

CARACTERIZACIÓN DE OFERTA Y DEMANDA DE LA ATENCIÓN MÉDICA
ONCOLÓGICA VALLE DE ABURRÁ

2003 – 2007

MARÍA ISVELIA CANO CANO

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

MEDELLÍN

2010

CARACTERIZACIÓN DE OFERTA Y DEMANDA DE LA ATENCIÓN MÉDICA
ONCOLÓGICA VALLE DE ABURRÁ

2003 – 2007

AUTOR

MARÍA ISVELIA CANO CANO

Trabajo de Investigación para optar al título de Magister en Administración en Salud

ASESOR

LUIS FERNANDO TORO PALACIO MD.

Magister en Epidemiología

Docente – Investigador

Facultad de Medicina

Universidad CES

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

MEDELLÍN

2010

Nota de aceptación

Firma

Nombre

Presidente del jurado

Firma

Nombre

Jurado

Firma

Nombre

Jurado

Medellín, 12 de julio de 2010

*A Dios, por regalarme
cada día la fortaleza
y la fe que necesito
para seguir adelante.*

*A mi familia, por el amor y cariño
con los que me apoyaron, siendo
siempre la fuente de motivación
en todo momento para
la realización de
este trabajo*

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

El asesor de este trabajo de grado, doctor Luis Fernando Toro Palacio, quien con su interés e inteligencia dirigió y orientó su desarrollo hasta llegar a la meta.

La Universidad CES, que nos abrió sus puertas e inspiró para terminar el Magíster en Administración en Salud.

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	12
ABSTRACT	14
INTRODUCCIÓN	16
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	19
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
2. MARCO TEÓRICO	21
2.1 EL SISTEMA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	21
2.2 NORMATIVIDAD	21
2.3 PRINCIPIO DE LA INTEGRALIDAD EN SALUD	25
2.4 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA	26
2.5 LA ASISTENCIA MÉDICA Y LOS RECURSOS HOSPITALARIOS	27
2.6 INSTITUCIONES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS DE SALUD	28
2.7 ENFOQUE ECONÓMICO	28
2.7.1 Los servicios de salud en el contexto de la estructura general de la economía	31
2.7.2 El papel económico del Estado	32
2.8 EL PAPEL DEL ESTADO EN LA ASISTENCIA EN SALUD	32
2.9 LA OFERTA Y LA DEMANDA	33
2.9.1 Caracterización de la Oferta	34

2.9.1.1	Principales problemas y retos en la oferta de servicios de salud	37
2.9.1.2	La escasez del recurso humano	38
2.9.1.3	La oferta de servicios de salud	40
2.9.2	Caracterización de la demanda	42
2.9.2.1	La demanda en salud	43
2.9.2.2	La demanda y el grado de morbilidad	46
2.9.2.3	Naturaleza de la demanda del servicio con relación a la oferta	48
2.9.2.4	Relación entre la oferta y la demanda	49
2.9.2.5	Caracterización poblacional del Departamento de Antioquia	49
2.9.2.6	Caracterización poblacional del Valle de Aburrá	51
3.	OBJETIVOS	52
3.1	OBJETIVO GENERAL	52
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
4.	METODOLOGÍA	53
4.1	ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	53
4.2	TIPO DE ESTUDIO	55
4.3	POBLACIÓN	55
4.4	DISEÑO MUESTRAL	55
4.5	DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	56
4.6	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	58
4.6.1	Fuentes de información	58
4.6.2	Instrumento de recolección de la información	58

4.6.3	Proceso de obtención de la información	58
4.7	CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	58
4.8	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	60
4.9	PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS	60
5.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	61
6.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	62
6.1	OFERTA	62
6.2	DEMANDA	66
6.2.1	Análisis del Valle de Aburrá por cada municipio	67
7	CONCLUSIONES	80
	RECOMENDACIONES	84
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
	ANEXOS	90

TABLAS

	pág.
Tabla 1. Tabla de variables.	57
Tabla 2. Ubicación geográfica de los prestadores de servicios de salud en oncología habilitados en los códigos 336, 381, 391,709.	63
Tabla 3. Comparativo diez primeros diagnósticos de cáncer, 2007.	79

GRÁFICOS

	pág.
Gráfico 1. Demanda de asistencia sanitaria.	46
Gráfico 2. Diagrama de variables.	56
Gráfico 3. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003 -2007. Departamento de Antioquia.	66
Gráfico 4. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003 -2007 Medellín – Antioquia.	67
Gráfico 5. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003 -2007 Bello - Antioquia.	68
Gráfico 6. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003 -2007 Itagüí - Antioquia.	69
Gráfico 7. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003 -2007 Envigado - Antioquia.	70
Gráfico 8. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003-2007 Caldas – Antioquia.	71
Gráfico 9. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003-2007 Copacabana – Antioquia	72
Gráfico 10. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003-2007 La Estrella – Antioquia	73
Gráfico 11. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003-2007 Sabaneta – Antioquia	74
Gráfico 12. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003-2007 Barbosa – Antioquia	75
Gráfico 13. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003-2007 Girardota – Antioquia	76
Gráfico 14. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003-2007 Valle de Aburrá – Antioquia	77

ANEXOS

pág.

Anexo 1.	Prestadores de servicios de oncología habilitados en los códigos 336, 381,391 y 709 en el Valle de Aburrá – Departamento de Antioquia	90
----------	---	----

RESUMEN

La Ley 100 de 1993 condujo a la implementación de un sistema de seguridad social en salud, priorizando la cobertura universal de los servicios de salud a toda la población colombiana, y con el avance a través del tiempo en el logro de esta tarea se origina un proceso que ha demandado importantes cambios en los modelos de atención, expresado en el desarrollo de una red asistencial o interdependencia de servicios, una red de creciente complejidad, la que impulsa a una expansión del sistema de salud para que toda la población logre tener acceso a cada una de las atenciones en salud que así cada persona necesite. Por consiguiente, esta expansión de los servicios de salud impacta en el mercado presentando también un crecimiento en los recursos necesarios para prestar la atención en la especialidad oncológica.

Este trabajo se enfoca en el análisis del mercado especializado en oncología clínica y hemato – oncología, en la subregión del Valle de Aburrá del Departamento de Antioquia y definido por los determinantes de la oferta y la demanda, explicando el papel del paciente como consumidor de los recursos que proporciona el sistema de salud y la actuación del prestador del servicio en relación con su atención oncológica.

Se busca evaluar la relación entre la oferta y demanda del mercado de la salud especializado en oncología, que permita determinar las brechas entre el cubrimiento de la demanda generada a partir del perfil epidemiológico en cáncer descrito para el Valle de Aburrá y la oferta definida por los prestadores del servicio de salud oncológica que se origina y enmarca en la normatividad vigente y la demás establecida para la prestación del servicio de salud especializado en oncología de acuerdo a los planes obligatorios de salud.

En esta perspectiva y con la finalidad de analizar y caracterizar las brechas relacionadas con oferta y demanda del servicio oncológico, este trabajo se propone entre otros aspectos, esta evaluación.

Metodología. Se hizo una descripción de la demanda en los años 2003 a 2007 de los casos diagnosticados de cáncer y registrados en el periodo de los cinco años conforme a la oferta de prestadores del servicio de oncología, según la base de datos suministrada por la Dirección Seccional de Salud y Protección Social del Departamento de Antioquia (DSS y PS) donde se relacionaron los prestadores de servicios de salud habilitados en oncología, y la base de datos de cinco años de los casos clasificados de acuerdo al código internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10).

Resultados esperados. El resultado final fue presentar el perfil epidemiológico de cáncer de los años 2003 a 2007 de la subregión del Valle de Aburrá, la cual tiene la mayor concentración de la población en el Departamento de Antioquia, así como también la caracterización y análisis de la oferta y la demanda de los servicios de salud de esta subespecialidad. El propósito final fue la comunicación de los resultados más relevantes para facilitar la posterior planificación de los prestadores del servicio especializado en oncología.

Palabras Clave: Mercadeo, Oferta, Demanda, Servicios Oncológicos.

ABSTRACT

Law 100 of 1993 led to the implementation of a social security system in health, prioritizing on universal coverage of health services to the entire Colombian population, and with the progress over time in achieving this task creates a process that has demanded major changes in patterns of care, expressed in the development of an interdependent network of health care or services, a network of increasing complexity, which drives the expansion of the health system so that all people can gain access to each health care so that each person needs. Consequently, this expansion of health services impacts the market had a growth in resources to provide specialty care in oncology.

This document focuses on the specialized market analysis in clinical oncology and hematology - oncology, in the subregion of Valle de Aburrá of the Department of Antioquia and defined by the determinants of supply and demand, explaining the role of patients as consumers of resources provided by the health system and the performance of the service in conjunction with cancer care.

It focuses to characterize the relationship between supply and market demand for specialized health care in oncology, should determine the gaps between the coverage of the demand generated from cancer epidemiological profile described for the Valle de Aburrá and supply defined by health service providers cancer that originates and is framed in the current regulations and the other set for the provision of specialized health care in oncology in accordance with the mandatory health plans. In this perspective and in order to analyze and characterize the gaps related to supply and demand for oncology services, this document proposes, among other things, this assessment.

Methodology. It was a description of the demand in the years 2003 to 2007 cases of cancer diagnosed and recorded in the period of five years pursuant to the offer of oncology

service providers, according to the database provided by the Directorate Sectional Health and Social Protection of the Department of Antioquia (DSS & PS) which linked the health care providers in oncology enabled, and database five years of cases classified according to international code of diseases, version 10, CIE -10.

Expected results. The end result was to present the epidemiological profile of cancer between 2003 and 2007 of the Valle de Aburrá subregion, which has the largest concentration of population in the department of Antioquia, as well as the characterization and analysis of supply and demand for health services in this subspecialty. The ultimate purpose was communication of the most relevant results to facilitate further planning of service providers specializing in oncology.

Keywords: Marketing, Supply and Demand, Cancer Services.

INTRODUCCIÓN

El acceso universal a los servicios de salud defendido por la Ley 100 de 1993, ha sido el factor detonante del crecimiento de la población solicitando servicios para la atención en salud y por consiguiente la demanda de estos servicios, generando un mercado de cantidades, lo cual se permitió ajustar a través del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS),¹ sin embargo, el comportamiento de los actores relevantes en este proceso aún no permite determinar dónde está el problema específico a resolver en relación a los recursos que se necesitan para acceder a un proceso como este.

La motivación para emprender este trabajo está en el conocimiento empírico de múltiples dificultades en aspectos como el tipo de contratación de los recursos humanos que en el momento no son opcionados para tener un contrato a término indefinido, sino que por el contrario se delega a las precooperativas esta contratación. Es importante tener elementos para analizar que sirvan de insumo para proponer a futuro políticas en tal sentido, sin embargo, se enfrenta a un desafío ocasionado por la falta de información, porque realmente no existe información de los prestadores de servicios de salud en detalle que permita usarse como herramienta para el análisis del comportamiento de los recursos limitados o limitantes en la prestación del servicio en salud oncológica.

Promover el desarrollo y la utilización de las directrices para el tratamiento del cáncer consecuente con las necesidades y recursos reales es posible a partir de la evaluación de oferta y demanda de los servicios de oncología, porque al lograr construir el perfil epidemiológico de las regiones, esta será una herramienta interesante para tomar medidas y muy posiblemente superar las barreras que impiden el cubrimiento de la atención, porque esta herramienta se convertiría en factor relevante para iniciar un estudio detallado que incluya la información necesaria sobre porcentaje ocupacional de cada

institución de salud o de cada prestador del servicio oncológico y que se encuentra habilitado a la fecha de inicio del estudio.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el país cerca de 30 mil personas mueren cada año de cáncer y se estima que antes de llegar a los 65 años cerca del 12% de las mujeres y del 9% de los hombres desarrollarán algún tipo de tumor. Las proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren que para el año 2020 los nuevos casos de esta enfermedad se incrementarán en un 50% y seis de cada diez ocurrirán en países en vía de desarrollo como Colombia.²

Los tumores malignos ocupan el tercer lugar entre las causas de muerte anual en la población colombiana (28,629 muertes) con una distribución similar en hombres y mujeres, después de las enfermedades cardiovasculares (50,609 muertes) y la violencia, tanto el trauma como la agresión (45,389 muertes).³

Múltiples podrán ser las razones que expliquen las proyecciones de esta patología que sigue en el tercer lugar como causa de muerte, la deficiente cobertura en la prestación del servicio que genera en la comunidad la falta de oportunidad de la atención a los pacientes, la falta de adherencia a los tratamientos, o la aún incipiente cobertura en las subregiones del Departamento de Antioquia, entre otras.

Restricciones al comercio de servicios de la salud, la selección adversa en los diferentes regímenes de salud, las fallas del mercado de los servicios oncológicos, las formas de contratación del personal especializado y hasta la integración vertical entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), la estructura del sistema de la salud en Colombia, y las mismas políticas públicas en materia de oncología, la asimetría en la consecución de la información, el mismo mercado de salud con su problemática de alto costo, son algunos de tantos factores determinantes involucrados ya sea en la oferta o en la demanda de los servicios especializados en salud

que precisamente conllevan a efectos de ingreso y disponibilidad en un esquema de tendencias que no es fácilmente detectable en un escenario de turbulencia logística para la prestación de un servicio especializado en salud.

Debilidades como la falta de desarrollo de estrategias estructurales de la prestación del servicio especializado en salud también marca el rumbo hacia lograr a corto o a largo plazo el mejoramiento sobre la base de resultados de múltiples evaluaciones, que además cuentan con poca evidencia sobre la efectividad relacionada con la demanda de estos servicios.

Por lo tanto es importante para este estudio hacer un análisis de caracterización de la oferta y la demanda de los servicios de salud especializados en Oncología clínica y Hemato oncología.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

El cáncer es una patología en aumento en los países en vías de desarrollo como Colombia, razón por la cual se deben emprender diferentes estrategias encaminadas a una estricta oportunidad en la prestación del servicio especializado, y específicamente para el servicio de Oncología.

Antioquia no cuenta con un perfil epidemiológico de cáncer detallado por subregiones, información que será una valiosa herramienta para determinar la demanda de acuerdo a esta información, así que este estudio dejará como aporte el perfil epidemiológico del Valle de Aburrá que incluye a 10 municipios del Área Metropolitana.

En Antioquia la esperanza de vida al nacer, en años, está para hombres en 69.7 años, y para las mujeres en 77.3 años,⁴ un aumento en la población que genera riesgos en la salud, de una población que hoy es potencialmente saludable pero que va envejeciendo

expuesta cada día más a diferentes enfermedades, entre ellas las de alto costo, como el cáncer; circunstancia que favorecería el desarrollo de este estudio.

Las necesidades insatisfechas en la prestación del servicio al paciente adulto y pediátrico con cáncer, se convierten cada día más en demandas explícitas en relación con la atención oportuna, y la continuidad en los tratamientos que permitan su atención oncológica integrada.

Conocer la oferta relacionada con la demanda de los servicios oncológicos en cada región, logrará determinar la situación real de la ciudad frente a este tema, además de proporcionar una herramienta objetiva para intervenir y replantear las necesidades en estas especialidades de la salud en la comunidad.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál será la demanda en oncología en el Valle de Aburrá?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. EL SISTEMA GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El Sistema General de la Seguridad Social en Salud (SGSSS) considera al ser humano como una totalidad, un ser bio-psico-social, de tal forma que la Organización Mundial de la Salud (OMS) consecuente con lo anterior considera el derecho a la salud como un servicio público esencial y no simplemente como un plan de beneficios laborales,⁵ de esta manera, se considera como parte de un derecho público esencial los recursos necesarios para la prestación de un servicio especializado en salud en Oncología clínica , y Hematología oncológica y por defecto deberá suministrarse en cantidad y calidad esos recursos.

2.2. NORMATIVIDAD

La Ley 100 de 1993 condujo a la implementación de un sistema de seguridad social integral donde una de sus prioridades era la cobertura universal, lo que impulsaba a una expansión del sistema de salud para que toda la población lograra tener acceso a cada una de las atenciones en salud que cada persona necesitara. Por consiguiente esta expansión de los servicios de salud impactó en el mercado presentando también un crecimiento en los recursos necesarios para prestar la atención, entre ellos el recurso humano representado en las IPS y en los especialistas particulares, es decir, que a partir de la Ley 100 se observa progresivamente el incremento en la oferta de los servicio de salud tanto de baja como de alta complejidad, y por supuesto con mayor demanda en los servicios ligados a la alta tecnología médica, recurso que era antes de la Ley muy escaso y solo disponible para quienes tenían asegurada su salud o para quienes tenían recursos económicos para invertir en pruebas diagnósticas de alta tecnología, por ejemplo.

Tener presente los ajustes al SGSSS,⁶ teniendo como prioridad el mejoramiento de la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y de la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud, de este modo daba respuesta a algunos de los problemas originados en la Ley 100 como la deficiente organización de las redes de prestación de servicios, la insuficiente inspección, vigilancia y control, la falta de calidad y oportunidad en la prestación del servicio, el manejo indiscriminado de tarifas e integración vertical, la crisis de hospitales públicos y los problemas de financiación del sistema, entre otros.

La ley 1164 de 2007 tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos, la misma ley define por talento humano en salud a todo el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud.⁷

Los profesionales de la salud serán regulados en su ejercicio por esta ley y por las leyes específicas de cada profesión o de cada especialidad, además de estar sujetos a las normas SOGCS del SGSSS, donde se estipula el campo de aplicación y también define Prestadores de Servicios de Salud a las IPS, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes,⁸ la cual se hace más explícita más adelante en la habilitación de servicios de salud.

En la prestación de servicios en las instituciones de salud el derecho de libre elección del médico por parte del paciente estará sujeto a las posibilidades que sean ofertadas por cada institución para la prestación del servicio asistencial.⁹

La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico, social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes. El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición.¹⁰

La Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud como órgano responsable de la toma de decisiones derivadas de las funciones públicas relacionadas con la formación, el ejercicio y el desempeño del talento humano en salud que requieren acciones conjuntas de los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional,¹¹ cuyo ámbito principal se refiere a las competencias relacionadas con la docencia, servicio y la educación para el desempeño laboral.

La Comisión para el Aseguramiento de la Calidad en la Educación Superior, en este sistema confluyen el Ministerio de Educación Nacional, el Consejo Nacional de Educación Superior, la Comisión Nacional Intersectorial para el Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior, el Consejo Nacional de Acreditación, el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, y las instituciones, para en forma coordinada estar pendiente de los estudios de los programas que comprenden la integralidad del proceso formativo en la educación superior.

Según lo anterior, y aunque sólo se presentan algunas de las normas reguladoras de la prestación de los servicios de salud incluyendo el talento humano en el ámbito institucional para los recursos humanos en salud es bastante complejo y las interrelaciones entre la infinidad de normas por su misma complejidad podrían estar no completamente determinadas.

En relación con los mecanismos regulatorios se experimenta también un escenario confuso, donde se tiene otra serie de normas que cumplir como:

Convenios docencia – servicio. Este mecanismo autorregulatorio involucra la relación docente asistencial como el vínculo para articular en forma armónica las acciones de las Instituciones Educativas e Instituciones que presten servicios de salud para cumplir con su función social, a través de la atención en salud de la comunidad y la formación del recurso humano que se encuentra cursando un programa de pregrado o de postgrado en el área de la salud, además dada la naturaleza de la relación y de las actividades docente – asistenciales, estas deberán siempre orientarse en función de garantizar la excelencia académica en la formación de los estudiantes y la prestación de un óptimo servicio de atención en salud a la comunidad.¹²

El sistema de habilitación de servicios de salud está inmerso en el SOGCS y a su vez el Ministerio de la Protección Social (MPS) podrá ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los diversos componentes del sistema de acuerdo con los estudios y recomendaciones de la Unidad Sectorial de Normalización de Salud. La habilitación de los servicios expresa que las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisitos para alcanzar los mencionados resultados,¹ a la vez que es un mecanismo para la evaluación de las condiciones mínimas de calidad de los servicios ofertados por la IPS, la evaluación no

contempla la función formadora, pero si es considerado desde el proceso de evaluación IPS en docencia - servicio.

2.3 PRINCIPIO DE LA INTEGRALIDAD EN SALUD

Toda EPS reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo.¹³ Así hace exigible el reaseguro para las enfermedades de alto costo como para el cumplimiento Integral del Plan Obligatorio de Salud (POS) y a su vez como herramienta útil para evitar la selección adversa de los riesgos costosos por parte de las EPS.

La integralidad definida como una norma rectora del SGSSS, a su vez se constituye como un principio fundamental para brindar atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del POS.¹⁴

Por lo tanto se tendrá este principio como fundamento y parte articuladora entre factores en salud que son requeridos en relación con los recursos logísticos, técnicos, tecnológicos y humanos especializados, con el fin de que expresen la mayor y mejor calidad en beneficio del usuario del servicio de salud.

La aplicación concreta de este criterio se ha orientado a señalar que en los casos en los que un procedimiento, tratamiento o actividad se encuentra incluido en el POS hay que entender que también lo están, de conformidad con el principio de integralidad, los implementos y demás servicios de salud necesarios para su realización de tal forma que cumpla su finalidad de lograr la recuperación de la salud.¹⁵

Para la creación de nuevas instituciones prestadoras de servicios de salud se tendrá en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos, y condiciones del mercado. Toda nueva IPS habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el MPS los servicios de salud que pretenda prestar, además las EPS y los entes territoriales tendrán que definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios y así evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los diferentes tipos de riesgo.⁶

2.4 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA

La Promoción en la Salud en el SGSSS intentó recoger las consideraciones que vienen desde la Carta de Ottawa, para fortalecer la acción promocional de la salud con orientación preventiva.¹⁶

Existen programas definidos para la prevención del cáncer, especialmente el cáncer de cérvix, mama y estómago con actividades como la promoción de la dieta, ejercicio y estilos de vida y trabajo saludables, la citología para cáncer cervico uterino en mujeres de 25 a 64 años, examen físico del seno en mujeres mayores de 35 años, y de la próstata en hombres mayores de 40 años.¹⁷

El Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS en el SGSSS en su artículo 17 consideran el tratamiento para las enfermedades ruinosas o catastróficas que incluye entre otras el tratamiento con radioterapia y quimioterapia para cáncer, determinando que algún mecanismo de aseguramiento cubrirá la atención de los pacientes.¹⁸

2.5 LA ASISTENCIA MÉDICA Y LOS RECURSOS HOSPITALARIOS

Con la ley 100 de 1993, el marco regulatorio de la seguridad social en Colombia, perseguía tres objetivos principales: (1) Alcanzar la cobertura universal mediante el aseguramiento en salud, (2) Aumentar la eficiencia en el uso de los recursos, (3) Mejorar la calidad de la atención. Para lograrlos era necesario convertir en Empresas Sociales del Estado (ESE) a los hospitales públicos asegurándoles un esquema de autonomía institucional, financiera y de gestión en el que permanecieran aquellas instituciones eficientes en proveer servicios de calidad. Sin embargo, muchas ESE no lograron viabilidad financiera y aunque la Ley 60 de 1993 otorgó autonomía de los entes territoriales para la administración de los recursos financieros y para la toma de decisiones en la prestación de servicios de salud, las grandes diferencias entre los municipios en capacidad técnica, y financiera indujo un desarrollo desordenado de la oferta pública.

Así se creó infraestructura física innecesaria y se sobredimensionó el requerimiento de recurso humano. Estas dificultades obligaron a realizar cambios significativos en la normatividad existente con el objeto de corregir el esquema de descentralización del sector salud, de redefinir competencias para los diferentes niveles del Gobierno y reorganizar la oferta hospitalaria pública. En este contexto se expide la Ley 715 de 2001 que deroga la Ley 60 de 1993 y adopta una estrategia de apoyo y estímulo a la operación del mercado de la prestación de servicios de salud con desmonte gradual de subsidios a la oferta y estímulo a los subsidios de demanda basado en la focalización del gasto social en la población más pobre y vulnerable.¹⁹

Dentro de la atención en salud se pueden encontrar un importante número de actividades encaminadas a ofrecer los servicios que el paciente necesita, una serie de recursos que serán diferentes en función del servicio final que se tenga que ofrecer. Los recursos necesarios como el talento humano en salud, materiales o suministros, infraestructura física, entre otros, serán diferentes en cuanto a volúmenes y costos según el tipo de actividad o de la IPS de que se trate.

2.6 INSTITUCIONES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS DE SALUD

En el sistema de salud colombiano, la atención curativa aún prevalece sobre la preventiva; las instituciones de alto nivel, sobre las de nivel primario. La estructura del sistema de salud colombiano está compuesta por los servicios privados y por el sistema de asistencia pública.

Las consecuencias económicas de las deficiencias de salud en la población, están representadas en carencias nutricionales, de recursos físicos, IPS, humanos, médicos, enfermeras y, en gran parte, de saneamiento ambiental, dando como resultado un alto porcentaje de personas que sufren alguna invalidez o incapacidad.²⁰

La ley 100 de 1993 planteó como su estrategia básica para mejorar el acceso a los servicios de salud, la consolidación del mercado a través de dos mecanismos: (1) Integración de la oferta pública con la oferta privada en un único mercado, bajo similares condiciones de regulación y compitiendo por los mismos grupos de usuarios. (2) La generación de un mercado de aseguramiento, segmentado por regímenes, con condiciones similares para el acceso a servicios y con planes de beneficios diferenciales.²¹

2.7 ENFOQUE ECONÓMICO

Todas las preguntas que aborda la economía provienen del concepto de escasez, es decir, del hecho de que los deseos de cada persona exceden los recursos disponibles para satisfacerlos. La economía es la ciencia social que estudia las elecciones que se realizan para hacer frente a la escasez. La teoría microeconómica se ocupa de la conducta de los actores económicos individuales y de la agregación de sus acciones con contextos institucionales diversos. En economía los recursos siempre serán escasos, y esto significa que las sociedades, a la hora de producir bienes con los cuales satisfacer las necesidades económicas, sólo podrán hacerlo de forma limitada. El mercado es un

mecanismo habitual para resolver conflictos que se plantean entre demandantes y oferentes de los diferentes bienes y servicios. La noción de mercado es efectivamente el punto de partida si se quiere analizar cómo funciona la asignación de recursos a través del sistema de valor o precio, porque todas las situaciones de mercado tienen un núcleo económico básico común.

Los seres humanos buscan satisfacer sus necesidades a través del consumo de bienes y servicios, mientras las necesidades son ilimitadas, los bienes disponibles para satisfacerlos son escasos, de hecho, sólo se considera que son bienes económicos aquellos que son limitados.

La economía estudia cómo los hombres eligen y deciden cómo satisfacer sus necesidades con recursos escasos que pueden utilizarse para producir diferentes bienes y satisfacer diferentes necesidades.

El mercado es el mecanismo a través del cual se enfrentan los intereses contrapuestos de quienes quieren comprar algo, demandantes, y quienes están dispuestos a venderlo, oferentes. Aunque existen diferentes tipos de mercado, su estructura básica es muy semejante, algunas veces las acciones de gobiernos son necesarias para superar las imperfecciones del mercado.²²

La economía tiene mucho que decir e intenta contribuir a la mejor de las políticas de análisis de los mercados laborales de profesionales y su relación con los mercados educativos. Siendo la planificación de recursos humanos compleja en cualquier ámbito, todavía lo es más en el caso de los profesionales de la salud, relativamente con nada en común con los mercados laborales y formativos, así por ejemplo, lo que hace un cardiólogo no lo hace un endocrino, las fronteras entre especialidades son difusas y cambian con la tecnología. La planificación de recursos humanos, es decir, cuántos

profesionales se necesitarán, de qué tipo, es una tarea compleja, casi imposible pero obligatoria en salud. El número de profesionales en ejercicio en cada momento del tiempo es consecuencia de esas decisiones del pasado, producto de la planificación intencionada o de la improvisación momentánea. Al observar un sistema dinámico, casi siempre está en desequilibrio, lo importante es saber que su senda está en la trayectoria correcta. El reto de ajustar oferta y demanda de médicos dinámicamente implica tomar las decisiones correctas en el momento adecuado sobre el número de plazas educativas, sobre la normativa de retención y retiro de los médicos en ejercicio, sobre políticas de inmigración; asegurar una composición razonable por especialidades y una distribución geográfica equilibrada, y tomar las decisiones correctas sobre las condiciones de trabajo y sobre los métodos de remuneración.

La planificación se complica porque las capacidades y funciones que se necesita que los médicos cambien, ya sea por sustitución, retiro o por delegación, los roles profesionales y el cambio por las relaciones entre servicios se torna confuso a la hora de enfrentarse a cada situación.

La globalización que acelera y multiplica la movilidad internacional y desubica algunos servicios médicos también dificulta la planificación y abre los mercados nacionales de profesionales de la salud a los mercados internacionales o incluso a un mercado global. La movilidad internacional es un fenómeno de gran impacto y peso creciente, que responde a dos fuerzas contrapuestas, una de empuje y otra de atracción, y es a la vez un problema y una solución. Limitar la planificación al ámbito interno del país es inútil porque la movilidad es un fenómeno irreversible. El fenómeno de la descapitalización humana de los países en desarrollo es preocupante, por la falta de planeación reinante en este sector.²⁰

La Microeconomía es la parte de la economía que se ocupa de la conducta de entidades individuales como los mercados, las empresas, y los hogares. Este enfoque

microeconómico se basa en la manera en que la sociedad decide emplear los recursos productivos escasos que pueden utilizarse con distintos fines, producir mercancías o servicios de diferentes tipos y distribuirlos entre los diferentes grupos de interés. Precisamente los bienes y servicios son escasos porque los individuos desean mucho más de lo que puede producir la economía. Los bienes son escasos, no son gratuitos y la sociedad debe elegir los que puede producir con los recursos de que dispone.²³

En consecuencia, esta investigación aproximará su evaluación a los recursos escasos para la atención de los pacientes con enfermedades oncológicas y que estén relacionadas con la oncología clínica y la hemato – oncología, como escenario de un mercado de la salud complejo e impredecible.

2.7.1 Los servicios de salud en el contexto de la estructura general de la economía.²⁴ La producción de servicios de salud está inserta en el sector de servicios y crece en el mismo sentido que el nivel de vida, bien puede decirse que la expansión de servicios de salud forma parte también del progreso económico general.

La escasez o insuficiencia de recursos no puede paliarse, más que por medio de una utilización eficiente de ellos. En salud, la utilización siempre resultará ineficiente si concurre una indefinición de objetivos o en el mejor de los casos, una definición imprecisa, porque eso supone uno de los principales obstáculos para la eficiencia. De aquí la trascendental importancia que tiene conocer, dominar y respetar una metodología para la programación de las decisiones, metodología que reclama el desarrollo lógico de una serie de etapas de la administración en salud.

El objetivo general que preside los temas de salud responde a una clara política de mejorar, rehabilitar, o mantener el estado de salud de la población.

Ante ello, el papel de las IPS no puede ser otro que el de aplicar unos medios tanto sanitarios como sociales que revisten varias formas de suministro de atención en salud, prevención, información, educación, etc., es decir, el papel de las IPS una vez definidas implícitamente de acuerdo con sus posibilidades, medios, recursos y nivel tecnológico consiste en proporcionar a la sociedad el estado de salud que se necesite o acepte como suficiente. Por eso, someter a debate público cuestiones que sólo compete al conocimiento de especialistas, a las posibilidades de las instituciones y a la responsabilidad que debe ejercer el poder ejecutivo sobre ellas, es cosa que está fuera de lugar y que supone una consistente fuente de conflictos.

2.7.2 EL PAPEL ECONÓMICO DEL ESTADO

Aunque el mecanismo del mercado es una forma admirable de producir y asignar los bienes y servicios, a veces tiene fallos que hacen que los resultados económicos sean deficientes, fallos como la competencia imperfecta, las externalidades y la variabilidad en la información. El Estado puede intervenir para corregirlos. Su papel es garantizar la eficiencia, corregir la distribución injusta y fomentar el crecimiento y la estabilidad de las economías.²⁵

2.8. EL PAPEL DEL ESTADO EN LA ASISTENCIA EN SALUD

Las causas de la intervención del Estado son precisamente tanto la eficiencia como la equidad. Algunas de las razones se encuentran en el hecho de que el control de las enfermedades contagiosas y el desarrollo de la ciencia básica son bienes públicos que el mercado no suministra eficientemente. Los bienes públicos son aquellos cuyos beneficios se difunden indivisiblemente a toda la comunidad, independiente de que los individuos decidan o no adquirirlos. En consecuencia, los programas públicos de investigación y

salud pública pueden contrarrestar los fallos del mercado que surgen cuando hay importantes externalidades y bienes públicos.

Existe otro fallo que se produce a causa de la incertidumbre y del funcionamiento inadecuado de los mercados de salud. Un importante problema es que los pacientes, los médicos y las aseguradoras tienen información asimétrica. El estado de salud de un paciente a menudo es un hecho aislado para él, por lo que es posible que dependa enteramente de las recomendaciones de los médicos sobre el nivel adecuado de su asistencia sanitaria. A veces, cuando los pacientes son llevados a una sala de cirugía, pueden estar incapacitados y ser incapaces de elegir su propio tratamiento, por lo que la demanda depende de las recomendaciones de quienes lo suministran. Debe darse una protección especial para que los consumidores no compren involuntariamente unos servicios innecesarios, de mala calidad o de costo elevado.²⁶

La economía se basa en la construcción de modelos o la evaluación de los fenómenos sociales, que son representaciones simplificadas de la realidad.

Por el principio de optimización, normalmente los individuos tratan de buscar lo que es mejor para ellos, y por el principio del equilibrio, el valor de un bien o servicio se ajusta hasta que la demanda y la oferta son iguales.

2.9 LA OFERTA Y LA DEMANDA.

Oferta y demanda son las herramientas conceptuales básicas del análisis económico, representan las dos partes en un mercado, es decir, vendedores y compradores.

Respecto a la oferta serán las empresas que ofrecen bienes y servicios y los aportaran en mayor cantidad al mercado cuanto mayor sea el precio que puedan obtener. Es evidente que se trata de dos objetivos contrapuestos entre los que puede llegarse a establecer un equilibrio, es decir, pueden encontrarse.

Cuando la oferta y la demanda se enfrentan en un mercado existe un precio en que, la en cantidad ofrecida se igualará a la cantidad demandada. En este punto, el precio será el mismo para los que demandan y para los que ofrecen, es decir, el punto de equilibrio.

La cantidad de equilibrio constituye el elemento que permitirá que se realice la asignación de recursos que son objetivos de estudio de la economía.²⁰

2.9.1 CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA²⁷

En relación con la oferta de servicios está el principio de eficiencia y de sostenibilidad financiera, por el cual la aplicación del POS estará sujeta a los recursos materiales e institucionales y a las condiciones financieras del sistema y la economía del país, para así garantizar la concordancia entre el costo de las actividades incluidas en el POS con su respectiva disponibilidad de recursos, enfatizando la cobertura integral tanto para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado. También dedica especial atención a la promoción y fomento de la salud reforzada con conductas y estilos de vida saludable.

Provisión de servicios. Se consideran Prestadores de servicios de salud a las IPS que tienen su autorización para funcionar como tal, ante las entidades reguladoras y representantes del gobierno nacional.

Los profesionales independientes de salud. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico o auxiliar, estos profesionales de igual manera deben ser autorizados o habilitados para ejercer su profesión como médicos generales o especialistas o cualquier otro profesional de la salud que esté regido por el esquema de la habilitación.

Los servicios de transporte especial de pacientes. Entidad cuyos servicios son de traslado de pacientes, son de dos tipos básicos y medicalizados.

Servicio de salud: Es una ayuda intangible para mantener o recuperar la salud de las personas mediante la intervención de un profesional de la salud.

Aseguramiento. Es la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.⁶

Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en el POS.

La cobertura del aseguramiento en salud ha crecido de manera sustancial durante los últimos 15 años a partir de la implementación de la Ley 100 de 1993. Este crecimiento

puede tener un profundo impacto sobre la demanda de servicios de salud en la medida en que el aseguramiento de naturaleza social, el cual incluye subsidios, genera un efecto en el acceso de poblaciones restringidas en su posibilidad de acceder a los servicios de salud.²⁸

Desde el punto de vista de la demanda potencial de recursos humanos especializados en oncología se debe pensar en la implicación del crecimiento de la cobertura del aseguramiento sobre la demanda de servicios y a su vez, el impacto de la demanda de servicios sobre la demanda de recurso humano en el mercado laboral.

Recordando la meta de la Ley 100, en el sentido de alcanzar la cobertura universal en el año 2000, se tiene que el sistema ha experimentado dos momentos sobre el particular, primero, el culminado hacia 1997, donde se desarrollaron las posibilidades de ampliar la cobertura a partir de los nuevos recursos, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, y segundo, el iniciado hacia 2004, cuando se dio un nuevo impulso a partir de la renovación de la voluntad política sobre cobertura en el régimen subsidiado, de la adopción del esquema de subsidios parciales y de la dinámica económica que ha implicado un mayor empleo y por tanto más afiliación al régimen contributivo. Es importante destacar que, al margen de cualquier reforma, el gobierno se había propuesto ampliar la cobertura y eso fue consistente con el compromiso de hacer aportes a la cuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y evitar al menos un mayor atesoramiento de recursos de este fondo.²⁹

Dirección. El Departamento de Antioquia cuenta con una oficina de vigilancia y control a nivel departamental y municipal, además los municipios cuentan con las secretarías locales de salud en cada dirección territorial.

Oferta particular. Existen otros prestadores que no pertenecen a las IPS y que han sido habilitados como profesionales independientes en donde se ofrece una gran variedad de servicios a partir de la consulta médica especializada en oncología.

En la oferta, los sistemas y servicios de salud dependen en grado sumo del rol, las capacidades y la dedicación de la fuerza laboral sanitaria. Se calcula que faltan en el mundo unos 2.3 millones de médicos, enfermeras y más de 4 millones de trabajadores de la salud en general. En algunas partes del planeta, en particular en África subsahariana para superar la crisis hay que aumentar la fuerza laboral actual en casi un 140%. Con todo, la nueva determinación del número de trabajadores de salud respecto a un determinado umbral no rompe, tiene en cuenta todos los objetivos de un sistema de salud, y en particular en la accesibilidad, calidad y eficiencia.

La falta de datos completos, fiables y actualizados y de definiciones e instrumentos de análisis consensuados ha dificultado aún más el seguimiento del personal de la salud en todos los ámbitos, desde el nivel mundial y nacional y regional.

Estos obstáculos siguen siendo importantes para muchos gobiernos que están esforzándose por mantener un personal de salud suficiente, sostenible y eficaz en sus jurisdicciones respectivas.

2.9.1.1 Principales problemas y retos en la oferta de servicios de salud.³⁰ Es tristemente cierto que los países que más necesitan fortalecer sus recursos humanos en salud, suelen ser también aquellos en los que la información y los datos están muy fragmentados y son poco fiables. La mayoría de los países, si no todos, carecen de un sistema armonizado que se encargue de reunir, procesar y difundir puntualmente información bien completa sobre el personal de la salud, lo que incluye los efectivos, la distribución, los gastos y los determinantes de cambio.

El problema es que la mayoría de los países no disponen de la información y estadística completa que den cuenta de la gran diversidad de integrantes de la fuerza laboral en salud. Para esta investigación fue difícil encontrar la recopilación estadística oficial del personal médico especializado en oncología.

Sin embargo, este es un problema y a la vez un reto a nivel mundial, donde crece en todo el mundo la preocupación por la disponibilidad presente y futura del recurso humano en salud para mantener unos sistemas de salud eficaces, la falta de información fiable y actualizada sobre numerosos aspectos. Situación que limita enormemente la capacidad de formular estrategias basadas en pruebas científicas a nivel nacional e internacional para hacer frente a la crisis de este tipo de personal.

2.9.1.2 La escasez del recurso humano. Una de las principales razones de que un país sufra de escasez o mal distribución del recurso humano en salud es que a su mercado laboral no entre un suficiente número de personas con la formación teórica y práctica adecuada, para poder planificar, gestionar y supervisar la calidad del personal de salud es fundamental medir la entrada y hacer un seguimiento de la vida laboral.

La recopilación de información puntual, exacta y completa sobre la incorporación de trabajadores de la salud es crucial para planificar el servicio de salud.

Existen estudios sobre oferta y demanda del recurso humano del personal de la salud, pero aún no se encuentran con facilidad, si es que existen, esta clase de estudios para especialistas de la salud.

Es importante que el MPS se asocie con otros Ministerios responsables, instituciones de educación y formación para plantear un stock del recurso humano en salud especializado, luego de las investigaciones del recurso humano en salud vigente.²⁹

En relación a la oferta, la información disponible en la actualidad corresponde a los servicios relacionados con Oncología que han sido habilitados por las IPS públicas y privadas a 2008 y que ha sido de igual forma registrado en el MPS y algunas Secretarías Departamentales, así como la información de los profesionales independientes que prestan el servicio de consulta en oncología clínica y relacionado con los códigos habilitados de 336: consulta oncología clínica, 381: consulta hematología y oncología clínica, 391: consulta Oncología y hematología pediátrica, 709: oncología clínica diagnóstico y complementación terapéutica.

La información de los procesos de habilitación brinda un panorama del estado de los servicios oncológicos que es útil, pero no permite conocer ni las capacidades de las instituciones, ni la lista de recurso humano con su especialidad por cada institución de los profesionales, ni las de las regiones para responder de manera integral a las demandas de los usuarios reales y potenciales de los servicios oncológicos, concebidos éstos de manera integral.

Aunque existen varios estudios de oferta y demanda relacionado con servicios oncológicos que se han realizado en Colombia como evaluación de los servicios de radioterapia en Colombia, como el estudio de factibilidad del Centro Oncológico Javeriano, como la evaluación de los servicios de radioterapia en Colombia del Instituto Nacional de Cancerología, 1999; no existen estudios en el Departamento de Antioquia y específicamente en del Valle de Aburrá o Área Metropolitana que haga una aproximación al estado o evaluación de la oferta y demanda de este servicio.³¹

Son muy rigurosas las condiciones en las que se puede alcanzar un equilibrio competitivo eficiente: no puede haber externalidades ni competencia imperfecta, y los consumidores y productores deben tener información completa. La presencia de imperfecciones lleva a una ruptura de las condiciones $\text{precio} = \text{costo marginal} = \text{utilidad marginal}$, y, por lo tanto, a la ineficiencia.³²

2.9.1.3 La oferta de servicios de salud.²⁴ La estructura del mercado, es la materia propia del estudio de la oferta, es identificar la relación entre la cantidad ofrecida de un bien o servicio y su precio, o sea, que se trata de centrar la atención en reflexionar como actúan las unidades económicas de producción en su papel de suministradoras de bienes y servicios.

Un buen punto de partida, consiste en admitir que bajo circunstancias determinadas, y si no existen posiciones de fuerza relativa, la mejor manera de brindar un buen bien o servicio estriba en dedicarse a satisfacer los deseos de los demás a cambio del correspondiente pago. De esta manera se asume con mayor facilidad la razón de que las empresas nacen y sobreviven porque persiste el elemental objetivo obtener beneficios y usualmente de tipo económicos, que como se sabe, son la diferencia entre los ingresos provenientes de la venta de los productos y los gastos en que se incurre por los pagos de los factores de producción empleados.

Ahora es más conveniente señalar que el examen de la oferta de servicios de salud suele enfocarse generalmente desde el punto de vista del capital fijo que reclama un proceso productivo. El método basado en la estadística matemática, se sustenta principalmente en el equipamiento necesario con relación a variables como estancia media, el número de consultas, el de exploraciones, el de admisiones, la frecuencia, la rotación, etc. En realidad más que analizar la oferta, con ello se persigue valorar de alguna manera el grado de utilización y el rendimiento productivo que se saca de los recursos. No cabe duda de que este enfoque es necesario para lo que se refiere a la tarea de planificación y

ordenación de la oferta, pero deja en el aire el abordaje de un análisis efectivo e integral del tratamiento del proceso productivo.

Dicho análisis hace necesario examinar otras variables objeto de igual o mayor importancia que las antes señaladas, tales como el factor de trabajo, el reporte de la oferta de servicios en función de su diversificación y el criterio de selección correspondiente al doble sector, público y privado.

Es necesario plantear entre los problemas por el lado de la oferta, la inclusión de la utilización óptima de los recursos y equipamientos por parte del personal e instituciones de salud.

A lo que apunta la oferta es que pone suficientemente de relieve que en el sistema de salud, se produce la oferta de servicios sin referente adecuado a lo que es una verdadera función de producción, cuyas variables principales, como en cualquier otra empresa son el capital fijo y el trabajo humano que tanto contribuye a la elevación del costo total, representando en el ámbito especializado la menor parte del volumen de actividad que realiza el sector público.

Al considerar en la oferta las instituciones de salud del sector público y sector privado, adquiere relevancia un dilema consistente entre las dos, en vez de hallar una solución, centrando la oferta en el sector privado, dejando al sector público reducido en su mínima expresión, o centrarla en el sector público, reduciendo y asfixiando al privado, o bien sentando las bases de una coordinación entre uno y otro, en un marco de complementariedad no ajeno a una competencia global en la calidad de la gestión y la eficacia del cuerpo médico.

2.9.2 CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA.²⁴

La demanda realmente existente es de salud, no de atención sanitaria. Esta se necesita tan sólo en la medida en que sufre un deterioro no deseado. Aspectos esenciales de la demanda como el fenómeno del aseguramiento y de sus diferentes formas de funcionamiento como la relación entre médico y paciente.

El concepto de demanda se reconoce en el análisis económico como la disposición a pagar por conseguir tal bien o tal servicio con el que satisfacer las necesidades o deseos. Cuanto mayor sea el deseo por un bien o por un servicio concreto, lo que dependería de la satisfacción que se espere obtener, la disposición a pagar más bien será mayor, y viceversa.

La salud reúne las condiciones requeridas para que una cosa se considere como bien. Así se explica que en el mundo actual haya tomado cuerpo la idea de que la salud es igual a un bien fundamental del hombre.

Para tipificar qué clase de bien es ese que se proclama como fundamental, habrá que añadirse que es escaso, puesto que no hay muchos individuos que dispongan de salud a raudales o tengan ese perfecto estado psíquico y físico que dice la OMS, pues unos más y otros menos exigen esfuerzo o trabajo para adecuarlo a la posibilidad de satisfacer la necesidad o deseo que se tiene de él, que impone renunciar a otras satisfacciones, por eso algunas personas por orden médica deben abandonar determinados gustos o placeres, además reclama una apta administración de los medios disponibles para conseguirlo. Al final la realidad es que la salud es un bien económico.

2.9.2.1 La demanda en salud. La demanda de atención sanitaria en sentido amplio, es decir, abarcando el conjunto de cuidados médicos, tanto preventivos como terapéuticos, prestados por profesionales independientes directamente o en Instituciones de salud.

Se tiene definida la Demanda Inducida como la acción para organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a programas. La protección específica que hace referencia a la aplicación de acciones y tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo y la detección temprana como los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte, en la detección temprana se consideran el cáncer de cuello uterino y el cáncer de seno, por ejemplo.³³

La inducción de la demanda es uno de los problemas que genera mayores ineficiencias en el sector, pruebas y procedimientos por parte del proveedor de los servicios de salud. Esta inducción es socialmente más ineficiente en los servicios de mayor tecnología por las implicaciones económicas sobre los costos. Un estudio que comparó dos centros de servicios de oncología encontró que el disponer de una tecnología para radioterapia implicaba una inducción a la utilización de dicho equipo, una vez descontada la sustitución existente entre quimioterapia y radioterapia.³⁴ Sin embargo, la aprobación del uso masivo de la Telemedicina, es otro punto a favor para la oportuna atención a la demanda en salud.³⁵

Un primer factor a destacar es que la demanda de salud es una demanda derivada, es decir, no se demanda porque directamente interese sino con carácter instrumental, porque salvo en casos extremos, lo que las personas desean realmente, el factor que afecta a su bienestar y a su función de utilidad es un estado de salud, no los cuidados recibidos.

En la medida en la que la salud decae es cuando se pasa a demandar servicios que la devuelvan, en la medida de lo posible, a su estado anterior. Los enfermos no desean pasar unos días en una clínica o en una sala terapéutica, están más bien dispuestos a soportar la estancia en la medida en que sea necesaria para su curación.

La salud es otro factor importante, porque se trata de una cantidad necesaria en un momento dado, mientras que la asistencia sanitaria solo es un recurso facilitador, porque se trata de tantos servicios en un periodo de tiempo. Y ésta es sólo un componente probablemente no el más relevante, en el estado de salud de las personas en el que resultan tan decisivos, si no más, los factores genéticos, ambientales y de estilos de vida. No obstante, aquí se centra la parte aportada por el estado de salud por la asistencia sanitaria representada en el gráfico 1, la importancia de que cada sujeto desea maximizar su función de bienestar, W , y que se puede hacer depender en estos momentos de tres factores:

Primer factor: Por su consumo de bienes y servicios adquiridos en el mercado, C .

Segundo factor: Por su consumo de ocio, es decir, descanso, dedicación a la familia, o aficiones, T_o .

Tercer factor: Su estado de salud, Es .

El mayor o menor consumo de bienes y servicios dependen de su nivel de renta, la cual se supone que se deriva básicamente del tiempo dedicado al trabajo, T_t y de la retribución que ese tiempo de trabajo aporte, s .

$$C = T_t \times s$$

Por tanto,

$$W = f [(T_t \times s); T_o; Es] = f[(T_t \times s); T_o; (Ds; IS)]$$

El estado de salud depende como todo bien de capital, de la inversión previa realizada, IS , y del deterioro, DS , que pueda sufrir por distintos factores. La inversión en salud

puede materializarse, según se ha expresado, no sólo en asistencia sanitaria, sino también en el propio tiempo dedicado al cuidado de la salud, que se supone restado el tiempo de ocio.

La demanda asistencial será más elevada cuanto más lejano esté el estado óptimo de salud, por una doble razón; en primer lugar porque la inversión en salud es mucho más eficaz, como regla general, cuando se está lejos del óptimo y que decrece sustancialmente cuando se acerca a él.

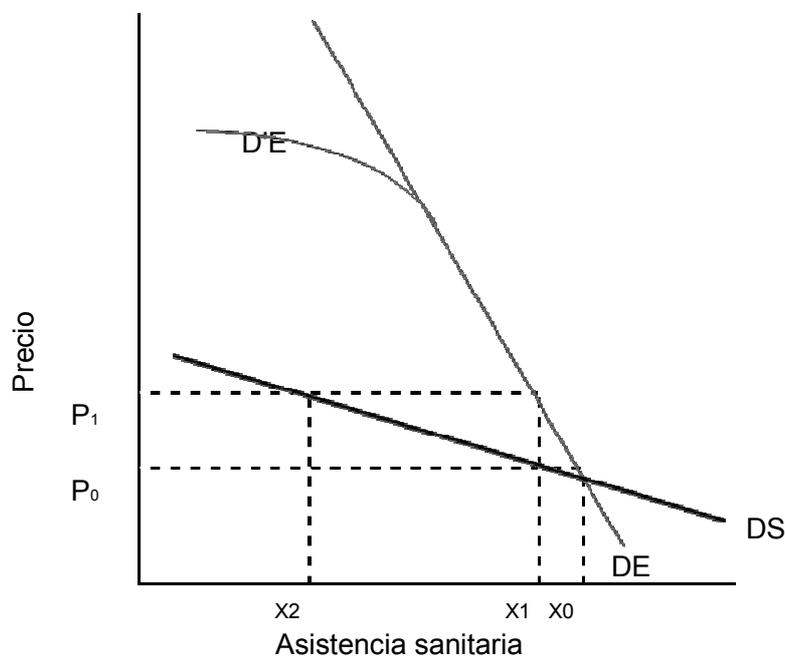
En segundo lugar, porque la utilidad marginal derivada de la parte asistencial será también mayor cuanto mayor es la necesidad, cuanto más elevada es la carencia del activo que se demanda. Por lo tanto, cuando se deteriora el estado de salud, la utilidad marginal ponderada por la eficacia de cada peso invertido en recuperar el nivel óptimo es muy alta y resistirá la comparación con la mayor parte de las alternativas de utilización del presupuesto personal. Cuando el estado de salud se aleja del óptimo se encuentra con una demanda asistencial extremadamente rígida.

D_s = demanda de la persona sana, casi exclusivamente de inversión neta, es extremadamente elástica.

Una variación del precio P_0 a P_1 implica un descenso muy importante, de X_0 a X_2 , de la cantidad demandada de la parte asistencial. En cambio, apenas se reduce la asistencia sanitaria para la persona enferma porque su demanda $D'E$ es extremadamente rígida.

Para las personas sanas, si el precio va subiendo, posiblemente se anule la demanda, y ¿se mantendrá la rigidez de la demanda de las personas enfermas? Probablemente No. Probablemente a partir de un cierto nivel de precios la curva de demanda evolucione como lo hace la curva DE .³⁶

Gráfico 1. Demanda de asistencia sanitaria.



DE: demanda de salud de la persona

DS: deterioro que pueda sufrir la persona por distintos factores

D'E: demanda extremadamente rígida

2.9.2.2 La demanda y el grado de morbilidad.²⁴ El diccionario define la enfermedad como una alteración más o menos grave de la fisiología del cuerpo. Esta definición ya pone de relieve que conceptualmente al hablar de enfermedad se incurre necesariamente en algunas ambigüedades, entre las que una de ellas no tiene nada de despreciable: el carácter de su incertidumbre. Esto tiene un gran peso específico desde la perspectiva de la demanda, pues en resumidas cuentas, sólo cuando se produce el hecho de estar enfermo se materializa y hace imperativa la demanda de servicios de salud. El lenguaje popular mismo lo manifiesta: Nadie va al médico por gusto o capricho, o ¡quien está enfermo busca el médico!

Además se produce aquí una notación singular y la sola apreciación del individuo no es suficiente para decir que ha aparecido la enfermedad. Es necesario e indispensable el concurso o intervención de otra persona: el médico, cuyo diagnóstico es el que verdaderamente sanciona la existencia de la necesidad de curación, rehabilitación o mejora. Tal singularidad no es del todo tan simple, pues debido a ella se produce una correlación entre número de médicos en ejercicio y número de intervenciones o de procedimientos asistenciales realizados, con el inconveniente de que resulta imposible aislar la proporción de actos o intervenciones que corresponden a las propias prácticas que lleva a cabo el personal de la salud.

La verdad es que al médico no le preocupa tanto la existencia de un estado patológico concreto como la valoración de su gravedad: esto es totalmente lógico, porque es un momento dado, ahí es donde puede estar en juego la vida del enfermo. De hecho, esta valoración es la que subyace en la casi totalidad de los estudios y publicaciones médicas.

Todo esto aclara por qué junto a los postulados curativos han emergido con inusitado vigor por todas partes los actos preventivos.

La elasticidad de sustitución entre demanda sanitaria y la de cualquier otro bien o servicio no existe. En el lenguaje popular se dice que primero es la salud y cuando una persona está marginal de la curación, al menos inicialmente es infinita.

Entonces el análisis marginalista de la demanda de servicios de salud o asistencia médica carece de paralelismo alguno en una economía pura de mercado porque para la persona enferma no hay alternativa posible entre la necesidad de curación, rehabilitación o mejora y cualquier otro bien o servicio, siendo así la demanda de servicios de salud por parte del individuo enfermo no puede perfilarse en función de gustos y preferencias o de un mayor a menor precio de costos. Tal paradoja económica obedece a que la demanda de

servicios de salud constituye una necesidad que, por vital, es inestimable. La interpretación de este fenómeno con algún género de detalle hace echar mano de la ayuda que puede proporcionar la consideración de otras variables que subyacen en la demanda asistencial. Naturalmente no todas ellas tienen la misma importancia.

Se ha demostrado que como la demanda de servicios de salud responde a una constante específica de comportamiento, las dos variables de mayor entidad se identifican con el grado de morbilidad y con la innovación técnica; mientras que por ejemplo la demografía, a pesar de la importancia que encierra el número de personas de una población, su reparto en tramos de edad y por sexo, así como la relevancia que posee el núcleo familiar, tiene solamente un interés parcial.

2.9.2.3 Naturaleza de la demanda del servicio con relación a la oferta.³⁷ Los servicios se pueden contemplar relacionando la rigidez de la oferta y las fluctuaciones de la demanda, puesto que existen servicios con fluctuaciones estacionales de la demanda, importantes y sin restricciones de oferta, como los servicios de urgencia hospitalaria.

Para explicar la conducta del consumidor la economía se basa en la premisa fundamental de que éste tiende a elegir los bienes y los servicios que más valora. Para describir la manera en que los consumidores eligen entre las diferentes posibilidades de consumo, los economistas desarrollaron el concepto de utilidad, con la ayuda del cual fueron capaces de obtener la curva de demanda y de explicar sus propiedades. En la teoría de la demanda, los individuos maximizan su utilidad, lo que significa que eligen la opción de consumo por la que tienen mayor preferencia. La curva de la demanda de un bien o servicio por parte de todo el mercado se obtiene sumando las cantidades demandadas por todos los consumidores.³⁸

En relación a la demanda se dispone de información de los años 2003, 2004, 2005, 2006 y 2007 relacionada con el perfil epidemiológico del Valle de Aburrá, como región representativa de Antioquia de la demanda potencial, pero los datos no se han relacionado con la capacidad de la oferta disponible del servicio oncológico.

2.9.2.4 Relación entre la oferta y la demanda. La demanda mide la cantidad que desean los individuos a cada uno de los precios o valores posibles y la oferta es la cantidad que se desea ofrecer.

La oferta de servicios de salud está dada en función de la demanda y, en consecuencia, con las necesidades potenciales y reales de los usuarios, y con la capacidad de resolver y solucionar los problemas específicos de salud.

El equilibrio de la oferta y la demanda de recurso humano en salud debe responder a las necesidades de salud de la población para lo cual se debe promover y orientar el desarrollo del SGSSS para que soporte una política pública intersectorial de recursos humanos dentro del marco de la globalización.³⁹

2.9.2.5 Caracterización poblacional del Departamento de Antioquia.⁴⁰ De acuerdo con los resultados de los censos 1993 y 2005, más de la mitad de la población del Departamento de Antioquia está ubicada en el Valle de Aburrá, subregión donde se encuentran los principales municipios del Departamento.

La mayor parte de la población se asienta en el centro del Departamento, alrededor de los municipios que conforman la subregión del Valle de Aburrá, centro especializado en bienes y servicios. Esto hace que la distribución en el territorio de Antioquia diste mucho de ser homogénea, ya que la subregión del Valle de Aburrá concentra el 58.3% de la

población total del Departamento según datos de 2007 suministrados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

La mayor parte de la población del Departamento se encuentra asentada en 4.324.035 personas de las cuales el Valle de Aburrá concentra el 72%, es decir, 3.125.675 personas. En el periodo 1993 – 2005 la población de las zonas urbanas de Antioquia creció en un 25.72%.

La distribución de la población en las zonas rurales del Departamento muestra una mayor dispersión en el territorio, en contraste con la concentración en las zonas urbanas, mientras el 72% de la población urbana se aglomera en una sola subregión, el 73% de la población rural se distribuye en cinco subregiones.

Aunque en 2005 el 50% de la población rural del Departamento se concentró en las subregiones de Oriente, Suroeste y Urabá, la subregión Occidente es la más rural del Departamento ya que el 66.95% de su población se ubica en la zona rural, sin embargo, sólo representa el 10% de la población rural del Departamento. Otras subregiones con más del 50% de su población en las zonas rurales son Norte, Suroeste y Nordeste.

Territorio expulsador de población. No se encuentran zonas de expulsión de población concentrada, como lo son las áreas receptoras de población, los porcentajes varían entre un 25% y un 5%, cerca del 50% de la población expulsada la concentran dos subregiones: Urabá y Oriente. El Suroeste es un 10.5% de la población expulsada asociadas con poblaciones jóvenes que buscan en otros espacios territoriales, en específico el Valle de Aburrá, donde existen mejores condiciones para su inserción laboral.

2.9.2.6 Caracterización poblacional del Valle de Aburrá. ⁴⁰ El Valle de Aburrá presenta una estructura por edades en la que predomina población joven y adulta sobre los niños y adultos mayores. La relación de dependencia económica es la más baja del Departamento, 47,2%, lo cual le otorga ventajas comparativas sobre otros territorios del Departamento en términos de oferta de mano de obra. El estrechamiento relativo existente de la población en las edades entre 25 y 35 años, más pronunciado en los hombres, se debe en parte a los altos niveles de violencia que sufrió Medellín durante la década de los 90. Los hombres constituyen el 47% de la población.

El Valle de Aburrá posee igualmente una de las menores tasas de fecundidad general del Departamento, con sólo 49 nacidos por 1000 mujeres en edad fértil.

Antioquia posee unos centros muy claros de recepción de población, ubicados en el Valle de Aburrá, foco de atracción de la zona central y montañosa con más del 60% de toda la población desplazada y la ubicada en el Urabá y el Bajo Cauca, focos de atracción de población provenientes de las zonas bajas del propio Departamento los Departamentos vecinos de Chocó, Córdoba, y Bolívar.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la oferta y la demanda de la atención médica especializada en oncología clínica y hemato-oncología en el Valle de Aburrá del Departamento de Antioquia en el periodo 2003 a 2007.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el perfil epidemiológico en cáncer de los municipios que conforman el Valle de Aburrá en el periodo 2003 a 2007.
- Caracterizar la oferta en los servicios de salud con énfasis en la especialidad de oncología clínica y hemato – oncología.
- Caracterizar la demanda de los servicios de salud en oncología clínica y hemato oncología de acuerdo al C.I.E-10.
- Presentar las recomendaciones y aplicaciones de la investigación como un aporte del análisis entre la oferta y la demanda de la atención especializada en oncología clínica y hemato-oncología en el Valle de Aburrá del Departamento de Antioquia.

4. METODOLOGÍA

La metodología para el análisis cuantitativo de los recursos humanos parte de la base de datos suministrada por Planeación de la DSS y PS del Departamento de Antioquia que involucra tanto a las IPS como a los profesionales independientes de esta especialidad y exclusivamente dedicados a los códigos de habilitación 336, 381, 391 y 709, listado descrito en el anexo 1.

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

La metodología de esta investigación parte de la revisión bibliográfica de documentos, artículos de revistas, libros, y principalmente bases de datos, donde se identificó la problemática de oferta y demanda en la atención médica especializada en oncología en Antioquia, de donde se extrajo la información más significativa para su análisis en la subregión del Valle de Aburrá.

Es importante también tener en cuenta los aspectos determinantes y condicionantes de la oferta y la demanda en salud. Dentro de la demanda se analizaron aspectos relacionados con el perfil epidemiológico de los cinco años estudiados, 2003 a 2007, perteneciente al Valle de Aburrá y distribuida por los diez municipios que la conforman: Medellín, Bello, Itagüí, Envigado, Caldas, Copacabana, La Estrella, Sabaneta, Barbosa y Girardota.

El conocimiento de estos elementos permitió identificar aspectos para la oportuna utilización de los servicios especialmente en una población prioritaria con diagnóstico de cáncer. Dentro de la oferta en el anexo 1 se detalló el listado de los prestadores de servicios de oncología que están habilitados en los códigos de esta especialidad tales como 336: consulta de oncología clínica, 381: consulta hematología y oncología clínica adultos, 391: oncología y hematología pediátrica, 709: diagnóstico y complementación terapéutica.

Para el reconocimiento de los datos se hizo una clasificación de la información relacionada con la población del periodo 2003 a 2007, información suministrada por el DANE y la cual fue integrada en una plataforma única y con estandarización de los tipos de datos, clasificados por las nueve subregiones del Departamento, para después seleccionar una región específica que fuera de referencia por su mayor número de población respecto a las demás, dando como resultante la región del Valle de Aburrá o Área Metropolitana, conformada por diez municipios.

Una vez analizada la información de las bases de datos existentes y haciendo las respectivas clasificaciones, se procedió a la creación del cuadro final descrito en la tabla 3 de las primeras diez localizaciones o primeros diez diagnósticos de cáncer del Valle de Aburrá 2007. Además se presentó esta misma información para cada uno de los diez municipios que conforman el Valle de Aburrá y representados en el gráfico 4 el Municipio de Medellín, en el gráfico 5 el Municipio de Bello, en el gráfico 6 el Municipio de Itagüí, en el gráfico 7 el Municipio de Envigado, en el gráfico 8 el Municipio de Caldas, en el gráfico 9 el Municipio de Copacabana, en el gráfico 10 el Municipio de la Estrella, en el gráfico 11 el Municipio de Sabaneta, en el gráfico 12 el Municipio de Barbosa, y en el gráfico 13 el Municipio de Girardota, todos ellos clasificados por código de diagnóstico, según el, C.I.E-10. Así el perfil epidemiológico se constituyó en el instrumento básico para el manejo de la información de la demanda presentada en el período de cinco años 2003 a 2007.

Las evaluaciones hechas de cada municipio fueron base importante para establecer y priorizar los códigos de diagnósticos más frecuentes en cada municipio por el periodo de estudio, 2003 a 2007, y como se observa en el gráfico 14 se consolida en la subregión del Valle de Aburrá.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es de carácter descriptivo porque pretende identificar factores que influyen en la relación de oferta y demanda de la atención médica especializada en oncología en el Valle de Aburrá del Departamento de Antioquia. Según el período y secuencia de la investigación, es de corte longitudinal porque estudia en un momento dado de cada periodo de tiempo, los factores de oferta y demanda de los servicios, o sea que la recolección de la información sobre las variables se hace al mismo tiempo. El análisis de datos también es cualitativo al pretender identificar y caracterizar referentes demográficos para el análisis de las estructuras de oferta y demanda de los servicios oncológicos en el Valle de Aburrá.

4.3 POBLACIÓN

Instituciones adscritas al SGSSS, y que tuvieron relación directa con la prestación del servicio oncológico, que incluye: IPS públicas y privadas habilitadas para la prestación del servicio de oncología para adultos y pediatría en el Departamento de Antioquia, habilitados con los códigos de servicios, 336, 381, 391 y 709. Especialistas Independientes en Oncología habilitados por la Dirección Seccional de Salud y que actualmente estén laborando en su especialidad. La DSS y PS del Departamento de Antioquia. La Población del Departamento de Antioquia discriminada por subregiones.

4.4 DISEÑO MUESTRAL

El diseño muestral se basó en la morbilidad, como casos con diagnóstico de cáncer generados por consulta, hospitalización u otro procedimiento médico que permitió determinarlo y por lo tanto fue reportado a las bases de datos de la DSS y PS de Antioquia, base de datos que se utilizó como fuente de este estudio. Determinación de la subregión del Departamento de Antioquia que fue analizada en su perfil epidemiológico de cáncer en los cinco años propuestos.

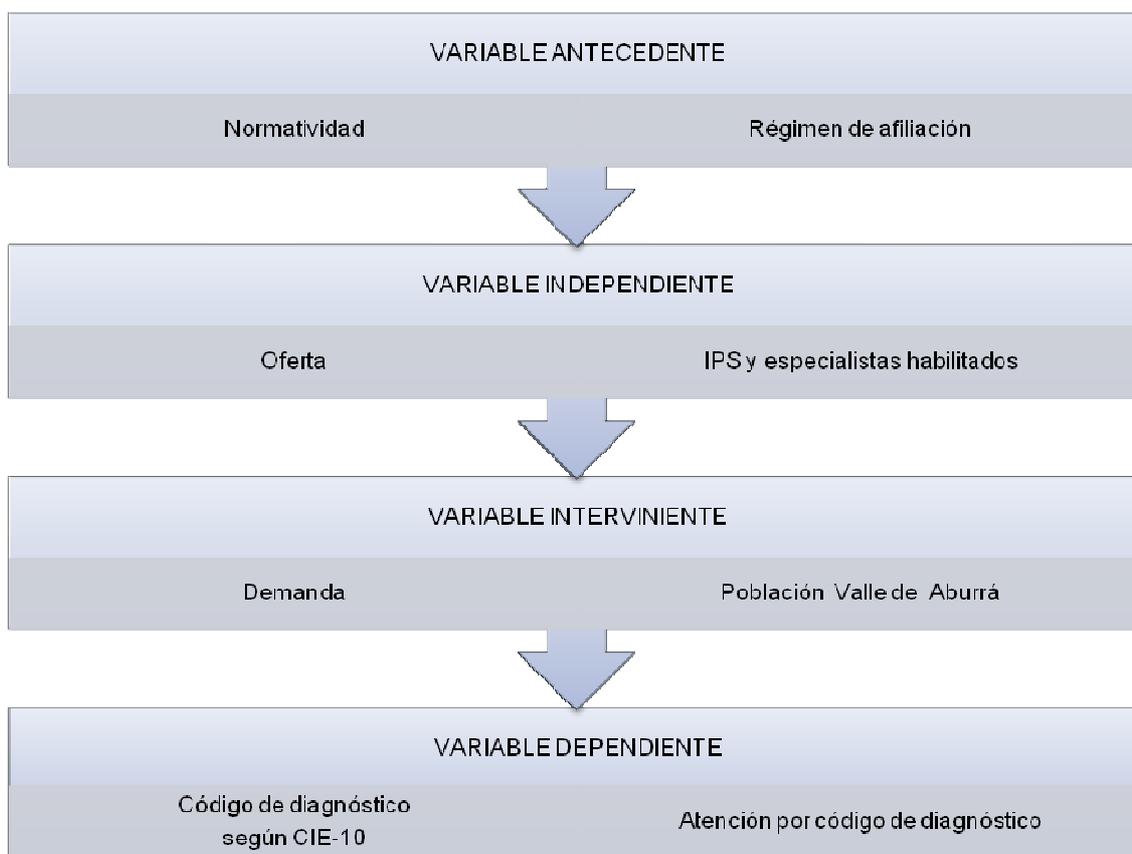
Esta información fue clasificada de acuerdo a los diagnósticos de CIE-10 en sus capítulos II (tumores y neoplasias: C00 a D48) y Capítulo III (enfermedades de la sangre: D50 a D89).

IPS y personal de la salud habilitados en los servicios de oncología.

Se considera como demanda potencial todo el Departamento de Antioquia, y la demanda muestral se definió para la subregión del Valle de Aburrá.

4.5. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Gráfico 2. Diagrama de variables



El diagrama de variables representadas en el gráfico 2, muestra el esquema de las diferentes variables, determinando la participación estructural de cada una de ellas desde una parte inicial hasta llegar a la definición y caracterización del estudio propuesto.

Tabla 1. Tabla de Variables

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CATEGORÍAS O VALORES
Demanda	Requerimiento formal y explícito de servicios de salud, la demanda se responde a través de la oferta de servicios, respecto a una población objetivo y en un periodo de tiempo definido, con la probabilidad de obtener la atención cuando se requiere.	Cuantitativa	Razón	Nro. de atenciones	Verificación del código de diagnóstico según la CIE-10
Oferta	Existencia concreta de servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar la salud de una población objetivo, tanto a nivel individual como colectivo, en las condiciones de las personas y del ambiente (recursos físicos, tecnológicos, talento humano)	Cuantitativa	Razón	Nro. de IPS y de médicos independientes especializados en oncología clínica y hemato - oncología	Clasificar los prestadores de servicios de salud por los códigos habilitados de: 336, 381, 391, y 709

La tabla 1, permite enfocar el análisis de la información, teniendo en cuenta aspectos claves entorno a ellas y que posteriormente se abordan en los resultados del estudio, determinando precisamente la diferencia y utilidad entre las mismas.

4.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

4.6.1 FUENTES DE INFORMACIÓN

- Bases de Datos en Salud
- Libros de Economía de Salud
- Libros de Microeconomía
- Catálogos de bibliotecas
- Revistas indexadas especializadas en salud
- Normatividad del SGSSS en Colombia
- Información disponible en Internet (Bases de Datos)

4.6.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

A través de plantillas y tablas dinámicas en Excel, información que fue organizada y filtrada según los campos requeridos para el análisis de la información.

4.6.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACION

En este caso se trató de una fuente de información directa suministrada por la DSS y PS del Departamento de Antioquia, la cual fue clasificada de acuerdo a la solicitud hecha previamente.

4.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

La información entregada por las instituciones gubernamentales se toma como fuente confiable libre de errores al ser suministrada por la oficina de planeación de un ente oficial del Departamento de Antioquia, aunque no es posible determinar o comprobar en un 100% la fiabilidad de los datos, si se detectaron algunos datos ilógicos que se tomaron

como inconsistencia de la información y en consecuencia no fue tomado en cuenta para este análisis.

Los criterios de selección a tomar en cuenta para los registros fueron:

De inclusión: se incluyen los prestadores de servicios de oncologías habilitados en los códigos:

336: consulta de oncología clínica.

381: consulta hematología y oncología clínica

391: oncología y hematología pediátrica

709: diagnóstico y complementación terapéutica

Se toman en cuenta estos códigos porque son los que aplican para los especialistas en oncología clínica, hemato-oncología y la hemato - oncología pediátrica, el código 709 hace referencia a los tratamientos de quimioterapia que son aplicados en un ambiente especial ya sea ambulatorio u hospitalario.

De exclusión: de la base de datos de los prestadores de servicios habilitados por la DSS y PS del Departamento de Antioquia que perteneciendo a la especialidad de oncología no cumplían con el código del servicio habilitado

De error de clasificación. Se logró identificar una inconsistencia en los datos del municipio de La Estrella y correspondiente al CIE-10, C189 que corresponde a Tumor maligno del colon, que registraba 90 casos en pacientes menores de 1 año de sexo femenino, y de la zona urbana. Este caso en especial fue retirado de la base de datos por afectar representativamente el análisis de este municipio de un registro que no es claro en su concepción de tener en este municipio en 2007.

4.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se hizo una clasificación de la información del Departamento de Antioquia, la cual fue clasificada por subregiones, para finalmente llegar a determinar la correspondiente a la subregión del Valle de Aburrá compuesta por diez municipios, y luego se procedió a clasificarla para presentar los diez primeros diagnósticos del cáncer, lo que fue realizado por cada municipio, para luego ser consolidados en la subregión del Valle de Aburrá.

4.9 PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se entregará informe a Planeación de la DSS y PS del Departamento de Antioquia.

Así como también al Departamento de Estadística de la Secretaría de Salud del Municipio de Medellín.

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se considera que la realización del estudio no lesionó la integridad moral, organizacional o empresarial de los involucrados. La Institución que suministró la información, Planeación de la DSSA y PS del Departamento de Antioquia, fue informada con comunicación directa de la Universidad sobre la naturaleza de este trabajo, y se mantuvo la debida reserva de la información obtenida.

El estudio puede ser considerado como una investigación sin riesgo,⁴¹ debido a que no se realizó ningún procedimiento diagnóstico o tratamiento en las personas incluidas en las bases de datos suministradas para este estudio, que conllevaran riesgo para la salud o alteraran el curso de una enfermedad presente en el momento del estudio.¹⁰

La información recolectada para fines del estudio es confidencial y de uso exclusivo de la DSS y PS del Departamento de Antioquia con fines de salud pública y no podrá ser utilizada por otras instituciones sin previo consentimiento escrito de las partes.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1. OFERTA.

Para el estudio del recurso humano especializado en oncología se trabajó con la información suministrada por la oficina de Planeación de la DSS y PS con corte a diciembre de 2007, la cual en su primera parte se le dio una adecuación y tratamiento de los datos, depurando la información exclusiva a los códigos habilitados de 336, 381, 391 y 709, información que se puede apreciar en el anexo 1 y que facilitó el trabajo de administración de los mismos para hacer el análisis y diseño de la información de las diferentes comparaciones de información para obtener los resultados esperados.

Este estudio permitió presentar la evaluación en un periodo de cinco años del perfil epidemiológico en cáncer y en cuanto a la oferta permitió dejar su constancia como receptora de toda la demanda que se expresará más adelante del servicio de oncología para el Área Metropolitana o Valle de Aburrá.

Para analizar los servicios se tomaron los datos de las IPS habilitadas por la DSS y PS del Departamento de Antioquia, y dedicadas exclusivamente a la provisión de servicios de salud en oncología según los códigos ya descritos, así como también se incluyeron los especialistas independientes que atienden los pacientes en el consultorio particular, los cuales se describen por su propio nombre.

El análisis de esta información evidente en el anexo 1, permitió conocer el universo de oferentes donde se desempeñan los recursos humanos, su clase, es decir, tipo A para las instituciones que solo tienen habilitado el servicio ambulatorio correspondiente a un 41,38%, AH para las instituciones hospitalarias donde brindan el servicio tanto

ambulatorio como hospitalario con un 27,59% y tipo C para distinguir a los profesionales independientes que tienen habilitado el servicio de consulta especializada según su especialidad oncológica en cada consultorio particular con el 31.03%. La distribución geográfica, de acuerdo a la tabla 2, corresponde en casi su totalidad, excepto el Hospital Manuel Uribe Ángel ubicado en el municipio de Envigado, al Valle de Aburrá o Área Metropolitana.

Tabla 2. Ubicación geográfica de los prestadores de servicios de salud en oncología habilitados en los códigos 336, 381, 391,709

AREA METROPOLITANA - VALLE DE ABURRÁ				
COMUNA DE MEDELLIN	NOMBRE DE LA COMUNA	PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN LA LISTA DE LA TABLA ANTERIOR	NÚMERO DE PRESTADORES UBICADOS EN CADA COMUNA	PARTICIPACIÓN %
4	ARANJUEZ	12	1	3,45
7	ROBLEDO	11	1	3,45
10	LA CANDELARIA	3,10,16,18,27,24, 28	7	24,14
11	LAURELES ESTADIO	22,25,26	3	10,34
14	EL POBLADO	6,7,8,9,13,14,17,19,20,21, 23	11	37,93
16	BELEN	1,2,4,5,15	5	17,24
MUNICIPIO	ENVIGADO	29	1	3,45
TOTALES			29	100,00

Fuente: DSS y PS del Departamento de Antioquia

Es importante anotar cómo la mayor proporción de los Prestadores del servicio de oncología está ubicada en la comuna 14 que pertenece a El Poblado que concentra el 37,93 del total de los prestadores, conformado por 10 de tipo ambulatorio y 1 ambulatorio y hospitalario, seguido por la comuna 10, La Candelaria, con cobertura para el centro de Medellín con un 24,14% con 7 IPS, como se aprecia en la tabla 2.

Si se analiza la ubicación geográfica, esta distribución tiene importantes variaciones, predominando los prestadores de tipo ambulatorio con un 41,38% del total estudiado, anexo 1, y con predominio en la comuna 14: El Poblado.

También llama la atención como la concentración en las comunas 10, 14 y 16, con una mayor participación de nuevo, en El Poblado, lo que podría significar un mayor desplazamiento de los pacientes a esta zona y por lo tanto limitar la accesibilidad al servicio.

En relación a los prestadores habilitados se logró conocer el fenómeno del pluriempleo entre los profesionales de la salud especializados en oncología y habilitados en los códigos definidos, un fenómeno que alude al desempeño por parte de un médico de más de un trabajo remunerado, es decir, un médico especialista en oncología o hemato oncología labora en varias instituciones de salud, además de su consultorio particular, fenómeno presente en la mayor parte de las especialidades de la salud.

Permitir a los profesionales de la salud que simultáneamente estén en varios trabajos tiene consecuencias positivas, también pueden aparecer comportamientos oportunistas, y son éstos los que hay que resaltar, que se agravan si los médicos deciden pluriemplearse.

El absentismo y la elusión de tareas en los hospitales públicos se relacionan con el pluriempleo debido a que los médicos pueden estar interesados en dedicar la mayor parte del tiempo posible a sus tareas privadas y, por tanto ausentarse algunas horas o reducir su esfuerzo y carga laboral en su empleo público.

En general la escasez de incentivos financieros relacionados con la carga de trabajo en los hospitales públicos hace que, si los médicos que laboran en entidades públicas también desempeñan labores privadas, quiera concentrar el mayor esfuerzo posible en la

actividad privada, con la consecuente reducción de las horas de trabajo en el hospital público.

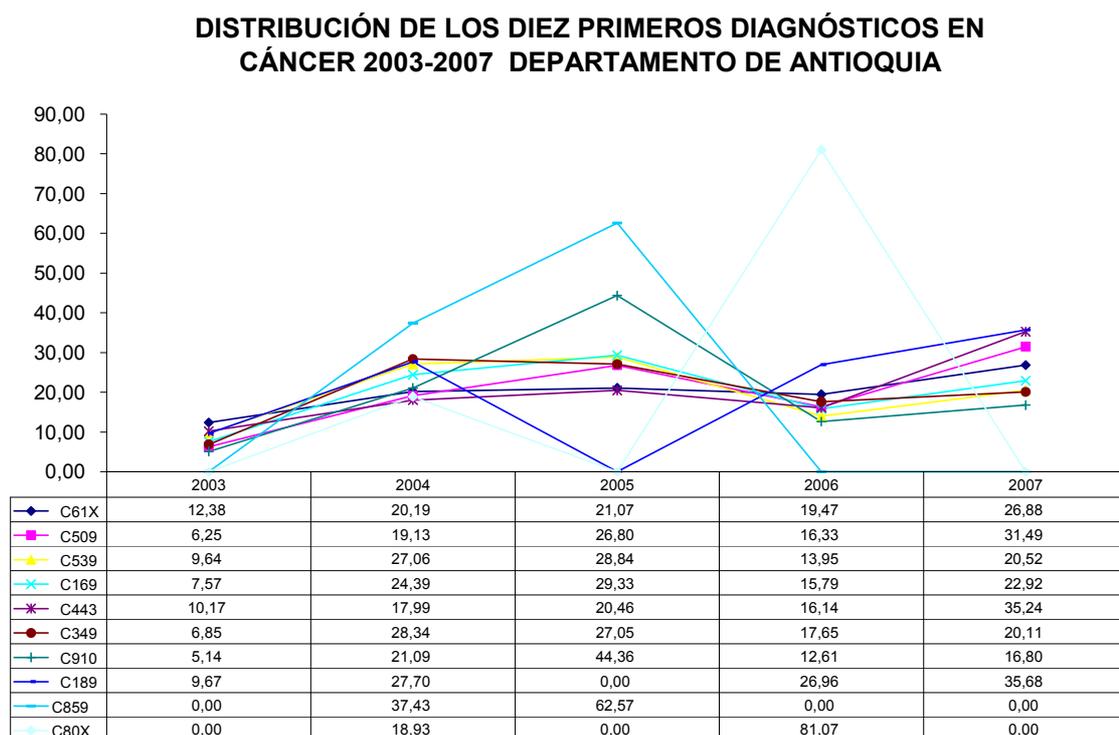
Otro tipo de conductas inapropiadas que se derivan de la práctica médica de trabajo dual es la utilización de los hospitales o clínicas o centros de salud para desarrollar en ellos su labor privada, es decir, se atienden los pacientes particulares en el consultorio de la institución pública y viceversa.

Finalmente, en relación con los prestadores de servicios, cabe mencionar que la práctica privada de los médicos ha sido motivo de debate y se ha presentado como un problema en muchas ocasiones, debido a que puede conducir a los médicos o desviar pacientes del sector institucional a su práctica privada.

Los incentivos financieros acentúan este comportamiento y como normalmente un médico en servicio público recibe un salario fijo, en cambio en el servicio privado se paga por actividad, los médicos pluriempleados pueden deliberadamente canalizar pacientes del sector público al privado, para así incrementar sus ingresos.

6.2. DEMANDA

Gráfico 3. Distribución de los diez primeros diagnósticos en cáncer. Antioquia 2003-2007



Fuente: Bases de datos DSS y PS, Departamento de Antioquia, oficina de planeación.

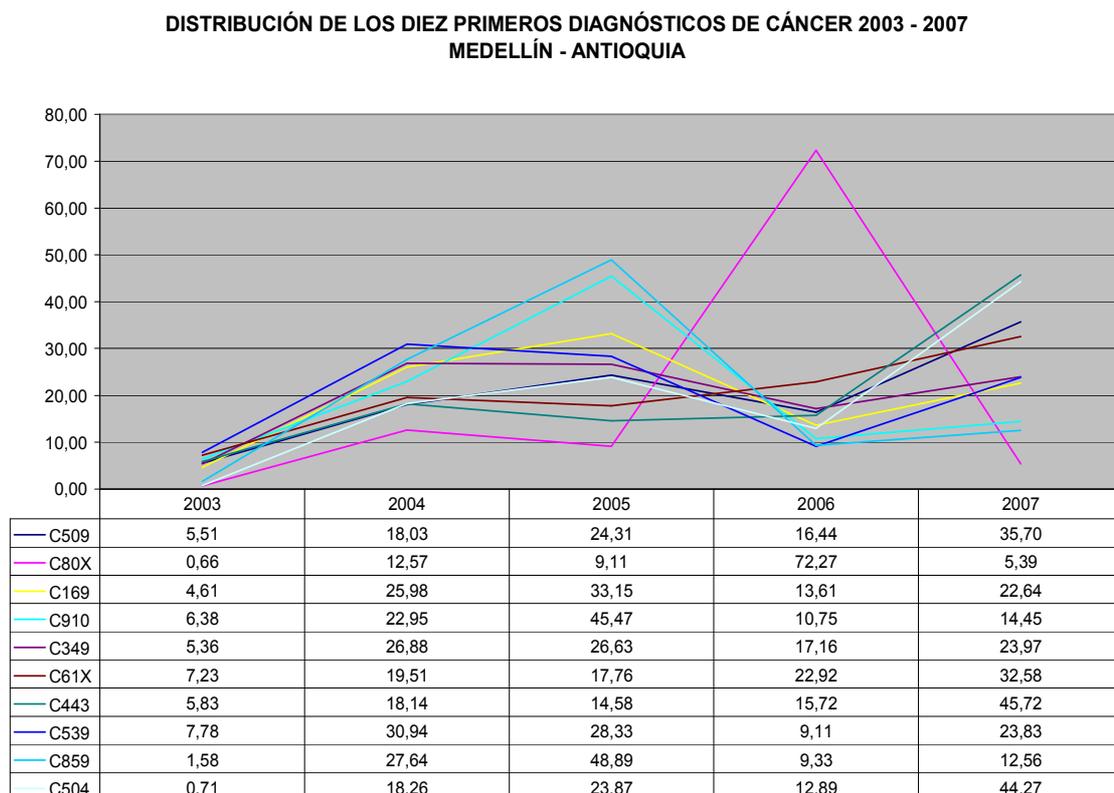
A nivel general se observa en el gráfico 5 gran variabilidad en el perfil de los diez primeros diagnósticos de cáncer en el Departamento, lo cual es debido básicamente a dos motivos principales como el aumento de la población y la elevación de la esperanza de vida, que implica envejecimiento de la población con mayor exposición a factores de riesgo, lo cual se confirma con la tabla 3 de morbilidad real que se presenta más adelante en el análisis hecho a la subregión del Valle de Aburrá. Sin embargo, para 2007 va marcando cierta tendencia en punto donde van confluyendo en forma paralela los diferentes diagnósticos, siendo importante conocer la información 2008 para ir acercando año a año una determinada tendencia que sirva de referencia en la misma estructura que se logre observar.

Es importante tener presente que los datos presentados corresponden a frecuencias de casos reportados anualmente, por lo que se puede inferir que no hay incidencia, puesto que la información no es explícita en definir algunos de ellos como casos nuevos en el año, por lo que al consolidar los cinco años se daría el caso de cruzar o encontrar casos prevalentes que fueron diagnosticados en el año o en los años anteriores, sin embargo, son utilizados en un primer momento para iniciar con el perfil del Departamento de Antioquia, como se observa en el gráfico 3.

6.2.1. ANÁLISIS DEL VALLE DE ABURRÁ POR CADA MUNICIPIO

MUNICIPIO DE MEDELLÍN

Gráfico 4. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer en Medellín 2003-2007

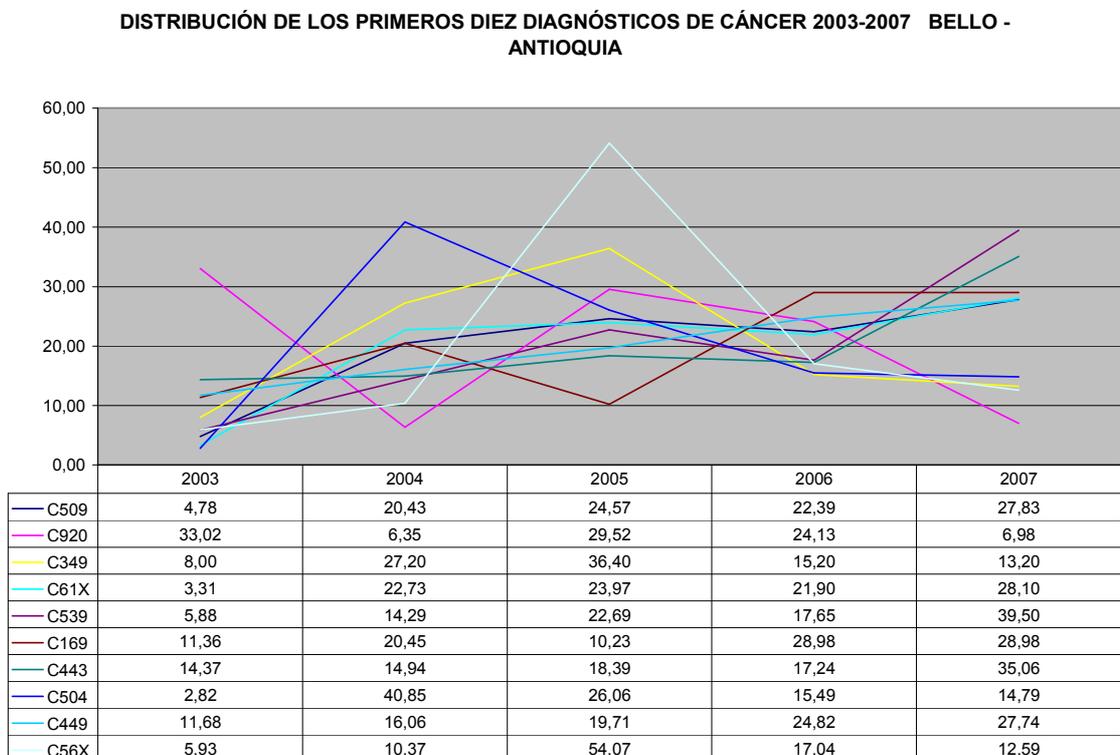


Fuente: Bases de datos DSS y PS, Departamento de Antioquia, oficina de planeación.

El comportamiento del perfil del cáncer en la ciudad de Medellín con una tendencia de franca mejoría en 2006, hoy refleja para 2007 un nuevo aumento de la gran mayoría de los primeros diez diagnósticos, y siendo el municipio del Valle de Aburrá con más concentración de la población es importante definir alertas de intervención respecto a la eventual tendencia que incremente la gama de estos diagnósticos.

MUNICIPIO DE BELLO

Gráfico 5. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer, 2003-2007, Bello – Antioquia.



Fuente: Bases de datos DSS y PS, Departamento de Antioquia, oficina de planeación.

El gráfico permite identificar un punto inicial en 2003 de los primeros diez diagnósticos en un punto común de partida donde la tendencia fue en aumento por varios de estos diagnósticos en los años 2004, 2005, para en 2006 lograr sostenerse en mejoría de sus elevados picos, llegando a 2007 algo más estable, sin embargo se puede percibir para

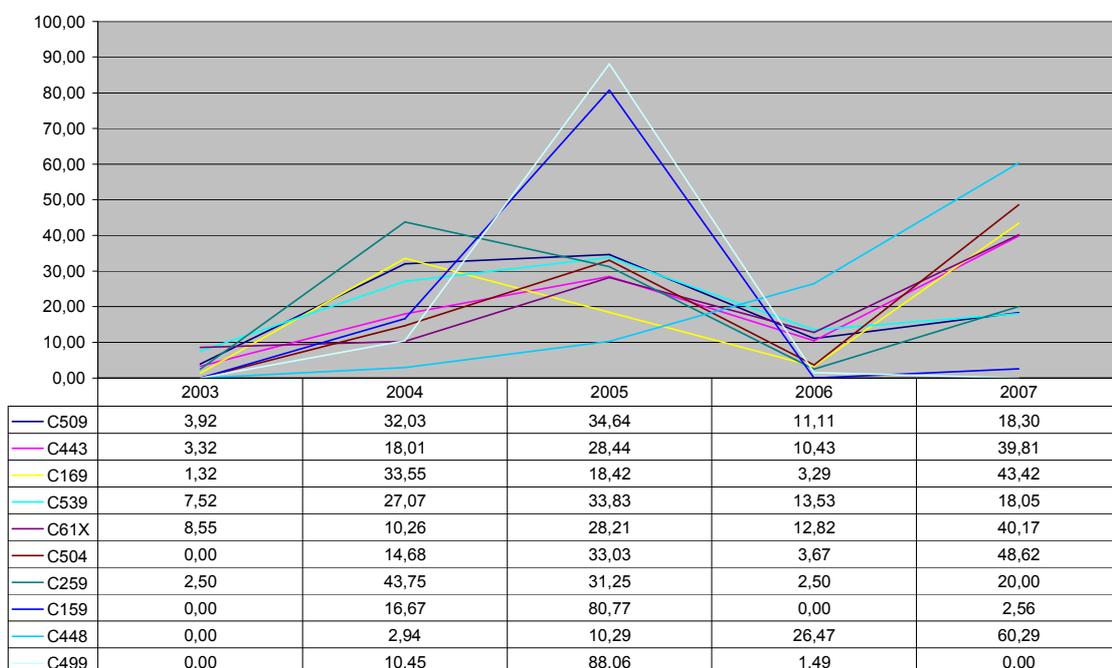
algunos de ellos su facilidad de continuar en aumento, especialmente el tumor maligno del cuello uterino sin otra especificación (C539), y el tumor maligno de la piel de otras partes y de las no especificadas de la cara (C443).

MUNICIPIO DE ITAGÜÍ

Gráfico 6. Distribución de los primeros diez diagnósticos de cáncer 2003 – 2007.

Itagüí - Antioquia

DISTRIBUCIÓN DE LOS PRIMEROS DIEZ DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER 2003-2007 ITAGÜÍ - ANTIOQUIA



Fuente: Bases de datos DSS y PS, Departamento de Antioquia, oficina de planeación.

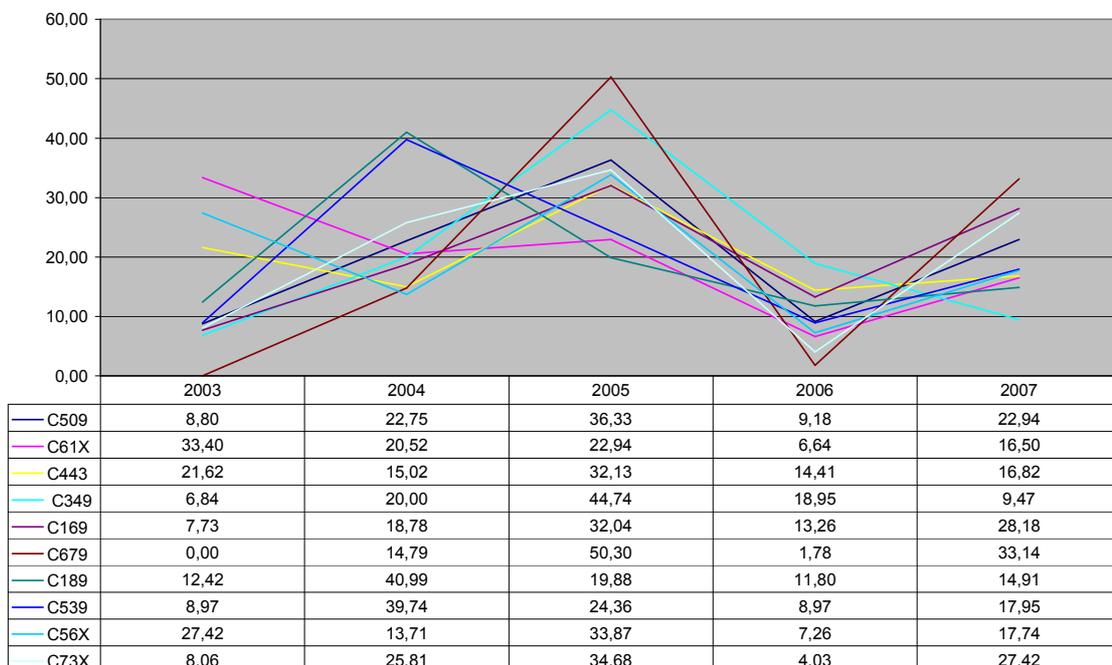
El Municipio de Itagüí es reconocido en el Departamento de Antioquia y del país como una zona industrial, donde su progreso económico está basado desde su comienzo en la industrialización, factor que haría pensar en profundizar un análisis epidemiológico de una población con un perfil de desarrollo industrial relacionado con los diagnósticos que son

representativos en este estudio, porque se nota el marcado ascenso en 2007 del tumor maligno de la piel de otras partes y de las no especificadas de la cara (C443).

MUNICIPIO DE ENVIGADO

Gráfico 7. Distribución de los diez primeros diagnósticos en cáncer 2003 - 2007.
Envigado – Antioquia.

DISTRIBUCIÓN DE LOS DIEZ PRIMEROS DIAGNÓSTICOS EN CÁNCER 2003-2007
ENVIGADO - ANTIOQUIA



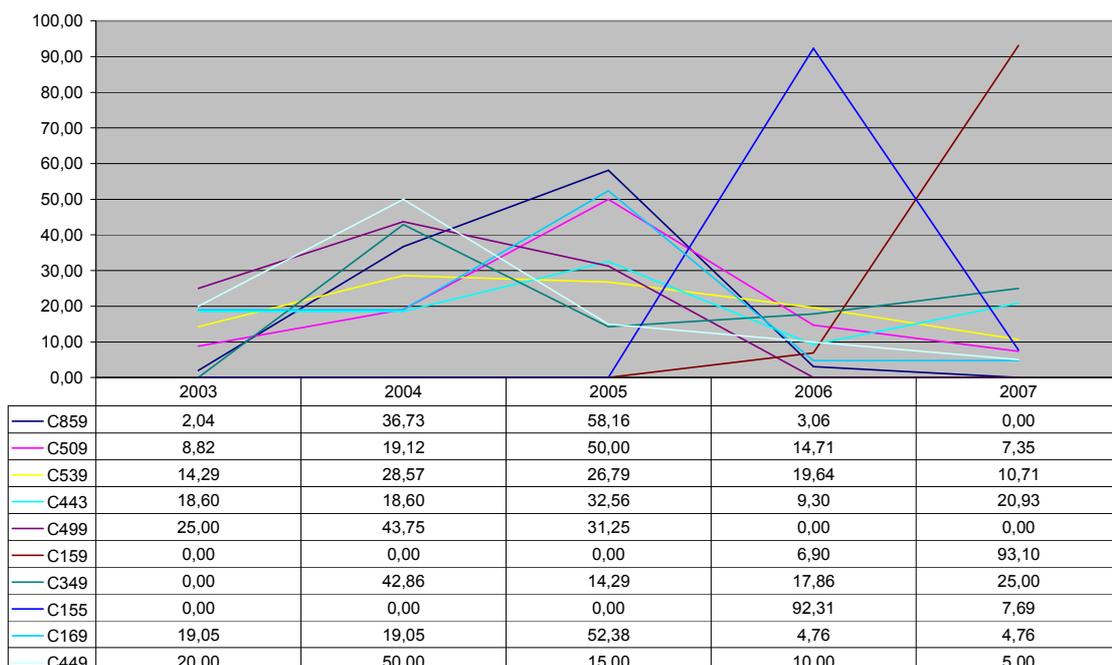
Fuente: Bases de datos DSS y PS, Departamento de Antioquia, oficina de planeación.

Envigado es un municipio reconocido por sus programas sociales en beneficio de la comunidad y porque vela por una buena calidad de vida para sus habitantes, sin embargo, en relación con el perfil epidemiológico de cáncer se presenta un panorama incierto frente a unas tendencias en aumento, aunque en 2006 se observa un buen comportamiento en el esquema epidemiológico del cáncer, para 2007 de nuevo se inicia un ascenso en nueve de los diez primeros diagnósticos, liderando la lista el tumor maligno de la vejiga urinaria parte no especificada (C679), y el tumor maligno del estómago parte no especificada (C169), como diagnósticos característicos en 2007.

MUNICIPIO DE CALDAS

Gráfico 8. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003-2007. Caldas - Antioquia

DISTRIBUCIÓN DE LOS DIEZ PRIMEROS DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER 2003 -2007 CALDAS - ANTIOQUIA



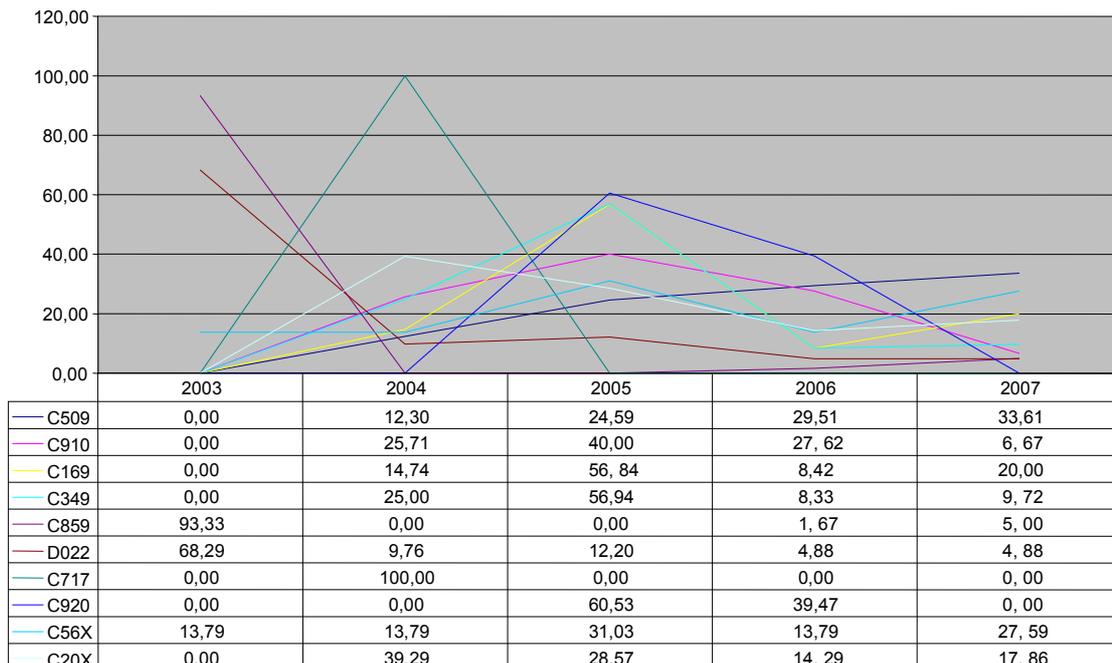
Fuente: Bases de datos DSS y PS, Departamento de Antioquia, oficina de planeación.

Para el Municipio de Caldas los años 2004 y 2005 fueron importantes en su estructura de morbilidad diagnosticada en estos periodos para luego tener un marcado descenso en 2006 y 2007, siendo para 2007 los diagnósticos de tumor maligno del esófago parte no especificada (C159), y tumor de la piel de otras partes y del las no especificadas de la cara (C443), los que sobresalen de su último perfil de morbilidad, podría inferirse este comportamiento a múltiples razones, entre ellas está la deficiente red de prestadores de servicios de salud que existen en el municipio, que muchas veces pueda incurrir en barreras de acceso para los pacientes tener su atención, o que por desplazamiento de esta población a otros sectores del Valle de Aburrá para el tratamiento respectivo puedan ser registrados en otros municipios.

MUNICIPIO DE COPACABANA

Gráfico 9. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003 -2007.
Copacabana –Antioquia 2003-2007

DISTRIBUCIÓN DE LOS DIEZ PRIMEROS DIAGNÓSTICOS 2003-2007 COPACABANA -
ANTIOQUIA

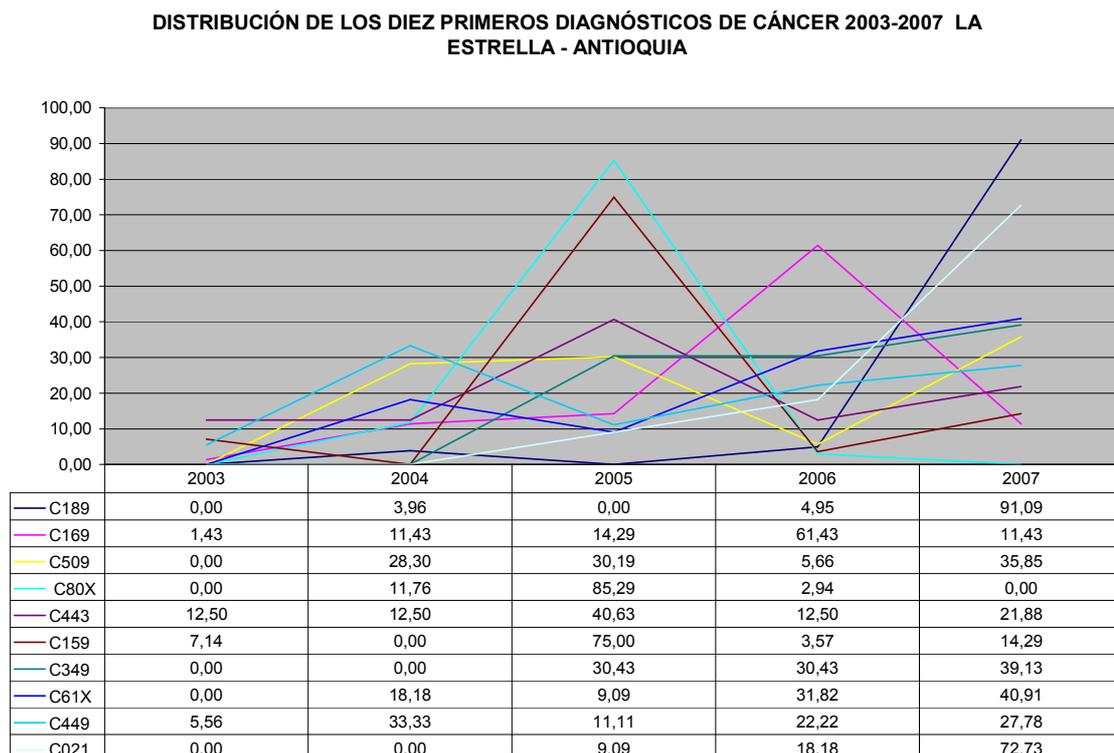


Fuente: Bases de datos DSS y PS, Departamento de Antioquia, oficina de planeación.

Se observa en este municipio de Copacabana su participación liderando en primer lugar el tumor maligno de la mama parte no especificada (C509), seguido por el tumor maligno del ovario, y en un tercer lugar tumor maligno de estómago parte no especificada (C169), es importante tener muy en cuenta los diagnósticos que por su tendencia podrían seguir en ascenso, sin embargo, a nivel general se observa una estabilidad en 2007, que habla de una mejoría en el comportamiento epidemiológico de cáncer para la época.

MUNICIPIO DE LA ESTRELLA

Gráfico 10. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003-2007. La Estrella - Antioquia.



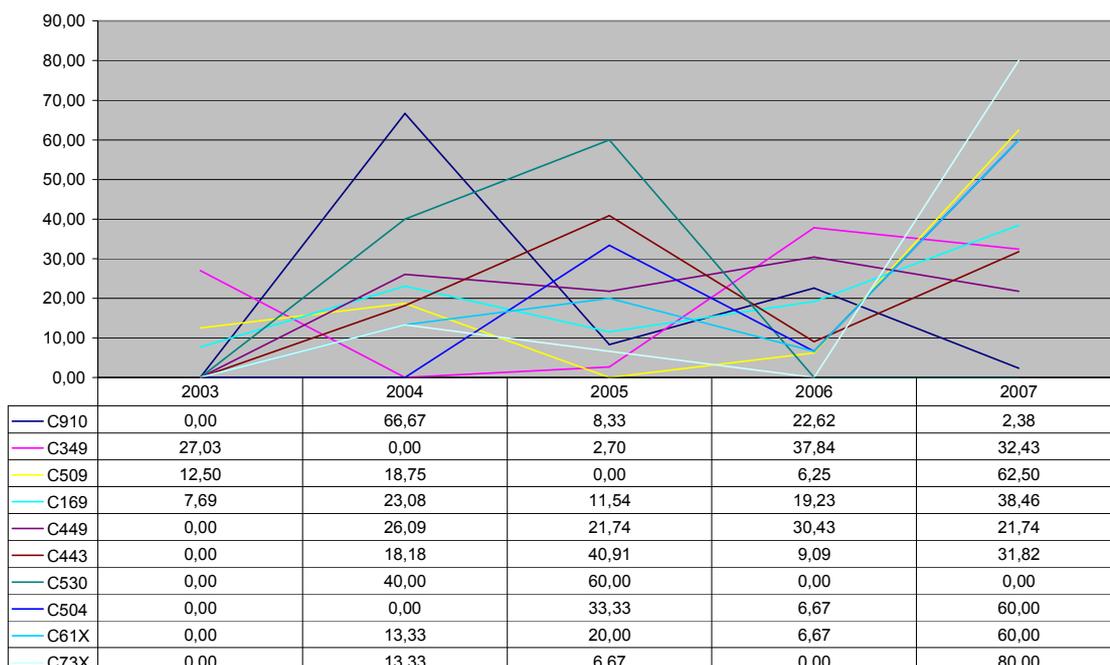
Fuente: Bases de datos DSS y PS, Departamento de Antioquia, oficina de planeación.

Es importante rescatar del municipio de La Estrella un esquema epidemiológico de cáncer con alta variabilidad en el comportamiento de cada uno de sus diez primeros diagnósticos de cáncer, siendo muy importante resaltar los primeros con alta participación como el tumor maligno de colon parte no especificada (C189), el tumor maligno de próstata (C61X), seguido por el tumor maligno de los bronquios o del pulmón parte no especificada (C349), y en un cuarto lugar el tumor maligno de la mama parte no especificada (C509). Estos cuatro diagnósticos serán las alertas inmediatas a atender en 2008.

MUNICIPIO DE SABANETA

Gráfico 11. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003 -2007.
Sabaneta – Antioquia

**DISTRIBUCIÓN DE LOS DIEZ PRIMEROS DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER 2003-2007
SABANETA - ANTIOQUIA**



Fuente: Bases de datos DSS y PS, Departamento de Antioquia, oficina de planeación.

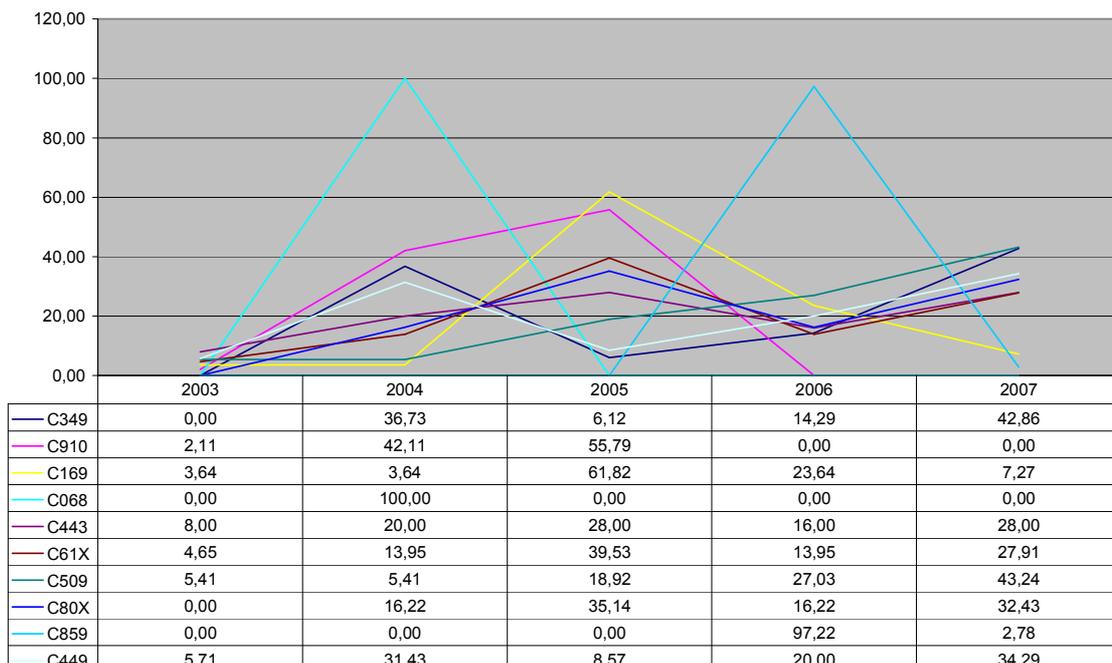
El municipio de Sabaneta, al igual que los demás municipios del Valle de Aburrá presenta una inestabilidad en el comportamiento de su perfil epidemiológico de cáncer, resaltando en 2004 la leucemia linfoblástica aguda (C910), diagnóstico que ha demostrado en los años siguientes una mejor estabilidad.

Es importante el seguimiento que deberá tener para 2008 el tumor maligno de glándula tiroidea que aparece en 2007 de manera importante, así como también para el tumor maligno de la mama parte no especificada (C509) que nuevamente presenta una tendencia en ascenso en 2007 para 2008.

MUNICIPIO DE BARBOSA

Gráfico 12. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003 -2007.
Barbosa - Antioquia

DISTRIBUCIÓN DE LOS DIEZ PRIMEROS DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER 2003-2007 BARBOSA-
ANTIOQUIA



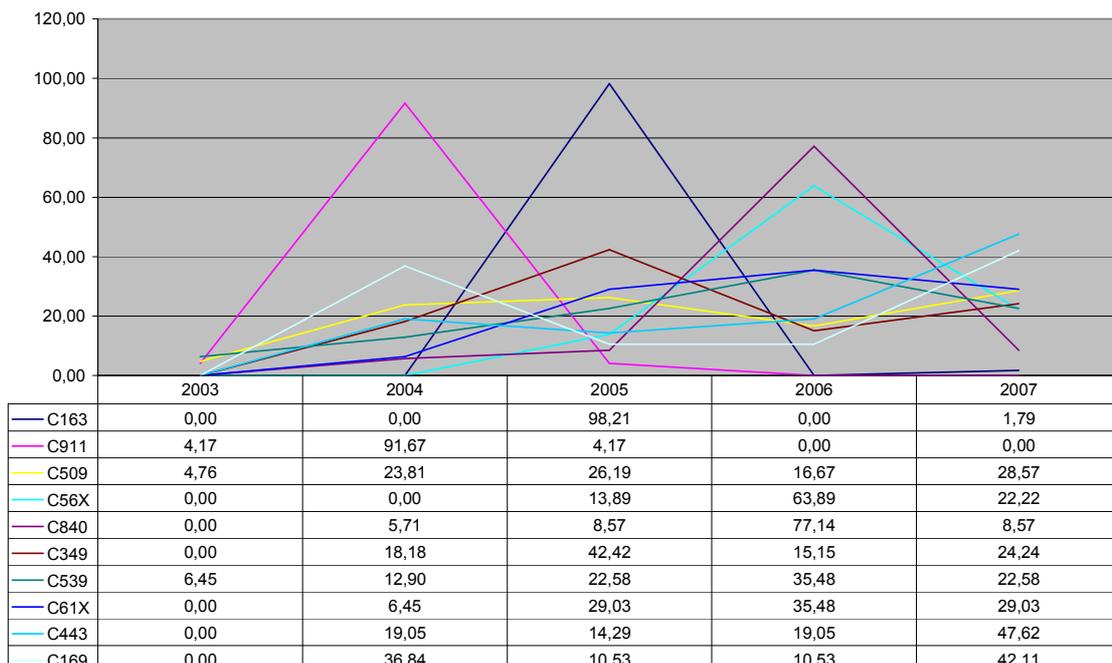
Fuente: Bases de datos DSS y PS, Departamento de Antioquia, oficina de planeación.

El municipio de Barbosa en su perfil epidemiológico de cáncer se caracteriza por la presencia del tumor maligno de la mama parte no especificada (C509), seguido por el tumor maligno de los bronquios o del pulmón parte no especificada (C349), aunque se logra inferir que la gran mayoría de sus diagnósticos permanecen participando del esquema del perfil epidemiológico con algunos diagnósticos protagonistas que avanzan hacia el ascenso participativo, el cual sería importante evidenciar en 2008.

MUNICIPIO DE GIRARDOTA

Gráfico 13. Distribución de los diez primeros diagnósticos de cáncer 2003 -2007.
Girardota - Antioquia.

DISTRIBUCIÓN DE LOS DIEZ PRIMEROS DIAGNÓSTICOS DE CÁNCER 2003-2007
GIRARDOTA - ANTIOQUIA



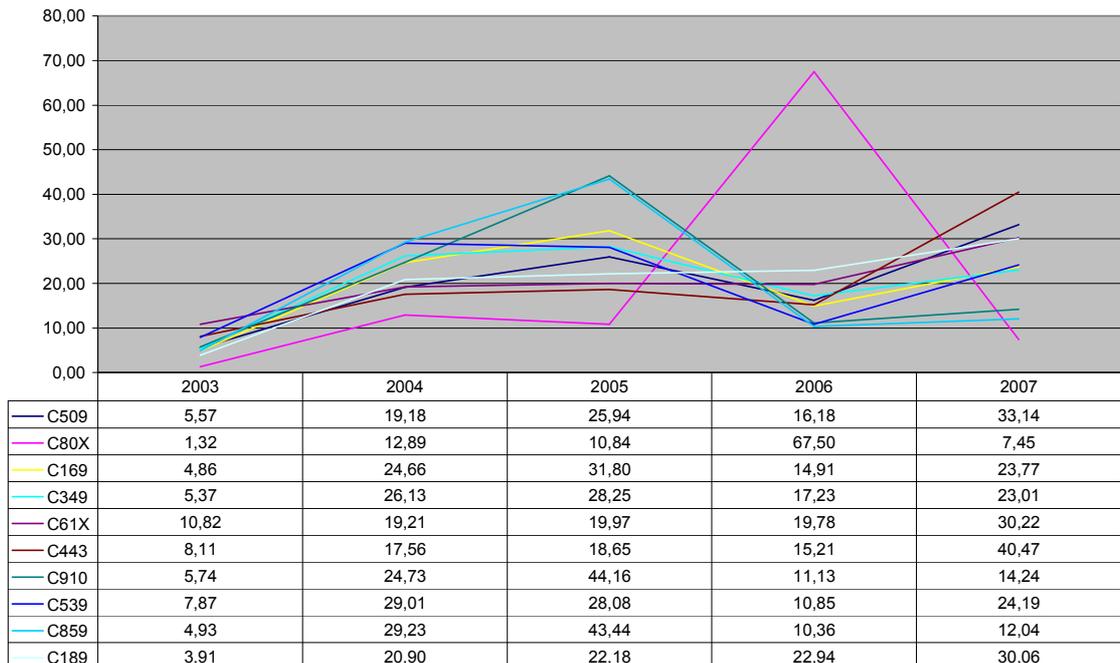
Fuente: Bases de datos DSS y PS, Departamento de Antioquia, oficina de planeación.

El municipio de Girardota analizado de acuerdo a su gráfica 13 es evidente como en 2007 se resalta el tumor maligno de la piel otras partes y de las no especificadas de la cara (C443), seguido por el tumor maligno del estómago parte no especificada (C169), y aunque tiene tres picos importantes en los cinco años analizados presentes en 2004, 2005 y 2006, se observa a nivel general cierta estabilidad en el perfil epidemiológico que permite de cierta manera ajustar sus planes de acción para una intervención a la comunidad en alerta importantes que faciliten la comprensión del bienestar en el escenario del perfil que se presenta para el tiempo estudiado.

VALLE DE ABURRÁ 2007

Gráfico 14. Distribución de los diez primeros diagnósticos en cáncer 2003 - 2007. Valle de Aburrá - Antioquia.

DISTRIBUCIÓN DE LOS DIEZ PRIMEROS DIAGNÓSTICOS EN CÁNCER 2003-2007. VALLE DE ABURRÁ - ANTIOQUIA



Fuente: Bases de datos DSS y PS, Departamento de Antioquia, oficina de planeación.

El consolidado del perfil de cáncer presentado por el Valle de Aburrá aunque conserva cierta estructura del perfil departamental, si llama la atención, en los tres primeros lugares, el tumor maligno de la piel de otras partes y de las no especificadas de la cara (C443), el tumor maligno de la mama parte no especificada (C509) y el tumor maligno del colon parte no especificada (C189).

Su estructura gráfica conserva la base fundamental de sus municipios en cuanto a que se evidencia una variabilidad en el comportamiento de cada diagnóstico pero de cierta forma

estable, ya que no se evidencian alertas de incremento especialmente en 2007, solo se observa en 2006, la cual para 2007 ya estaba controlada.

Comparando el perfil epidemiológico del Valle de Aburrá con el presentado del Departamento de Antioquia, su estructura se conserva, aunque sí se resaltan los tres primeros diagnósticos para estas poblaciones, así para el Valle de Aburrá se determinan en primer lugar el tumor maligno de la piel de otras partes y de las no especificadas de la cara, seguido por el tumor maligno de la mama parte no especificada (C509) y de tercero el tumor maligno del colon parte no especificada (C189).

Para el Departamento de Antioquia, también se presentan estos tres diagnósticos como los tres primeros sólo que en distinto orden, así primero está el tumor maligno del colon parte no especificada (C189), segundo, el tumor maligno de la piel de otras partes y de las no especificadas de la cara (C443), y en tercer lugar queda el tumor maligno de la mama parte no especificada (C509).

Es importante tener presente que los análisis de las gráficas, aunque se observan en forma comparativa a los cinco años para establecer algún episodio especial ocurrido en alguno de estos años, la información descrita de cada municipio apunta al último año de estudio que fue el 2007, además como ya se había dicho porque la información que se utilizó como diagnósticos en cada año, se toma como casos nuevos para el año específico, sin recomendar el cruce de la información porque se encontrarían casos prevalentes que fueron diagnosticados en el año o en los años anteriores.

La tabla 3 hace una ilustración de los diez primeros diagnósticos considerados tanto para el Departamento de Antioquia como para el Valle de Aburrá, resaltando en color gris los diagnósticos comunes a los dos grupos analizados, además se especifica en números consecutivos de 1 a 10 en la columna de lugar, la posición que ocupa dentro de los diez primeros en el grupo correspondiente, ya sea el Departamento o la subregión.

Se resalta que mientras para el Valle de Aburrá el primer diagnóstico es el tumor maligno de la piel o de otras partes y de las no especificadas de la cara (C443), para el Departamento de Antioquia, este mismo diagnóstico está en segundo lugar. Para el diagnóstico de tumor maligno de la mama parte no especificada (C509) en el Valle de Aburrá está en el segundo lugar, mientras que para Antioquia está en tercer lugar.

En general el esquema presentado del perfil epidemiológico de los diez primeros diagnósticos de cáncer en 2007 comparados estos mismos con el Departamento de Antioquia es similar en cuanto a la estructura de los primeros ocho diagnósticos que fueron comunes a los dos grupos, como se observa en la tabla 3.

Tabla 3. Comparativo diez primeros diagnósticos de cáncer, 2007

COMPARATIVO DIEZ PRIMEROS DIAGNÓSTICOS EN CANCER 2007						
CIE-10	NOMBRE	VALLE DE ABURRÁ 2007		ANTIOQUIA 2007		
		Lugar*	%	Lugar*	%	
1	C443	Tumor maligno de la piel de otras partes y de las no especificadas de la cara	1	40,47	2	35,24
2	C509	Tumor maligno de la mama parte no especificada	2	33,14	3	31,49
3	C61X	Tumor maligno de la próstata	3	30,22	4	26,88
4	C189	Tumor maligno del colon parte no especificada	4	30,06	1	35,68
5	C539	Tumor maligno del cuello uterino sin otra especificación	5	24,19	6	2,52
6	C169	Tumor maligno del estómago parte no especificada	6	23,77	5	22,92
7	C349	Tumor maligno de los bronquios o del pulmón parte no especificada	7	23,01	7	20,11
8	C910	Leucemia linfoblástica aguda	8	14,24	8	16,80
9	C859	Linfoma no Hodgkin no especificado	9	12,04		
10	C80X	Tumor maligno de sitios no especificados	10	7,45		

*corresponde a la posición que ocupa cada diagnóstico dentro del grupo de los diez primeros tanto para Antioquia como para el Valle de Aburrá en 2007.

Fuente: Bases de datos DSS y PS, Departamento de Antioquia, oficina de planeación.

7. CONCLUSIONES

La mayor especialización en áreas de la salud y limitación de la competencia mediante barreras de entrada, genera espacios para el cierre hermético de las especializaciones llevándolos al monopolio de la prestación del servicio, en mercados delimitados con tecnología específica y un restringido número de médicos especialistas se dan condiciones para la operación de monopolios laborales que terminan presionando los precios del sector.

El escenario de la oferta de servicios de atención en oncología tiene sus pro y sus contras, siendo importante que se mejore o reestructure la situación actual, porque de continuar así, supone apostar por la permanencia de una oferta sin referente a una verdadera función de producción (servicio) y en consecuencia, imposibilitada para el logro de una óptima utilización total de los recursos.

La escasez o insuficiencia de recursos para la atención, no puede compensarse más que por medio de una utilización eficiente de ellos. En la actualidad, la utilización siempre resultará ineficiente si en ello concurre una indefinición de los objetivos, o en el mejor de los casos su definición imprecisa. Porque eso supone uno de los principales obstáculos para la eficiencia. De aquí la gran importancia que tiene conocer, dominar, y respetar una metodología para la programación de decisiones metodológicas que reclama el desarrollo lógico de una serie de etapas como: planeación estratégica, análisis de sistemas con enfoque de los procesos, planes de acción y presupuestos.

El problema económico central en salud consiste en cómo hacer compatible el acceso a los servicios con la escasez de los recursos. En todos los países, existe una brecha entre lo que quisieran hacer quienes formulan políticas y lo que pueden hacer con el presupuesto de salud, y de semejante forma ocurre en el Valle de Aburrá, el que se quisiera poblar de múltiples unidades satelitales para la prestación de este servicio,

ambulatoriamente, pero no como se observa en la Comuna El Poblado donde se concentran la mayoría de estas unidades; punto a tener presente al momento de decidir la integralidad de las Instituciones, para una verdadera optimización de sus recursos y la ampliación de la cobertura en la atención requerida.

Es necesario conocer la morbilidad de la población para planificar recursos destinados a prevenir, curar, cuidar o rehabilitar los problemas de salud o las secuelas sociales y económicas que estos generan.

Según el esquema de los diez primeros diagnósticos de cáncer, se llega a plantear una estructura epidemiológica básica definida a partir de estas causas que al comparar el comportamiento presentado en el Departamento de Antioquia en 2007, con el Valle de Aburrá, se llega a unificar los ocho primeros diagnósticos de cáncer comunes, siendo una información importante que se convierte en una herramienta que caracteriza la problemática de la salud, generada por las enfermedades de este tipo.

En el transcurso de este estudio se visualiza en cada momento la alta participación en los diferentes diagnósticos de cáncer, teniendo como fuente la base de datos general de todo el Departamento de Antioquia , llama la atención la alta participación de la población mayor de 60 años, y en el caso específico de la edad y de acuerdo a este estudio se convierte una vez más en un factor de riesgo para esta enfermedad, porque teniendo en cuenta que en el transcurso de la vida cada persona se expone a múltiples riesgos ambientales o a cambios alimenticios no muy sanos, finalmente podrían estar siendo acumulativos en razón de la edad, por lo tanto es importante intensificar las actividades de promoción de la salud para preparar cada vez la población que va avanzando en su etapa de vida a llegar a una vejez minimizando los impactos que puedan causar diversas enfermedades, entre ellas el cáncer.

No solo la edad se vincula en el grupo de factores de riesgo para el cáncer, también existen factores de tipo genético, ambientales y de estilos de vida que están presentes en cada esquema de cada diagnóstico, y son precisamente estos esquemas comunes, como

los ocho resultantes y presentados en este trabajo los que están aclamando por su atención en relación a su prevención médica y social.

Finalmente, el estudio cumple con las expectativas propuestas en cuanto a responder la pregunta de investigación, ¿cuál será la demanda en oncología en el Valle de Aburrá?, a la cual se dio respuesta a través del análisis del perfil epidemiológico de cada uno de los municipios del Valle de Aburrá y consolidados en la subregión, y de la cual se presenta una síntesis de los diez primeros diagnósticos en cáncer para 2007 en la tabla 3, facilitando la comparación con el perfil de cáncer del Departamento de Antioquia para el mismo año.

En relación al objetivo general: caracterizar la oferta y la demanda de la atención médica especializada en oncología clínica y hemato-oncología en el Valle de Aburrá del Departamento de Antioquia en el periodo 2003 a 2007, se logra caracterizar la oferta, basada en la información suministrada por la DSSA y PS del Departamento de Antioquia, siendo importante tener en cuenta que el detalle de la oferta en relación a su recurso humano fue expresado en forma general, ya que hasta ahí lo permitía la información de la base de datos suministrada, presentándose una situación interesante de analizar a profundidad en otros estudios, como es el pluriempleo de los subespecialistas de oncología clínica y hemato – oncología; de este pluriempleo se puede inferir que la oferta de prestadores de servicios de salud en oncología podría estar dimensionada por esta característica inherente al recurso humano especializado, circunstancia también que logra distorsionar en cierto modo la posibilidad de determinar un referente de oferta en el Valle de Aburrá.

La demanda se caracterizó basándose en la información epidemiológica de los años 2003 a 2007 suministrados por la DSS y PS del Departamento de Antioquia, así que se hizo debidamente el análisis de toda la información hasta concluir con el perfil epidemiológico de cáncer del Valle de Aburrá con corte a 2007 clasificado de acuerdo al CIE-10.

Respecto a la demanda, en su perfil epidemiológico, los datos presentados año tras año de 2003 a 2007 como casos reportados anualmente, se entienden como casos nuevos por cada año, por esta condición se hizo la presentación con corte final a 2007, porque si

la información se cruzara para lograr otros análisis estaría determinando casos prevalentes que ya habían sido diagnosticados en su año correspondiente, lo que en consecuencia no permitió determinar por esta información la incidencia en cáncer en la misma región.

Este trabajo permitió cumplir con las recomendaciones en relación a la oferta y a la demanda, proponiendo como preámbulo un esquema de un modelo integral para la atención oncológica que a su vez configure una red de prestadores comprometidos y respaldándose entre sí para acoger al paciente y atenderlo en el tiempo preciso que permita cada protocolo o guía médica de atención.

Es importante motivar a las IPS para que estén pendientes de planear su recurso humano especializado, y que permanentemente se tengan estudios que permitan ajustar la oferta a la demanda, teniendo presente que el cumplimiento de la resolución 1536 de 2010 sobre la Organización y Funcionamiento del Observatorio del Talento Humano en Salud pueda ser favorable al momento de necesitar información sobre la proyección del talento humano en salud y en esta especialidad.

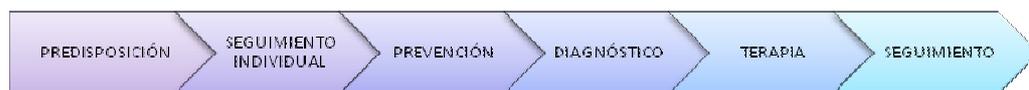
RECOMENDACIONES

Un modelo de atención en oncología integral y continuo como se representa a continuación pretende retomar los antecedentes, la situación actual y demás factores que afectan el entorno de la prestación del servicio en oncología, donde como lo muestra el esquema de hoy son actividades separadas y únicas en sí mismas para responder a la demanda de cada paciente, generando una respuesta que perfectamente puede ser realizada en instituciones diferentes por cada una de las actividades, desdibujándose la noción de integralidad y continuidad. Este escenario de hoy es el que se recomienda proyectar en un futuro.

Hoy



En un futuro



En un futuro inmediato se recomienda hacer uso de la cadena de actividades inherentes a cada atención, partiendo de un punto cero donde inicie con la predisposición del ser humano a una patología como el cáncer, siguiendo la huella con evaluaciones individuales enfocadas a la prevención y una promoción a la salud fundamentada en los estilos de vida saludables basados en una sana nutrición, todas estas tres actividades iniciales son el preámbulo para hacer un diagnóstico temprano, si así fuera el caso, y continuar con la terapia y el seguimiento. De esta forma son seis procesos que se entrelazan para no separarse fácilmente y permitir que cada paciente logre un inicio y un fin estructurado de su atención.

Revisar el estudio de oferta y demanda año a año para ir adoptando escenarios y decisiones.

Fomentar grupos de trabajo permanentes que vayan actualizando la información y determinando futuros escenarios para poder ir ajustando la oferta a la demanda.

Es preciso adoptar medidas de gestión de los recursos disponibles a corto y mediano plazo y de planificación a largo plazo.

Las implicaciones que cada día presentan las tendencias del perfil epidemiológico del cáncer permiten reflexionar en la reorientación de los programas de salud, los que deben ser más intensivos en la promoción, prevención y rehabilitación con claras y prácticas proyecciones decisorias iniciando en el primer nivel de atención.

Es importante recomendar hacer énfasis en la etapa de planeación y optimización de recursos, diseñar modelos estructurales que permitan una gestión clínica institucional en red, y lograr identificar un referente para el proceso de oferta en relación con los prestadores de servicios de salud en oncología, donde la información en tiempo real es vital para lograr estudios exhaustivos del portafolio de especialistas, su oferta y demanda vista con un elevado nivel de desagregación que permita determinar un modelo en esta subespecialidad y hacer frente a la demanda de este servicio.

Es preciso insistir en las actividades de investigación y estudios epidemiológicos que permitan caracterizar cada vez más de forma precisa la demanda que tiene la población en relación con su bienestar determinado por la salud, haciendo énfasis en las enfermedades de grupos específicos que están afectando ostensiblemente a la población.

Aunque la salud en el medio se mantiene a través de los procesos curativos más que en los preventivos se debe impulsar permanentemente el fortalecimiento de la información a la comunidad, así como la educación en temas sensibles que requieren el autocuidado para aminorar el impacto que tienen factores de riesgo modificables como son el sedentarismo, los hábitos de vida saludable y entre ellos procurar una alimentación balanceada, la promoción de la salud siempre será la herramienta con la cual la

comunidad podrá reducir las oportunidades de diagnósticos que desgastan permanentemente al ser humano en su condición de bienestar.

Mejorar la capacidad técnica del personal de la salud, a través de entidades como el Observatorio del Talento Humano en Salud que ofrezca la información actualizada de las necesidades presentes en la comunidad en tiempo real, y que también logre establecer alianzas entre los recursos humanos especializados para mantener una disponibilidad ágil para el manejo de las contingencias por carencia del recurso humano técnico y especializado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Ministerio de la Protección Social. Decreto No. 1011 de 2006.
- (2) Coleman MP. Estudio Concord. Enfermos de cáncer tienen más probabilidad de curarse si viven en países ricos y desarrollados. 2008; Available at: http://www.eltiempo.com/vidadehoy/salud/2008-07-30/enfermos-de-cancer-tienen-mas-probabilidad-de-curarse-si-viven-en-paises-ricos-y-desarrollados_4416021-1. Accessed 07/15/2008.
- (3) Marion Piñeros, Jacques Ferlay, Raúl Murillo. Cancer incidence estimates at the national and district levels in Colombia. Vol. 48, N° 6, 2006, págs. 455-465 2006; 48(6):455-465.
- (4) Gobernación de Antioquia. Salud Pública y Asistencia Social. Anuario Estadístico de Antioquia 2007; 2008.
- (5) Legis Editores S.A. Régimen de Seguridad Social. 2007(Sistema General de Seguridad Social en Salud): Tercera Parte.
- (6) Ley 1122 de 2007. 2007 9 de enero; Diario Oficial 46.506.
- (7) Ministerio de la Protección Social. Ley 1164 de 2007. Talento Humano en Salud. 2007 3 de octubre: 1-24.
- (8) Ministerio de Salud. República de Colombia. Decreto 2309. 2002 15 de octubre.
- (9) Gobierno de la República de Colombia. Decreto 3380. 1981 30 de diciembre.
- (10) El Congreso de la República. Ley 23 de 1981.
- (11) Ministerio de la Protección Social. Decreto 2006. 2008 6 de junio.
- (12) Ministerio de Salud. Decreto 190. 1996 25 de enero.
- (13) Valencia FA, Maya Néstor Raúl. Libro II: El Sistema General de Seguridad Social en Salud. Título I: Disposiciones Generales. Capítulo III: El Régimen de Beneficios. Art. 162: Plan de Salud Obligatorio. Parágrafo 4. Ley 100. La Seguridad Social y sus Decretos Reglamentarios. Guía Metodológica de Consulta. Segunda ed.; 1995. p. 44.
- (14) Legis Editores S.A. Tercera Parte: Sistema General de Seguridad Social en Salud. 1: Objeto y campo de aplicación. Principios y fundamentos. Art. 153: Fundamentos del servicio público. In: Legis Editores S.A., editor. Régimen de Seguridad Social en Colombia. Envío Nro. 51 ed.; 2008. p. 567.

- (15) Corte Constitucional de la República de Colombia. Ponente: Magistrado Manuel José Cepeda Espinosa. Expediente T-1724972. Sentencia T-859 de 2003 y Sentencia T-221 de 2004. 2007.
- (16) Ministerio de la Protección Social. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf 1986 21 de noviembre.
- (17) Resolución N° 3997 de octubre 30 de 1996. Ministerio de la Protección Social.
- (18) Ministerio de Salud. Resolución 5261 de 1994. 1994.
- (19) Arango Londoño G. La Salud. In: McGraw-Hill, editor. Estructura Económica Colombiana España; 2005. p. 523-534.
- (20) González López B. Planificación y formación de médicos en España, una perspectiva europea. España: Masson S. A.; 2007. p. 1-17.
- (21) Ruiz Gómez F, O'Meara Bautista GS. La eficiencia en el mercado regulado de servicios de salud. In: Centro Editorial Javeriano, editor. Políticas y Servicios Sociales para el siglo XXI Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 1999. p. 225.
- (22) Parkin M editor. Microeconomía: versión latinoamericana. Séptima ed. México: Pearson; 2006.
- (23) Samuelson PA, Nordhaus WD. Los Fundamentos de la Economía. Economía. 16th ed. España: McGraw-Hill; 1999. p. 14.
- (24) Corella JM editor. La Gestión de Servicios de Salud. Madrid: Díaz de Santos; 1996.
- (25) Samuelson PA, Nordhaus WD. Los Fundamentos de la Economía. ; 1999. p. 40.
- (26) Samuelson PA, Nordhaus WD. Los Elementos básicos de la oferta y la demanda. In: McGraw-Hill, editor. Economía España: McGraw-Hill; 1999. p. 57.
- (27) Acosta OL editor. Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia, Balance, Competencias y Prospectiva. Bogotá: Minsalud, La CEJA; 2001.
- (28) Dirección Seccional de Salud y Protección Social del Departamento de Antioquia editor. Diagnóstico de la situación del Departamento de Antioquia. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2008.
- (29) Grupo de Economía de la Salud. GES editor. Monitoreo de la Seguridad Social en Salud en Medellín 2004-2007. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2007.

(30) Dal Poz MR, Gupta N editors. Manual de seguimiento y evaluación de los recursos humanos para la salud. Estados Unidos: Organización Mundial de la Salud; 2009.

(31) Quintero Posada A. Estudio de oferta y demanda de servicios oncológicos en Colombia, 2005. 2005; Available at: <http://web.invima.gov.co/portal/documents/BVSalud/lineamientos/03-%20Estudio%20de%20oferta%20y%20demanda%20de%20servicios%20oncologicos%20en%20Colombia.pdf>. Accessed abril 16, 2010.

(32) Samuelson PA, Nordhaus WD. Los mercados y la eficiencia económica. In: McGraw-Hill, editor. Economía. 16th ed. España: McGraw-Hill; 1999. p. 282.

(33) Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1998. 1998 diciembre 29.

(34) Ruiz Gómez F, O'Meara Bautista Gloria Stella. La Eficiencia en el mercado regulado de servicios de salud. 2: El mercado de aseguramiento en Colombia. 2.3.4: Inducción a la demanda. Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 1999. p. 239.

(35) Comisión de Regulación en Salud CRES. Acuerdo 03 de 2009. 2009 julio 30.

(36) Gimeno JA editor. Economía de la salud: fundamentos. Manuales de dirección médica y gestión clínica. Madrid: Díaz de Santos; 2006.

(37) Ildelfonso Grande E editor. Marketing de servicios. Madrid: ESIC; 2005.

(38) Samuelson PA, Nordhaus WD. La demanda y la conducta del consumidor. In: McGraw-Hill, editor. Economía. 16th ed. España; 1999. p. 80.

(39) Londoño de la Cuesta, Juan Luis editor. Desafíos para los recursos humanos en el SGSSS. Primera ed. Bogotá: Ministerio de Salud; 2002.

(40) Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia editor. Diagnóstico de la situación de salud del departamento de Antioquia. Medellín: Gobernación de Antioquia; 2008.

(41) Ministerio. Resolución 8430. 1993 4 de octubre.

ANEXOS

Anexo 1. Prestadores de servicios de oncología habilitados en los códigos 336, 381, 391 y 709 en el Valle de Aburrá - Departamento de Antioquia.

REGIÓN	NATURALEZA DEL PRESTADOR Y UBICACIÓN	CÓDIGO SEDE DEL PRESTADOR HABILITADO EN LA DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD	RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR HABILITADO ANTE LA DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD	TIPO DE PRESTADOR			consulta de oncología clínica	consulta hematología y oncología clínica adultos	Oncología y hematología pediátrica	Diagnóstico y complementación terapéutica
				A	AH	C				
							cod.336	cod. 381	cod. 391	cod. 709
1	Independiente	50010259401	Luis Rodolfo Gómez Wolff			1	1			
2	Independiente	50010331001	Juan Alejo Jiménez Orozco			1	1			
3	Independiente	50010617401	Mauricio Lema Medina			1	1			
4	Independiente	50010657501	León Darío Ortiz Gómez			1	1			
5	Independiente	50010371101	Amado José Karduss Urueta			1		1		
6	Independiente	50010591401	Rubén Darío Salazar Corcho			1		1		
7	Independiente	50011001901	Victor Augusto Ramos González			1		1		
8	Independiente	50010941701	Alexandra Restrepo Rincón			1			1	
9	Independiente	50010979301	Lina María Quiroz Duque			1			1	
10	Privada	50010210101	Sociedad Médica Antioqueña S.A. SOMA		1		1		1	1
11	Privada	50010210401	Hospital Pablo Tobón Uribe		1		1	1	1	1
12	Privada	50010217501	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul		1		1	1	1	1
13	Privada	50010218601	Clínica Colsanitas S.A.	1			1			
14	Privada	50010558601, 50010558602	Fundación Colombiana de Cancerología. Clínica Vida	1			1	1	1	1
15	Privada	50010561601	Instituto de Cancerología S.A.	1			1	1	1	1
16	Privada	50010802801	Corporación IPS Saludcoop Antioquia		1		1	1	1	1
17	Privada	50010839201	Grupo Oncológico Internacional S.A. - Clínica de Oncología Astorga	1			1	1	1	1
18	Privada	50010478901	Asociación Medellín de lucha contra el cáncer	1						1
19	Privada	50010925401	Sids Medellín Ltda.	1			1	1	1	1
20	Privada	50010973602	Fundación Centro de Investigación Clínica - CIC	1			1	1		

REGIÓN	NATURALEZA DEL PRESTADOR Y UBICACIÓN	CÓDIGO SEDE DEL PRESTADOR HABILITADO EN LA DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD	RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR HABILITADO ANTE LA DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD	TIPO DE PRESTADOR			consulta de oncología clínica	consulta hematología y oncología clínica adultos	Oncología y hematología pediátrica	Diagnóstico y complementación terapéutica
				A	AH	C				
21	Privada	50010978201	Centro Oncológico Ltda.	1			1	1	1	1
22	Privada	50011046101	Instituto Regional de Oncología S.A.	1			1	1	1	1
23	Privada	50010209201	Clínica El Rosario		1					1
24	Privada	50010590903	IPS Universidad de Antioquia- IPS Universitaria		1			1		1
25	Privada	50010999801	Instituto Internacional para la investigación y tratamiento de las enfermedades inmunosupresoras Ltda.	1				1		1
26	Privada	50011038801	Medicamentos especializados S.A.	1				1		
27	Privada	50011059801	Unidad de trasplantes de Antioquia S.A.	1				1		
28	Pública	50010214401	Empresa Social del Estado Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez		1		1	1	1	1
29	Pública	52660491001	E.S.E. Hospital Manuel Uribe Ángel		1		1	1	1	1
TOTALES				12	8	9	18	19	14	16

41,38 27,59 31,03

100

Fuente: Planeación DSS y PS del departamento de Antioquia