
**Comparación de la forma cómo
las encuestas de calidad
de vida en Colombia indagan sobre
la calidad de los servicios de salud**

Freddy Velandia Salazar

Nelson Ardón Centeno

José Fernando Cardona Uribe

María Inés Jara Navarro

**La certificación como indicador
de descentralización en salud.**

**Una mirada a la luz del
cumplimiento de requisitos
en municipios colombianos**

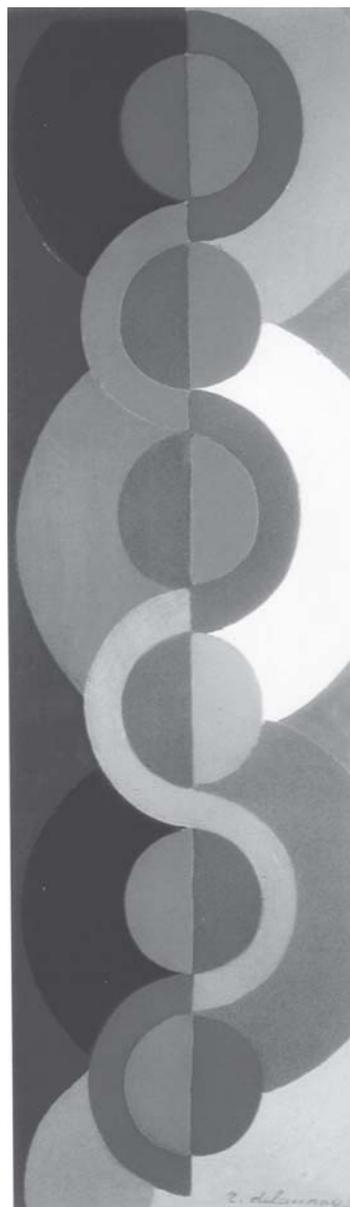
Diana Pinto

Gabriel Carrasquilla

Fabián Armando Gil

Constanza Collazos

Julio Rincón



Comparación de la forma cómo las encuestas de calidad de vida en Colombia

INDAGAN SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD*

Freddy Velandia Salazar • Nelson Ardón Centeno
• José Fernando Cardona Uribe • María Inés Jara Navarro

Fecha de recepción 20-06-05 • Fecha de aceptación 03-07-05

Resumen

Es el primer informe parcial de la investigación *Estructura, estado y modificación de la calidad (satisfacción), de la oportunidad y de las razones para no usar los servicios de atención médica en Colombia*. Responde los siguientes interrogantes: ¿Son comparables las preguntas incluidas en las encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003 en relación con la calidad y la oportunidad de los servicios de atención médica y con las razones para no usarlos? ¿Son comparables los servicios específicos a que se refieren esas preguntas? Los materiales usados en el análisis son los formularios, manuales y documentos metodológicos de las encuestas nacionales de Calidad de Vida de 1997 y 2003. Se concluye que sólo se pueden comparar: a) la calidad de la atención médica ambulatoria agregada, de la provista por profesionales e instituciones, y de la provista por promotores y enfermeras, en los últimos 30 días, y b) las razones de no usar la atención médica por parte de usuarios que no requirieran atención hospitalaria en el mismo período. La oportunidad no se puede comparar dado que las dos encuestas la evalúan de modos sustancialmente distinto.

Palabras clave: calidad, oportunidad, razones de no uso, encuesta, calidad de vida.

Abstract

It is the first partial report from the *Structure, state and modification of the quality (satisfaction), opportunity and the reasons of not use of the medical services attention in Colombia* research. It answers the following questions: ¿Are the questions of the surveys of Quality of Life of 1997 and 2003 in relation to quality and opportunity of the of medical services attention comparable and with the reasons not to use them? ¿Are the specific services of medical attention comparable to those questions? The materials used in the analysis were the forms, the manuals, and methodology documents of the national surveys of Quality of Life of 1997 and 2003. It concludes that it is only possible to compare: a) the quality of the added ambulatory medical attention, the one provided by professionals and institutions, and the one provided by promoters and nurses, in the last 30 days and b) the reasons for not using medical attention by users who did not require hospital attention in the same period. It is not possible to compare the opportunity because of the surveys evaluate it in different ways.

Key words: quality, opportunity, reasons of nonuse, survey, quality of life

* Este manuscrito constituye el primer informe parcial de la investigación institucional “Estructura, estado y modificación de la calidad (satisfacción) y de las razones para no usar los servicios de atención médica en Colombia”, desarrollada por investigadores de los Programas de Postgrado en Administración de Salud, de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Pontificia Universidad Javeriana (Registro institucional No. 1874). Freddy Velandia es el investigador principal y los demás son coinvestigadores.



Introducción

En el año 2000 investigadores de la Universidad Católica de Manizales y de los Programas de Postgrado en Administración de Salud y Seguridad Social de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana, desarrollaron la investigación “Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud”¹. Su objetivo fue el de estudiar desde la perspectiva del usuario, la satisfacción, la oportunidad y las razones de la no solicitud de servicios de salud en Colombia, a partir de la Encuesta de calidad de vida (ECV) realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane) en 1997 (Velandia, Ardón, Cárdenas, Jara, y Pérez, 2001).

Transcurridos diez años desde la puesta en vigencia de la ley 100 de 1993, y cumplidos tres desde la mencionada investigación, un equipo de investigadores de los Programas de Postgrado en Administración de Salud y Seguridad Social, emprendió, en 2004, la realización de una segunda investigación titulada “Estructura, estado y modificación de la calidad (satisfacción), de la oportunidad y de las razones para no usar los servicios de atención médica en Colombia”, con el objetivo de determinar con base en la nueva Encuesta de calidad de vida de 2003, no solo los niveles actuales de las evaluaciones, sino además los cambios ocurridos desde la ECV de 1997 y, aún, desde 1993, en la medida en que lo permitan algunos datos de la Encuesta de caracterización socioeconómica (Casen) de 1993 (Velandia, Ardón, Cardona y Jara, 2004-2005).

El presente texto que corresponde al informe parcial de la segunda investigación mencionada, busca resolver el siguiente problema: ¿Son comparables las preguntas incluidas en las Encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003 en relación con la calidad y la

oportunidad de los servicios de atención médica y con las razones para no usar esos mismos servicios? ¿Son comparables los servicios específicos de atención médica a que se refieren esas preguntas?².

Los materiales usados en el análisis son los instrumentos diseñados y empleados por el Dane, lo mismo que los documentos cómo esta institución informa sobre las características de las encuestas y, en particular, de sus muestras³:

- a. Los formularios de las Encuestas nacionales de calidad de vida de 1997 y 2003
- b. Los Manuales de recolección y conceptos básicos de las Encuestas nacionales de calidad de vida de 1997 y 2003
- c. Los documentos “Metodología de la Encuesta nacional de calidad de vida. 1997 y Encuesta nacional de calidad de vida. 2003. Ficha metodológica”.

En consecuencia, las conclusiones a que se llega en relación con las posibilidades de comparación se deben entender como las máximas esperadas, en la medida en que sólo se refieren a lo que aportarían las preguntas, tal como fueron diseñadas y aplicadas. Los eventuales problemas que pudieran haberse presentado en la calidad de los datos podrían reducir estas posibilidades de comparación. Sin embargo, más allá de conocer la magnitud de la cobertura en cuanto a la proporción de formularios con diligenciamiento completo, no fue tenido en cuenta en el presente trabajo este aspecto de las Encuestas de calidad de vida

Por último, en la medida en que como se indicó sólo se busca determinar si las preguntas son o no son comparables, no es necesario que los investigadores elaboren un marco teórico “propio”. Es claro que por ahora no se requiere interpretar el significado o sentido de los datos de las Encuestas de calidad

de vida⁴, ni se pretende juzgar si fueron o no acertadas las decisiones técnicas tomadas por quienes elaboraron sus instrumentos. A este último respecto, se anota que, por ejemplo, no se pretende decir si el uso de las escalas de medición empleadas fue o no acertado.

En la presentación de los resultados se procede como primera medida, a contextualizar la evaluación de la calidad mediante la referencia a algunas de las encuestas realizadas, con anterioridad, en Colombia, y que le sirven de antecedentes a las Encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003. Realizada esta ubicación, se presentan los resultados en cinco secciones: i) Evaluación de la calidad de los servicios de salud, ii) Salud y enfermedad de referencia en las encuestas, iii) Servicios de salud evaluados, iv) Afiliación a la seguridad social y v) Muestras de las encuestas. El texto se cierra con la presentación de las conclusiones, las cuales se refieren a lo que es y no es comparable.

1. Evaluación de la calidad en las encuestas de salud anteriores a las de calidad de vida en Colombia

1.1 Antecedentes

Antes de las encuestas que se propusieron recoger información sobre la calidad de vida, se diseñaron y desarrollaron en Colombia algunos estudios o investigaciones que a través de encuestas de hogares o familias, acopiaron información tendiente a determinar la situación de salud y el uso de servicios de atención médica. Fueron ellos la “Investigación nacional de morbilidad de 1965-1966”, el “Estudio nacional de salud de 1977-1980”, la “Encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas (Caps) de 1986-89”, la “Encuesta sobre pobreza y calidad de vida de Santa Fe de Bogotá de 1991” y la “Encuesta de caracterización socioeconómica (Casen) de 1993”⁵.

Si bien estos estudios no se refirieron directamente al problema de la calidad de los servicios de salud, incluyeron algunas preguntas que arrojan información sobre ese problema. A continuación, se identifica esa información por estudio:

1.1.1 Investigación nacional de morbilidad: 1965-1966

Como parte del “Estudio de recursos humanos para la salud y educación médica en Colombia, entre los años 1965 y 1966 se realizó la investigación nacional de morbilidad”⁶, mediante la cual se obtuvo “información sin precedentes sobre: i) la demanda de atención suministrada por médicos y odontólogos-licenciados y empíricos y ii) las demandas de atención de la población, referidas a tегuas, comadronas, farmacéuticos y otros tipos de personal tradicional y semicientífico” (Galán, Luecke, y Myers, 1977: 43).

Esta investigación no evalúa de manera directa la calidad percibida de los servicios de atención médica, como tampoco incluye preguntas que permitan una satisfactoria aproximación indirecta al problema. Sin embargo, algunas de las preguntas del Formulario de entrevistas domiciliarias (1965-1966)⁷ permiten identificar tres situaciones que pueden revelar problemas de calidad en los servicios de atención médica:

- a. La identificación de las personas que, teniendo algún problema de salud⁸, no usaron atención médica, en la medida en que no asistieron al médico durante las dos últimas semanas⁹ ni al “dentista”¹⁰ durante un período de tiempo más largo
- b. La identificación de si las personas afectadas por alguna enfermedad o por algún otro evento relacionado con su salud y que decidieron consultar a alguien, lo hicieron a un oferente distinto del médico¹¹
- c. Por último, la identificación de aquellos afiliados a la previsión social¹² que duran-



te las dos últimas semanas consultaron al médico¹³ o en períodos más largos al dentista¹⁴ o se hospitalizaron¹⁵ por fuera de las propias instituciones de la previsión social¹⁶.

1.1.2 Estudio nacional de salud: 1977-1980.

Este estudio¹⁷ tampoco evalúa de manera directa la calidad percibida de los servicios de atención médica, aunque también su Formulario de entrevista domiciliaria¹⁸ contiene algunas preguntas que permiten obtener, de modo indirecto, algunos indicios acerca del problema. Se pueden hacer las siguientes exploraciones, en particular, entre quienes tuvieron, en las semanas pasada o antepasada, algún accidente o percibieron alguna enfermedad distinta de problemas dentales:

- a. Entre quienes consultaron, se puede saber quiénes lo hicieron a oferentes distintos de los oferentes de atención médica (médico, promotora), como son el boticario o farmaceuta, la enfermera¹⁹, el tegrá o curandero, la comadrona u otros²⁰
- b. Entre quienes estando enfermos no consultaron a “alguna persona”, se puede saber la causa de esta no consulta: limitaciones económicas, inaccesibilidad geográfica u otras²¹. Se sabe que algunas de estas causas como, por ejemplo, la inaccesibilidad geográfica, se asocia con problemas en la calidad de los servicios, por lo menos desde una perspectiva que abarque la totalidad del sistema de salud
- c. El rechazo por parte de los oferentes hacia algunos de quienes solicitaron servicios de atención médica, dental o de enfermería²², lo cual denota insuficiencias del sistema de salud. En particular, se puede saber²³ cómo resolvían ese rechazo los afiliados al Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS) y a las cajas de previsión social.

1.1.3 Encuesta nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas en salud: 1986-1989

Igual que en la “Investigación nacional de morbilidad” y en el “Estudio nacional de salud”, en la “Encuesta nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas”, (Caps)²⁴, se pueden encontrar algunos indicios sobre la calidad de los servicios a través de algunas preguntas sobre problemas o dificultades que los consultantes tuvieron en el uso de atención médica y de las instituciones de salud:

- a. Problemas en la consulta como son su costo, la demora de la atención (inopuntidad), el trato por parte del médico, el trato de otras personas de los servicios y las dificultades de acceso²⁵
- b. Razones de no uso de la consulta médica y de las instituciones de salud. A las personas que informaron no haber consultado al médico, se les indagó acerca de las razones para ello: no tuvo necesidad, limitaciones económicas, inaccesibilidad geográfica, falta de tiempo, no lo atendieron, entre otras razones²⁶.

1.1.4 Encuesta sobre pobreza y calidad de vida de Santa Fe de Bogotá: 1991

La “Encuesta sobre pobreza y calidad de vida de Santa Fe de Bogotá de 1991”, realizada por el Dane, es una investigación estadística de carácter experimental, la cual pretendió suministrar información sobre los niveles de vida de la población y sus condiciones económicas y sociales. La encuesta contiene preguntas que averiguan sobre las razones de no uso de los servicios y evidencian, a través de ellas problemas de calidad entre quienes estando enfermos, no consultaron: limitaciones económicas, inaccesibilidad geográfica, etcétera. Así mismo, la encuesta, a través de la pregunta que investiga sobre el tiempo que tuvo que esperar el usuario para ser atendido denota problemas de oportunidad²⁷.

1.1.5 Encuesta de caracterización socioeconómica: 1993

El capítulo IV sobre “Antecedentes demográficos y salud” de la “Encuesta de caracterización socioeconómica” (Casen), realizada por el Departamento Nacional de Planeación (DNP)²⁸, si bien no contiene preguntas directas sobre calidad, oportunidad o razones de no uso, permite determinar la solicitud de servicios de salud por parte de la población enferma. Para el efecto, son útiles, por ejemplo, las preguntas relativas al tiempo que el encuestado dejó de asistir al trabajo o de realizar sus actividades ordinarias debido a enfermedad o problema de salud, el tipo de servicio solicitado, el motivo de consulta y el lugar a donde acudió el usuario para que lo atendieran la última vez (Casen, 1993, Preguntas 16 a 20).

2. Evaluación de la calidad de los servicios de salud en las encuestas de calidad de vida 1997 y 2003

A continuación se presentan los resultados del análisis comparativo de las dos encuestas objeto de estudio (Encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003) en términos de: i) la oportunidad, ii) la calidad y iii) las razones de no uso de los servicios de atención médica²⁹. Previo a este análisis, se muestra una aproximación al concepto de calidad que subyace en las encuestas, con el interés de aclarar el contexto en que se producen sus datos.

2.1 El concepto de calidad que subyace en las encuestas

¿Qué se entiende por calidad en las Encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003? ¿Cómo se espera que el encuestado evalúe? Si bien los Manuales de recolección y conceptos básicos no son explícitos, el Manual de 1997 aclara que con la pregunta que in-

da sobre la calidad de los servicios de atención médica, se “quiere conocer la percepción de la calidad de los servicios de salud por parte de los informantes que fueron usuarios de estos servicios durante los últimos 30 días”. Por su parte, el Manual del 2003 reafirma que se trata de la percepción del usuario y agrega que en la evaluación, aparte de la “calidad”, también se toma en cuenta la “oportunidad”: “Esta pregunta busca indagar por la percepción de los usuarios de los servicios de salud acerca de la calidad y oportunidad en la prestación del servicio”, o “esta pregunta busca indagar por (la) percepción de los usuarios de servicios hospitalarios acerca de la oportunidad y calidad en la prestación del servicio en la hospitalización” (ECV, 1997: 74, 81 y 85).

Sin embargo, la pregunta que indaga sobre el aspecto que más influye en la percepción de la calidad hecha en 2003 luego de que el encuestado ha calificado la calidad, permite comprender en alguna medida el interés de quienes diseñaron la encuesta cuando pensaron en la calidad. En esta pregunta se solicita al encuestado que calificó los servicios no hospitalarios como regulares o malos, mencionar el “aspecto” que más influyó en su percepción y, de manera explícita, se le abren como posibilidades “trámites excesivos o dispendiosos”, “mala atención del personal administrativo o asistencial (médicos, enfermeras, etc.)”, “falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial” y “condiciones deficientes de infraestructura, dotación o mobiliario” (ECV, 2003, pregunta 19).

¿Qué es, entonces, lo que espera el Dane que el encuestado evalúe cuando se le pregunta por la calidad? Queda claro que espera se haga referencia a todos los componentes o dimensiones de los servicios de atención médica que estén en su perspectiva de evaluación, en la cual cabrían tanto



eventos propios de su relación con el proveedor (trámites, relación con el personal administrativo o asistencial, infraestructura “administrativa”), como eventos técnicos de la propia atención (oportunidad, capacidades, conocimientos o habilidades del personal asistencial, condiciones de la infraestructura y dotación técnica). Y esto sin tener en cuenta que la misma pregunta contiene una última categoría (“otro”), a través de la cual el encuestado puede hacer referencia a otros aspectos (se podría pensar en la eficacia o impacto de la atención en el estado de salud). Y ¿cómo se espera que el encuestado evalúe? A través de su percepción para lo cual los Manuales no dan ninguna instrucción.

Se puede asumir -a pesar de los vacíos de los Manuales- que las dos encuestas usan el mismo concepto de calidad y que lo evalúan de la misma manera, con lo cual no se crean problemas conceptuales de comparación. Queda claro, además, que no se entiende la oportunidad como algo aparte de la calidad sino como uno de sus componentes. Una cosa distinta es si la mencionada manera de evaluar, consistente en buscar una respuesta global sobre la calidad a pesar de que ella contiene muchos elementos o dimensiones es la única disponible. Para determinar el punto de vista del usuario también se puede evaluar cada uno o los más importantes elementos de la atención (la oportunidad, entre otros), luego de haber aclarado a cuáles elementos puede él referirse (Marshal, Hays, Sherbourne y Wells, 1993: 477,478).

Por último, la escala de medición usada es la misma, con lo cual tampoco se crean problemas de comparación entre las encuestas. Se señala que la escala contiene las categorías buena, regular y mala, en donde la primera y tercera agregan, en realidad, distintos grados de calidad³⁰.

2.2 Calidad, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud

El problema de la calidad de los servicios de atención médica se puede estudiar con base en las encuestas de calidad de vida, a partir de una combinación de tres preguntas o grupos de preguntas: las que evalúan de manera global la calidad, las que se refieren a la oportunidad y las que tratan del no uso de servicios de atención médica y de las razones para no usarla. Una aproximación a la calidad de los servicios de atención médica debe conseguirse mediante la síntesis a partir del citado conjunto de preguntas, y no de la visión parcial que arroja cada una de ellas.

2.2.1 Oportunidad

En 1997 se evalúa la oportunidad de los servicios desde la percepción del usuario o encuestado, mediante una pregunta que contiene una escala agregada con sólo dos opciones de respuesta: oportuna y demorada (ECV, 1997, pregunta 23).

¿Qué se debe entender por “oportunidad”? Ni el formulario de la encuesta ni el “Manual de recolección y conceptos básicos” lo aclaran. No se esclarece si se trata de una evaluación referida al tiempo que transcurre entre el momento de la percepción de un problema de salud y en el que ocurre la atención, o si se trata del tiempo, por lo general, más corto que hay entre el momento en que se solicita la atención y en el que se obtiene. Tampoco se aclara si el usuario -que es quien determina la oportunidad-, debe referirse a una atención obtenida de manera rápida sin importar si la requiere o no con esa prontitud, o si debe tomar en cuenta las condiciones de su propio estado de salud³¹. Esto permite sostener que, definitivamente, ni el formulario ni el “Manual de recolección y conceptos básicos” de 1997 definen lo que en realidad son “oportuno” y “demorado”.

Finalmente, en 1997 sólo se evalúa la oportunidad de los servicios de atención médica utilizados en los últimos treinta días que estén asociados con la percepción de un problema de salud, pero sin distinguir en principio que las evaluaciones se refieran a servicios para problemas crónicos o no crónicos (aunque con un sesgo hacia los primeros), a servicios hospitalarios o no hospitalarios, a servicios provistos por profesionales generales o especializados, a servicios prestados por profesionales o por promotores o enfermeras.

En 2003 se evidencia un cambio en la evaluación de la oportunidad. Se pasa a solicitar al encuestado cierta información que puede ser usada por los investigadores para elaborar los correspondientes indicadores de oportunidad. Es decir, se sustituyó una evaluación subjetiva o desde el usuario, por una evaluación objetiva o desde el investigador. Esto se sustenta con el hecho de que en el formulario se indaga a través de dos preguntas por los días transcurridos entre los momentos de pedir las citas y los de las consultas, bien sea con el médico u odontólogo general o con el especialista (ECV, 2003, preguntas 15 y 17). Además, se restringe la posibilidad de evaluar la oportunidad a sólo los servicios de atención médica provistos por profesionales, mientras que la encuesta anterior, la de 1997, abarca también los servicios provistos por promotores y enfermeras.

La evaluación de la oportunidad en 2003 sólo es posible en el caso de los servicios de atención médica no hospitalarios y se debe referir por aparte a la consulta general y a la especializada. Una pregunta capta los días que transcurrieron entre el momento de pedir la cita y de la consulta con el médico general u odontólogo, la cual parece aplicar el término “general” no sólo al médico sino también al odontólogo, como lo deja claro

el “Manual de recolección y conceptos básicos” cuando define el concepto de medicina general³². Otra pregunta se refiere al lapso transcurrido entre la solicitud de la cita y el momento de la consulta con el especialista. En este último caso, se permite al encuestado que responda “no sabe”, en lugar del número de días, cuando ya ha sido remitido al especialista pero aún no ha solicitado la cita.

Es importante subrayar que la oportunidad, en 2003, se debe referir al lapso de tiempo que se inicia desde el momento en que se solicita la consulta y no al lapso que transcurre desde cuando se toma la decisión de solicitarla o desde cuando se percibe un problema de salud. ¿Es esto válido? Si se quiere saber la prontitud de la respuesta del proveedor individual es válido que se mida la respuesta desde el momento en que el servicio es solicitado, pero si se quiere saber la prontitud de la respuesta del sistema de salud, en lugar de la del agente individual, la mencionada manera de medir no parece del todo válido. ¿El sistema no debe influir, en forma determinante, de modo que el usuario reduzca los intervalos de tiempo entre su percepción del problema de salud y la solicitud de servicios? Esto forma parte del diagnóstico y tratamiento oportunos. Además ¿el sistema no debe influir en el usuario para reducir los intervalos entre la decisión y la solicitud? Esto tiene relación, entre otras cosas, con la forma como estén dispuestos los servicios de salud.

Otra dificultad surge cuando el investigador intente definir los indicadores para determinar la oportunidad y la no oportunidad. Un promedio que opere como límite entre estas dos categorías, como por ejemplo tres días, no es convincente, en la medida en que no toma en cuenta la situación o estado de salud del usuario, y lo mismo ocurre con cualquier otro número que se predetermine.



Podría pensarse en corregir ese promedio, o la medida que sea, mediante preguntas que identifiquen el estado de salud del encuestado. Se podría ensayar con la pregunta que solicita que el “estado de salud en general” sea calificado como muy bueno, bueno, regular o malo. Pero una cosa es éste “en general” y otra muy diferente el es en determinado momento: se puede tener un estado de salud en general muy bueno y, sin embargo, haber requerido una apendicetomía en los últimos treinta días.

Otra forma de hacer la corrección, que en principio parece más idónea, podría resultar de usar la pregunta que indica el número de días que el encuestado dejó de realizar sus actividades normales por causa del problema de salud por el que eventualmente llegó a consultar.

Aún así, subsisten dos problemas: i) La idea de incapacidad es subjetiva y, por tanto, se podría llegar a calificar como oportunas consultas realizadas con muchos días de retraso, simplemente porque el usuario no se sintió incapacitado o no pudo incapacitarse a pesar de tener un problema de salud grave. ii) No obstante tomar como dado un número de días de incapacidad, no es claro en donde dentro del trayecto que va desde solicitar la cita hasta obtenerla, se debe trazar la raya divisoria entre la oportunidad y la inoportunidad. Tal vez deba hablarse de menor a mayor inoportunidad, según crezca el número de días, sin trazar una línea divisoria, pero esto implica renunciar a decir cuáles son las proporciones de servicios oportunos e inoportunos.

En síntesis, los cambios ocurridos en la medición de la oportunidad entre las dos encuestas, algunos de los cuales eliminan la posibilidad de la comparación, son:

a. De una evaluación de la oportunidad que podía referirse en 1997, tanto a los servi-

cios hospitalarios como a los no hospitalarios, se pasa en 2003, a la posibilidad de evaluar sólo los servicios no hospitalarios prestados por profesionales

b. De una evaluación de la oportunidad de la atención de enfermedades crónicas y de problemas no crónicos con un sesgo que da prioridad a las primeras, se pasa a la posibilidad de una evaluación libre de ese sesgo y que no permite distinguir entre los dos tipos de problemas. Al margen, se comenta que para 1997 sí es posible separar las evaluaciones, según se trate de enfermedades crónicas o de problemas no crónicos

c. De una evaluación de la oportunidad de los servicios no hospitalarios en 1997, que no distingue ni permite distinguir si son provistos por profesionales generales o especializados, se pasa en 2003, a una evaluación que sí hace esta distinción e impide su agregación, con lo cual se bloquea la posibilidad de la comparación

d. De una evaluación subjetiva directa del usuario en 1997, se pasa en 2003, a una medición que debe ser elaborada por el investigador pero que no parece poder eludir del todo la subjetividad del usuario. En particular, este cambio en la perspectiva, o punto de vista de la evaluación, impide la comparación de manera determinante.

2.2.2 Calidad

La encuesta de 2003 conserva el enfoque usado en 1997 en el sentido de evaluar la calidad de los servicios de atención médica desde la perspectiva del usuario, en la medida en que se pide a quien los usó que los califique como buenos, regulares o malos. Las categorías de respuesta son exactamente las mismas, y las preguntas tienen básicamente la misma redacción, de modo que, desde el punto de vista formal, las dos evaluaciones son en principio comparables (ECV, 1997, pregunta 24 y ECV, 2003, pregunta 18).

En 1997 se hace una sola pregunta para indagar si la calidad del servicio fue buena, regular o mala, y se aplica a los mismos casos a los que se refiere la oportunidad. Es decir, no se evalúan por aparte los servicios usados en los últimos treinta días, según sean hospitalarios o no hospitalarios, para resolver problemas de salud crónicos o no crónicos (con el ya anotado sesgo a favor de los problemas crónicos), generales o especializados, prestados por profesionales o por promotores o enfermeras. Sin embargo, para comparar la calidad con el año 2003, en 1997 se puede aislar mediante filtros, a quienes sólo usan servicios no hospitalarios, pero sin que, por otra parte, se pueda aislar a quienes sólo usan servicios hospitalarios. Así mismo, se pueden separar las evaluaciones de los servicios prestados por profesionales de los prestados por promotores o enfermeras.

En 2003 se evalúa por aparte la calidad de los servicios hospitalarios y de los no hospitalarios, sin que sea posible lograr una evaluación “agregada” o indiferenciada que sea comparable directamente con la de 1997. Así, una primera pregunta se refiere, “en general”, a los servicios de atención médica no hospitalarios usados en los últimos treinta días, de modo que el encuestado emita una evaluación global de las consultas médicas y odontológicas, como lo aclara el “Manual de recolección y conceptos básicos” (2003:81)³³, pero sin que se puedan distinguir las evaluaciones según se trate de servicios generales y especializadas, o de servicios para problemas crónicos y no crónicos. Sin embargo, mediante filtros se pueden separar las evaluaciones de los servicios de atención médica prestados por profesionales y de los servicios prestados por promotores o enfermeras. Una segunda pregunta indaga por la calidad de los servicios hospitalarios usados en los últimos doce meses, sin diferenciar el tipo de problema de salud al que se aplican (crónico o no crónico).

En síntesis, dentro de algunas limitantes, se puede comparar la evaluación de la calidad entre las dos encuestas:

- a. El hecho de que las dos encuestas no diferencien, en principio, las evaluaciones, según que los servicios sean para problemas crónicos o no crónicos, o según que sean generales o especializados, no restringe una comparación que evite tales discriminaciones, aunque se debe tener presente el sesgo existente en 1997 en favor de la captación de los servicios prestados a enfermos crónicos
- b. La separación, que se hace en 2003, entre las evaluaciones de los servicios hospitalarios y de los no hospitalarios impide una comparación directa con 1997, encuesta que no contiene tal separación. La comparación se puede hacer, pero refiriéndose únicamente a los servicios no hospitalarios, en la medida en que en 1997 sólo se puede aislar a quienes usan estos servicios
- c. En la medida en que, mediante los filtros adecuados, es posible separar en las dos encuestas las evaluaciones de la calidad de los servicios prestados por profesionales y de los servicios prestados por promotores o enfermeros, se pueden comparar estas evaluaciones específicas. Además, también es posible una comparación que evite esta discriminación
- d. La principal limitación para la comparación no radica, entonces, en la evaluación de la calidad, sino, más bien, en los cambios en el contenido del concepto de atención médica, asunto que se aclarará más adelante.

2.2.3 Razones de no uso de los servicios de salud

Las calificaciones de la oportunidad y de la calidad corresponden a sólo quienes usan los servicios de atención médica, por lo cual



una evaluación de la calidad, que sólo tome en consideración esas dos calificaciones es incompleta y limitada. La pregunta sobre las razones de no uso arroja información complementaria, en la medida en que toma en cuenta las respuestas de quienes estando enfermos (haber tenido un problema de salud crónico o no crónico en los últimos treinta días), no usaron los servicios de salud por razones asociadas con problemas en la calidad³⁴.

La pregunta se formula de la misma forma en las dos encuestas (ECV, 1997, pregunta 21 y ECV, 2003, pregunta 14), y las categorías de respuesta también son iguales, con excepción de un cambio realmente importante en la quinta, que en 2003 agrega la inoportunidad: “Mal servicio o cita distanciada en el tiempo”, cuando antes sólo decía “Considera que el servicio es malo”. También existe otra diferencia, dado que en 2003 se cambia la redacción en la penúltima categoría: “Consultó antes y no le resolvieron el problema”. Tal vez esta nueva forma de redactar dé lugar tanto a problemas de salud ya resueltos como a los aún no resueltos, mientras que la forma anterior: “Ha consultado antes por ese problema y no se lo han resuelto”, podría dar entrada a sólo los últimos.

Varias de las citadas categorías de respuesta están asociadas o expresan problemas de calidad: la tercera, problemas de distancia; la quinta, mal servicio y, además, según la nueva encuesta, inoportunidad; la séptima, falta de confianza en los médicos; la octava, “ineficacia” de la atención; y la novena, exceso de trámites. La sexta, si se analiza desde el punto de vista de los agentes, sólo revela falta de capacidad de atención, pues simplemente se refiere a la ausencia del servicio y no a su calidad, pero si se mira desde el punto de vista del sistema de salud denota problemas de calidad en su acción como sistema.

La forma como está redactada la pregunta (“¿Cuál fue la razón principal...?”), lo mismo que las instrucciones de los Manuales de recolección, en especial, el de 2003, aclaran que para las encuestas las categorías o razones de no uso previstas son excluyentes, y que si la respuesta del encuestado “no está incluida dentro de las alternativas que se presentan, (se debe asimilar) a la que se relacione más con la respuesta proporcionada por el encuestado” (página 80). Además, el formulario no da opción para escribir la categoría “otra”.

Sin embargo, no es tan claro que todas las categorías o razones sean desde un punto de vista conceptual excluyentes entre sí, pues por ejemplo, la idea del mal servicio puede estar incluida en la categoría “no confía en los médicos”, en la medida en que se puede desconfiar de ellos, entre otras razones, debido a su mal servicio. También el mal servicio puede ser otra forma de expresar que se “consultó y no le resolvieron el problema”. Pero en realidad en ninguna parte se aclaran los significados de las nueve categorías o razones enunciadas.

En resumen, no existen problemas importantes que limiten la comparación de las dos encuestas en relación con la formulación de la pregunta sobre las razones para no usar los servicios de atención médica, ni en relación con sus categorías de respuesta. Solo se debe tener cuidado en descartar en 1997, a quienes se hospitalizaron en los últimos treinta días, para que la comparación se refiera en ambos años, a quienes teniendo problemas de salud, no usaron servicios de atención médica.

3. Salud y enfermedad de referencia de las encuestas de calidad de vida

3.1 Estado de salud y enfermedad

Las ECV de 1997 y de 2003 indagan, de una parte, por el estado de salud autopercebido por la población, sin referirse a un período específico (ECV, 1997, pregunta 9; ECV, 2003, pregunta 8), y, de otra, por la presencia de enfermedad en un momento del tiempo o en un período determinado. En este segundo caso, mediante una pregunta se identifica la presencia actual de enfermedad crónica (ECV, 1997, pregunta 15; ECV, 2003, pregunta 10), y, mediante otra, con una redacción parcialmente similar entre ambas encuestas, se identifica la existencia en los últimos treinta días de algún problema de salud (ECV, 1997, pregunta 18; ECV, 2003, pregunta 11). A continuación se puede ver de manera más detallada.

3.1.1 Autopercepción del estado de salud

Uno de los aspectos que los capítulos de salud de las dos ECV (1997 y 2003) indagan, con la misma pregunta, es la autopercepción del estado de salud por parte de los encuestados. Con esta pregunta, las dos encuestas pretenden “que el informante nos de una apreciación subjetiva de cómo considera que es su estado de salud. Por este motivo no se ubica en un periodo de tiempo específico” (Dane, 1997 y 2003. “Manual de recolección y conceptos básicos”, 70 y 77, respectivamente). En tal sentido, y considerando las categorías de respuesta, se puede considerar, a primera vista, que estar sano es tener, en general, un estado de salud bueno o muy bueno y que estar enfermo es tener un estado de salud regular o malo. Bajo estas premisas, la información obtenida en las dos encuestas es desde todo punto de vista comparable.

3.1.2 Percepción de enfermedad crónica

Las dos encuestas identifican la presencia de enfermedad crónica mediante una pregunta que se repite de manera literal entre ellas. Por enfermedad crónica entienden: “una dolencia que afecta...durante lapsos prolongados de tiempo, durante los cuales el paciente presenta períodos de mejoría y agravamiento, que lo obligan a acudir regularmente a consultas y controles de salud” (Dane, 1997 y 2003. “Manual de recolección y conceptos básicos”:72 y 77, respectivamente). El Manual de 2003 es más exhaustivo y agrega un listado de veinte enfermedades crónicas, clasificadas en siete grupos (Dane, 2003. “Manual de recolección y conceptos básicos”:78), que constituyen una guía que le ayuda al encuestador a orientar al entrevistado. Este aspecto puede afectar la comparación, dado que en la encuesta de 1997 se puede perder precisión en la respuesta al encuestado no contar con tal orientación.

Desde el punto de vista de las categorías de respuesta, aun cuando son diferentes para ambas encuestas, no se afecta la comparación, porque si bien en 1997 se esperaba que se respondiera sí o no, y en 2003 se abren tres posibilidades (“sí tiene y consulta periódicamente”, “sí tiene pero no consulta periódicamente” y “no tiene enfermedad crónica”), en este último año se pueden conformar, sin problema, las categorías sí o no, correspondiendo sí a las dos primeras y no a la última.

Dada la ubicación de la pregunta sobre enfermedad crónica en las encuestas, surgen diferencias importantes a la hora de analizar su posible comparación. Si bien es posible el cotejo en términos de estar afectado por enfermedad crónica, no es posible la comparación en cuanto a la consulta solicitada para dicha enfermedad, puesto que mientras en 1997 se pregunta si por causa



de esa enfermedad se había consultado en los últimos treinta días (ECV, 1997, pregunta 17), en la encuesta de 2003 se omite tal pregunta.

3.1.3 Percepción de un problema de salud para un período determinado de tiempo

La percepción de un problema de salud se logra mediante una pregunta, con una redacción parcialmente similar entre las dos encuestas, que se refiere a un “período” de treinta días y cuyas posibilidades de respuesta son sí o no. En el 2003 se cambia la pregunta con relación a 1997, pues al final se dice “que no haya implicado hospitalización”. Además y debido a la ubicación de la pregunta en ambas encuestas, se establece una diferencia entre los tipos de problemas de salud considerados: mientras que en 1997 la pregunta se refiere sólo a problemas de salud distintos de los crónicos, en 2003 admite ambos tipos de problemas, es decir, los crónicos y los no crónicos.

Surge una dificultad cuando se trata de precisar qué es estar enfermo. Se diría, tener una enfermedad crónica o una aguda (o no crónica), de las cuales, la primera se prolonga hasta el momento presente, pero no necesariamente la segunda (para las enfermedades agudas se acostumbra utilizar un período de referencia, que puede ser de treinta días). Pero ¿un accidente es una enfermedad? ¿Todos los problemas odontológicos son enfermedades? Tal vez no y tal vez sea por ello que en las encuestas se usa el término “problema de salud”, que parece ser más amplio que el de enfermedad.

Si se admite que hay que fijar un período de referencia para poder definir si alguien está sano o enfermo, o mejor, si tiene o no un problema de salud, hay que usar las mencionadas preguntas referentes a los últimos treinta días. Bajo esta premisa, para poder

comparar las encuestas se tienen que hacer dos ajustes:

- a. Para saber quiénes estuvieron realmente enfermos, no se debe excluir a aquellos cuya enfermedad les exigió hospitalizarse. Desde este punto de vista, la pregunta de 1997 no tiene problema, pero en cambio sí lo tiene la de 2003. La solución parecería ser combinar esta pregunta con la que indaga sobre si se tuvo que ser hospitalizado en los últimos doce meses. Esta solución tiene el grave problema de que se combinarían períodos distintos (treinta días y doce meses), lo cual no es muy convincente, y de aceptarse, obligaría a que en 1997 se combinara también con la pregunta que indaga por si se tuvo que ser hospitalizado en los últimos doce meses
- b. Dado que en 2003 la pregunta no diferencia entre problemas crónicos o no crónicos, habría que complementar en 1997 la pregunta que se refiere a los no crónicos con la pregunta que cuestiona sobre si se tiene o no alguna enfermedad crónica.

En síntesis, no parece tan fácil averiguar si entre 1997 y 2003 aumentaron o disminuyeron las personas con algún problema de salud. La primera aproximación, la del estado de salud autopercibido, arroja información muy amplia sin que se deba descartar como una variable independiente que pueda ayudar a entender cosas. La segunda aproximación, de una parte, obliga a restringirse a sólo a problemas crónicos, y, de otra, si se pretende una respuesta más general, obliga a hacer uso de una funesta combinación de períodos.

4. Servicios de salud evaluados

En la ECV de 2003 se evalúa, desde el punto de vista del usuario, sólo la calidad (ECV,



2003, pregunta 18)³⁵, mientras que en la de 1997 se evalúan, desde el mismo punto de vista, la oportunidad y la calidad de los servicios de atención médica (ECV, 1997, preguntas 23 y 24)³⁶. Pero, ¿cuáles son los servicios específicos de atención médica que se evalúan? Antes de acometer esta pregunta, en primer lugar, se aclara qué se puede entender, según el Dane, por servicios de atención médica en las encuestas de 1997 y 2003.

4.1 A lo que se refiere el Dane por servicios de atención médica

La encuesta de 1997 indaga, mediante una pregunta específica, sobre el comportamiento del encuestado para enfrentar un problema de salud (ECV, 1997, pregunta 20; ECV, 2003, pregunta 13). Dada la redacción de la pregunta que sigue inmediatamente en la encuesta, referida a la razón principal para que en la pregunta anterior, no se solicitara o no se recibiera servicios de atención médica, se deduce que a lo que se refiere el Dane, mediante éste último concepto, es: i) a la atención suministrada por “un profesional o institución de salud (hospital, clínica, centro o puesto de salud)” y ii) a la atención suministrada por un “promotor (a) o enfermera”. Estas dos categorías de respuesta o tipos de atención son según el “Manual de recolección y conceptos básicos” (1997:73), “medicina formal”³⁷.

Con base en la pregunta sobre qué hizo el encuestado para tratar el problema de salud, identificado previamente y que no implicara hospitalización, la encuesta de 2003 “quiere captar el comportamiento de las personas en el momento de enfrentar un problema de salud y a quién acuden principalmente” (Dane, 2003. “Manual de recolección y conceptos básicos”:79). De la misma forma que en 1997, una pregunta siguiente que se refiere a la razón principal para no recibir atención médica permite identificar, según el Dane, los

componentes de los servicios de atención médica: i) los servicios suministrados por “un médico general, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta o institución de salud”, y, ii) los servicios suministrados por “un promotor de salud o enfermero (a)”.

Es importante destacar que las definiciones operativas del concepto de servicios de atención médica de las dos encuestas no son idénticas. La definición usada en 2003 es más amplia, pues si bien el médico general, el especialista, el odontólogo y el terapeuta, que ella menciona, están incluidos en el término “profesional” utilizado en 1997, adiciona el homeópata y el acupunturista. Además, si bien el “Manual de recolección y conceptos básicos” (Dane, 2003) no lo aclara, vale la pena tener en cuenta que el homeópata y el acupunturista, recientemente incluidos dentro del sistema de seguridad social, son profesionales. Según funcionarios del Dane³⁸, sólo los niveles no profesionales de estos recursos continúan formando parte de la categoría de respuesta sobre terapias alternativas.

La conclusión es, entonces, clara. En las dos encuestas no se evalúa la calidad de, exactamente, lo mismo y no hay manera de lograr, mediante el uso de filtros en las preguntas, la completa homogeneidad. ¿Hasta dónde se puede pasar por alto la ampliación de la atención médica, que efectúa la encuesta de 2003? Depende de la proporción con que los profesionales adicionales participen en el total de servicios y de la forma como sean en términos comparativos evaluados y al menos hasta el momento de la redacción del presente artículo, no se disponía de esta información.

4.2 Servicios evaluados en la encuesta de 1997

En principio, se deben explorar cuatro casos de servicios para llegar a identificar lo que



es evaluado: los servicios de atención médica hecha con fines preventivos, la hospitalización, la atención brindada a la enfermedad crónica, y la atención destinada a los problemas de salud no crónicos. Otros casos son combinaciones de dos o más de los anteriores. A continuación, se describen, de manera independiente, estos puntos de partida:

- *Servicios de atención médica anual para fines preventivos.* Los encuestados que anualmente usan servicios con fines meramente preventivos (ECV, 1997, pregunta 10), no califican la oportunidad ni la calidad. La encuesta sólo permite estas evaluaciones en los casos de servicios de atención médica asociados con la percepción de algún problema de salud (ECV, 1997, preguntas 11, 15 y 18)
- *Hospitalización en los últimos doce meses.* Los encuestados que estuvieron hospitalizados en los últimos doce meses, pero que no tuvieron problemas de salud en los últimos treinta días³⁹ (ECV, 1997, preguntas 11, 12 y 15), tampoco califican la oportunidad ni la calidad. Sin embargo, no existe realmente un sesgo en la encuesta en contra de calificar los servicios hospitalarios, porque las preguntas que indagan sobre si en los últimos treinta días, se consultó por enfermedad crónica o por problemas de salud no crónicos, parecen dar la oportunidad de calificar los servicios hospitalarios consumidos en éste último período
- *Servicios de atención médica de enfermedad crónica.* Los encuestados con enfermedades crónicas y que consultaron por esta causa en los últimos treinta días, no informan sobre otros eventuales problemas de salud, sino que relatan lo que hicieron para tratar su problema (ECV, 1997, preguntas 15, 16, 17, 18, 19 y 20). Para el efecto, hay dos opciones:
 - a. Si se “acudió a un profesional o institución de salud (hospital, clínica, centro o

puesto de salud)” o “al promotor(a) de salud o enfermera”, se califica la oportunidad y la calidad. En este caso:

- i) Las calificaciones parecen referirse a todas las enfermedades crónicas del encuestado, en caso de tener varias⁴⁰
 - ii) Las calificaciones parecen referirse tanto a los servicios de atención médica ambulatoria como a la atención médica hospitalaria⁴¹
 - iii) La secuencia de preguntas da prioridad a la enfermedad crónica.
- b. Si no se usó servicios de atención médica, no se califica la oportunidad ni la calidad, sino que se pasa a indicar la razón para no solicitarla o recibirla, así se haya usado esa clase de atención para problemas de salud no crónicos (que la encuesta, en este caso, ni siquiera pregunta), lo cual subraya la prioridad dada a la enfermedad crónica.
- *Servicios de atención médica de problemas no crónicos.* Los encuestados que tuvieron algún problema de salud no crónico en los últimos treinta días, identifican lo que hicieron para tratar ese problema (ECV, 1997, preguntas 15, 18, 19 y 20). Para el efecto, también hay dos opciones:
 - a. Si se “acudió a un profesional o institución de salud (hospital, clínica, centro o puesto de salud)” o “al promotor(a) de salud o enfermera”, se califica la oportunidad y la calidad. En este caso:
 - i) Las calificaciones sólo son emitidas por quienes no consultan por enfermedad crónica
 - ii) Las calificaciones parecen referirse tanto a la atención médica ambulatoria como a la hospitalaria. Esto último debe ocurrir, en la medida en que quien se hospitalizó en los últimos treinta días, debe indicar tanto el modo de tratar su problema de salud, en ese mismo período, como su

hospitalización en los últimos doce meses⁴²

iii) No hay ambigüedad en cuanto a cuáles servicios se califican, en el caso en que el encuestado haya tenido más de un problema de salud, porque el “Manual de recolección y conceptos básicos” (1997:72) prescribe que la encuesta se refiera “a la enfermedad o problema de salud que (el encuestado) considere más grave”

b. Si no se usó servicios de atención médica, no se califica la oportunidad ni la calidad, sino que se pasa a indicar la razón para no solicitarlos o recibirlos.

- *Primer caso de uso múltiple de servicios de atención médica.* Los encuestados que consultan en un año al médico u odontólogo con fines preventivos, se hospitalizan en el mismo período (excepto en los últimos treinta días), consultan en los últimos treinta días por enfermedades crónicas y usan, en este mismo lapso, atención médica por problemas de salud no crónicos (ECV, 1997, preguntas 10, 11, 15, 17 y 18), sólo reportan en la encuesta los tres primeros usos, y sólo evalúan la oportunidad y la calidad de los servicios de atención médica usados por causa de sus enfermedades crónicas
- *Segundo caso de uso múltiple de servicios de atención médica.* Los encuestados que consultan en un año al médico u odontólogo para prevención, se hospitalizan en los últimos doce meses (excepto los últimos treinta días), no consultan en los últimos treinta días por enfermedad crónica, así la tengan y usan en este mismo período servicios de atención médica por causa de problemas de salud no crónicos (ECV, 1997, preguntas 10, 11, 18 y 20), califican la oportunidad y la calidad de sólo los servicios de atención médica usados para este último problema

- *Tercer caso de uso múltiple de servicios de atención médica.* Los encuestados que consultan en un año al médico u odontólogo para prevención y se hospitalizan en los últimos doce meses (excepto los últimos treinta días), no califican la oportunidad ni la calidad de ningún servicio, en la medida en que no usan servicios de atención médica en los últimos treinta días (ECV, 1997, preguntas 10, 11, 18 y 20).

En conclusión, en la encuesta de 1997:

- a. Solo se califica la oportunidad y la calidad de servicios de atención médica usados en los últimos treinta días
- b. Solo se califican los servicios asociados con un problema de salud, sea crónico o no crónico
- c. No parece excluirse la evaluación de servicios hospitalarios. Con un filtro que excluya a quienes según la pregunta 12 se tuvieron que hospitalizar en los últimos doce meses, se puede aislar y estudiar a quienes sólo usaron servicios no hospitalarios. Sin embargo, lo contrario no es posible, es decir, aislar y estudiar a quienes sólo usaron servicios hospitalarios⁴³
- d. En la calificación se le da prioridad a los servicios usados para tratar problemas de salud crónicos
- e. No hay claridad en cuanto a qué se califica cuando hay más de una enfermedad crónica
- f. La pregunta adicional sobre los servicios específicos utilizados durante los últimos treinta días (medicina general o especializada, odontología, laboratorio clínico, Rx u otros exámenes, cirugía ambulatoria, rehabilitación o terapias), hecha después de haber evaluado la oportunidad y la calidad, no permite aclarar cuáles servicios se califican porque se refiere a los



usados para todos los fines: enfermedad crónica, problemas de salud no crónicos y prevención. Incluso, hasta da lugar para que se reporte el uso de servicios de salud “autoprescritos”.

4.3 Servicios evaluados en la encuesta de 2003

En la encuesta de 2003, el encuestado, de manera independiente de que consulte o no en un año con fines preventivos y de que tenga o no enfermedades crónicas y consulte o no, periódicamente, por causa de ellas, debe informar qué hizo para tratar los problemas de salud que se le hubieran presentado en los últimos treinta días y que no implicaran hospitalización. Por la posición de la correspondiente pregunta dentro de la secuencia del cuestionario, el encuestado debe referirse a toda clase de problemas, crónicos o no crónicos (ECV, 2003, pregunta 11). Aunque la pregunta tiene, básicamente, la misma redacción que en 1997, cuando se refirió, exclusivamente, a problemas no crónicos, en 2003 es imposible referirla, por aparte, a cada tipo de problema de salud (ECV, 1997, pregunta 15 y ECV, 2003, pregunta 11). Además, se aclara al encuestado que en caso de haber tenido más de un problema de salud en los últimos treinta días, se refiera al “más grave”.

A partir de la mencionada pregunta, el encuestado es llevado, de una parte, a evaluar la calidad de todos los servicios de atención médica ambulatorios usados para tratar el problema y, de otra, a informar sobre los días que transcurrieron entre las solicitudes de citas y los momentos de consultas realizadas con oferentes profesionales (médicos y odontólogos generales y especializados)⁴⁴. Esta última información no se solicita a quienes hayan consultado a promotores de salud o enfermeros.

De modo independiente, la encuesta solicita información sobre los servicios de atención médica hospitalaria usados en los últimos doce meses, relacionados con la existencia de algún problema de salud⁴⁵, y luego, solicita la evaluación de su calidad. En este caso, debido a la forma de redacción de las preguntas, parece que el encuestado, cuando se hubiera hospitalizado más de una vez, debe referirse a una sola hospitalización o evento, asunto que no aclaran ni el cuestionario ni el Manual. Además, es posible que en el proceso de encuesta, se mantuviera el criterio implícito de referirse a lo “más grave”, que es con el que previamente se había guiado al encuestado para que hablara de problemas de salud que no exigieron hospitalización⁴⁶.

Las opciones detalladas que se abren para analizar la atención médica evaluada en 2003, se señalan en un árbol de decisión que se muestra en el Anexo 1. Aquí sólo se presentan las conclusiones generales:

- a. Solo se evalúa la calidad y se recoge información para estudiar la oportunidad en los casos de servicios de atención médica asociados con la presencia o percepción de algún problema de salud, con lo cual se descartan los servicios utilizados con una finalidad preventiva
- b. En el caso ambulatorio, la referencia e, con certeza, el problema de salud “más grave” en los últimos treinta días, mientras que en el caso hospitalario, es muy probablemente la hospitalización “más grave” en los últimos doce meses
- c. Se evalúa por aparte, la calidad de los servicios de atención médica hospitalarios y ambulatorios, y sólo se recoge información para estudiar la oportunidad de los servicios ambulatorios suministrados por profesionales. Además, en el caso de la

evaluación de la calidad de los servicios de atención médica ambulatorios, se evalúan por aparte, los servicios suministrados por médicos generales, especialistas, homeópatas, acupunturistas, odontólogos, terapistas o instituciones de salud, y los suministrados por promotores de salud o enfermeros

- d. En cada clase de servicio, es decir, hospitalario o ambulatorio, se toman en cuenta, sin diferenciarlos y sin que se puedan diferenciar, los servicios utilizados para responder a problemas de salud crónicos o no crónicos. Es el encuestado quien en los casos de haber usado servicios ambulatorios para más de un problema de salud o de haber tenido más de una hospitalización, establece las prioridades con base en el criterio de lo “más grave”.

5. La afiliación a la seguridad social en las encuestas de calidad de vida

5.1 Afiliación a la seguridad social

Uno de los datos que se tienen en cuenta en la comparación de las encuestas, objeto de estudio es la afiliación a la seguridad social, en la medida en que puede ser una de las más importantes variables asociadas con la oportunidad y la calidad de la atención médica.

Con el objeto de llevar a cabo la comparación en términos de dicha variable, se procedió, en primer lugar, a describir la forma como cada una de las dos encuestas indaga sobre el tema, es decir, cómo identifica a los afiliados, y, en segundo lugar, a analizar la posibilidad de comparación. Los resultados se presentan a continuación⁴⁷.

5.1.1 Encuesta de 1997

La encuesta de 1997 indaga a todas las personas del hogar sobre la afiliación a entida-

des de la seguridad social (ECV, 1997, pregunta 1), entendiendo por tales a “todas aquellas entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias organizadas para la administración de los recursos y la prestación de los servicios de salud a sus afiliados (cotizantes y beneficiarios) como las entidades promotoras de salud (EPS), las cajas de previsión o compensación, empresas solidarias, etcétera” (Dane, 1997. “Manual de recolección y conceptos básicos”:66). La combinación de algunas preguntas permite identificar, con precisión, la afiliación o no afiliación a la seguridad social, y, en caso afirmativo, el régimen de afiliación.

- Identificación de afiliados por régimen

- *Afiliados al régimen contributivo o a sistemas especiales de seguridad social.* Son los encuestados que afirman estar cubiertos por una entidad de seguridad social, que niegan tener carné del Sisben, y que afirman estar afiliados, como cotizantes o beneficiarios, a EPS, cajas de previsión, cajas de compensación, magisterio, Ecopetrol o al sistema de salud de las Fuerzas Militares-Policía Nacional.

Los afiliados al régimen contributivo pertenecen a EPS, cajas de previsión y cajas de compensación⁴⁸, mientras que los afiliados a los regímenes especiales son todos los pertenecientes a las Fuerzas Militares o Policía Nacional, al magisterio y a Ecopetrol (ECV, 1997, preguntas 1, 3 y 4).

- *Afiliados al régimen subsidiado.* Son los encuestados que contestan que están cubiertos por una entidad de seguridad social en salud y que poseen carné del Sisben y, de igual modo, quienes habiendo respondido que “no” están cubiertos o que “no saben” si están cubiertos por una entidad de seguridad social, después indican, sin embargo, que poseen carné del Sisben. En resumen son quienes tienen este docu-



mento (Casen, 1993, pregunta 1, 3 y 4). Estos afiliados pertenecen a empresas promotoras de salud, empresas solidarias, cajas de previsión y cajas de compensación.

• No afiliados

Son todos los restantes encuestados, es decir, aquellos no ubicables en el régimen contributivo ni en el subsidiado. Los no afiliados incluyen, entonces, a quienes dicen no estar cubiertos o no saben si están cubiertos por entidades de seguridad social y, además, no tienen carné de Sisben. Así mismo, incluyen a quienes dicen estar cubiertos por una entidad de seguridad social, no tener carné de Sisben, pero pertenecer a entidades o planes como “Revivir, Canitas, etcétera” (ECV,

1997, preguntas 1, 3 y 4: categoría 8), entidades que no pertenecen al Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), o simplemente indican que no están afiliados a “ninguna” entidad (ECV, 1997, pregunta 1: categoría 2). Este último grupo es, posiblemente, el de afiliados a planes de atención complementaria, medicina prepagada u otros seguros de salud⁴⁹.

Una vez aclarada la identificación de los afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y especiales, y con base en la pregunta sobre las entidades⁵⁰ a las cuales está afiliado el encuestado -como cotizante o beneficiario- se puede agrupar a los afiliados de la siguiente manera (Cuadro 1):

CUADRO 1
DISTRIBUCIÓN DE AFILIADOS SEGÚN ENTIDAD

Afiliación	Entidad
Regímenes contributivo y especiales	Empresa promotora de salud (EPS) Cajas de previsión Cajas de compensación Fuerzas Militares o Policía Nacional Magisterio Ecopetrol
Régimen subsidiado	Empresa promotora de salud (EPS) Empresas solidarias (ESS) Cajas de previsión Cajas de compensación

Fuente: ECV, Dane, 1997. Diseño de los investigadores.

La encuesta finaliza el tema de la afiliación investigado si el encuestado se encuentra afiliado a un plan de atención complementaria, de medicina prepagada o a algún seguro de salud, es decir, si tiene aseguramiento voluntario. La pregunta que indaga por esta posibilidad, si bien permite identificar a quienes tienen esta clase de afiliación, no permite hacer una separación entre las categorías mencionadas.

5.1.2 Encuesta de 2003

Con la pregunta (ECV, 2003, pregunta 1) sobre el tema de afiliación, que busca “saber cuál entidad de seguridad social en salud es la encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud a las personas del hogar ya sea por el régimen contributivo o por el subsidiado” (Dane, 2003. “Manual de recolección y conceptos básicos”:71), se pue-



de saber directamente, si los encuestados están o no afiliados a la seguridad social⁵¹

- Identificación de afiliados por régimen
- *Afiliados a regímenes especiales.* Son quienes, en la primera pregunta del capítulo sobre salud, responden pertenecer al sistema de salud de las Fuerzas Militares-Policía Nacional, a Ecopetrol o al magisterio
- *Afiliados al régimen contributivo.* Son aquellos que, en la primera pregunta, dicen estar afiliados al ISS, Cajanal, o a una EPS o adaptada, diferente al ISS y Cajanal. Son, además, aquellos que habiendo señalado “otra entidad” en la mencionada pregunta indican, más adelante en la tercera pregunta, que están cubiertos por una entidad de la seguridad social, porque “le descuentan del salario o de la pensión”, “paga por su cuenta o directamente la afiliación”, “paga completamente la empresa, o el patrón donde trabaja”, o “es familiar de un empleado, de un pensionado, de un trabajador independiente o de otro cotizante”⁵²
- *Afiliados al régimen subsidiado.* Son aquellos que, según la primera pregunta, dicen estar afiliados a las ARS y a las empresas solidarias. También son quienes, habiendo respondido “otra entidad” en la primera pregunta, dicen en la tercera, estar cubiertos por una entidad de seguridad social porque “lo afiliaron a través del Sisben” o que “pertenece a un resguardo indígena”.

El tema sobre afiliación se cierra en esta encuesta con una pregunta que permite identificar el aseguramiento voluntario a pólizas de hospitalización y cirugía, medicina prepagada, planes complementarios y otros (seguro estudiantil, ambulancia, etc.), siendo posible, contrario a 1997, separar entre estas categorías.

• No afiliados

Son todos aquellos que no pertenecen a ninguno de los tres grupos antes mencionados, y corresponden a quienes en la primera pregunta no son afiliados de “ninguna” institución.

5.1.3 La comparación

Con base en la descripción y análisis de la afiliación a la seguridad social en las ECV de 1997 y de 2003, se puede concluir que es posible realizar las siguientes comparaciones⁵³:

- a. Los afiliados y los no afiliados a la seguridad social
- b. Los afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y especiales de la seguridad social
- c. Los afiliados a cada uno de los sistemas especiales de seguridad social: Fuerzas Militares-Policía Nacional, Ecopetrol, Magisterio
- d. Los afiliados a empresas solidarias y a ARS (como agrupación del resto de entidades), en el seno del régimen subsidiado. En este régimen, las “otras entidades” de 2003 podrían incluirse entre las ARS
- e. Los afiliados a sistemas voluntarios de aseguramiento.

No es posible determinar de manera inmediata, ni en consecuencia comparar los usuarios de los servicios en calidad de vinculados⁵⁴. Tampoco es posible comparar, de manera inmediata, los afiliados al ISS porque si bien es fácil determinarlos en 2003, puede resultar demasiado dispendioso identificarlos en 1997. Por último, tampoco es posible desagregar en categorías comparables, a las entidades de afiliación al régimen contributivo, debido a que, en las dos encuestas, no se clasifican de manera estable.



6. Las muestras de las encuestas de calidad de vida⁵⁵

Las encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003 se efectuaron en submuestras de una muestra maestra de 70.000 hogares distribuidos en 219 unidades primarias de muestreo y en 3.500 segmentos^{56,57}. Se trata de una muestra probabilística de conglomerados, estratificada y polietápica que tiene a todo el país como universo poblacional⁵⁸, con excepción de las zonas rurales dispersas de la Orinoquia y la Amazonia (Dane, 1997. “Metodología de la encuesta nacional de calidad de vida”:8). Es probabilística en la medida en que toda “la superficie del universo”, con excepción de las mencionadas zonas rurales, tuvo alguna probabilidad de selección, es polietápica en cuanto a que primero se seleccionaron en términos de probabilidades las unidades primarias de muestreo o conglomerados y, luego los segmentos, y es estratificada porque tanto las unidades primarias de muestro como los segmentos fueron, previamente estratificados⁵⁹.

6.1 Muestra de la Encuesta de calidad de vida 1997

La submuestra, en que se realizó comprende 10.016 hogares distribuidos en 75 unidades primarias de muestreo y 1.026 segmentos. De estos segmentos, 621 pertenecen a las cabeceras municipales y los restantes 405 al resto de los municipios, con lo cual se crean “las mismas posibilidades analíticas y de desagregación de resultados, con aproximadamente el mismo nivel de precisión” (Dane, 1997. “Metodología de Encuesta nacional de calidad de vida”:9). Durante la recolección, se lograron 9.121 encuestas completas para una cobertura de 91,1% y una tasa de no respuesta de 8,9% (Dane. 1997. “Metodología de Encuesta nacional de calidad de vida:9).

La submuestra también es probabilística y tiene representatividad, además del país (urbano, rural, total), en las grandes regiones, algunas subregiones y los mayores centros urbanos, como se indica a continuación (Dane, 1997. “Metodología de Encuesta nacional de calidad de vida:9, 11 y 12).

- a. Antioquia. Representatividad para Medellín, resto urbano, rural y total
- b. Pacífica (Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño). Representatividad para Cali, resto urbano, rural y total
- c. Central (Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima, Huila y Caquetá). Representatividad para urbano, rural y total
- d. Oriental (Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca y Meta). Representatividad para urbano, rural y total
- e. Atlántica (Guajira, Cesar, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Sucre y Córdoba). Representatividad para urbano, rural y total
- f. Bogotá-Soacha. Representatividad urbana
- g. Orinoquia-Amazonia (Arauca, Casanare, Vichada, Guanía, Gaviare, Vaupéz, Amazonas y Putumayo). Representatividad urbana (más de 800 habitantes)
- h. San Andrés y Providenci. Representatividad total.

Es importante tener presente que el número de desagregaciones (subgrupos) posible crece con el tamaño de la muestra y con la frecuencia o probabilidad de los fenómenos bajo estudio, y disminuye con la precisión deseada en las estimaciones o error estándar relativo- Estos aspectos se tratan en el documento “Metodología de la Encuesta nacional de calidad de vida 1997”, y que deben ser tenidos en cuenta en el momento de efec-

tuar los análisis. Así mismo, para corregir los sesgos de las estimaciones -problema también importante para los análisis- el mismo documento metodológico muestra cómo se calculan los factores básicos de expansión, y cómo se ajustan éstos de acuerdo con las deficiencias en la cobertura de la muestra y con los cambios en las estructuras contenidas en las proyecciones de la población (Dane, 1997. “Metodología de la Encuesta nacional de calidad de vida”:10-13).

6.2. Muestra de la Encuesta de calidad de vida de 2003

Según la ficha metodológica de la ECV 2003, la muestra -submuestra de la muestra maestra ampliada en 2001- es probabilística, estratificada, por conglomerados y polietápica y está conformada por 24.090 hogares⁶⁰. La unidad de muestreo que es el segmento, está compuesto por diez hogares en promedio. Si bien el universo de estudio es la “totalidad de las viviendas, hogares y personas del territorio nacional”, de la población objetivo se exceptúan “las áreas rurales de los antiguos territorios nacionales y la localidad del Sumapaz de Bogotá”. La proporción de encuestas con un diligenciamiento completo es muy alto, superior a 95%, de modo que la tasa de no respuesta es inferior a 5%⁶¹.

La muestra permite desagregaciones o representatividad, además de las cabeceras (urbano), del resto (rural) y del total del país, por grandes regiones y Bogotá D.C, como se indica a continuación (Dane, 2003. “Encuesta de calidad de vida 2003. Ficha metodológica”):

- a. Antioquia. Desagregación (representatividad) por cabeceras (urbano), resto (rural) y total
- b. Atlántica (Guajira, Cesar, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Sucre y Córdoba).

- Desagregación (representatividad) por cabeceras (urbano), resto (rural) y total
- c. Valle. Desagregación (representatividad) por cabeceras (urbano), resto (rural) y total
- d. Pacífica (Chocó, Cauca y Nariño). Desagregación (representatividad) por cabecera (urbano), resto (rural) y total
- e. Central (Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima, Huila y Caquetá). Desagregación (representatividad) por cabeceras (urbano), resto (rural) y total
- f. Oriental (Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca y Meta). Desagregación (representatividad) por cabeceras (urbano), resto (rural) y total
- g. Bogotá D.C. Desagregación (representatividad) por cabeceras (urbano) y por cada una de diecinueve de las veinte localidades (se exceptúa Sumapaz.
- h. Orinoquia-Amazonia (Arauca, Casanare, Vichada, Guanía, Guaviare, Vaupéz, Amazonas y Putumayo). Desagregación (representatividad) sólo por cabeceras (urbano)
- i. San Andrés y Providencia. Desagregación (representatividad) sólo para el total.

6.3 Comparación entre las Encuestas de calidad de vida 1997 y 2003

En cuanto a su representatividad, las dos encuestas son plenamente comparables, en los siguientes ámbitos geográficos en que tienen la misma composición:

- a. Los agregados de las cabeceras municipales (urbano), del resto (rural) y del total de Colombia
- b. Los agregados de las cabeceras (urbano), del resto (rural) y del total de las siguientes regiones (o subregiones). Antioquia,



Atlántica, Pacífica (incluyendo al Valle del Cauca) y Central. En 1997 se excluyó a Soacha del departamento de Cundinamarca mientras que en 2003 sí incluyó, sin embargo, dado que ese municipio no tiene una gran participación dentro de la región Oriental, con la correspondiente advertencia, se puede hacer la comparación regional⁶²

- c. El agregado de las cabeceras municipales (urbano) de la Orinoquia-Amazonia
- d. El agregado total de San Andrés y Providencia.

No son comparables, de manera inmediata, las ciudades de Cali y Medellín, para las cuales la muestra de 1997 permite desagregaciones de resultados (representatividad), pero no así la muestra de 2003⁶³. Tampoco es comparable el departamento del Valle del Cauca para el cual sucede lo contrario: la muestra de 2003 admite desagregaciones (representatividad), pero no así la muestra de 1997.

En el caso de Bogotá D.C la conformación geográfica en las dos encuestas es distinta por dos razones: primero, porque en 1997 se incluyó a todas sus localidades, contrario a 2003 cuando se excluyó a Sumapaz (localidad No. 20) de la población objetivo y, segundo, porque en 1997 se le adicionó el municipio de Soacha, cosa que no ocurrió en 2003. Por otra parte, la encuesta de 2003 admite la posibilidad de desagregar resultados por localidades (representatividad), en la medida en que se amplió, de manera sustancial, la muestra que ascendió a 13.200 hogares, lo cual no era posible en 1997, cuando para Bogotá-Soacha sólo se incluyeron 97 segmentos (aproximadamente 970 hogares)⁶⁴. En resumen:

- a. Se puede comparar la totalidad de Bogotá D.C (cabecera o urbano), haciendo la doble advertencia de una parte, la reduc-

ción del alcance geográfico en 2003, al excluirse de la región al municipio de Soacha y de la población objetivo a la localidad de Sumapaz y, de otra, el mayor tamaño de la muestra, que permite en 2003 una mayor desagregación o partición para efectos de los análisis. Si se deseara y como se indicó antes se podría separar a Soacha en 1997 (el caso de Sumapaz es realmente muy poco significativo desde el punto de vista estadístico)

- b. No se pueden comparar las localidades aunque se puede y se deben estudiar en 2003.

Por lo demás, las dos muestras obedecen a un diseño similar, pues son probabilísticas, estratificadas, de conglomerados y polietápicas.

Conclusiones

A continuación se establecen las conclusiones como producto de la comparación de las dos encuestas objeto de estudio.

- 1. **Calidad.** En las ECV de 1997 y 2003, la calidad de los servicios de atención médica se evalúa, de manera explícita, desde la perspectiva del usuario⁶⁵. La redacción de las preguntas es aproximadamente la misma y se conservan, además, las categorías de respuesta. Sin embargo, existen algunas diferencias importantes en la forma de la evaluación:

- a. En 1997 se emplea una sola pregunta para evaluar cualquier clase de servicios de atención médica utilizados en los últimos treinta días para cualquier evento o problema de salud, en cambio en 2003 se emplean dos preguntas, una para evaluar los servicios de atención médica ambulatorios utilizados en los últimos treinta días, y otra para evaluar los servi-



cios hospitalarios utilizados en los últimos doce meses

- b. La forma de evaluación usada en 1997 que en principio, no distingue entre que los servicios sean ambulatorios u hospitalarios, para enfermedades crónicas o problemas de salud no crónicos prestados por profesionales o por promotores o enfermeras, permite realizar una evaluación agregada y por las citadas desagregaciones (aunque sin poder aislar los servicios hospitalarios). En contraste, la forma de evaluación usada en 2003 que, en principio, separa los servicios ambulatorios y los hospitalarios, no permite una evaluación agregada, y las desagregaciones que permite no son exactamente las mismas de la encuesta anterior: es posible la desagregación entre prestadores (profesionales y promotores-enfermeros), y entre servicios ambulatorios y hospitalarios, pero no es posible la desagregación entre enfermedades crónicas y problemas de salud no crónicos
- c. Mientras en 1997 la forma de la encuesta da prioridad a la evaluación de los servicios de atención médica usados para enfermedades crónicas, en 2003 es el propio encuestado quien determina esa prioridad
- d. En 1997 no se profundiza mediante preguntas adicionales, sobre las razones o componentes tenidos en cuenta por parte de los usuarios para fundamentar sus evaluaciones, en cambio en 2003 se adiciona una pregunta para profundizar en el aspecto más influyente, por lo menos en las evaluaciones regulares o malas (ECV, 2003, pregunta 19).

Si bien no es posible una comparación de la calidad del agregado de todos los servicios de atención médica, es posible en cambio comparar la calidad de sólo los servicios ambulatorios (aislándolos en 1997 y con una pregunta específica en 2003), con la salvedad ya subrayada, de

que en la primera encuesta se da prioridad a los servicios utilizados para tratar enfermedades crónicas. También es posible comparar las evaluaciones de los servicios ambulatorios separándolos, de una parte, en provistos por profesionales de la salud (incluyendo las instituciones), y, de otra, en provistos por promotores y enfermeras.

2. **Oportunidad.** En las dos encuestas la oportunidad se evalúa de modo sustancialmente distinto, porque mientras en 1997 se hace de manera inmediata y desde el punto de vista del usuario, en la encuesta de 2003 se recoge información sobre los días transcurridos entre las solicitudes de las citas y sus cumplimientos, información con la cual el investigador puede elaborar los correspondientes indicadores para poder evaluar: sería una evaluación desde el punto de vista del investigador. Por esta razón, no se debe realizar la comparación de la oportunidad entre las dos encuestas: simplemente, son inconmensurables.

De otra parte, hay una importante diferencia en lo que se evalúa. Mientras en 1997 se hace una sola pregunta sobre la oportunidad que se aplica, exactamente a los mismos servicios de atención médica a los que se refiere la pregunta sobre calidad y que, además, permite las mismas desagregaciones, en 2003 se solicita información sobre los días transcurridos entre las solicitudes de citas y sus cumplimientos mediante dos preguntas: una para los servicios de médicos y odontólogos generales, y otra para los servicios de médicos y odontólogos especializados (ECV, 2003, preguntas 15 y 17). Estas preguntas, que no son agregables, se refieren a solo los servicios ambulatorios utilizados en los últimos treinta días: no hay entonces forma de aproximarse a la oportunidad de los servicios de atención médica



provistos por promotores o enfermeros ni a la oportunidad de los servicios hospitalarios, como tampoco se pueden separar las evaluaciones de los servicios para enfermedades crónicas de aquellas para problemas de salud no crónicos.

Así no se presentará el problema de los distintos puntos de vista de la evaluación (usuario e investigador), no se podría de todos modos comparar las dos encuestas, porque en la de 1997 no es posible desagregar la oportunidad entre servicios profesionales generales y especializados, y en la de 2003 no es posible agregar las dos categorías para conformar una sola, es decir, la oportunidad de los servicios de atención médica provistos por profesionales.

El juicio sobre si los servicios son en 2003 oportunos o demorados, requiere del establecimiento de un límite como podría ser no obstante sus problemas, alguna de las medidas de tendencia central de las distribuciones de los mencionados números de días, pero que también podría ser algún parámetro de referencia internacional. Sin ese límite se puede hablar de mayor a menor oportunidad, pero no se puede saber, por ejemplo, qué proporción de los servicios son inoportunos.

- 3. Razones de no uso.** Las dos encuestas preguntan a quiénes en los últimos treinta días tuvieron algún problema de salud, qué hicieron para tratarlo (en el caso de los enfermos crónicos, en 1997 la situación es un poco diferente, porque la pregunta se les aplica, no porque estuvieran enfermos, sino porque además de ello consultaran en los últimos treinta días). Inmediatamente después, se pregunta a quienes no usaron servicios de atención médica la razón principal para no solicitarlos o recibirlos. Estas preguntas son idénticas en su formulación en las dos encuestas⁶⁶, y tienen categorías de respuesta casi idénticas (las diferencias no

parecen significativas) (ECV, 1997, pregunta: 21 y ECV, 2003, pregunta: 14).

Entre las razones para no solicitar o no recibir servicios de atención médica, hay algunas que denotan problemas en la calidad de estos servicios y, en particular, hacen referencia a aspectos, componentes o dimensiones de la calidad. La inclusión de estas razones en la investigación anunciada en la introducción, solo tiene el sentido de complementar el análisis de la calidad y, en ningún caso, el de estudiar las razones de no uso por sí mismas. Con las preguntas que evalúan la oportunidad y la calidad, se logra una aproximación parcial a la calidad a través de aquellos que usan la atención médica, y mediante la pregunta por la razón principal para no solicitar o recibir servicios de atención médica, se logra un complemento a esa aproximación, pero a través de quienes no usan estos servicios.

Es necesario hacer una salvedad en cuanto a la condición de salud a que se refieren ambas encuestas. La de 1997 indaga por la razón principal para no solicitar o recibir atención médica en los últimos treinta días, sin distinguir que el usuario requiriera de servicios hospitalarios o ambulatorios, en cambio la de 2003 busca la razón principal para no solicitar o recibir atención médica, también en los últimos treinta días, pero en el caso de problemas de salud que no requirieran hospitalización. Dejando a un lado en la primera encuesta a quienes requirieron hospitalización, de modo que sólo queden quienes necesitaron algún tratamiento no hospitalario, se puede efectuar la comparación entre las dos encuestas. Se trataría, entonces, en ambos años, de la razón principal para no solicitar o recibir servicios de atención médica por parte de individuos con algún problema de salud en los últimos treinta días que no requiriera hospitalización.

4. Delimitación de los servicios de atención médica evaluados. En relación con el amplio espectro que se usa en el ámbito internacional, para evaluar la satisfacción con los servicios de salud, espectro que va desde el extremo más restringido, consistente en evaluar una unidad de servicio muy específica, como por ejemplo, una consulta, hasta el extremo más amplio, consistente en evaluar el conjunto completo de servicios utilizados por el individuo, sin delimitarle un período de tiempo, en las ECV del Dane se usa una opción intermedia.

La opción de las dos encuestas consiste, de una parte, en conducir al encuestado a referirse a un período de tiempo (los últimos treinta días para todos los casos en 1997, el mismo período para los servicios ambulatorios en 2003 y los últimos doce meses para los servicios hospitalarios en 2003) y, de otra, a referirse a unos servicios más o menos específicos, según el caso:

- a. En 1997, parece que se toman como referentes todos los servicios consumidos por el encuestado para todas sus enfermedades crónicas, o todos los servicios consumidos para el más grave problema de salud no crónico
- b. En 2003, los referentes parecen ser todos los servicios ambulatorios utilizados para el problema de salud más grave⁶⁷, o la hospitalización “más grave” que por supuesto se refiere a un determinado problema (el punto es que sí hubo varias hospitalizaciones por el mismo problema, se toma la que se considere “más grave”). Para la comparación, que es sólo de la calidad de los servicios para casos que no requirieran hospitalización, se debe admitir la homogeneidad en el caso de servicios para problemas de salud no crónicos, pero se debe admitir también cierta heterogeneidad en el caso de servicios para enferme-

dades crónicas (todas las enfermedades en 1997, y sólo la más grave en 2003). Sin embargo, este detalle no debe impedir la confrontación.

5. **Servicios de atención médica.** Por servicios de atención médica, el Dane entiende, a través de las encuestas de 1997 y 2003, el conjunto de servicios hospitalarios y ambulatorios prestados por parte de profesionales e instituciones de salud y por promotores de salud y enfermeros, es decir, servicios de medicina “formal”. Sin embargo, el contenido operativo del concepto no se mantuvo estable, sino que se amplió en 2003 para dar cabida, entre los profesionales, a los homeópatas y acupunturistas (siempre y cuando sean a la vez profesionales). De modo que el concepto no es homogéneo en el tiempo, y no hay forma de excluir los recursos agregados con el fin de lograr esa homogeneidad. No obstante, el problema no es suficientemente serio como para eliminar la posibilidad de la comparación.
6. **Seguridad social.** Es posible identificar y comparar los afiliados y no afiliados a la seguridad social y entre los primeros los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado y a los sistemas especiales. También se puede identificar y comparar los afiliados a cada uno de sistemas especiales y, entre los del régimen subsidiado, los afiliados a empresas solidarias y a ARS. Por último, se pueden identificar y comparar los afiliados a sistemas voluntarios de aseguramiento.
7. **Muestras.** Las encuestas de calidad de vida usan submuestras de una muestra maestra de hogares, con características iguales (probabilísticas, estratificadas, polietápicas y por conglomerados), aunque no con el mismo tamaño ni en consecuencia los mismos niveles de desagregación de las variables. Son comparables la representatividad por cabeceras munici-



pales (urbano), resto (rural) y total del conjunto del país y de las siguientes regiones o subregiones: Antioquia, Atlántica, Pacífica (incluyendo el Valle del Cauca) y Central. Los mismos niveles también son comparables en la región Oriental, pero con la salvedad de que en 2003 se le adiciona Soacha, que en 1997 se le había extraído. Por último, son comparables el agregado de las cabeceras municipales de la Orinoquia-Amazonia, el agregado total de San Andrés y Providencia, lo mismo que Bogotá D.C con la observación de que en 2003 se le resta Soacha y se excluye a Sumapaz de la población objetivo (además, se debe tener presente el enorme aumento de su muestra).

- 8. En síntesis**, se puede investigar de manera independiente, la calidad de los servicios de atención médica en cada uno de los años 1997 y 2003, mediante la combinación de las correspondientes preguntas sobre la oportunidad y la calidad, informadas por quienes la utilizan, y la pregunta sobre las razones de no uso, informadas por quienes no utilizan esa misma atención. Sin embargo, la comparación, entre los dos años, se limita a solo dos cosas:
- a. La calidad de la atención médica ambulatoria agregada, de la atención médica ambulatoria provista por profesionales e instituciones, y de la atención médica ambulatoria provista por promotores y enfermeras, en los últimos treinta días
 - b. Las razones de no uso de la atención médica por parte de usuarios que no requerían de atención hospitalaria en el mismo período. Sin embargo, estas comparaciones no deben perder de vista el cambio que hay en el contenido operativo del concepto de atención médica, el énfasis que pone la encuesta de 1997 en los servicios provistos para tratar enfermedades crónicas, y el cambio en el gra-

do de especificidad de los servicios evaluados en el caso de las enfermedades crónicas. La variable de afiliación a la seguridad social y las muestras usadas no crean problemas para la mencionada comparación.

En la medida en que el análisis presentado en este texto se limita a los contenidos que se pueden esperar de las formas de medición o preguntas usadas, los espacios de comparación arriba descritos se deben entender como los máximos posibles. Si los datos obtenidos por las ECV llegaran a presentar problemas de calidad y sobre todo variaciones sustanciales en ésta entre los dos cortes, algunas de las comparaciones máximas posibles podrían verse amenazadas. Sin embargo, aunque no fue objetivo de este trabajo indagar, en profundidad, sobre los ejercicios realizados por el Dane en cuanto a la crítica y evaluación de la calidad de los datos, es importante señalar que la información indicada por esta institución en el sentido de que en 1997 hubo 91,1% de encuestas completas y de que en 2003 superaron 95%, da para pensar que en ninguno de los dos casos hubo problemas significativos de calidad en los datos y que no se presentaron fuertes variaciones en ella. Esto parece indicar que los problemas de calidad, que pudieran haberse presentado, no amenazan las comparaciones anotadas.

Referencias bibliográficas

- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana (Profamilia) y Macro International, Inc. 1995. "Encuesta nacional de demografía y salud, 1995". Bogotá (Colombia) y Calverton, Md. (Estados Unidos).
- Blanca, L. 2003. "Metodología e indicadores sobre las condiciones sociolaborales en el sector informal urbano". En: *El sector informal en Bogotá: una perspectiva interdisciplinaria*. Capítulo 8. Organización Internacional de Trabajo (OIT).
- Castillo, L.; Castaño de Romero, L. 1990. "Diseño de la muestra y confiabilidad de las estimaciones". En: Ruiz, H.; Torres, J. (1990). *Encuesta nacional sobre*

- conocimientos, actitudes y prácticas en salud: 1986-1989.*
- Corporación Centro Regional de Población. (CCRP) 1988. "Encuestas. Demografía. Salud. Prevalencia anticonceptiva 1986". Ministerio de Salud; Institute for Resource Development. Bogotá (Colombia).
- Departamento Nacional de Planeación (DNP). 1993. "Encuesta de caracterización socioeconómica. Formulario". Bogotá.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). 2004. Entrevista al contratista Daniel Martínez. Julio 19. Bogotá.
- Departamento Administrativo Nacional de estadística (Dane). 1997. "Encuesta nacional de calidad de vida 1997. Manual de recolección y conceptos básicos". Bogotá.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). 1997. "Encuesta nacional de calidad de vida. Formulario". Bogotá.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). 1998. "Metodología de la Encuesta nacional de calidad de vida. 1997". Bogotá.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). 2002. "Encuesta nacional de calidad de vida 2003. Manual de recolección y conceptos básicos". Bogotá.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). 2003. "Encuesta nacional de calidad de vida. Formulario". Bogotá.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). 2003. "Encuesta nacional de calidad de vida 2003. Presentación de resultados". Bogotá. www.dane.gov.co
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). 1991. "Encuesta sobre pobreza y calidad de vida de Santa Fe de Bogotá. Manual de recolección y conceptos básicos". Bogotá.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane). "Encuesta nacional de calidad de vida. 2003. Ficha metodológica". Bogotá. www.dane.gov.co/inf_est/calidadvida.htm
- Galán, R.; Luecke, D.; Myers, C. 1977. "Análisis de demanda y oferta médica y odontológica para Colombia". Ministerio de Salud. Bogotá.
- Gómez, LC. 1984. "Diseño de la muestra y confiabilidad de las estimaciones". En: Pabón, A.; Rodríguez, E.; Velasco, JR. 1984. *Estudio nacional de salud. Demanda y utilización de servicios de salud*. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Asociación Colombiana de Facultades de Salud. Bogotá.
- Leibovich, J.; Núñez, J. 1999. "Los activos y recursos de la población pobre en Colombia. Red de centros de investigación de la oficina del economista jefe". Banco Interamericano de Desarrollo (BID) Documento de Trabajo R-359. Washington, D.C.
- Ley de seguridad social (Ley 100 de 1993). Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Bogotá (Colombia).
- Marengo, JJ. 1987. "El hospital". En: Mazzáfero, VE. et al. (1987). *Medicina en salud pública*. El Ateneo. Buenos Aires.
- Marshall, GN.; Hays, RD.; Sherbourne, CD.; Wells, KB. 1993. "The Structure of Patient Satisfaction With Outpatient Medical Care". En: *Psychological Assessment*. 5 (4):477, 483.
- Ministerio de Salud, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. 1965-1966. "Investigación nacional de morbilidad. Formulario de entrevistas domiciliarias". En: Galán, R.; Luecke, D.; Myers, C. 1977. *Análisis de demanda y oferta médica y odontológica para Colombia*. Ministerio de Salud. Bogotá.
- Pabón, A.; Rodríguez, E.; Velasco, JR. 1984. "Estudio nacional de salud. Demanda y utilización de servicios de salud". Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá.
- PNUD-DNP-Misión Social. 2000. "Encuesta nacional de oferta de servicios para familia, infancia y población vulnerable, 2000. Bogotá.
- Profamilia, IRD/Macro International. 1991. "Encuesta de prevalencia, demografía y salud, 1990". Bogotá (Colombia), y Columbia, Md. (Estados Unidos).
- Profamilia. 1995. "Encuesta nacional de demografía y salud". Profamilia y Calverton, Macro International Inc. Bogotá.
- Ruiz, H.; Torres, J. 1990. "Encuesta nacional sobre conocimientos, actitudes y prácticas en Salud: 1986-1989. Seguridad social, Vol. 1, Características de la población". Ministerio de Salud, Instituto de Seguros Sociales, Instituto Nacional de Salud. Bogotá.
- Velandia, F.; Ardón, N.; Cárdenas, JM.; Jara, MI.; Pérez, N. 2001. "Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia". En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. No. 1. Programas de Postgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad Javeriana. Bogotá.
- Velandia, F.; Ardón, N.; Cardona, JF.; Jara, MI. 2004-2005. "Estructura, estado y modificación de la calidad (satisfacción), de la oportunidad y de las razones para no usar los servicios de atención médica en Colombia" (Protocolo de investigación). Programas de Postgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad Javeriana. Bogotá.



Notas al pie

- 1 Segundo premio de investigación en el Primer encuentro nacional de investigación en salud pública, promovido por la Asociación Colombiana de Escuelas de Salud Pública (ACOESP), noviembre del 2002.
- 2 El presente texto desarrolla el primer objetivo específico de la mencionada nueva investigación que dice: "Determinar las posibilidades específicas de comparación entre las Encuestas Casen, Calidad de vida 1997 y Calidad de vida 2003, en términos de la calidad, de la oportunidad, del no uso y de las razones para no usar los servicios de atención médica". Si bien en el cuerpo principal del escrito no se hace la comparación con Casen, ésta se efectúa a través de notas de pie de página.
El texto también desarrolla la mayor parte de los elementos del segundo objetivo específico: "Determinar los cambios hechos en 2003 en comparación con 1997 en el instrumento de recolección de datos (su estructura, la inclusión de servicios de atención médica y su desagregación, la discriminación en los atributos de la calidad y en sus escalas de medición y la precisión de las mediciones), en la definición de los conceptos relativos a salud contenidos en el manual de recolección y en el marco de referencia que utiliza el Dane para apoyar la medición de la calidad en salud". En particular, los elementos de este objetivo tomados en cuenta en el presente texto, en la medida en que pudieran afectar la posibilidad de comparación, son la inclusión y desagregación de los servicios de atención médica, las escalas usadas para medir la calidad y la oportunidad, y los conceptos usados por el Departamento Nacional de Estadística (Dane) en relación con la salud, los servicios de atención médica y la calidad de esos mismos servicios, conceptos que se hacen explícitos mediante un trabajo de inferencia a partir de los instrumentos de recolección de datos y de los manuales.
Así mismo, se indaga por las eventuales dificultades que los cambios en las muestras y en la forma de determinar la afiliación a la seguridad social pudieran introducir en la posibilidad de comparación.
- 3 Estos materiales se complementan con una entrevista realizada en julio 19 de 2004 al señor Daniel Martínez, contratista del Departamento Nacional de Estadística (Dane), el instrumento de recolección de datos de la Encuesta Casen de 1993, y el trabajo de Leibovich y Núñez titulado *Los activos y recursos de la población pobre en Colombia* (Banco Interamericano de Desarrollo-BID, documento de trabajo R-359), en el cual se indican las características de esta encuesta.
- 4 Para el cumplimiento de otros objetivos de la segunda investigación que exigen interpretar el significado de los datos, se está en proceso de elaboración de un marco teórico.
- 5 Se consultaron otras encuestas que no arrojan información sobre el tema de preocupación del presente estudio. Son ellas las Encuestas de prevalencia, demografía y salud 1986, 1990 y 1995, la Encuesta nacional de demografía y salud de 1995 de Profamilia, y la Encuesta nacional de oferta de servicios para familia, infancia y población vulnerable 2000 del PNUD-DNP-Misión Social, entre otras, las cuales si bien abordan el tema de salud, no se refieren directamente al problema de la calidad de los servicios de salud.
- 6 La Investigación nacional de morbilidad se refirió a una población equivalente al 98% del país (se excluyó a los territorios nacionales) y mediante un diseño similar al que más tarde se utilizaría para el Estudio nacional de salud, se obtuvo una muestra de 8.669 "familias" compuestas por 51.473 personas, de las cuales se seleccionaron 5.026 para someterlas a exámenes clínicos (véase Galán, Luecke, y Myers, 1977:44-45).
- 7 Véase formulario en Galán, Luecke y Myers, 1977: 69-72.
- 8 Pregunta 2a: "¿Estuvo usted enfermo durante las semanas pasada y antepasada?". Pregunta 3a: "¿Tuvo algún accidente o lesión durante la semana pasada o antepasada?". Pregunta 8a: "¿Ha tenido un dolor de diente o algún otro problema con su dentadura durante el periodo comprendido entre Semana Santa del año pasado y el momento presente?".
- 9 No marcaron la opción "médico" en la pregunta 5b: "¿A quién consultó?: a) Médico. b) Farmacéutico. c) Enfermera. d) Tegua. e) Comadrona. f) Otros".
- 10 No en la pregunta 8b: "¿Durante este periodo consultó usted a algún dentista para ese problema o por otra razón relacionada con su dentadura?".
- 11 Como se puede ver al combinar las preguntas 5a y 5b: 5a: "¿Le hicieron algún examen especial o algún tratamiento?". 5b: "¿A quién consultó?: a) Médico. b) Farmacéutico. c) Enfermera. d) Tegua. e) Comadrona. f) Otros".
- 12 En la pregunta 18 dieron como respuesta las categorías 1 a 4: "¿Está usted o alguna persona de la familia afiliado a alguno de los siguientes sistemas de previsión social? 1. ICSS. 2. Caja nacional. 3. Caja departamental. 4. Caja municipal. 5. Seguro médico. 6. Otro".
- 13 Opción "a" en la pregunta 5b.
- 14 Sí en la pregunta 8b.
- 15 Sí en la pregunta 11a: "¿Durante el periodo comprendido entre Semana Santa del año pasado y el

- momento presente, estuvo usted internado en un hospital?”.
- ¹⁶ Ellos marcaban una opción diferente a ICSS o caja de previsión en las preguntas 6c, 9c y 12c: “¿Quién otro pagó por... los servicios...?”.
- ¹⁷ El Estudio nacional de salud se llevó a cabo en una muestra obtenida mediante un diseño probabilístico, de conglomerados (unidades primarias de muestreo: municipios), estratificado y polietápico referido a un universo equivalente al 98.7% de la población del país. Así, “cada municipio, área, hogar y persona del universo tuvo una probabilidad conocida de selección superior a cero”. Se estratificó y conformó dos conjuntos homogéneos de unidades primarias de muestreo: i) de certeza: municipios de 60.000 o más habitantes, y ii) de no certeza, agrupaciones de 60.000 habitantes en promedio conformadas por municipios inferiores a ese tamaño. Luego de una selección de la muestra en tres etapas, ésta finalmente estuvo conformada por 10.000 hogares compuestos por 50.000 personas, de las cuales se seleccionaron 10.000 para el examen, y fue representativa del país y de cada una de las siguientes cinco regiones: Atlántica, Oriental, Bogotá, Central y Pacífica (Gómez, L.C., 1984. “Diseño de la muestra y confiabilidad de las estimaciones”. *En*: Pabón y Rodríguez. 1984:179-187).
- ¹⁸ Véase formulario en Pabón, y Rodríguez. 1984:19-22.
- ¹⁹ Se trata, principalmente, de auxiliares de enfermería, ayudantes y empíricas (Pabón y Rodríguez. 1984: 40).
- ²⁰ Esto se puede lograr mediante la combinación de las preguntas 5a y 5f del Formulario de entrevistas domiciliarias (1977-1980): Pregunta 5^a: “Durante las semanas pasada o antepasada consultó usted a alguna persona por una enfermedad o por un accidente o por otra razón relacionada con su salud?”. Pregunta 5f: “¿A quién consultó?: 1. Médico. 2. Enfermera. 3. Boticario, farmacéuta. 4. Promotores. 5. Tegua, curandero. 6. Comadrona. 7. Otros”. De las encuestas de Calidad de vida 1997 y 2003 se sabe que al menos una parte de estas consultas ocurren como rechazo a la atención médica.
- ²¹ Entre las “otras” posibilidades están la falta de tiempo, la pereza o descuido, la automedicación, el disgusto o miedo, la desatención y la no necesidad de consultar (véase “Demanda y utilización de servicios de salud”. Pregunta 5c: Formulario de entrevistas domiciliaria (1977-1980): “¿Por qué no consultó durante ese periodo?”.
- ²² Formulario de entrevista domiciliaria: Preguntas 6a y 6c: Pregunta 6a: “¿En el tiempo que ha transcurrido desde el 1 de enero del año pasado alguna institución o persona dejó de suministrarle servicios de atención médica, dental o de enfermería cuando lo solicitó?”. Pregunta 6c: “En qué lugar o institución (hospital, clínica o consultorio) fue rechazada su solicitud? 1. ICSS. 2. Oficial. 3.Caja previsión. 3. Caja de compensación. 4. Privado. 5. Otra institución. 6. Domicilio”.
- ²³ Pregunta 6f: “¿Qué institución (hospital, clínica o consultorio) le suministró atención?: 1. ICSS. 2. Oficial. 3.Caja Previsión. 3.Caja de Compensación. 4. Privado. 5.Otra institución. 6.Domicilio”.
- ²⁴ La encuesta Caps fue realizada en una de las submuestras de la Muestra maestra del subsistema de información en salud (SIS). El diseño y ejecución fue muy similar al utilizado en las muestras de la Investigación nacional de morbilidad (1965-1966) y de la Encuesta nacional de salud (1977-1980). El universo de la encuesta lo constituyó la población civil no institucional residente en los departamentos del país en 1973 que correspondía a 96% de la población del país. El universo se dividió en cinco regiones, cada una con una población mínima de tres millones de habitantes: Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá. El diseño de la muestra maestra es probabilístico, estratificado, poliétapico y de conglomerados. La muestra de la encuesta estuvo constituida por 10.182 hogares de los cuales se encuestaron 9.404 (92,6%) con 46.411 personas (Castillo y Castaño de Romero. *En*: Ruiz y Torres 1990:129-141).
- ²⁵ Pregunta 11g Tabla consultas al médico: “¿En esta consulta cuáles fueron los principales problemas que usted vivió? 1. Costo de la consulta. 2. Atención demorada. 3. Trato recibido del médico. 4.Otros. 5. No tuvo problemas. Pregunta 3g Atención del embarazo y parto “¿Cuáles fueron esos problemas?: 1. Demora en atención. 2. El trato por parte del médico fue malo. 3.El trato por parte de otras personas fue malo. 4.El servicio fue muy caro. 5. Dificultades para llegar a la institución de salud. 6. Otros”.
- ²⁶ Pregunta 11d Tabla consultas al médico, Formulario 1: “¿Cuál fue el motivo principal por el que no consultó durante este periodo? 1. No tuvo necesidad. 2.Limitaciones económicas. 3.Inaccesibilidad geográfica. 4. Falta de tiempo, descuido y otros motivos personales. 5. Fue pero no lo atendieron. 6. Otros. 7.N.R”. Pregunta 3b Atención de embarazo y parto: “¿Durante su último embarazo terminado, por qué razones no consultó (con más frecuencia) al médico o a la institución? 1. No podía pagar el costo del servicio. 2. La atención es mala. 3.El servicio de salud queda muy lejos. 4. No creía necesario hacer más consultas. 5. Otro”. Pregunta 3e. “¿Cuál fue la razón más importante por la que usted no tuvo su último parto o aborto en una institución de salud (hospital, clínica, centro de



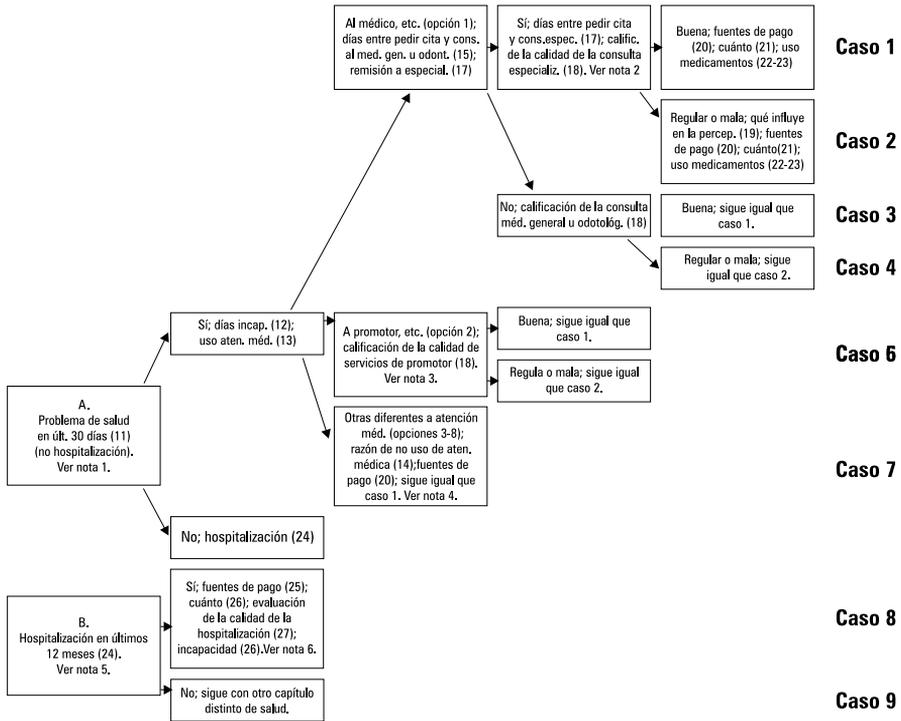
- salud)? 1. No podía pagar el costo del servicio. 2. La atención es mala. 3. La institución de salud que muy lejos. 4. Prefiere la casa. 5. Otro. 6. N.R.”.
- ²⁷ Pregunta 16: “¿Por qué razón no recibió atención del personal de salud para tratar su enfermedad o accidente?”. Pregunta 18: “¿...cuánto tiempo tuvo que esperar en ese lugar para ser atendido?”. Pregunta 19: “...si pudiera escoger a dónde acudir para ser atendido en cuestiones de salud ¿volvería al mismo sitio?”.
- ²⁸ Es representativa a escala rural y urbana, además de serlo para las principales ciudades y departamentos del país. Se entrevistan 27.271 hogares, 22.257 en el sector urbano y 5.014 en el rural. Esta encuesta proporciona información de acceso a los servicios públicos, de salud y de educación. Contiene también información de los gastos e ingreso de la familia y datos acerca de la tenencia de vivienda, sus costos, el pago de arriendo así como sobre la posesión de ciertos bienes de los hogares (Leibovich y Núñez, 1999: 7; Blanca, L., : 7)
- ²⁹ Es importante anotar que la encuesta Casen de 1993 no permite inferir el concepto de calidad, dado que su capítulo IV, “Antecedentes demográficos y salud”, no contiene preguntas que lo avalúen o que permitan derivarlo. Como se advirtió antes, esta encuesta solo hace referencia a los factores determinantes de la solicitud de servicios (Casen, 1993: capítulo IV).
- ³⁰ En el presente documento no se tiene interés en determinar la validez y confiabilidad de las escalas con que se midió la calidad y la oportunidad. Solo se pretende identificar si hubo o no variaciones entre las dos encuestas en cuanto a las escalas usadas. Además se anota que en el caso de la calidad se usó una escala que, en comparación con algunos estudios sobre la satisfacción con los servicios de salud, resulta agregada.
- ³¹ No sobra advertir, además, que la comprensión del propio estado de salud no es la misma en todos los individuos. En esencia, se esperaría que en la respuesta de los diversos encuestados haya una heterogeneidad en las aproximaciones a la oportunidad.
- ³² “Medicina general: a través de este servicio el paciente es atendido por un médico general u odontólogo siempre que lo requiera, por una molestia de salud, ocasional o no, un control de salud, gripe, etc., o para determinar si debe ser tratado por un especialista” (*Manual de recolección y conceptos básicos*: 80).
- ³³ “Esta pregunta busca indagar por la percepción de los usuarios de los servicios de salud acerca de la calidad y oportunidad en la prestación del servicio”.
- ³⁴ Es importante subrayar que la investigación que se viene adelantando no busca determinar y estudiar las razones de no uso en sí mismas, sino que pretende analizarlas en cuanto ellas revelen problemas con la calidad, como, por ejemplo, mal servicio o cita distanciada en el tiempo, entre otras.
- ³⁵ Como se advirtió, en la Encuesta del 2003 no se evalúa de manera explícita la oportunidad. Se formulan dos preguntas que indagan sobre los días transcurridos entre el momento de pedir la cita y el de la consulta con el médico general u odontólogo y especialista, que pueden ser usadas por los investigadores para elaborar los correspondientes indicadores
- ³⁶ En la Encuesta Casen de 1993, se omiten ambos temas.
- ³⁷ La definición operativa de los servicios de atención médica usada por el Dane, corresponde a la manera como el concepto es por lo general entendido. Así, Marengo, J.J. incluye en él, por una parte, tanto a los cuidados ambulatorio y domiciliario como al cuidado institucional y, de otra, tanto a los servicios para las “necesidades actuales de salud” como a las “inmunizaciones y educación sanitaria”, que se proyectan hacia el futuro y protegen al individuo en un medio incierto (*En: Mazzafero, VE. et al., 1987:546-548*).
- ³⁸ Reunión con Daniel Martínez, contratista de Dinpe (Dane), realizada el 19 de j de 2004.
- ³⁹ Es una elección de la encuesta el sólo calificar el último mes aunque ello no es lo usual en el caso de los servicios hospitalarios.
- ⁴⁰ El *Manual de recolección y conceptos básicos* (Dane, 1997:72) no aclara esta duda.
- ⁴¹ El *Manual de recolección y conceptos básicos* del Den tampoco aclara esta duda. Sin embargo, quien se hospitalizó en los últimos treinta días por causa de enfermedad crónica, debe haber informado que se hospitalizó en los últimos doce meses, y, posiblemente, también debe haber indicado que “consultó”, por esa misma causa, en los últimos treinta días. Y si se interpreta el término “consultar” como buscar atención médica en general, ello podría incluir hospitalizaciones.
- ⁴² A diferencia de la enfermedad crónica, en este caso es más probable la posibilidad de la doble respuesta (hospitalizarse en los últimos doce meses y acudir por atención médica en los últimos treinta días), en la medida en que no se usa el término “consultar” sino “acudir a...”.
- ⁴³ Lo cual se debe a lo siguiente: si teniendo respuesta positiva en la pregunta que indaga por si se consultó en los últimos treinta días por enfermedad crónica o, en su defecto, por otro tipo de problema de salud, se bloquearan estas preguntas para quienes dicen que se hospitalizaron en los últimos doce meses, las calificaciones de la oportunidad y de la calidad simplemente desaparecerían.

- ⁴⁴ Si bien la evaluación de la calidad parece referirse, de manera global, a todas las oportunidades en que se usó atención médica ambulatoria para tratar un problema de salud en los últimos treinta días, la información sobre los días transcurridos sólo se puede referir a una consulta general y a una especializada. Sin embargo, en caso de haber varias de cada clase, ni el cuestionario ni el manual aclaran a cuáles.
- ⁴⁵ Esto parece corroborarse en la medida en que según el *Manual de recolección y conceptos básicos*, la pregunta sobre si durante los últimos doce meses, el encuestado se tuvo que hospitalizar se debe responder “ya sea porque fue remitido de urgencias o porque tuvo que someterse a una cirugía no ambulatoria” (2003:84).
- ⁴⁶ Referirse a lo “más grave” también va en línea con la práctica, seguida en 1997 de referirse a la hospitalización por el problema más grave.
- ⁴⁷ Como información adicional, se anota, en relación con Casen, que en su Capítulo IV, titulado “Antecedentes demográficos y salud”, se puede identificar a quienes contaban con afiliación a alguna de las instituciones de la seguridad social, y a quienes contaban con el carácter de beneficiarios. De igual modo, es posible identificar, en particular, los afiliados y beneficiarios del ISS, de Cajanal y del sistema especial de la FFAA, que no es exactamente equivalente al sistema especial actual Fuerzas Militares-Policía Nacional. En cambio, no es posible identificar los afiliados y beneficiarios de los sistemas especiales Ecopetrol y magisterio, que debieron mezclarse con otros sistemas o servicios médicos (“Servicio médico de empresas” y “Otro” en la pregunta que indaga sobre la institución a la cual se está afiliado). Siendo así, no es posible clasificar a todos los afiliados-beneficiarios, de manera perfecta, en algo equivalente al actual régimen contributivo o en algo equivalente a los actuales regímenes especiales. Por último, esta encuesta identifica los afiliados a sistemas de aseguramiento voluntario (medicina prepagada o seguro médico privado).
- ⁴⁸ Sin embargo, no todos los pertenecientes a estas entidades son afiliados del régimen contributivo, pues algunas de ellas también administran el régimen subsidiado.
- ⁴⁹ Es importante anotar que la encuesta no permite identificar, de manera inmediata y exacta, a quienes cuentan con el estatus de vinculados, esto es, a quienes, por motivos de incapacidad de pago, aún no están afiliados al Sistema a través de los regímenes contributivo y subsidiado. Con el fin de lograr una aproximación a la identificación de los afiliados, habría que elaborar en términos operativos el concepto de “incapacidad de pago”, mencionado en la ley 100 de 1993, y aplicarlo a las poblaciones estudiadas por las encuestas de Calidad de vida según los datos que éstas recogen.
- ⁵⁰ Realmente la ley 100 de 1993 habla de un solo tipo de entidad afiliadora, la EPS, pero admite la conversión en tal de varios tipos de entidades: ISS, cajas de previsión, entidades que surgen desde las cajas de compensación, empresas solidarias, etcétera. (artículo 181). Cuando se habla de ARS no se debe entender que se trata de una forma de entidad sino de un organismo administrativo entre las direcciones locales, distritales o departamentales de salud y las EPS mediante el cual se administra el régimen subsidiado (artículo 215). Las EPS se definen como “las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar... la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía...” (artículo 177).
- ⁵¹ La categoría “Otra entidad”, de la mencionada pregunta, no parece seguir la pauta de la encuesta de 1997 de incluir los servicios de atención médica identificados como “Plan Revivir, Canitas, etc.”, lo cual resulta evidente, en la medida en que quienes responden la citada categoría deben responder, obligatoriamente, alguna condición en una pregunta posterior que indaga por las “evidencias” para afirmar que se está cubierto por una entidad de seguridad social.
- ⁵² Se debe anotar que en la encuesta de 2003 es posible conocer de manera inmediata a los afiliados al ISS, cosa que no era posible en 1997.
- ⁵³ La comparación entre las encuestas de Calidad de vida y la encuesta Casen se debe limitar a los agregados que esta última permite, los cuales pueden ser:
- Un bloque de afiliados o de afiliados-beneficiarios que fusiona lo que hoy serían integrantes del bloque régimen contributivo-sistemas especiales. Se podría tomar los afiliados más los beneficiarios con cobertura completa
 - Un bloque de afiliados o de afiliados-beneficiarios que sería un antecedente de lo que hoy es el régimen contributivo
 - Los afiliados o afiliados-beneficiarios, por aparte, del ISS, de Cajanal o de las FFAA. Se podría tomar los afiliados más los beneficiarios con cobertura completa.
- También se pueden comparar los afiliados a los sistemas voluntarios (medicina prepagada y



- seguros médicos privados). Lo que si se descarta por completo es la comparación con algún antecedente del actual régimen subsidiado, pues antes de diciembre de 1993 no existía nada parecido.
- ⁵⁴ En su lugar y como una aproximación se podría separar y estudiar a los no afiliados a la seguridad social de bajos ingresos.
- ⁵⁵ Esta sección se apoya en las siguientes fuentes: la “Metodología de la Encuesta nacional de calidad de vida 1997”, la “Ficha metodológica de la Encuesta de calidad de vida 2003” y una entrevista al señor. Daniel Martínez, contratista del Dane.
- ⁵⁶ Una unidad primaria de muestreo es básicamente un municipio y un segmento comprende, en promedio, veinte hogares (Dane, 1997. “Metodología de la Encuesta nacional de calidad de vida”:8).
- ⁵⁷ La muestra se utilizó por primera vez en 1993 y se amplió en 2001 para la ECV de 2003.
- ⁵⁸ Para el marco de muestreo se usaron en el caso de los sesenta principales centros urbanos, los materiales del precenso de 1993 y, en el caso de los demás centros urbanos y de las zonas rurales, los materiales del censo de 1985 combinados con los del Catastro Nacional. Sin embargo, la representación de la muestra para cada encuesta se ajusta según los resultados del censo de 1993 y de sus proyecciones.
- ⁵⁹ Dentro de cada departamento, las unidades primarias de muestreo se estratificaron según el tamaño de las cabeceras municipales, la composición urbano-rural y las necesidades básicas insatisfechas, mientras que las secciones censales o manzanas (segmentos) se estratificaron según la localización urbana-rural y, en algunos casos, según el estrato socioeconómico (Dane, 1997. “Metodología de Encuesta nacional de calidad de vida:8).
- ⁶⁰ La precisión de las estimaciones tiene un error muestral del 5% en las cabeceras y del 7% en las zonas rurales cuando los fenómenos bajo estudio tengan una ocurrencia superior a 10%. En Bogotá D.C la muestra comprende 13.200 hogares, en cuyo caso la precisión de las estimaciones en cada localidad, tiene un error muestral del 6,5% cuando los fenómenos bajo estudio tengan una frecuencia de ocurrencia superior a 10% (Dane, 2003. “Encuesta de calidad de vida 2003. Presentación de resultados 2003”. Noviembre 25 de 2003 www.dane.gov.co).
- ⁶¹ Entrevista a Daniel Martínez, contratista del Dane, julio 19 de 2004.
- ⁶² De manera adicional y para lograr una perfecta comparabilidad de la región Oriental, si se deseara se le podría incorporar Soacha en 1997, y luego recalcular las correspondientes probabilidades y factores de expansión.
- ⁶³ Dados los apreciables tamaños de las muestras seleccionadas para esas ciudades en 2003, si se deseara habría que determinar la posibilidad de hacer estimaciones separadas para algunos indicadores.
- ⁶⁴ Se debe observar que el aumento notable del tamaño de la muestra, para todo el país, desde 10.016 hogares en 1997 a 20.090 en 2003, se debe exclusivamente al aumento de la muestra de Bogotá D.C con el fin de lograr representatividad de sus localidades.
- ⁶⁵ En la Encuesta Casen de 1993 no se evalúa la calidad, como tampoco la oportunidad.
- ⁶⁶ La Encuesta Casen de 1993 no indaga por las razones de no uso, más bien contiene datos que pueden ayudar a encontrar determinantes del uso y no uso de los servicios de atención médica (Casen 1997, preguntas 9 a 22).
- ⁶⁷ Lo dicho es para la evaluación de la calidad en 2003. La posibilidad de evaluar la oportunidad en este mismo año, se tiene que restringir a una de las consultas generales y a una de las consultas especializadas, usadas en los últimos treinta días. Éste sería el caso de mayor especificidad, sin embargo, como se ha comentado, esta ya no sería una evaluación desde el punto de vista del usuario.

ANEXO 1
LA ATENCIÓN MÉDICA EVALUADA EN 2003



Notas al árbol de decisión:

- Nota 1 El "Manual de recolección y conceptos básicos" (2003:78) aclara que se trata del problema de salud u odontológico más grave según el mismo encuestado. No se induce, entonces, un sesgo sistemático inducido por la encuesta hacia un tipo de problema de salud sino que deja a elección del encuestado. Además se trata de problemas de salud no tratados hospitalariamente.
- Nota 2 Esta calificación es "en general", es decir, para el conjunto de servicios generales y especializados. Además, se aplica cuando el usuario sigue la secuencia que va del médico u odontólogo general hasta el especialista.
- Nota 3 Es claro que se trata de servicios de salud del "promotor de salud o enfermera (a)".
- Nota 4 En esta encuesta no se evaluó la calidad de formas de servicios distintos de la atención médica. Vale la pena evaluar estas otras formas en el futuro.
- Nota 5 Se pregunta por hospitalización en los últimos doce meses tanto a quienes no tuvieron problemas de salud no hospitalarios en los últimos treinta días como a quienes sí los tuvieron. Es importante anotar que la pregunta por hospitalización no da lugar a hospitalizaciones no asociadas con problemas de salud ("chequeos") en la medida en que el Manual aclara que se trata de hospitalización "ya sea porque fue remitido de urgencias o porque tuvo que someterse a una cirugía no ambulatoria que le obligó a pernoctar una o más noches en el hospital" ("Manual de recolección y conceptos básicos" (2003: 84). Queda la pregunta de qué pasa con otros casos como internaciones para tratamiento médico que no pasa por urgencias.
- Nota 6 La pregunta sobre si tuvo el encuestado que ser hospitalizado en los últimos doce meses, junto con el contexto en que esta insertada (otras preguntas y la secuencia) da lugar a que se califique la calidad de los servicios de hospitalización bien sea para problemas crónicos como no crónicos, con lo cual el diseño del instrumento no muestra un sesgo especial. Pero ni el formulario ni el Manual aclaran de cuál hospitalización se trata en el caso de que hubiera varias en el año. ¿Se trata de la hospitalización por el problema de salud más grave? ¿la más prolongada? o ¿cuál otra? Si se sigue la pauta del Manual de 2003 debería tratarse de la más grave. Lo que sí parece claro es que se trata de una hospitalización por la redacción de las preguntas sobre costos de hospitalización¹.

Fuente: Encuesta de calidad de vida. Diseño de los autores.

¹ Pregunta 25 (2003): "¿Cuáles de las siguientes fuentes se utilizaron para cubrir los costos de esta hospitalización? (Incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)". Pregunta 27: "Considera que la calidad del servicio en esta hospitalización fue: i) Buena; ii) Regular y iii) Mala.

