

Perfil de la demanda de servicios médicos en el Departamento de Santander, 2001-2007

Rafael Antonio Viana Barceló, Mag*

Jorge Luis Navarro España, Mag*

Resumen

En el presente documento se estudian las principales características de la demanda de servicios médicos en el Departamento de Santander. Para ello, se realiza un análisis descriptivo de las particularidades de la población del Departamento que demanda el servicio según afiliación, género, edad, entre otros. Los datos utilizados para el estudio, provienen básicamente de dos fuentes: el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) y las proyecciones de población 2005-2020, total departamentales y municipales, por sexo y grupos quinquenales de edad del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE. La unidad de análisis del presente estudio la constituyen los registros y no la población; la información disponible no permite centrar la atención sobre las personas atendidas. Los resultados indican que es necesario incorporar criterios que tengan en consideración aspectos como género, niñez o tercera edad, en el diseño de las políticas públicas de salud. De igual manera, es importante considerar los interrogantes de financiación de la red de salud de Santander, si se considera que en los últimos años las características de la consulta médica indican una mayor presión sobre el uso de los recursos asignados en el sector. [Viana RA, Navarro E. Perfil de la demanda de servicios médicos en el Departamento de Santander, 2001-2007. MedUNAB 2010; 13:xx-xx].

Palabras claves: Demanda por servicios de salud, Lesiones, Población, Política pública de salud, Colombia.

Introducción

Hechos en el mundo, como el cambio climático, el desarrollo de armas químicas y biológicas, las crisis de los sistemas financieros mundiales, las crisis humanitarias de los países en conflicto, los cuasi colapsos de algunos

Summary

This paper explores the main characteristics of the demand for medical consultations in the department of Santander. To do this, performing a descriptive analysis of the characteristics of the population that demands the service department as affiliation, gender, age, body others. The data used for the study come primarily from two sources: the individual record or health services (RIPS) and population projections from 2005 to 2020, departmental and municipal total, by sex and five year age groups from the National Bureau of Statistics - DANE. The unit of analysis in this study was the records and not the population, the available information does not allow to focus on the people served. The results indicate a need to incorporate criteria regarding gender, children, and senior citizens in the design of public health policies. The results show that it is necessary to incorporate criteria regarding gender, children, and senior citizens in the design of public health policies. Similarly, it is important to consider the questions of financing of the health network of Santander, considering that in recent years, the pattern of medical consultation indicate greater pressure on the use of the resources allocated in the sector. [Viana RA, Navarro E. Health services demand profile in the department of Santander, 2001-2007. MedUNAB 2010; 13:xx-xx].

Key words: Health service, Injury, Population, Colombia, Health politics.

sistemas de salud en diferentes países y la prevalencia de enfermedades en países tropicales y pobres, han puesto desde hace dos décadas el énfasis de la discusión de las políticas públicas de salud en aspectos como las características de la demanda; y el diseño, operación y financiamiento de los sistemas. En medio de este debate, en

* Profesor, Escuela de Economía, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia. Grupo de investigación sobre desarrollo regional y ordenamiento (GIDROT).

Correspondencia: Prof. Rafael Viana, Escuela de Economía, Ciudad Universitaria, Carrera 27 con calle 9, Bucaramanga, Colombia. E-mail: ranviana@uis.edu.co

Artículo recibido: 25 de febrero de 2010; aceptado el 6 de julio de 2010.

los países hay diferencias notables en cuanto a los funcionamientos de los sistemas de salud, regionales y locales. En este documento se hace un diagnóstico inicial para caracterizar la demanda de consultas médicas en el Departamento de Santander y al mismo tiempo arrojar luces sobre la orientación de la política pública de salud departamental.

El documento está organizado en tres secciones. En la primera se describen los principales desarrollos teóricos que explican la demanda de las personas por salud y por atención en salud. De igual manera se presentan los resultados de algunos estudios empíricos en el tema. En la segunda sección se describe la metodología utilizada y se analizan las características principales de la demanda por consultas médicas en Santander enfatizando en factores como género, afiliación, edad y tipo de enfermedad. Finalmente, en la tercera se presentan las conclusiones y algunas recomendaciones de política pública.

Revisión teórica y hechos estilizados

Los principales aportes teóricos. Teóricamente, el tema de los factores determinantes que condicionan la demanda de salud, ha sido desarrollado de manera formal por varios autores. Quizás el trabajo más citado en la literatura económica en este sentido es el de Grossman. Este autor conceptúa la salud como cualquier otro bien en la economía, aunque considera que al mismo tiempo posee características que lo hacen especial. Esto es, la salud es un bien de inversión y de consumo. Grossman considera que así como la salud posee características que lo asemejan a un bien de consumo, se puede producir salud a través de la demanda de servicios sanitarios, médicos y el cuidado personal, semejando dicha situación a la producción empresarial de un bien. En esta medida, la demanda que las personas hacen por servicios médicos, condiciones sanitarias, entre otras similares, constituyen una demanda derivada del deseo (demanda) de las personas por permanecer saludables o recuperar dicho estado.¹

Kverndokk afirma que la demanda de salud o de los servicios de salud puede depender no de factores tradicionales como el ingreso, sino de la búsqueda de “estatus” e “identidad”.² En el primer sentido, la teoría económica tradicional supone que las personas compran un bien porque el mismo les permite estar por encima del nivel de consumo de una persona típica en la sociedad (por ejemplo, vacacionar en un lugar muy exclusivo). Pero de igual manera, las personas consumen bienes porque pueden identificarse con un grupo. Por ejemplo, algunas personas usan ropas con atuendos o extensiones metálicas porque los identifican con la moda y la tribu social “punk”. Esto misma pasa con los peinados tipo “punk” y “emo”. Ahora bien, cuando el consumo de una persona se ve influido por el consumo que otras personas hacen del mismo bien, esto se denomina “externalidad de arrastre”. El autor propone que

las personas pueden tener estos dos mismos motivos para consumir salud, dado que si se comparan con otras personas de la misma edad, pueden parecer como más jóvenes y delgados (estatus), y también les puede permitir identificarse con grupos que son bien vistos socialmente (deportistas) y diferenciarse de otros (alcohólicos). También se puede citar el caso de una estrella de cine que quiere verse a los 40 ó 50 años igual que como se veía a los 25 ó 30. Es decir, quiere ser identificada siempre como una estrella de cine; el mito de la eterna juventud.

El otro factor importante al que hace alusión Kverndokk, es el de “*adaptation*”. Se puede entender como la situación en la cual las personas verán deteriorada su salud a medida que avanzan en edad. Pero la tasa a la cual se deteriorará la misma será más lenta si goza de una buena salud previa y, por tanto, le es más fácil adaptarse a niveles de salud más bajos (deteriorados). En los modelos propuestos por Kverndokk, el factor “*adaptation*” puede ser más importante que los efectos de “estatus” e “identidad”. La razón es que los resultados sobre la decisión de demandar servicios de salud no difiere mucho de la que se tomaría considerando las variables tradicionales. Asimismo la adaptación del individuo a niveles más bajos de salud es un proceso dinámico en el que la experiencia del pasado afecta la valoración actual de la salud por parte del mismo.²

Otros teóricos como Gravelle, Smith y Xavier,³ o Acton,⁴ también han puesto de presente que la demanda de atención de salud puede ser racionalizada, o puede verse afectada por factores como el tiempo de espera por atención o la permanencia en listas de espera; en este último caso, cuando esperan por ciertos tipos de cirugías. En esencia, el argumento consiste en que el tiempo, así como otros costos no monetarios, juega un papel igual al de los precios cuando se trata de racionalizar la demanda por atención de salud. Es decir, a medida que estos costos aumentan, la demanda por atención de salud también disminuye; obviamente, se parte del hecho de que el motivo de la demanda no sea prioritario o urgente. En el caso de las listas de espera, estas se aplican como factor de racionamiento cuando hay que esperar un turno largo en el tiempo para procedimientos de cirugía. Muchos de estos elementos funcionan como “racionador” de los servicios médicos gracias a que los precios de estos –los servicios– se han reducido drásticamente por los sistemas de seguros de salud o por los programas de gasto público nacional y regional.

De esta manera, la demanda de salud (HD), o por consultas médicas depende de los precios (P), el ingreso (I), el tiempo (T) y otros factores no monetarios (ONM), así:

$$HD = f(P, I, T, ONM) \quad (1)$$

En la ecuación (1), la demanda de salud está asociada de manera negativa con los precios y con el tiempo; de manera positiva con el ingreso, en tanto que otros factores pueden tener una influencia positiva o negativa, dependiendo de las

características de los factores. La relación negativa con el ingreso no implica que los pobres no deseen una buena salud o que no quieran recuperarla una vez la pierden, sino que dados sus bajos ingresos, pueden pagar menos horas-médico de servicios.

Definiciones conceptuales y hallazgos empíricos. En los últimas décadas, los países han destinado una importante cantidad de recursos, tanto monetarios como no monetarios, a los tratamientos y cuidados de la salud de sus poblaciones. Debido a esto, la medición y la evaluación de la salud de la población constituye un factor importante tanto para los hacedores de políticas, como para la sociedad en general. Históricamente, el análisis y evaluación de la salud de una sociedad determinada se ha realizado con métodos objetivos basados en la observación o intervención médica. Recientemente han surgido muchas críticas, tanto a la definición misma que se le da a la salud, cómo a los indicadores que se usan para medirla. Haciendo una revisión de la evolución del concepto, Gil y Sierra reportan que una de las primeras definiciones de salud la concebía como “(...) la ausencia de enfermedad”.⁵

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como: “(...) un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. No obstante, estas definiciones han sufrido críticas de Salleras.^{6,7} En primera medida, la salud no puede ser definida como ausencia de enfermedad, así como la ausencia de guerra tampoco define la paz. Respecto a la definición de la OMS considera que esta no es correcta porque aparece como utópica, estática y subjetiva. Utópica porque no existe un estado completo de salud; estática porque no considera que la salud es algo dinámico; y cambiante y subjetiva porque la idea de bienestar o malestar depende del propio individuo y de su percepción.

Respecto a la medición del estado de salud, tradicionalmente se han tenido en cuenta indicadores de salud tales como: esperanza de vida, tasa de mortalidad y prevalencia de algún tipo de enfermedad. No obstante, autores como Oliva, comentan que estos indicadores han perdido importancia en el análisis debido a que la reducción de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida han alcanzado avances positivos.⁸

El hecho de que los indicadores tradicionales del estado de salud de una población hayan perdido importancia dentro del análisis ha tenido como consecuencia que la evaluación y medición de la salud se centre en otras variables; en primera medida de tipo no monetario (tiempo de desplazamiento, costo de oportunidad y variables personales) que condicionan el acceso a los servicios de salud de una población determinada; y en segunda medida, aspectos monetarios, entre los cuales se encuentra el ingreso de la familia, costo de la consulta y de los medicamentos, entre otros factores. Recuerde el lector, respecto a estas variables, la primera revisión de desarrollos teóricos de esta sección. Incluso, la misma definición de

salud proporcionada por la OMS contribuyó reorientar el análisis de los indicadores de salud al considerar las dimensiones física, mental y social.

Partiendo de esta concepción, se han desarrollado varios estudios internacionales sobre los determinantes de las consultas médicas. Álvarez realizó un estudio de los determinantes de la utilización de las consultas al médico y los servicios de urgencia en España. Para el análisis, utilizó los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1993, la cual complementó con la Encuesta de Presupuestos Familiares de 1990-91. Con los datos en mención, la autora construyó y estimó dos ecuaciones de demanda: una ecuación para determinar los factores que inciden en la demanda de consultas al médico y otra para determinar los factores asociados a la demanda de servicios de urgencia. La primera ecuación fue estimada por máxima verosimilitud binomial negativa y la segunda por mínimos cuadrados generalizados. En lo referente a los resultados económicos, el estudio permitió concluir que el libre acceso de los ciudadanos a los servicios de salud, la ausencia de copagos en el sistema y el racionamiento mediante lista de espera desvirtúa el papel de la renta como factor condicionante del acceso a los servicios.⁹

Villalba realizó una investigación titulada “Determinantes no monetarios de la demanda de servicios de salud de las mujeres en edad fértil” para el caso de Paraguay. Para determinar los factores no monetarios que inciden en la demanda de servicios de salud, la autora utilizó una encuesta que se les aplicó a 4,714 mujeres en edad fértil. Posteriormente, mediante un modelo *logit* determinó las probabilidades individuales de contraer enfermedad, de consultar y de optar por una consulta institucional. Los resultados del estudio evidenciaron que hay un sesgo en contra de las mujeres rurales ya que cuentan con mayor probabilidad de enfermarse. Asimismo, la posesión de seguros médicos incrementa la posibilidad de enfermarse (posiblemente aquellas que se aseguran son conscientes de su propensión a enfermarse); en tanto que poseer casa propia al igual que un alto nivel de educación, disminuyen la probabilidad de enfermarse.¹⁰

Mwabu construyó un modelo de demanda de servicios médicos para estudiar el efecto de las variaciones del precio del tiempo, sobre comportamiento de los hogares respecto a la búsqueda de atención de la salud en distintas estaciones del año. Para ello usó datos de la Unidad de Salud Rural en Kenia. Los resultados de Mwabu indicaron que los factores monetarios, como los costos de tratamiento y el ingreso mismo tienen estadísticamente efectos significativos en las decisiones sobre el uso de servicios clínicos de los hogares estudiados. En otro sentido, el autor encontró que en las temporadas de lluvia la utilidad del costo del tiempo se incrementa mucho respecto a la que se experimenta en épocas secas, por lo cual durante la época lluviosa se incrementa la probabilidad de que los pacientes no busquen tratamiento a sus enfermedades, si no las perciben como severas.¹¹

Nelson *et al.*, realizaron un estudio para determinar el efecto que sobre la demanda de salud tiene la cuota de copago de los servicios médicos. Para esto usaron los datos de reclamos del seguro médico “Medicaid” entre 1976 y 1979 en los Estados de Carolina del Sur (programa bajo revisión) y Tennessee (grupo de control). Durante el período de análisis, el copago se implementó a partir del segundo de los años en estudio. Luego de la aplicación del copago, el nivel de prescripciones y la pendiente de la función de uso del servicio declinaron en Carolina del Sur. Si bien el nivel de gastos declinó, mantuvo una tendencia positiva. A partir del análisis cuantitativo de las prescripciones se concluyó que el alza en los gastos se debía más al incremento en los costos de las drogas que al incremento en el volumen promedio de prescripciones. Los autores encontraron que este mecanismo –el copago– es exitoso para reducir la demanda inoficiosa por servicios de salud.¹²

A pesar de que en el ámbito internacional las investigaciones en este tema son amplias, es hasta las dos últimas décadas que en el país se ha experimentado un crecimiento por parte de estudios encaminados a determinar los factores que condicionan la demanda de salud. En el 2007, el Ministerio de Protección Social de Colombia realizó la Encuesta Nacional de Salud (ENS) para determinar los factores que condicionan tanto la oferta como la demanda de salud. Cabe aclarar que en dicha encuesta no se tuvieron en cuenta algunos de los factores no monetarios como son el tiempo de desplazamiento, de espera y el costo de oportunidad en que incurren los usuarios cuando demandan salud.

Sin pretender ser exhaustivos, en este documento se citan dos estudios sobre acceso a salud, gasto en salud o ambos. Por ejemplo, Gil y Sierra realizaron un análisis de la relación entre el gasto en salud y el ingreso, la escolaridad y el tipo de afiliación para el Departamento de Risaralda, trabajando con datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENH) y la Encuesta de Ingresos y Gastos (EIG) del DANE. Los principales resultados encontrados fueron una relación positiva con los niveles de ingreso y con la escolaridad, tal como lo predicen los modelos teóricos. Respecto a la afiliación al régimen contributivo, encontraron una relación inversa, como podría esperarse. Es decir, la afiliación al régimen contributivo actúa como un amortiguador de los gastos en salud.⁵

Por otro lado, Ramírez *et al.*, realizaron un análisis descriptivo del gasto en salud de los hogares colombianos usando los datos de la Encuesta Calidad de Vida 1997–ECV 97–. Los principales hallazgos reportados fueron el hecho de que los hogares gastan en promedio el 9.6% de sus ingresos corrientes en salud. De otro lado, las variables más importantes para explicar el comportamiento del gasto son la ubicación geográfica y los tipos de afiliación y ocupación. Por citar una cifra, si el jefe de hogar estaba afiliado al régimen contributivo, el gasto promedio de salud era mayor a \$100,000 mensuales, en tanto los no afiliados y subsidiados no gastaban más de \$50,000. Otro aspecto con efectos sobre el gasto en salud fue el nivel de escolaridad del

jefe de hogar. Los autores encontraron que cuando un jefe de hogar no tiene educación, el nivel promedio de gasto es \$50,349, mientras que en niveles de educación más altos, el gasto en salud superaba la cifra de \$110,000.¹³

El conocimiento de los factores que condicionan la demanda de determinado bien o servicio siempre ha sido uno de los grandes objetivos, si no el más importante de las personas encargadas de tomar ciertas decisiones con respecto a la producción de los mismos.

En la salud, al igual que en cualquier sector en general no es fácil proponer políticas públicas efectivas debido a que no se cuentan con las herramientas adecuadas. Uno de los limitantes que comúnmente se encuentra tiene que ver con la falta de estudios que facilitan diagnosticar la situación real del sector. Por todo esto se hace necesario identificar los factores que más pesan en la demanda de consultas médicas, permitiendo delinear políticas públicas más precisas. Al tiempo se asignan de una manera más eficiente los recursos destinados a prevenir el fenómeno.

Metodología

Este documento es de tipo cualitativo descriptivo y es el inicio de un plan de estudios de mediano plazo (cinco años) sobre la demanda de salud y de servicios médicos en Santander y Bucaramanga. Los datos utilizados para la realización del presente provienen de varias fuentes. En primera instancia, se utilizaron los registros de consultas totales que aparecen en el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) para el periodo en estudio, al cual se puede acceder a través de Ministerio de Protección Social. Si bien es cierto que este tipo de sistemas estadísticos tienen problemas de clasificación y de subregistro, entre otros, se hace uso de ellos por dos razones: aun con los problemas detectados, no se estima que la influencia de estos sobre los datos constituya una traba para alcanzar resultados que permitan hallar resultados generales y una primera aproximación; adicionalmente, son cifras oficiales, en donde la unidad de análisis fueron las consultas, el uso de servicios médicos, o ambos. En segunda instancia, se tomaron las estimaciones de la población 1985-2005 y las proyecciones de población 2005-2020 para departamentos y municipios, por sexo y grupos quinquenales de edad que aparecen en la página del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). El número de personas afiliadas a los distintos regímenes de salud también fue extraído de la página del Ministerio de Protección Social.

Lo que tiene que ver con las causas de consultas médicas, los datos fueron extraídos del RIPS, al igual que las consultas por sexo, por grupos etarios y tipo de usuario. Cabe aclarar que se utilizó la cantidad total de registro para cada uno de los ítems mencionados anteriormente. Como los datos disponibles en las estadísticas RIPS no permiten realizar análisis sobre las personas atendidas, el presente estudio tomó como unidad de referencia los registros.

Dado que los grupos etarios que aparecen en el RIPS (<1 año, 1 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 44 años, 45 a 64 años y >64 años) difieren de los que aparecen en el DANE (los discrimina en grupos quinquenales de edad), se procedió a agregar los grupos de población de este último ente, en las cuatro últimas categorías del primero. De igual manera, los dos primeros grupos etareos que aparecen en el RIPS, fueron agregados en uno sólo para facilitar el análisis en lo referente a las consultas médicas per cápita según enfermedad general.

Dado que los datos disponibles no permiten realizar análisis sobre las personas atendidas, se procedió a dividir el total de registros por grupos etarios entre el total de la población respectiva, para saber cuál fue el nivel de consultas médicas per cápita por segmento poblacional.

Para identificar el porcentaje de consultas médicas por sexo, se dividió el total de registro por sexo entre el total de la población respectiva para el departamento. Por último, en lo que respecta a la participación porcentual según tipo de afiliación al régimen de salud en el servicio médico, se dividió el total de registro por afiliación entre el número total de personas afiliadas.

Estructura de la demanda de servicios de salud

Para caracterizar un perfil de las razones por las que las personas demandan servicios médicos, a primera vista lo más lógico es analizar las razones por las que estas hacen

efectiva dicha demanda. En el cuadro 1 se muestran la discriminación de las diferentes afecciones y percances de las personas que los motivaron a acudir al médico. Es importante considerar el error inducido en estos resultados por el subregistro y los problemas de calidad del RIPS. Probablemente la prevalencia del valor “Enfermedad general” en el campo “Causa externa” está más relacionada con estos problemas de calidad que con el comportamiento real de la prestación del servicio.

En la tabla 1 se puede observar que el motivo más importante por el cual los santandereanos decidieron consultar el médico en el periodo de estudio fue el de enfermedad general. Para el periodo el promedio fue 86% aproximadamente. Es también importante anotar que las lesiones autoinfligidas (estas hacen referencia a las causadas por las mismas personas con el fin de causarse daño físico y emocional) tienen una importancia relativa como motivo de las consultas al médico en el departamento. Este fenómeno comúnmente se presenta debido a que las personas para evadir responsabilidades laborales o familiares deciden atentar contra su propia integridad física. Esto es lo que algunas veces ocurre cuando existen separaciones conyugales o cuando un niño va perdiendo el año.¹⁴

Otros de los ítems que se pueden destacar en el presente análisis, tiene que ver con la sospecha de abuso y violencia sexual, que, aunque presenta un promedio menor al 0.05%, se pueden considerar significativo, como sinónimo de preocupante, o al menos digno de llamar nuestra atención como sociedad, debido a que en estos casos por lo general el afectado no denuncia por miedo al rechazo social.

Tabla 1. Causa de las consultas médicas, consulta externa, Santander, 2001-2007 (%).

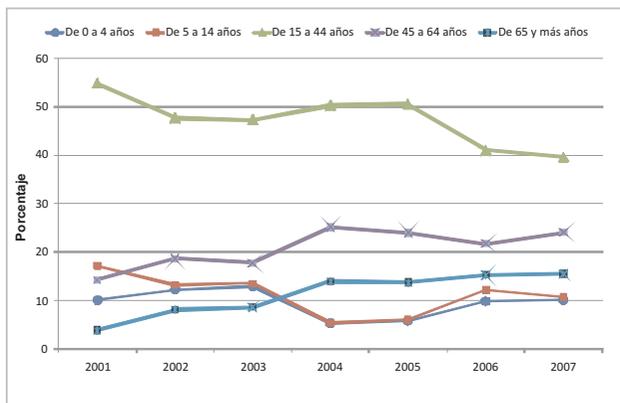
Causa	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Enfermedad general	87.33	89.35	90.52	89.27	87.00	83.38	73.53
Otra	10.74	9.00	7.33	8.61	11.04	11.36	8.01
Lesión auto infligida	0.72	0.30	0.34	0.29	0.41	0.36	0.55
Otro tipo de accidente	0.52	0.42	0.72	0.51	0.55	0.84	1.25
Accidente de tránsito	0.45	0.29	0.28	0.24	0.17	3.21	14.75
Evento catastrófico	0.1	0.12	0.58	0.74	0.33	0.06	0.05
Accidente de trabajo	0.04	0.01	0.01	0.01	0.01	0.02	0.03
Sospecha de abuso sexual	0.03	0.34	0.01	0.02	0.03	0.02	0.01
Lesión por agresión	0.02	0.08	0.09	0.2	0.37	0.44	0.30
Enfermedad profesional	0.01	0.03	0.04	0.04	0.02	0.02	0.01
Accidente rábico	0.01	0.03	0.03	0.03	0.04	0.23	1.32
Sospecha de maltrato emocional	0.01	0.01	0.02	0.02	0.01	0.04	0.07
Accidente ofídico	0.01	0.01	0.01	0.01	-	-	-
Sospecha de violencia sexual	-	-	-	-	-	-	0.02
Sospecha de maltrato físico	-	-	0.01	0.01	-	0.02	0.09

Fuente: Ministerio de Protección Social, cálculos propios

Como se puede observar en la tabla 1, la consulta médica por accidentes de tránsito en los dos últimos años del periodo estudiado ha experimentado un crecimiento considerable. Es probable que este fenómeno en gran parte se deba que el número de automóviles en el Área Metropolitana de Bucaramanga (que alberga el 65% de la población total del departamento), según datos del Ministerio de Transporte, pasó de 338,740 en 2005 a 380,299 en 2006 (crecimiento anual de 12.26%) y a 427,364 en 2007 (crecimiento anual de 12.37%).

De igual manera cabe destacar el hecho que el número motos en el Departamento y, especialmente, en el Área Metropolitana de Bucaramanga ha crecido considerablemente puesto que en el año 2005 según datos del Ministerio de Transporte el número de motos matriculadas era 359,398, mientras que para el 2006 fue de 426,609 (crecimiento anual de 18.7%) y para el 2007 pasó a 512,502 (incremento anual de 20.13%). Este fenómeno, unido al incremento sustancial del número de automóviles explica en parte el aumento de las consultas médicas por accidente de tránsito. De hecho se puede decir que la ciudad no cuenta con vías de gran capacidad para evacuar el tránsito diario, por lo que hubo necesidad de implementar un sistema como el Metrolínea (sistema de transporte masivo) para desembotellar la ciudad haciendo más fluido su tráfico. Esto quiere decir que ante un incremento del número de vehículos, sin aumento del kilometraje de vías internas, se incrementa la posibilidad de accidentes. Pero de igual manera los hábitos de manejo descuidado, irresponsable y temerario también deben tener una incidencia sobre este hecho.

En lo referente a la distribución porcentual de las consultas médicas por grupos etarios (figura 1), se tiene que del total de las consultas realizadas en el periodo, el grupo que más decidió utilizar el servicio fue el comprendido entre los quince y cuarenta años de edad. Estos representaron en promedio el 47.3% del total de consulta. Este hecho se debe en gran medida a que este segmento de la población representa el 47.29% del total de la población del Departamento. Por tanto, la probabilidad de que una persona perteneciente a dicho grupo de la población se enferme, es



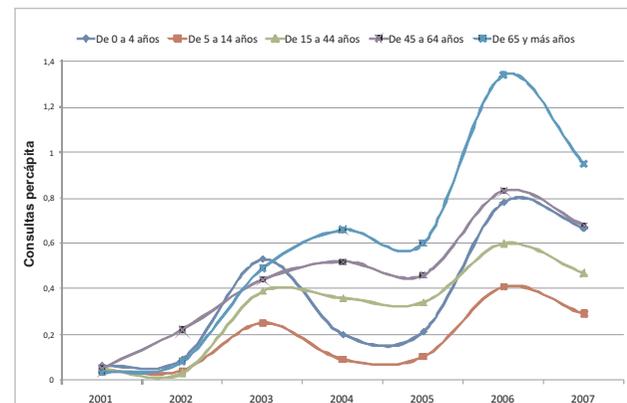
Fuente: Ministerio de Protección Social, cálculos propios

Figura 1. Consulta médica enfermedad general por grupos de edad, Santander, 2001-2007 (%)

más alta con respecto a las personas que pertenecen a los otros grupos de la población. Asimismo, se debe anotar que el grupo con menor participación porcentual en el total de consultas fue el de los menores de un año. Esto se correlaciona directamente con el hecho de que este grupo etáreo, representa en promedio apenas el 9.42% de la población. En lo referente a la franja poblacional de los menores de un año, se debe destacar que si bien la participación no es alta en términos porcentuales, como sociedad no podemos permitirnos dejar crecer este problema. La prevalencia y afección de enfermedades a estas edades tienen secuelas de por vida en los procesos de aprendizaje y en el desempeño laboral de quienes las padecen. Desde el punto de vista de la rentabilidad social es deseable la erradicación cuasi absoluta de enfermedades que afectan a los infantes.

Otro de los ítems destacables en el figura 1, tiene que ver con la participación en las consultas médicas del grupo de edad comprendido entre los 45 y 60 años de edad, el cual fue el segundo grupo en participación en la demanda del servicio (20.75% en promedio) a pesar de que en la pirámide poblacional ocupa el tercer puesto con participación del 15.86% en promedio. En cuanto a esto se debe anotar que normalmente las personas de este grupo están llegando al final de su vida laboral productiva. Al menos ello es así, dadas las condiciones actuales del mercado laboral colombiano. En este sentido, puede ser importante tener en cuenta la implementación de programas de salud laboral y mental dirigidas a estas personas en particular.

Consideradas las limitaciones de la información disponible, ya que no es posible saber cuántas veces utiliza el servicio de consulta médica una misma persona, ni se puede saber la frecuencia con que a misma persona utiliza el servicio, o si, por el contrario, no lo hace, o si una misma persona por diferentes circunstancias puede demandar varias veces el servicio de consultas médicas, se consideró no válido presentar el porcentaje de cada segmento de población que consulta al médico. Por el contrario, se procedió a calcular la consulta per cápita por segmento poblacional la cual se relaciona en la figura 2.



Fuente: Ministerio de Protección Social, cálculos propios

Figura 2. Consulta médica per cápita según enfermedad general por grupos de edad, Santander, 2001-2007 (%)

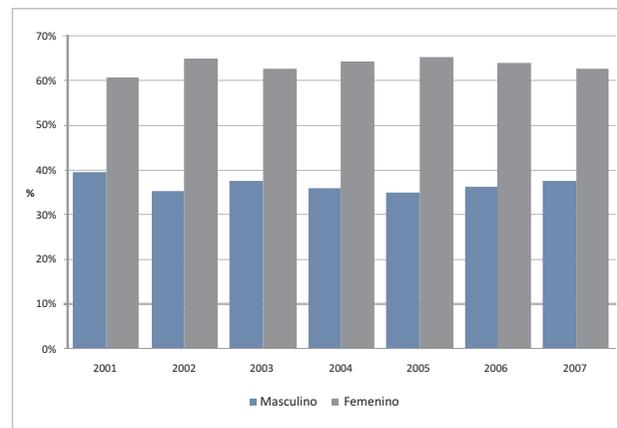
Lo primero que se puede observar en la figura 2 es que existe un comportamiento creciente en las consultas por grupos de edad en el sentido de que hay un patrón al alza recurrente en todas las franjas de edad. Esto puede estar influenciado en gran medida por el aumento de la cobertura del sistema de salud. De igual forma, se observa que el segmento de la población que en términos per cápita hizo más uso del servicio de consulta médica fue el de 65 años o más, alcanzado el pico más alto en el año 2006. Es decir, en este segmento cada vez el número total de consultas respecto al total de personas es creciente. Para ese año la población mayor de 65 años ascendía a 138,285 individuos y el total de consultas fue de 185,579. De igual manera llama la atención que el grupo entre 0-4 años presenta niveles de consulta per cápita considerables (0.32% en promedio), lo que es preocupante dado el grado de vulnerabilidad de las personas en esa etapa de la vida.

En cuanto a la participación por sexos en la demanda de consultas médicas, en la figura 3 se observa que las personas de sexo masculino fueron las que menos demandaron el servicio de consulta en todo el período de estudio. Esto se correlaciona de cierta manera con el hecho de que en el Departamento de Santander y principalmente en la ciudad de Bucaramanga, la mayor proporción de sus habitantes son de sexo femenino (51%) frente al (49%) del sexo masculino. Si bien popularmente se afirma que los hombres se enferman más que las mujeres (popularmente se afirma que los hombres son más cobardes para soportar las enfermedades que las mujeres; el sentido de la frase es que los hombres se reportan o se dicen enfermos con mayor frecuencia que las mujeres.), esto no está sucediendo en el Departamento de Santander puesto que a pesar de que las mujeres representan el 51% del total de la población, la participación promedio en el total de consultas médicas es de 63.43%, frente al 36.57% de los hombres.

Cuando se analizaron las cifras del grupo femenino, el grupo etáreo que en promedio más demandó el servicio de consulta médica fue el comprendido entre los 15 y 44 años de edad con participación del 59,3%. También se pueden destacar el peso del grupo de los mayores de 65 años (11.64%) y los comprendidos entre 0 y 4 años (8.45 %) que tuvieron las dos participaciones más bajas.

En lo referente a la participación en la demanda por consultas médicas por sexo se tiene que en las personas de sexo masculino al igual que en el femenino, el grupo que más demandó el servicio fue el comprendido entre los 15 y 44 años de edad con una participación del 39,93% lo que se correlaciona de forma directa con la importancia de este grupo en la pirámide poblacional. Este grupo tiene la mayor participación de la población masculina del departamento; 47.38% en promedio. De igual manera, las que menos utilizaron el servicio fueron las personas de 65 y más años.

Respecto al tipo afiliación (cobertura de seguridad social) de los usuarios del servicio de consultas médicas, es oportuno aclarar que el Ministerio de Protección Social, considera seis



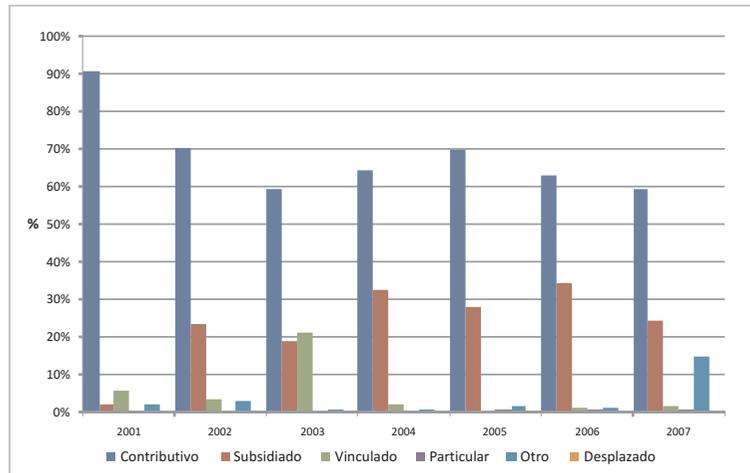
Fuente: Ministerio de Protección Social, cálculos propios

Figura 3. Consultas médicas según sexo, Santander, 2001-2007 (%)

categorías en lo que tiene que ver con la utilización del servicio de salud (contributivo, desplazados, particular, subsidiado, vinculado y otro). La Ley 100 de 1993 define dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (contributivo y subsidiado). Dentro del régimen contributivo se encuentran las personas vinculadas al sistema a través de un contrato de trabajo, así como los servidores públicos, los pensionados y jubilados, y los trabajadores independientes con capacidad de pago. En el régimen subsidiado están las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. En la Ley 100 se consideró que las personas objeto de este régimen son las más pobres y vulnerables del país en las áreas rural y urbana.

Las personas vinculadas al sistema por el régimen temporal, son todas las personas que por incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado, tienen derecho al servicio de salud en todas las instituciones públicas y en las privadas que tienen contrato con el Estado. Por usuario particular se entiende que son todos aquellos que aunque pertenecen a una de las categorías enunciadas anteriormente, no hacen uso del servicio por afiliación o condición, sino que deciden pagar de sus propios ingresos la consulta.

A pesar de que en la base de datos del Ministerio de Protección Social no se especifica a que se hace referencia con respecto al usuario "otro", en el presente estudio se asume que son todas las personas afiliadas a los regímenes de excepción tales como miembros de las fuerzas armadas y la policía, servidores públicos del Ministerio de Defensa, trabajadores de Ecopetrol, servidores públicos de la educación superior (universidades de Antioquia, Cartagena, Militar Nueva Granada, Pedagógica y Tecnológica de Colombia, del Cauca, del Valle e Industrial de Santander) y del magisterio, entre otros. Finalmente, los desplazados (toda persona que es desplazada por los conflictos de violencia del país) tienen derecho a recibir los servicios de salud en cualquier institución pública o privada de salud, desde el mismo momento del desplazamiento, sin ninguna condición (Ley 387 de 1997).



Fuente: Ministerio de Protección Social, cálculos propios

Figura 4. Participación porcentual servicios médicos según afiliación, Santander, 2002-2007

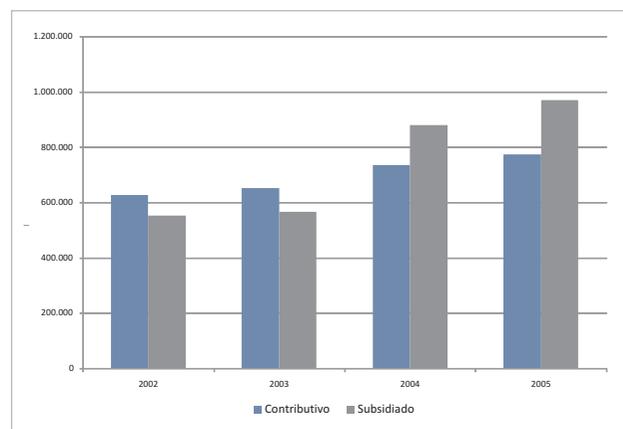
La figura 4 muestra que los usuarios que más utilizaron el servicio de consultas médicas en el departamento fueron los afiliados al régimen contributivo, quienes en promedio representaron el 68.18% de las consultas realizadas en el período. Se destaca el hecho de que durante 2001 representaron el 91% de las consultas realizadas. Este fenómeno puede ser explicado en gran medida por el hecho de que durante el 2001, la mayor parte de los efectos de la crisis económica de 1999 aún se sentía en la economía de los hogares del país. Luego, las personas simplemente decidían hacer uso de los servicios del sistema para no incurrir en gastos adicionales de salud. En las épocas económicas en que todo va bien, las personas deciden acudir a la consulta particular, obviando las consultas con sus entidades promotoras de salud –EPS.

Otro factor que resalta en este gráfico es que la segunda categoría que le sigue en importancia es la de los subsidiados. Este hecho, que en general se repite en el país, es importante en términos de la política pública que puede desprenderse de ello. Es decir, es importante en el sentido que el diseño y la planeación de la atención del sistema departamental de salud debe orientarse de acuerdo con estos resultados. Pero, asimismo, se puede deducir que el seguro de salud está cumpliendo un papel importante respecto al hecho de proveer cobertura contra la incertidumbre del padecimiento de enfermedades, al margen de las críticas que pueda tener el servicio o el diseño mismo del sistema.

Otro aspecto que puede verse en la figura 4 es el bajo porcentaje que representan las personas que pagan los servicios médicos de manera particular. Aunque vale aclarar que esto puede estar influenciado en gran medida, por el hecho de que la gran mayoría de los prestadores privados no reportan datos al ministerio. A la vez, que las personas prefieren trasladar a otros agentes (al Estado o las EPS) la mayor parte de los costos de su atención en salud. Este comportamiento, es coherente con la mayor parte de la

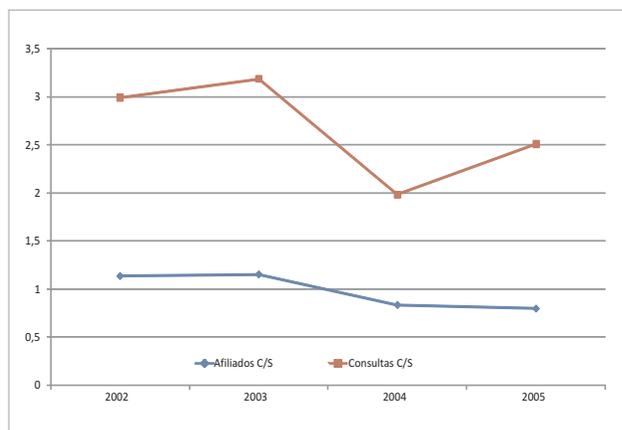
literatura revisada en este documento. Es decir, que las personas intentan minimizar los costos en que incurrir, para gozar del mayor bienestar posible. No obstante, no se puede decir que este fenómeno pueda estar ligado a la conformidad por parte de los usuarios con lo oportuno que son las empresas prestadoras del servicio de salud para conceder las citas médicas o con el funcionamiento del sistema mismo. Para hacer este tipo de aseveraciones son necesarios estudios más profundos, mucho más allá de la información con la que se contó en este análisis.

Un último aspecto importante para ser mencionado, que se desprende de la interpretación de la figura 5, es que en el departamento a partir del año 2004 el número de afiliados en el régimen subsidiado pasó a superar a sus similares del régimen contributivo. Este hecho es importante como elemento de planeación ya que esto va a poner una mayor presión sobre los recursos que se inviertan en el sistema departamental. La mayor presión se entiende en términos de



Fuente: Ministerio de Protección Social, cálculos propios

Figura 5. Afiliados al Sistema General de Seguridad Social, Santander, 2002-2005



Fuente: Ministerio de Protección Social, cálculos propios

Figura 6. Indicadores de presión sobre el Sistema de Salud, Santander, 2002-2005.

exceso de demanda por servicios de salud frente a la oferta de los mismos. Asimismo, pone de presente la necesidad de asegurar la financiación del sistema. Es obvio que habrá una presión adicional sobre los esquemas de planeación y operación logística (esta hace referencia a las etapas de la atención al usuario, tiempo de atención, entrega de medicamento y a cualquier otra etapa de los canales de distribución). Pero de igual manera, esto representa un desafío para los planeadores en términos de optimizar de la mejor manera los recursos invertidos y los resultados obtenidos de la operación del sistema.

Cabe mencionar que la presión sobre los recursos del sistema se puede ver mediante un indicador simple: tomar el número de afiliados del régimen contributivo y dividirlo por la cantidad de afiliados subsidiados. De otro lado tomar la relación de consultas del régimen contributivo con las consultas del régimen subsidiado. Se aprecia en la figura 6 que cada vez estos dos indicadores van disminuyendo. Es decir, cada vez hay más usuarios subsidiados por cada uno de los del régimen contributivo, y que, de igual manera, los usuarios subsidiados usan, en términos relativos, con mayor intensidad los servicios médicos. Quizás esta situación se revierte un poco en 2005, pero lo observado puede seguirse presentando hacia el futuro, dada la creciente informalidad del mercado laboral colombiano, que a su vez es consecuencia de la baja capacidad de la economía de generar puestos estables de trabajo.

Conclusiones

Las principales conclusiones que se derivan de este estudio están encaminadas principalmente a proveer apoyo a la toma de decisiones en política pública. Inicialmente, la caracterización de las consultas médicas registradas ante el Ministerio de Protección social indica que los santandereanos hacen uso de los servicios médicos por enfermedades de común observación. Es decir, por factores relacionados con

aspectos biológicos en unos casos, o fisiológicos de las mismas personas en otros casos. Existe poca prevalencia de factores sociales, culturales, laborales, descuidos o incluso fortuitos. Esto puede ser explicado en gran medida por la debilidad en términos del diligenciamiento del registro en este campo.

La mayor parte de las consultas se hicieron en la categoría “enfermedad general”. En este sentido, para mejorar la eficiencia del sistema de salud del Departamento se pueden reforzar implementando e impulsando programas sociales y laborales desde lo público y lo privado para mantener costumbres higiénicas y rutinas de auto cuidado; asimismo desterrando prácticas de automedicación.

Hay un aspecto importante, lo que tiene que ver con el hecho de que los grupos de edad más vulnerables (niños y ancianos) son los que más usan servicios médicos *per cápita*. De igual manera, las mujeres son usuarias mayoritarias de los servicios médicos. Las autoridades departamentales deben, por tanto, tener en cuenta estos grupos al momento de diseñar la planeación y gestión del sector. Es decir, se necesitan políticas específicas de infancia, tercera edad y de género.

Es importante aclarar que los grupos poblacionales mencionados anteriormente son los más proclives a utilizar los servicios de salud dentro del total de la población. Esta situación puede afectar la frecuencia de la utilización del servicio.

Finalmente, es importante hacer las consideraciones del caso respecto a la presión por mayores recursos que está sufriendo el sistema de salud ya que ha crecido la categoría de afiliados subsidiados hasta convertirse en mayoría, y por el uso que del sistema hacen los menores y los de tercera edad. Estos últimos normalmente no son cotizantes. A este punto es importante dedicarle unas líneas ya que significa que cada vez hay más usuarios beneficiarios por cada cotizante. Esto implica que cada vez hay, en términos relativos menos aportes monetarios de los usuarios (cotizantes y beneficiarios) por servicio prestado. Debido a esto se requiere una mayor cantidad de recursos para mantener la operatividad de la red pública y privada, de tal manera que el sistema departamental pueda operar bajo criterios sociales y no basados en la capacidad de pago.

Referencias

1. Grossman M. One the concept of health capital and the demand for health: A theoretical and empirical investigation. *J Political Econom* 1972; 80:223-55.
2. Kverndokk S. Why do people demand health? Working papers 5. Oslo: Oslo University, Health Economics Research Programme, 2000.
3. Gravelle H, Smith P, Xavier A. Waiting times and waiting lists: A model of the market for elective surgery. Working paper 2000/27 Department of Economics, University of York, 2000. Disponible en: <http://www.york.ac.uk/depts/econ/research/dp/2000.htm>

4. Acton JP. Non monetary factors in the demand for medical services: some empirical evidence. *J Political Econom* 1975; 83:595-614.
5. Gil A, Sierra H. El gasto en salud y su relación con el ingreso, la escolaridad y el tipo de afiliación al sistema general de seguridad social: evidencia para el Departamento de Risaralda. Medellín: Semestre Económico, Universidad EAFIT, 2006.
6. Talavera M. El concepto de salud, definición y evolución. Bogotá: Departamento de Pediatría, Universidad Nacional de Colombia, 2004. Disponible en: <http://www.medicina.unal.edu.co/Departamentos/Pediatrica/Pediatrica/EL%20CONCEPTO%20DE%20SALUD.doc>
7. Salleras L. La salud y sus determinantes. *Anthropos* 1991; 118/119:32-8.
8. Oliva J. Valoración y determinantes del stock de capital de salud en Cataluña: 1994-2006. Fundación de estudios de economía aplicada 2007. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/ecsalcap.pdf>.
9. Álvarez B. La demanda atendida de consultas médicas y servicios urgentes en España. *Investigaciones Económicas* 2001; 15:93-138.
10. Villalba S. Determinantes no monetarios de la demanda por servicios de salud de las mujeres en edad fértil. Tesis de maestría. Programa de posgrado en economía, Ilades/ Georgetown University. Universidad Alberto Hurtado, Santiago 2004. Disponible en: http://www.cird.org.py/salud/docs/Sandra%20Villalba_Final.pdf
11. Mwabu G. Nonmonetary factors in the household choice of medical Facilities. *Econom Dev Cultural Change* 1989; 37:383-92.
12. Nelson A, Reeder E, Dickson WM. The effect of a medicaid drug copayment program on the utilization and cost of prescription services. *Medical Care* 1984; 22:724-36.
13. Ramírez M, Cortés D, Gallego JM. El gasto en salud de los hogares colombianos: un análisis descriptivo. Borradores de investigación No. 20. Bogotá: Facultad de Economía, Universidad del Rosario, 2002.
14. Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Kegler SR, Mercy JA, Mascarenhas MD, et al. Violence related injury in emergency departments in Brazil. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 24:400-8.