
Hombre	0.0399 (0.0353)	0.0743 (0.0460)	0.147*** (0.0552)	0.0591 (0.0430)	0.0399 (0.0353)
Ocupado	-0.207*** (0.0413)	-0.271*** (0.0566)	-0.248*** (0.0691)	-0.311*** (0.0530)	-0.207*** (0.0413)
Casado	0.0379 (0.0343)	-0.0711 (0.0441)	-0.0706 (0.0567)	-0.0172 (0.0420)	0.0379 (0.0343)
Básica primaria (1 a 5) <sup>31</sup>	-0.0725 (0.0592)	-0.219** (0.0863)	0.0532 (0.0983)	-0.132* (0.0775)	-0.0725 (0.0592)
Secundaria y media (6 a 13)	-0.180*** (0.0647)	-0.264*** (0.0910)	-0.161 (0.105)	-0.222*** (0.0840)	-0.180*** (0.0647)
Postgrado con título	-0.321* (0.194)	-0.114 (0.194)	0.265 (0.251)	0.240 (0.176)	-0.321* (0.194)
Preescolar	0.187 (0.131)	0.351 (0.215)	0.363** (0.165)	-0.0380 (0.197)	0.187 (0.131)
Técnico o Tecnológico	-0.300*** (0.0822)	-0.128 (0.109)	-0.148 (0.131)	-0.0750 (0.102)	-0.300*** (0.0822)
Universitario con título	-0.0968 (0.101)	0.0344 (0.129)	-0.128 (0.172)	0.0309 (0.122)	-0.0968 (0.101)
Universitario sin título	-0.0354 (0.103)	-0.390*** (0.147)	0.0766 (0.164)	-0.119 (0.133)	-0.0354 (0.103)
Amazonía-Orinoquía <sup>32</sup>	0.0425 (0.0727)	-0.443*** (0.120)	-0.210 (0.133)	-0.404*** (0.105)	0.0425 (0.0727)
Caribe	0.143** (0.0726)	-0.532*** (0.0945)	0.132 (0.107)	-0.313*** (0.0905)	0.143** (0.0726)
Centro y Santanderes	0.238*** (0.0672)	-0.506*** (0.107)	-0.273** (0.127)	-0.359*** (0.0982)	0.238*** (0.0672)
Eje cafetero y Antioquia	0.0504	-0.105	0.0550	-0.0116	0.0504

<sup>31</sup> Las variables de educación se comparan con el nivel educativo “ninguno”

<sup>32</sup> Las variables de región se comparan con Bogotá

VARIABLES	¿EN EL AÑO 2013 A CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ASISTIÓ?				
	CONSULTAS AL MÉDICO POR PREVENCIÓN	CONSULTAS CON ESPECIALISTA	ACUDIÓ AL SERVICIO DE URGENCIAS	SE REALIZÓ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	FUE HOSPITALIZADO
	(0.0580)	(0.0698)	(0.0897)	(0.0644)	(0.0580)
Pacífico	0.0994*	-0.142**	0.0792	-0.125*	0.0994*
	(0.0549)	(0.0640)	(0.0884)	(0.0646)	(0.0549)
Sur	0.173**	-0.506***	-0.229*	-0.276***	0.173**
	(0.0691)	(0.109)	(0.124)	(0.0951)	(0.0691)
Valle	0.220***	-0.402***	0.113	-0.172**	0.220***
	(0.0549)	(0.0727)	(0.0941)	(0.0670)	(0.0549)
Edad:0 a 18 <sup>33</sup>	-0.448***	-0.539***	-0.295***	-0.424***	-0.448***
	(0.0694)	(0.113)	(0.106)	(0.0982)	(0.0694)
Edad:60+	0.206***	0.0550	-0.225***	0.105**	0.206***
	(0.0399)	(0.0512)	(0.0684)	(0.0487)	(0.0399)
Constant	1.524***	1.840***	1.198***	1.521***	1.524***
	(0.0778)	(0.103)	(0.127)	(0.0956)	(0.0778)
Observations	924	625	588	840	924
Standard errors in parentheses					
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1					

La Tabla 70 muestra las probabilidades de utilizar los servicios de salud para pacientes que sufren de alguna de las patologías priorizadas. En ella se puede ver que, tal como ocurre para los pacientes de consulta general, la afiliación al RS es un factor que disminuye la probabilidad de utilizar todos los servicios de salud excepto el servicio de urgencias. De nuevo, esto confirma el planteamiento de que la frecuencia de utilización es más baja en el RS que en el RC.

La Tabla 70 también muestra que otros factores como estar casado(a) influyen positivamente en la probabilidad de utilizar servicios como la consulta preventiva, la realización de exámenes diagnósticos y la hospitalización. Para el caso de los pacientes de patologías ya identificadas, ser hombre también es un factor asociado a una mayor probabilidad de consultar a un médico especialista.

El efecto de la educación en la probabilidad de hacer uso de los servicios de salud es casi insignificante para todos los niveles educativos y todos los servicios de salud, pero hay una excepción: las personas que tienen un postgrado con título tienen mayor probabilidad

<sup>33</sup> Las variables de edad se comparan con el grupo de 18 a 60 años

de utilizar el servicio de consulta médica especializada y de realizarse exámenes diagnósticos que las personas que no tienen ningún año de escolaridad.

En cuanto a la incidencia de factores regionales en la probabilidad de uso de servicios de salud para pacientes de patologías conocidas, no hay un patrón claro, pero resalta que Amazonía-Orinoquía es la región en la cual la probabilidad de utilizar todos los servicios de salud es más baja que en Bogotá, tomada como referencia. En Valle ocurre algo similar, pero con la excepción del servicio de exámenes diagnósticos. Así mismo, Caribe también tiene probabilidades más bajas de uso que Bogotá en consulta especializada, consulta preventiva y hospitalización. En Centro-Santanderes la probabilidad de utilizar los servicios de salud solo está rezagada respecto a Bogotá en consulta especializada. Por el contrario, Eje Cafetero-Antioquia y Sur tienen probabilidad de uso más altas que Bogotá para los servicios de consulta preventiva y hospitalización. No obstante, en Eje Cafetero-Antioquia la probabilidad de acudir al servicio de medicina especializada es más baja que en Bogotá. Un hecho que destaca en cuanto a la probabilidad de uso del servicio de medicina especializada es que ninguna región tiene una probabilidad más alta que Bogotá y 5 regiones tienen probabilidades más bajas que las de la capital. De nuevo, esto podría ser una consecuencia de la mayor concentración de especialistas médicos en Bogotá con respecto a otras regiones del país. Para cerrar el análisis regional de la probabilidad de uso para pacientes de patologías, es importante mencionar el curioso caso de pacífico, cuyas probabilidades de uso no difieren de las de Bogotá para ninguno de los servicios de salud.

La Tabla 70 también muestra que, al igual que en el caso de consulta general, los adultos mayores de 60 años tienen una mayor probabilidad que los adultos entre 18 y 60 años de utilizar todos los servicios de salud excepto el de urgencias. Por su parte, los niños y jóvenes de entre 0 y 18 años enfermos de alguna patología tienen probabilidades más bajas de consultar que los adultos de 18 a 60 años en medicina especializada y exámenes diagnósticos.

Para analizar la incidencia de las patologías identificadas en la probabilidad de utilización de los servicios de salud, se ha tomado el cáncer como la patología de referencia. En la tabla 70 puede verse que las diferencias en probabilidad de uso, que se calculan con respecto a los pacientes de cáncer, son relativamente intuitivas. Los pacientes de hipertensión y diabetes tienen mayor probabilidad que los de cáncer de ir al médico por precaución, hospitalizarse y utilizar el servicio de urgencias, pero menor probabilidad de usar el servicio de medicina especializada. Esto no es sorprendente si se tienen en cuenta que cáncer y diabetes son patologías que requieren chequeos continuos y en las que los

pacientes, de no adherirse al tratamiento, pueden ser hospitalizados o admitidos en urgencias con frecuencia. Por su parte, los pacientes de enfermedades mentales emplean más todos los servicios que sus pares de cáncer excepto el de exámenes diagnósticos. Esto tampoco es sorprendente dada la naturaleza de las patologías mentales. En cambio, los pacientes de enfermedad renal tienen mayores probabilidades que los de cáncer de utilizar la medicina especializada, el servicio de urgencias y los exámenes diagnósticos. De nuevo, esto no es sorprendente si se tiene en cuenta que la enfermedad renal requiere chequeos continuos con el especialista y puede generar más crisis que requieran acudir a urgencias que el cáncer. Por su parte, los pacientes de enfermedades respiratorias tienen mayores probabilidades que los enfermos de cáncer de utilizar más todos los servicios excepto medicina especializada y exámenes diagnósticos. Esto hace sentido si se tiene en cuenta que el tratamiento para neumonía (la enfermedad respiratoria más común) puede incluir, la admisión en urgencias, el diagnóstico rápido por parte del médico de turno y un chequeo de control con el médico general, pero no necesariamente se escala al médico especialista ni necesita exámenes específicos. Los pacientes de VIH solo muestran probabilidades de uso distintas de los pacientes de cáncer para el caso del servicio de urgencias. Finalmente, es necesario mencionar que la interacción entre patología y sexo muestra que en todos los casos en los que el sexo de la persona tiene incidencia en la probabilidad de uso de los servicios de salud el hecho de ser hombre afecta negativamente dicha probabilidad.

**Tabla 70 - Factores Asociados al Uso de los servicios de salud para Pacientes con una Patología ya identificada (modelo Probit)**

VARIABLES	¿EN EL AÑO 2013 A CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ASISTIÓ?				
	CONSULTAS AL MÉDICO POR PREVENCIÓN	CONSULTAS CON ESPECIALISTA	ACUDIÓ AL SERVICIO DE URGENCIAS	SE REALIZÓ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	FUE HOSPITALIZADO
Subsidiado	-0.0540*** (0.0126)	-0.0789*** (0.0119)	0.0107 (0.0134)	-0.0749*** (0.0111)	-0.0540*** (0.0126)
Hombre	-0.0114 (0.0262)	0.0681** (0.0265)	0.0362 (0.0278)	0.0375 (0.0235)	-0.0114 (0.0262)
Ocupado	-0.0173 (0.0152)	-0.00670 (0.0147)	-0.0166 (0.0162)	0.0221* (0.0130)	-0.0173 (0.0152)
Casado	0.0444*** (0.0123)	-0.00823 (0.0117)	-0.0104 (0.0131)	0.0189* (0.0107)	0.0444*** (0.0123)
Basica primaria (1 a 5) <sup>34</sup>	0.0107 (0.0200)	0.00127 (0.0189)	-0.0277 (0.0215)	-0.00666 (0.0173)	0.0107 (0.0200)

<sup>34</sup> Las variables de educación se comparan con el nivel educativo “ninguno”

VARIABLES	¿EN EL AÑO 2013 A CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ASISTIÓ?				
	CONSULTAS AL MÉDICO POR PREVENCIÓN	CONSULTAS CON ESPECIALISTA	ACUDIÓ AL SERVICIO DE URGENCIAS	SE REALIZÓ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	FUE HOSPITALIZADO
Secundaria y media (6 a 13)	0.0182 (0.0219)	0.0194 (0.0206)	-0.0123 (0.0238)	-0.0111 (0.0193)	0.0182 (0.0219)
Postgrado con título	0.0672 (0.0572)	0.133*** (0.0444)	0.0475 (0.0658)	0.0945** (0.0439)	0.0672 (0.0572)
Postgrado sin título		-0.0942 (0.144)	0.0900 (0.142)	-0.0467 (0.124)	
Preescolar	0.0840 (0.0771)	0.0173 (0.0813)	-0.0357 (0.0941)	-0.0397 (0.0779)	0.0840 (0.0771)
Técnico o Tecnológico	0.00131 (0.0299)	0.0128 (0.0278)	-0.00740 (0.0322)	-0.00385 (0.0264)	0.00131 (0.0299)
Universitario con título	0.0297 (0.0336)	0.0176 (0.0326)	-0.0450 (0.0367)	0.0285 (0.0293)	0.0297 (0.0336)
Universitario sin título	-0.0504 (0.0405)	-0.0309 (0.0386)	-0.00352 (0.0419)	-0.0381 (0.0365)	-0.0504 (0.0405)
Amazonía-Orinoquía <sup>35</sup>	-0.0992*** (0.0266)	-0.137*** (0.0275)	-0.0513* (0.0263)	-0.146*** (0.0263)	-0.0992*** (0.0266)
Caribe	-0.0587*** (0.0224)	-0.0998*** (0.0232)	0.0311 (0.0229)	-0.00718 (0.0191)	-0.0587*** (0.0224)
Centro y Santanderes	0.00812 (0.0233)	-0.149*** (0.0253)	0.00120 (0.0246)	0.00429 (0.0201)	0.00812 (0.0233)
Eje cafetero y Antioquia	0.0303* (0.0176)	-0.0968*** (0.0191)	-0.0200 (0.0191)	-0.0175 (0.0161)	0.0303* (0.0176)
Pacífico	-0.0316 (0.0235)	-0.0282 (0.0233)	-0.0175 (0.0244)	0.0216 (0.0197)	-0.0316 (0.0235)
Sur	0.0603*** (0.0201)	-0.0174 (0.0214)	0.00251 (0.0228)	0.0158 (0.0182)	0.0603*** (0.0201)
Valle	-0.141*** (0.0259)	-0.109*** (0.0262)	-0.0419* (0.0252)	0.00160 (0.0210)	-0.141*** (0.0259)
Edad:0 a 18 <sup>36</sup>	0.00791 (0.0337)	-0.184*** (0.0387)	-0.0309 (0.0373)	-0.172*** (0.0362)	0.00791 (0.0337)
Edad:60+	0.0790*** (0.0141)	0.0756*** (0.0132)	-0.00383 (0.0151)	0.0583*** (0.0121)	0.0790*** (0.0141)
DIABETES <sup>37</sup>	0.127*** (0.0225)	-0.104*** (0.0273)	0.156*** (0.0272)	0.0805*** (0.0197)	0.127*** (0.0225)
HIPERTENSION	0.108*** (0.0222)	-0.176*** (0.0273)	0.0584** (0.0271)	0.0313 (0.0208)	0.108*** (0.0222)
MENTALES	0.0579***	0.0484**	0.123***	0.0144	0.0579***

<sup>35</sup> Las variables de región se comparan con Bogotá

<sup>36</sup> Las variables de edad se comparan con el grupo de 18 a 60 años

<sup>37</sup> Las variables de patología se comparan con CANCER

VARIABLES	¿EN EL AÑO 2013 A CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ASISTIÓ?				
	CONSULTAS AL MÉDICO POR PREVENCIÓN	CONSULTAS CON ESPECIALISTA	ACUDIÓ AL SERVICIO DE URGENCIAS	SE REALIZÓ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	FUE HOSPITALIZADO
	(0.0211)	(0.0205)	(0.0238)	(0.0188)	(0.0211)
RENAL	0.0212	0.0604**	0.119***	0.0745***	0.0212
	(0.0272)	(0.0256)	(0.0295)	(0.0212)	(0.0272)
RESPIRATORIAS	0.0424*	-0.109***	0.175***	-0.0245	0.0424*
	(0.0242)	(0.0259)	(0.0258)	(0.0222)	(0.0242)
VIH	-0.0569	-0.0452	0.0879**	-0.0234	-0.0569
	(0.0398)	(0.0387)	(0.0413)	(0.0347)	(0.0398)
(DIABETES)*Hombre	-0.0574	-0.101**	-0.0649	-0.168***	-0.0574
	(0.0497)	(0.0494)	(0.0467)	(0.0541)	(0.0497)
(HIPERTENSION)*Hombre	-0.0163	-0.0723	-0.0135	-0.0532	-0.0163
	(0.0479)	(0.0476)	(0.0480)	(0.0470)	(0.0479)
(MENTALES)*Hombre	-0.136***	-0.0275	-0.117***	-0.215***	-0.136***
	(0.0420)	(0.0411)	(0.0387)	(0.0443)	(0.0420)
(RENAL)*Hombre	-0.0916**	-0.0805	0.0147	-0.0523	-0.0916**
	(0.0466)	(0.0510)	(0.0464)	(0.0464)	(0.0466)
(RESPIRATORIAS)*Hombre	-0.0475	-0.142***	-0.0536	-0.0925**	-0.0475
	(0.0414)	(0.0445)	(0.0413)	(0.0408)	(0.0414)
(VIH)*Hombre	-0.0283	-0.137**	-0.0534	-0.0321	-0.0283
	(0.0489)	(0.0543)	(0.0508)	(0.0453)	(0.0489)
Observations	6,879	6,892	6,892	6,892	6,879
Robust standard errors in parentheses					
*** p<0.01, ** p<0.05, *p<0.1					

Contrario a lo observado para pacientes de Consulta General, la Tabla 71 muestra que para pacientes con patologías ya identificadas la afiliación al régimen subsidiado es un factor que aumenta la frecuencia de uso del servicio de consulta preventiva y del servicio de hospitalización. Si se compara este resultado con los de la Tabla 70, que muestra menores probabilidades de utilizar casi todos los servicios para pacientes del RS, el resultado podría interpretarse como que, una vez los pacientes del RS comienzan a utilizar los servicios de salud, tienden a hacerlo con mayor frecuencia que los del RC –por lo menos en lo referente a consulta preventiva y hospitalización. Sin embargo, en principio, el paciente del RS es menos propenso a utilizar los servicios de salud.

Otro aspecto destacable de la Tabla 71 es que la condición de ocupado está asociada con una menor frecuencia de utilización de los servicios de urgencias, medicina especializada y exámenes diagnósticos. Esto es algo que se repite para todos los análisis, tanto de probabilidad como de frecuencia de uso, en ambos grupos de pacientes. Así mismo, es importante mencionar que, curiosamente, para los pacientes de patologías ya conocidas, el

hecho de estar casado disminuye la frecuencia de las visitas al médico por precaución y la frecuencia de las hospitalizaciones, pero aumenta la frecuencia de la realización de exámenes diagnósticos.

Por otra parte, la educación a casi todos los niveles está asociada a efectos positivos en la frecuencia de uso del servicio de medicina especializada, pero su efecto es heterogéneo para otros servicios. A nivel regional, se destaca que todas las regiones tienen frecuencias de utilización de medicina especializada que son menores que las de Bogotá. De nuevo, es muy probable que esto esté ligado a la concentración de estos servicios en la capital del país.

En cuanto a los grupos de edad, resalta la mayor frecuencia de utilización de los pacientes mayores de 60 años, que la de los pacientes entre 18 y 60 años para todos los servicios excepto para exámenes diagnósticos. Esto no difiere mucho de la incidencia de la edad en la utilización de servicios de salud que se presenta para pacientes de consulta general. Por otra parte, las personas menores de 18 años tienen una frecuencia de utilización de los servicios de salud que es menor que la de los adultos de entre 18 y 60 años para todos los servicios de salud excepto el de urgencias. De nuevo, este resultado coincide con lo encontrado para el grupo de pacientes de consulta general.

En cuanto a las patologías, todas tienen mayor frecuencia de utilización en consulta preventiva y hospitalización que el cáncer. Por otra parte, el sexo no influye tanto en la frecuencia de utilización para los pacientes de patología conocida como para los pacientes de Consulta General, pero se destaca el caso de Enfermedades Mentales, en el que el hecho de ser hombre está asociado a una menor frecuencia de utilización de todos los servicios excepto el de consulta especializada.

**Tabla 71. Factores Asociados a la Frecuencia de Utilización de los servicios de salud para Pacientes con una Patología ya identificada (modelo Poisson)**

VARIABLES	¿EN EL AÑO 2013 A CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ASISTIÓ?				
	CONSULTAS AL MÉDICO POR PREVENCIÓN	CONSULTAS CON ESPECIALISTA	ACUDIÓ AL SERVICIO DE URGENCIAS	SE REALIZÓ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	FUE HOSPITALIZADO
Subsidiado	0.0647*** (0.0145)	0.0183 (0.0142)	-0.0311 (0.0247)	-0.0129 (0.0156)	0.0647*** (0.0145)
Hombre	0.0210 (0.0319)	-0.00783 (0.0273)	0.0625 (0.0541)	0.0657** (0.0300)	0.0210 (0.0319)
Ocupado	-0.0262	-0.0787***	-0.0860***	-0.132***	-0.0262

¿EN EL AÑO 2013 A CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ASISTIÓ?					
VARIABLES	CONSULTAS AL MÉDICO POR PREVENCIÓN	CONSULTAS CON ESPECIALISTA	ACUDIÓ AL SERVICIO DE URGENCIAS	SE REALIZÓ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	FUE HOSPITALIZADO
	(0.0185)	(0.0170)	(0.0309)	(0.0193)	(0.0185)
Casado	-0.0382***	-0.0106	-0.0276	0.0270*	-0.0382***
	(0.0142)	(0.0138)	(0.0240)	(0.0150)	(0.0142)
Basica primaria (1 a 5) <sup>38</sup>	-0.00572	0.0510**	-0.0383	-0.00484	-0.00572
	(0.0223)	(0.0246)	(0.0377)	(0.0247)	(0.0223)
Secundaria y media (6 a 13)	-0.0754***	0.0865***	-0.0437	0.0145	-0.0754***
	(0.0254)	(0.0264)	(0.0421)	(0.0275)	(0.0254)
Postgrado con título	-0.320***	0.161***	0.0802	-0.0488	-0.320***
	(0.0816)	(0.0601)	(0.111)	(0.0726)	(0.0816)
Postgrado sin título	0.00401	0.475***	0.117	0.355**	0.00401
	(0.131)	(0.118)	(0.234)	(0.143)	(0.131)
Preescolar	-0.0642	0.142	-0.181	-0.0375	-0.0642
	(0.108)	(0.106)	(0.181)	(0.130)	(0.108)
Técnico o Tecnológico	-0.0307	0.0700**	0.00104	0.102***	-0.0307
	(0.0356)	(0.0343)	(0.0582)	(0.0363)	(0.0356)
Universitario con título	-0.0954**	0.157***	0.0630	0.0909**	-0.0954**
	(0.0411)	(0.0377)	(0.0682)	(0.0412)	(0.0411)
Universitario sin título	-0.183***	0.140***	-0.0432	0.0697	-0.183***
	(0.0512)	(0.0426)	(0.0765)	(0.0491)	(0.0512)
Amazonía-Orinoquía <sup>39</sup>	-0.113***	-0.184***	0.108**	-0.0145	-0.113***
	(0.0299)	(0.0297)	(0.0497)	(0.0323)	(0.0299)
Caribe	-0.121***	-0.243***	0.107***	-0.143***	-0.121***
	(0.0262)	(0.0241)	(0.0409)	(0.0270)	(0.0262)
Centro y Santanderes	-0.0318	-0.109***	-0.0327	0.0126	-0.0318
	(0.0255)	(0.0265)	(0.0461)	(0.0280)	(0.0255)
Eje cafetero y Antioquia	-0.0561***	-0.241***	0.0660*	0.0427**	-0.0561***
	(0.0204)	(0.0195)	(0.0354)	(0.0213)	(0.0204)
Pacífico	-0.0121	-0.0196	-0.0392	-0.0491*	-0.0121
	(0.0263)	(0.0240)	(0.0465)	(0.0286)	(0.0263)
Sur	-0.0656***	-0.145***	0.0730*	0.0449*	-0.0656***
	(0.0238)	(0.0228)	(0.0415)	(0.0256)	(0.0238)
Valle	0.0149	-0.235***	0.0598	-0.0548*	0.0149
	(0.0286)	(0.0270)	(0.0479)	(0.0290)	(0.0286)
Edad:0 a 18 <sup>40</sup>	-0.344***	-0.0933*	-0.0164	-0.125**	-0.344***
	(0.0482)	(0.0490)	(0.0635)	(0.0568)	(0.0482)
Edad:60+	0.0835***	-0.0350**	-0.133***	-0.0178	0.0835***
	(0.0165)	(0.0161)	(0.0280)	(0.0172)	(0.0165)

<sup>38</sup> Las variables de educación se comparan con el nivel educativo “ninguno”

<sup>39</sup> Las variables de región se comparan con Bogotá

<sup>40</sup> Las variables de edad se comparan con el grupo de 18 a 60 años

¿EN EL AÑO 2013 A CUÁLES DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ASISTIÓ?					
VARIABLES	CONSULTAS AL MÉDICO POR PREVENCIÓN	CONSULTAS CON ESPECIALISTA	ACUDIÓ AL SERVICIO DE URGENCIAS	SE REALIZÓ EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	FUE HOSPITALIZADO
DIABETES <sup>41</sup>	0.357*** (0.0277)	-0.302*** (0.0334)	-0.0482 (0.0519)	0.0339 (0.0305)	0.357*** (0.0277)
HIPERTENSION	0.262*** (0.0280)	-0.333*** (0.0331)	0.00272 (0.0532)	-0.210*** (0.0327)	0.262*** (0.0280)
MENTALES	0.132*** (0.0277)	0.0126 (0.0244)	0.0469 (0.0440)	-0.251*** (0.0300)	0.132*** (0.0277)
RENAL	0.255*** (0.0320)	0.0645** (0.0292)	0.100* (0.0534)	0.363*** (0.0293)	0.255*** (0.0320)
RESPIRATORIAS	0.261*** (0.0280)	-0.201*** (0.0306)	0.241*** (0.0451)	-0.0595* (0.0311)	0.261*** (0.0280)
VIH	0.258*** (0.0485)	0.382*** (0.0369)	-0.156* (0.0819)	-0.207*** (0.0535)	0.258*** (0.0485)
(DIABETES)*Hombre	-0.0179 (0.0487)	0.00732 (0.0571)	-0.0860 (0.0912)	-0.0979* (0.0534)	-0.0179 (0.0487)
(HIPERTENSION)*Hombre	0.00781 (0.0496)	-0.0325 (0.0604)	-0.0816 (0.0946)	0.115** (0.0554)	0.00781 (0.0496)
(MENTALES)*Hombre	-0.232*** (0.0507)	0.0742* (0.0405)	-0.285*** (0.0805)	-0.162*** (0.0534)	-0.232*** (0.0507)
(RENAL)*Hombre	0.0115 (0.0507)	0.121*** (0.0441)	-0.0594 (0.0827)	-0.00503 (0.0448)	0.0115 (0.0507)
(RESPIRATORIAS)*Hombre	-0.0592 (0.0453)	-0.0207 (0.0491)	-0.172** (0.0739)	-0.0891* (0.0492)	-0.0592 (0.0453)
(VIH)*Hombre	-0.0160 (0.0605)	-0.0653 (0.0467)	0.0936 (0.101)	0.0727 (0.0638)	-0.0160 (0.0605)
Constant	1.454*** (0.0347)	1.713*** (0.0332)	1.000*** (0.0587)	1.382*** (0.0359)	1.454*** (0.0347)
Observations	4,695	5,021	3,210	5,386	4,695
Standard errors in parentheses					
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1					

La conclusión general del análisis econométrico de los factores asociados al uso de los servicios de salud es que la baja probabilidad de uso está asociada al grupo de edad de los menores de 18 años<sup>42</sup>, al hecho de ser empleado y a la falta de los primeros años de educación. No obstante, el efecto negativo de la falta de años de educación desaparece

<sup>41</sup> Las variables de patología se comparan con CANCER

<sup>42</sup> Las patologías estudiadas tienen mayor prevalencia entre la población adulta, por eso es posible que el grupo de menores de 18 años esté sub representado en las conclusiones. Sin embargo, mediante ejercicios econométricos adicionales se comprobó que la agrupación de edades en el rango de 0 a 18 no oculta características propias de sub grupos etarios más pequeños (ej. se corroboró que el grupo de 0-5 años no tiene una frecuencia de utilización diferente al de 12-18 años).

para los pacientes que sufren de alguna patología específica. Por otra parte, la región es también un factor importante que afecta la probabilidad de uso del servicio de medicina especializada para pacientes con patología conocida. Como regla general, los habitantes de todas las regiones tienen una menor probabilidad de acudir a médicos especializados que los habitantes de Bogotá.

En cuanto a la frecuencia de utilización el resultado más relevante es que el servicio de medicina especializada se usa con menor frecuencia en casi todas las regiones que en Bogotá. Esto aplica tanto para los pacientes de medicina general como para los pacientes de patologías específicas. En ambos casos también la edad es un determinante de la utilización de los servicios de salud, pues el grupo de pacientes de 60 años y más consulta más que los adultos de entre 18 y 60 años. A su vez, los niños utilizan menos los servicios que los adultos de 18 a 60 años, fenómeno que se presenta tanto en consulta general como en patologías<sup>43</sup>.

#### 2.6.6 ¿La unificación del POS mejoró la calidad en términos de efectividad, seguridad y atención centrada en el paciente?

Puede decirse que en muchos casos la calidad en términos de seguridad y atención centrada en el paciente no ha mejorado. En lo que respecta a seguridad, los hechos evidenciados por la investigación de grupos focales muestran grandes falencias. Por ejemplo, la pérdida de historias clínicas en Valledupar que retrasó en más de 6 meses la atención de los pacientes. De forma similar, existe evidencia de que en la ciudad de Villavicencio la inestabilidad de los contratos puso en riesgo la salud de uno de los pacientes. Como estos hay numerosos casos que llevan a concluir que todavía hay mucho espacio para mejorar la calidad en términos de seguridad.

En lo que respecta a atención centrada en el paciente, los grupos focales evidenciaron que ésta todavía no ha mejorado del todo, pues existen falencias reiterativas, sobretudo en el proceso de diagnóstico. La precisión del diagnóstico “en ocasiones depende de que el paciente logre dar con un médico que le preste la atención necesaria a los síntomas reportados para que lo remita a donde el especialista para el adecuado tratamiento”. En ese sentido, puede decirse que las quejas relacionadas con la baja precisión de los diagnósticos fueron y siguen siendo reiterativas.

---

<sup>43</sup> Es posible que los niños menores de 1 año utilicen los servicios de salud con bastante más frecuencia que los de 1 a 18 años, pero esa diferenciación se pierde con la agrupación de 0 a 18 años.

Si bien no es fácil definir cómo es “un modelo de prestación de servicios de salud donde el paciente y su entorno se constituyen en el eje central para la atención”, es fácil identificar situaciones que ilustran cómo no es un modelo de atención centrado en el paciente. Por ejemplo:

Un modelo de atención que no es centrado en el paciente es aquel en el que “la inestabilidad de los contratos entre las IPS y las EPS perjudican el acceso de los pacientes a los servicios de salud, tal como sugieren los participantes en los grupos focales”:

*“Porque, nuevamente digo, iniciamos con Caprecom y Caprecom desistió. Íbamos a una cita y nos dijeron: “Qué pena, no la podemos atender porque no hay contratación en la EPS”. ¿Qué me tocó? Regresar al Municipio e inscribirme en Cajacopi y de ahí para acá estamos trabajando.”*  
(Villavicencio, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

#### 2.6.7 ¿La gestión de riesgo en salud en el régimen subsidiado mejoró al unificarse el POS y pasar la totalidad de la atención a ser responsabilidad de la EPS?

Según Holzmann y Jorgensen (2000) la gestión de riesgo en salud tiene tres fases o componentes: prevención, mitigación y superación. Debido al diseño del marco muestral de la evaluación, la Encuesta de Resultados consultó primordialmente a pacientes ya enfermos de alguna de las 11 patologías que son objeto del estudio. Eso implica que estos individuos estaban en su mayoría en la fase de mitigación de la gestión de riesgo en salud. En la fase de mitigación, los tiempos entre controles son una variable importante para mitigar el riesgo de deterioro en la condición de salud de los individuos.

La comparación del indicador “días entre controles” para pacientes de ciertas patologías entre RS y RC muestra que el nivel de gestión del riesgo se ha unificado para pacientes de enfermedad renal crónica, cáncer y diabetes, pues el tiempo entre controles es similar en ambos regímenes para estas patologías. Además, la comparación muestra que el tiempo entre controles es menor en el RS que en el RC para pacientes de hipertensión y enfermedades respiratorias. VIH es la única patología en la que los tiempos entre controles es mayor (casi el doble) en el RS que en el RC.

Es difícil establecer si la gestión de riesgo en RS mejoró o empeoró después de la unificación pues no existe una línea de base, pero, con base en los datos de la ER, puede decirse que en general las EPS e IPS que atienden pacientes del RS tienen una gestión del riesgo igual o mejor que la de las EPS e IPS que atienden pacientes del RC. Sin embargo,

debe mencionarse que hay una excepción: en VIH la gestión de riesgo es peor en el RS que en el RC (101 días entre controles vs. 41 días, respectivamente). .

Finalmente, es importante mencionar que la evaluación de procesos “no encontró evidencia significativa de que las EPS hayan modificado sus procesos para responder a la unificación con políticas de gestión de riesgo mejores o distintas”.

## Capítulo 3

### EVALUACIÓN DE IMPACTO DE LA UNIFICACIÓN DEL POS

El objetivo de este capítulo es determinar los posibles impactos atribuibles a la Unificación del POS en las personas del régimen subsidiado. Para esto, se utilizan principalmente dos fuentes de información secundaria: i) la base de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS); y ii) la base de datos del SISBEN.

#### 3.1 METODOLOGÍA DE ANÁLISIS

La estrategia para evaluar el impacto de la Unificación del POS consiste en comparar los resultados entre un grupo de tratamiento (personas afiliadas al régimen subsidiado), con aquellos de un grupo de control (personas afiliadas al régimen contributivo), antes y después de la reforma. Para esto, el Departamento Nacional de Planeación conjuntamente con el Ministerio de Salud, han definido 11 patologías de interés en las cuales se espera encontrar impactos de la Unificación del POS (ver Tabla 72).

**Tabla 72 - Patologías de Análisis**

PATOLOGÍA	CÓDIGOS INCLUIDOS CIE10
Cáncer de Mama	C50, Z12
Cáncer de Cuello Uterino	C53, D06, D39
Cáncer de Próstata	C61
VIH	Z21, B20, B21, B22, B23, B24, O98, Z11, Z20, Z71, Z83
Enfermedad Renal	N18, N19
Depresión	F31, F32, F33, F34
Esquizofrenia	F20, F21, F22, F23, F24, F25
Hipertensión Arterial	I10
Diabetes	E10, E11, E12, E13, E14
Neumonía	J10, J11, J12, J13, J14, J15, J16, J17, J18
Enfermedad Pulmonar Crónica	E84, J41, J43, J44, J45, J47, G47

Fuente: Construcción propia con base en RIPS

Adicionalmente, y dado que el proceso de unificación se dio de manera gradual por grupos de edad<sup>44</sup>, es necesario tener en cuenta en qué año específicamente se realizó la unificación del POS en cada grupo con el fin de poder identificar el antes y el después. En este sentido, no se realiza una única estimación agregada para toda la población, sino que deben realizarse estimaciones por grupos de edad<sup>45</sup>.

Además de esto, aprovechando el hecho que se realizaron los pilotos en Cartagena y Barranquilla en 2009, se realizó un ejercicio particular con estas dos ciudades. Este ejercicio consiste en buscar una ciudad que sirva como grupo de control para evaluar el impacto que tuvo la unificación del POS en estas dos ciudades, para lo cual se consideró que Santa Marta cumple con las características de un buen grupo de control dado que también es un distrito especial por lo cual el manejo de los recursos de la salud es similar al que tiene Cartagena. Para corroborar que Santa Marta es un buen grupo de Control para Cartagena, se realizan pruebas de medias en variables observables con el fin de examinar si las personas del régimen subsidiado en estos dos municipios efectivamente tienen comportamientos similares (ver Tabla 73).

**Tabla 73 - Diferencias de Medias Cartagena Vs. Santa Marta para un conjunto de indicadores de caracterización año 2009**

INDICADOR	CARTAGENA	SANTA MARTA	DIFERENCIA	T
Discapacidad Permanente	0.016	0.017	-0.00158	(-1.52)
Adolescente con Hijo	0.002	0.004	-0.00149*	(-1.94)
% Niños Trabajando	0.000	0.000	0.0000125	(0.43)
% Adultos Secundaria Incompleta o Menos	0.388	0.420	-0.0313***	(-3.15)
Vive en Apartamento	0.767	0.692	0.0750	(1.19)
Vive en Cuarto	0.232	0.303	-0.0703***	(-3.23)
Consumen Agua Acueducto	0.903	0.353	0.550**	(2.12)
Consumen Agua Pozo con Bomba	0.004	0.271	-0.268***	(-3.31)
Consumen Agua Pozo sin Bomba	0.002	0.012	-0.00972	(-0.63)
Consumen Agua Lluvia	0.004	0.000	0.00389	(1.22)

<sup>44</sup> La unificación del POS comenzó en 2009 y se dio en las siguientes etapas:

En 2009 se unifica el POS para los niños de 0 a 12 años

En 2009 se realizan pilotos en Barranquilla y Cartagena para toda la población

En 2010 se unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años

En 2011 se unifica el POS para los adultos de 60 y más años

En 2012 se unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años

<sup>45</sup> Podría realizarse una sola estimación con los años extremos (2009-2013), pero dado que cada cohorte de edad tendría diferentes intensidades de tratamiento, y además la prevalencia de las enfermedades analizadas no son homogéneas por grupos de edad, no se recomienda realizar esta estimación.

INDICADOR	CARTAGENA	SANTA MARTA	DIFERENCIA	T
Consumen Agua Río	0.001	0.098	-0.0965	(-1.01)
Consumen Agua Pila Pública	0.016	0.070	-0.0541	(-0.93)
Consumen Agua Carrotanque	0.004	0.029	-0.0244	(-1.40)
Consumen Agua Aguatero	0.042	0.079	-0.0372	(-1.52)
Consumen Agua Donación	0.001	0.098	-0.0965	(-1.01)
No Tiene Sanitario	0.084	0.038	0.0458*	(1.85)
Tiene Letrina	0.010	0.013	-0.00263	(-1.17)
Inodoro sin Conexión	0.011	0.006	0.00566	(1.41)
Inodoro Conectado a Pozo	0.213	0.520	-0.306*	(-1.70)
Inodoro Conectado Alcantarillado	0.681	0.424	0.258	(1.40)
Inodoro Exclusivo	0.753	0.657	0.0959	(1.53)
Pisos de Tierra	0.146	0.143	0.00228	(1.05)
Pisos de Madera	0.002	0.002	0.000547	(1.22)
Pisos de Cemento	0.550	0.772	-0.222**	(-1.98)
Pisos de Baldosa	0.287	0.075	0.212***	(3.26)
Pisos en Alfombra	0.015	0.008	0.00693***	(2.78)
Sin Paredes	0.000	0.000	0.000000762	(0.04)
Paredes de Zinc	0.001	0.017	-0.0158**	(-2.53)
Paredes de Guadua	0.001	0.002	-0.000803	(-1.36)
Paredes de Madera	0.172	0.080	0.0927**	(2.23)
Paredes de Bahareque	0.003	0.016	-0.0129**	(-2.39)
Paredes de Tapia	0.005	0.010	-0.00572	(-1.62)
Paredes de Bloque	0.806	0.869	-0.0635	(-1.56)
Recogen la Basura	0.942	0.828	0.114	(1.22)
Entierran la Basura	0.006	0.022	-0.0159*	(-1.80)
Queman la Basura	0.019	0.101	-0.0826***	(-3.34)
Tiran al Patio la Basura	0.023	0.011	0.0116**	(1.99)
Tiran al Río la Basura	0.003	0.001	0.00219	(1.41)
Cocinan con Electricidad	0.028	0.110	-0.0820***	(-2.76)
Cocinan con Gas Domiciliario	0.739	0.517	0.221***	(2.90)
Cocinan con Gas Propano	0.155	0.252	-0.0965**	(-1.97)
Cocinan con Kerosene	0.001	0.003	-0.00226	(-0.74)
Cocinan con Carbón	0.012	0.010	0.00159	(1.07)
Cocinan con Leña	0.037	0.092	-0.0555	(-1.06)
Hacinamiento	0.138	0.264	-0.126***	(-2.90)
Personas Hogar	5.570	5.382	0.188	(1.54)

INDICADOR	CARTAGENA	SANTA MARTA	DIFERENCIA	T
Jefe Hombre	0.429	0.411	0.0176*	(-1.84)
Dependencia Demográfica	0.775	0.792	-0.0161***	(-2.59)
Energía Eléctrica	0.990	0.960	0.0333	(1.14)
Alcantarillado	0.680	0.530	0.156	(0.35)
Gas	0.790	0.560	0.228*	(1.70)
Teléfono	0.180	0.120	0.0614	(1.54)
Recolección de Basuras	0.960	0.820	0.141	(1.18)
Acueducto	0.920	0.440	0.477	(1.02)
Nevera	0.630	0.490	0.149	(1.13)
Lavadora	0.240	0.100	0.145*	(1.69)
TV a Color	0.870	0.810	0.0525	(1.10)
Televisión por Cable	0.200	0.090	0.116	(1.50)
Calentador	0.000	0.000	0.00238	(1.34)
Horno	0.010	0.010	0.00312	(0.67)
Aire Acondicionado	0.010	0.010	0.00133	(0.50)
Computador	0.040	0.020	0.0182	(1.07)
Equipo de Sonido	0.140	0.090	0.0494	(1.12)
Motocicleta	0.020	0.020	-0.00238	(-1.09)
Automóvil	0.000	0.000	0.000525	(0.84)
Estrato	1.230	1.150	0.0834	(1.34)
Total Cuartos Hogar	2.830	2.420	0.404	(1.04)
Total Cuartos Duermen	1.910	1.630	0.289	(0.55)
Puntaje de SISBEN	42.470	32.780	9.695	(1.16)
Número de Consultas	2.330	2.170	0.1541	(1.13)
Número de Hospitalizaciones	1.130	0.990	0.147	(1.34)
Número de Urgencias	1.670	1.620	0.0482	(1.27)
Número de Procedimientos	2.730	2.940	-0.20698	(-1.48)

Fuente: Cálculos propios con base en SISBEN y RIPS

Las variables incluidas en la Tabla 73 permiten dar cuenta de la situación de Santa Marta y Cartagena en variables observables. Específicamente, puede establecerse la situación de cada uno de los municipios en las dimensiones que componen el índice de SISBEN: salud, educación, vivienda y vulnerabilidad (ver Recuadro 1). Adicionalmente, vale la pena resaltar que para la dimensión de vulnerabilidad existen unos ponderadores municipales que hacen comparables los resultados de cada municipio. En otras palabras, la existencia de estos ponderadores municipales ocasiona que sin importar que las variables de esta

dimensión sean iguales (o diferentes) entre dos municipios, estos resultados no son estrictamente comparables ya que cada municipio requiere, para el cálculo de sus índices, de ponderadores en vulnerabilidad por municipio. El índice de SISBEN ya contiene estas ponderaciones y permite que los municipios sean comparables en esta dimensión.

En la Tabla 73 se observa que a pesar de que en la mayor parte de las variables se presenta un balance entre Santa Marta y Cartagena, existe un conjunto de variables en las cuáles los municipios son estadísticamente diferentes. Esto sucede porque, al no tratarse de un experimento aleatorio, en general se van a presentar diferencias entre los grupos de tratamiento y control. Para solucionar este inconveniente, deben incluirse como variables de control las variables en las cuales los municipios difieren, para de este modo controlar por las diferencias preexistentes. Estas regresiones se presentan al final de cada una de las tablas de regresión, en las cuales también se presenta una estimación para Cartagena y Santa Marta que incluye únicamente los controles que se incluyeron en las regresiones totales. Esto con el fin de tener estimaciones comparables para las diferentes especificaciones. En este sentido, en las tablas de regresión se incluirán dos estimaciones en las cuáles se compara Cartagena contra Santa Marta, una que incluye los mismos controles de las regresiones para el total nacional, y otra que incluye todas las variables adicionales que permiten controlar por las diferencias preexistentes en los dos municipios.

### Recuadro 1. Componentes del Índice de SISBEN

COMPONENTES INDICE SISBEN III			
SALUD	EDUCACIÓN	VIVIENDA	VULNERABILIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discapacidad permanente</li> <li>• Adolescente con hijo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % adultos con analfabetismo funcional</li> <li>• % inasistencia escolar</li> <li>• Atraso escolar</li> <li>• % niños trabajando</li> <li>• % adultos con secundaria incompleta o menos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de unidad de vivienda</li> <li>• Fuente de agua para consumo</li> <li>• Tipo de conexión sanitario</li> <li>• Exclusividad del sanitario</li> <li>• Material de los pisos</li> <li>• Material de las paredes</li> <li>• Eliminación de basuras</li> <li>• Tipo de combustible para cocinar</li> <li>• Hacinamiento</li> </ul>	<p><i>Individual:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de personas en el hogar</li> <li>• Tipo de jefatura</li> <li>• Tasa de dependencia demográfica</li> <li>• Tenencia de activos</li> </ul> <p><i>Contextual:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• % Tasa de mortalidad infantil (municipal)</li> <li>• % Tasa de homicidios (municipal)</li> <li>• % Tasa de cobertura neta por nivel educativo (municipal)</li> <li>• % Uso de servicios de salud general dada una necesidad (municipal)</li> </ul>

Fuente: Tomado de Flóres, Espinosa y Sánchez (2008)

Adicionalmente, se comparan independientemente las personas de Cartagena que pertenecen al régimen subsidiado con las personas de Cartagena que pertenecen al régimen contributivo. Es decir, se estima el impacto de la unificación del POS únicamente con las personas de Cartagena. Este ejercicio es relevante dado que se están comparando personas que se encuentran inmersas en el mismo contexto, es decir afectadas de igual

manera por factores climáticos, cambios demográficos, etc. Adicionalmente, el Perfil Epidemiológico de Cartagena de Indias realizado por la Alcaldía del Municipio en el año de 2011<sup>46</sup> señala que en general los aspectos relacionados con el sector de la salud en el municipio han permanecido relativamente estable en los últimos años, con lo cual el ejercicio propuesto permite aislar de una forma muchas más clara los efectos que puede haber tenido la unificación del Plan Obligatorio de Salud.

Es decir, la estrategia de análisis consiste en realizar la estimación del impacto de la unificación del POS utilizando la base de datos de los RIPS. Para esto, se construye un panel con las personas que no cambian de régimen entre los años 2009 y 2013 y con este panel de datos se realizan las estimaciones de diferencias en diferencias (esto equivale a incluir datos fijos de hogar). Estos ejercicios se realizan para los años entremos (comparar 2009 y 2013) y para el promedio de años antes y después de la unificación de acuerdo al grupo de edad. Por último, se realizan estimaciones que permitan aprovechar el hecho de que en 2009 se realizaron pilotos para toda la población en Cartagena y Barranquilla. En resumen, las estimaciones que se realizan pueden presentarse como sigue:

Estimaciones a realizar para el total nacional:

---

<sup>46</sup> Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-Cartagena-2011.pdf>

Para niños de 0 a 12 años sería:

$$\left( y_{Subsidiado}^{2013} - y_{Subsidiado}^{2009} \right) - \left( y_{Contributivo}^{2013} - y_{Contributivo}^{2009} \right)$$

$$\left( y_{Subsidiado}^{\overline{(2013,2010)}} - y_{Subsidiado}^{2009} \right) - \left( y_{Contributivo}^{\overline{(2013,2010)}} - y_{Contributivo}^{2009} \right)$$

Para personas de 12 a 18 años sería:

$$\left( y_{Subsidiado}^{2013} - y_{Subsidiado}^{2009} \right) - \left( y_{Contributivo}^{2013} - y_{Contributivo}^{2009} \right)$$

$$\left( y_{Subsidiado}^{\overline{(2013,2011)}} - y_{Subsidiado}^{\overline{(2010,2009)}} \right) - \left( y_{Contributivo}^{\overline{(2013,2011)}} - y_{Contributivo}^{\overline{(2010,2009)}} \right)$$

Para personas mayores de 60 años sería:

$$\left( y_{Subsidiado}^{2013} - y_{Subsidiado}^{2009} \right) - \left( y_{Contributivo}^{2013} - y_{Contributivo}^{2009} \right)$$

$$\left( y_{Subsidiado}^{\overline{(2013,2012)}} - y_{Subsidiado}^{\overline{(2011,2009)}} \right) - \left( y_{Contributivo}^{\overline{(2013,2012)}} - y_{Contributivo}^{\overline{(2011,2009)}} \right)$$

Para personas de entre 18 y 59 años sería:

$$\left( y_{Subsidiado}^{2013} - y_{Subsidiado}^{2009} \right) - \left( y_{Contributivo}^{2013} - y_{Contributivo}^{2009} \right)$$

$$\left( y_{Subsidiado}^{2013} - y_{Subsidiado}^{\overline{(2012,2009)}} \right) - \left( y_{Contributivo}^{2013} - y_{Contributivo}^{\overline{(2012,2009)}} \right)$$

Este ejercicio también debe realizarse comparando únicamente las personas del régimen subsidiado de Cartagena con las personas del régimen subsidiado de Santa Marta. Es decir, para niños de 0 a 12 años sería:

$$\left( y_{Cartagena, Subsidiado}^{2013} - y_{Cartagena, Subsidiado}^{2009} \right) - \left( y_{Santa Marta, Subsidiado}^{2013} - y_{Santa Marta, Subsidiado}^{2009} \right)$$

$$\left( y_{Cartagena, Subsidiado}^{\overline{(2013,2010)}} - y_{Cartagena, Subsidiado}^{2009} \right) - \left( y_{Santa Marta, Subsidiado}^{\overline{(2013,2010)}} - y_{Santa Marta, Subsidiado}^{2009} \right)$$

Y así sucesivamente para todos los grupos de edad. Por último, debe realizarse un ejercicio comparando únicamente las personas del régimen subsidiado en Cartagena con las personas pobres del régimen contributivo en Cartagena con el fin de aprovechar el piloto que se realizó en esta ciudad. Es decir, el ejercicio a realizar sería el siguiente:

$$\left( y_{Cartagena, Subsidiado}^{2013} - y_{Cartagena, Subsidiado}^{2009} \right) - \left( y_{Cartagena, Contributivo}^{2013} - y_{Cartagena, Contributivo}^{2009} \right)$$

$$\left( y_{Cartagena, Subsidiado}^{\overline{(2013,2010)}} - y_{Cartagena, Subsidiado}^{2009} \right) - \left( y_{Cartagena, Contributivo}^{\overline{(2013,2010)}} - y_{Cartagena, Contributivo}^{2009} \right)$$

Adicionalmente, se realizaron estimaciones utilizando la metodología de diferencias en diferencias no lineal, es decir primero realizando una estimación de *Propensity Score Matching* y luego entre los individuos que permanecen en el soporte común se realiza la misma regresión de diferencias en diferencias mencionada anteriormente. Este ejercicio se realizó para hospitalización y urgencias con el fin de identificar cambios en las estimaciones. Por último, se corrigieron los errores estándar utilizando clusters de EPS con lo cual se controla por la posible autocorrelación que puede existir a nivel de EPS.

Las regresiones se realizan primero sin incluir covariables y luego se incluyen simultáneamente variables de control demográficos (# personas en el hogar, sexo, estado marital, etc); económicos (resumidos en el puntaje del SISBEN); y efectos fijos geográficos (urbano-rural, municipio, departamento, región); y por último, efectos de tiempo. Todas estas variables hacen referencia a los valores en línea de base dado que únicamente para este año se cuenta con información del SISBEN.

### 3.2 DEPURACIÓN DE LA BASE DE DATOS

Como ya se mencionó anteriormente, la principal fuente de información de la presente evaluación de impacto la constituyen los RIPS. En este caso se cuenta únicamente con los RIPS de las personas que han realizado consultas, personas a las que se les han realizado algún procedimiento, han sido hospitalizadas o han ido a urgencias por alguna de las 11 patologías especificadas. No se cuenta con la información de las personas que fueron atendidas por alguna otra enfermedad. Adicionalmente, se cuenta únicamente con la información de los RIPS de utilización. No se cuenta con los RIPS de medicamentos ni con los estudios de suficiencia, los cuales podrían aportar alguna información acerca de los costos.

Con esta información, se construyó un panel de datos de las personas que se encontraran en la base de datos de los RIPS tanto en 2009 como en 2013, y que adicionalmente no hubieran realizado algún cambio de régimen en estos años. Una vez construido este panel de datos, se procedió a completar alguna información faltante, en algunos casos no estaba completa la información de edad o sexo en algunas pacientes, con la base de datos del SISBEN, la cual además de esto aporta las variables de control para las estimaciones a realizar.

Por último, se realizó una depuración de la información dado que algunas EPS no reportaban información consistente en todo el periodo de estudio. El proceso de depuración de la base de datos consistió en lo siguiente:

- i. Se eliminan aquellas EPS que no presentan información para alguno de los años de estudio.
- ii. Se eliminan de la base de datos aquellas EPS que presentan saltos de más de 200% en el número de afiliados entre dos años.
- iii. Se eliminan de la muestra aquellas EPS que presenten variaciones en el número de pacientes de más de 100% entre dos años.

Esta depuración de la base de datos de los RIPS se presenta en la Tabla 74, en la cual se observa que en general, al aplicar las primeras tres restricciones del universo, el número de pacientes no presenta una alta variación. La variación más alta se encuentra cuando se realiza la depuración final de EPS en la base de datos. Dado que esto puede llegar a afectar los resultados, los ejercicios de estimación se realizarán con todos los universos definidos con el fin de examinar la sensibilidad de las estimaciones a estos cambios.

**Tabla 74 - Depuración de la Base de Datos de RIPS**

FILTRO	TOTAL EPS	PACIENTES 2009	PACIENTES 2010	PACIENTES 2011	PACIENTES 2012
Total EPS en el universo <sup>47</sup>	84 EPSs	2,892,262	1,862,668	2,471,393	2,314,330
Eliminando EPSs sin información (Reportan cero afiliados en algún año)	47 EPSs	2,791,566	1,844,070	2,372,572	2,291,453
Eliminando EPSs sin información y sin saltos	34 EPSs	2,559,598	1,582,118	2,265,848	2,235,781
Lo anterior más estricto	17 EPS	1,307,213	978,638	1,201,212	1,367,186

Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

### 3.3 ELEMENTOS A CONSIDERAR

Antes de presentar los resultados de la evaluación de impacto de la unificación del POS, vale la pena mencionar algunos elementos que deben tenerse en cuenta para el correcto análisis de los resultados. El primero de estos es que dado que la unificación del POS y la actualización del mismo se dan en periodos de tiempo simultáneos, es difícil identificar qué parte de los resultados se deben a la unificación y qué parte es debido a la actualización. Para realizar este análisis, se hacía necesario contar con la información de

<sup>47</sup> El universo se define por aquellos pacientes que además de mantenerse entre 2009 y 2013, no cambian de régimen en ese periodo.

medicamentos de los RIPS, sin embargo no fue posible contar con esta para la presente evaluación.

Otro elemento a considerar es que la unificación del POS puede haber tenido impactos tanto en la población saludable (mediante promoción y prevención) como en la población que presenta otras patologías diferentes a las 11 patologías definidas para la presente evaluación. Los datos con los que se cuenta no permiten realizar ningún tipo de inferencia acerca de los resultados que la unificación puede tener en alguna de estas dos poblaciones.

Por último, y dado que la unificación del POS si bien se dio de manera gradual, se hizo en un periodo muy corto de tiempo. En este sentido, si las EPS y las IPS deben realizar algún tipo de ajuste y estos ajustes se realizan también de manera gradual, la evaluación del impacto de la unificación podría estar sub estimando los impactos.

### 3.4 RESULTADOS EVALUACIÓN DE IMPACTO

Antes de presentar los resultados de la evaluación de impacto, vale la pena resaltar que usualmente en las estimaciones mediante el método de diferencias en diferencias se inicia por verificar cómo era el comportamiento de las variables de interés en los diferentes grupos antes de la implementación de la política (test de tendencias paralelas). Usualmente, lo que se busca con esta prueba es mostrar que antes de la intervención los grupos de Tratamiento y Control tenían un comportamiento similar en las variables sobre las cuales quiere estimarse el impacto. Con el fin de suavizar las posibles variaciones que pueden presentar las variables de resultados, para realizar esta prueba en este caso se utilizaron los promedios de cada resultado (*outcome*) antes de la implementación de la política, al igual que en la evaluación de impacto. Es decir, para las personas de 18 a 59 años lo que se quiere es probar que el promedio de utilización de cada uno de los servicios entre los años 2009 y 2012 son iguales para ambos regímenes. De manera similar, para las personas de más de 60 años se realiza la prueba de diferencias de medias para el promedio de utilización entre 2009 y 2011, y así para todos los grupos de edad.

Los resultados de este ejercicio se muestran en la Tabla 75. Puede observarse que en general no se encuentran diferencias significativas en el promedio de utilización para cada uno de los grupos antes de la implementación de la política. Si bien se encuentran diferencias en algunos de los indicadores, estas diferencias no son persistentes ni en los grupos ni en los *outcomes* de interés, por lo cual la estimación mediante el método de diferencias en diferencias es válida. Más aún si se tiene en cuenta que para la selección del

grupo de tratamiento se eligen los hogares pobres del régimen contributivo, lo cual hace que los grupos sean más homogéneos entre sí.

**Tabla 75 - Diferencias de Medias en las Variables de Resultado Según Grupo de Edad**

GRUPO DE EDAD	HOSPITALIZACIONES	URGENCIAS	PROCEDIMIENTOS	CONSULTAS
0 a 12 años (2009)	0.0204 (0.0457)	0.318 (0.293)	2.851 (2.098)	0.565* (0.323)
12 a 18 años (2009-2010)	-0.0489 (0.167)	0.320** (0.125)	1.525*** (0.462)	0.374* (0.202)
18 a 59 años (2009-2012)	-0.611*** (0.0543)	-0.0209 (0.621)	-2.498** (0.978)	-0.385 (0.573)
más de 60 años (2009-2011)	-1.074*** (0.0624)	0.131 (0.0829)	-0.349 (0.783)	0.630 (0.386)

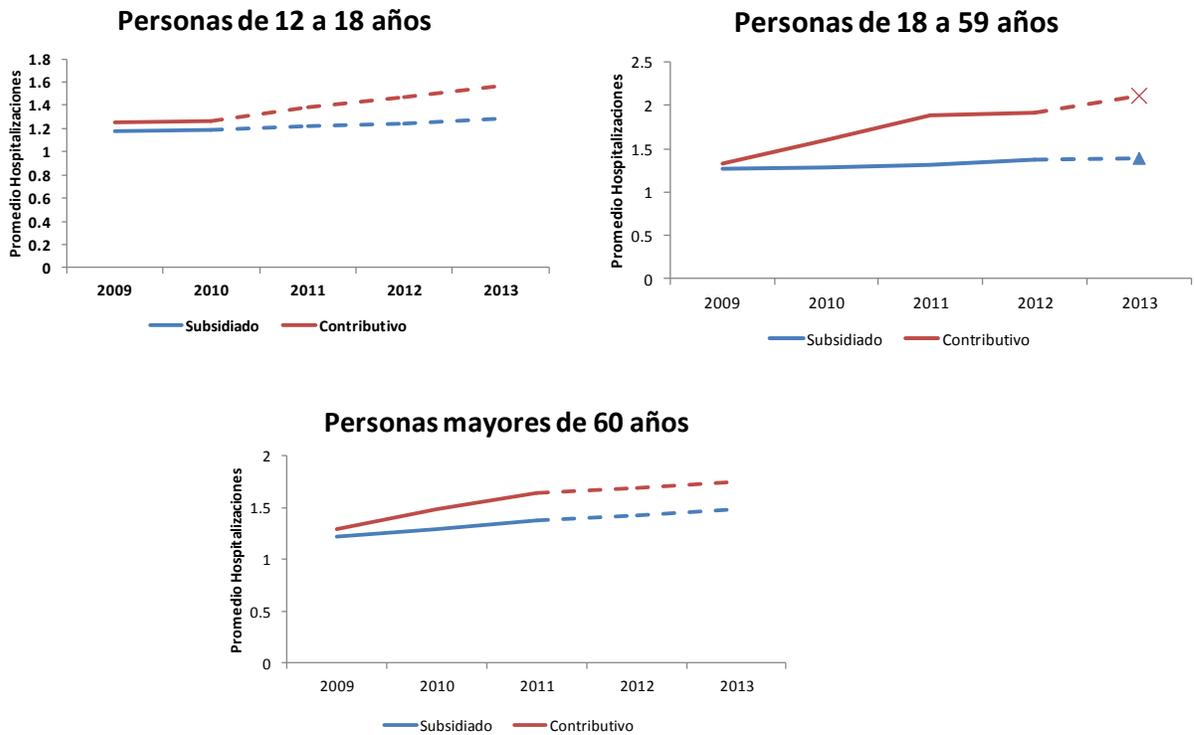
\*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

Para complementar el ejercicio anterior, en las Tabla 76 a Tabla 78 se presentan las tendencias antes de la unificación de los diferentes *outcomes* según grupos de edad. Vale la pena resaltar que este ejercicio no se realiza para el grupo de niños menores de 12 años dado que para estos la unificación se dio en el año 2009 y para esta evaluación solo se cuenta con los RIPS desde este año, por lo cual no es posible visualizar las tendencias antes de la unificación en este grupo. En las gráficas, las líneas continuas representan la tendencia antes del tratamiento (es decir, antes de que se realizara la unificación para cada grupo de edad específico), y la línea punteada muestra la tendencia del *outcome* una vez se ha implementado la política.

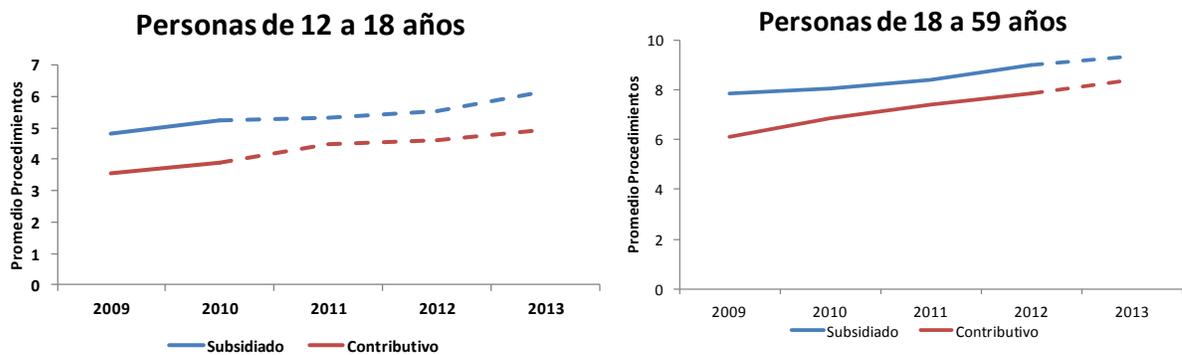
Las tendencias muestran que en general antes de la implementación de la política para los diferentes grupos de edad, los *outcomes* de interés se comportaban de manera similar en las personas del régimen subsidiado y las personas del régimen contributivo. A pesar de que para algunos grupos de edad (en especial los mayores de 60 años) esta tendencia no se cumple. Este resultado valida la estrategia de estimación propuesta de diferencias en diferencias.

**Tabla 76 – Tendencias en Hospitalización Según Grupo de Edad**

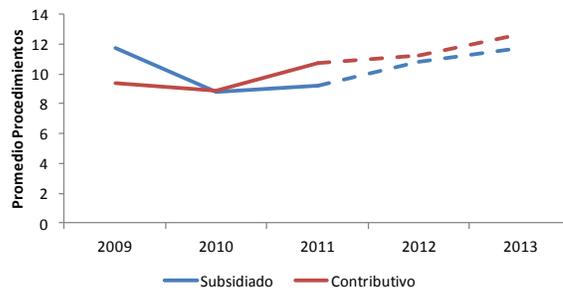


Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

**Tabla 77 – Tendencias en Procedimientos Según Grupo de Edad**



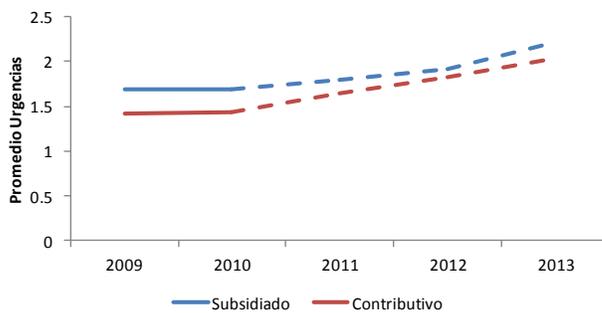
### Personas mayores de 60 años



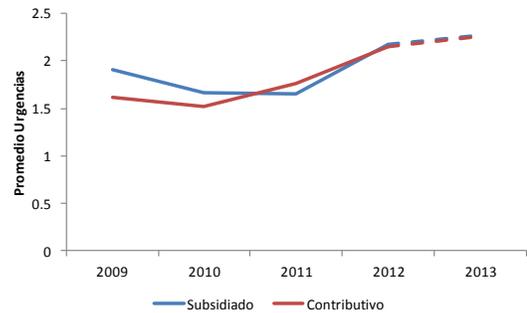
Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

**Tabla 78 – Tendencias en Urgencias Según Grupo de Edad**

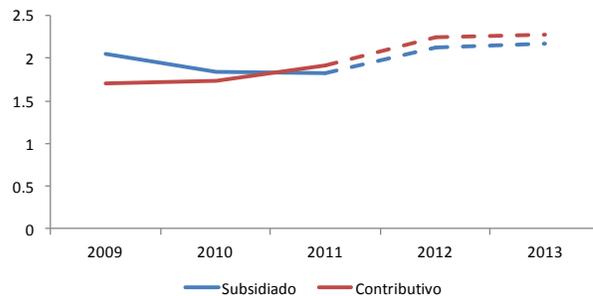
### Personas de 12 a 18 años



### Personas de 18 a 59 años



### Personas mayores de 60 años



Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

Dado que, como se ha mencionado a lo largo de este capítulo, se realizaron diferentes estimaciones teniendo en cuenta tanto los años promedio como los años extremos del periodo de estudio como los diferentes tamaños de universo y para todas las patologías, en esta sección presentaremos los resultados para el total de patologías agregadas para el total nacional; luego cuando se comparan las personas del régimen subsidiado de Santa

Marta con las personas del régimen subsidiado de Cartagena y, por último, la estimación comparando las personas del régimen subsidiado de Cartagena con las personas del régimen contributivo de Cartagena. Se hará referencia a los resultados por patología únicamente en aquellos casos en los cuáles los resultados sean relevantes (resultados bastante significativos, o que permitan contrastar de algún modo los resultados totales).

Adicionalmente, se presentan únicamente los resultados cuando se utilizan los promedios de los años antes y después de la política, dado que se considera que estos suavizan bastante los posibles saltos que se puedan presentar. Por último, en las tablas se presentan los resultados de la estimación utilizando todas las EPS y utilizando la muestra más restringida del universo.

En la Tabla 79 se muestran los resultados de realizar la estimación de diferencias en diferencias entre las personas del régimen subsidiado y las personas del régimen contributivo para el número de consultas que realiza cada uno. Aquí se muestran los resultados del universo total de EPS y del universo restringido tal como se presentó en la sección Depuración de la Base de Datos. Los resultados muestran que, en general, se encuentra un impacto positivo en el número de consultas a las que acceden las personas del régimen subsidiado después de la unificación del POS. Este resultado es mayor en los niños menores de 12 años y en los adultos mayores de 60 años (poco más de dos consultas en el primer grupo y casi consulta y media en el segundo).

Para las personas de entre 18 y 59 años se encuentra un impacto de casi una consulta adicional, y para las personas de entre 12 y 18 años el impacto es de poco más de media consulta. Si bien las magnitudes cambian, los resultados son bastante consistentes cuando se comparan los diferentes universos y cuando se analizan los ejercicios comparando tanto Cartagena contra sí mismo (en cuyo caso se comparan las personas pertenecientes al régimen subsidiado con las personas pertenecientes al régimen contributivo en esta ciudad), como cuando se compara Cartagena contra Santa Marta (en cuyo caso se comparan las personas que pertenecen al régimen subsidiado en cada una de las ciudades).

**Tabla 79 - Ejercicio de Diferencias en Diferencias con Controles para Consultas**

Indicador	Personas de 0 a 12 años		Personas de 12 a 18 años		Personas de 18 a 59 años		Personas mayores de 60 años	
	Total	Reducida	Total	Reducida	Total	Reducida	Total	Reducida
Total Nacional								
Dif-Dif	3,296***	2,476***	1,763***	0.636*	1,364***	0.843***	2,264***	1.447***
Error Estandar	(0,061)	(0.0884)	(0,126)	(0.324)	(0,095)	(0.0836)	(0.0837)	(0.147)
Observaciones	67495	38476	7323	4072	969278	344714	1086131	511799
Cartagena Vs. Santa Marta								
Dif-Dif	2,942***	0.964**	1,672***	n.d	1,152***	0.767**	1,862***	0.862**
Error Estandar	(0,173)	(0.435)	(0,219)	n.d	(0,368)	(0.319)	(0,146)	(0.359)
Observaciones	1302	343	89	n.d	2709	1063	13508	5418
Cartagena Vs. Cartagena								
Dif-Dif	2,741***	1.215***	1,583***	n.d	1,017***	0.388**	1,653***	0.466**
Error Estandar	(0,073)	(0.196)	(0,096)	n.d	(0,0631)	(0.183)	(0,091)	(0.212)
Observaciones	2748	579	140	n.d	9380	1730	32030	7413
Cartagena Vs. Santa Marta (Con Variables de Control Adicionales) <sup>48</sup>								
Dif-Dif	2,131***	0.691**	1,412***	n.d	0.865***	0.571***	1,419***	0.671**
Error Estandar	(0,0921)	(0.165)	(0,168)	n.d	(0,117)	(0.221)	(0,121)	(0.198)
Observaciones	1302	343	89	n.d	2709	1063	13508	5418
Clusters standard errors in parentheses								
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1								

Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

El resultado favorable en el número de consultas a las cuáles pueden acceder ahora los usuarios, se refleja en que según la encuesta de resultados realizada para la presente evaluación a nivel nacional, y en lo relativo a acceso y uso de las tecnologías, el sistema de salud colombiano no presenta muchas diferencias significativas entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo en el año 2014. Esto implica que la unificación del

<sup>48</sup> Las regresiones incluyen los siguientes controles adicionales: No Tiene Sanitario, Inodoro Conectado a Pozo, Pisos de Cemento, Pisos de Baldosa, Pisos en Alfombra, Sin Paredes, Paredes de Zinc, Paredes de Madera, Paredes de Bahareque, Entierran la basura, Quemar la Basura, Tiran al Patio la Basura, Cocinan con Electricidad, Cocinan con Gas Domiciliario, Cocinan con Gas Propano, Hacinamiento, Jefe Hombre, Dependencia Demográfica, Gas, Lavadora.

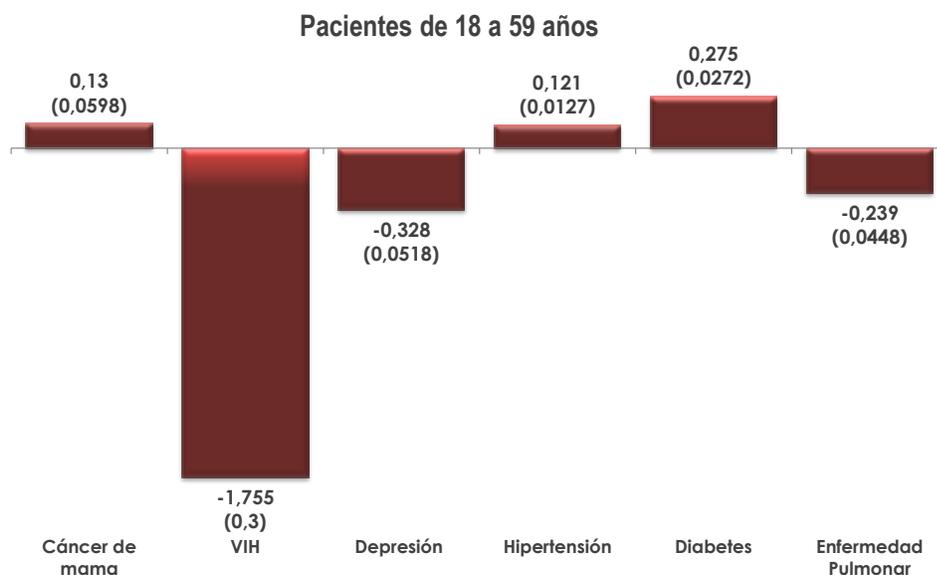
POS sí se ha reflejado en una igualación del acceso a servicios de salud, sobre todo en el número de consultas al que acceden las personas. Esto último se vio reflejado también en los grupos focales en los cuáles los pacientes identifican claramente que en general ha habido mejoras respecto a la asignación de citas en el país (a pesar de que, como se verá más adelante, para algunas cosas particulares aún la brecha de atención no se ha cerrado).

*“Antes era muy demorado, antes era más demorado sí, porque como que escaseaban los especialistas. (...) Más o menos le tocaba irse en citas de dos o tres meses”* (Bogotá, EPOC)

*“Eso hace 3 o 4 años más o menos que nos han dado eso, porque anteriormente eso era un problema para sacar citas, para todo era un problema”* (Villavicencio, EPOC)

Las estimaciones por patología muestran que, en el caso de las personas de entre 18 y 59 años se encuentra que el número de consultas para pacientes de Cáncer de Mama, Hipertensión y Diabetes, presenta un impacto positivo y significativo después de haberse unificado el POS. Este resultado es un poco mayor en los pacientes de Diabetes, a pesar de que en todos los casos los impactos son de menos de media consulta adicional. De otro lado, para los pacientes de Depresión y Enfermedad Pulmonar Crónica, se encuentra un impacto negativo de poco más de 0,2 consultas (ver Gráfico 1).

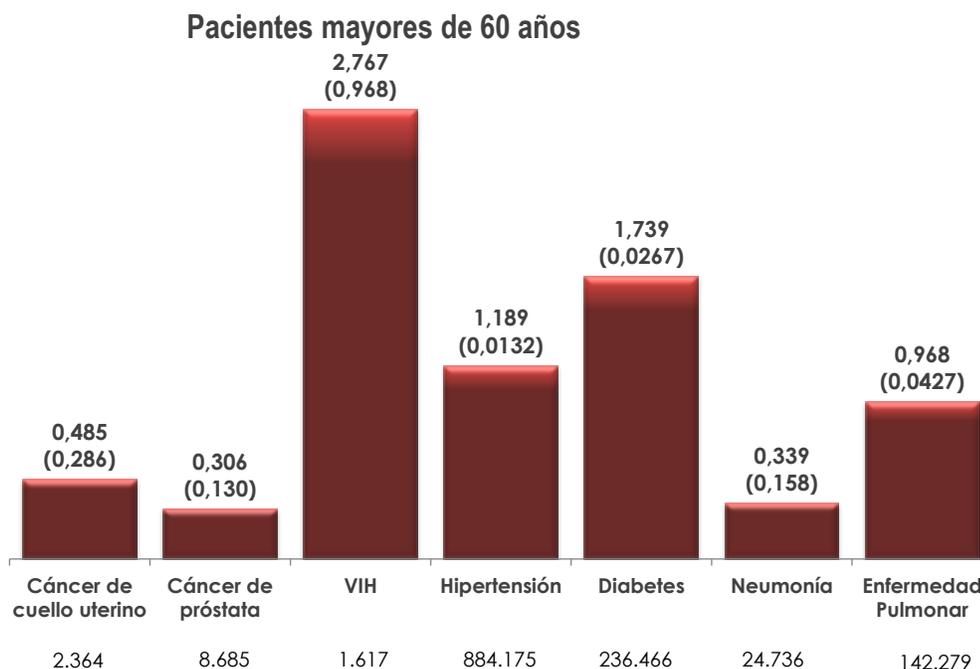
**Gráfico 1 - Ejercicio de Diferencias en Diferencias con Controles para Consultas en Pacientes de entre 18 y 59 años**



Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

Cuando se examinan los pacientes mayores de 60 años, los resultados de las estimaciones mediante diferencias en diferencias muestran que el mayor impacto de la unificación en este grupo de edad se dio en las consultas de VIH, las cuales se incrementaron en casi 3 consultas (ver Gráfico 2 ). Además de esto, el Gráfico 2 muestra que el número de consultas para los pacientes de Hipertensión y Diabetes en este grupo de edad aumentaron en cerca de 2 consultas, y que para los pacientes de Cáncer de Cuello Uterino, Cáncer de Próstata y Neumonía, el número de consultas se incrementó en poco menos de media consulta. Estos resultados muestran que incluso a nivel de patologías, las consultas de las personas mayores de 60 años presentaron un incremento como producto de la unificación del POS.

**Gráfico 2 - Ejercicio de Diferencias en Diferencias con Controles para Consultas en Pacientes mayores de 60 años**

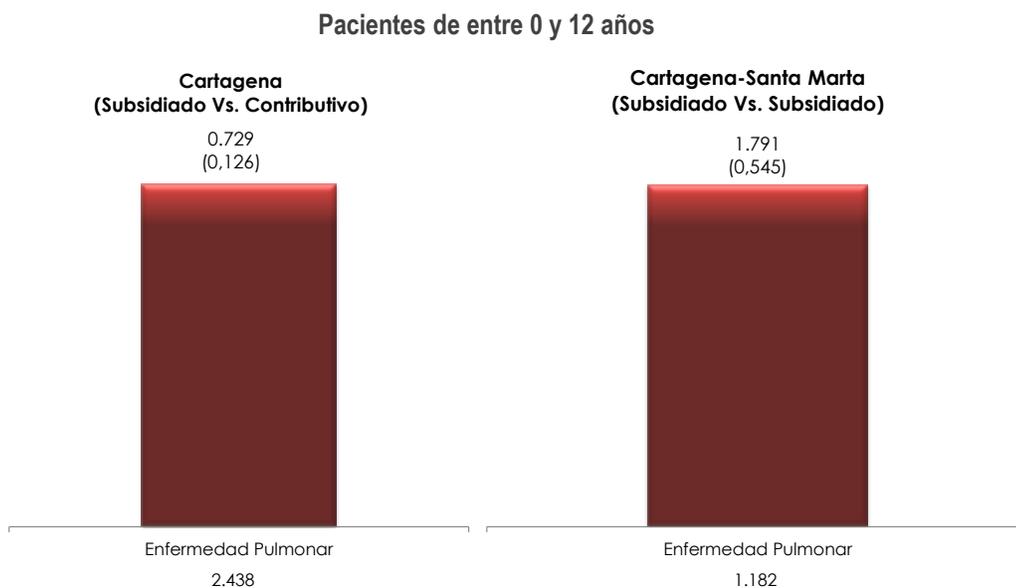


Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

En el Gráfico 3 se muestran los resultados de realizar las estimaciones para los niños de entre 0 y 12 años. En el lado izquierdo del gráfico se muestran los resultados de la estimación comparando los niños de 0 y 12 años en la ciudad de Cartagena que se encuentran afiliados al régimen subsidiado con aquellos del régimen contributivo, y en el lado derecho se muestran los resultados de comparar los niños de entre 0 y 12 años del régimen subsidiado que viven en Cartagena, con los niños afiliados al régimen subsidiado que viven en Santa Marta. Los resultados muestran que el número de consultas por

Enfermedad Pulmonar Crónica se incrementaron para este grupo de edad cuando se utiliza cualquiera de estos dos grupos de comparación. En el caso en el cual se compara Cartagena consigo misma, el número de consultas se incrementó en poco menos de una consulta en promedio, mientras que cuando se compara Cartagena contra Santa Marta los resultados muestran que el impacto es de cerca de dos consultas (ver Gráfico 3).

**Gráfico 3 - Ejercicio de Diferencias en Diferencias con Controles para Consultas en Pacientes de entre 0 y 12 años (Cartagena Vs. Cartagena y Cartagena Vs. Santa Marta)**



Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

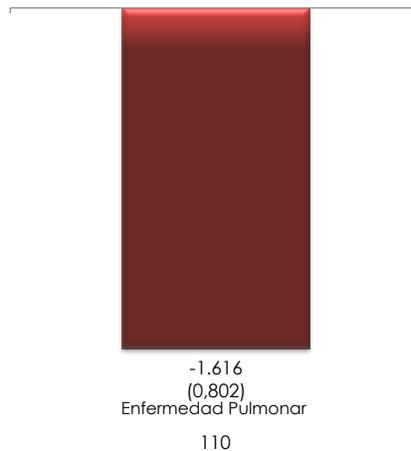
Por último, para el tema de consultas se encuentra que cuando se comparan las personas de entre 12 y 18 años que viven en Cartagena y pertenecen al régimen subsidiado con las personas que viven en la misma ciudad, pero pertenecen al régimen contributivo, el número de consultas por Enfermedad Pulmonar Crónica presenta una disminución de cerca de una consulta y media. Estos resultados no se presentan cuando se compara Cartagena contra Santa Marta ni en el nivel nacional. Este tipo de resultados en algunas de las patologías y en algunas regiones específicas, también se presentaron en los grupos focales en los cuáles los usuarios manifiestan que aún existe una falta de oportunidad en la asignación de citas, autorizaciones, etc., lo cual puede traer consigo consecuencias en los pacientes.

*“Más que todo es la angustia de no poder pagarse la EPS, en el caso de uno. O tanto trámite, tantas demoras. Eso es lo que a uno lo agobia. Que demoras, demoras en consultas; que citas, autorizaciones, tantas filas para autorizaciones...eso no debiera ser, eso debiera ser por internet, simplemente y ya. No tener que desplazarse hasta SUBA. Que las EPS deberían llevárselo a la casa a uno...y eso no es ningún lujo adicional. Eso no deberían cobrárselo a uno” (Bogotá, Confidencial)*

**Gráfico 4 - Ejercicio de Diferencias en Diferencias con Controles para Consultas en Pacientes de entre 12 y 18 años (Cartagena Vs. Cartagena)**

**Pacientes de entre 12 y 18 años**

**Cartagena  
(Subsidiado Vs. Contributivo)**



Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

Cuando se analizan las hospitalizaciones, los resultados muestran que en general no se encuentra ningún efecto de la unificación del POS en el número de hospitalizaciones a las cuales acceden las personas (ver Tabla 80). Esto puede estar explicado porque si bien las personas del régimen subsidiado accedían a un plan de beneficios menor que las personas del régimen contributivo, las hospitalizaciones venían siendo cubiertas por atención mediando la oferta pública. Es decir, ya las personas se encontraban accediendo a este tipo de servicios, con lo cual la unificación del POS no tiene ningún impacto en este sentido. Al igual que en el tema de consultas, es bueno señalar que los resultados son bastante robustos cuando se analizan los diferentes tamaños de muestra.

**Tabla 80 - Ejercicio de Diferencias en Diferencias con Controles para Hospitalizaciones<sup>49</sup>**

INDICADOR	PERSONAS DE 0 A 12 AÑOS		PERSONAS DE 12 A 18 AÑOS		PERSONAS DE 18 A 59 AÑOS		PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS	
	TOTAL	REDUCIDA	TOTAL	REDUCIDA	TOTAL	REDUCIDA	TOTAL	REDUCIDA
Total Nacional								
Dif-Dif	-0.200	0.0106	-0.304	n.d	0.445*	0.242***	0.182	0.100
Error Estandar	(0.120)	(0.0986)	(0.270)	n.d	(0.248)	(0.0770)	(0.189)	(0.182)
Observaciones	3,364	923	199	n.d	6,000	1,165	9,214	2,641
Cartagena Vs. Santa Marta								
Dif-Dif	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Error Estandar	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Observaciones	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d
Cartagena Vs. Cartagena								
Dif-Dif	0.160	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	0.0761	n.d
Error Estandar	(0.243)	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	(0.193)	n.d
Observaciones	147	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	117	n.d
Clusters standard errors in parentheses								
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1								

Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

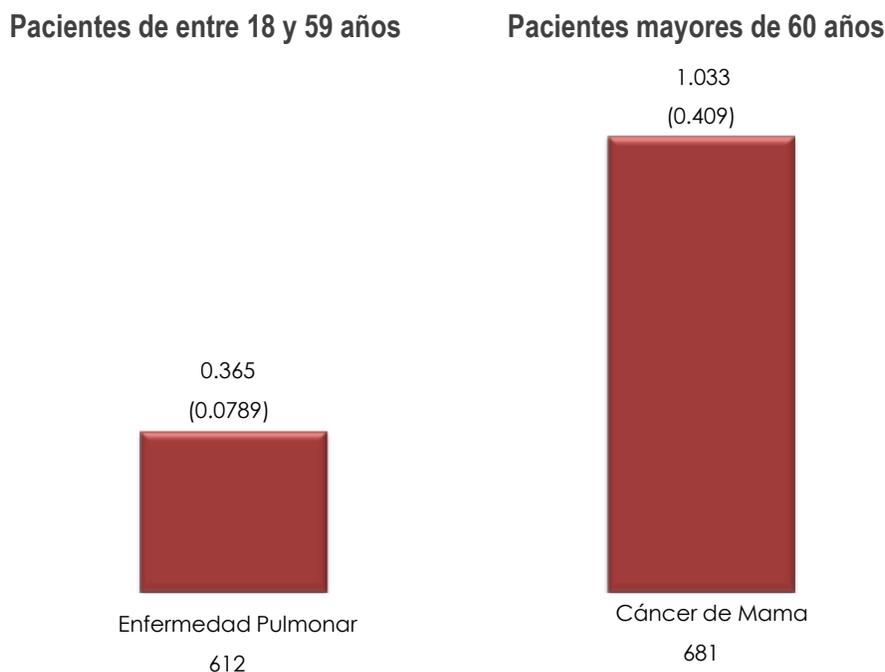
Si bien en el total de hospitalizaciones no se encuentran impactos significativos, cuando se analizan las patologías de forma particular se encuentra que en algunas de ellas si existen impactos de la unificación para algunos grupos de edad. El Gráfico 5 muestra que para las personas de entre 18 y 59 años se encuentra un impacto positivo y significativo del número de hospitalizaciones por Enfermedad Pulmonar Crónica (panel izquierdo) de poco menos de media hospitalización en las personas del régimen subsidiado cuando se comparan con las personas pobres del régimen contributivo.

Adicionalmente, en el panel derecho del Gráfico 5 puede observarse que cuando se comparan las personas de más de 60 años que padecen Cáncer de Mama y que se encuentran afiliadas al régimen subsidiado con las personas del mismo grupo de edad pobres que se encuentran afiliadas al régimen contributivo antes y después de la política, el primer grupo de personas ha experimentado un incremento del número de hospitalizaciones de más de una hospitalización. En las demás patologías y grupos de

<sup>49</sup> Para esta estimación no se incluye la regresión de Cartagena y Santa Marta con controles adicionales dado que no se tienen las observaciones suficientes para obtener resultados robustos.

edad no se encontraron impactos ni positivos ni negativos de la unificación del POS en el número de hospitalizaciones.

**Gráfico 5 - Ejercicio de Diferencias en Diferencias con Controles para Hospitalizaciones**



Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

En cuanto al número de procedimientos a los cuales acceden las personas del régimen contributivo y las personas del régimen subsidiado, la Tabla 81 muestra que en general no se encuentra ningún impacto en el número de procedimientos a los cuales pueden acceder las personas que se encuentran enfermas por alguna de las 11 patologías de estudio que puedan ser atribuibles a la unificación del POS<sup>50</sup>. Esta ausencia de impacto puede obedecer principalmente a dos cosas. En primer lugar, de las 11 patologías estudiadas 6 son consideradas enfermedades de alto costo (VIH, Cáncer de Mama, Cáncer de Cuello Uterino, Cáncer de Próstata, Diabetes y Enfermedad Pulmonar Crónica), con lo cual los procedimientos que tuvieran que realizarse estos pacientes ya se encontraban cubiertos. No obstante, vale la pena anotar que los asistentes a los grupos focales fueron insistentes en que las hospitalizaciones, entre otras cosas se encuentran afectadas por cuellos de botella en materia de trámites, citas y la articulación de especialistas.

<sup>50</sup> Únicamente se encuentran impactos positivos y significativos para las personas mayores de 60 años cuando se comparan las personas del régimen subsidiado de Cartagena con las personas del régimen subsidiado de Santa Marta.

*“Es que a mí me operaron por SaludCoop. En la espera de que me dieran agenda por Caprecom. Primero estuve por Cajacopi. Nunca me dieron agenda, una agenda con el mastólogo y estuve como seis (6) meses. (...) En ese tiempo de espera, en el que estuve como casi un año, fue que pude hacer que me viera el especialista. Pero yo estuve esperando un año mientras sentía la masa, luego esperé otro año a que me dieran la cita. Cuando me dieron la cita, ya la masa pesaba media libra. Eso pesó cuando salió. Tengo una cirugía de acá hasta el otro lado. Y ahora está roja porque recién me operaron. Pero sí tuve que esperar bastante para que me pudieran hacer la operación. (...) porque me quedé esperando seis meses en Cajacopi y no había agenda con mastología. (...) De consulta general me mandaron a especialistas. Era una espera para una consulta de especialistas. Era seis meses y me dijeron: vamos para Caprecom y en Caprecom también duré tres (3) meses. A mi abuelita la atendieron más rápido porque, claro, un anciano y además era prioritario. Después le dije, no, me voy para SaludCoop y en SaludCoop en seguida me dieron la cita –eso fue este año, hasta que me pudieron operar, y eso fue en Enero que me pasé-. Esperé ese tiempo entre cita, exámenes, anestesiología –fue durísimo sacar la cita de anestesiología porque nunca hay agenda para anestesiología-. Entonces aborita me tocó ir a Villavicencio y pedir una cita con anestesiología. Y en anestesiología me dijeron que no me podían operar porque la operación es hasta el veinte...que esa cita de anestesiología no me servía, que tenía que pedir una hasta el veinte (20) de enero, porque la operación en anestesiología es hasta después del veinte (20) de enero y los exámenes quedan muy atrás. Entonces me dijeron “tiene que pedir otra cita”. Ah, y yo llamo al cero uno ocho mil (01-8000) de servicio al cliente para denunciar que llevo dos meses esperando cita con anestesiología. Me tocó venir y hablar con una doctora para que me diera una extra –para el martes-. Entonces fue cuando me dijeron que no, que tenía que esperar, entonces estoy a la espera. (Villavicencio, Cáncer de Mama, R. Mixto)*

En segundo lugar, y también relacionado con el tipo de patologías que se están analizando, cuando se analizan las cinco patologías restantes se encuentra que ninguna de ellas tiene asociados procedimientos que hubieran podido ser afectados por la unificación del POS. Con lo cual, para este caso el hecho de no encontrar impactos en ninguna dirección es algo que puede considerarse de algún modo lógico.

**Tabla 81 - Ejercicio de Diferencias en Diferencias con Controles para Procedimientos**

Indicador	Personas de 0 a 12 años		Personas de 12 a 18 años		Personas de 18 a 59 años		Personas mayores de 60 años	
	Total	Reducida	Total	Reducida	Total	Reducida	Total	Reducida
Total Nacional								
Dif-Dif	-3.384**	-1.367	-3.308	-5.08	2.211	1.614	-0.924	-1.556
Error Estandar	(1.53)	(2.754)	(3.01)	(5.432)	(2.056)	(3.901)	(1.348)	(1.269)
Observaciones	10287	8186	1205	942	105440	46350	269701	209878
Cartagena Vs. Santa Marta								

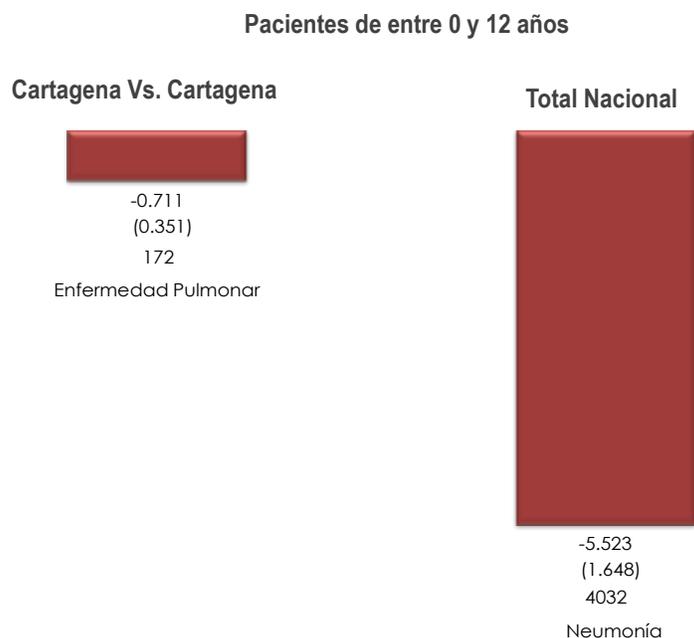
Indicador	Personas de 0 a 12 años		Personas de 12 a 18 años		Personas de 18 a 59 años		Personas mayores de 60 años	
	Total	Reducida	Total	Reducida	Total	Reducida	Total	Reducida
Dif-Dif	0.187	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	3.375**	1.634***
Error Estandar	(1.397)	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	(1.323)	(0.293)
Observaciones	94	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	1450	918
Cartagena Vs. Cartagena								
Dif-Dif	-0.472	-0.514	n.d	n.d	-4.346	-0.422	-1.192	-3.672***
Error Estandar	(0.411)	(0.442)	n.d	n.d	(3.282)	(2.266)	(1.556)	(0.878)
Observaciones	201	163	n.d	n.d	1151	222	3849	2313
Cartagena Vs. Santa Marta (Con Variables de Control Adicionales) <sup>51</sup>								
Dif-Dif	0.091	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	2.716	1.363**
Error Estandar	(1.119)	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	(1.983)	(0.661)
Observaciones	94	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	1450	918
Clusters standard errors in parentheses								
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1								

Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

Llama la atención sin embargo, que cuando se analizan los procedimientos al interior de las patologías si se encuentran algunos grupos de pacientes para los cuales pueden identificarse algunos impactos, aunque no en la dirección adecuada. Tal es el caso de los pacientes de entre 0 y 12 años para los cuales se encuentra un impacto negativo en el número de procedimientos por neumonía (panel derecho del Gráfico 6). Adicionalmente, cuando se realiza el ejercicio comparando las personas pobres del régimen contributivo en Cartagena contra las personas del régimen subsidiado en la misma ciudad, se encuentra que el número de procedimientos para los pacientes de Enfermedad Pulmonar presenta un impacto negativo de un poco más de medio procedimiento.

<sup>51</sup> Las regresiones incluyen los siguientes controles adicionales: No Tiene Sanitario, Inodoro Conectado a Pozo, Pisos de Cemento, Pisos de Baldosa, Pisos en Alfombra, Sin Paredes, Paredes de Madera, Paredes de Bahareque, Entierran la basura, Queman la Basura, Tiran al Patio la Basura, Cocinan con Electricidad, Cocinan con Gas Domiciliario, Cocinan con Gas Propano, Hacinamiento, Jefe Hombre, Dependencia Demográfica, Gas, Lavadora.

### Gráfico 6 - Ejercicio de Diferencias en Diferencias con Controles para Procedimientos



Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

Estos resultados particulares para los pacientes de enfermedades respiratorias, en particular para pacientes con Enfermedad Pulmonar Crónica, también fue validada por la información cualitativa en la cual los pacientes que asistieron a los grupos focales manifiestan dificultades para acceder a los procedimientos. Estas demoras en general se encuentran asociadas a la cantidad de trámites que deben realizar para que finalmente puedan tener el acceso al procedimiento necesario.

*“Esa misma pregunta se la hice yo al médico, yo le dije: “-doctor, ¿por qué hemos dado tanta vuelta para llegar a un examen primordial como es una tomografía?” “-No porque hay que dirigirse por unos procesos aquí y yo he seguido esos procesos” (Montería, EPOC)*

La última variable de análisis la constituyen el número de atenciones por urgencias al cual acceden las personas de los dos regímenes. En la Tabla 82 se muestran los resultados de la estimación mediante diferencias en diferencias en el número de atenciones de urgencias para todos los grupos de edad, para todo el universo de EPS y para el universo restringido. Los resultados muestran que la unificación del POS tampoco tiene impactos significativos en el número de atenciones a urgencias al cual acceden las personas. De nuevo, esto puede explicarse porque este tipo de atenciones ya venían siendo asumidas

mediante oferta o por el mismo plan de salud, por lo cual no debe sorprender que no se encuentren impactos en esta variable.

**Tabla 82 - Ejercicio de Diferencias en Diferencias con Controles para Urgencias**

Indicador	Personas de 0 a 12 años		Personas de 12 a 18 años		Personas de 18 a 59 años		Personas mayores de 60 años	
	Total	Reducida	Total	Reducida	Total	Reducida	Total	Reducida
Total Nacional								
Dif-Dif	-0.128	-0.647*	0.246	-0.327	-0.482	-0.00788	-0.169	-0.525
Error Estandar	(0.363)	(0.374)	(0.545)	(0.272)	(0.402)	(0.221)	(0.539)	(0.465)
Observaciones	6,297	2,265	456	170	7,996	4,179	16,142	7,816
Cartagena Vs. Santa Marta								
Dif-Dif	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	0.198	0.340
Error Estandar	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	(0.843)	(0.756)
Observaciones	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	111	77
Cartagena Vs. Cartagena								
Dif-Dif	-0.221	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	-1.167**	-0.373
Error Estandar	(0.205)	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	(0.538)	(0.429)
Observaciones	519	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	703	132
Cartagena Vs. Santa Marta (Con Variables de Control Adicionales) <sup>52</sup>								
Dif-Dif	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	0.148	0.172
Error Estandar	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	(0.549)	(0.491)
Observaciones	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	n.d	111	77
Clusters standard errors in parentheses								
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1								

Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

Buscando darle mayor robustez a los resultados encontrados y aprovechar la riqueza del panel de datos del RIPS, se realizó el ejercicio de la estimación de los impactos de la unificación del POS utilizando un modelo de Diferencias en Diferencias generalizado

<sup>52</sup> Las regresiones incluyen los siguientes controles adicionales: No Tiene Sanitario, Inodoro Conectado a Pozo, Pisos de Cemento, Pisos de Baldosa, Pisos en Alfombra, Sin Paredes, Paredes de Madera, Paredes de Bahareque, Entierran la basura, Quemán la Basura, Tiran al Patio la Basura, Cocinan con Electricidad, Cocinan con Gas Domiciliario, Cocinan con Gas Propano, Hacinamiento, Jefe Hombre, Dependencia Demográfica, Gas, Lavadora.

siguiendo la metodología propuesta por Hansen (2007) el cual a nivel individual puede expresarse como:

$$y_{igt} = \lambda_t + \alpha_g + \beta T_{gt} + \gamma_{gt} z_{igt} + v_{gt} + \mu_{igt}$$

$$\text{con } i = 1, \dots, N_{gt}$$

En el cual,  $i$  representa el indicador individual,  $g$  son los indicadores de grupos, y  $t$  es el indicador de tiempo. La variable  $\lambda_t$  representa los efectos de tiempos, es decir esta variable identifica si se encuentra antes o después de la implementación de la política. De otro lado,  $\alpha_g$  diferencia los grupos de tratamiento y control.  $T_{gt}$  la interacción de las variables de tiempo con la identificación de los grupos de tratamiento y control.  $z_{igt}$  son las variables observables específicas a cada individuo,  $v_{gt}$  son los efectos no observables en el tiempo y  $\mu_{igt}$  es el término de error individual.

De esta manera, se pretende confirmar si las estimaciones utilizando el modelo de diferencias en diferencias presentado inicialmente logran realmente medir el impacto de la unificación del POS. Los resultados de la estimación del modelo de diferencias en diferencias generalizado se presentan en la Tabla 83.

Al igual que en los ejercicios iniciales, las estimaciones se realizaron para los diferentes tamaños de muestra definidos en la Tabla 74, es decir en las regresiones la columna **Total** incluye la totalidad de las EPS, y la columna **Reducida** presenta los resultados de la muestra más exigente de EPS. Adicionalmente, y al igual que en las estimaciones presentadas anteriormente, los errores estándar son corregidos utilizando clusters de EPS con el fin de controlar por la posible autocorrelación que puede existir entre los individuos de las EPS buenas y malas.

Puede observarse que, en general, los resultados para los diferentes tamaños de muestra son bastante similares. Al igual que sucede con los resultados mostrados inicialmente, cuando se encuentran diferencias entre los diferentes tamaños de muestra, se considera que el resultado más robusto es aquel que considera la muestra más reducida puesto que allí se ha eliminado la mayor cantidad de ruido en los datos y se tiene una muestra confiable para las estimaciones.

Si bien los resultados mediante la estimación del modelo de diferencias en diferencias generalizado son bastante similares a los obtenidos con el modelo de diferencias en diferencias inicial, existen algunos casos en los cuales estas últimas estimaciones difieren

de las primeras. Esto puede deberse a varias razones entre las cuales la más importante es que en estas últimas estimaciones se están comparando todas las personas año a año, mientras que en las estimaciones iniciales, se realizaban comparaciones entre los años extremos y en los años promedios de la implementación de la política.

A pesar de que como se mencionó anteriormente, las estimaciones utilizando el nuevo modelo de diferencias en diferencias difieren en algunos casos de las estimaciones utilizando el método de diferencias en diferencias tradicional, estas diferencias se dan en casos en los cuales las primeras estimaciones no reportaban un impacto estadísticamente significativo.

Ahora bien, al analizar los resultados encontrados con la estimación del modelo de diferencias en diferencias generalizado, se encuentra que en cuanto a hospitalizaciones en general no existe un impacto de la unificación en el número de hospitalizaciones al cual acceden los pacientes del régimen subsidiado. Únicamente se encuentra un impacto positivo en esta variable en los pacientes de entre 18 y 59 años, al igual que sucedía con las estimaciones iniciales (ver Tabla 83; **Error! No se encuentra el origen de la referencia.**) al como se argumentó anteriormente, esta ausencia de impacto puede estar relacionada con que en general, dadas las características de las patologías analizadas sin importar que las personas pertenecieran a uno u otro régimen, ya tenían cubierto estos servicios. Esto último, debido a que a las personas pertenecientes al régimen subsidiado se les atendía mediante oferta pública.

En cuanto a los servicios de urgencias, para los cuales inicialmente únicamente se encontró un impacto negativo para los niños menores de 12 años, las regresiones utilizando el modelo de diferencias en diferencias generalizado, si bien refuerzan este impacto, también muestran un impacto negativo en el acceso a servicios de urgencias en las personas de entre 12 y 18 años y en los adultos mayores de 60 años (ver Tabla 83) Este resultado, el cual no debería presentarse dado que la atención urgencias se debe prestar sin distinción del régimen al cual se encuentren afiliadas las personas, se corresponden con algunos resultados tanto de la información cualitativa como de la encuesta que se realizó a los pacientes.

**Tabla 83 - Estimación Mediante Diferencias en Diferencias Generalizado**

Grupo de Edad	Indicador	Consultas		Hospitalizaciones		Urgencias		Procedimientos	
		Total	Reducida	Total	Reducida	Total	Reducida	Total	Reducida
0 a 12 años	Dif-Dif	3,127***	2,243**	-0.114	0.0384	-0.211	-0.631**	-2.466*	-1.069
	Error Estandar	(0,034)	(1.121)	(0.171)	(0.0707)	(0.233)	(0.307)	(1.376)	(2.204)
12 a 18 años	Dif-Dif	1,458***	0.428**	-0.197*	-0.26	-0.181	-0.287***	-2.503**	-2.067**
	Error Estandar	(0,093)	(0.281)	(0.118)	(0.172)	(0.296)	(0.07)	(1.128)	(0.823)
18 a 59 años	Dif-Dif	1,231***	0.539***	0.154	0.195**	-0.301	-0.0683	0.829	3.273*
	Error Estandar	(0,081)	(0.0367)	(0.143)	(0.0897)	(0.762)	(0.334)	(2.805)	(1.624)
más de 60 años	Dif-Dif	1,965***	1.181***	0.261*	0.119	0.236	-0.631*	3.122	0.94
	Error Estandar	(0.0614)	(0.096)	(0.132)	(0.0825)	(0.603)	(0.334)	(2.106)	(1.567)
Observations		42,497,396	32,820,875	418,912	117,897	688,620	313,868	3,716,997	2,595,835
Clusters standard errors in parentheses									
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1									

Fuente: Cálculos propios con base en RIPS

Al respecto, en los grupos focales los pacientes a pesar de reconocer que ha habido algunos avances en la atención en los servicios de urgencias, también identifican algunos aspectos en los cuales aún hace falta mejorar, en especial en cuanto a los tiempos de espera. Es decir, lo que los paciente identifican es que si bien pueden acceder al servicio, una vez han ingresado al hospital, las tiempos de esperar pueden llegar a ser demasiado largos.

*“Hay algo que sí ha mejorado y que he notado yo que si realmente ha mejorado, por ejemplo antes usted iba a urgencias y muchas veces lo mandaban a buscar droga que porque ahí no la había y tocaba ir a comprar la droga.” (Popayán, Hipertensión y Diabetes)*

*“Yo estuve aquí en el San Ignacio. Duré dos días en un pasillo en una silla, esperando una habitación. Sí me miraron y me dijeron: hay que ingresarlo, pero siéntese ahí, y no se podía uno levantar porque se sentaba otro enseguida y ya perdía la silla. Dónde me hago. Dos días en un pasillo y veía uno viejitas y viejitos en las mismas de uno, y uno bueno, por lo menos aguanta más, pero viejitos, y gente que ya llevaba más días ahí vueltos nada. Eso no tiene que ser así” (Bogotá, Confidencial)*

*“Y perdí mi bebe por negligencia, en ese tiempo tenía régimen subsidiado y llegue al hospital de Tunjuelito y me sentí mal, llegue por urgencias y me pusieron a esperar y me pidieron la orden de no sé qué y tocaba que ir hasta Usme por eso y pues espere más y la doctora me hizo el tacto y de ahí me fui a buscar la bendita orden y se me viene una hemorragia de la verraca y pues fue terrible, me pidieron la orden para que me sacaran la ecografía y me pusieron fue a voltear” (Bogotá, Enfermedades Mentales)*

Con el fin de identificar posibles impactos diferenciados entre hombres y mujeres, las estimaciones anteriores se replicaron para estos dos grupos<sup>53</sup>. Los resultados se muestran en la Tabla 84 en la cual puede observarse que en general, no existen impactos diferenciados por sexo. Es decir, de acuerdo a los resultados presentados puede afirmarse que tanto hombres como mujeres se ven impactos de la misma forma por la unificación del POS. La única dimensión para la cual se encuentra diferencias es para las hospitalizaciones en los adultos mayores de 60 años, para la cual los resultados muestran un impacto positivo en los hombres del régimen subsidiado, mientras que para las mujeres no se encuentra ninguna diferencia respecto a sus pares del régimen contributivo (ver Tabla 84).

---

<sup>53</sup> Estas estimaciones se realizaron con la muestra más restrictiva pues se considera que de este modo se capturan los impactos de manera más pura.

**Tabla 84 - Estimación Diferencias en Diferencias Generalizado Hombres  
 Vs. Mujeres**

GRUPO DE EDAD	INDICADOR	HOSPITALIZACIONES		URGENCIAS		PROCEDIMIENTOS	
		HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
0 a 12 años	Dif-Dif	0.0758	0.00638	-0.672**	-0.603*	-0.804	-1.190
	Error Estandar	(0.0697)	(0.0739)	(0.292)	(0.320)	(2.391)	(2.123)
12 a 18 años	Dif-Dif	-0.108	-0.379	-0.288***	-0.285***	-1.846*	-2.163**
	Error Estandar	(0.0877)	(0.256)	(0.0749)	(0.0826)	(0.901)	(0.839)
18 a 59 años	Dif-Dif	0.178***	0.353**	-0.118	-0.0959	4.604**	4.576**
	Error Estandar	(0.0597)	(0.137)	(0.436)	(0.385)	(1.711)	(1.797)
más de 60 años	Dif-Dif	0.0692**	0.168	-0.603*	-0.650*	-0.106	1.525
	Error Estandar	(0.0319)	(0.132)	(0.328)	(0.342)	(1.202)	(1.951)
Observations		49,708	58,758	130,497	162,889	974,677	1,574,751
Clusters standard errors in parentheses							
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1							

Fuente: Cálculos propios con base en RIP

Por último, dado que la evaluación de resultados muestra la existencia de algunas diferencias regionales en los indicadores calculados, se realiza la estimación de los impactos de la unificación teniendo en cuenta las mismas regiones definidas para el análisis de resultados<sup>54</sup>. Los resultados muestran que las diferencias regionales son bastantes relevantes para las estimaciones de impactos realizadas. Respecto a hospitalizaciones, se encuentra que si bien las estimaciones para el total nacional no presentan impactos significativos de la unificación del POS, cuando se analizan los resultados regionales pueden identificarse diferentes significativas.

Para evidenciar las diferencias regionales, en la Tabla 85 se muestra que por ejemplo en la región Pacífica se presenta un impacto positivo del número de hospitalizaciones para todos los grupos de edad excepto para las personas de entre 12 y 18 años. De otro lado, en Bogotá se encuentra un impacto positivo en las hospitalizaciones de las personas de entre 18 y 59 años y para los niños menores de 12 años se encuentra un impacto negativo; para los demás grupos de edad no se encuentran impactos significativos en el número de hospitalizaciones. Para la región Sur, la Tabla 85 muestra un impacto positivo y significativo en el número de hospitalizaciones para los niños de entre 0 y 12 años y para las personas de entre 18 y 59 años y un impacto negativo para las personas de entre 12 y 18 años. En resumen, lo que se encuentra en hospitalizaciones a nivel

<sup>54</sup> Igual que en las estimaciones por sexo, las estimaciones se realizan únicamente con la muestra restringida.

regional es una diversidad de impactos de la unificación, lo cual muestra que el efecto de la política no es homogéneo para la población.

Respecto al número de urgencias, la Tabla 86 muestra que en general a nivel regional se evidencian impactos negativos en el número de atenciones de urgencias en los niños menores de 12 años y en los adultos mayores de 60 años. Para el último grupo este impacto se presenta en todas las regiones, excepto en la región de Eje Cafetero y Antioquia región para la cual no se encuentran diferencias entre los dos regímenes. Esta igualdad en la evolución del número de atenciones de urgencias en esta región, se evidenció también en el trabajo cualitativo en el cual se encuentra que las personas de ambos regímenes manifiestan una buena atención en general.

*“A mi papá lo metimos a la Unión y no se le veía mejoría, nada, nada, nada; entonces lo sacamos y lo metimos a la Salle. En la Salle se pagaron 8 millones de pesos y nada, abí mi hermano me dijo que íbamos a pagar el otro seguro que se debe y vamos a llevárnoslo para Medellín. Compramos los tiquetes nos fuimos para Medellín, llegamos por urgencias porque no nos daban remisión y dijimos “vea este señor está así, así y así” inmediatamente lo hospitalizaron 8 días y mi papá vino buenecito”* (Montería, Enfermedades Renales)

*“(…) en el 2005 y 2006 para mi papá la droga no la autorizaba el Sisbén. Ahora por lo menos la dan así sea demorada. Antes no”* (Medellín, EPOC)

Por último, la siguiente tabla muestra el impacto regional en el número de procedimientos. En general, los resultados muestran efectos negativos y significativos para los jóvenes de entre 12 y 18 años en casi todas las regiones, con excepción de Caribe, Centro y Santanderes y Eje Cafetero y Antioquia. Adicionalmente, en Bogotá, Centro Santanderes y Eje Cafetero y Antioquia se encuentran impactos positivos y significativos para las personas de entre 18 y 59 años. Esto último concuerda con los resultados encontrados en los grupos focales, en los cuales las personas cuando comparan el sistema antes y después de la unificación, manifiestan que este ha mejorado.

*“Es que no había tantos trámites porque el proceso era muy básico, no mandaban ni exámenes ni nada.”* (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)

**Tabla 85 - Diferencias en Diferencias Generalizado: Hospitalizaciones por Regiones**

GRUPO DE EDAD	INDICADOR	AMAZONÍA-ORINOQUÍA	EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA	PACÍFICO	CARIBE	SUR	CENTRO Y SANTANDERES	VALLE	BOGOTÁ
0 a 12 años	Dif-Dif	-0.0460	0.0913	0.237***	0.218	0.241**	-0.177	0.527*	-0.621***
	Error Estándar	(0.131)	(0.0774)	(0.0740)	(0.173)	(0.0842)	(0.124)	(0.252)	(0.141)
12 a 18 años	Dif-Dif	0.310*	-0.0432	-0.592***	-0.477	-0.891***	-0.420	-0.983*	-0.00968
	Error Estándar	(0.162)	(0.136)	(0.0168)	(0.354)	(0.177)	(0.250)	(0.519)	(0.169)
18 a 59 años	Dif-Dif	0.0553	0.131**	0.542***	0.419*	0.626**	0.195	0.849**	0.543***
	Error Estándar	(0.153)	(0.0531)	(0.159)	(0.248)	(0.244)	(0.138)	(0.339)	(0.0745)
más de 60 años	Dif-Dif	0.171***	0.148	0.171*	0.189**	0.237	0.292**	0.0725	-0.0292
	Error Estándar	(0.0433)	(0.0873)	(0.0864)	(0.0901)	(0.183)	(0.124)	(0.282)	(0.141)
Observaciones		1,892	33,156	4,906	18,011	7,373	18,594	2,165	31,714
Clusters standard errors in parentheses									
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1									

**Tabla 86 - Diferencias en Diferencias Generalizado: Urgencias por Regiones**

GRUPO DE EDAD	INDICADOR	AMAZONÍA-ORINOQUÍA	EJE CAFETERO Y ANTIOQUIA	PACÍFICO	CARIBE	SUR	CENTRO Y SANTANDERES	VALLE	BOGOTÁ
0 a 12 años	Dif-Dif	0.220**	-1.618***	-1.619***	-0.245	-0.888	-0.343***	-2.499***	-0.279**
	Error Estándar	(0.0922)	(0.309)	(0.105)	(0.154)	(0.734)	(0.0992)	(0.535)	(0.103)
12 a 18 años	Dif-Dif	-0.248***	-0.292**	-0.0999	-0.119	-0.367**	-0.150	-0.307*	-0.720**
	Error Estándar	(0.0386)	(0.121)	(0.0979)	(0.0961)	(0.150)	(0.135)	(0.154)	(0.282)
18 a 59 años	Dif-Dif	-0.312	0.609	0.404	-0.676***	0.223	-0.213	0.639	0.247
	Error Estándar	(0.202)	(0.418)	(0.499)	(0.156)	(0.446)	(0.366)	(0.505)	(0.349)
más de 60 años	Dif-Dif	-1.033***	-0.376	-1.456***	-0.512**	-1.179***	-0.715***	-1.172***	-0.665**
	Error Estándar	(0.148)	(0.608)	(0.0285)	(0.227)	(0.0964)	(0.225)	(0.339)	(0.285)
Observaciones		8,800	75,439	15,990	88,763	24,513	41,848	9,783	48,604
Clusters standard errors in parentheses									
*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1									

## Capítulo 4

### ANÁLISIS CUALITATIVO

---

*“Me enoja con el Estado que dice que es un regalo, pero eso lo estamos pagando todos, no es tan gratis y el servicio debe ser bueno, el servicio no debe ser precario”*  
(Bogotá, Hipertensión y Diabetes)

#### 4.1 METODOLOGÍA.

Para el levantamiento de la información de la parte cualitativa del proyecto, se realizaron 32 grupos focales en cinco regiones del país. En cada una de las regiones se realizó un grupo focal para cada una de las patologías concernientes al proyecto. En los casos en que por razones logísticas asociadas a la convocatoria de las sesiones de grupo no fue posible uno u otro de los grupos regionales, se reemplazó en Bogotá.

El objetivo de los Grupos Focales era poder realizar un paralelo entre las condiciones en el acceso, integralidad, oportunidad y equidad antes de las políticas de unificación y actualización del POS y las condiciones actuales. En esta medida, la exploración de las percepciones de los usuarios del sistema de salud se enfocó en los resultados, los impactos y los cambios generados por las políticas implementadas. Dada la naturaleza comparativa del estudio y de los grupos focales, se lograron identificar barreras y puntos críticos en el acceso y en la prestación del servicio, así como los casos o las condiciones en que varias problemáticas se hacen evidentes y se convierte en una limitante para los usuarios.

Una vez realizado el trabajo de campo se desarrolló un sistema de codificación por medio del software Atlas-Ti que respondía no sólo a las preguntas y objetivos de la investigación, sino que se construyó a partir de las experiencias que los usuarios, como receptores del sistema. En esta medida, se propende por hacer un análisis holístico de la realidad social que comprende el acceso, la oportunidad, la integralidad, la calidad y la equidad del sistema de salud.

Teniendo en cuenta la naturaleza de la metodología utilizada, vale la pena resaltar que ésta propicia el desarrollo de teorías a través del método inductivo mediante el análisis de la información provista en el trabajo de campo.

Ahora bien, en lo referente al análisis es importante mencionar que a diferencia de otras aproximaciones epistemológicas, la naturaleza de la investigación cualitativa no reside en la frecuencia en que una categoría o un concepto se menciona por parte de las personas usuarias, sino en el contenido mismo y en el valor que la información y las vivencias que las personas puedan tener para los efectos del proyecto. Si bien es cierto que hay temas recurrentes en los grupos focales, tales como los aspectos asociados al acceso y la calidad del servicio, lo relevante es la información como tal y no el hecho de que un tema u otro se menciona con mayor o menor frecuencia. El valor de la información aportada en la investigación cualitativa no reside en la cantidad, sino en el contenido de la información.

En esta medida, y ya para cerrar, el análisis de la información cualitativa respondió a las experiencias vividas por la población a la hora de hacer uso del sistema y a los problemas o beneficios a los que se enfrentaron para los seis grupos de patologías que atañen al proyecto en las cinco regiones naturales del país.

## 4.2 INTRODUCCIÓN.

Teniendo en cuenta que son varios los factores que describen y caracterizan la situación antes de los cambios implementados en el POS, el acceso, la calidad, la protección financiera, la integralidad, y la oportunidad están conectados y su relación es dinámica y determina la experiencias que han vivido las poblaciones usuarias a la hora de acceder, o intentar acceder, a los centros de salud y encontrar respuestas adecuadas a su salud.

Se trabajarán las condiciones generales antes y después de las políticas de actualización y unificación de forma separada, pero los diferentes componentes que caracterizan el sistema se harán de forma dinámica en aras de entender la complejidad y multiplicidad de las relaciones que componen el sistema de salud. Lo anterior, como medida para evitar una división arbitraria de los aspectos que determinan las condiciones del sistema de salud, aspecto inconveniente, pues no permitiría percibir las relaciones, dependencias y dinámicas que hacen parte del POS.

En este sentido, se buscará hacer un examen en donde se describa y analice la relación que las personas tienen con el sistema de salud y todo el proceso al que están sujetas; desde su diagnóstico hasta la entrega de medicamentos, pasando por cirugías,

hospitalización, citas y demás etapas a las que se enfrentan a la hora de buscar mejorar sus condiciones de salud y de vida.

Tal como se analiza en el informe, si bien los pacientes reconocen el gran esfuerzo que se ha realizado con la implementación de las políticas de unificación y actualización del POS, en cuanto a las posibilidades de acceso, la calidad del tratamiento y su integralidad y oportunidad, aún quedan muchos esfuerzos por realizar. Los largos tiempos de espera a los que las personas se ven obligados a someterse, la excesiva tramitología, la exclusión de algunos de los medicamentos y la inestabilidad en los contratos entre los agentes involucrados en el sistema representan una amenaza para la salud de los pacientes y un proceder al que las personas no deberían verse forzadas para contar con el servicio.

La falta de credibilidad en las instituciones públicas y privadas que componen el sistema están presentes en la mayoría de la población, ya que, aunque se reconocen y agradecen los esfuerzos en cuanto al acompañamiento psicológico y la inclusión de algunos medicamentos nuevos en el POS, el desgaste de individuos y los hogares en términos económicos, de salud y en relación al tiempo que se gasta para acceder al sistema es una constante.

### 4.3 ANÁLISIS POR GRUPO DE PATOLOGÍAS

#### 4.3.1 Cáncer de mama, cuello uterino y próstata.

- ✓ Situación antes de la actualización y unificación del POS.

En lo referente a la situación de los pacientes con cáncer de mama, cuello uterino y próstata antes de la unificación y actualización del POS, el proceso de diagnóstico, si bien en ocasiones expresa la eficiencia y pertinencia de los dictámenes que aportaron los especialistas, en otras experiencias relatadas el diagnóstico fue errado y llevó al avance de la enfermedad y empeoramiento de la condición de salud del paciente. Esta situación implica que la estandarización de procesos de diagnóstico no estaba siendo implementada por los médicos, que la pertinencia de estos era incierta y dependía, de cierta forma, de dar con un especialista que fuera riguroso y, ante ciertos síntomas, hiciera los exámenes pertinentes para detectar la patología.

En este sentido, y haciendo alusión a los casos en que efectivamente el proceso de diagnóstico fue pertinente y la precaución y rigurosidad de los especialistas llevó a una detección temprana del cáncer, se expresa que:

*“Bueno, a mí me descubrieron el cáncer en dos mil once, pero tenía una masa acá y ya llevaba dos años en esas, pero yo no le paraba bolas a nada. Como yo estoy mala de la vejiga y de la esa, pues yo me metí porque me daba miedo que el cáncer, me daba miedo que me diera un cáncer en la vagina, o en la matriz o algo. Y la doctora que me estaba atendiendo me pidió mamografía, todos los exámenes para mandarme a operar –porque ella me iba a mandar a operar (...) Entonces yo me vine a hacer esas vueltas primero antes que lo del seno. Y la doctora ya me dijo “voy a ponerle la cita ya, voy a ponerle lo del seno”. Me mandó la mamografía y la mandó de una vez a donde el doctor Casas que estaba ese mismo día ahí y me dijo: “usted tiene cáncer en el seno. Toca que deje esa otra operación para otra tiempo, porque ese cáncer es agresivo” (Villavicencio, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)*

Ahora bien, tal como se planteó anteriormente, en ocasiones el proceso de diagnóstico fue desacertado e implicó el avance de la patología y sus efectos en la salud de los pacientes. Esta situación se presentó tanto en pacientes de régimen contributivo como del subsidiado, problemática que sugiere que la pertinencia, estandarización y rigurosidad en el proceso de diagnóstico no estaba sujeta al régimen de salud al que pertenecían los pacientes, sino que dependían exclusivamente de la rigurosidad y voluntad del médico de remitir a los pacientes a los exámenes necesarios.

*“Los médicos generales no me han convencido casi nunca, porque por culpa de un médico general es que yo llegue a esta enfermedad, porque yo era profesor de cultura física, y a mí me preguntaban primero la vida y después de eso me mandaban pastillitas, que no que eso es cansancio físico, tómese estas pastillitas y eso se va a aliviar, dijo que era cansancio físico, cuando una vez me regalaron un papel que hablaba sobre los síntomas del que tuviera cáncer de próstata, cuando yo fui leyendo dije, yo esto lo estoy sintiendo hace muchos años, ahí mismo pedí la cita con un especialista, la pedí porque yo me sentí mal, y a mí no sé qué fue que me dio, a mí como que, sentí muerto esto de aquí para abajo, entonces me llevaron para urgencias.” (Medellín, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)*

En este orden de ideas, la calidad, oportunidad y pertinencia del proceso de diagnóstico antes de la unificación y actualización del POS, sin importar el régimen al que perteneciera el paciente, dependía de dar con un médico que le prestara la atención necesaria a los síntomas presentados por los pacientes y lo remitiera a donde el especialista para el adecuado tratamiento. A modo de ejemplo, en Bogotá se plantea que:

*“(…) fui diagnosticada en el 2007, pero realmente todo empezó cuando quede en embarazo y sentí una masita, durante el embarazo el médico, en el 2003, me decía que eso era por los cambios en el embarazo, temas hormonales tanto el médico de la propaganda como el de Sanitas me dijo lo mismo, concluyo mi embarazo y estuve lactando al niño 2 años y decido suspender y a los 3 días de suspender se me crece el tumor y vuelvo donde el médico y me dice que eso es mastitis.” (Bogotá, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)*

Continuando con el proceso, el acceso al tratamiento cuenta con una serie de variables que es fundamental analizar, pues los tiempos de espera, la inestabilidad en los contratos, el acceso a medicamentos y los costos asociados al acceso al tratamiento determinan la posibilidad de este tratamiento.

Uno de los mayores obstáculos para el acceso adecuado y permanente al tratamiento se debe a la inestabilidad de los contratos entre los actores presentes en el sistema antes del 2010-2011. Esta situación afectaba de forma directa el acceso y salud de los pacientes, pues entre cambios de especialistas, de locaciones, de fechas para las citas y demás consecuencias del vaivén contractual, las patologías y los riesgos de estas avanzan. Tal como se plantea en Medellín:

*“Después de eso, debido a las citas, yo tenía que hacer un control del antígeno, entonces me paso una cita, daban citas cada 2 meses, cada 3 meses, en fin, me paso al urólogo, porque el que me atendió a mí, el que me opero, ya no tenía contrato con la EPS, entonces lo cambiaron por otro, y en ese cambio fueron unos 6 meses, cuando yo llegue donde el urólogo me dijo que porque me demore tanto, y le dije: pero que cambie el urólogo, cambie de cita. Entonces me dijo que tenía que ir a cancerología nuevamente porque ese antígeno estaba demasiado alto, si usted hubiera venido más rápido hubieras tenido un tratamiento diferente con usted, ya tiene es que hacerse una radioterapia.” (Medellín, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)*

De forma similar, en la ciudad de Villavicencio se plantea la forma en que la inestabilidad de los contratos puso en riesgo la salud de uno de los pacientes.

*“Bueno, yo soy de Caprecom. En Caprecom, cuando diagnosticaron a mi abuela, rompían muchos contratos con el hospital, con empresas que hacían los exámenes. Hubo mucho problema con mi abuelita y ella siempre le tocó esperar con esto porque era muy grande y muy doloroso. Y le tocó esperarse cuando tenía eso muy grande, ya a punto de explotársele eso. Ya le salía materia. Y a ella siempre le tocó esperar y recuperarse como tres meses, hasta que por fin nos tocó pedirle una extra con el doctor, para que mandara súper urgente –súper prioritario-, para que la pudieran operar.” (Villavicencio, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)*

Ahora bien, en lo referente a los medicamentos, se plantea una relación entre los dos regímenes, pues por un lado, en el caso del contributivo, se sugiere que no valía la pena realizar todo el trámite para acceder a los medicamentos, y que a la larga el ahorro no compensaba la calidad del producto que se recetaba. En este sentido, se expresa que el costo de la fórmula médica, el tiempo para realizar el trámite y el hecho de que en ocasiones no entregaban completos los medicamentos llevaba al paciente a tomar la decisión de comprarlos por su cuenta.

*“Sobre los medicamentos, cuando yo pagaba a SOS, era terrible había que hacer un copago de 1,200 pesos para una fórmula que los remedios valían 2.000 pesos, que eran genéricos, era mejor pagarlos que hacer una fila y recoger la ficha y todo, además que muchas veces no se lo daban a uno completos, eso es tenaz y uno iba a ver en el copago que eran 30 centavos y hacer un copago con esto no se justifica, uno hace copago para la consulta, para orden de apoyo y para medicamento, sale mejor ir a la farmacia y comprarlo. Esto no pasa ahora con el régimen subsidiado, no he puesto una sola tutela y he tenido todos los medicamentos.” (Popayán, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)*

Según esta experiencia, y contrario a lo que se asumiría de forma *a priori*, las condiciones previas a la unificación mejoraron en los casos en que las personas se pasaron del régimen contributivo al subsidiado.

*“En el 2008, y entonces pues a mi esposo le salió el puntaje y la doctora de la alcaldía nos ayudó mucho, comencé con los exámenes y todo y me mando a cirugía, eso fue rápido, la demora fue entrar al régimen subsidiado, en este régimen tuvimos una experiencia divina.” (Popayán, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)*

Esta falta de consenso con respecto a la calidad, pertinencia y posibilidades de acceso al tratamiento y a las medicinas, indica que antes de las políticas de unificación y actualización del POS la suerte del paciente dependía del centro de salud. Los estándares en los procedimientos no se ponían en práctica y estaban sujetos a la voluntad del personal médico y administrativo, y a la estabilidad de los contratos entre los actores del sistema. En esta medida, las experiencias que los pacientes tuvieron antes del proceso de unificación y atención no se presenta de forma unificada ni siquiera por régimen, sino que en ocasiones se expresa un total cubrimiento y acceso al tratamiento, y en otras la posibilidad de un tratamiento adecuado es nula.

En aras de ejemplificar el primer escenario, en Bogotá se plantea que:

*“A mí me vieron y me hicieron una cirugía en la vejiga en el 2009, me hicieron la cirugía allá de un tumorcito y se me rego y me mandaron oca y me diagnosticaron con Cáncer y tenía 15 tumores, me hicieron la cirugía en el 2010 y yo ya estoy bien, estoy muy contento.”* (Bogotá, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

De forma contraria, se sugiere que:

*“Yo si tengo queja de “Ecopsus”, porque a mí me negó la radio en el 2000, me llegaron los resultados y me toco en tutelar.”* (Bogotá, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

En este sentido, no hay consenso sobre la calidad, pertinencia y oportunidad del tratamiento, pues en todas las regiones que se visitaron se presentaron casos en donde los pacientes habían tenido experiencias satisfactorias y casos en que el acceso había sido negado por una u otra razón. Esta situación se asocia a que el sistema como tal y la posibilidad de acceder a los servicios que éste debe prestar está sujeto al centro de salud, los contactos con que se cuenta y a la disposición del personal médico y administrativo de las IPS's.

Las dificultades generales asociadas al acceso al servicio de salud y todos sus componentes -desde el diagnóstico hasta la entrega de medicamentos y el seguimiento adecuado y pertinente del tratamiento de los pacientes- tiene como consecuencia el impacto en la economía familiar, pues debido al estado de salud y a la importancia de acudir a un tratamiento, las personas recurren a recursos propios, en caso de que los tengan.

*“(…) eso fue en el 2008, terminando casi el 2008 algo así que me paso esta situación, porque yo quería que él me revisara, que no, que el ya no tiene contrato con nosotros que vamos a ver que otro le ponemos, entonces de la plata mía le pague como 2 controles, entonces ya después que pagando aquí, pagando ahí y pagando allá.”* (Medellín, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

Otra de las estrategias a la que recurrían los pacientes para poder acceder al sistema de salud era a través de las tuteles u otros recursos legales que, si bien podían representar tiempo y dinero, aseguraban el tratamiento. Esta situación se presentaba, según expresan los participantes de los grupos focales, con mayor frecuencia en relación a los medicamentos de alto costo que al acceso como tal. En uno de los grupos focales en la ciudad de Medellín se plantea que:

*“Una inyección que es para pegar el calcio a los huesos. La inyección se llama someta o ácido zoledrónico y esa inyección vale un millón 600 y yo no tengo que pagar nada, el seguro me paga*

*todo. ¿Y le digo una cosa? El seguro no me cobra un peso a mí por nada, por nada, el Seguro Social no me cobra nada, absolutamente nada. Porque fue una tutela que yo monté.” (Medellín, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)*

✓ Situación después de la actualización y unificación del POS.

A diferencia de las condiciones de diagnóstico previas a la actualización y unificación del POS, las personas expresan que sus procesos de diagnósticos después de los cambios implementados fueron rápidos y acertados por parte del personal médico. En contraste con lo planteado anteriormente, en donde, en ocasiones, la falta de pertinencia y precaución médica empeoraron las condiciones de salud de los pacientes, se sugiere que el proceso de diagnóstico fue rápido y permitió un control y tratamiento de la situación de forma eficiente y pertinente.

Las mismas condiciones con respecto al adecuado y eficiente proceso de diagnóstico se presentan en los dos regímenes, pues indiferentemente de a cuál se pertenezca, el proceso de diagnóstico fue acertado eficaz.

*“Yo hace 1 y medio año me estaba bañando y sentí como los síntomas de un infarto, le alcance a avisar a un hijo y este me llevo al Hospital Susana López y me gustó mucho, fue excelente, ahí me di cuenta que tenía régimen subsidiado.” (Popayán, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)*

Para el caso de los pacientes de régimen contributivo la situación es similar.

*“A mí me diagnosticaron el 26 de diciembre del 2013, todo empezó con una picada que me paso rapidísimos el primero de diciembre, a los 8 días vi que tenía una “bolota” y la doctora me ordeno la mamografía en IDIME, me dijeron que el 26 me la entregaban, el 26 llegue y nada, y me dijeron que había que hacer otros exámenes complementarios y el médico lo estaba recibiendo escaneado y me hicieron una ecografía y me mandaron de una a donde mi médico, el conducto general es de médico general y de ahí al especialista, con mi hijo resolvimos ir a la Liga, allá me atendieron y me dijeron que había que hacer una biopsia inmediatamente, se pagó, me hicieron la biopsia con la aguja, el 10 de enero salieron los resultados y que era cáncer y debía irme a mi EPS, ahí estuve muy de buenas porque el doctor me dio el diagnóstico y ese mismo día me remitieron para acá” (Bogotá, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)*

En lo referente al tratamiento, si bien en la mayoría de los casos se plantea que los efectos han sido positivos y que se ha presentado una mejoría en la condición de salud de los

pacientes, el acceso como tal no ha sido fluido y en ocasiones los pacientes deben recurrir, entre otras, cosas a especialistas particulares con tal de combatir la patología.

Al igual que se presentaba antes de los cambios implementados durante el 2010-2011, la inestabilidad de los contratos entre las IPS's y las EPSs perjudican el acceso de los pacientes a los servicios de salud. Tal como sugieren los participantes en los grupos focales, los problemas en las contrataciones entre las instituciones encargadas no sólo representan una espera innecesaria y riesgosa para las personas, sino que implica un cambio constante de especialistas.

*“Porque, nuevamente digo, iniciamos con Caprecom y Caprecom desistió. Íbamos a una cita y nos dijeron: “Qué pena, no la podemos atender porque no hay contratación en la EPS”. ¿Qué me tocó? Regresar al Municipio e inscribirme en Cajacopi y de ahí para acá estamos trabajando.”*  
(Villavicencio, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

En lo referente al cambio de especialistas, se plantea que:

*“Porque es que nos han cambiado mucho de oncólogo. Primero me atendió el doctor Tejada que viene de Bogotá y después me cambiaron, SaludCoop tenía contrato con Oncooriente, y después llevó ese doctor Mauricio”* (Villavicencio, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

La problemática de los contratos no sólo afecta a los pacientes al iniciar el tratamiento, sino que se presentaron casos en que en medio de las terapias y del proceso de recuperación, éstas se vieron interrumpidas y fue necesario esperar a que los problemas institucionales y burocráticos se resolvieran para poder continuar con el tratamiento.

*“A mí cuando me iban a operar me hicieron el tratamiento de braquiterapia, a mí que cayó culebrilla, a mí me hicieron radio, quimio y braquiterapia y cuando terminé las radios que me hicieron 30, las quimios que me hicieron 8 y la braquiterapia me hicieron 6, cuando estaba terminando el tratamiento me cayó culebrilla en la cabeza, ya me habían llamado que había que cancelar las terapias porque la clínica había terminado el contrato, cuando eso tenía Saludcoop, me quede 1 año esperando otra vez la EPS.”* (Medellín, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

Otra de las problemáticas para un acceso adecuado, y que no se dista mucho de cómo eran las condiciones antes de la actualización y unificación del POS, son los largos tiempos de espera, por razones varias, a los que están sometidos los pacientes para poder acceder a un tratamiento.

Como parte del proceso de tratamiento, unas de las esperas más largas y riesgosas para la salud de los pacientes es el acceso a los especialistas, pues de acuerdo a cómo es el procedimiento, se recurre primero al médico general y éste da una autorización u orden para que el paciente pueda ver al experto en el tema. En este sentido, se presentaron casos en que los tiempos para programar una consulta o una intervención fueron cercanos al año, lapso de tiempo que puede significar un gran riesgo para quienes sufren la patología.

*“En la espera de que me dieran agenda por Caprecom. Primero estuve por Cajacopi. Nunca me dieron agenda, una agenda con el mastólogo y estuve como seis meses. Mi novio empezó a trabajar y él me metió en SaludCoop. Ahí fue el único lugar en el que pude. En ese tiempo de espera, en el que estuve como casi un año, fue que pude hacer que me viera el especialista. Pero yo estuve esperando un año mientras sentía la masa, luego esperé otro año a que me dieran la cita. Cuando me dieron la cita, ya la masa pesaba media libra. Eso pesó cuando salió.”*  
(Villavicencio, (Villavicencio, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

De forma similar, en los casos en que se requiere hospitalización y cirugía para combatir el mal, los exámenes previos a la operación representan una problemática. Si bien la cirugía como tal puede estar programada para una fecha determinada, no siempre hay agenda para los exámenes previos, razón por la cual se pierde la fecha de la intervención y toca reprogramarla. La situación se puede convertir en un círculo vicioso, en donde las demoras para acceder a algunos de los especialistas obligan a reprogramar las intervenciones, aspecto que conduce al paciente al estadio inicial del proceso.

*“Entonces aborita me tocó ir a Villavicencio y pedir una cita con anestesiología. Y en anestesiología me dijeron que no me podían operar porque la operación es hasta el veinte. Que esa cita de anestesiología no me servía, que tenía que pedir una hasta el veinte de enero, porque la operación en anestesiología es hasta después del veinte de enero y los exámenes quedan muy atrás. Entonces me dijeron “tiene que pedir otra cita”. Ah, y yo llamo al cero uno ocho mil (01-8000) de servicio al cliente para denunciar que llevo dos meses esperando cita con anestesiología. Me tocó venir y hablar con una doctora para que me diera una extra –para el martes-. Entonces fue cuando me dijeron que no, que tenía que esperar, entonces estoy a la espera.”* (Villavicencio, (Villavicencio, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

En este sentido, el tratamiento, y el caso particular de las intervenciones quirúrgicas, en ocasiones se ve obstaculizado por la dificultad en acceder a los controles y exámenes previos. Esta situación, tal como se ha venido planteando, puede representar un riesgo importante para la salud de las personas.

*“A mí me diagnosticaron entre octubre y noviembre, en la citología me salió que ya tenía cáncer, me mandaron prioritaria a ginecología, de ahí me mandaron a oncología y todos dijeron que sí, me dijeron que era una operación grande, y que tenían que sacarme todo. Me dijeron que la operación sería en 20 o 15 días y eso me lo dieron en febrero con todos los tramites que me tocó hacer en Salud Total, autorización para todo, a finales de febrero me dijo que en 15 días sería la operación, pero con los tramites y autorizaciones, que se demoraban, me vinieron a operar el 21 de junio, o sea que transcurrieron unos 6 meses. Me operaron y al mes completo me llamaron a una cita con el oncólogo, ya la enfermedad había avanzado en un 90% por un ganglio y ahí me mandaron para acá y estoy ya hace dos meses, me mandaron a radioterapia y quimioterapia, esto me afecto y ya ahorita vengo acá.”* (Bogotá, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

De forma similar, el acceso al tratamiento en ocasiones se ha visto obstaculizado por la dificultad de conseguir donantes de sangre para poder proceder con las intervenciones. Con el fin de conseguir la sangre necesaria para mejorar su condición de salud, los pacientes se han visto sometidos a la incertidumbre sobre la posibilidad y el momento de poder continuar con su proceso.

*“-No, mi perdición ha sido la espera. Sólo esperar. Yo no sé ni qué hacer. Hemos llegado a la conclusión de que nos va a tocar comprar la cita.*

*\*Hay personas que le hacen a uno el favor. O jóvenes caritativos que le ayudan*

*-No sé.*

*\*Miriam, ¿por parte de los médicos y de la EPS ha recibido propuestas, información o alternativas (...) O sea, está esperando a que le autoricen su sangre?*

*-Sí señora. Dicen que está en proceso. Ya llevo veinte (20) días y supuestamente a los quince (15) días me decían que me daban respuesta. Y nada. (Villavicencio, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)*

Ante necesidad de la sangre para continuar con el tratamiento, algunos de los pacientes se han visto en la obligación de recurrir al perifoneo para conseguir las donaciones necesarias.

*“A mi mamita sí, le pidieron dos litros que eran negativos. Hicimos un perifoneo en Cumaral. Estábamos buscando dos donadores y apareció uno. Ya en Villavicencio nos encontramos a una muchacha que nos dijo: “tranquila yo le dono”. Y así fue que conseguimos la sangre.”* (Villavicencio, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

A pesar de lo descrito anteriormente, en algunas ocasiones se presentaron casos en donde los pacientes se manifiestan satisfechos con respecto a los tiempos de espera y facilidades con respecto al tratamiento. Si bien son pocas, se pone en evidencia la incertidumbre y variabilidad en el acceso y calidad del tratamiento.

*“A mí me hicieron 25 radioterapias y 8 quimioterapias, cada 8 días tenía que hacerlo y me los dieron los días que era, y las 25 radiaciones eran todos los días y no hubo problema, no tuve inconveniente y no tuve inconveniente.”* (Bogotá, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

La situación que se ha venido analizando no se diferencia según el régimen del cual hace parte la persona, pues en los dos casos se presentaron pacientes satisfechos e insatisfechos con el tratamiento, los tiempos de espera, el proceso para conseguir autorizaciones médicas y demás. A modo de ejemplo, desde el régimen subsidiado se plantea que:

*“Me fui a donde la personera de la alcaldía, una joven muy buena gente, le comente mi caso y me llevo para que me hicieran la visita al otro día, a las 2 de la tarde ya tenía y a los 8 días ya estaba el puntaje y me dijeron que escogiera la EPS que me gustara y pues ahí mi esposa entro al tratamiento y todo y la mandaron a cirugía de forma prioritaria y eso no lo demoraron en sanar un segundo, eso fue ir y ya, todo salió bien, a veces pagando no se sacan las cosas bien y por el gobierno ahora la estamos sacando”* (Popayán, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

Por el otro lado, uno de los participantes que hace parte de régimen contributivo plantea que el servicio es de baja calidad, pero que considera que es mejor que el subsidiado, pues se está pagando.

*“Es que yo digo régimen contributivo cuando uno está pagando es malo o regular, ¿cómo será donde no están pagando? Yo los considero a ellos más de lo que me considero a mí.”* (Medellín, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

Ahora bien, pasando a los tiempos de espera y las condiciones a la hora de procurar una cita con el centro de salud, en algunos de los casos se reconoce una mejora en el proceso y una mayor facilidad en comparación con años anteriores. Sin embargo sigue representando un gran costo y desgaste para las personas, pues la espera y la incertidumbre son constantes dentro del sistema.

Uno de los participantes de los grupos focales plantea que en el centro de salud al que ella acude, las autorizaciones y citas son fluidas y se consiguen personalmente y no a través de las llamadas telefónicas.

*“Si ha mejorado porque las citas las dan más seguidas y por otro lado lo atienden a uno ligero, y ha mejorado muchas cosas que más que digamos yo ya no tengo que estar pegada llamando para pedir la cita sino que allá mismo ya me han dado la cita. Primero si había que madrugar a las 3, 4 de la mañana hacer autorizar, la autorización se la daban para los 3, 4 o 5 días. Ya no, se la dan a uno ahí mismo”* (Medellín, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

En contraste con lo expresado en el *verbatim* anterior, la mayoría de los participantes de los grupos focales plantean las dificultades y tiempos de espera que son necesarios para conseguir citas; y una vez se tienen, la demora para ser ingresados a la consulta. Se sugiere que el sistema de pedir y programar las citas por teléfono es poco eficiente y representa largas esperas por parte de los pacientes.

*“(…) lo malo es el tema de las citas por teléfono, no hay agenda, uno la pide y pues se demora mucho y lo embolatan a uno”* (Bogotá, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

Esta situación se repite en Popayán, pues la saturación de las agendas y el sistema telefónico para conseguir citas se traducen en una mayor incertidumbre y largos tiempos de espera para los pacientes.

*“Para cardiología si es muy complicado, llevo tres meses bregando a tener la cita”.* (Popayán, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

Tal como se expresa en los grupos focales, las demoras para acceder a citas se ha extendido con respecto a años anteriores. Esta situación se asocia a la dificultad que implican los trámites que es necesario realizar para conseguir citas.

*“Ahora estoy con suramericana, pero estaba con el seguro social. Entonces le sigo contando, en esa época las citas eran más rápidas, tal vez había menos gente o la tramitología no era tan complicada como ahora, atendían más rápido al usuario”* (Medellín, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

Después de las esperas descritas para conseguir las citas, una vez se logra establecer una fecha y una hora, los tiempos para ser atendidos también son inciertos y pueden implicar varias horas.

*“El otro caso es que allá le dicen a usted que necesita cita a las 9 de la mañana, uno debe irse el día anterior para quedarse allá. Uno tiene la cita programada a las 7am y pues pueden pasar 6 horas y uno sigue ahí, eso no se justifica”* (Popayán, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

El impacto que esta situación puede tener en los pacientes varía y tiene diferentes matices, pues en los casos en que las personas viven fuera de la ciudad donde se realiza el tratamiento se presentan unos costos asociados al desplazamiento, alimentación y, en ocasiones, habitación. A modo de ejemplo, uno de los pacientes señala la relación entre los tiempos de espera, la falta de claridad en la información que se aporta y las repercusiones en la economía familiar.

*“Un caso que no sucedió a nosotros, un médico en Cali me da una orden médica para mi esposa, eso fue hace unos 4 o 5 meses, me dio una cita que ahí dice clarito que es una cita médica para control a las 7.30am, pasaron las 10, las 11, a las 11.30 am voy a preguntar y me dicen que el médico no está y que no era una cita, sino que me entregó el papel firmado, pero no me la atendieron, me hicieron ir solo por un papel, pero ahí decía una cita, ahí perdimos casi 150 mil pesos”* (Popayán, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

A propósito del acceso y calidad de la información con que cuentan los pacientes, existe consenso en las experiencias, pues si bien unas personas señalan lo acertada que fue, en otros casos se expresa el desconocimiento total de los procesos administrativos y médicos a los que se tienen que someter. En este sentido, y a modo de ilustración, algunos de los pacientes con los que se trabajó en los grupos focales plantean que:

*“Los profesionales de aquí son excelentes, le dan a uno información y lo sacan de dudas son muy bueno, yo creo que ahora es el tiempo, como tenían tantos pacientes asignados no le dedicaban el tiempo suficiente a cada paciente.”* (Bogotá, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

*“Cuando vine al especialista, me dijo que tenía cáncer de seno y me explico bien de que se trataba, que estaba delicado y me mando al cirujano y de ahí al Oncólogo, me explicaron todo bien explicadito.”* (Popayán, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

A diferencia de estas experiencias, algunos de los pacientes no han contado con personal médico y administrativo que les informen el proceder adecuado para un mejor acceso al sistema de salud. La falta de claridad en la información tiene dos relaciones y consecuencias directas; por un lado, la pérdida de tiempo y la necesidad de desplazamiento debido al desconocimiento de los pacientes de dónde hacer qué.

*“(…) donde pase el papel para la cita me dieron la dirección y llegue aquí como a las 11 de la mañana y me subí al 5to piso y que me habían informado mal, en el primer piso me atendieron y me dijeron como era el tema y que tenía que sacar una cita.”* (Bogotá, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

Por el otro lado, la falta de información sobre el estado de salud de los pacientes se relaciona con la sensibilidad y calidad humana del personal médico, pues en ocasiones se expresa que los médicos no comparten ni comunican la fase en la que se encuentra la patología, los procedimientos a los que se va a someter y demás información con que debería contar el paciente.

*“Los médicos no le dicen a uno nada, ni que uno se está muriendo”* (Bogotá, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

Aunque esta situación no es la experiencia que vivieron la mayoría de los pacientes con los que se trabajó, sí se presentó con cierta frecuencia, y por tanto es fundamental resaltar el valor e importancia que tiene este tipo de información para las personas que padecen la enfermedad y sus familiares, pues es con lo único que cuentan para entender el proceso por el que están pasando.

Uno de los aspectos asociados a la integralidad de la atención, que encuentra unanimidad entre los participantes de las sesiones de grupo, es el tema del acompañamiento psicológico y psicosocial, pues en la gran mayoría de los casos las personas han contado con especialistas que prestan el apoyo y la orientación necesarias para sobrellevar la carga emocional que puede causar la patología.

*“En un comienzo no, eso a mí sí me parece que debe estar desde el principio, a mí me causo depresión y por eso me retire del trabajo, yo no quería trabajar yo no quería saber nada de pacientes, me colapse y nadie me vio, solo hasta este año empecé a trabajar con psicólogos y eso se lo contaba a los médicos, no tuve el apoyo de nadie ni de los trabajadores sociales, y hasta 11 años después fue que recibí el apoyo psicológico, peor pienso que es importante para estas enfermedades catastróficas tener este apoyo psicológico.”* (Popayán, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

El acompañamiento psicológico, tal como se expresa en el *verbatim* anterior fue incorporado o puesto en práctica en los últimos años y no hay referencia alguna de que este servicio dependa o varíe según el régimen al que se pertenezca.

*“(…) este lapso de tiempo de afectó mucho y yo iba casi histérica a SaludCoop para que me atendieran, yo sentía que me estaba muriendo y me dieron una gran desatención. Hoy en día que tengo régimen subsidiado, que no sé por qué lo tengo porque no lo solicite, debió haber sido en algún censo y quede con régimen subsidiado, esto me ha ayudamos muchísimo, tengo controles permanentes y sociológicamente me están ayudando, porque yo siendo tan productiva y habiendo estudiando la enfermedad me afecto mucho psicológicamente, pero es por el régimen subsidiado (…)”* (Popayán, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

Ya para cerrar, si bien, como se ha planteado a lo largo del análisis relacionado con Cáncer de mama, cuello uterino y próstata, las condiciones para el acceso, la calidad, integralidad y oportunidad de POS han mejorado tras los cambios implementados, aún se presenta poca estandarización en los procesos y procedimientos del sistema. Esta situación implica que los pacientes no tienen la certidumbre de qué desgaste económico y emocional es necesario invertir para conseguir un cita, conseguir medicamentos, conseguir información pertinente, pues los tiempos de espera y las condiciones generales varían según el centro de salud y el personal médico y administrativo con que le toca lidiar a los pacientes.

En este sentido, tal como ocurría antes de la unificación y actualización del POS, las personas suelen recurrir a estrategias jurídicas para hacer valer sus derechos y llevar a la práctica el acceso al sistema de salud. Para el caso del acceso a medicamentos, uno de los participantes de los grupos focales plantea que:

*“(…) a través de una fundación me dijeron que debíamos presentar una integral, para que la EPS y la Gobernación le hicieran el tratamiento sin demoras, porque se demoraban mucho las autorizaciones, ahora lo que nos aqueja es que nosotros vivimos en Soacha y nos toca el tema del transporte, del trabajo social nos ayudaron para el pago del medicamento, que fueron como 14 y pico de pesos, pero debido a eso puse la tutela, como compañero de ella.”* (Bogotá, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

Otro de los ejemplos, en donde la tutela se convierte en la estrategia central de los pacientes para conseguir el acceso, medicamentos y demás elementos necesarios para un adecuado tratamiento, sugiere que:

*“Yo por tutela logro todo”* (Bogotá, Cáncer de mama, cuello uterino y próstata)

#### 4.3.2 Hipertensión y Diabetes.

- ✓ Situación antes de la actualización y unificación del POS.

Con respecto a las condiciones anteriores a las políticas de actualización y unificación del POS en los años 2010 y 2011, la problemática del acceso a los centros de salud y un tratamiento adecuado se expresan como los aspectos más conflictivos a los que los pacientes se tuvieron que someter.

Las dificultades en el acceso se traducían en la necesidad por parte de los pacientes de recurrir a especialistas particulares en los casos en que la situación económica lo permitiera. Cuando no se contaba con los recursos, las personas procuran encontrar “palancas” con el fin de obtener el tratamiento necesario.

*“(…) cuando vimos esa situación decidimos llevarla de forma particular y la trajimos a médico particular y nos dijeron que teníamos 15 días para la operación, o si no se nos moría, tenía un meningioma frontal, una cirugía de esa valía en ese momento como 15 millones de pesos estamos hablando del 2003, el doctor que nos estaba atendiendo nos dijo que buscáramos la forma de que nos atendieran por el seguro, pero como estaba en Sopo toco hacer el traslado a Bogotá y empezamos a gestionar con conocidos, pura palanca, nos contactaron con el director de cirugía de la San Pedro Claver, el no contacto con un cirujano, y vio las radiografías y nos extendió una orden de hospitalización y desde ese tiempo no la hemos sacado de acá (…)” (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)*

De forma similar, el caso de otro de los participantes que no contó con la suerte de tener conocidos en el centro de salud donde acudió, ni con los recursos que le exigían para el tratamiento, tuvo como consecuencia la muerte de un familiar.

*“A mí me tocó muy duro, mi mamá se cayó y se dio un golpe, ella vive en el campo y la lleve al hospital, y el depósito, solo para revisarla me pidieron un millón de pesos y como no los tuve de allá me la sacaron, entonces me fui a la Samaritana y allá murió, porque ella era diabética, cuando le prestaron la atención, la gangrena ya estaba por encima de la rodilla, porque allá duro como 15 días.” (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)*

Igualmente, las demoras y dificultades a la hora de realizar exámenes se expresan como una constante, pues en los casos en que las personas vivían en zonas rurales, el desplazamiento para las aprobaciones era obligatorio. El acceso al tratamiento y a las tecnologías no sólo implicaba el traslado para hacer efectivos los procedimientos, sino también para aprobarlos. Esta situación representaba un importante deterioro del estado de salud de los pacientes.

*“Con mi madre fue complicado porque ella vivía en Sopo y todo lo que haya le hacían tenía que ser aprobado en Bogotá, y fue una situación terrible con un dolor de cabeza constante, duramos como dos años para una radiografía en la cabeza”* (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)

Con respecto a la calidad del servicio como tal, los pacientes tienen experiencias encontradas, pues si bien algunos contaron con la suerte de dar con centros de salud, aseguradoras y especialistas que los atendieron como es debido, otros plantean que la atención era inadecuada e insuficiente, y tuvo efectos negativos en el desarrollo de la patología en las personas.

Tal como se plantea, la población con la que se trabajó expresa que el adecuado servicio se debe a la suerte con que cuentan y no a los estándares bajo los cuales el sistema debía operar. La variabilidad en las posibilidades de acceso y en la calidad de la atención y tratamiento, lleva a pensar a las personas que es el azar lo que definía el tipo de servicio que se ofrecía.

*“Pues cuando comencé no era tan difícil, era bueno, me hicieron unas cirugías de juanete, me la hicieron en la Palermo y la atención muy buena, también me hicieron una en los ojos y también por cuenta del Seguro en la Marly, he tenido suerte, pero me ha ido bien.”* (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)

Con respecto a la población que no tuvo experiencias particularmente exitosas, se plantea que la rigurosidad médica no era constante. Esta situación tenía dos consecuencias en concreto; por un lado, la pérdida de tiempo, pues se plantea que se presentaron ocasiones en que los especialistas no acudían a las citas asignadas.

*“No habían medicamentos, asignaban citas y uno iba y el médico o no llegaba o se había retirado pero no había la cita.”* (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)

Por otro lado, se plantea que anteriormente había que realizar menos trámites asociados al sistema de salud, pero que esto respondía a que el nivel y cantidad de procedimientos médicos a los que se sometía al paciente eran menos. En este sentido, los pacientes tenían un desgaste menor en temas asociados a los tiempos de espera, autorizaciones y desplazamientos debido a que la calidad y acceso a tecnologías y procedimientos era menor.

*“Es que no había tantos trámites porque el proceso era muy básico, no mandaban ni exámenes ni nada.”* (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)

La misma situación se presentaba en el acceso a los medicamentos, pues en ocasiones se expresa que el cumplimiento del sistema mantenía a los pacientes dotados de los remedios necesarios, pero en ocasiones, no se hacía entrega de ellos o se realizaba de forma incompleta. Aclarando que el tema se tratará más adelante en la sección correspondiente a las características del sistema a partir de los cambios implementados, parece ser una constante la problemática del acceso a los medicamentos, pues los participantes de las sesiones de grupo plantean que en toda su experiencia los medicamentos han representado una dificultad.

*“-Siempre ha sido así Alfonso*

*\*Si, nunca entregan los medicamentos (...) Por lo general es estar llame y llame “¿ya llego el medicamento?” cosa que nunca lo entregan puntual ni las formulas completas” (Popayán, Hipertensión y Diabetes)*

A modo de ilustración, y en aras de resaltar la dificultad del tema asociado con el acceso a medicamentos por parte de los pacientes y provisión por parte de los centros de salud, se plantea que en algunas ocasiones el servicio de urgencias no contaba con una u otra medicina y que eran los familiares del paciente quienes debían procurar los remedios.

*“Hay algo que sí ha mejorado y que he notado yo que si realmente ha mejorado, por ejemplo antes usted iba a urgencias y muchas veces lo mandaban a buscar droga que porque ahí no la había y tocaba ir a comprar la droga.” (Popayán, Hipertensión y Diabetes)*

Todas las fallas que se presentaban en el sistema repercutían en la economía familiar, pues procurar las medicinas, acceder al tratamiento, la necesidad de constantes desplazamientos y el pago de especialistas particulares representa un desgaste financiero que no toda la población puede o podía cubrir.

✓ Situación después de la actualización y unificación del POS.

En cuanto a las condiciones para acceder al sistema de salud, la calidad, integralidad, oportunidad y eficiencia de éste después de los cambios implementados durante el 2010-2011, son varios los factores que es importante resaltar. Para el caso de Hipertensión y Diabetes, los aspectos más relevantes se pueden agrupar en seis elementos; los desplazamientos necesarios para realizar la tramitología para acceder al sistema, la variabilidad en la sensibilidad y calidad en la atención, el alto costo, en términos económicos, de tiempo y seguridad que puede implicar conseguir los medicamentos y las citas, la falta de estandarización en el acceso y en los procesos como tal, el vencimiento de

las autorizaciones para especialistas y la dificultad para acceder a ellas, y las percepciones sobre las diferencias entre los regímenes.

Dando inicio al análisis con los largos y frecuentes desplazamientos que las personas deben realizar, la situación se asocia a dos causas particularmente. Por un lado, la calidad de la información que el personal médico y administrativo le brinda a los pacientes se califica como regular y se traduce en pérdidas de tiempo y dinero, pues es necesario desplazarse a lo largo y ancho de la ciudad (en los casos en que se habita en ella) o ir a la ciudad en donde se está realizando el tratamiento sin justificación alguna. Con respecto al primero caso, dos de las experiencias de las personas con las que se trabajó en las sesiones de grupo son relevantes.

*“(…) en la EPS siempre hemos tenido el problema de que no todos tienen la misma información y le dicen a uno que tiene que ir a radicar a la 26 y uno va y le dicen que no tenía que ir allá, esa integralidad es solo en el papel, no se ha llegado hasta allá” (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)*

La segunda ilustración asocia la cantidad de trámites y desplazamiento innecesarios que toca realizar para acceder al sistema, con los desincentivos que los centros de salud pueden tener para reducir la saturación del sistema. Si bien esto no es necesariamente cierto, sí deja clara la posición de los pacientes con respecto a la gran inversión que es necesario realizar para contar con los servicios de salud.

*“Yo siento que eso lo hacen para desincentivar a la gente y que no vayan, no tiene sentido que te manden al norte y a los del norte los manden al sur, para mí esto no tiene ningún sentido, pueden hacerlo o no, pero de igual manera pienso que cuando uno habla de integralidad debe ser esto, que en el mismo punto puedas hacer todos los tramites” (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)*

Por el otro lado, a esta situación se le suma la necesidad de los pacientes de dirigirse a la ciudad en donde reciben el tratamiento, que no sólo representa una inversión en términos económicos, de tiempo y en la condición de salud de los pacientes. En este sentido, los problemas en la información que se les brinda a los pacientes, sumado a la necesidad de desplazamiento en casos de que residan en poblaciones fuera de la ciudad, se convierten en un costo emocional y económico para los pacientes y sus familias.

*“El bolsillo lo afecta más, en mis circunstancias por el desplazamiento de mi madre desde Sopo, porque acá en Bogotá es difícil transportar a una persona con tanta edad, mi madre casi siempre tiene de 2 a 3 citas en sitios diferentes” (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)*

Ahora bien, profundizando en los aspectos asociados a la información que se le brinda a los pacientes, esta situación se presenta en el acceso a medicamentos, citas, consulta sobre dudas y demás trámites que es necesario realizar. Tal como se plantea desde Popayán, las personas tienen que dar vueltas de un lugar a otro hasta dar con la oficina que les presta el servicio que requieren.

*“(...) pero en la parte que a veces hay mucha falta de información, a donde uno dirigirse en el punto, digamos, usted se fue a la clínica, necesito hacerme dicho proceso y para donde voy, tiene uno que voltear mucho para dar con lo que anda buscando, no le dan información muchas veces clara, no sé, uno se estresa, que necesito esto y es “sí, vaya allí”” (Popayán, Hipertensión y Diabetes)*

Continuando con el análisis, se hace frecuente alusión a la sensibilidad del personal como aspecto complementario a la calidad de la atención, pues si bien se reconoce cierto avance en la forma en que los médicos y el personal administrativo lidian con los pacientes, recurrentemente se asocia a la suerte de las personas o a las conexiones y contactos que los pacientes tienen. Esta realidad se asocia a dos factores en concreto. Por un lado a la amabilidad, paciencia y sensibilidad del personal, y por el otro a la posibilidad de acceso a ciertos medicamentos y tratamientos que de otra forma difícilmente se podrían conseguir.

En referencia al primer punto, se plantea que además de las largas esperas para hacer los trámites y la necesidad de madrugar para acceder al servicio, los tratos, en algunos casos, son desconsiderados y no contemplan los impactos que puede haber en los pacientes.

*“Pésimo, es pésimo porque como decía el señor, y el señor y la señora, llega uno a las 3 de la mañana, le dan la ficha a las 7, llega uno a las 7 de la mañana y tiene que esperar a hacer la cola, hace uno la cola, llegan las señoritas a las 7 de la mañana, la una se pasea, se cuentan la historia, la otra se cuenta la novela. Nosotros: señorita, nosotros, el tiempo de nosotros. Unos tenemos que ir a trabajar, tenemos que ir a hacer almuerzo para despachar nuestros hijos. Ah! Qué pena, tienen que esperar porque nosotras apenas nos vamos a comer. Ahí sí como el dicho: vamos por lana y salimos trasquilados. Salimos regañados, salimos madreados, salimos de todo de allá, porque pésimo, pésimo, re pésimo la atención de Saludcoop ahí.” (Villavicencio, Hipertensión y Diabetes)*

A modo de ilustración, y debido a los diferentes actores administrativos que hacen parte del sistema, es importante tener en cuenta que la sensibilidad debe estar presente en todos aquellos que, por las características de sus ocupaciones, tienen que lidiar con pacientes. En este sentido, el acceso al sistema puede representar una problemática para los pacientes,

no sólo por las características de éste, las largas horas de espera, la tramitología, los costos y demás, sino que el personal administrativo puede representar trabas y obstáculos debido a la falta de sensibilidad y de comprensión.

*“(...) y un día llegué e iba con mi esposo, y él sabe, y yo llegué y llevaba la niña desmayada, la de 17 años, íbamos en la camilla y me dice el celador: usted no puede entrar, sólo la niña. Yo le dije: ¿Qué qué? ¿Usted quién es? Pues el vigilante, usted no puede entrar. Le dije: por encima de mi cadáver mi niña entra sola, no ve que ella es menor de edad, dijo: pero es que va desmayada y la van a meter a recuperación. Le dije: así la metan, con el perdón de usted, por entre el rabo suyo hermano, pero entro porque entro. Que no. Y saco la mano y se la puse y ¡pun! Allá se lo mandé a mi marido y por las mismas entré la camilla con mi hija, y se fue atrás y se fue mi marido y le dijo: déjela. ¿Y usted quién es? Le dijo: yo soy el esposo, pero déjela, dijo: ay es que viene con ayuda, le dije: no yo no necesito ayuda, y por la misma me devolví y le zampé su puño, le dije: y párese papito, pero yo a mi hija no la voy a dejar morir, y salió el médico y me dijo: ¿qué pasó? Le dije: el señor no me quiere dejar entrar y mire cómo llevo a mi hija. De una vez la metió a sala de recuperación y le metieron el choque y todo y me dijo: la niña viene bien mala. Le digo: no, pero como el señor celador es el que manda, aquí no mandamos ni los usuarios, ni el médico, ni el gerente, aquí manda es el celador. Y yo me fui a demanda con el celador. Él me demandó y yo me fui a demanda y estuvimos 3 meses en el juzgado” (Villavicencio, Hipertensión y Diabetes)*

Asimismo, al igual que en ocasiones el personal administrativo no muestra señas de sensibilidad y comprensión de la situación de los pacientes y los costos emocionales, familiares, económicos y de tiempo que implica acceder al sistema de la forma en que las personas están sometidas a hacerlo, los médicos y especialistas, con relativa frecuencia tampoco lo hacen. Desde los grupos focales se plantea que el trato no siempre es el adecuado y se aleja de cualquier muestra de sensibilidad que deben tener los especialistas al tratar con población en difíciles condiciones de salud.

*“Qué me dijo el médico, pagué 200 mil pesos por saber los de mi niña, la niña tiene el tumor aquí en el cerebelo, si usted la quiere operar, es cuestión suya, yo se la opero, pero que su hija se le quede en una mesa de cirugía, a mí no me vaya a echar la culpa, que su hija le quede muda, a mí no me va a echar la culpa, que su hija le quede parálitica, a mí no me va a echar la culpa, eso reporta todo eso, y el daño que tenía que hacerle a su hija, ya se lo hizo, entonces no moleste más. Si la va a operar pues venga en un año y me dice si sí o si no.” (Villavicencio, Hipertensión y Diabetes)*

No obstante la frecuencia de las experiencias en donde la sensibilidad médica y administrativa de los centros de salud no fue la más adecuada, también se presentaron

casos en donde las pacientes reconocen el buen trato y la sensibilidad y comprensión por parte del personal. Tal como se plantea:

*“Mire, del 2008 al 2014 que estamos, he llevado a mis hijos, a mi madre, a cualquier clase de médico, y hasta hace 3 días, venga le digo cuándo, llevé a mi hija el lunes, hace 4 días, di con un médico que me gustó. Mire, qué médico, me sentó a mi hija, le dijo tales y tales cosas, no necesité decirle: necesito que a mi hija le mande examen general, no le dije a mi hija le duele una muela, no necesité decirle nada (...) Imagínese, del 2008 al 2014, primera vez. Y no era un señor de edad, porque era joven. Es el único médico que hasta el momento, dije yo: por fin. Hasta dijo mi hija de 17 años dijo: por fin mamá encontramos un médico bueno en esta vida. Le dije: por qué hija, dijo: porque es que no necesitamos decirle nada, me examinó, miró mi historia médica y dijo le voy a mandar esto, esto, esto.”* (Villavicencio, Hipertensión y Diabetes)

En lo que respecta al segundo punto, referente a la posibilidad de acceso y la calidad del servicio según los contactos y conexiones de las personas, se plantea que en ocasiones el servicio no es estandarizado, sino que depende del Capital Social de las personas y del hecho de que conozcan a alguien dentro de los centros de salud. Esta situación se presenta especialmente para conseguir medicamentos y tratamientos específicos que no hacen parte del POS y que se sale de las manos de los pacientes procurarlos por sus propios medios. En esta medida, si no se cuenta con los recursos, ni con los contactos para acceder al sistema de salud, se está condenado a no recibir el tratamiento adecuado.

*“En nefrología, el doctor que atiende a mi madre noto que se le está bajando un poco el calcio y ellos se preocupan por eso y le ordeno un calcio diferente, es muy costoso y no lo cubre la EPS, él tiene una conexión con un programa que no recuerdo como se llama, entonces allí ellos, se encargan de ir a tramitar todo con la fórmula del médico y mensualmente me lo llevan a mi casa, no tengo que pagar nada.”* (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)

En este orden de ideas, el acceso a los medicamentos y citas necesarias para un adecuado tratamiento, no siempre es fluido, y en ocasiones representa un importante desgaste para los pacientes y sus familias. A saber, son varios los aspectos que están relacionados con el acceso y consecución de los medicamentos; los contratos entre las farmacéuticas y las EPSs, las filas para las autorizaciones, la entrega puntual y en las cantidades acordadas de los medicamentos, entre otras cosas, definen la forma en que los pacientes pueden tratarse.

*“(…) ayer precisamente toco madrugar a las 3 de la mañana por una orden para un medicamento que llaman glimadicina y cuando ya íbamos al punto que íbamos a autorizar, que*

*no, que no tiene contrato para vender esa droga, ahí se le interrumpe el tratamiento porque hay que esperar hasta que vuelva”* (Popayán, Hipertensión y Diabetes)

Adicionalmente, e ilustrando la problemática que se presenta con los contratos como obstáculos para el acceso, desde Popayán se plantea que:

*“(…) esta es la hora en la que no ha habido tratamiento, no me han mandado terapias, que no hay contratos, que no sé qué, bueno, es un mundo de problemas.”* (Popayán, Hipertensión y Diabetes)

En los casos en que a los pacientes se les hace una entrega eficiente y pertinente de los medicamentos, se asocia, al igual que en lo descrito anteriormente en referencia a las condiciones anteriores a la unificación y actualización del POS, a la suerte y no a la forma en que el sistema debería operar.

*“María Graciela que esta hace como un añito con su problema, también le han ordenado sus medicamentos y se los han entregado, pero pues estamos muy de buenas.”* (Popayán, Hipertensión y Diabetes)

En lo que respecta a las citas, la situación es similar, pues los tiempos de espera, la necesidad de madrugar y los grandes desplazamientos son una constante. Una de las problemáticas que se pone en evidencia en los grupos focales se relaciona con la injustificada pérdida de tiempo. Después de realizar las filas, madrugar, gastar dinero y tiempo de en desplazamiento y la espera, se le informa a los pacientes que ya no hay más turnos, que por favor regresen en otra ocasión para realizar el mismo proceso de espera.

*“(…) hace un año empezó con problemas en la próstata, en el Kennedy el servicio es terrible. Toca ir a dormir allá para pedir una cita, así sea general, esto es del 2013 y es terrible, llegaba a la ventanilla después de una fila eterna y ya no habían citas y le decían que vuelva al mes”* (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)

Complementando, uno de los participantes de las sesiones califica la asignación de citas como una odisea.

*“Eso es una odisea. Mire, le digo, yo lucho con mi hija, con mis dos tías y con mis dos padres. Tengo dos meses de estar pidiendo una cita con el internista, porque volvieron a mandar a mi mamá donde el internista, sin mentirle doctora: ¡2 meses! Y no me la han dado. Que no hay convenio, que no hay agenda, que llame todos los días, con cualquier especialista nunca hay agenda.”* (Villavicencio, Hipertensión y Diabetes)

La dificultad para conseguir citas puede convertirse en un problema de salud para las personas, pues de no seguir el tratamiento adecuado, y en los tiempos pertinentes, se corre el riesgo de que el estado de la patología empeore. Para una mejoría progresiva de los pacientes es importante que los controles se realicen en los tiempos establecidos por los especialistas, pero las dificultades en el acceso difícilmente lo permiten.

*“En este momento tengo una cantidad de órdenes, tengo una de neumología que estoy pidiendo hace 4 meses, se suponía que el control era a los dos meses y no la he podido lograr, me dicen que no hay agenda y estoy esperando y ya voy para 4 meses.”* (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)

A esta situación se le suma la posibilidad de que las autorizaciones se venzan, pues debido a la dificultad de conseguir citas, las órdenes caducan y toca iniciar todo el proceso desde ceros. En esta medida, el acceso se convierte en un ciclo que impide el acceso. Se tiene la autorización, pero conseguir la cita es muy difícil. Se vence la autorización. Toca hacer filas y madrugar para renovar la autorización. Se regresa al mismo punto donde se empezó.

*“Y allá donde se vence es donde tiene que ir uno a las 3 de la mañana porque es un plazo de dos meses de tres meses porque se vence según el régimen, entonces usted tiene que volver a renovar a las 3 de la mañana ir otra vez allá. Entonces eso es con lo que uno no está de acuerdo. Saludcoop, en vez de mejorar, ha empeorado.”* (Villavicencio, Hipertensión y Diabetes)

Ante este escenario, tal como se describe, los gastos y la inversión que implica el acceso al sistema no sólo desgasta a los pacientes, sino que en ocasiones resulta imposible.

*“Yo sigo igual acarreando los costos de mi madre, a veces me toca ir a autorizarle la cita y ahí me toca coger un bus porque tengo que ir a x parte, si se vence y toca cambiarla también es bus, o que llegamos para una cita y ya se asignaron todas, eso me pasó y yo llegue a las 6 am y perdí el viaje y el tiempo, y ahora el 17 me toca estar allá a las 2am para lograr la cita, muchas veces me toca limitar a un bus y el resto caminar”* (Bogotá, Hipertensión y Diabetes)

Ya para cerrar la sección, es importante resaltar la percepción que tienen los pacientes con las diferencias entre los regímenes a los cuales pertenecen. Si bien el proceso de unificación y actualización busca reducir las brechas entre los dos regímenes, aún se asume el régimen contributivo como mejor y más eficiente. A pesar de las variadas experiencias que se compartieron en las sesiones de grupos, en donde, indistintamente del régimen al que se perteneciera, se encontraron dificultades y obstáculos, pero también

satisfacción y agradecimiento, las personas siguen asociando el régimen subsidiado como más lento y de menos calidad.

De esta forma, en Villavicencio se sugiere que:

*“Total yo digo, los diabéticos estamos sujetos a ser condenados por las mismas EPS, a menos, como dice la señora, de que se pague. Porque si no pagamos, muy difícil que una EPS vaya a responder por la persona”* (Villavicencio, Hipertensión y Diabetes)

*“En el contributivo de pronto tiene uno como más opción porque está pagando. Hace unos días me mandaron al correo que podía pasarse uno al subsidiado. Yo le comenté a mi hermano porque a mí me toca todo. A él inclusive le amputaron una pierna. Y yo le decía que yo he hablado con gente que me dice que no es igual el que paga al subsidiado, ya va a tener menos beneficios. Ya ve, porque si uno está pagando y no tiene casi beneficios, ahora que tal que uno no pague. Entonces a mí me da como miedo pasarme al subsidiado porque si a él le faltan cosas, ahora qué será en el subsidiado”* (Villavicencio, Hipertensión y Diabetes)

Esta situación tiene dos implicaciones fundamentales. Por un lado, las personas siguen percibiendo diferencias entre los regímenes, por tanto, los cambios que se han venido implementando no han sido suficientes, o suficientemente visibles. Por el otro lado, si los cambios se han llevado efectivamente a la práctica, hay un problema de flujo de información, pues las personas, aunque puede que hayan notado algunos cambios en el sistema, no son conscientes de las nuevas condiciones de acceso, calidad, integralidad, oportunidad y equidad del sistema.

#### 4.3.3 VIH

✓ Situación antes de la actualización y unificación del POS<sup>55</sup>

En el caso particular de esta patología, son varios los aspectos que impactan el proceso de afrontamiento de una condición que, culturalmente tiene unas implicaciones particulares y diferenciales de la serie de patologías revisadas, entre ellas, y referidas al proceso diagnóstico en el que participan la serie de instancias y profesionales del sistema, se registró que las condiciones en las que se transmite el diagnóstico, el manejo de información asociada, la sensibilidad por parte de profesionales de la medicina, el acceso a la información facilitado por éstos, revierten de manera importante en la calidad de vida

---

<sup>55</sup> A lo largo de la sección se modifican los nombres como recurso para garantizar la confidencialidad.

de pacientes que, conscientes de las alternativas de manejo de la patología, aprenden a sobrellevarla. No obstante, la información recabada demuestra poca estandarización en la calidad y uso de protocolos en el proceso. El verbatim, que da cuenta de la atención en el régimen contributivo, encuentra afirmaciones que respaldan la importancia del buen manejo y la pertinencia y oportunidad de información transmitida con sensibilidad. No obstante, se reportaron casos en los que carecen de la integralidad en el proceso de transmisión de la información, tanto como de calidad en materia de las condiciones éticas, médicas y humanas de los profesionales.

*“(…) en esa época, antes del 2008 ¿Cómo era el trato de los doctores y enfermeras hacia ustedes? ¿Era bueno o recibieron algún tipo de violencia médica, de maltrato?”*

*\*no, de mi parte en Sies hasta el 2008 digamos, para que, una excelente atención, muy buenos profesionales, diría yo, ningún rechazo, me hicieron sentir, o me hicieron ver la vida de otra manera porque pues igual uno cuando entra como que el mundo se le viene y todo se le cae, pero gracias a ellos me hicieron ver que la vida es muy linda, a pesar que uno tenga la enfermedad que tenga, depende la actitud con que uno mire las cosas, entonces pues le doy gracias a dios, aquí estoy con esa buena actitud, porque ellos siempre lo tratan como en la casa, como una persona común y corriente, no le dicen “tiene esta patología, hagámonos a un ladito” no, antes lo atraen, lo saludan a uno bien, lo abrazan, lo hacen sentir a uno como en familia realmente, para que gracias a dios hasta ahora muy bien*

- *¿y qué problemas tuvo, como qué tipo de cosas?*

*\* yo creo que cuando ven que no hay una reacción positiva de parte del paciente, como que ya determina, suena brusco decirlo, pero como que dicen es mejor que se muera, como que ya no importa, como que ya eso se le sale de las manos, entonces cuando uno ya detecta eso, ahí es cuando ya dice uno “ya no hay calidad humana”, simplemente hicieron su labor profesional, como que ya ensayaron y todo” (Confidencial, Popayán)*

No obstante lo anterior, se recabaron menciones en las que se reportan casos en los que el diagnóstico no se comunicó de la forma más asertiva, ni contó con la transmisión de información de manera oportuna. El siguiente caso, corresponde al sistema contributivo en Montería.

*“Bueno a mí me dan el diagnóstico en un, eso es curioso, son mis trágicos 3. Día Lunes 3 de marzo de 2003, en el centro de salud de Kennedy 33, en el consultorio 3. A las 3 de la tarde. Ese día dije: ve, qué coincidencia, me voy a ganar la lotería por tantos 3. Entonces entré y el*

*médico me dice: ¿usted sabe por qué está aquí? Le dije: la verdad yo no tengo ni idea. Tome ¿sabe leer? VIH positivo. ¿Tiene eps? Le dije sí. Hable con su médico. Hasta luego. Nada. Nada”*  
(Bogotá, Confidencial)

Asimismo, se documentó la ausencia de protocolos que protejan la confidencialidad del diagnóstico, y que con consideraciones de sensibilidad y de integralidad en el manejo psicológico de pacientes y familiares.

*“(…)no, a mí no me explicaron, simplemente, usted tiene VIH, si no se cuida se va a morir, y avísele a su familia, ... porque a veces en plena fila decían “vea, tal medicamento de VIH quien es que lo necesita” y toda la gente en las filas, y uno ingenuo, uno no sabía nada, hoy en día ya uno se da cuenta que hasta las personas ya saben de medicamento y cuando saben que se está hablando de un medicamento la gente dice “ah, esa persona tiene VIH”, en ese tiempo no había como esa, ni siquiera esa cultura dentro del mismo medio de salud, hablaban de que había que respetar, de que había que ser cuidadoso, pero yo no lo vi así”* (Popayán, Confidencial)

✓ Situación después de la actualización y la unificación del POS.

Comparativamente, con respecto a lo documentado de las condiciones del proceso diagnóstico antes de la actualización y unificación del sistema, en la situación posterior se halló poca consistencia respecto a la integralidad en materia del diagnóstico, el acompañamiento con otras especialidades que otorguen a las personas un apoyo o que transfieran recursos para la socialización del diagnóstico en las redes cercanas de apoyo. Al respecto vale la pena mencionar que si bien se identificó un alto nivel de especialización en torno a los cuidados generales que merece la enfermedad y familiaridad con el tratamiento, la profundización permitió establecer que tal especialización se da, en mayor o menor medida, por la misma trayectoria del manejo de la patología, conclusión a la que se puede llegar dado que de forma simultánea se identificaron casos de pacientes y cuidadores con un notable desconocimiento general. En otras palabras, no se reconoce una transferencia sistemática de información por parte de las entidades prestadoras de salud.

Referido a la primera situación se identifica una población altamente informada respecto a la enfermedad, que reporta buenos niveles de afrontamiento, una serie de herramientas en torno al manejo administrativo, médico y psicológico de la enfermedad. Se identificaron herramientas para afrontar psicológicamente la carga emocional del diagnóstico, así como

herramientas, tanto del orden administrativo como asertivo<sup>56</sup>, en el afrontamiento de la enfermedad, el tratamiento y el estrés. El siguiente verbatim, referido al régimen contributivo y posterior a la unificación, da buena cuenta de la manera en la que los centros resultan idóneos también en materia de oportunidad de diagnósticos asociados, y su tratamiento de manera idónea y particular para el cuadro médico.

*“O sea, eso no es ni tan normal porque es que tampoco es que un paciente está... al contrario, el psicólogo lo que hace es tratar de ayudar esa persona, a asimilar lo que está pasando. Es que lo que pasa es que hoy en día, o sea, uno no dice esto siendo racional, no lo dice a boca abierta, a los familiares y a otra gente porque es una enfermedad como tener diabetes o como tener hipertensión, una patología. Pero hay mucha gente que es ignorante y lo que hace es un rechazo, rechazar a esa persona, un rechazo. (Montería, Confidencial)*

*“(...) en este momento, allí SaludCoop si tiene esa falencia. Hace falta eso. Una reunión. Se lo digo porque a nosotros en Comfenalco el día de la reunión era, entonces ese día vamos a coger tal enfermedad que conlleva a esta y explicaban, en tu grupo vas a hacer esto, y cada uno exponía su forma de mirar esa clase de enfermedad. Tú qué piensas del VIH, de acerca de qué es el sida, qué son los cd4, todo eso así, esas clases de cosas, nos decían tal medicamento es más fuerte que este pero por qué, nos iban explicando en cada reunión esa clase de cosas, entonces en la medida en que nos iban explicando, nosotros íbamos socializando entre todos y nos íbamos conociendo todos, como te dije desde la más niña hasta el más adulto. (Medellín, Confidencial, R. Contributivo)*

*“Entonces dice mi mamá: “dígame qué pasa doctor”, entonces fue tan falta de ética que llega allá donde estoy allá enfrente de todo el mundo de urgencias y dice: “No, usted tiene VIH” delante de todo el mundo, ¿ya?, entonces que cuando yo esté un poquito mejor, yo me paro y lo empujo o alguna cosa. Entonces nosotros, en mi casa hay un médico, amigo de la familia y él llegó después y yo le informé de la situación entonces ahí sí enseguida me colaboró. A mí me dio, o sea, no es que me dio pena, no, sino que hombre, hay consultorios, “venga, aquí, siéntese así como ese señor” infórmenle a uno la situación que está pasando. Pero así, gritado, en plena sala de urgencias, es que no le interesa, porque esto es una enfermedad que es personal, que si yo quiero, mi papá, mi mamá, no se hubieran enterado tampoco, solamente es mío, eso va, o sea, es algo personal.” (Montería, Confidencial, Régimen Subsidiado)*

---

<sup>56</sup> Capacidad de expresión y comunicación de ideas, pensamientos, sentimientos, opiniones de manera clara y sin representar una agresión para sí mismo o para el interlocutor

*“(…) pero las enfermeras a uno sí, como que lo trataban de otra manera, le decían “¡quibbo mijito, no se vaya a olvidar de que usted sabe lo que tiene que tomar!” entonces pues como que (...) eran muy bruscos para decirle a uno “¡mire, es la hora del medicamento, no te vaya a olvidar, tómatela!” y lo miraba como con ese rechazo a uno, entonces igual uno imagínese, de ahí le recuerden que de pronto pues que uno tiene una patología que tiene que cuidar, no, pues, se le baja como los ánimos y la moral” (Popayán, Confidencial)*

*“Sí, hay médico que llegan a uno y ¡pun! Le bajan a uno la moral” (Bogotá, Confidencial)*

En materia de tratamiento, y con respecto a otras patologías, se percibe mayor oportunidad en el acceso a los diferentes componentes del tratamiento. Referida a la percepción de las personas usuarias sobre el servicio requerido, la experiencia y su satisfacción, componentes del atributo de calidad, reportan un diferencial con respecto a otras patologías, explicado, en mayor o menor medida, por las apreciaciones positivas respecto a los centros de atención especializados en el régimen contributivo de las ciudades de Medellín y Popayán, por su buena y oportuna respuesta en materia de integralidad al centralizar las especialidades tratantes, así como la calidad en la atención, referida a los tiempos, la entrega de medicamentos, etc.

No obstante, son frecuentes los reportes en cuanto a la creciente dificultad de los trámites, condición que en estos casos repercute en un costo sobre la integralidad referida a la provisión de medicamentos. Tal falta de oportunidad del sistema se traduce en una fuente de estrés para los pacientes ante los riesgos que implica la interrupción de medicamentos que tienen un carácter fundamental y el asumir financieramente su coste, el cual puede escalar notablemente.

*“Más que todo es la angustia de no poder pagarse la EPS, en el caso de uno. O tanto trámite, tantas demoras. Eso es lo que a uno lo agobia. Que demoras, demoras en consultas; que citas, autorizaciones, tantas filas para autorizaciones...eso no debiera ser, eso debiera ser por internet, simplemente y ya. No tener que desplazarse hasta SUBA. Que las EPS deberían llevárselo a la casa a uno...y eso no es ningún lujo adicional. Eso no deberían cobrárselo a uno” (Bogotá, Confidencial)*

En esa línea, es importante mencionar que la desarticulación del sistema, en materia de asignación de citas, trámites, y entrega de medicamentos representa un costo de oportunidad elevado y vulnera de manera directa el acceso con equidad. Los verbatim, correspondientes al régimen contributivo de las ciudades de Popayán, Medellín y Bogotá exponen que la situación se da de manera generalizada dentro del sistema a nivel nacional,

mientras que difieren los costos de oportunidad, las dificultades de acceso y costos de desplazamiento considerándola centralización de la atención, los trámites y a entrega de medicamentos para personas usuarias residentes fuera del perímetro inmediato de la ciudad, así como las dificultades de costo y desplazamiento dentro de las ciudades.

*“en este momento el pasaje está en 23.000 pesos la venida y lo mismo la vuelta, 46.000, y en el camino hay que tomarse cualquier tinto y eso es, van sumando los gastos, pero es complicadito, por eso, gracias a dios me ha tocado siempre, no mucho para voltear, pero lo poco que me ha tocado voltear, me ha tocado así, no se últimamente porque pues gracias a dios no he tenido que sacar citas con especialistas, no sé cómo estará”* (Popayán, Confidencial)

*“Hace un año, digamos 7 meses atrás, de toda la clase de medicamento, a nosotros nos mandaban un medicamento y teníamos que salir desde San Juan hasta la 33 a reclamarlos allá. Llegábamos y nos decían: “boy no hay este medicamento, venga dentro de tantos días o sino nosotros lo llamamos” o sino haga la fila y espere. Tocaba esperar hasta 4, 5 o 6 horas”* (Medellín, Confidencial, R. Contributivo)

*“De pronto los inconvenientes son que uno no dispone de tiempo entre semana y uno tiene que autorizar medicamentos, autorizar citas. O sea que, si estudiamos o trabajamos, nos fregamos. O renunciamos al trabajo, o renunciamos al estudio. Me parece una cosa ridícula, de parte de Sanitas- que uno tenga que desplazarse tantas horas habiendo tantas droguerías de Sanitas en tantos barrios, únicamente en Suba, eso me parece ridículo. Sanitas tiene droguerías por toda la ciudad. Deben descentralizar eso. Es que a mí no me cabe en la cabeza que uno deba ir hasta Suba. Es que uno desplazarse desde el Sur, es que uno como independiente dejar el trabajo, es tenaz, es tenaz y autorizaciones en Sanitas por cualquier cosa, otra, otra-deberían aborrrarle tanta tramitomanía, tanto estrés. Creo que en COMPENSAR hacen así”* (Bogotá, Confidencial, R. Contributivo)

La situación, es extensiva a las dificultades para la consecución de citas, con disímiles resultados por régimen. Mientras para el régimen contributivo se dificulta notablemente por vía telefónica; para usuarios del sistema subsidiado, un ineficiente sistema de atención telefónica, les obliga a largas filas y esperas en horarios y condiciones que repercuten en vulneraciones a las condiciones de vida digna.

*“El teléfono para pedir citas en San Ignacio es horrible. Dicen no: baje ahí a atención del usuario y llama. Cuando uno baja ahí un “poconón” de gente ahí esperando y yo le digo, bueno. Pero, ¿acá lo atienden, entonces, a uno rápido? Me dicen, “no es un tiempo de espera. Su llamada será atendida en menos de quince minutos”* (Bogotá, Confidencial)

*“Ese es otro problema que para pedir citas con especialistas le toca a uno es de noche. Estar ahí. Yo he estado ahí desde las tres de la mañana; tres y media y, ¿sabe qué?, con un cojín y me voy y me quedo ahí. (...) Yo me he ido a las cinco de la tarde y salgo por ahí a las diez de la noche porque hay veces que atienden, a partir de las diez de la noche empiezan a dar citas. Hay veces la señorita, le toca a uno hasta el otro día –que empiezan a repartir citas desde las cinco de la mañana. Eso es lo feo de esos...entonces las citas con especialistas son terribles” (Bogotá, Confidencial)*

Del régimen contributivo resalta que la integralidad pareciera ser idónea dentro del tratamiento estandarizado de la patología, a su vez, en los reportes obtenidos en Medellín, pareciera correlacionarse con las sedes. El acceso con oportunidad presenta más dificultades cuando se requiere de acompañamiento diagnóstico por parte de otras especialidades. La dificultad es extensiva también el acceso a otros servicios médicos que no están directamente asociados al cuadro médico de la patología primaria.

*“Lo que pasa es que a mí de repente me dio la meningitis, dolor en los pies y que eso era el medicamento y yo pasé así como 3 años con esos dolores, yo iba al fisiatra, al reumatólogo y el infectólogo no me veía (...) desde el 2007 empecé con esos dolores y el doctor era el que me decía que el medicamento, yo le decía que me lo quitara y nunca hizo caso. Se vuelve tan tóxico para uno que llega a partes donde hace muchos daños, por qué? Por no verlo el infectólogo a uno.*

*\*Qué respuestas tenías para que no te remitieran al infectólogo?*

*-Que la carga viral era indetectable que es la explicación que dan.*

*\*Que es la explicación que da Gustavo.*

*-Entonces, me hospitalizaron en la clínica de SaludCoop, donde el infectólogo va cada 15 días, imagínese” (Medellín, Confidencial)*

De manera particular para el régimen contributivo en Medellín, se reporta una predilección por una sede particular del centro médico. La situación, pese a ser positiva, también denota la poca estandarización en los diferentes atributos evaluados, por ejemplo en lo referido a la oportunidad del servicio de urgencias, la integralidad de las especialidades, entre otros. La situación además recae en el costo de oportunidad de acceso y la protección financiera de familias que deben incurrir en costos mayores de transporte para acceder a los centros médicos que cumplen los atributos idóneamente.

*“Mira la 80 es muy buena atención, lo que pasa es que digamos si yo tengo que salir por urgencias, nosotros vivimos en Bello, imagínese usted para ir hasta la 80 en una urgencia, muy difícil. Entonces él me dice vámonos para Villanueva y usted mira que el tiempo que le demoran en Villanueva se lo lleva en desplazamiento, así se gaste más pasaje pero tiene la seguridad de que lo atiendan”* (Medellín, Confidencial)

El acceso a medicamentos parece ser uno de los que se encuentra más organizado. Del régimen contributivo, se reconoce un sistema que logra cumplir con oportunidad su atención de la manera prevista, llama la atención el recurso de Saludcoop de autorizar los medicamentos en el sistema, reduciendo el costo de oportunidad y coadyuvando el acceso al tratamiento. Por otra parte, también se documentaron, al menos en el régimen contributivo, cuellos de botella en la oportunidad de la atención y la articulación de los trámites que a la larga revierte en la entrega de medicamentos, la frecuencia de la situación conmina el desarrollo de estrategias que garanticen la continuidad, entre las que reportaron solicitar muestras al especialista de cabecera o contar con una reserva de medicamentos. No obstante, la situación genera estrés para pacientes que reconocen la gravedad de una pausa en su tratamiento.

*“Empeorado. Que casi siempre lo atienden a uno tarde...que casi siempre que voy por el VIROSICÁN, nunca lo hay, todo en pendiente. Y usted puede ir todos los días y nunca lo hay. Y eso no es de hace poco tiempo para acá, eso es de hace cinco (5) o seis (6) meses. A raíz de eso voy a poner una tutela, un derecho de petición y una carta para el jefe de farmacia”* (Bogotá, Confidencial)

*“El mes y medio, hace mes y medio me demoraron, en darme un frasco casi mes, mes y medio. La gente yo no digo, caigo en depresión pero me demoran casi mes y medio. Me dice el doctor que si no tomo las tres drogas completas, empiezo a recaer y empiezo a bajar de las defensas, las tomo las tres y las dejo de tomar puedo recaer”* (Montería, Confidencial)

La situación reporta incrementos en los tiempos para manejos médicos que demandan acceso a procedimientos y medicamentos no incluidos en el tratamiento estandarizado para VIH, pero que pueden comprenderse incorporados en la integralidad del manejo de esta patología. Caso identificado en las regiones, el curso de la gestión del comité técnico-científico centralizado en Bogotá, repercute en demoras a los trámites y autorizaciones con un costo de oportunidad al acceso.

*“Y en uno de los ex de CD4 me empezaron a bajar y carga viral me empezó a subir. Entonces, la doctora, infectóloga me dijo en Enero: no, Pedro empecemos ya. Esto va a ser así, va a ser de*

*por vida. Esto va a tener efectos, tal, tal, tal, tal. Me explicó todo y yo pregunté y muy buenos para qué. “Efectos secundarios, tales, tales”. Y, estos medicamentos no los cubre el POS, entonces se pasa una CTC (...) y me dijeron, no Pedro, no los va a comprar. Entonces obviamente, a mí me parece absurdo, simplemente cada seis meses vamos a llenar un CTC, usted lo va a llevar a SANITAS y entonces no hay problema, al otro mes se los dan. Pero a mí hacer ese trámite me parece. Es RITONAVIR, LAMIRUVINA, DURANAVIR. Son esos tres. (...) en el mío se demora un mes, pero digamos en el paso de que hacer eso al Comité Técnico Científico. Eso no debiera ser” (Bogotá, Confidencial)*

El acceso y la oportunidad se juegan en los recursos legales, a los que las personas usuarias se ven obligadas a recurrir, más sin embargo, tratándose de recursos externos, no están al alcance de todas las personas en materia de información, reconocimiento del recurso y percepción del derecho al acceso con equidad y oportunidad, en la medida en que se aprecia un sentimiento, en mayor o menor medida generalizado, asociado al carácter subsidiado, de recibir dádiva, y no un derecho bajo los principios establecidos por la ley.

*“Y otra cosa: lo que no cubre el POS, que es el tratamiento que uno tiene que pasarle a un comité Técnico-Científico. Yo tuve que pasar un derecho de petición para que me sacaran una muela. Decían que era estético. Yo: “¿Estético?, una caries que tengo”. Yo decía: “Ustedes van a esperar que por una caries me dé a mí una meningitis, teniendo yo las defensas bajas, tomando las retrovirales”. No, tocó pasar CTC (Comité Técnico Consultivo), una vaina absurda, tenía que ir uno a Sanitas, preguntar si salió o no salió; le dicen a uno que ocho días hábiles o diez días hábiles –se demoró más de un mes- y llega uno y la respuesta es negativa y le pasan a uno una factura de dos millones seiscientos que vale ese tratamiento, decía recursos propios. Yo: “Obviamente esto no puede ser así”. Pasé un derecho de petición y a los ocho días me llamaron para decirme que sí me podían hacer la cirugía”*

(Bogotá, Confidencial)

*“A mí sí me afectó económicamente. Yo ingresé al Sisbén de una vez a hospitalización. Yo venía tanto tiempo sin medicamentos ni nada, sin ningún servicio. Entonces de una vez me dieron una orden de hospitalización, yo duré casi 3 meses. Cuando salí la cuenta iba en 20 pico de millones y por no sé qué razones la dejaban en 12. Tocó firmar pagarés y todo eso. Yo pagué como 300 mil pesos sino que empecé a entutelar y a entutelar entonces la cuenta se congeló ahí. Yo duré 20 días hospitalizado y esa era la cuenta, y después duré el resto del tiempo hospitalizado porque yo al tercer día ingresé de nuevo al hospital. Yo entré en septiembre y salí en diciembre, y entonces yo*

*dije: cómo se va esta cuenta. Mi esposo mientras tanto estaba con tutelas y todo eso, nos dijeron no, ya está pago todo. Ya no hay nada qué hacer ahí” (Valledupar, Confidencial)*

Un aspecto que merece mencionarse con respecto al acceso de cada uno de los regímenes, que parecen compartir los mismos cuellos de botella en el acceso al uso de tecnologías, es el costo de oportunidad del régimen subsidiado con respecto a al régimen contributivo, para cuyos usuarios la percepción del costo de oportunidad es menor.

*“No, yo pienso que por lo menos acá en el caso del hermano mío, ha mejorado por la cuestión de que la hermana mía lo ha ayudado, pero si él estuviera directamente con SaludCoop, pensando que todo eso se lo va a dar SaludCoop, viviríamos mal. Porque la hermana mía ha gastado mucha plata en esa enfermedad de él, entonces por lo menos este mes que le salió con la tutela esa, entonces ahora que pase el mes cómo va a hacer ella, cómo va a solucionar ella esa vaina para que otra vez le den lo que él necesita. Porque él se está gastando mínimo 3 pañales diarios, y ¿sabe cuántos pañales le reconocieron? 30 pañales para 10 días” (Montería, Confidencial, R. Contributivo)*

Merece mencionarse que la migración entre regímenes constituye un cuello de botella de carácter administrativo que limita y retrasa el acceso en materia de uso de exámenes diagnósticos, utilización de servicios, entre otros, así como la oportunidad referida a los tiempos de espera para acceder a los servicios requeridos.

*“El mismo comfacol se encarga de pasar una carta a la entidad, así le pasó a un amigo, tu madrastra te sacó de SaludCoop y apareces como activado, y le hicieron una carta y le toca esperar 3 meses que le pasara una carta SaludCoop para retirar los custodios, a tres meses te toca esperar que te atiendan comfacol. Tienes el carné, sí, te falta es esperar que te atiendan los médicos. (...) Sí, es complicado, porque a usted le dan la carta y aparece retirado pero el problema es que el fosyga no lo saca, porque mire, yo tengo en la Secretaría de Salud de Bogotá gente que trabaja, o sea mi novia trabaja allá, y ha hecho y deshecho y ha llamado y de todo, ¿y usted cree que me han sacado? Y ahorita me dijeron que el corte lo hacían el 5, y nada. Y eso me tiene, porque no he podido yo buscar el carné” (Montería, Confidencial)*

*“No porque acá es porque ella tenía carné de Bucaramanga, entonces para hacerle el traslado de allá hacia acá, y siempre ha sido demoradito, todavía no tiene el carné (...) tiene como 2 meses, o sea, como está en el hospital, la están atendiendo, pero directamente el carné no lo tiene, o sea para otras citas así particular no le hemos podido todavía” (Montería, Confidencial)*

En materia de urgencias, se mantuvo la constante, en cuanto a reportes de tiempos de espera, precariedad de condiciones, etc.

*“Yo estuve aquí en el San Ignacio. Duré dos días en un pasillo en una silla, esperando una habitación. Si me miraron y me dijeron: hay que ingresarlo, pero siéntese ahí, y no se podía uno levantar porque se sentaba otro enseguida y ya perdía la silla. Dónde me hago. Dos días en un pasillo y veía uno viejitas y viejitos en las mismas de uno, y uno bueno, por lo menos aguanta más, pero viejitos, y gente que ya llevaba más días ahí vueltos nada. Eso no tiene que ser así”* (Bogotá, Confidencial)

Mientras que en materia de hospitalización los reportes indican, en el caso de Bogotá y Montería, poca presencia y asistencia de personal, las condiciones en las que la hospitalización es un despropósito, poco acceso a especialistas, malas condiciones de salubridad, inadecuada atención.

*“Es que yo salgo de la clínica y 3 días después ya me mandaron ingresar y peor. Ahí sí ya me mandaron, ahí es cuando yo empiezo a quejarme del servicio de enfermería. Llegaban y tiraban los potes de suero ahí, que se acabó, iba mi esposa que ya voy, que ya voy. A la final yo mismo me canalizaba y todo, hay veces se filtraba y me tocaba cambiar la canalización a mí mismo porque los enfermeros no iban. Y sólo iban para tirar cosas allá. Qué quién le cambió, me decían... Eso es aquí en el hospital, Sisbén. Y entonces yo me quejé, y la segunda vez que entré hospitalizado el año pasado me mandaron a un cuartico cerca de recepción de urgencias y ahí a cada rato pasaba un enfermero: ¿está bien? ¿está bien? Usted es el paciente caótico. No yo soy muy fresco en esas cosas pero uno sí exige lo mínimo, lo que necesita. (...) O sea yo fui fue a un habitación, solo, totalmente solo como si estuviera en mi casa solo (...) o sea a que me diagnosticaran, me aplicaron medicación, me estabilizaron, porque las enfermeras sólo me aplicaban ese medicamento, y es un medicamento que es catalizador, entonces me lo ponían a chorro, y eso no es así, cuando yo le bajé la chica me dijo: pero usted por qué maneja ese equipo si usted no sabe, y yo: jum que no sé, entonces le explique, le dije: eso es un catalizador, y le expliqué: eso no es así mamácita, si tú necesitas el tiempo, desocúpate rápido para aplicar otro medicamento, vaya que yo me quedo aquí con mi medicamento mientras tanto. Bueno, fue un tratamiento como de 5 días y después las pastillas, o sea como quien dice, eso me lo hubiera podido hacer en mi casa”* (Montería, Confidencial)

*“Y una queja que yo si tengo de Santa Clara es que, en la parte de Urgencias, para setenta personas hay cuatro baños y cuatro duchas. No más. Para setenta personas, no más. En la parte de aseo, el óxido que tienen... es espantosísimo. Yo que estuve tantas veces. En el pabellón San Rafael, en el pabellón no sé qué. Allá sí es una hermosura porque yo estuve ahí un mes y medio y*

*allá estuve en una habitación, que éramos cuatro, pero el baño era...un lujo completo. Las señoras eran, hasta televisores había. Pero en la parte que es urgencias, ve uno mucha suciedad. En los baños. Entra uno y ve que alguien tuvo diarrea. Y llegó y hizo y uno entra y no...qué pena pero yo no entro. Me aguanté y no entro. Sí, claro. Todo eso afecta la parte psicológica del que está hospitalizado. Si no se siente cómodo, si no se siente bien es pésimo” (Bogotá, Confidencial)*

La estigmatización, tiene una connotación particular para estos pacientes, que por la condición también reportan algunas experiencias referidas a un protocolo diferencial.

*“A sí, a mi hijo cuando le iban a hacer los exámenes le decía: “No, pero si es que a usted le gusta estar donde las chicas fáciles”. Le decían, no. Pues como él no sabía que tenía esa enfermedad. En tono burlesco “Ay, pero es que a usted le gusta”. Pues eso no lo deberían decir, porque ellos no saben cómo se contagió. No saben de qué manera. Y el desprecio que siente la gente por esas personas, es feo. Porque, por lo menos cuando yo llevé en la ambulancia a mi hijo...las enfermeras me decían y “¿usted come bocado de él?”. Y yo decía: Sí, pues porque es mi hijo...pues usted llega, debería rezar por él, debería pedirle a Dios. Y yo: “Sí yo rezo mucho”. Él se va a salvar. Pero el desprecio que siente la gente por las personas que tienen VIH. No y es que creen que con darle la mano ya se van a infectar (...) Hay mucha falta de información...y como la reserva de la persona de coger y ponerla en un cubículo, en una habitación. Y cogen a la persona y “venga, vamos a hablar”, usted tiene esto. Las pastillas son estos. Los riesgos son estos” (Bogotá, Confidencial)*

*“Yo, por ejemplo, cuando me mandan al control de los exámenes, que es cada 6 meses, entonces la niña de allá anota mis datos como son, pero entre comillas ponen como yo me hago llamar. Entonces ahí en ese pedacito yo miro que la chica me dice: ah, Caterine. Entonces la doctora que me llama a control me llama por el nombre pero yo creo que no se ha acostumbrado. Pero igual yo no le paro bolas” (Bogotá, Confidencial)*

#### 4.3.4 Enfermedad Renal.

- ✓ Situación antes de la actualización y unificación del POS.

No se encontró consenso que permita unificar un concepto respecto a la situación del sistema previo a la actualización y unificación. No obstante, aspectos de interés merecen traerse a colación en la medida en que arrojan luz interpretativa respecto al actual acontecer del POS.

El primer aspecto que vulnera el acceso al tratamiento es el transporte, debe hacerse mención respecto a las dificultades físicas y sintomáticas que conlleva la enfermedad, con gran impacto en las oportunidades de desplazamiento, actividad que, por su carácter permanente y constante se ve afectada por consideraciones de salud y de costo. Tal caso recibió importante énfasis entre los usuarios subsidiados de Bogotá, quienes, con cuadros que limitan el desplazamiento su perfil de no tener vinculación laboral como efecto de lo restrictivo de su condición, se enfrentan a condiciones precarias de acceso al transporte, y encuentran pocas garantías en el subsidio, quedando sujetos a procesos de incertidumbre, obligando esfuerzos económicos que recaen en los hogares, en muchos casos la familia extendida aporta con el cubrimiento de los costos que pacientes, retirados por su condición, son incapaces de asumir.

*“Nosotros a pesar de que lo tenemos, eso fue una lucha, porque le decía a los médicos para el transporte de mi hermana, porque a mí me tocaba irme con ella o en taxi, yo vivo en Patio Bonito y para llegar al Tunal me tocaba coger 3 buses, uno hasta la 19, otro al centro y de la Jiménez coger uno para el Tunal, así me tocaba todos los días y a Sandra le dio muy duro la diálisis, siempre le ha dado duro, pero al principio fue peor, se me vomitaba en el Transmilenio y a veces vomitaba tanto que terminaba vomitando sangre, fue muy difícil y por eso le pedía a los médicos que me colaboraba y me decían que ellos no podían hacer eso porque era algo que no estaba dentro del POS y que no podían dar la orden, hasta que pase un derecho de petición al Capital Salud y me dijeron que no, que eso no estaba dentro del POS, ya iba a cumplir los 2 años y nada”*  
(Bogotá, Enfermedades Renales)

Referido a urgencias, se recogieron algunas narraciones que permiten entrever la oportunidad de la atención en materia de retrasos que pudieron constituir, en mayor o menor medida, riesgos para la vida de pacientes. Las menciones, pese a ser pocas, otorgan luz interpretativa a la situación después de la actualización y unificación.

*“Lo llevaba a urgencias, le ponían droga y me lo devolvían, la última vez que lo lleve a urgencias y el médico me dijo “ya se puede ir para la casa” yo le dije “que pena doctor pero yo no me devuelvo para la casa, vea que está vomitando sangre” él dijo “cómo?” Entonces “mándemelo a un especialista”, él me miró y me dijo “qué papeles tiene usted?” yo le mostré, tiene una cita para el 4 y le dije que hace 15 días me la dieron, me dijo “su papá va para cuidados intensivos”. Lo remitieron para una clínica y empezaron a hacerle exámenes, el del azúcar le salió en 30, entonces el médico dijo que así no podía meterlo a cuidados intensivos que lo iban a normalizar, como a las 10pm lo metieron a cuidados intensivos, fue dos días que él me habló y no me volvió a hablar y entonces él médico dijo que se le había reventado una úlcera por dentro, se empezó a complicar y a*

*los 8 días a las 6 a.m. me llamaron “su papá acabó de morir””* (Montería, Enfermedades Renales)

El episodio acontecido hace cinco años, se conecta con la oportunidad y de integralidad con la que se llegan a articular urgencias y hospitalizaciones con las remisiones a especialistas, que, ante la inadecuada oferta de agenda para responder oportunamente a la necesidad, revierte en reingresos a urgencias y hospitalizaciones, tema, considerado dentro de los atributos como indicador de calidad. En pocas palabras, la falta de oportunidad en el sistema para articular un tratamiento desenvuelve en calidad en la atención. Merece la pena preguntar si ¿el tiempo de espera para acceder al servicio requerido, constituyó un retraso que pusiera en riesgo la vida del paciente? El tema, que persiste en las observaciones hechas después de la actualización y unificación del pos, nuevamente será atendido en la siguiente sección.

✓ Situación después de la actualización y la unificación del POS.

Con gran preocupación, se recabaron testimonios acerca de la desatención a las alarmas manifestadas por pacientes y cuidadores acarreado retrasos que pudieron significar un riesgo la vida de pacientes. En este proceso se encontraron constantes en dos importantes aspectos, el primero, condicionado a casos en los que se descarta el diagnóstico, pero de manera sistemática los pacientes reportan una importante falencia en la transmisión de información referida al estado de salud: poca claridad en la información transmitida, poca información interpretativa de los exámenes, e instructivos respecto a cuidados preventivos secundarios, tanto como de la importancia de signos de alarma, monitoreo preventivo, entre otros. Conllevando una alta insatisfacción respecto a la atención, asimismo la falta de explicaciones repercute en desconfianza en los diagnósticos, el manejo farmacéutico o de cuidados preventivos, mientras que los controles distantes no transmiten percepción de oportunidad y la sensación de ser inadecuadamente formulados.

*“Una cosa nos afecta, la falta de conocimiento, a veces nos hablan en unos términos y uno queda”* (Montería, Enfermedades Renales)

*“Yo también le quiero comentar que cuando yo estuve hospitalizada en el hospital de la policía – porque mi hijo decidió casarse y me quitaron el servicio-, alcancé a quedar diagnosticada que en el riñón derecho –que es el único que tengo- tenía cálculos, unos muy pequeñitos, pero tenía cálculos. Yo esos exámenes los he llevado, los he mostrado, pero no me ponen cuidado”* (Bogotá, Enfermedades Renales)

*“Pero la doctora que le dijo que eso era lupus, ella dice que no se le puede ni hablar. Ella me dice: “pero es que a ella me regaña”. Y yo le dije: pues pregunte, hable. Pues pregúntele, dígame: “doctora, yo tengo dudas, quiero que me explica”. Y ella, “no, ella me regaña, yo le pregunto y ella me regaña”. Y hay doctores a los que uno les pregunta y sí. Uno no entiende doctor. “No eso es así y así y ya”” (Villavicencio, Enfermedades Renales)*

El segundo caso, referido a pacientes diagnosticados que encuentran poca oportunidad y calidad en el diálogo acerca de su estado de salud ante equipos de especialistas. Caso de pacientes del régimen subsidiado en Bogotá, grupo focal que profundizó en tales consideraciones estableciendo que, pese a la claridad, producto de su tratamiento de larga data, expresan que de manera posterior a la actualización y unificación no encuentran oportunidad de interlocución en torno a los cuidados integrales, por lo que se enfrentan con una decepción. La situación, además de ser percibida como maltrato y carencia de humanidad por parte de profesionales y especialistas, conlleva una insatisfacción percibida respecto al manejo farmacéutico y suplementario de la sintomatología.

*“La enfermedad renal se me manifestó con un dolor en la espalda. Fui al médico y me enviaron una radiografía. En la radiografía aparecía un cálculo. El señor que hizo el diagnóstico me dijo “tiene un cálculo”. Entonces fui a donde la doctora y miró la radiografía y me dijo no, que eso no era un cálculo. (...) Me mandaba Diclofenalco. El Diclofenalco me quitaba el dolor, pero mientras tanto el cálculo crecía. Se crecía, se crecía, se crecía...hasta que un día amanecí que no podía del dolor. Entonces me fui para el hospital y enseguida me hospitalizaron, porque el cálculo se creció, corrió –creo- algo y quedó atrapado en la uretra. En el riñón izquierdo. Y el riñón se creció y se creció y no tenía drenaje. Entonces me hospitalizaron y me drenaron por la espalda. Me dejaron así por un tiempo y el riñón se perdió, se secó, se murió y me lo sacaron (...) Más o menos un año, pero eso sí fue en la policía. Un año. Sí, pues tratando de ver oportunidades de que se pudiera salvar” (Bogotá, Enfermedades Renales, R. Subsidiado)*

El mismo grupo resaltó la reducción de atributos respecto al servicio, reportando, carencias en el monitoreo y reducciones sustanciales en la formulación de medicamentos y suplementos, condiciones con las que manifiestan no estar de acuerdo que, en interpretación de pacientes y cuidadoras, revierte en la precarización de los estados de salud. Asimismo reportan, la reducción de las condiciones en materia de integralidad tratamiento, especialidades de acompañamiento y condiciones de las sillas de diálisis.

*“A Sandra le quitaron los suplementos porque estaba súper y mire ahora hospitalizada por anemia severa que por supuesto es no POS y tocaba hacer todo lo de rigor y poner la justificación,*

*a ella le ponían una inyección cada 15 días y se la quitaron, ahora eso la desbalanceo, ahora está a punto de darle un paro o algo así”* (Bogotá, Enfermedades Renales. R. Subsidiado)

Referido al transporte, como condición que de manera particular de esta patología vulnera el acceso y uso de tecnologías, se registraron diferencias asociadas a la equidad, según sea el caso de lugar de residencia: centros urbanos, fuera del perímetro urbano, e incluso, fuera de la cobertura. El primero de los casos, intraciudad, residentes de centro urbanos y alrededores que requieren subsidio de transporte para asistir a diálisis, reportan la dificultad médica y económica, solventada a través de recursos legales que añaden trámites y tiempos de espera al acceso que no se ajustan a lo estipulado en las sentencias.

*“El en mayo se comprometió que en los primeros 15 días de cada mes estaba actualizado con el pago a sus pacientes del subsidio de transporte, pero eso pasan 2 y 3 meses y nada, hasta la semana pasada nos dieron otra vez de a 15 mil pesitos, pero pues de ahí nada, no cumplieron y ya quitaron esos papeles donde estaba el compromiso, nos deben el retroactivo”* (Bogotá, Enfermedades Renales, R. Subsidiado)

*“(…) hasta que un día llegaron los médicos a la Unidad Renal y hablé con un doctor, sobre el tema de transporte y que no tenía mucha plata, me dijo que él me hacía la orden, que él estaba para servirnos y que veía que realmente Sandra lo necesita, el médico me hizo la orden y fui con esta a Capital Salud y ahí me dijeron que esto era no POS, esto fue en julio de este año, luego, como a los 8 días volví con la orden a reclamar los medicamentos y les di la orden y me dijeron que eso no era POS y ya, yo entonces les pedí una constancia y me dijeron que eso está prohibido, que no lo podían hacer porque lo podían echar, de ahí hicimos y pasamos la tutela y eso duro como 10 días para respondernos y nos dijeron que si, el médico puso transporte para la diálisis, no para las otras citas médicas, y Sandra mantiene muy enferma y toca llevarla mucho, porque ahora tienen oxígeno, pero bueno, el abogado que me hizo la tutela si puso que me dieron transporte para todo, pero el juzgado no lo autorizo y puso que solo para la diálisis. Aunque el juzgado dio un plazo de 48 horas para que me dieran el transporte, este me lo dieron después de 20 días y eso que yo me la pasaba todos los días allá peleando, pidiendo y viendo por qué no me daban el transporte, después de los 20 días me lo dieron”* (Bogotá, Enfermedades Renales, R. Subsidiado)

El segundo de los casos, de inequidad departamental, referido a residentes en lejanía del perímetro urbano (como fuera el perfil de los registros de las personas encuestadas en Popayán) se refiere a las dificultades de acceder a los puntos que centralizan la atención. Significando un brecha importante en materia de acceso con equidad en materia de acceso departamental.

*“El que venía a reemplazar al otro porque el que se venía se cansaba entonces le otro venía a reemplazarlo.*

*\*hhh se turnaban*

*-Era \$40.000 al día?*

*\*Seis pasajes, dos cada uno, ida y vuelta. Esa cuenta es muy facilito, por ejemplo ese día que salí de Montería, salí con \$140.000, y mi hermana con \$20.000 y yo el domingo que me fui, tuve que llamar a mi hermano que me consiguiera pasaje, ya lo había gastado todo en comida, usted sabe que un hospital es más caro” (Montería, Enfermedades Renales)*

El tercero de los casos, de carácter regional, documenta la equidad de regiones que no cuentan con una cobertura integral o de calidad. Tal es el caso en Villavicencio, cuyo esquema de atención incorpora la remisión de determinados procedimientos a Bogotá, sin estrategias encaminadas a la protección financiera de los hogares que comprendan los gastos de desplazamientos, hospedajes, transporte y alimentación que representa recibir el servicio fuera del lugar de residencia.

*“Y ese es otro problema, que le toca, para los transportes le toca a uno sacar del bolsillo para ir en bus y pedirle a una persona que lo acompañe. Y si uno no tiene familia en Bogotá, le toca a uno dormir afuera del hospital porque a uno no le permiten en la sala de espera. Pero cuando uno llega así, por ejemplo, de noche. Por ejemplo con mi mamá. A mí me tocó dormir en el pasillo” (Villavicencio, Enfermedades Renales)*

*“Pero ahora sí nos tocó traerlos porque son personas de edad y nos tocó traerlos. Porque allá es un SISBÉN y acá es otro. Entonces tocó sacarle el SISBÉN, traérmolo, todo. No hubo ningún problema con el traslado. En Salud Total me ayudaron mucho, porque yo le comenté el problema.... ¿por qué tocó comentarles el problema y trasladarlos? Porque el tratamiento iba a ser en Zipaquirá –porque como era de Cundinamarca-, quién va sacarle las citas que ordenan ellos a Zipaquirá –corra para acá y corra para allá-“ (Bogotá, Enfermedades Renales)*

Otro ejemplo, que se relaciona más con la calidad del servicio hospitalario, se documentó entre los residentes de Montería quienes al no encontrar lo que consideran condiciones adecuadas de calidad en la hospitalización, entre las que enumeran el reingreso, el poco impacto en la calidad de pacientes, la percepción negativa del servicio y la insatisfacción, deciden asumir los riesgos y costos de acudir a Antioquia. Los dos últimos casos se diferencian, en alguna medida, por la capacidad financiera de hogares con servicios subsidiado y contributivo, tratándose de un proxy en materia de vinculación laboral de los

miembros del hogar. No obstante, no explica la totalidad de los casos, hallándose narrativas de hogares que dependen de la familia extendida, o los que se ven obligados a acudir a préstamos.

*“A mi papá lo metimos a la Unión y no se le veía mejoría, nada, nada, nada; entonces lo sacamos y lo metimos a la Salle. En la Salle se pagaron 8 millones de pesos y nada, ahí mi hermano me dijo que íbamos a pagar el otro seguro que se debe y vamos a llevárnoslo para Medellín. Compramos los tiquetes nos fuimos para Medellín, llegamos por urgencias porque no nos daban remisión y dijimos “vea este señor está así, así y así” inmediatamente lo hospitalizaron 8 días y mi papá vino buenecito” (Montería, Enfermedades Renales)*

En contraposición a la posición medicamento pasiva, documentada en el caso del proceso diagnóstico, en materia de trámites y citas se hallaron indicadores de la demanda que el sistema hace de un rol eminentemente activo al interior del sistema que recarga a sus usuarios con reprocesamientos y simultáneamente impone un requerimiento de pasividad respecto a la oportunidad de la atención médica.

Tal es el caso de la tramitología y el proceso para acceder a citas con oportunidad, condición que se recogió ampliamente, si bien se hallaron reportes respecto a la facilidad y normal funcionamiento de estos procesos, la generalidad, del componente es que su funcionamiento obliga a los pacientes a asumir un rol de gestores de su salud: demoras, reprocesamientos, desarticulación entre sedes, entre otros reportes permiten apreciar el alto costo que tiene en la rutina encargarse de la serie de trámites que demanda el sistema.

*“1. ¿Cuántas horas a la semana le tienen que dedicar al tema de la salud?*

*2. Tres días*

*1. ¿Tres días?*

*2. Porque hay que ir a reclamar*

*1. ¿Pero completos?*

*2. No, por ahí medio día, por la mañana o por la tarde.*

*1. Esa es la experiencia de Leidy que es de la AIC que es un régimen especial. La experiencia de Araceli con Coomeva ¿cuál es? ¿Cuántas horas?*

3. *De cuánto esperar, yo también voy llegando a veces a las 2, son cuatro horas, casi lo mismo porque uno va reclama la orden, se sienta y la espera eso varía de acuerdo a las personas pero la mayoría de veces que yo me voy a las 9 y voy llegando a la casa a las dos de la tarde.*

1. *¿Cuántas veces a la semana va?*

3. *No, a la semana no. Yo voy cada mes.*

1. *Nora en el régimen subsidiado ¿cuánto tiempo le dedica?*

4. *Pongámosle. Yo saqué la orden de apoyo de 7 a 12 y después como tenía que ir a recibir un medicamento casi toda la tarde, osea por ahí dos veces en la semana.*

1. *Dos veces en la semana que se le va media jornada.*

4. *Ese día fue toda la mañana y después toda la tarde. Al otro día toda la tarde” (Popayán, Enfermedades Renales)*

*“Por ejemplo a mi esposo, hace dos meses le mandaron una cantidad de droga y no le dieron sino la mitad. Y le dijeron a mi hija que se trajera esa y que cuando se le estuviera acabando, que la trajera y facturara. Imagínese eso, hacerla ir hasta por allá para facturar. Porque era que la daban de a poquitos entonces cuando uno volvía era que ya se había vencido” (Villavicencio, Enfermedades Renales)*

En algunas oportunidades se aprecia también que, más allá de un rol activo como gestores, la situación obvia el carácter de derecho, para apelar al carácter de colaboración o dádiva

*“En todas partes la persona que no habla no consigue nada, mire señorita yo tengo este tratamiento y no lo puedo suspender, por favor señorita hágame una excepción, consígame esa cita. Eso tiene que hacerlo uno yo creo que aquí y en todo el país. Por ejemplo, muchas veces se me acaba, vea señorita necesito que me colabore” (Popayán, Enfermedades Renales)*

Con alguna frecuencia el recurso que encuentran las personas es apoderarse del cuidado de su salud a través de sus propios recursos financieros y acudir a recursos legales. Así, hay casos en los que el acceso resulta supeditado a recursos legales. La existencia de estos recursos, como recursos que respaldan el acceso al POS, pese a positiva, también se ve limitada por el acceso a información, situación que pasa más en el subsidiado.

*“Le hemos apartado la cita y demora, decimos “es urgente” a la muchacha de la eps, “es urgente, necesita la cita con el nefrólogo” y se demora pasa un mes, mes y medio y uno es ahí y nada”* (Montería, Enfermedades Renales)

*“Pero cuando los tiene que amenazar, por decirlo de alguna manera, que hacer uso de un derecho de petición. Sí. El médico, el medicamento, uso todas las leyes. Sea la cero veintitrés) o las siguientes, entonces ahí mismo lo llaman a uno por la tarde”* (Villavicencio, Enfermedades Renales)

La misma ambivalencia revierte en la integralidad final. Como consecuencia de los cuellos de botella administrativos que impactan la articulación entre consultas, exámenes, remisión a especialistas, medicación y procedimientos, teniendo un efecto determinante en materia de oportunidad.

*“Claro que sí, porque, por ejemplo el problema que tengo ahorita. Yo tengo unos resultados, por ejemplo de radiografías, de cadera, de brazo. Y tengo los resultados hace más de un mes. Y me dicen, pida cita con fisioterapia para que le lean los resultados. Entonces pide uno los resultado en Diciembre, para que me den la cita en Diciembre. Mientras yo he estado todos los días desde Noviembre al pie pidiendo la cita y ahorita ya me salen con que no, que no hay citas ni para Diciembre, ni para Enero. Que será en Febrero. Pero que llame porque no hay agenda. Entonces, claro porque yo tengo mi dolor de cadera terrible y con mis exámenes guardados ahí.”* (Bogotá, Enfermedades Renales)

*“A veces uno llega allá y dice “vea estamos a 9 de diciembre y no hay citas sino hasta el 15 de febrero en adelante” ¿cómo voy a pedir una cita para dos meses? ¿Entonces se muere el paciente?”* (Montería, Enfermedades Renales)

Dicho lo anterior, los cuellos de botella pueden impactar, en mayor o menor medida, la calidad de los indicadores de urgencias y hospitalización en tanto que los reingresos corresponden a casos que no han recibido oportuna consulta con especialistas. Vale la pena mencionar que también se registró en múltiples casos la ausencia de una ruta de tratamiento en las oportunidades en las que el diagnóstico es hecho en urgencias, donde el instructivo es buscar un especialista, pero no parece estar acompañado de mayor información en materia de acceso.

*“Si se pone mal, hay que sacarla y traerla a la clínica, duramos acá unos días, nos la entregan y a los 15 días otra vez. Ahí estamos. Siempre le dicen no puede la sal, eso es obvio porque es lo*

*peor para los riñones, la sal, el azúcar, la grasa. Todo eso nosotros hacemos esa dieta con ella. Pero se hincha, hincha mucho, se le inflan los pies, ahí ya después se le va el agua a los pulmones, entonces ya ahí toca sacarla para la clínica y eso va siendo muy constantemente” (Montería, Enfermedades Renales)*

Por lo demás, los reportes son consistentes con aquellos transmitidos en los otros grupos, para mencionarlos rápidamente, demoras en la atención, insuficiencia de espacio, personal y camillas, que revierten en detrimento de la calidad del servicio y la satisfacción de cuidadores y pacientes. Resultante de lo anterior, la insuficiencia de insumos médicos, tanto como de las instalaciones, revierte en las condiciones mismas de prestación de servicio. Asimismo, en materia de hospitalización, los reportes son de insatisfacción ante la atención, camillas en males estado y desprovistas de menaje, habitaciones compartidas, inadecuado servicio de aseo de habitaciones y baños, tanto como de asistencia al aseo de los pacientes.

*“Llega uno a las 8p.m., viene el paciente mal, entra a urgencias y encuentra camillas, colchonetas tiradas en el piso, pacientes tirados en el piso esperando que lo atiendan y va el doliente y dice “miré médico “dice “tiene que esperar” uno “pero vengo con urgencias porque estoy mal” va uno dos, tres veces con el mismo son y dan las 11p.m y el paciente sigue en el pasillo” (Montería, Enfermedades Renales)*

*“Dos días ahí sentado con un pote de suero ahí sentado. Dos días, dos días hasta que una hija que es abogada por allá revoló y consiguió una camilla, para que al tercer día me dejaran en una camilla” (Villavicencio, Enfermedades Renales)*

*“Allá, para bañarme me tocaba levantarme a la una de la mañana porque no había nadie. Los baños sucios, cochinos porque la gente pues...de todas las estirpes sociales. Los médicos se vuelven muy inhumanos. Se acuestan es a dormir las enfermeras. A las dos o tres de la mañana allá no hay nadie despierto y una noche me escapé” (Villavicencio, Enfermedades Renales)*

#### 4.3.5 Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC).

- ✓ Situación antes de la actualización y la unificación del POS.

En cuando a las Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC) previo a la unificación y actualización del POS, los participantes de los grupos focales plantean que el proceso de diagnóstico, por lo general, fue lento, desacertado e implicó un empeoramiento en la calidad de la salud de los pacientes. Tal como se plantea, las tecnologías necesarias para realizar los exámenes no siempre están a disposición del

paciente y los tiempos de espera son muy largos. Asimismo, en algunas ocasiones, la capacidad de los centros de salud no daba abasto y era necesario el constante desplazamiento de las personas para recibir la atención que merecía su condición de salud.

Tal como se sugiere desde Bogotá,

*“La enfermedad la tengo desde 2007 que me empezó, pero me dijeron que tenía EPOC hace alrededor de 4 meses (...) pero me asfixiaba mucho, iba y me atendían, me ponían oxígeno y me mandaban para la casa. Y hace como 4 meses ya me mandaron a hacer unos exámenes muy rigurosos, entonces ya me encontraron que tenía”* (Bogotá, EPOC)

De forma similar, algunos de los pacientes pertenecientes al régimen contributivo plantean que la rigurosidad médica anterior a las políticas implementadas durante 2010-2011 era muy reducida; que el acierto y explicación frente a los males que aquejaban a las personas no correspondían a su condición de salud o no se profundizaba en los exámenes para dar con ella.

*“(...) tiene problemas respiratorios, no me decían de qué se trataba. Es más, en una época me informaban que se trataba de problema asmático, luego fue que por estudios más profundos con internistas, neumólogos, que viene a recibir esa atención por decir algo del 2010 para acá, anteriormente, anteriormente un médico general “tomate este Guayacolato, usa este inhalador ” y no más. (...) ya después fue que nos dimos cuenta, como le digo a través de los estudios más profundos que realizaron los especialistas, de que no era simple asma, de que se trataba de un EPOC y de que era crónico (...) Por qué me fui agravando, mi mal fue tomando cuerpo, fue tomando fuerza y ya llegó el momento en que presenté cuadro de asfixia, entonces al presentarme de urgencias a las instituciones médicas, ya hubo algún médico pues que con mayor criterio profesional, que se dedicó más a fondo sobre de mi problema y fue cuando la investigación de que era de verdad lo que estaba sufriendo, porque mientras tanto todo lo que me mandaban eran paliativos, mejoritos ahí y siempre iba más en progreso la enfermedad, hasta el día de hoy que prácticamente pues dependo de los inhaladores y dependo de los medicamentos.”* (Valledupar, EPOC)

Ahora bien, teniendo en cuenta que no todos los casos son similares, en ocasiones se expresó la rapidez y pertinencia en el diagnóstico y el tratamiento. Esta situación sugiere que la rigurosidad y estándares sobre los procesamientos no estaban establecidos y dependían de dar con un centro de salud y con unos especialistas que fueran al fondo de la problemática y pudieran dar inicio a las medidas necesarias para contener la patología.

*“Llegué por Urgencias a la clínica Medril –soy de la Nueva EPS-. Allí me atendieron muy bien. Pues lógicamente que uno tiene que ser un buen paciente pues no es uno solo el enfermo. Había que esperar, pero cuando ya me tocó el turno, la atención para mí fue importantísima. Ese día me prendieron oxígeno, me aplicaron remedios, el suero y cosas de esas, porque yo iba escupiendo sangre por la cuestión pulmonar –me imagino yo-. Y duré veinticinco días -casi un mes-, veinticinco o veintiocho días allí hospitalizado. Entonces, cuando salí, salí con oxígeno, con medicina; se reclamó una medicina y unos inhaladores y posteriormente he estado en control y para mí ha sido muy bueno” (Bogotá, EPOC)*

En lo referente al tratamiento como tal, se presentan, una vez más, posiciones encontradas, pues en ocasiones el acceso fue eficiente y oportuno, lo que permitió una adecuada intervención. Otras experiencias hacen referencia a las demoras, las dificultades para conseguir citas, los problemas para acceder a los medicamentos, las intervenciones desacertadas, la falta de sensibilidad del personal médico y administrativo, y en últimas, la poca capacidad de los centros de salud para responder a sus afiliados y sus posibles efectos en la salud de los pacientes.

En referencia a los casos en que el proceder médico y el acceso al tratamiento fueron eficientes y representaron la posibilidad de cambiar la condición de salud de los pacientes, desde Medellín se plantea que, tras una intervención quirúrgica:

*“(…) fueron muy cuidadosos porque no la podían anestesiarse con anestesia general. La atendieron muy bien. La operaron de teriugio con rayo láser” (Medellín, EPOC)*

Si bien ese tipo de intervención no está relacionada con el EPOC en particular, indica la calidad de la atención a la que los pacientes se han visto sometidos.

Dando inicio al análisis sobre el acceso a los centros de salud, después de seguir el procedimiento para conseguir citas y las autorizaciones a los especialistas, las personas expresan que en ocasiones los trámites se realizaban con rapidez y eficiencia, pero en otras, las esperas eran largas y podían perjudicar la situación de salud de los pacientes. En los casos en que se plantea que el acceso a los especialistas era más eficiente, se asocia a la disponibilidad de los médicos antes de los cambios implementados. Se plantea que era una relación más directa y fluida entre los especialistas y los pacientes.

*“Sino que lo lleva uno un médico familiar, por eso se llama médico familiar. Yo tengo un médico que me trata a mí hace 15 años y a mí hasta el 2008 yo no tuve problemas de las citas, yo llamaba y sí, la cita me la daban” (Villavicencio, EPOC)*

En este orden de ideas, se plantea que no había mayores trámites que realizar, lo cual hacía del acceso un proceso relativamente eficiente.

*“No pedía una autorización. No tenía uno que hay subir, que a pedir un papel. Pa’ bajárselo; que hay que pedir el papel del médico para llevárselo al otro. Eso no lo había. Uno llevaba su carné y pedía una cita. Y se la daban”* (Bogotá, EPOC)

En cuanto a las experiencias que se plantean en relación a las condiciones previas a la actualización y unificación del POS, las posibilidades de acceso eran reducidas, ineficientes y representaban un alto costo para las personas. Esta realidad se asocia a la falta de personal médico en los centros de salud.

*“Antes era muy demorado, antes era más demorado sí, porque como que escaseaban los especialistas. (...) Más o menos le tocaba irse en citas de dos o tres meses”* (Bogotá, EPOC)

De igual forma se plantea que los cambios se han venido sintiendo desde hace unos tres o cuatro años; tiempo que corresponde a las modificaciones realizadas en el POS.

*“Eso hace 3 o 4 años más o menos que nos han dado eso, porque anteriormente eso era un problema para sacar citas, para todo era un problema”* (Villavicencio, EPOC)

Ahora bien, con respecto al acceso a los medicamentos, la prontitud y oportunidad en la disposición de estos, se plantea que, en la mayoría de los casos la falta de cobertura, la poca prontitud y la entrega de medicamentos incompletos era un riesgo para la salud de las personas y una problemática para la economía familiar que forzaba a las personas a recurrir a tutelas para acceder a un tratamiento adecuado.

En este sentido, y en referencia a la cobertura de los medicamentos según el régimen al que se perteneciera, se plantea que:

*“(...) en el 2005 y 2006 para mi papá la droga no la autorizaba el Sisbén. Ahora por lo menos la dan así sea demorada. Antes no”* (Medellín, EPOC)

Esa situación ha llevado a algunos de los pacientes a hacer uso de recursos legales como derechos de petición o tutelas con tal de poder acceder a los medicamentos necesarios para el control de su patología.

*“Y como a él en ese tiempo no le daban los medicamentos se colocó una tutela”* (Popayán, EPOC)

Esta problemática se relaciona directamente con los tiempos de espera, pues de la posibilidad de programar citas en los tiempos y con la frecuencia adecuada, y del acceso a los medicamentos en las cantidades necesarias depende la salud de las personas y las opciones para mejorar las condiciones de vida. Por otro lado, los tiempos de espera y la posibilidad de acceso no sólo repercuten en el estado de salud del paciente, sino que tiene implicaciones en la economía familiar.

*“En los años anteriores era más, se gastó casi millones de pesos. Antes era más difícil porque había que comprar medicamentos por aparte, procedimientos, cosas que a veces no las autorizaban entonces se gastaba bastante plata, ahora ya ha ido mermándose” (Popayán, EPOC)*

De forma similar, se reconoce que previo a las políticas implementadas, algunos de los servicios médicos no se realizaban en ciertos lugares y era necesario el desplazamiento constante para recibir el tratamiento. En este sentido, los pacientes reconocen las dificultades que representaba el acceso a algunos medicamentos y procedimientos antes de la unificación y actualización del POS.

*“(…) desde el año 2011 más o menos todo era a Cali, todas las órdenes me las remitían a Cali, pues a mí me gustaba porque me lo remitían a un buen sitio (…) uno con tal de que el especialista sea bueno uno hace el esfuerzo, pero por ejemplo él estuvo 3 años yendo a Cali cada mes por unas vacunas que le colocaban y cada viaje eran 100 mil pesos cada mes. Pero ahora las órdenes no se las dan a Cali sino que se las dan acá y ya es un gasto que uno se ahorra. Imagínese durante tres años cada mes 100 mil pesos pues se gastaba plata. Pero este año ya todo es aquí en Popayán entonces mejor” (Popayán, EPOC)*

Adicionalmente, los largos tiempos de espera no sólo están presentes en la consecución de las citas y en la posibilidad de acceder a medicamentos, sino en el servicio de urgencias que, según se indica, representaba un desgaste importante para los pacientes.

*“Me pusieron una inyección de no sé qué para el dolor y dos pastillas que me dieron, dos Acetaminofén. Y habían todo el santísimo día allá, que hicieron sentar en una silla, que no cruzara las piernas, que no pusiera una pierna sobre la otra, que eso no lo volviera a hacer que... eso que hay tantas cosas. De ahí salí hasta las seis de la tarde. Y, por eso, cuando me dicen urgencias... ay no, yo de urgencias no” (Bogotá, EPOC)*

Otras de las experiencias, en la ciudad de Medellín se plantea que:

*“(…) dos y tres horas. En el instituto radiológico de Antioquia, por ahí en el 2006-2007, me tocaba esperar muchísimo. Ella ya con un dolor muy fuerte que se le iba a la espaldita (…)”*  
(Medellín, EPOC)

✓ Situación después de la actualización y unificación del POS.

Al igual que las condiciones previas a la unificación y actualización del POS, los pacientes plantean que los procesos de diagnóstico han sido muy demorados y la rigurosidad de los especialistas ha estado ausente, razón por la cual, en ocasiones las condiciones de salud de los pacientes se ha visto afectada. En algunas de las experiencias, las demoras se asocian a la tramitología y a los largos y tediosos procesos a los que en necesario incurrir para poder acceder a determinados exámenes.

*“Esa misma pregunta se la hice yo al médico, yo le dije: “-doctor, ¿por qué hemos dado tanta vuelta para llegar a un examen primordial como es una tomografía?” “-No porque hay que dirigirse por unos procesos aquí y yo he seguido esos procesos”* (Montería, EPOC)

En otras ocasiones, las demoras y la falta de un diagnóstico concreto se asocia a la falta de rigurosidad médica, que en vez de remitir a los pacientes a todos los exámenes necesarios para aclarar cualquier sospecha, decide recetar medicamentos paliativos.

*Yo le dije: “-yo no estoy de acuerdo con eso, porque si usted vio desde el primer momento que hay un problemita ahí y que el paciente no hay mejoría, sino que va en decadencia, aunque usted le haya mandado medicamentos, yo debo de actuar de una vez con una tomografía y no esperar”*  
(Montería, EPOC)

Otra de las problemáticas que se encontraron a la hora de diagnosticar, fue la falta de credibilidad que el personal médico tiene sobre los pacientes, pues en vez de realizar los exámenes pertinentes se dan por hecho que la persona está mintiendo y requiere de otro tipo de atención. Esta situación no sólo pone en riesgo la salud del paciente, sino que habla muy mal de la ética y sensibilidad de los especialistas frente a los males de los pacientes.

*“Me mandaban a salud mental. Yo dije dios mío. Le dije al doctor Guerra: doctor, es que yo no estoy loca, yo necesito es que me controlen la maleza que tengo, porque el dolor es tremendo. No ahí mismo me mandaron a que me dieran pepas y uff, así me dejaban hasta 15 días”*  
(Villavicencio, EPOC)

Igualmente, otra de las experiencias que se planteó durante las sesiones de grupo en relación al diagnóstico, se relaciona con la dificultad por parte del cuerpo médico de examinar más allá de la patología que ya le fue una vez encontrada a la persona. Esta situación indica que si un paciente fue diagnosticado con alguna enfermedad, los especialistas tienden a asociar todos los síntomas a la misma patología sin realizar nuevos exámenes que permitan dar con nuevas enfermedades que las personas puedan tener.

*“(…) yo una vez también y vaya y vaya, y acetaminofén, acetaminofén. Para que le baje la fiebre, cuando yo llegué allá iba con más de 40 de temperatura y nunca se tomaron la molestia porque es que hay una negligencia en otra cosa que yo he notado, a usted la diagnostican de una vez de una cosa a usted la encasillan. Usted tiene fibromilagia y usted ya no va a sufrir de otra cosa, usted solamente tiene fibromialgia, no más usted llega a una consulta y le dicen: bueno usted tiene esto, que apliquen betametasona, ta, ta, ta, ta. Sale. Y yo me fui al frente de la Clínica Marta y me mandé tomar el examen y tenía sangre en la oreja, y tenía cálculos en los riñones. Y yo llegué y le dije: doctor, le soy sincera, vengo con una fiebre, ya he venido varias veces y me han dado acetaminofén y me han aplicado diclofenaco para el dolor, para el malestar y hasta luego, váyase para su casa. Y ya llevo 8 días llevaba yo así. Ya yo no tenía ni alientos para caminar”*  
(Villavicencio, EPOC)

No obstante este es el escenario más frecuente en los grupos focales, hay algunas experiencias en donde a los pacientes se les diagnosticaron rápido y con pertinencia sus patologías. Esta situación, según se expresa, permite una intervención más eficiente y un elemento a favor a la hora de combatir la patología.

*“-¿Al cuánto tiempo le dijeron, desde que lo llevaron al centro de salud que tenía neumonía?*

*\*Abí mismo, me dijeron que era lo que tenía.*

*- Y la atención fue rápida.*

*\*Fue rápida”* (Valledupar, EPOC)

Ahora bien, con respecto al acceso como tal, son varios los factores a tener en cuenta, pues las citas, las autorizaciones, los tiempos de espera y las restricciones sobre ciertos medicamentos hacen de las intervenciones médicas para reducir o controlar los efectos de las patologías un proceso incierto. El acceso está sujeto a muchas variables que los pacientes no controlan y que depende de dar con un centro de salud que cumpla con eficiencia y a cabalidad con sus responsabilidades. Esta situación no se diferencia entre regímenes, pues en los dos casos se plantea que los tiempos de espera, por lo general, son

muy largos, poco eficientes y caracterizados por una tramitología que implica un desgaste en términos económicos, de tiempo y de salud por parte del paciente.

A modo de ejemplo, y haciendo referencia a los posibles costos familiares y en la salud de los pacientes que puede implicar la forma en que se accede al tratamiento, y en particular a las autorizaciones para especialistas, laboratorios y medicamentos, desde Bogotá, una persona perteneciente al régimen subsidiado plantea que:

*“No, a mí me toca SISBÉN. Usted sabe que uno tiene que estar allá a las cuatro de la mañana, si es de laboratorio. A las siete que reparten fichas y es tal número de fichas y si alcanzan bueno y si no, otra vez a madrugar al otro día. Entonces, todos esos fríos, todo eso que uno recoge es tremendo y allá en Simón Bolívar que, esa peña, hace frío. Eso sí, eso sí le toca a uno. Y demorarse, ahí todo el día para que le den a uno una autorización. Y que mandan a los viejitos, pero lo viejitos que allá de últimos. Inclusive yo estuve allá en Salud Capital, que para una autorización de cardiología. Y no, eso se le duerme a uno la columna de estar ahí, y eso que uno va, sale y camina (...) Siempre ha sido así. Siempre, esas madrugadas. No ve que allá en Santa Clara, esas madrugadas, se quedaban en la calle los viejitos todos así. Ay no. Yo dije: “Ay no, si me he de morir que me muera yo en mi casa”. Pero no, todos estos pobres recibiendo todo esto” (Bogotá, EPOC)*

En este orden de ideas, y reforzando el hecho de que las personas tienen que someterse a filas de más de dos o tres horas, después de madrugar a las tres o cuatro de la mañana, desde Montería se expresa que:

*“-Cuando me dice madrugar es ¿a qué horas?*

*\*4:30, 5 de la mañana.*

*-¿Se levanta o está allá?*

*\*No, ya estoy allá” (Montería, EPOC)*

Sin intenciones de justificar el fraude y los procedimientos engañosos por parte de los pacientes, la dificultad para conseguir las citas lleva a las familias a recurrir a trampas para conseguir citas y poder acceder a un tratamiento con los tiempos en que es debido. Esta situación es aprovechada por personas que requieren de recursos y ven en las fallas del sistema una oportunidad para reducir los vacíos económicos que puedan existir en sus familias.

*“Y que van familias, esa es otra, señorita, que van familias y cogen todos citas, pero yo digo todos los días, todos en la familia ¿se enfermaron?, todos haciendo cola y cuando me doy cuenta, vendía los puestos a veinte mil pesos. Entonces dije: ay, no; Dios mío. Eso es, eso es terrible. Uno a veces la necesidad”* (Bogotá, EPOC)

Otra de las problemáticas para conseguir citas se asocia a las llamadas. Se plantea que difícilmente contestan, y cuando lo hacen, las citas son programadas después de mucho tiempo. Esta situación puede afectar la calidad y debido proceder del tratamiento y, a su vez, la economía de las familias, pues gastar recursos llamando o desplazándose para conseguir las citas puede tener un impacto en la economía familiar.

*“Allá en el hospital de Itagüí me dijeron: “la agenda se abre el 29 son 1.500 pacientes para el internista”, entonces yo le dije: que hago yo, mi hermanita esta asfixiada, está mal, vine desde Cocorná – Antioquia, no puedo volver ese día, yo no tengo solución. Yo vine que porque por teléfono no daban la cita, que tocaba personalmente todas maneras dígame dónde hay que ir a hablar, dónde queda atención al usuario o dónde me pueden atender, que mi hermanita no puede quedarse en la casa por falta de atención”* (Medellín, EPOC)

En referencia al impacto económico que puede tener el sistema para conseguir las citas, dado que no es la forma más eficiente y en ocasiones los tiempos de espera para ser atendido se extienden por meses, desde las sesiones de grupo se plantea que:

*“Y el mismo día uno no alcanza porque las citas las dan hasta las 11 de la mañana y a veces uno viene por la ficha para la orden de apoyo y esa orden de apoyo se la van dando por ahí a la 1 o 2 de la tarde y entonces ya uno no alcanza a pedir la cita. O le toca venir otro día o sacarla por teléfono pero se demora mucho, eso se gasta un poco de minutos llamando me hacen gastar un poco de minutos llamando y a veces no puede uno sacar esa cita por teléfono, le toca venir a uno mismo y usted cree que cada vez que uno viene 40 mil pesos zafando la comida, sólo en pasajes y a veces digamos, no alcanzo”* (Popayán, EPOC)

De forma similar, el acceso a los medicamentos necesarios para cumplir con el tratamiento también es complicado, pues en ocasiones los tiempos de espera para las autorizaciones, el hecho que se entreguen incompletos y la necesidad de constantes desplazamientos significan un riesgo potencial para la salud y el desgaste económico de los pacientes.

*“Digamos de allá del hospital me la entregaron sin una pasta y tiene que tomar esa pasta de por vida, me dijeron los médicos que tengo que darle esa pasta de por vida y pues esa pasta es cara y a*

*mi me cuesta mucho venir cada rato a Popayán para que le den esa pasta. Eso cuando se la formulan, demora por ahí dos meses para darle la pasta y le compré apenas 30 pues para un mes. En enero vine en los últimos días de enero vine otra vez que ya por fin había salido pero fui a la clínica, a la droguería Alianza y de allá me mandaron otra vez a allá en pediatría le habían formulado 30 no más y Asmit había formulado 100 y tuve que ir otra vez para que me hicieran otro papel para que me la dieran y me la dieron pero ahorita en junio que la traje otra vez el hematólogo le formulo 200 y no se las quisieron dar apenas me dieron las 100” (Popayán, EPOC)*

Tal como se plantea en las sesiones de grupo, después de dar la orden de apoyo para la entrega de los medicamentos, toca esperar a que el centro de salud o la distribuidora encargada haga la llamada y le informe al paciente que puede recoger las medicinas.

*“Digamos, el médico la atiende en ciudad blanca y hay que ir a Asmit a sacar la orden de apoyo. Y de allí toca que ir y llevar eso y allá uno deja esos papeles por ahí en un mes que de allá lo llaman. Toca que estar venga cada rato que qué pasó que no que todavía nada y hasta que por fin por ahí a los dos meses es que le entregan esa droga. Dejarla ahí que para radicarla y de ahí hay que estar viniendo cada rato y dicen que de acá la llamamos pero nunca llaman, y toca estar viniendo que pasó, qué pasó y por allá a los dos meses es que le dan la pasta” (Popayán, EPOC)*

A modo de ilustración, desde Bogotá se plantea que las dificultades para conseguir los medicamentos se deben a la desorganización de las instituciones. Esta situación se traduce, una vez más, en perjuicios para el paciente, ya que su tratamiento se ve interrumpido y le toca desplazarse varias veces a los centros de salud. Este escenario tiene dos implicaciones concretas; por un lado incentiva a las personas a comprar los medicamentos de forma particular, aspecto que tiene implicaciones en la economía familiar. Y por el otro lado, reduce la confianza que las personas tienen en la institucionalidad.

*“En ciertas instituciones impera ese caos. De que no hay una medicina. O si le formulan, por decir, por decir cincuenta pastillas de una medicina, le dicen “no, no hay sino cinco”. ¿Qué tiene que hacer el paciente? Que venga, que vuelva. Gasta más en transporte. Entonces, sale más barato comprarlo. Porque hay unas instituciones en que hay como una especie de mafia entre los empleados y la medicina se la roban al paciente o a la institución” (Bogotá, EPOC)*

En cuanto a las implicaciones familiares que pueden tener las dificultades en el acceso a medicamentos por parte de los pacientes, se plantea que en ocasiones las familias reducen

sus gastos correspondientes a la alimentación con el fin de tener con qué comprar las medicinas. La complejidad que representa esta realidad refleja la problemática social que implica la negación del acceso a ciertos remedios. La trascendencia de esta realidad se puede reflejar en el hecho de que la familia, además de tener dificultades económicas y de salud, se tiene que privar de elementos constituyentes del Capital Humano que podrían determinar la ruptura de su condición de pobreza.

*“Privarse de otras necesidades vitales, si es hasta de privarse de la compra que hace uno para la quincena, si le toca, en esa quincena no comer o comer lo poquito que logre conseguir, porque los 150, 160, 200 mil pesos que se utiliza en la alimentación de la quincena lo debe utilizar en la compra de los medicamentos. Para no detenerlos oportunamente y no tener que esperar unos dos o tres meses hasta que ellos les de la bendita gana de atenderlo a uno. Mi pregunta es la siguiente, no solamente a usted, a todos los gobernantes de este país yo les pregunto ¿qué es ese bendito comité? ¿Qué tiene el derecho y la razón de decirle a un especialista, este medicamento no? ¿Por qué? ¿Por el precio del medicamento? Entonces que nos está demostrando eso, de que hasta ahora el régimen de salud está velando, por la parte económica y las ganancias de las EPS y no por la salud del pueblo” (Valledupar, EPOC)*

En este orden de ideas, y en relación a los medicamentos que hacen parte, o no, del POS, en ocasiones se pone en evidencia el obstáculo que representa para los especialistas de la salud recetar ciertos remedios, pues son conscientes de que el comité los negaría. La solución que se encuentra es reducir la calidad y eficiencia del tratamiento, y así la calidad de salud del paciente con tal de acceder a alguna medicina.

*“En cuanto al resto pues lo que he venido yo y sostengo sobre el bendito POS, es una piedra de tropiezo para el médico y para el paciente. Para el médico porque el médico sabe de qué el caso mío, de que el salbutamol, de que el lindacaterol, es mejor que el salbutamol pero él se cobibe de mandarme el lindacaterol porque sabe que el comité se lo va a rechazar, entonces mejor, te mando esto baratico que te lo entregan inmediatamente. Si lo que le vengo comentando, entonces qué es el POS? Una piedra en el camino” (Valledupar, EPOC)*

Tal como se expresa anteriormente, las deficientes condiciones que existen para el acceso a todos los componentes del tratamiento, representa una deslegitimación de las instituciones nacionales y de su capacidad para brindar salud a la población.

No obstante lo que se ha venido planteando, las personas reconocen que en algunas ocasiones, a pesar de las dificultades, del costo que implica y la necesidad de hacer uso de

recursos legales como tuteles y derechos de petición, se recibe el tratamiento y los medicamentos.

*“Sí, lo típico de este proceso es el intervalo de tiempo, a la final pues qué caramba, siempre le vienen dando atención, le prestan atención a uno, pero ese proceso a veces se vuelve tan tedioso y tan engorroso que tiene uno que recurrir al derecho de petición y normalmente a las tutelas” (Valledupar, EPOC)*

Por otro lado, se reconoce la inclusión de una nueva serie de medicamentos en el POS, lo cual, en los casos en que coincide con las patologías que padecen las personas y con los tratamientos a los que se deben someter, facilita el acceso al tratamiento y reduce los tiempos de espera.

*“(…) porque ya por ejemplo los medicamentos ya están en el POS y otras cosas que le mandan a él que antes no estaban en el POS y porque ya no le ponen tanto problema para autorizárselas” (Popayán, EPOC)*

A modo de ejemplo, una descripción de cómo funciona el acceso al tratamiento y a los medicamentos en particular, puede ser ilustrativo y aclarar el costo financiero, en calidad de vida y en tiempo, que implica recibir el tratamiento. Si bien es un *verbatim* bastante largo, es muy útil para entender las dificultades que implica acceder a medicamentos que no están contemplados en el POS.

*“(…) esos medicamentos me los cambiaron digamos en octubre del año pasado, mire cuantos meses van transcurridos desde entonces y solamente ha recibido una sola dosis y son mensuales, ¿a qué se debe que no haya recibido? A lo que le estoy comentando. Primero después que me atienden y eso hay que volver otra vez donde el neumólogo a que llene ese formulario, a los tres días entrega el neumólogo el formulario lleno, hay que ir a una oficina especial a entregar esos formularios para que esa oficina lo someta en manos de un comité aprobatorio, en ese teje maneje de ese comité no sé qué, pasan quince, veinte días más y ahí vamos para un mes, para si acaso volver al mes con la respuesta de que no se le entrega porque el médico no supo sustentar la enfermedad y no sé qué, fíjese que ya llevamos perdidos más de un mes detrás de un medicamento, luego 15 días después, vuelve otra vez más a manos del bendito comité, quince días más o al mes más el comité responde. ¿Qué pasó con esos tres medicamentos que a mí me mandaron? Solamente me aprobaron uno, me los despacharon uno o dos, los otros los recibí por regalo que me dieron de muestra médica (...)” (Valledupar, EPOC)*

Pasando al tema del acompañamiento de los pacientes, en su gran mayoría reconocer haber recibido, o recibir, algún tipo de apoyo por parte de los centros de salud a los que frecuentan. Esta herramienta psicológica se agradece por parte de las personas, pues las condiciones de salud y de vulnerabilidad que conlleva la patología, puede tener efectos emocionales en los pacientes que es fundamental tratar.

*“Mira, mi madre tiene prácticamente quizás 20 años de estar en esto, y apenas el año pasado fue que recibí atención de un psicólogo, que fue cuando dice, ah que yo vine para ayudarte a sobrellevar tu enfermedad y tu cambio de vida. No hombre pero si yo ya me enfermé de mi cambio de vida, ya la parte crítica ya paso... esa la superé yo solo sin ayuda de nadie, no pero mira que hasta hoy, está bien yo le agradezco sinceramente y en realidad uno necesita, yo le agradecí a la psicóloga, porque uno necesita alguien que lo escuche, pues mira sí que se compadezca, el ser humano necesitamos de la compasión del ser humano, sobre todo cuando estamos enfermos, entonces es la parte de la importancia de la psicología” (Valledupar, EPOC)*

Ya para cerrar, es importante hacer referencia al servicio de habitación y alimentación en los casos en que los pacientes residen en lugares diferentes a donde se realiza el tratamiento. Si bien sólo se hizo referencia a este servicio en una ocasión en la ciudad de Popayán, vale la pena resaltar el esfuerzo y lo inclusivo del servicio, pues les permite a los pacientes someterse al tratamiento sin incurrir en gastos tan altos, pues los costos del servicio de alimentación y habitación, en este caso, rondan entre los cinco mil y los diez mil pesos diarios.

*“De ahí, cuando la entré allá me dijeron que fuera para hacerme unas preguntas y me dieron un papelito. Me preguntaron que si tenía donde quedarme aquí en Popayán, yo les dije que no y me dijeron que me iba a tocar irme para la casa de paso y que allá me tocaba pagar por ahí 5 mil o 10 mil pesos. Y me anduvieron para que me firmaran ese papelito y si, fui. La verdad yo ni sabía para donde iba a ir y el portero fue el que me dio explicaciones de a dónde iba a ir, me nadaron a sacar una historia clínica y yo no sabía a donde iba a ir. Fui, me dijeron dónde y tuve que esperar hasta que abrieran, me hicieron al historia clínica y ya la llevé al hospital y me firmaron el papelito y por la tarde me dijeron que fuera en un taxi y ya me fui a la casa de paso y todos los días me tocaba venirme e irme” (Popayán, EPOC).*

#### 4.3.6 Depresión y esquizofrenia.

- ✓ Situación antes de la actualización y la unificación del POS.

Este grupo ofreció poca información respecto a la situación del sistema antes de la actualización y unificación. No obstante, lo recabado coincide con la serie de aspectos señalados en los grupos de las otras patologías.

Respecto al diagnóstico, fueron varias las menciones que perciben que anteriormente las enfermedades mentales no recibían atención y la sintomatología era inadecuadamente atendida.

*“Respecto a lo que comenta la señora, yo en un tiempo tuve un problema, mi hermano lo dure llevando al hospital aproximadamente 6 años , ...el doctor y él lo veía, le preguntaba la fecha de nacimiento, el número de la cédula, el mes en que estaba, el año en que estaba, todo le respondía él bien y él decía pero vea el muchacho está bien, pero doctor yo le voy a decir una de las cosas lo que él hace en la casa no me es de una persona normal, le dije él hace esto y esto en la casa. Él encontraba un popó de perro en el piso y se lo comía, encontraba un cascarón de un ratón y se lo echaba a la boca, eso no es de una persona normal; pero si es que él está bien, él contesta bien todo el responde todo y le dije eso no es normal, entonces yo francamente no lo volvía llevar al hospital” (Villavicencio, Enfermedades Mentales)*

Asimismo, mencionaron la dificultad de acceder a medicamentos y su impacto en la condición psiquiátrica. Por otra parte, la ausencia de una atención integral.

*“A mi mamá le daban medicamentos para el mes y cuando se le acababan no llegaba el medicamento y ella se descontrolaba y ahí empecé a darme cuenta que los medicamentos no se los estaba tomando porque no habían y la mandaban a voltear por todos lados” (Bogotá, Enfermedades Mentales)*

De manera consistente con lo reportado en los otros grupos, la situación de urgencias anterior a la actualización y unificación del sistema, se reporta como demorada. Se incluyen narraciones respecto a la dificultad de acceder al servicio por motivos administrativos, el siguiente verbatim es el reporte dado como causante del diagnóstico de depresión.

*“Y perdí mi bebe por negligencia, en ese tiempo tenía régimen subsidiado y llegue al hospital de Tunjuelito y me sentí mal, llegue por urgencias y me pusieron a esperar y me pidieron la orden de no sé qué y tocaba que ir hasta Usme por eso y pues espere más y la doctora me hizo el tacto y de ahí me fui a buscar la bendita orden y se me viene una hemorragia de la verraca y pues fue terrible, me pidieron la orden para que me sacaran la ecografía y me pusieron fue a voltear” (Bogotá, Enfermedades Mentales)*

- ✓ Situación después de la actualización y la unificación del POS.

Referido al diagnóstico, es importante señalar que en esta población fueron recurrentes los reportes que levantan la atención respecto al manejo, por parte de profesionales en el cuidado de la salud, de la sensibilidad y la atención a reporte de síntomas, respecto a los cuales señalan el haber sentido indiferencia en el manejo médico. Revirtiendo en demoras en el diagnóstico. No obstante, es importante señalar que también hubo consenso en que una diferencia perceptible es que las enfermedades mentales hoy en día reciben mayor validez que la que tenían anteriormente.

Asimismo, referido a la interlocución, como aspecto que fue identificado previamente, la falencia conlleva impactos particulares en esta población que, ante los efectos secundarios del tratamiento tienden al abandono de los medicamentos; no encuentran empatía en los fisiatras para sincerarse. Asimismo, los reportes parecen indicar que, en mayor o menor medida, se presenta un abandono a los tratamientos y remisiones ante las interpretaciones que hechas a falta de información clara, oportuna y con sensibilidad.

*“Porque a uno no le dicen: vea debe de tomársela por esto y esto; sino que a uno le dicen disque ‘ay, que por qué...’. Entonces que viene...es que los médicos son así. Porque ellos no le explican a uno nada sino que empiezan es a regañarlo. Pero pues con miedo a que me regañaran, yo le dije que sí” (Medellín, Enfermedades Mentales)*

*“No sé cómo se llamará pero a mí nunca me dice el médico: vea usted tiene esto, tiene que tener cuidado con esto, sino que va y 5 minutos y ya, vaya reclame esta medicina” (Popayán, Enfermedades Mentales)*

*“Yo tampoco fui diagnosticada. A mí también me vio un psicólogo y me mandó al psiquiatra...Pero yo no fui. Porque yo le dije a ella que a mí me daba miedo, porque pues yo tengo tres niños... Entonces yo le digo a ella: ‘No, se va uno pa’ allá y me salen es diciendo que me van a quitar los niños o algo...’. Pues me da miedo que de pronto digan que estoy loca” (Medellín, Enfermedades Mentales)*

Referido al tema del acceso a citas y medicamentos, no hubo consenso respecto al mejoramiento estandarizado de estas condiciones. Asimismo, narraciones respecto a buenas prácticas de IPS específicas. Lo que hace pensar, que consistentemente con lo observado en otras patologías, se trata más de suerte que de una condición estandarizada y un cambio consistente para la población usuaria. Vale la pena diferenciar el caso de Valledupar, en el que la percepción de las personas asistentes fue la de una mejoría en estos aspectos.

*“Yo le dije: ¿cómo va a ser posible que yo vengo a sacar una cita para un paciente psiquiátrico, usted no sabe el problema que yo tengo con el paciente que tengo. El comienza a desesperarse, comienza a hablar solo, comienza a pensar que lo quieren matar. ¿Ya me entiende? Esa es la*

*enfermedad que tiene él, él piensa que, como estuvo en el ejército, que lo vienen a buscar, que lo persiguen. Y yo comencé a explicarle eso a la persona que estaba allí. No pero en todo caso, pero es que yo no tengo el medicamento ¿cómo hacemos? No es que no hay citas, yo no puedo hacer nada”* (Valledupar, Enfermedades Mentales, R. Subsidiado)

*“El problema de ahora es Capital Salud es increíble las colas tan tremendas que uno tiene que hacer y ahora han imprentado que uno hace cola afuera, 2 horas y 3 horas y adentro hay otra cola de 1 hora y luego 4 horas para la autorización, para todo es la cola, son 300 o 400 personas en la calle así llueve, truene o relampaguee, uno ahí se puede demorar 6 horas en total, al fin uno pasa y la niña que está llenando el formulario pone mal la fecha, llena mal el formulario o pone mal los códigos”* (Bogotá, Enfermedades Mentales, R. Subsidiado)

*“Yo sé porque yo tengo Saludcoop por mi esposo, que él me tiene afiliada y es facilísimo. Y el régimen subsidiado en el caso de mi mamá, definitivamente la única solución después de la autorización es llamar y uno llama y le dan como tres extensiones, como seis teléfonos y uno vive marque y marque, timbra, timbra y no contesta y cuando uno vuelve a timbrar ya está como si estuviera apagado, cierto? Y uno dura, yo he durado a veces hasta todos los días, tres, cuatro días ahí pegada, en los horarios que a veces disponen, porque también hay diferentes horarios y no. Definitivamente no, yo digo a veces es como preferible ir a hacer fila así sea una seis horas pero que salga uno con la cita, pero no esperar dos, tres, cuatro días hay, hay y que no”* (Villavicencio, Enfermedades Mentales, R. Subsidiado)

*“Salud vida es régimen subsidiado, sí. Usted llega hasta las 11 de la mañana, usted, llega, va donde el médico por la mañana, te mandaron para un especialista, usted llega si quiere y lo mete en una está, si no coge y lo graña y va y lo mete en una urna, y espera que lo llamen y a mí me han llamado porque allí han operado a varios de los ojos, y los llaman y le dicen: usted tiene su cita para tal y tal hora, lo mismo lo atienden aquí en el clínica la estancia”* (Popayán, Enfermedades mentales, R. Subsidiado)

Se reportaron casos aislados, que ante la insatisfacción en la atención optan por trasladar a pacientes, de manera permanente a regiones en las que encuentran una mejor oferta y respuestas en el servicio. Se reportó el primero de tales casos con una reubicación de Zipaquirá a Bogotá, un segundo caso, de una familia que tras recurrir a varias ciudades de la Costa Caribe encontrando respuesta en Valledupar.

*“Gracias a dios encontré buenos médicos, que aparte de, porque yo iba para Santa Marta con él, Barranquilla eso era solamente: tómese. Pero no orientan, no me dicen: vea, el paciente es psiquiátrico, tiene que tener una disciplina un control”* (Valledupar, Enfermedades Mentales)

Reportan las personas cuidadoras, que las demoras en la atención, conllevando largas esperas a las citas programadas, operan como potenciales agravantes, generando estrés con lo que el estado mental se ve impactado dando muestras de ansiedad, que eventualmente conllevan a abandonar la espera.

*“Yo por lo menos cuando llevo a mi hermano a la cita médica, yo procuro que me pasen rápido la historia clínica, porque a él le coge un desespero, que si no lo atienden a él rápido él se va. Entonces a mí me toca entrar sola a la consulta. Yyyy “Qué pasó? Bertuz?” Él se cansó de esperar y de fue. A él le coge un desespero. A él no le gusta estar esperando ahí, sino cuando tengo yo la cita, que lo atiendan rápido y adiós pues. Pero él no se espera... Él se desespera que porque siempre hay demora. Tengo que estar por ahí esperando que hora y media, esperando pa’ faltar a la cita” (Villavicencio, Enfermedades mentales)*

En la misma línea, una consideración importante de esta patología, sin ser exclusiva, es la importancia de la figura de cuidador y su rol fundamental en el acompañamiento. Las dificultades de acceso, las demoras en la espera de citas, entre otros aspectos, impactan en detrimento de las oportunidades laborales de estas personas, cuya disponibilidad se ve vulnerada por los tiempos de espera.

*“Pues en cuanto a esa parte que le afecta a uno, por ejemplo en las demoras, en que yo como le decía para una cita con ella hay que disponer casi de toda una mañana, incluyendo ya casi una, dos de la tarde. Entonces yo he logrado conseguir trabajos así por horas, pero cuando están las citas con ella definitivamente, no puedo ir a trabajar, si hubiera más agilidad en la entrega de medicamentos. En la atención a ellos, definitivamente eso me ayudaría a mí a mi tiempo” (Villavicencio, Enfermedades Mentales)*

Asimismo, la tramitología se suma en dificultades de tiempo y dinero para el acceso, y puede, en alguna medida conllevar inequidad, siendo sintomática de la tramitología y la desarticulación en materia de información y acceso. En últimas, conlleva un impacto financiero a los hogares.

*“Si uno llama por teléfono eso es a la fija, pero a mí no me gusta llamar por teléfono porque a veces se la niegan a uno, entonces qué hago yo, yo prefiero pagar un pasaje y venir y sacarla personal porque si no me dicen que no, la que da las citas, voy en seguida aquí al siau y entonces me la dan de donde esté pero me la dan” (Valledupar, Enfermedades Mentales)*

*“En últimas uno se para como en una esquina y dice: pero a mí por qué me están poniendo a caminar si llega uno a un lugar y llega uno con un mal genio, aunque uno tampoco va a coger rabia para pelear con ninguno, sino que es que uno dice: yo vengo de allá, vengo de allá, estoy gastando plata y esto no me lo están regalando a mí”*

(Valledupar, Enfermedades Mentales)

Es importante señalar que la terminación de contratos, que conlleva al cambio de especialistas, tiene un impacto particular en el acceso, las condiciones de tratamiento y la estabilidad del estado clínico.

*“Sí, porque hasta este año como a principios, ya de tanto esa situación de que allá en Coomeva tenaz, tenaz yo fui otra vez al hospital para ver si había convenio, o hablar con el Dr. Salamanca porque como él la llevaba desde el 2000, no solamente hay una relación de paciente sino que ya lo conoce a uno, entonces a ver si él me ayudaba de alguna manera si me dejaba la cita más barata, yo ya estaba desesperada, cuando definitivamente me doy cuenta que el convenio, nuevamente había, entonces para mí fue un gran descanso, entonces fui a hacer la solicitud de cambiar nuevamente de psiquiatra y efectivamente él me la volvió a retomar en este tiempo y ella inclusive estuvo tres meses en una clínica de reposo, vía por allá a la Chon y ya él me la sacó de ese estado, ahorita ella está en la casa, ella está normal, pues obviamente con sus crisis pero ya está mucho mejor y le bajo el medicamento, porque el Dr. Bahamond me le llegó a manejar ocho pastas diferentes en un día, ahorita ya el Dr. le tiene tres. El cambio es total. Entonces para mí la importancia del convenio, de poder mantener un mismo psiquiatra tratante es importantísimo en la recuperación, hasta mi mamá cuando supo y que yo la llevé allá porque ella ya casi ni reconocía mucho, vio que era él, Uichhh” (Villavicencio, Enfermedades Mentales, R. Contributivo)*

*“(…) hasta hace 3 meses atrás yo la pagaba.*

*\*Por qué tenía que pagar su propia consulta?*

*-Porque Coomeva no tenía contrato con las entidades, ni con la clínica la Estancia, ni con Ciudad Blanca, ni con la San José; entonces el médico me tocaba pagarlo particular” (Popayán, Enfermedades Mentales, R. Contributivo)*

Por otra parte, la entrega de medicamentos impacta de manera particular a esta población, que por su patología tiene contraindicada la interrupción del tratamiento por lo que se ve obligada a asumir el costo de los medicamentos.

*“Por ejemplo en nuestro caso cuando no se le suministra el medicamento a la paciente recae fácilmente. Y aún nos ha tocado rebuscar y pedir plata prestada para comprar la cama porque no se le puede suspender el medicamento definitivamente no. Entonces uno genera un impacto negativo en la economía, dos pues en el bienestar de toda la familia porque ella se pone mal y nos afecta a todos, porque nos toca a todos obviamente correr en fin entonces en casi todo nos afecta negativamente” (Villavicencio, Enfermedades Mentales)*

*“Lo que ella dice a mí me paso eso, yo dejé como cuatro veces se me quedó sin medicamento y comenzó el problema y me tocó venir al hospital y conseguirlos por unidades ahí dentro en el hospital, porque yo le dije a la muchacha que hago que se le acabó el medicamento y no lo consigo*

*fácil, dijo dígame al celador que la deje pasar, venga con esta fórmula y vaya allá que se los venden”* (Villavicencio, Enfermedades Mentales)

La situación puede explicar, en mayor o menor medida, el reporte positivo respecto al acceso a medicamentos, no obstante, también debe señalarse que la consciencia de la importancia de la constancia en el tratamiento, lleva a cuidadores a tener una serie de estrategias, como contar con reservas de medicamentos y la colaboración médica para facilitar el acceso con oportunidad.

*“En el caso de con el psiquiatra si se demora porque son dos meses, yo salgo y ahí mismo tengo que empezar a sacarla porque los medicamentos, yo siempre mantengo basecita de medicamentos para que no se me quede porque el doctor dice que no le puede faltar, no puede quitársele en ningún momento”* (Villavicencio, Enfermedades Mentales)

Vale la pena hacer mención específica de Valledupar, donde el esquema integrado de atención a lo largo de la Costa Caribe conlleva sobrecostos con alguna regularidad. El siguiente verbatim señala, además de la consideración sobre inequidad, algunas irregularidades que dejan al descubierto que el esquema no conlleva a una integralidad que atienda la atención global. La situación se articula al aspecto que ha sido ya mencionado a lo largo del componente cualitativo de la evaluación en materia de inequidad.

*“Ahora, de estando aquí estoy viviendo en Codazzi ahora, como a 45 minutos. Entonces ahí en Codazzi, por ejemplo, el hijo mío o ella se enferma, le mandan los medicamentos pero no me los entregan porque allá el sistema no cubre entonces tengo que venirlos a buscar acá... Hay que venir de allá acá a reclamarlos. Y si es que se los quieren dar. Eso es un obstáculo grande”* (Valledupar, Enfermedades Mentales)

*“O sea, el hospital lo llevó en una ambulancia. Ellos me dijeron: lo vamos a trasladar a santa marta, mas no me explicaron si ellos lo volvían a traer, porque es que yo pienso que si el hospital me traslada al paciente hacia allá, lo están trasladando bajo su responsabilidad, o sea con el apoyo de la familia, pero así como ellos lo trasladan, yo pienso que también deben volver a traerlo, porque son las responsabilidades de ellos. ¿Qué me tocó a mí? Me tocó sacar plata del bolsillo ir a traérmelo de allá para acá. Yo pienso que no debe ser así... Cuando fui a reclamar los medicamentos a través de la eps, no me los entregaban porque venía de Santa Marta y es firma era de santa Marta y eso es papeleo de Santa Marta y ahí se me formó un problema”* (Valledupar, Enfermedades Mentales)

Otro aspecto exclusivo a Valledupar, que merece traerse a colación, por ser reportado consistentemente, fue la pérdida de historias clínicas de pacientes, generando esperas que llegaron a ser de meses.

*“Me duró como 6 meses perdida, ya yo decía no, debe de aparecer. Es que era toda la historia clínica, ya yo tenía 5 años de estar ahí desde que llegué aquí con los papeles y todo eso. Pero menos mal que algo que aprendí mucho y es esto: uno debe tener siempre una sustentación de todo documento, entonces yo siempre sacaba fotocopias, y un día que fui a la cita, me dijo el médico: aquí no aparece nada. Y yo: pues claro que tengo, y saqué mi historia clínica que guardo en mi casa y se la mostré, y entonces puso: paciente tiene con qué sustentar que sí está registrada con historia clínica” (Valledupar, Enfermedades Mentales)*

Avanzando al componente de urgencias, los reportes coinciden en que han mejorado las condiciones de infraestructura, esperas y condiciones generales. En cuanto a hospitalizaciones, se hace manifiesto que la salud mental es impactada por variables referidas a las condiciones circundantes, y las condiciones de pacientes con los que se comparte de cerca durante la hospitalización.

*“mi mamá estuvo hospitalizada en el 2000, también en ese tiempo había como más orden, porque ahorita que paso esto 2013-2014, vi esa diferencia, todos estaban metidos allá entre todos, por ejemplo a mi mamá le toco con una persona que era un poco agresiva en el mismo cuarto, a ella la tenían que amarrar porque ella se ponía tenaz, ni mamá tenía que estar ahí y eso entonces a ella también la volvía peor” (Villavicencio, Enfermedades Mentales)*

#### 4.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS EN LOS GRUPOS FOCALES

A lo largo del proceso se tuvieron siempre consideraciones éticas, atendiendo, entre otras, a las condiciones médicas y psicológicas de las personas convocadas, que fueron incorporadas gradualmente y presentadas ampliamente en los informes de campo. De manera general, vale la pena señalar la incorporación de las consideraciones hechas a los instrumentos y el concepto emitido por el comité de ética. Puntualmente, debe señalarse que la moderación fue realizada por personas con formación en ciencias sociales y amplia experiencia en el desarrollo de grupos focales; por su parte, el personal que adelantó el proceso de *calcenter* fue entrenado para seguir un guion. Todos los miembros del equipo involucrados se ciñeron a los lineamientos de confidencialidad pertinentes.

En particular, en la convocatoria y realización de grupos focales para personas diagnosticadas con patologías mentales, los miembros del equipo fueron liderados y monitoreados por personal con formación en psicología. En el proceso se incorporaron una serie de medidas para evitar afectar a las personas convocadas. A continuación se enumeran algunas de éstas:

1. Los pacientes no debían ser recientemente diagnosticados.

2. Se instó y privilegió la participación de familiares.
3. En la convocatoria y al inicio de la actividad se indagó por el estado emocional y la disponibilidad y estabilidad para participar, aspecto respaldado en los acuerdos de participación que conocieron y firmaron todas las personas asistentes. Al respecto, el procedimiento contemplaba la importancia de filtrar los casos en los que la participación pudiera ser contraproducente.
4. Durante la actividad se tomaron medidas, moderando los temas tratados y la participación. Siempre se prestó atención al estado mental de las personas.
5. Al término de cada actividad se indagó por el estado emocional final de las personas.

Por último, puede decirse que la conformación mixta de los grupos focales resultó oportuna. En el caso de aquellos grupos conformados por participantes de esquizofrenia y depresión se presentó un reto en materia del manejo. Sin embargo fue posible llevarlo a satisfactorio avance.

## Capítulo 5

# EVALUACIÓN DE PROCESOS DE LA UNIFICACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL POS

---

## 5.1 ALCANCE Y RETOS DE LA EVALUACIÓN DE PROCESOS

### **La muestra**

La evaluación de procesos está basada en la información recopilada en una serie de entrevistas hechas a empleados de 16 EPS (8 de cada régimen) y 48 IPS (16 de cada nivel y 8 de cada régimen-nivel). Se realizaron cerca de 104 preguntas por institución, es decir, un aproximado de 6.656 preguntas durante todo el ejercicio. El total de horas de entrevistas a médicos, enfermeras y analistas fue de 2.176. Además se invirtió una cantidad de tiempo importante, pero no cuantificada, en la verificación documental de los datos reportados por los entrevistados. El periodo de recolección de datos fue de 3 meses, iniciando en octubre de 2014 y finalizando en febrero de 2015, con suspensión de actividades durante las dos últimas semanas de diciembre y la primera de enero. Se consideró importante hacer una inspección general de la estructura de cada una de las entidades para apropiarse la información pertinente y poder aplicar con mayor confiabilidad el instrumento de recolección con base en los siguientes lineamientos:

### **El enfoque**

La intención de la evaluación de procesos es obtener información sobre cambios a procesos en entidades prestadoras y aseguradoras (IPS y EPS) que hayan sido motivados por la actualización o la unificación del POS.

### **El principal reto**

Los cambios en procesos, las decisiones estratégicas y las acciones de mejoramiento técnico-científico en las EPS e IPS pueden ser motivados por factores distintos de la actualización y la unificación del POS, como por ejemplo:

**La portabilidad:** Mediante decreto 1683 de agosto 02 de 2013, se reglamentó el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011 sobre portabilidad nacional en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta norma genera en todos los actores del sistema la necesidad de preparar las acciones administrativas y operativas para cubrir servicios de salud a nivel nacional a todos los beneficiarios del sistema.

**La asignación de poblaciones nuevas.** Por situaciones de inviabilidad financiera de algunas EPS se ordenó su liquidación, como en el caso de Solsalud o Humana Vivir; situación que ocasionó que la población afiliada a estas entidades fuera asignada a EPS que permanecen en el sistema, lo que ocasiona una llegada súbita de pacientes que deben ser incorporados a los programas de atención en todos los niveles. Las EPS regularmente planifican y ejecutan sus acciones administrativas y asistenciales teniendo en cuenta crecimientos programados por sus labores de mercadeo y afiliación progresiva, al presentarse estas asignaciones puntuales de afiliados se genera necesidad de ajustes no planificados.

**Esfuerzos por mejorar la rentabilidad.** Como empresas autónomas, las EPS tienen un manejo Gerencial que busca resultados para los accionistas, de tal forma que hay una permanente evolución en estrategias de orden comercial, gerencial, técnico-científico y, por supuesto, de procesos.

El gran reto de la evaluación de procesos fue evitar el reporte de un resultado cuando realmente ni las actualizaciones ni la unificación fueron determinantes para su ocurrencia.

Era entonces imperativo lograr discernir para centrarse únicamente en los cambios a procesos que tuvieron su origen en la actualización y unificación del POS. Es decir, un cambio en un proceso sólo debía considerarse como un resultado si era posible establecer una correlación directa –o por lo menos la influencia parcial– de la actualización o la unificación del POS en la generación de ese cambio. Por lo tanto, era crucial que el instrumento que se utilizó para recolectar la información permitiera establecer una relación causa-efecto entre los resultados y la actualización y unificación del POS.

## 5.2 DISEÑO DEL INSTRUMENTO

Para lograr estudiar únicamente los cambios a procesos originados por la actualización y unificación del POS, el primer paso era establecer cuáles son los procesos de las EPS e IPS en los que estos cambios normativos tienen mayor probabilidad de tener impacto, que se denominarán “procesos críticos”.

Estos procesos se definieron a partir del ciclo PHVA o ciclo de Demming, que contempla cuatro componentes: P=Planear, H=Hacer, V =Verificar y A =Actuar.

Dado que la unificación del POS y las inclusiones de nueva tecnología traen consigo la necesidad de ajustes en todos los niveles de las organizaciones, con base en el conocimiento previo de la estructura operativa de prestadores y administradores de planes de beneficios, se consideró la necesidad de buscar en todos los niveles de gestión de las empresas. Dado que el modelo de evaluación que se definió para el componente de procesos es el cumplimiento del ciclo PHVA, o ciclo de Deming, se determinó para cada tipo de organización cuáles procesos se justan a cada uno de los componentes de este ciclo. Como primer aspecto, se consideró pertinente tener en cuenta el concepto global de Inspección General de Procesos, para lo cual se incluyó un grupo de preguntas orientadas a conocer la estructura general de los Mapas y el comportamiento integral, relacionado con las actualizaciones y la unificación, sin hacer énfasis en ningún proceso específico. Posteriormente se establecieron los procesos críticos, y se concluyó que eran los siguientes<sup>57</sup>:

1. El Proceso de Planeación Administrativa: aporta el componente P (planear) del ciclo dado su carácter rector del rumbo de cada entidad. En estos procesos se trazan las políticas, los métodos de operación, las metas y se establecen responsabilidades. Está a cargo de la alta Gerencia de la organización, sus salidas se constituyen en entrada para los procesos operativos, de tal forma que ejecuten lo planificado.
2. El proceso de Gestión de Calidad: está en los componentes V (verificar) y A (actuar), dado su carácter de medidor permanente del comportamiento de los procesos y los resultados de calidad. Monitorea mediante actividades de muestreo o revisión de los universos, los atributos de calidad los procesos de la organización. Establece pautas y herramientas para que los responsables de cada proceso elaboren y ejecuten planes de acción, bien sea correcciones o acciones correctivas.

---

<sup>57</sup> Los resultados en cada uno de los 5 macroprocesos y los subprocesos evaluados se consolidan en la tabla 87, y se detallan en el numeral correspondiente.

3. El proceso de Atención al Cliente: tiene que ver con V (verificar) y A (actuar) dada su permanente medición de percepción y metas de satisfacción. Tiene a su cargo la tarea de medir los atributos de la Calidad Percibida, que tiene un comportamiento independiente de la Calidad Técnica. Lleva indicadores de quejas, y satisfacción de usuarios. Realiza mediciones con encuestas de satisfacción, control de los buzones de quejas y reclamos, así como seguimiento con las asociaciones de usuarios.
4. El proceso de contratación y Venta de Servicios: tiene responsabilidades del Hacer (H) y el Actuar (A) dentro del ciclo, por ser el responsable del inicio de las relaciones contractuales entre administradores y prestadores, con el fin de brindar la asistencia directa a las personas. Para efectos de los instrumentos de recolección de datos, se trabajó en las EPS el subproceso de Contratación y en las IPS el subproceso equivalente, que es el de Venta de Servicios. Estas dos actividades en su conjunto configuran el estado general de las relaciones interinstitucionales del sistema.
5. El proceso de Prestación de Servicios: que incluye el subproceso de Manejo de Red de prestadores, en el caso de las EPS; y el de Capacidad Instalada en las IPS, aporta a los componentes H (hacer) y A (actuar) del ciclo, pues corresponde a ellos ejecutar las acciones derivadas de los procesos previos de planeación y contratación, que se miden en términos de mejoramiento y resultados. Para el caso del presente estudio se incluyeron como subprocesos específicos a revisar, el de **recobros**, y el de autorizaciones, debido a que hacen parte del quehacer diario de la atención y la interrelación entre aseguradores y prestadores. Es conveniente anotar que hay EPS que incluyen el proceso de recobros como parte del Macroproceso Financiero, dado el retorno económico que de ellos se espera una vez surta el proceso completo.

Una vez identificados los procesos críticos, el segundo paso fue diseñar un instrumento de entrevista para aplicarlo a los responsables de cada proceso en cada entidad. El objetivo era indagar sobre el efecto que la unificación y las actualizaciones tuvieron en cada proceso crítico. El instrumento preguntó por los responsables de cada proceso, por las actividades, por los documentos de planificación, por la ejecución y medición del proceso, y por las acciones derivadas del control del mismo.

La entrevista estaba basada en una lista de chequeo, estructurada con preguntas directas sobre la existencia o no de cambios en cada proceso. Se buscaban cambios o novedades desde 2012, año de inicio de vigencia del acuerdo 029, el más antiguo de los fenómenos

de estudio. Cuando se recibían respuestas afirmativas sobre cambios de los procesos, se hacían preguntas adicionales para ampliar la información y establecer si el cambio tenía relación con la actualización o con la unificación del POS.

Por último, la guía de la entrevista se adaptó también para suplir las necesidades de información que las preguntas orientadoras del estudio plantearon. La lista de chequeo diseñada hizo un barrido sobre los aspectos que específicamente deberían ser contestados. A continuación se relaciona cada sección de la guía de entrevista con la pregunta orientadora a la cuál pretendía responder:

*I. ¿El proceso de unificación del Plan de Beneficios mejoró la efectividad de las acciones a cargo de los actores en el marco del sistema de aseguramiento en salud?*

La sección llamada **Inspección General de Procesos** del instrumento indagó sobre los ajustes y modificaciones generales en procesos en los que incurrieron las instituciones que pudiesen ser correlacionados con la unificación del POS o las actualizaciones. La premisa era detectar acciones que ilustraran el mejoramiento de procesos y el eventual mejoramiento en la efectividad.

*II. ¿Cuánto tiempo toma el proceso de reconocimiento y adopción de los nuevos servicios y tecnologías incluidos en el POS por parte de estos actores?*

Para esta pregunta se incluyó información contenida en el módulo de **Gestión de Calidad**. En este módulo de preguntas se indagó por los procedimientos de actualización y divulgación, que se consideran como el punto de partida del proceso de reconocimiento y adopción de las nuevas tecnologías. La información se complementó con resultados del módulo de **Planeación y Gestión Administrativa**, en el que se indagó por acciones vinculables a unificación o actualizaciones. Finalmente, se solicitó información de autorizaciones y facturación de servicios, esperando encontrar evidencia del incremento en la frecuencia de uso de las tecnologías incluidas.

*III. ¿Cuál es el efecto en los cobros cuando se incluyen en el POS nuevas tecnologías?*

Dentro del módulo de **Planeación y Gestión Administrativa**, se incluyó un segmento de 11 preguntas sobre el proceso y comportamiento general de los cobros.

*IV. ¿Se compromete el acceso a los servicios por parte de los afiliados al régimen subsidiado por el hecho de que la unificación del valor de la UPC se haya dado de manera gradual?*

La evaluación del atributo de acceso, en la población del RS, por el hecho de que la unificación de la UPC se haya dado de manera gradual, se hizo teniendo en cuenta el comportamiento de los procesos de planificación y costos de las EPS S, contra los resultados de acceso que arrojó el componente de resultados del presente estudio.

*¿La diferencia entre los gastos de administración entre las EPS subsidiadas y contributivas compromete el acceso por parte de los afiliados?*

El módulo de **Planeación y Gestión Administrativa** indagó sobre el comportamiento del gasto administrativo y las maniobras de operación que pudiesen haberse afectado. Es decir, se analizó qué relación se podía encontrar entre cambios del gasto administrativo y afectación del rubro de costo médico o de prestación de servicios.

*V. ¿La oferta estaba preparada para la actualización y la unificación del POS? (análisis de suficiencia de la Red)*

Los módulos de **Contratación y Manejo de Red de Proveedores** indagaron sobre cambios en la red de atención, identificación de nuevas necesidades, carencia de servicios contratados, nuevo direccionamiento de red, etc.

*VI. ¿Con la actualización y unificación del POS cómo cambió la relación asegurador – prestador? (analizar las formas de contratación y pago, cálculo de capitas, pago por desempeño, conformación de redes y suficiencia de la red, abuso de posición dominante de prestadores o aseguradores)*

Nuevamente fueron los módulos de **Contratación y Manejo de Red de Proveedores** los que alimentaron la información para esta pregunta. Se indagó sobre formas de contratación, buscando cambios en las mismas, sobre percepción de posiciones dominantes en las negociaciones, y sobre los criterios de uso y priorización de la red.

*VII. ¿La unificación y actualización del POS tiene efecto sobre las quejas y reclamos de los afiliados?*

El módulo de preguntas sobre el proceso de **Atención Al Cliente** incluyó preguntas sobre los indicadores, observaciones en tendencias, cambios temporales o permanentes, que pudiesen vincularse con la unificación o las actualizaciones.

### 5.3 METODOLOGÍA DE ANÁLISIS

En primer lugar, por tratarse de una muestra no probabilística, no fue posible hacer inferencias para el universo utilizando los resultados de la evaluación. Por esta razón, se hizo un estudio descriptivo, en el que se obtuvieron conclusiones para las EPS e IPS de la muestra. En este sentido, las acciones detectadas en las entidades se manejaron como fuente de información para describir prácticas en términos de procesos.

A pesar de que la entrevista era una lista de chequeo que se estructuró de tal forma que se obtuviera información cualitativa y cuantitativa de cada uno de los entrevistados respecto del desempeño de los procesos, la tabulación y tipificación de los resultados fue producto de una observación integral y multifactorial de las respuestas entregadas por los entrevistados. El análisis de la información no se redujo a reportar como positivo un resultado si éste estaba en la columna de “sí” en el instrumento de entrevista, sino que se tuvo en cuenta el contenido de la respuesta obtenida cuando se indagó más en el proceso. Es decir, si bien al final del ejercicio se cuantifican los resultados, el criterio para llevar a cabo la cuantificación incorporaba tanto la información cuantitativa como la información cualitativa obtenida de los soportes y evidencias solicitados al momento de la aplicación del instrumento, buscando profundizar y sustentar la respuesta.

#### **Marco conceptual: el ciclo Deming o PHVA**

Cada entidad según su naturaleza, sus políticas internas, su estilo gerencial, su presupuesto, etc., maneja de forma diferente el diseño, la documentación y la distribución interna de los procesos dentro de su cadena de valor, por lo tanto no hay estructuras universales que permitan presentar una caracterización única o estándar de cada uno de los procesos. Sin embargo, para poder facilitar la comparación y la agregación de los resultados, se utilizó el marco conceptual del ciclo de Deming<sup>58</sup> para clasificar los procesos críticos. La idea es poder entender si los resultados, sumados, llevan o no a mejorar la cadena de valor de las IPS y EPS.

El concepto del ciclo PHVA se interpreta en dos niveles de gestión o alcance: en primer lugar se encuentra el comportamiento del ciclo dentro de cada uno de los procesos observados, de tal forma que para cada uno de ellos se cumplan los 4 componentes. En segundo lugar dentro de la visión corporativa integral, hay procesos que cumplen labores

---

<sup>58</sup> PHVA: planear, hacer, verificar y actuar.

de planificación y diseño (P), labores de ejecución (H), otros miden y controlan (V), y finalmente hay procesos destinados a apoyar las acciones de mejoramiento (A) dentro de la organización.

Lo anterior se ilustra en la Gráfica 7, que muestra el concepto general de un mapa de procesos, en el cual se ubica cada uno de los mismos en un nivel de dirección o gerencia (P), denominado de “Procesos Estratégicos”, otros son los procesos de los niveles operativos o misionales (H), y un tercer grupo de procesos de soporte que cumplen requisitos de los componentes V y A principalmente.

**Gráfica 7. Concepto General de un Mapa de Procesos**



Fuente: Gestión Calidad.com/gestión-procesos. Gestión Calidad Consulting.

Las gráficas 8 y 9 ilustran el esquema genérico de un mapa de procesos para EPS y para IPS respectivamente. En ellas se observa que se mantienen los tres niveles de gestión. En primer lugar el nivel de gestión estratégica, que corresponde a la (P) del ciclo, y el nivel operativo o misional, que corresponde al Hacer (H). En los niveles inferiores, los procesos de calidad y atención al usuario, que corresponden a la (V) y la (A).

Sin embargo es de anotar que dentro de los procesos de Gerencia y Operación, también hay subprocesos o actividades de medición y mejora (A). La Gráfica 8 corresponde al Mapa de Procesos de una EPS en el cual se encuentran en un primer nivel, correspondiente al Estratégico, los procesos de gerencia, Financiero y de Planeación.

Como se ha mencionado en otros apartes de documento, cada entidad interpreta el esquema de manera individual, pero se puede elaborar un mapa genérico como el planteado.

El mapa de procesos genéricos de una EPS presentado en la Gráfica 8. muestra que como entrada para la activación de procesos, es decir los aspectos que sirven como insumos o requisitos para la activación de la secuencia de actividades, desde la planeación hasta la prestación de servicios, se requiere conocer las necesidades de salud de la población afiliada, para lo cual está la información de número de afiliados, coberturas del plan de beneficios, distribución geográfica de la población, pirámide poblacional por grupos etarios, perfiles epidemiológicos y de morbimortalidad, entre otros. Igualmente. Las normas vigentes se requieren para que las acciones administrativas y técnico científicas de la entidad se muevan dentro del marco legal y normativo del sector, para suplir las necesidades en salud de la población. Con base en las dos entradas referidas, necesidades de la población y normatividad, se despliegan las acciones de planeación, prestación y acciones de mejora, es decir las presentadas los tres niveles establecidos en el mapa de procesos.

Con base en el ejercicio administrativo y técnico-científico, las EPS tienen dos grandes salidas o productos. La primera salida son los resultados en salud, es decir todo aquello que tiene que ver con el estado de salud de su población, tanto en los niveles de promoción y prevención, así como en los de tratamiento, rehabilitación de la enfermedad. El sistema tiene establecido para ello los indicadores pertinentes, que cada una de las EPS lleva regularmente y reporta a la Superintendencia Nacional de Salud. La segunda salida de los procesos de las EPS son los resultados financieros, que buscan establecer equilibrio entre los rubros destinados a la administración y aquellos que deben ser utilizados en la prestación de servicios. La norma establece topes porcentuales para gastos administrativos, de tal forma que se utilicen de manera uniforme por parte de todas las entidades.

Los tres procesos Gerenciales son: Planeación, Gestión Financiera y Gerencia, son los hacen parte del componente planeación (P) del ciclo de Deming y, corresponden al diseño de políticas, al modelo de salud, a la asignación de recursos y a la estrategias de operación (están sombreados en azul claro en la gráfica).

En un segundo nivel (sombreado en azul oscuro) encontramos todos los procesos relacionados con la Administración de los Planes de Beneficios (H y A), es decir, los de la ejecución del objeto social de una EPS para garantizarle a la población afiliada los

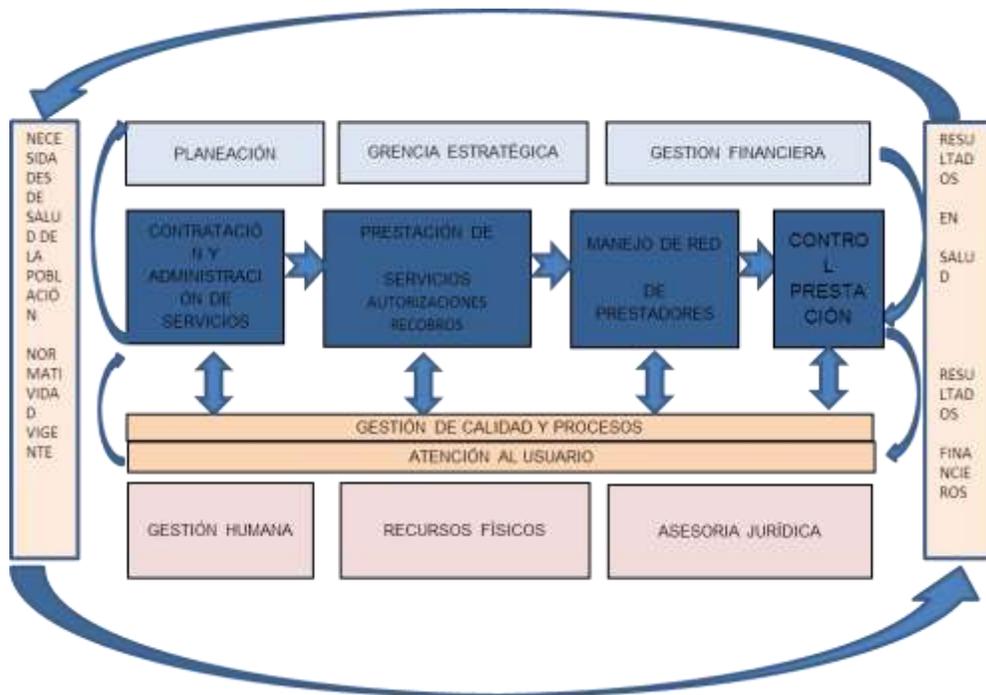
programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento, rehabilitación y cuidado crónico o paliativo. En este nivel están los procesos de prestación de servicios, manejo de red de prestadores, autorizaciones, cobros, gestión de recursos, y jurídica. Este nivel es prioritariamente responsable del hacer (H), y se denomina a estos procesos operativos o misionales.

El tercer nivel es de apoyo o soporte (sombreado en naranja), y está compuesto por las actividades de Gestión de Calidad y Atención al Usuario, que para el caso de una visión de procesos, se encargan de medir el desempeño, analizar y aportar información de entrada para las acciones de mejora; son transversales a toda la operación y mantienen flujo de información y gestión bidireccional, con el nivel Gerencial y con el nivel Operativo

Se incluyen en un nivel final los procesos logísticos de las organizaciones, que no fueron objeto del presente estudio

Para ampliar el modelo genérico se anexan en archivo adjunto los mapas de procesos de las entidades que los suministraron y que complementan o detallan el esquema general de este documento.

**Grafica 8 - Mapa de Procesos Genéricos de una EPS**



Fuente: Elaboración Propia

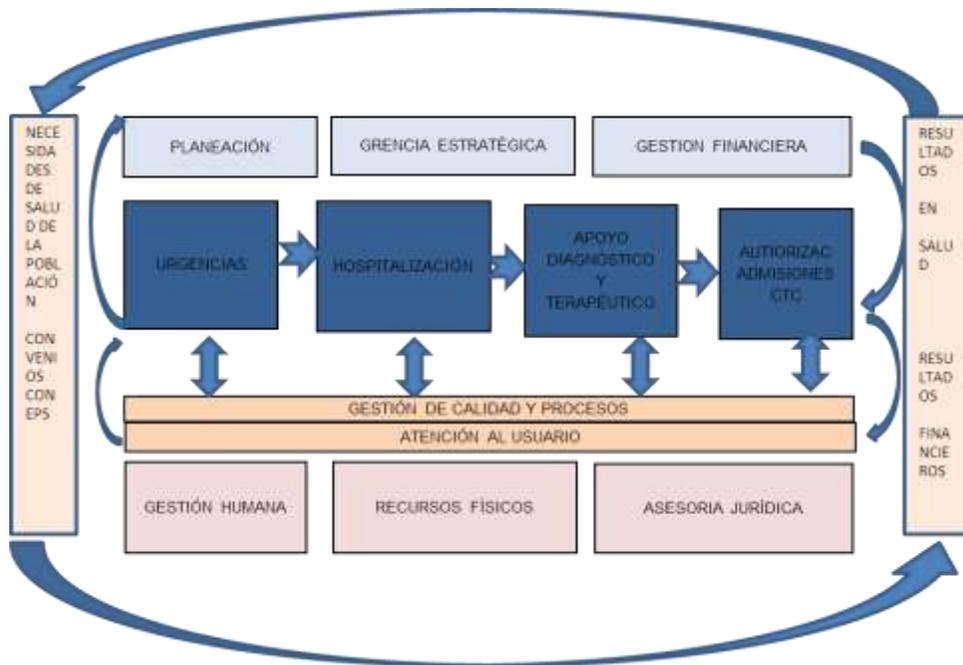
Por otra parte, para el caso de las IPS la Gráfica 9 muestra un esquema genérico similar al descrito al de las aseguradoras. Tiene unas entradas que son: Las necesidades de salud de la población y los contratos suscritos con las EPS. Estos dos elementos son los puntos de partida para la cascada de procesos que se desarrollan. Desde el punto de vista de salidas, los procesos de IPS deben dar cuenta de resultados en salud, medidos con indicadores establecidos en la norma, y resultados financieros, igualmente controlados.

En el nivel estratégico (la alta dirección) establece políticas, estrategias, metas y resultados esperados; como en el caso de las EPS, se establecen las directrices tanto en gestión técnico-científica y asistencial, como las metas de crecimiento en infraestructura y resultados financieros. El esquema propuesto tiene los tres procesos de Planeación (P) con sombreado azul claro.

El segundo nivel (sombreado en azul oscuro), es el misional u operativo; ejecuta lo planificado en los procesos gerenciales, y a diferencia de lo ocurrido en las EPS, en las entidades prestadoras no prima el aseguramiento sino la asistencia; es por esto que los procesos contenidos en este nivel, deben responder por acciones clínicas con todos sus correspondientes y procedimientos administrativos directamente relacionados, tales como autorizaciones, admisiones, formatos CTC para recobros, referencia y contrareferencia, entre otros. Los servicios prestados se rigen por los contratos suscritos con las EPS, y sometidos al cumplimiento de la normatividad;. El tercer nivel (sombreado color naranja), en este esquema, corresponde a los procesos relacionados con los componentes Verificar (V) y Hacer (H) del ciclo, que se encargan de medir, analizar y plantear acciones de mejora. está compuesto por Gestión de Calidad y Atención al Usuario. Como se observa en el mapa, tienen una relación transversal con todos los demás procesos, los flujos de gestión e información son bidireccionales y están en constante intercambio de información tanto con los procesos gerenciales como con los operativos.

En un último nivel se presentan los procesos logísticos generales de las organizaciones, y que no fueron objeto de revisión en el estudio.

**Grafica 9 - Mapa de Procesos Genérico de una IPS**



Fuente: Elaboración Propia

### **El periodo de tiempo evaluado**

El rango de tiempo evaluado fue desde enero de 2012 hasta junio de 2014. Los ajustes de proceso que se sucedieron entre 2009, año de inicio de la unificación gradual del POS, y diciembre de 2011, no fueron explorados. Esto porque desde el procedimiento de selección de la muestra general del proyecto, se concluyó que los datos de los RIPS desde 2009 no eran confiables. Por lo tanto, la muestra total partió de los RIPS de 2012 y se hizo un ajuste con los RIPS de 2013.

### **5.4 DIFICULTADES PRÁCTICAS**

Como producto de la planificación del estudio, se estableció que el estado de la información en las entidades permitiría recolectar datos retrospectivos más que todo desde 2012, dado que fue en este periodo en el que inicia la vigencia del acuerdo 032 de unificación del POS, y comienza a aplicarse lo establecido en el acuerdo 029 de actualización.

Al ser un estudio retrospectivo, se soportó en información de hechos ya ocurridos y dependió de la posibilidad de encontrar información confiable en las entidades. Teniendo

en cuenta las limitaciones que este tipo de estudios retrospectivos tienen con respecto a la confiabilidad de la información, es recomendable recolectar datos periódicamente sobre las situaciones presentes que permitan evaluar el desempeño de los procesos cuando se emite una norma o directriz de los entes reguladores.

### **La memoria institucional y la trazabilidad**

Para las entidades entrevistadas, la unificación del POS y las actualizaciones no han sido variables críticas consideradas en el análisis de procesos, hecho que limitó la posibilidad de encontrar respuestas directas o con suficiente documentación que nos permitieran establecer el impacto de las normas en la ejecución de los procesos.

### **Cambios en el personal**

Los cambios en los responsables de la conducción de procesos crean vacíos o inconsistencias en los datos históricos. Este aspecto es crítico dado que la metodología indagaba por información retrospectiva, para lo cual es fundamental tener datos, documentos y evidencia de traza en el manejo de la información.

### **Cambios en los sistemas de información**

Eventos como las actualizaciones de software y hardware de las entidades, o los cambios en los métodos de captura procesamiento y modificación de indicadores afectaron la posibilidad de encontrar resultados o de hacer análisis comparativos en el tiempo utilizando datos puntuales sobre cambios en los procesos o en las actividades.

### **Cambios en la metodología de las mediciones**

Para casos puntuales como la morbilidad, los perfiles epidemiológicos o el uso de medicamentos e insumos, fue imposible establecer comparaciones de ciertos ítems de proceso en el tiempo. Esto se debe a cambios en los métodos de medición, cambios en los operadores logísticos de medicamentos, cambios en la forma de contratación o a cambios en los sistemas de facturación.

### **Dificultad para confrontar Fuentes secundarias vs resultados de entrevistas:**

Dentro de la metodología planteada se estableció la posibilidad de confrontar los datos de recobros, reportados por las EPS, contra los que tiene como estadística propia el Fosyga; situación que se consideró posible dado que, según lo establecido en la resolución 458 de 2013, para el momento del estudio ya se deberían haber surtido los tiempos de

recobros de servicios hasta 2013; sin embargo, el resultado fue que a la fecha todavía hay tramites y repesa de gestión de recobros en curso, por lo tanto no se encontró homogeneidad entre los datos de Fosyga y lo reportado por las EPS completos para poder compararlos..

## 5.5 RESULTADOS

En archivo anexo se presenta el consolidado cualitativo de resultados para las ocho regionales consideradas, por tipo de institución (IPS niveles I, II y III, EPS) y régimen (Contributivo/ Subsidiado). Se encontraron 78 instituciones que reportaron información que se puede tipificar como resultado y que permiten inferir cambios en los procesos, motivados por la unificación o la actualización del POS. Sobre estos cambios se basa el análisis y la presentación de los datos. La tabla fue elaborada con base en las respuestas textuales dadas por los entrevistados en cada entidad, y clasificados por el tipo de proceso en el que se dio el cambio. Se destaca que recobros tuvo 22 resultados, siendo el tipo de proceso que más frecuentemente presentó cambios; le siguen, en su orden: contratación, uso de red, autorizaciones y planeación.

La columna de Resultado es una transcripción textual de las respuestas que se obtuvieron de los entrevistados, respecto del proceso afectado. El análisis posterior de estas respuestas fue el que arrojó la tabulación que se presenta en las tablas siguientes del capítulo.

La Tabla 87 consolida numéricamente las respuestas que se consideraron resultados agrupadas por proceso afectado, de tal forma que se presenta un dato global que será desglosado y analizado a continuación. Como se mencionó en al inicio del capítulo, en cada entidad se inició la visita con una revisión preliminar de toda la estructura de procesos, que se denomina Inspección General de Procesos.

**Tabla 87. Consolidado cuantitativo de Resultados en Procesos**

INSPECCIÓN GENERAL DE PROCESOS			9
1	PLANEACIÓN Y GESTIÓN ADMINISTRATIVA (EPS E IPS)	PLANEACIÓN	9
		RECOBROS	22
2	GESTIÓN DE CALIDAD(EPS E IPS)		1
3	ATENCIÓN AL CLIENTE (EPS E IPS)		0
4	CONTRATACIÓN DE SERVICIOS (EPS) Y VENTA DE SERVICIOS (IPS)		13
5	PRESTACIÓN DE SERVICIOS. USO DE RED EN EPS Y CAPACIDAD INSTALADA EN IPS	ADMINISTRACIÓN DE RED Y CAPACIDAD INSTALADA	13
		AUTORIZACION DE SERVICIOS	11
TOTAL RESULTADOS			78

## Recobros

La investigación muestra que los procesos de recobros, primordialmente en las EPS, fueron los que más tuvieron ajustes que pueden estar relacionados con las actualizaciones del POS. Las EPS reportaron que los procesos de recobro se volvieron más complicados, lo que creó la necesidad de aumentar la planta y elevar el perfil de los empelados dedicados a atenderlos. Este resultado no se refiere a los ítems que siguen siendo NO POS; En concreto, la introducción de medicamento con condicionamientos ligados a la patología para la cual se utilizan fue el elemento que más complicó el proceso de recobros (es decir, los medicamentos son POS si el paciente tiene la patología X pero son no POS si el paciente tiene la patología Y). Esto hace evidente la necesidad de crear y actualizar sistemas de información que faciliten al personal clínico la tarea de identificar qué medicamentos –y bajo qué condiciones médicas– están incluidos en el POS.

Por otra parte, la complicación del proceso de recobros también afectó a las IPS, pues se incrementó la documentación requerida para soportar las reclamaciones, en parte por lo mencionado en los condicionamientos. También el trámite de conciliación y devoluciones se incrementó por el aumento en la glosa derivada de ítems POS que están siendo recobrados, por falta de claridad o documentación del diagnóstico que motivó su uso. La lectura general es que el proceso de recobros tiene mayores costos, no por los ítems fuera del POS, sino por las inclusiones que pueden ser eventualmente recobradas, pues para su trámite requiere más recursos, siendo menos eficiente. La inclusión de ítems en las actualizaciones del POS tenía como objetivo disminuir los recobros y los trámites, sin embargo, las entidades perciben todo lo contrario.

## **Contratación y venta de servicios**

En 13 de las 64 entidades investigadas se hicieron ajustes en los contratos ya existentes para incorporar las tecnologías incluidas en el POS. No se documentó ampliación de la red de prestadores, en el caso de las EPS, o aumento de clientes, para el caso de las IPS. Para IPS y EPS lo único que cambió fue el pagador de un servicio que ya se estaba prestando y estaba siendo ofertado.

Lo anterior no quiere decir necesariamente que la oferta era suficiente antes de la ocurrencia de los fenómenos de estudio; este resultado simplemente muestra que las entidades asumieron la unificación y las actualizaciones como una situación que requería modificar procesos en aspectos de forma. Dentro de los aspectos evaluados, relacionados con las relaciones de contratación, no se observó cambio con las tendencias ni las tarifas que el sistema ha manejado históricamente. Por supuesto, es necesario resaltar las decisiones administrativas y técnicas de parte de las EPS en mejorar las actividades de gerenciamiento del riesgo.

## **Uso de red y capacidad**

Los resultados en los procesos de “uso de red” en las EPS y “capacidad instalada” para las IPS, tienen el mismo comportamiento que la contratación y la venta de servicios. Las EPS mantienen la red contratada sin modificación y el uso de la misma no sufrió variaciones significativas. Los criterios geográficos y de tarifas priman en la decisión de uso de la red, tal y como se venía observando antes de los fenómenos de estudio. No se encontró que las inclusiones del POS o la unificación influyeran para modificar las decisiones de uso de red, salvo en la ES contributiva de la regional Bogotá, en la cual se presentó información y evidencia de una contracción de la red de prestadores, manteniendo los volúmenes de servicios, al lograr comprometer más actividades en las IPS que quedaron haciendo parte de la red. Se trata de una maniobra de optimización y mejor control de los servicios, así como un intento de minimizar la dispersión en las acciones en salud que se pueden presentar al tener muchos prestadores. De igual forma, en general las IPS mantuvieron los mismos servicios y no se identificó crecimiento o aumento de capacidad instalada que hayan sido motivados por la unificación o las actualizaciones. Los 13 resultados de estos procesos tuvieron comportamiento similar; siete casos en el RC y seis del RS.

Si se tiene en cuenta el efecto que genera la inclusión de servicios al POS y la unificación de los dos regímenes, adicional a un número de afiliados al sistema cada vez mayor dado por el incremento poblacional, se hubiera esperado tener un mayor número de

prestadores haber observado un crecimiento en el número de actividades prestadas, o apertura de nuevos servicios; sin embargo, ninguna de las anteriores acciones se observó.

Nuevamente se hace un análisis en dos sentidos: en primer lugar, se hubiese podido esperar que se produjeran acciones de ampliación de la capacidad instalada; es decir, de la oferta de servicios. Sin embargo no se observaron modificaciones derivadas de los fenómenos de estudio. Los beneficios NO POS ya estaban siendo prestados de manera previa a la unificación con la red disponible al momento de la unificación, solo que con cargo a otro pagador. Ello puede ser evidencia de que el crecimiento de la red no está correlacionado con la necesidad real del sistema; pero por otro lado, se puede dar la situación de tener una oferta capaz de recibir cambios en la demanda, o por lo menos en la forma de contratar y pagar los servicios, sin que los mismos se vean afectados o sin que se muestren deficiencias derivadas de actualizaciones o unificación.

Dentro de las recomendaciones emitidas como producto de este resultado, que se presentan al final de este capítulo, se plantea la sugerencia de que se exija con rigurosidad el cumplimiento de la obligación ya en la Ley 1438 de 2011: que tanto prestadores como administradores midan y presenten formalmente los estudios de las expectativas de demanda de servicios y las acciones tomadas para suplirlas, en términos de capacidad instalada, los primeros, y en red de servicios los segundos.

### **Comportamiento general de los resultados**

En el Anexo de la Evaluación de Procesos se muestra la Matriz General de Resultados, que cruza la información sobre los resultados con el nivel de complejidad de las entidades y la distribución regional de las mismas. La matriz muestra una distribución equitativa del número de resultados por región, entre 9 y 12, excepto Valle (con 13) y Caribe (con 6). La constante en las 8 regiones, en los dos regímenes y en todos los niveles de atención fue la ausencia de resultados de procesos en lo relacionado con atención al usuario.

A nivel de regímenes, el RS denota mayor impacto, probablemente por cuenta de la unificación. La Tabla 87 ilustra que 44 de los 78 resultados en procesos se encontraron en el RS; dentro de estos, 16 son relacionados con recobros y contratación de servicios; 9 por recobros, en los cuales, al igual que en el RC, se han comprometido mayores recursos para tramitarlos. Adicionalmente, las EPS-S, dentro de las respuestas de los entrevistados, manifiestan que el trámite con los entes territoriales es variable. Se desvían los procesos con frecuencia y tienen un alto represamiento de conciliación y recaudo; lo anterior está directamente relacionado con la unificación del POS. Se observan 7 resultados por

contratación, fundamentalmente vinculados con ampliación de la cobertura de los contratos ya existentes con IPS públicas para la atención de servicios del II y III nivel principalmente.

Para el caso del RC se presentaron 34 resultados, predominantemente en recobros (13 casos), relacionados con mayor complejidad y costo por lo ya expuesto en el título de recobros; y en contratación 6 casos relacionados con ampliación del alcance. En total, se encontraron 10 resultados más en entidades del RS que en el RC, una diferencia significativa y esperable, ya que para las empresas del subsidiado fue la unificación la que motivó la gran mayoría de sus cambios, mientras que para el contributivo fue la actualización.

El que sigan siendo las IPS públicas el mayor proveedor de servicios del RS y las privadas del RC, es un hecho que, según la percepción de los entrevistados - principalmente gerentes de EPS-S - limitó maniobras de contratación y optimización de red de prestadores en temas como georreferenciación, integralidad y continuidad en la atención, y tarifas, entre otros. Esto también lo reportan los representantes de IPS privadas que han ofertado portafolio de servicios a EPS-S sin haber logrado concretar convenios en un volumen representativo para la capacidad instalada que tienen. En concreto, en el grupo estudiado se observó que la unificación de servicios en los dos regímenes no derivó en unificación o por lo menos disminución de la brecha que hay en la relación contractual entre privados y públicos.

**Tabla 88 - Distribución de Resultados por Régimen de Atención**

RÉGIMEN	TOTAL INSTITUCIONES	INSPECCIÓN GENERAL DE PROCESOS	GESTIÓN DE CALIDAD	PLANEACIÓN	CONTRATACIÓN (EPS) VENTA DE SERVICIOS	RECOBROS	AUTORIZACIONES	MANEJO RED DE PRESTADORES (EPS) CAPACIDAD INSTALADA (IPS)	ATENCIÓN AL CLIENTE
CONTRIBUTIVO	32	0	0	2	6	13	6	7	0
SUBSIDIADO	32	9	1	7	7	9	5	6	0
TOTAL	64	9	1	9	13	22	11	13	0

En lo relativo a la distribución de resultados por nivel de atención, (tabla 89) se observa que a medida que aumenta el nivel de complejidad de las instituciones aumenta también la cantidad de resultados. El nivel I aporta 3 casos, todos en el régimen subsidiado.

En general no se encontró autonomía administrativa y operativa de los primeros niveles, es así como: en la muestra seleccionada, el 80% de las IPS del primer nivel del RC pertenecen a la red propia de una EPS mientras que la totalidad de las IPS públicas pertenecen a una ESE municipal o departamental. No se encontró impacto significativo en los procesos de las entidades del primer nivel, derivado de la unificación del POS o las actualizaciones. Debido a que los primeros niveles no prestan servicios NO POS, y hacen parte de la integración vertical de las EPS, su necesidad de mejoría de procesos no es propia y al ser prestadores de actividades de promoción y prevención, entre otras, ya tenían vínculos, algunos prestadores privados del primer nivel con EPS S, especialmente en municipios pequeños, antes de la unificación.

El segundo nivel de atención aporta 16 de los 78 resultados de procesos, y dentro de este grupo nuevamente en el RS se observó mayor número de IPS que en el contributivo, con acciones de mejora, ejecutadas o en curso. El hecho de que 6 de las 8 IPS del segundo nivel subsidiado tuvieron acciones correctivas en lo evaluado en la inspección general de procesos, específicamente en lo referente a su relación con las EPS S a partir de la unificación, es un resultado relevante, debido a que su relación histórica venía siendo predominantemente con entes territoriales, por lo que su metodología de trabajo estaba ligada a subsistir con recursos de la oferta y, la ocurrencia de los fenómenos de estudio les ha motivado optimizar procesos, tales como facturación, auditoría y contratación; hecho altamente positivo para el sistema.

El segundo proceso que mostró ajustes fue el de contratación de servicios. 2 IPS del régimen subsidiado y 3 del contributivo, originaron el dato. También se encontró que 3 IPS privadas del segundo nivel iniciaron contrato con entidades del RS; éstas manifestaron haber mejorado su capacidad instalada. Las IPS del régimen subsidiado, aportaron a este resultado, en términos de ajuste en contratación con EPS. Este resultado, aunque en un número menor, del total de entidades evaluadas, denota que se está abriendo la posibilidad de interacción contractual entre entidades de los dos regímenes. Ya se ha hecho en el párrafo anterior la observación de lo ocurrido en el panorama general de procesos de las IPS públicas de II nivel.

En este resultado nuevamente manifestaron los entrevistados que las necesidades de servicios que no sule la red pública para el RS en municipios intermedios y pequeños puede ser cubierta por red privada; de igual forma es evidente la necesidad que tienen las EPS C de usar la red pública en municipios medianos y pequeños, sin embargo encuentran gran diferencia en las condiciones de negociación con la red privada.

El tercer nivel de atención aportó 26 de los 78 resultados en proceso; la mayoría de ellos relacionados con cobros y ajuste de capacidad instalada. El régimen subsidiado aportó 15 de los 26 resultados del tercer nivel. En el RC los procesos relacionados con CTC y documentación para cobros fueron los más afectados, esto debido al condicionamiento en los medicamentos para ser considerados POS en unos casos y NO POS en otros. Los resultados en el tercer nivel de atención están explicados por mayor complejidad en el componente de gestión documental y soporte clínico. Los procesos de contratación fueron afectados principalmente por la unificación. Esto se explica por un incremento en la demanda de procedimientos de tercer nivel y de alta complejidad en el RS.

Desde el punto de vista de procesos, el tema de documentos de CTC y cobros, así como la relación interinstitucional, acaparan la gran mayoría de los resultados. Lo relacionado con la prestación, los nuevos servicios POS y la nueva tecnología, no fueron aspectos sobre los cuales hayan realizado acciones de mejora por parte de los prestadores, ni le ocasionó nuevas necesidades de contratación a los administradores. Esta situación valida un resultado general sobre el bajo impacto que en los procesos de prestación, tuvo la actualización y la unificación, aún en entidades de tercer nivel responsables de la gran mayoría de los servicios, tanto NO POS como los incluidos en la unificación.

**Tabla 89 - Distribución de Resultados por Nivel de Atención IPS**

TIPO	RÉGIMEN	TOTAL INSTITUCIONES	INSPECCIÓN GENERAL DE PROCESOS	GESTIÓN DE CALIDAD	PLANEACIÓN	CONTRAT (EPS) VENTA DE SERVICIOS	RECOBROS	AUTORIZ	MANEJO RED DE PRESTADORES (EPS) CAPACIDAD INSTALADA (IPS)	ATENCIÓN AL CLIENTE
IPS NIVEL I	SUBSIDIADO	8	1	0	0	1	0	0	1	0
	CONTRIBUTIVO	8	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
IPS NIVEL II	SUBSIDIADO	8	6	0	1	2	0	0	0	0
	CONTRIBUTIVO	8	0	0	0	3	1	0	3	0
	<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
IPS NIVEL III	SUBSIDIADO	8	2	1	1	3	2	2	4	0
	CONTRIBUTIVO	8	0	0	2	1	5	1	2	0
	<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>0</b>

En cuanto la distribución de los resultados en las EPS por régimen, (tabla 90) puede decirse que las EPS que tuvieron ajuste de procesos fueron prioritariamente del RS. Los procesos de planificación de red y los relacionados con relaciones interinstitucionales y contratación, representan la mayoría de los resultados, hecho previsible por la unificación del POS. Dichos resultados estuvieron relacionados con procesos en planeación,

contratación, autorizaciones y recobros, tal como se ha presentado en apartes anteriores. La necesidad de mejorar la relación de EPS con IPS de segundo y tercer nivel propicia estas acciones en procesos. Es importante mencionar, que al ser derivadas de la unificación, se producen cambios únicos o no repetitivos en los procesos, ya que una vez estandarizado no requerirá más acciones diferentes a las de seguimiento y control rutinario con las correcciones a que haya lugar. Caso contrario en las actualizaciones, que son situaciones recurrentes y establecidas en la ley y que para adaptarse a ellas sí debe haber procesos establecidos y replicables por las entidades cada vez que ocurra una actualización.

Como se mencionó anteriormente, el porcentaje de glosa se incrementó en todas las EPS<sup>59</sup>, lo que generó aumentos en el costo de los recobros y ajustes en los procesos relacionados. .

**Tabla 90 - Distribución resultados por régimen (EPS)**

TIPO	RÉ GI ME N	TOTAL	INSPECCIÓN GENERAL DE PROCESOS	GESTIÓN DE CALIDAD	PLANE - ACIÓN	CONTRATA -CIÓN (EPS)  VENTA DE SERVICIOS (IPS)	RECOBRO S	AUTO- RIZA- CIONES	MANEJO RED DE PRESTADORES (EPS) CAPACIDAD INSTALADA (IPS)	ATENCIÓN AL CLIENTE
	RS	8	0	0	5	1	7	3	1	0
	RC	8	0	0	0	2	7	5	2	0
EPS	TO									
	TA	16	0	0	5	3	14	8	3	0
	L									

### **Análisis de los resultados desde la perspectiva del ciclo Deming o PHVA**

El estudio estableció que todas las instituciones tienen internamente actividades que se ajustan al ciclo PHVA. Es decir, tanto EPS como IPS tienen procesos dedicados a Planear (P), Hacer (H), Verificar (V) y Actuar (A) para mejorar constantemente su cadena de valor. A continuación se muestra cómo se distribuyen los resultados en el ciclo PHVA. La intención de este ejercicio es analizar cómo los cambios a procesos encontrados por esta investigación están impactando la cadena de valor de EPS e IPS.

<sup>59</sup> El condicionamiento en las inclusiones de la Resolución 5521 de 2013 fue reportado como causa principal de esta glosa.

La mayor cantidad de resultados en las EPS, (tabla 91) fue en los procesos críticos clasificados en la etapa de Hacer (H) del ciclo PHVA, tales como recobros, autorizaciones y manejo de red. Algunas EPS trabajaron los procesos de planificación (P) y ninguna tuvo acciones en verificación o medición (V) ni en atención al usuario para efectos de mejoramiento (Actuar). Lo anterior indica que ni la actualización ni la unificación del POS produjeron en las EPS ninguna necesidad de nuevas mediciones. Este resultado, visto a la luz de lo que implica la inclusión de tecnología o la ampliación de cobertura, no es necesariamente negativo dado que los indicadores de norma incluyen aspectos, tanto administrativos como técnico-científicos y de calidad, que son afectados por los fenómenos de estudio.

Lo que debe ser revisado es que no se hayan encontrado mediciones explícitamente destinadas a verificar el impacto en procesos, tanto por la unificación como por las actualizaciones. Es decir, con base en las mediciones actuales y los reportes que están establecidos en la norma, se tiene información de los resultados que producen hechos como los fenómenos de estudio, pero no del comportamiento de los procesos que se dan para encontrar dichos resultados.

**Tabla 91 - Comportamiento de los Resultados Según el Ciclo PHVA en EPS**

COMPONENTE DEL CICLO AL QUE APORTA			P	V - A	P	H-A	H-A	H-A	H-A	V - A
REG	RÉG	TIPO INST	INSP GERAL DE PROCESOS	GESTIÓN DE CALIDAD	PLANEAC	CONTRATAC	RECOBROS	AUTORIZAC	MANEJO RED DE PRESTADORES	ATENCIÓN AL CLIENTE
CARIBE	C	EPS	0	0	0	0	H	0	0	0
CARIBE	S	EPS	0	0	0	0	H		0	0
BOGOTÁ	C	EPS	0	0	0	H	H	H	A	0
BOGOTÁ	S	EPS	0	0	P	0	H	0	0	0
CENTRO Y SANTANDERES	C	EPS	0	0	0	0	H	H	0	0
CENTRO Y SANTANDERES	S	EPS	0	0	P	0	H	H	0	0
ANTIOQUIA Y EJE CAFETERO	C	EPS	0	0	0	H	H	H	A	0
ANTIOQUIA Y EJE CAFETERO	S	EPS	0	0	0	0	H	0	0	0

PACÍFICO	C	EPS	0	0	0	0	0	0	0	0
PACÍFICO	S	EPS	0	0	0	0	H	0	0	0
SUR	C	EPS	0	0	0	0	H	0	0	0
SUR	S	EPS	0	0	P	0	H	H	0	0
VALLE	C	EPS	0	0	0	0	H	H	0	0
VALLE	S	EPS	0	0	P	0	H	0	A	0
AMAZONÍA Y ORINOQUÍA	C	EPS	0	0	0	0	H	H	0	0
AMAZONÍA Y ORINOQUÍA	S	EPS	0	0	P	H	H	H	0	0

**Tabla 92 - Comportamiento De Los Resultados Según Ciclo PHVA en IPS**

COMPONENTE DEL CICLO	P	V	P	H	H	H	A	V-A		
REG	RÉ G	TIPO INST	INSPE C PROC	GESTIÓN DE CALIDAD	PLAN EACIÓ N	VENT A DE SERV	TRÁMIT E CTC	AUTORIZ AC	CAPACID AD INSTALA DA	ATENCI ÓN CLIENTE
CARIBE	C	IPS NIVEL II	0	0	0	H	0	0	A	0
CARIBE	S	IPS NIVEL I	0	0	0	0	0	0	A	0
CARIBE	S	IPS NIVEL II	P	0	0	0	0	0	0	0
BOGOTÁ	C	IPS NIVEL III	0	0	0	0	H	0	0	0
BOGOTÁ	S	IPS NIVEL I	0	0	0	0	0	0	0	0
BOGOTÁ	S	IPS NIVEL III	0	V	0	H	H	0	A	0
CENTRO Y SANTANDERES	C	IPS NIVEL II	0	0	0	H	0	0	A	0
CENTRO Y SANTANDERES	C	IPS NIVEL III	0	0	0	0	H	0	0	0

COMPONENTE DEL CICLO			P	V	P	H	H	H	A	V – A
REG	RÉ G	TIPO INST	INSPE C PROC	GESTIÓN DE CALIDAD	PLAN EACIÓ N	VENT A DE SERV	TRÁMIT E CTC	AUTORIZ AC	CAPACID AD INSTALADA	ATENCI ÓN CLIENTE
CENTRO Y SANTANDERES	S	IPS NIVEL II	P	0	0	0	0	0	0	0
CENTRO Y SANTANDERES	S	IPS NIVEL III	0	0	0	0	0	0	A	0
ANTIOQUIA Y EJE CAFETERO	S	IPS NIVEL I	0	0	0	H	0	0	0	0
ANTIOQUIA Y EJE CAFETERO	S	IPS NIVEL II	P	0	P	0	0	0	0	0
ANTIOQUIA Y EJE CAFETERO	S	IPS NIVEL III	0	0	0	0	0	H	0	0
PACÍFICO	C	IPS NIVEL II	0	0	0	H	0	0	0	0
PACÍFICO	C	IPS NIVEL III	0	0	P	0	H	0	A	0
PACÍFICO	S	IPS NIVEL II	P	0	0	H	0	0	0	0
PACÍFICO	S	IPS NIVEL III	P	0	0	0	0	0	A	0
SUR	C	IPS NIVEL II	0	0	0	0	0	0	A	0
SUR	C	IPS NIVEL III	0	0	0	0	0	0	A	0
SUR	S	IPS NIVEL II	0	0	0	H	0	0	0	0
SUR	S	IPS NIVEL III	P	0	P	H	0	H	A	0
VALLE	C	IPS NIVEL II	0	0	0	0	H	0	0	0
VALLE	C	IPS	0	0	P	H	H	0	0	0

COMPONENTE DEL CICLO			P	V	P	H	H	H	A	V – A
REG	RÉ G	TIPO INST	INSPE C PROC	GESTIÓN DE CALIDAD	PLAN EACIÓ N	VENT A DE SERV	TRÁMIT E CTC	AUTORIZ AC	CAPACID AD INSTALADA	ATENCIÓN CLIENTE
		NIVEL III								
VALLE	S	IPS NIVEL III	0	0	0	0	H	0	0	0
AMAZONÍA Y ORINOQUÍA	C	IPS NIVEL III	0	0	0	0	H	H	0	0
AMAZONÍA Y ORINOQUÍA	S	IPS NIVEL I	P	0	0	0	0	0	0	0
AMAZONÍA Y ORINOQUÍA	S	IPS NIVEL II	P	0	0	0	0	0	0	0
AMAZONÍA Y ORINOQUÍA	S	IPS NIVEL III	0	0	0	H	0	0	0	0

De igual forma según se presenta en la tabla 92, las IPS tuvieron cambio en los procesos de Hacer (H): se encontraron resultados en 21 de las 48 instituciones. En 12 de los prestadores se encontró cambios en los procesos de Planeación (P), fundamentalmente asociados con los planes de trabajo y relación contractual con las EPS subsidiadas. No hubo resultados en las IPS en relación con acciones de Verificación (V), hecho que indica que los aspectos críticos de medición no fueron afectados ni por la actualización ni por la unificación.

A manera de consolidado, más del 50% de los resultados (47) tuvo que ver con la gestión operativa (Hacer) de las entidades. Por otra parte, solo en 17 casos las actividades de planeación fueron afectadas por los la actualización o por la unificación del POS. Lo anterior hace pensar que la actualización y la unificación del POS motivaron cambios de forma en la operación regular de las entidades, sin que se haya producido un escenario formal de preparación corporativa integral desde los procesos de Planeación. Es decir, se realizó una adaptación de procesos pragmática (tal vez sobre la marcha) sin que ésta haya sido planeada desde los niveles encargados de formular la estrategia en IPS y EPS.

Este resultado, puede ser visto de manera positiva desde la perspectiva de ver la capacidad de adaptación que operativamente muestran las entidades; sin embargo, la teoría de

procesos, define que es deseable que lo ejecutado sea producto de una planificación y validación previa.

**Tabla 93 - Consolidado De Los Resultados Según Ciclo PHVA**

COMPONENTE	P	H	V	A	TOTAL
CAMBIOS EPS	5	26	0	3	34
CAMBIOS IPS	12	21	1	10	44
TOTAL	17	47	1	13	78

## **RESPUESTA A LAS PREGUNTAS ORIENTADORAS**

Con base en los resultados de la evaluación, a continuación se da respuesta a cada una de las preguntas orientadoras del estudio:

### **I. ¿El proceso de unificación del Plan de Beneficios mejoró la efectividad de las acciones a cargo de los estos actores en el marco del sistema de aseguramiento en salud?**

No se documentaron ajustes estandarizados de la gestión por procesos ligados a inclusiones o actualización del POS.

No se observaron acciones correctivas en los procesos de calidad, atención al usuario y planeación, que puedan ser directa o indirectamente relacionados con las actualizaciones o la unificación. Solo se observaron cambios de forma en la operación.

El grupo de EPS-S tuvo mayor número de resultados en cambios en los procesos, siendo éstos en su gran mayoría de operación y relación contractual con prestadores.

### **II. ¿Cuánto tiempo toma el proceso de reconocimiento y adopción de los nuevos servicios y tecnologías incluidos en el POS por parte de estos actores?**

Mediante una revisión previa de los procesos que deben surtir las entidades para poder incorporar a sus servicios una nueva tecnología, un nuevo procedimiento o un nuevo contrato, se encontró que hay dos factores que determinan el tiempo de adopción. El primero es el cumplimiento de los requisitos técnico-científicos (relacionados con las necesidades vs. la oferta de servicios). El segundo son los componentes de orden logístico necesarios para iniciar la prestación.

Teniendo en cuenta que el aspecto técnico-científico (la infraestructura para la provisión del servicio) no fue una dificultad para las EPS ni para las IPS (pues ya se estaban prestando los nuevos servicios incluidos en el POS) la medición del tiempo que tarda la inclusión se centró en la logística requerida para incluir una nueva tecnología.

Con respecto a esto, las EPS mencionaron que la necesidad de parametrizar los sistemas de información para administrar integralmente el servicio o medicamento nuevo era una dificultad. Los sistemas de información son cruciales para que la nueva tecnología quede integrada transversalmente en todos los procesos: desde la formulación, pasando la autorización, la dispensación o prestación, la facturación y, en los casos que proceda, hasta el recobro. En este punto, el resultado no fue homogéneo, debido a que se vieron entidades que demostraron haber actualizado sistemas de información, haber divulgado y entrenado a su recurso humano, y haber estandarizado el proceso de prestación en un término de 3 meses; y también se vieron EPS que se demoraron hasta 4 meses en modificar sus sistemas de información con los requisitos de suficiencia, confiabilidad y aplicabilidad necesarios, por lo tanto las acciones de capacitación y divulgación y la estandarización en la prestación se afectaron por depender de un sistema de información confiable.

La necesidad de llevar a cabo actividades de divulgación, capacitación y evaluación del estado de conocimiento de las nuevas normas fue el otro punto establecido por las entidades como crítico para considerar un nuevo servicio o medicamento incorporado totalmente al sistema. En este aspecto, algunas entidades mostraron evidencia de haber realizado capacitaciones dentro del primer mes de vigencia de las nuevas normas. Otras entidades aún estaban dando indicaciones y desarrollando actividades de divulgación en el cuarto mes después de la expedición de las normas. Para determinar estos tiempos se revisaron actas de capacitación y notificaciones relacionadas con las inclusiones del Acuerdo 029 y la Resolución 5521, tanto en EPS como en IPS<sup>60</sup>.

Las entidades manifestaron que una vez el sistema de información estaba ajustado y el recurso humano estaba capacitado en las nuevas inclusiones del POS, un tercer punto faltaba para poder considerar una nueva tecnología como adoptada: poder comprobar que el proceso de entrega (o prestación) fluía sin diferencias con respecto al de otros servicios. En este punto, y en aquellas entidades que tuvieron la información disponible, se identificó que más o menos hacia el sexto mes se observó estabilidad en frecuencias de

---

<sup>60</sup> Para determinar esto se revisaron documentos físicos y electrónicos en los procesos de autorizaciones, atención clínica, recobros, atención al usuario, relacionados con capacitaciones y actualizaciones;

uso, provisión y suministro, así como en el flujo de procesos para autorizar, prestar o dispensar y finalmente facturar correctamente estos nuevos servicios.

### **III. ¿Cuál es el efecto en los recobros cuando se incluyen en el POS nuevas tecnologías?**

En el régimen contributivo:

- Aumentaron los trámites y la complejidad de los procesos debido a las condicionalidades de los nuevos medicamento y procedimiento incluidos en la actualización del POS, resultado reportado por 49 de los 64 encuestados).
- No disminuyó el valor de recobros para 6 de las 8 EPS del régimen contributivo, y bajo en un 20% para las otras dos EPS.
- La metodología de inclusión del POS en la Resolución 5521, que incluye condicionamientos, aumentó motivo de glosa de parte del FOSYGA a la EPS por el concepto «medicamento POS» en un 100%.
- Se requirió la contratación de personal con perfiles más elevados para manejar los procesos de recobros, fundamentalmente para poder evaluar si el suministro de un medicamento cumple o no los condicionamientos para considerar el mismo medicamento como POS o No POS. Esto aumentó los costos de operación del proceso de recobros en 6 de las 8 EPS.
- No se percibe disminución formal y significativa en el valor o la complejidad del proceso de recobros.
- Las nuevas tecnologías NO POS reemplazaron a las incluidas mediante Acuerdo 029 de 2011 y Resolución 5521 de 2013 en un 80% en cuanto a valor y número; es decir, el valor de lo que se recobraba por concepto de lo ahora incluido fue asumido por otras tecnologías. Lo que esperaba el Ministerio era que se racionalizaran los recobros por parte de las EPS al financiar a través del POS aquellas tecnologías que eran más frecuentemente recobradas (cuya evaluación de tecnología demostró efectividad y seguridad) y no buscar un reemplazo para seguir recobrando.

En el régimen subsidiado:

- Las entidades no manifiestan impacto relacionado con unificación o inclusiones.

- Tienen dificultades en su relación con entes territoriales porque aducen falta de uniformidad en los criterios de auditoría para conciliación y reconocimiento de recobros.
- No se ha modificado el proceso de gestión de recobros.

### **III. ¿Se compromete el acceso a los servicios por parte de los afiliados al régimen subsidiado por el hecho de que la unificación del valor de la UPC se haya dado de manera gradual?**

El análisis del comportamiento de lo reportado en el componente de resultados “... a nivel nacional y en lo relativo a acceso y uso de las tecnologías el sistema de salud colombiano no presenta muchas diferencias significativas entre RC y RS. Esto quiere decir que, en general, la unificación del POS sí se ha reflejado en una ecualización de ciertos niveles de acceso”. (Pág. 20 capítulo de Resultados)

Al confrontar esta conclusión con el comportamiento de la gradualidad del incremento de la UPC no se establece una relación causa efecto entre el valor de UPC y el efecto positivo mostrado en resultados. Esto dado que desde 2012 la UPC calculada para el RS incorpora la totalidad de los niveles de atención para toda la población, por lo que las eventuales afectaciones de acceso que se hubiesen podido detectar se habrían presentado en el segundo semestre de 2012, por el inicio de vigencia del acuerdo 032 en julio de ese año. Sin embargo, y a pesar de que la entrevista incluyó la evaluación de acceso desde este año no se detectó afectación formal de este atributo derivada de la UPC.

De igual forma, los presupuestos de operación de las EPS mostraron indicadores en los cuales el costo médico superó el 100% de la UPC; en este sentido, los entrevistados manifestaron que no se restringió el acceso y que parte del desfase económico se derivó de esta decisión.

Las diferencias en acceso, encontradas en el componente de resultados, no se pudieron correlacionar directamente con el manejo de la UPC, y se identificó que en ellas primaron aspectos demográficos y socioculturales. Igualmente desde el punto de vista técnico-científico, el hecho de haberse encontrado en general la misma red de prestadores con el POS unificado y antes de la unificación, sí puede ser causa de las diferencias, pero no es procedente inferir que fue por la gradualidad en el incremento de la UPC.

“Otro aspecto relevante a considerar en la Tabla 6 es el acceso a medicamentos. Este indicador, que es 6 puntos porcentuales superior en el RC muestra que los afiliados del RS

aún encuentran más obstáculos para obtener los medicamentos que les han sido recetados”. Las indagaciones en el componente de procesos de esta evaluación indican que esto puede deberse a que las EPS continúan implementando procesos de ajuste para poder proveer a sus pacientes con todos los medicamentos a los que tienen derecho desde que el POS fue actualizado y unificado.” (Pág. 20. Capítulo de Resultados)

También es importante notar que el indicador de Acceso a Medicamentos, que se mide a través de preguntas retrospectivas para el año 2012, muestra un detrimento de 5 puntos porcentuales en el RS entre 2012 y 2014. La consecuencia de esto es que se abre una brecha entre RS y RC que no existía en 2012, brecha que es además estadísticamente significativa al 5%. Lo anterior pareciera indicar que no se ha dado la paridad que se esperaba con la unificación y la actualización del POS en el nivel de Acceso a Medicamentos de ambos regímenes. No obstante, la información disponible no permite establecer con certeza la causa de este deterioro.

No obstante, más allá de la gradualidad de la unificación de la UPC, puede decirse que 15 de las 24 IPS que se entrevistaron para el RS presentaron una disminución del indicador de oportunidad en referencia y contra referencia de pacientes en 2012. Esta disminución fue asociada en parte a su nueva relación con EPS-S para todos los niveles de atención. Las demoras, en general, se generaron porque las EPS-S no conocían la red prestadores de los niveles II y III ya que el pago de la atención lo venían coordinando los entes territoriales. El procedimiento se normalizó en 2013 y se mantiene para 2014. En 2015 las EPS-S aducen entre las dificultades, más que la unificación, la limitación para contratar con IPS privadas.

En conclusión, no hay evidencia de que la gradualidad en la actualización de la UPC haya afectado el acceso a los servicios de los usuarios el RS. El estudio encontró diferencias en acceso entre los dos regímenes pero las observaciones apuntan más al proceso de la curva de aprendizaje, tanto administrativa como técnico-científica, para lograr la estabilización del acceso.

***¿La diferencia entre los gastos de administración entre las EPS subsidiadas y contributivas compromete el acceso por parte de los afiliados?***

No se evidenció impacto en el acceso por parte de los afiliados ligado a la diferencia en los gastos de administración, esto fundamentalmente porque:

- Las EPS del régimen subsidiado manejan los rubros de gasto administrativo en valores que oscilan entre 6% y 8% de la UPC, cifra que no se modifica a pesar de ejercicios en los cuales el costo médico rebasa el 100% de la UPC.
- Las EPS contributivas manejan su gasto administrativo en promedio entre el 6,5% y el 8,5%, es decir en valores similares a los del régimen subsidiado.
- No se encontró reporte de ninguna EPS del RC que tenga un gasto administrativo del 10%.
- La tenencia observada para el manejo del gasto administrativo es la de seguir ajustándolo a niveles del 7%.
- En el plan de cuentas de las entidades el recurso humano representa en promedio el 60% del gasto administrativo general, situación que no es diferente entre EPS de los dos regímenes.
- Dado que el acceso a los servicios tiene un componente administrativo, el valor del gasto destinado a la capacidad instalada, física y humana, para dichos procesos administrativos no se ha restringido y ha crecido en proporción a las necesidades.

Cabe mencionar además que en 4 de las 8 EPS del RS se identificó modificación en la zonificación y distribución regional de oficinas. Esto se hizo con la intención de mejorar áreas de influencia y minimizar la dispersión de responsabilidades.

#### **V. ¿La oferta estaba preparada para la actualización y la unificación del POS? (análisis de suficiencia de la Red)**

- Todas las EPS mantuvieron su red de prestadores sin modificación importante.
- Ninguna IPS de primer nivel percibió cambios en demanda por exceso o por defecto en ningún periodo.
- Entre 2012 y 2013, 3 de las 8 IPS privadas de II nivel estableció convenios con EPS-S que no tenía antes.
- Para el caso de las EPS, todas reportaron mantener sin cambios los indicadores de suficiencia de red que utilizan, tales como oportunidad de cita, referencia, contra-referencia y legalización de contratos.
- En todas las EPS se observó continuidad en las prestaciones que históricamente han tenido, tanto en el número como en la complejidad de los prestadores contratados.
- Las limitaciones en la red están compartidas 100% por las EPS contributivas y subsidiadas en especialidades pediátricas de: Neurología, Endocrinología y

Reumatología. Situación que no es consecuencia directa ni se relaciona con la unificación del POS.

- Sin importar la unificación, el RC tenía y sigue teniendo la necesidad de usar la red pública de prestadores en ciudades intermedias y en pequeños municipios.
- El fenómeno predominante en contratación fue ampliar los convenios entre EPS e IPS a servicios incluidos en el POS desde 2012, pero con la misma red.
- Todas las EPS coinciden en que únicamente percibieron cambio de pagador y no afectación de la capacidad de prestación o disponibilidad de proveedores de servicios. Esta percepción predominó en las EPS del RS, quienes se vieron afectadas tanto por unificación como por las actualizaciones.
- Las EPS del RC no reportaron ninguna afectación con la unificación, y en el caso de las actualizaciones no se vieron afectadas en la capacidad de prestación.

## **VI. ¿Con la actualización y unificación del POS cómo cambió la relación asegurador – prestador? (analizar las formas de contratación y pago, cálculo de capitas, pago por desempeño, conformación de redes y suficiencia de la red, abuso de posición dominante de prestadores o aseguradores)**

Respecto de la relación prestador-asegurador se encontraron los siguientes fenómenos:

El primer nivel de atención mantiene la capitación como forma de contratación para los dos regímenes. No se observó diferencia en los cálculos para la cápita, pues las acciones del primer nivel ya venían siendo responsabilidad del RS y no se vieron afectadas por la unificación.

En el RS el segundo nivel de atención está siendo contratado por evento en la mayoría de los casos. Para el RC, la modalidad del Pago Global Prospectivo (por resultados) predomina para el segundo nivel de atención y en algunos casos se vinculan servicios del primer nivel. Se encontró esta práctica en 6 de las 8 EPS-C evaluadas. Con respecto al cálculo de la cápita, se hacen revisiones trimestrales de resultados y se ajustan las condiciones a que haya lugar; se revisan los indicadores de calidad y el desempeño económico del ejercicio.

El tercer nivel de atención está contratado por evento en la gran mayoría de los casos, tanto en EPS de RC como de RS. Se observaron servicios contratados por paquetes quirúrgicos puntuales, sin embargo, la variabilidad de desenlaces clínicos, no

presupuestados en lo económico, hace que se esté limitando cada vez más esta práctica considerada riesgosa para las dos partes. No se identificó un actor mayormente favorecido con este tipo de contratación.

El alto costo sigue su contratación por evento para los casos de manejo intrahospitalario y por paquete para los casos de patologías susceptibles de manejo integral por centros de referencia.

Al hacer la revisión histórica de las formas de contratación por nivel de atención no se observa un impacto significativo derivado de la unificación del POS ni de las actualizaciones. Se observó que los eventuales cambios en las relaciones obedecen más a decisiones de planificación y estrategia gerencial de posicionamiento y crecimiento que a la actualización o unificación del POS.

Las preguntas relacionadas con la identificación de posiciones dominantes en la relación entre IPS y EPS arrojaron los siguientes resultados:

Las EPS tienen posición dominante en:

- Contratación de servicios de I hasta III nivel de atención con la red privada.
- En la contratación de servicios de alto costo con centros de referencia por atención integral.

Las IPS tienen posición dominante en:

- Contratación de servicios del alto costo en la red privada.
- Contratación de subespecialidades de limitada disponibilidad en las regiones (este fenómeno predomina en Caribe y Valle).
- Red pública de mediana y alta complejidad en municipios intermedios por falta de oferta privada y por imposición de tarifarios ligados a manual SOAT.
- Red pública de IV nivel en la oferta a EPS subsidiadas.
- La red privada de IV nivel provee algunos servicios a EPS-S. En este caso se denunció la existencia de una posición dominante de las IPS debido a la falta de oferta de servicios de alta complejidad en la red pública, particularmente trasplantes y cirugía cardiovascular.

Las situaciones ilustradas en la relación entre EPS e IPS no tienen una directa correlación con las actualizaciones del POS. Sin embargo, existe una clara limitación al acceso para los afiliados al RS teniendo en cuenta que la unificación del POS incorpora servicios que la red pública suple a tarifas superiores que la red privada y que las EPS-S se deben remitir a ella prioritariamente.

Como fenómeno general en la relación entre prestadores y administradores, se observó en el RS, que el seguimiento a proveedores que las EPS hacen a sus prestadores no tiene un impacto significativo al momento de retroalimentar a la red pública, ya que no hay rigor en la ejecución de planes de mejoramiento. Además, para las EPS-S el margen de maniobra para cambios de proveedores o ajuste a contratos es mínimo. Por supuesto esta situación no es derivada de la unificación, pero hay consenso entre los entrevistados, en que las consecuencias negativas que se derivan de ella se agudizaron con la misma.

## **VII. ¿La unificación y actualización del POS tiene efecto sobre las quejas y reclamos de los afiliados?**

Esta pregunta se evaluó en los procesos de atención al usuario de las 64 entidades. En las respuestas a las entrevistas no se logró identificar cambios en los procesos de quejas y reclamos que tuviesen relación directa con la unificación o las actualizaciones. La fuente secundaria utilizada (entrevista a pacientes) tampoco mostró que la unificación hubiese impactado los procesos de quejas y reclamos.

Las EPS del RS manifestaron mediciones similares durante el periodo 2012 a 2014 y presentaron resultados con tendencia a la mejora. Igual observación se hizo en los reportes entregados a la Supersalud en los periodos correspondientes.

En el caso de las actualizaciones, se observaron quejas derivadas de la demora en entrega de medicamentos POS de alto costo, particularmente las insulinas, debido a que las EPS establecieron procedimientos de validación de pertinencia al inicio de la inclusión, situación que desencadenó aplazamientos en la entrega.

## 5.6 CONCLUSIONES

En general, no se identificaron acciones correctivas en la mayoría de los procesos de IPS y de EPS derivado de las actualizaciones del POS o de la unificación. Los cambios evidenciados son de forma.

Las acciones que se encontraron fueron consecuencia de múltiples variables, entre ellas la unificación y las actualizaciones, pero no se estableció en muchos de los procesos en los cuales se detectaron acciones de mejora que estos fenómenos de estudio fueran motivación para ellas.

Aspectos como las normas de portabilidad y movilidad; la asignación de poblaciones provenientes de otras entidades (en el caso de EPS-S), los techos de precios de medicamentos (que afectaron positivamente el costo médico de las EPS), el giro directo, el plan de saneamiento fiscal (en el caso de las entidades públicas), etc., fueron entradas para los procesos de planificación y gestión general de EPS y de IPS que afectan las políticas y gestión por procesos como un todo.

Las EPS del régimen subsidiado fueron las que presentaron mayor impacto en sus procesos de planificación, principalmente en su relación con la red pública en el II y III nivel. No se observó ningún comportamiento diferente al histórico en el uso y la contratación de la red pública y privada entre los dos regímenes que pueda ser atribuible a la unificación del POS. Con contadas excepciones, se mantiene predominantemente la red pública como prestadora del régimen subsidiado y la privada para el contributivo.

La relación entre prestadores-aseguradores se mantiene sin acciones correctivas. El único fenómeno observado fue la revisión de los contratos ya existentes para incluir en ellos los servicios de las actualizaciones.

El proceso de recobros fue el más afectado por la unificación y las actualizaciones, ya que se volvió más complejo y costoso de operar; este hecho fue reportado principalmente por las EPS del RC. Sin embargo, se percibe bajo impacto en el valor de los recobros con tendencia a mantener su porcentaje histórico dentro del costo médico total. No se evidenció disminución global ni homogénea en los recobros.

Las mediciones de satisfacción de los usuarios se mantuvieron en niveles similares a los históricos. Las entidades no miden el impacto de la unificación o las actualizaciones

explícitamente; tampoco fue posible identificar un impacto en la satisfacción de los usuarios mediante las revisiones documentales de esta consultoría.

## 5.7 RECOMENDACIONES

- Incluir en el sistema obligatorio de garantía de calidad y/o en los estándares de habilitación que exige la norma, resolución 2003 de 2014, la obligatoriedad de reportar cuál es el enfoque de procesos que asumen los actores del sistema para adoptar las modificaciones de la norma. Se debe verificar si las entidades planean, ejecutan, miden y ajustan para modificar sus procesos de acuerdo con las nuevas exigencias normativas.
- Establecer un mecanismo formal, uniforme y obligatorio de controlar la implementación de una nueva tecnología, que incluya las posibles variaciones presupuestales que cause la inclusión en la demanda.
- Establecer criterios de medición para el nivel de adopción y estandarización de los procesos, derivada de las inclusiones. En este sentido, se recomienda exigir el reporte de la información a todas las EPS; algunos indicadores para evaluar el nivel de adopción de un nuevo medicamento o procedimiento pueden ser:
  - Frecuencia de uso histórica de las inclusiones.
  - Costo histórico de la tecnología, incluido el llevado al % del costo médico total, es decir, lo que venían recobrando.
  - Expectativa de frecuencia de uso y costo, calculada sobre el perfil epidemiológico y morbimortalidad de cada EPS.
- Continuar con la revisión del Plan de Cuentas de las EPS con el fin de verificar el cumplimiento de los rubros incluidos en Gasto Administrativo. En aquellos casos en los que el gasto administrativo esté por debajo del tope de Ley debe hacerse una revisión de los indicadores de calidad (generales del sistema) para verificar si la baja ejecución administrativa tiene correlación con el desempeño de los indicadores de calidad.
- Unificar la metodología de medición del indicador de suficiencia de red debido a que, a pesar de no haber detectado impacto negativo con la unificación, sí se observó dispersión en el método de medición entre las diferentes EPS.
- Establecer una medición obligatoria de los indicadores relacionados con los procesos de atención al usuario. Para ello se debe tener en cuenta el impacto de los

cambios de norma o actualizaciones del POS. Las mediciones actuales son genéricas, en ellas no se observa un detalle analítico uniformemente implementado que deje ver con certeza si la fuente de las quejas y de los resultados de las encuestas de satisfacción está asociada con la unificación o con las actualizaciones.

- En cuanto a los resultados no relacionados con la unificación o actualizaciones del POS, se recomienda revisar los siguientes:
  - Diferencias substanciales de manuales tarifarios utilizados entre IPS públicas e IPS privadas.
  - Restricciones para las EPS -S en la contratación con red privada. Los servicios de alto costo son prioritariamente prestados en la red privada y, a pesar de ser de baja frecuencia, impactan altamente el costo del gasto médico; eso dificulta que las EPS-S puedan respetar la exigencia de contratar el 60% del presupuesto con la red pública.

## Capítulo 6

### CONCLUSIONES GENERALES

---

#### **El impacto de la unificación: más consultas y mayores tiempos de espera en RS para algunas patologías**

Las estimaciones de impacto utilizando la información de los RIPS muestran que, en general, el mayor efecto de la Unificación del POS fue haber incrementado el número de consultas a las que acceden las personas del RS anualmente. A nivel nacional, los grupos de edad para los que el aumento de consultas fue mayor fueron dos: niños entre 0 y 12 años (incremento de más de 2 consultas anuales) y personas mayores de 60 años (incremento de más de una consulta anual). Para los grupos intermedios (personas de entre 12 y 59 años) el impacto es cercano a una consulta. Las diferencias por grupo etario coinciden con la gradualidad con la que se procedió administrativa, financiera y técnicamente por parte del SGSSS. En este sentido, es de esperarse que los impactos aquí estimados sean los de mediano plazo y se incrementen con el tiempo hasta estabilizarse.

El incremento en la frecuencia de consultas (utilización) del RS significó un cierre de la brecha de utilización de servicios entre ambos regímenes. Esto se corrobora con lo observado en la evaluación de resultados: a nivel nacional, y en lo relativo a acceso y uso de las tecnologías, el sistema de salud colombiano no presenta muchas diferencias significativas entre los dos regímenes de atención en el año 2014. El incremento en el nivel de las consultas también se evidencia en la información recolectada mediante los grupos focales. Los usuarios han percibido mejoras en la asignación de citas en los últimos años:

*“Antes era muy demorado, antes era más demorado sí, porque como que escaseaban los especialistas. (...) Más o menos le tocaba irse en citas de dos o tres meses”* (Bogotá, EPOC)

*“Eso hace 3 o 4 años más o menos que nos han dado eso, porque anteriormente eso era un problema para sacar citas, para todo era un problema”* (Villavicencio, EPOC)

Todo lo anterior significa que, en general, la unificación del POS sí se ha reflejado en una igualación de los niveles de acceso a los servicios. Las brechas se han ido cerrando con el tiempo y, de continuar la misma tendencia, terminarán por cerrarse totalmente. Esto de por sí ya es una ganancia para el bienestar total de la sociedad. No obstante, la brecha entre RS y RC no se ha cerrado del todo. El RS sigue rezagado con respecto al RC en aspectos como la oportunidad y la calidad de la atención. La investigación pudo concluir que parte de este rezago podría estar explicado, entre otros factores, por la ausencia de modificaciones en los procesos de las IPS y EPS ante la unificación del POS.

La investigación de procesos indica que las EPS y las IPS estudiadas no realizaron ningún tipo de ajuste que fuese motivado por la unificación del POS en lo relativo a la atención a los usuarios. Es decir, su red de contratación y el personal con el que cuentan se mantuvieron casi sin alteraciones. Lo anterior implica que, en ausencia de incrementos en la oferta que hayan sido ejecutados por motivos diferentes a la unificación del POS, el aumento en las consultas en el RS fue atendido con la misma capacidad con la que contaban las instituciones antes de la unificación.

Una hipótesis que surge de la evaluación es que el rezago del RS respecto al RC –por lo menos en lo que respecta a los indicadores de calidad y oportunidad– puede estar explicado por la falta de una respuesta planificada a la unificación del POS por parte de las EPS e IPS. El caso de la atención en diabetes es ilustrativo para explicar por qué se genera esta hipótesis: por un lado, la evaluación de procesos muestra que las EPS no planificaron ni modificaron sus procesos para responder a la unificación del POS; por otro lado, la evaluación de impacto encontró que la unificación del POS generó un incremento en las consultas de los pacientes de diabetes; paralelamente, la evaluación de resultados muestra que los tiempos de inicio del tratamiento para diabetes del RS son superiores a los del RC. La suma de los tres factores anteriores (falta de respuesta procedimental de las EPS e IPS, aumento en las consultas y deterioro en los tiempos de atención) podría indicar que los servicios de atención del RS en algunas patologías están congestionados y que parte de esa congestión se debe a la unificación del POS. En este sentido, las ganancias en bienestar mencionados pueden estar contrarrestadas por las congestiones y problemas que los usuarios enfrentan. Esta situación debe hacer reaccionar al regulador y a quien ejerce IVC en el SGSSS (i.e. la Superintendencia Nacional de Salud), concentrando algunos esfuerzos en el monitoreo y seguimiento de metas de las EPS e IPS, quienes actualmente reciben más recursos gracias a la unificación. Sobre esto último, el SGSSS no cuenta con un Sistema de Monitoreo y Seguimiento

(SMS) de metas trazadas con la totalidad de los recursos o al menos con los incrementos que se hacen en la unificación del POS.

El crecimiento en las consultas –y el consecuente aumento en los tiempos de espera– parecen haber impactado con certeza a los niños y a los adultos mayores de 60 años que padecen diabetes. De otro lado, los ejercicios de impacto muestran un incremento tanto en el número de consultas como en el número de procedimientos a los que acceden los pacientes de VIH del RS, incremento que se da sobre todo para los niños menores de 12 años. Sin embargo, la evaluación de resultados muestra que los tiempos entre controles son más largos en VIH para los pacientes del RS que para los pacientes del RC. Lo anterior sugiere que, como en el caso de la diabetes, la unificación del POS podría estar detrás del rezago del RS en tiempos de control para pacientes de VIH. Otros grupos que pudieron haber corrido la misma suerte, pero sobre los cuales no se tiene tanta certeza, son los pacientes del RS de hipertensión (por aumento en las consultas) y los pacientes de cáncer en el RS (se presentan mayores tiempos de espera para tratamiento). Estos análisis diferenciados por patología y grupo etario también deberían concentrar los esfuerzos de IVC, de la regulación y de un SMS.

No obstante, la conexión entre el aumento en las consultas y el deterioro de los indicadores de oportunidad en el régimen subsidiado es solo una hipótesis. A pesar de que existe evidencia razonable para pensar que la unificación del POS pudo haber deteriorado algunos indicadores de oportunidad en el RS, el MSPS debe indagar más en cada una de esas hipótesis antes de tomar acciones de política pública pues pueden existir otras razones que expliquen el rezago del RS. De hecho, los resultados de esta investigación también sugieren que los largos tiempos de espera en el RS puede estar explicados por factores como el exceso de trámites:

*“Tanto trámite, tantas demoras. Eso es lo que a uno lo agobia. Que demoras, demoras en consultas; que citas, autorizaciones, tantas filas para autorizaciones...eso no debiera ser, eso debiera ser por internet, simplemente y ya. No tener que desplazarse hasta SUBA”* (Bogotá, Confidencial)

### **La calidad de las consultas: se requiere información más accesible para los pacientes**

A pesar de que la unificación del POS generó un aumento en acceso a consultas por parte de las personas del RS, la evaluación de resultados indica que existen oportunidades de mejora en cuanto a la percepción que los pacientes tienen de la calidad de estas consultas.

En Bogotá y Centro-Santanderes los pacientes del RS tienen una percepción de la calidad de las consultas que es inferior a la de sus pares del RC. En general, la evaluación identificó que dicha percepción está ligada a la información que reciben los pacientes en las consultas. Con mayor frecuencia que los pacientes del RC, los pacientes del RS manifestaron que la información entregada por el profesional tratante no fue fácil de entender. Esta situación se presentó mayoritariamente en Bogotá y Centro-Santanderes (regiones que concentran un importante número de especialistas). Los resultados de la investigación cualitativa con grupos focales también confirman que la información que se entrega a los pacientes puede no ser adecuada para el nivel de comprensión del ciudadano medio:

*“Una cosa nos afecta, la falta de conocimiento, a veces nos hablan en unos términos y uno queda en las mismas”* (Montería, Enfermedades Renales)

El correcto entendimiento de la información médica es crucial no solo para que los indicadores de calidad de las consultas mejoren sino también para garantizar la efectividad y la adherencia de los tratamientos. Sin información completa el paciente es incapaz de cumplir con el régimen terapéutico prescrito; mucho más en las patologías evaluadas en este estudio. Asegurarse de que los pacientes entienden de manera efectiva las consecuencias de la enfermedad que padecen y cerciorarse de que conocen el tratamiento que deben seguir puede ser determinante para que éstos tomen la decisión de adherirse los procedimientos. Por esa razón es crucial que el MSPS, las EPS y las IPS realicen un esfuerzo mancomunado para garantizar la accesibilidad de la información que se entrega a los pacientes, pues de otra forma los esfuerzos financieros que está haciendo el país pueden desperdiciarse por este simple hecho. En el Plan de Transferencia e Implementación de Recomendaciones (PTIR) de esta evaluación se detallan algunas estrategias que podrían seguirse para lograr esto.

### **Los determinantes de la utilización**

Si bien la estimación de impacto muestra que los niveles de utilización de los servicios de salud del RS y el RC se han acercado, aún existen brechas entre ambos regímenes. Esta evaluación encontró que la baja utilización de los servicios de salud en el RS puede estar explicada por una percepción más baja de la severidad de la enfermedad por parte de los pacientes de este régimen.

Al preguntársele a los paciente por qué no acudieron a los servicios de salud estando enfermos, el porcentaje de personas que respondieron que no lo hicieron porque *“el caso*

*era leve*” fue mucho mayor en el RS (81.2%) que en el RC (49.8%). La investigación cualitativa con grupos focales ha determinado que esto puede deberse a que las personas del RS, por lo general, tienen más dificultades para “sacar el tiempo” o invertir el dinero necesario para buscar atención médica, aunque solo una minoría lo admite abiertamente.

La baja percepción de la gravedad de la enfermedad en el RS, unido a la práctica del triaje, también podría explicar por qué algunos de los servicios de urgencias del RS son más ágiles que los del RC. Los pacientes del RS esperan más antes de ir a urgencias, lo que implica que llegan en un peor estado de salud y por lo tanto –por el triaje– son atendidos más rápido.

En cuanto al análisis econométrico, se concluye que, más allá que pertenecer al RS, la baja probabilidad de uso está asociado al grupo de edad, al hecho de ser empleado y a la falta de los primeros años de educación –que se convierten en conocimientos básicos sobre salud, higiene, derechos, deberes. Por otra parte, la región es también un factor importante que afecta la probabilidad de uso del servicio de medicina especializada para pacientes con patología. Como regla general, los habitantes de todas las regiones tienen una menor probabilidad de acudir a médicos especializados que los habitantes de Bogotá (siendo esto una combinación de oferta y demanda de servicios). Esto aplica tanto para los pacientes de medicina general como para los pacientes de patologías específicas. En cuanto a la edad, el grupo de pacientes mayores de 60 años consulta más que los adultos entre 18 y 60 años. A su vez, los niños utilizan menos los servicios que los adultos de 18 a 60 años, fenómeno que se presenta tanto en consulta general como en patologías<sup>61</sup>.

### **El servicio de urgencias**

Más allá de las diferencias en tiempo de atención, los resultados de la evaluación muestran que en general el servicio de urgencias funciona bien en ambos regímenes. De hecho, los ejercicios de evaluación de impacto con los RIPS no muestran diferencias significativas en la frecuencia de utilización del servicio de urgencias por régimen<sup>62</sup>. Por su parte, la investigación cualitativa muestra un impacto positivo en la calidad del servicio de urgencias:

---

<sup>61</sup> Las patologías estudiadas tienen mayor prevalencia entre la población adulta, por eso es posible que el grupo de menores de 18 años esté sub representado en las conclusiones. Sin embargo, mediante ejercicios econométricos adicionales se comprobó que la agrupación de edades en el rango de 0 a 18 no oculta características propias de sub grupos etarios más pequeños (ej. Se corroboró que el grupo de 0-5 años no tiene una frecuencia de utilización diferente al de 12-18 años).

<sup>62</sup> Esto puede estar asociado a que las personas que acuden a solicitar servicios por urgencias son atendidas sin importar el régimen al cual se encuentren afiliadas.

*“Hay algo que sí ha mejorado y que he notado yo que si realmente ha mejorado. Por ejemplo antes usted iba a urgencias y muchas veces lo mandaban a buscar droga que porque ahí no la había y tocaba ir a comprar la droga.” (Popayán, Hipertensión y Diabetes)*

## **Acceso a medicamentos**

Un aspecto crucial, que debería verse impactado por la unificación y actualización del POS, es el acceso a medicamentos por parte de las personas de ambos regímenes. Al respecto, si bien no pudieron realizarse estimaciones con base en los RIPS dado que no fue posible contar con la información necesaria, los demás instrumentos de la evaluación permiten obtener un panorama claro de lo que está sucediendo con el acceso a medicamentos.

La evaluación de resultados encuentra que en 2014 un 90,5% de las personas del régimen contributivo manifiesta haber tenido acceso a los medicamentos que le recetaron para su tratamiento, mientras que para las personas del régimen subsidiado este porcentaje es de 84,5%, es decir, 6 puntos porcentuales menos.

El trabajo de campo realizado con las EPS (Evaluación de Operaciones) muestra que la diferencia en acceso a medicamentos entre los dos regímenes puede deberse a que las aseguradoras aún se encuentran implementando procesos de ajuste para poder proveer a sus pacientes con todos los medicamentos a los que tienen derecho desde que el POS fue actualizado y unificado. Los inconvenientes con los contratos, los problemas en los sistemas de información y, sobre todo, las condicionalidades a los nuevos medicamentos POS<sup>63</sup> se han convertido en barreras para que los pacientes puedan acceder a los medicamentos necesarios para su tratamiento. Los testimonios de los grupos focales así lo reflejan:

*“(…) ayer precisamente toco madrugar a las 3 de la mañana por una orden para un medicamento que llaman glimadicina y cuando ya íbamos al punto que íbamos a autorizar: que no, que no tiene contrato para vender esa droga. Ahí se le interrumpe el tratamiento porque hay que esperar hasta que vuelva” (Popayán, Hipertensión y Diabetes)*

Cuando se profundizó en el tema de medicamentos mediante el análisis cualitativo, quedó claro que un problema que se repite una y otra vez es que los medicamentos no son entregados por la “farmacia”, ya sea porque no lo tienen, queda pendiente, es no POS,

---

<sup>63</sup> La actualización del POS establece que algunos medicamentos solo están incluidos en el POS para pacientes con diagnósticos específicos.

está discontinuado o simplemente es de mala calidad. Adicionalmente, cuando se analiza la evolución del acceso a medicamentos de los pacientes de ambos regímenes en el periodo 2012-2014, se encuentra que el acceso a medicamentos ha venido desmejorando en ambos regímenes. Los resultados muestran que entre 2012 y 2014 el acceso a medicamentos se redujo en 5 puntos porcentuales para las personas afiliadas al régimen subsidiado, y en 3 puntos porcentuales para las personas del régimen contributivo. Es decir, si bien el acceso se ha deteriorado en ambos regímenes, en el régimen subsidiado este deterioro ha sido mayor.

El PTIR incluye una serie de recomendaciones, basadas en experiencias internacionales, en las que se detallan estrategias que pueden ser utilizadas por el Gobierno para garantizar el acceso a medicamentos de ambos regímenes en todas las regiones. Estas estrategias incluyen la realización de alianzas con distribuidores y fabricantes de medicinas, así como el trabajo coordinado con IPS y farmacias. Además de las posibles estrategias que adopte el gobierno nacional en el tema de medicamentos, las EPS en cumplimiento de sus funciones deben garantizar y gestionar el acceso a los medicamentos contenidos en el POS. Sin embargo, los pacientes expresaron un descontento con estos procedimientos en los dos regímenes, en todas las regiones, en todas las edades, en todas las patologías. Las auditorías por parte de las secretarías de salud y de las EPS deben ayudar a mejorar este problema tan frecuente y mencionado por toda la cadena del SGSSS.

## **Recobros**

Como se mencionó en la sección anterior, la actualización del POS incluyó algunos medicamentos cuya dispensación solamente está cubierta si los pacientes tienen un diagnóstico específico (eso se llama la condicionalidad). Si bien esta medida buscaba mayor efectividad y seguridad de cada tecnología, el resultado es que el proceso de identificación de los medicamentos POS se ha complicado mucho según el punto de vista de las IPS y las EPS. Éstas últimas manifestaron haber tenido que contratar personal más calificado para “lidiar” con el proceso de recobros. En resumen, ya no es tan fácil saber qué medicamentos están incluidos en el POS y cuáles no –tampoco es fácil saber para quién está permitido el suministro del medicamento<sup>64</sup>.

---

<sup>64</sup> Para conocer qué medicamentos están incluidos en el POS, la resolución por la cual se establecen las coberturas, tiene un anexo que especifica las aclaraciones para las tecnologías en las cuales se requiere. Sin embargo, el proceso es de mayor complejidad actualmente.

En lugar de confirmar la inclusión de las medicinas en una lista taxativa (POS antiguo), hoy los profesionales clínicos deben determinar si la condición del paciente equivale a las condiciones bajo las cuales el POS cubre la medicina que se le va a suministrar. No es coincidencia entonces que la evaluación de procesos muestre que de todos los procesos que realizan las EPS, el de recobros fue el más afectado por la unificación y la actualización de POS (22 modificaciones).

La condicionalidad de las medicinas en el POS ha dado pie a muchas situaciones de ambivalencia y confusión, por lo que las EPS aún tienen la necesidad de acudir al proceso de recobro con frecuencia. La razón por la cual no se ha reducido el valor de los recobros en todas las EPS es el hecho de que han reemplazado las tecnologías que antes se recobraban y que fueron incluidas en el POS, por otras nuevas, a fin de mantener su porcentaje histórico dentro del costo médico total.

### **Importancia de los RIPS**

La evaluación de impacto de este estudio se basó en el los Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud, que es probablemente la base de datos más rica que existe para monitorear y controlar el Sistema de Salud. Sin embargo, como se detalla en la sección de impacto, los datos de los RIPS tuvieron que ser depurados varias veces debido a dudas acerca de su calidad. Por su gran potencial, es deber de los realizadores de este estudio recalcar la importancia de mantener actualizados y controlar la calidad de los registros de atenciones de los RIPS. La exigencia constante de estos registros a los actores del sistema de salud podría dotar al Ministerio de Salud y Protección Social con información útil para monitorear metas como lo hacen los países con sistemas de salud más avanzados y gestionados con esta información. En países como Estados Unidos, Canadá y Francia este tipo de información se utiliza diariamente para el seguimiento y periódicamente para evaluar la gestión de las aseguradoras, los prestadores, la carga de enfermedad, etc. El análisis constante de los RIPS debería orientar los cambios normativos y en general la regulación del sector, al igual que lo hacen en otros países. Además, si los RIPS tuvieran una calidad óptima, podrían suplir necesidades cruciales, como, por ejemplo, ser una fuente de información alternativa para contrastar el valor de la UPC y la suficiencia de ésta.

### **Avances en Protección Financiera**

Es necesario mencionar que, aunque siguen existiendo falencias<sup>65</sup>, la unificación y la actualización del POS son un avance contundente hacia el objetivo de garantizar el servicio de salud a todos los colombianos. En 2003 un estudio que comparó los niveles de protección financiera en salud de 59 países (Xu et al., 2003) ubicó a Colombia en el puesto 56, solo por encima de Vietnam, Brasil y Azerbaiyán. El estudio de Xu et al. (2003) encontró que hace una década más del 60% de los hogares que incurrían en gastos de salud en Colombia sufrían de gastos catastróficos o empobrecedores. Aunque no es posible actualizar esa figura para Colombia debido a que la fuente de información, la ECV, ya no contiene esas variables, la información aportada por la ER de esta evaluación sugiere que la situación ha mejorado dramáticamente.

La evaluación de resultados encuentra que más del 80% de las personas encuestadas afirmó que la atención en salud fue cubierta por el sistema con recursos de aseguramiento. Sin duda alguna, ese nivel de cobertura representa un avance importante con respecto a la escasa protección financiera que tenían los hogares colombianos en el pasado.

---

<sup>65</sup> Hay indicios de que en el grupo de 11 patologías más de un 15% de los pacientes cubre el costo de su cirugía o de su consulta odontológica con recursos propios.

## REFERENCIAS

---

Access to Medicine Foundation. (2014). The Access to Medicine Index. Recuperado a partir de [http://www.accesstomedicineindex.org/sites/2015.atmindex.org/files/2014\\_accesstomedicineindex\\_fullreport\\_clickablepdf.pdf](http://www.accesstomedicineindex.org/sites/2015.atmindex.org/files/2014_accesstomedicineindex_fullreport_clickablepdf.pdf)

Alogna, M. (1980). Perception of Severity of Disease and Health Locus of Control in Compliant and Noncompliant Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 3(4), 533-534. <http://doi.org/10.2337/diacare.3.4.533>

Arrossi, S., Sankaranarayanan, R., & Parkin, D. M. (2003). Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Salud Pública de México*, 45, 306-314. <http://doi.org/10.1590/S0036-36342003000900004>

Azuero, F. (2012). La Organización Institucional y la Regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En *La Salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*. Bogotá: Ediciones Uniandes.

Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. A., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282(15), 1458-1465.

Cancer Research UK. (2014, abril 1). Worldwide cancer statistics [Document]. Recuperado 14 de noviembre de 2014, a partir de <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/world/cancer-worldwide-the-global-picture>

Carpenter, D., Cram, P., Inadomi, J., Vijay, S., & Fendrick, M. (2003). «The Impact of a Celebrity Promotional Campaign on the Use of Colon Cancer Screening: The Case of Katie Couric». *Archives of Internal Medicine*, 63, 1601-1605.

Center for Pharmaceutical Management. (2003). Access to Essential Medicines: State of Minas Gerais, Brazil, 2001 Final Draft May 2003 Strategies for Enhancing Access to Medicines Program - Brazil. Management Sciences for Health. Recuperado a partir de [http://projects.msh.org/seam/reports/Brazil\\_final.pdf](http://projects.msh.org/seam/reports/Brazil_final.pdf)

Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions: a review of the evidence*. Health Foundation.

Coulter, A., Entwistle, V., & Gilbert, D. (1999). Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ: British Medical Journal*, 318(7179), 318-322.

CRES, C. de R. en S. (2011). Acuerdo 029 de 2011. Recuperado a partir de <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Documents/sitio/ACTUALIZACION%20POS%2012/Acuerdo%2029%20de%202011.pdf>

Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J. P., ... Group, T. O. H. S. (2011). *The Oregon Health Insurance Experiment: Evidence from the First Year* (Working Paper No. 17190). National Bureau of Economic Research. Recuperado a partir de <http://www.nber.org/papers/w17190>

Garabedian, L. F., Ross-Degnan, D., Ratanawijitrasin, S., Stephens, P., & Wagner, A. K. (2012). Impact of universal health insurance coverage in Thailand on sales and market share of medicines for non-communicable diseases: an interrupted time series study. *BMJ Open*, 2(6), e001686. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001686>

Gertler, P., & Solon, O. (2000). Who benefits from social health insurance in developing countries? University Of California at Berkeley: Berkeley, CA. Recuperado a partir de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.202.3658&rep=rep1&type=pdf>

Jacobsen, G. D., & Jacobsen, K. H. (2011). Health awareness campaigns and diagnosis rates: evidence from National Breast Cancer Awareness Month. *Journal of Health Economics*, 30(1), 55-61. <http://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.11.005>

Kountz, D. S. (2009). Strategies for improving low health literacy. *Postgraduate Medicine*, 121(5), 171-177. <http://doi.org/10.3810/pgm.2009.09.2065>

Liga Contra el Cáncer Seccional Bogotá. (2014). Recuperado 14 de noviembre de 2014, a partir de <http://www.ligacontraelcancer.com.co/tiposcancerdeseno.php>

McDowell, I., Newell, C., & Rosser, W. (1989). A randomized trial of computerized reminders for blood pressure screening in primary care. *Medical Care*, 27(3), 297-305.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). Guía para el manejo del VIH/Sida. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado a partir de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20PARA%20EL%20MANEJO%20DE%20VIH%20SIDA.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). ESTUDIO DE DISPONIBILIDAD Y DISTRIBUCIÓN DE LA OFERTA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS, EN SERVICIOS DE ALTA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN COLOMBIA. MSPS. Recuperado a partir de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>

Musgrove, P., Zeramdini, R., & Carrin G. (2002). Basic Patterns in national health expenditure. World Health Organization. Recuperado a partir de [http://www.who.int/bulletin/archives/80\(2\)134.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/80(2)134.pdf)

NHS. (2000). The NHS Cancer Plan. NHS. Recuperado a partir de [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4014513.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4014513.pdf)

NHS. (2015). Statistics» Cancer waiting times. Recuperado 19 de marzo de 2015, a partir de <http://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/cancer-waiting-times/>

Núñez, J., Zapata, J. G., Castañeda, C., Fonseca, M., & Ramírez, J. (2012). *LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO*. Fedesarrollo. Recuperado a partir de

<http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf>

OMS. (2015). Global Health Observatory Data Repository. Recuperado 19 de marzo de 2015, a partir de <http://apps.who.int/gho/data/view.main.1860?lang=en>

Osborne, H. (2011). *Health Literacy From A To Z: Practical Ways to Communicate Your Health Message* (2 edition). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.

Pignone, M., DeWalt, D. A., Sheridan, S., Berkman, N., & Lohr, K. N. (2005). Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. A systematic review. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 185-192. <http://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.40208.x>

Sulkowski, M. S. (2008). Viral hepatitis and HIV coinfection. *Journal of Hepatology*, 48(2), 353-367. <http://doi.org/10.1016/j.jhep.2007.11.009>

Wagstaff, A. (2010). Estimating health insurance impacts under unobserved heterogeneity: the case of Vietnam's health care fund for the poor. *Health Economics*, 19(2), 189-208. <http://doi.org/10.1002/hec.1466>

WHO. (2014). WHO | Equity. Recuperado 12 de noviembre de 2014, a partir de <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>

Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramardini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. L. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 362(9378), 111-117. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5)