



PERFIL DE LOS USUARIOS QUE ADQUIEREN SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA EN UNA EMPRESA PRIVADA DE BARRANQUILLA COLOMBIA

Milena Sofia Jurado Mejia 1, Iván Andres Montero Perez 2

1. Administradora de Empresas, Gestión Administrativa y Financiera en Salud, Universidad Simón Bolívar, Facultad de Administración y Negocios, Barranquilla, Colombia.

2. Fisioterapeuta, Gestión Administrativa y Financiera en Salud, Universidad Simón Bolívar, Facultad de Administración y Negocios, Barranquilla, Colombia.

Autor de Correspondencia: Milena Sofia Jurado Mejia, Milejurado@hotmail.com

Resumen

Introducción: La medicina prepagada es un plan de salud complementario financiado exclusivamente con los recursos cancelados por los particulares que, a su vez, deben pertenecer al plan obligatorio de salud (POS), del régimen contributivo y a los cuales no se les excluye de la obligación de cotizar o ser beneficiarios de éste.

Objetivo: Identificar el perfil de los usuarios que adquieren servicios de medicina prepagada en una empresa de Barranquilla-Colombia.

Metodología: Estudio descriptivo de corte transversal realizado a 134 usuarios que tienen servicios de medicina prepagada en una empresa privada de la ciudad de Barraquilla-Colombia. Se aplicó una encuesta semiestructurada que recolectó datos relacionados con las características sociodemográfica (sexo, edad, estrato y estado civil), el nivel educativo (bachiller, posgrado, profesional y técnico), el plan de medicina prepagada (elite, gama baja, para menores, gama medio y gama alta) y el número de beneficiarios del plan.

Resultados: En general se observó que los usuarios de sexo femenino con edad promedio entre los 36 a 45 años, perteneciente a los estratos 4, 5, 6 de estado civil casado (76%), con nivel educativo profesional (78%) y posgrado (16%), con plan gama baja (19%) y 1 beneficiario en el plan (34%) tienden a adquirir en mayor proporción los servicios de medicina prepagada.



Conclusiones: Identificar el perfil de los usuarios que obtienen servicios de medicina prepagada, es una oportunidad para idear estrategias que favorezcan en el mejoramiento del sistema de salud colombiano principalmente en los usuarios de escasos recursos.

Palabras Clave: (DeCS) Atención de salud universal, empresa privada.

ABSTRAC

Introduction: Prepaid medicine is a complementary health plan financed exclusively with resources paid by individuals who, in turn, must belong to the mandatory health plan (POS), the contributory regime and who are not excluded from the obligation to contribute or be beneficiaries of it.

Objective: Identify the profile of users who purchase prepaid medicine services in a company in Barranquilla-Colombia.

Methodology: Descriptive cross-sectional study carried out on 134 users who have prepaid medicine services in a private company in the city of Barraquilla-Colombia. A semi-structured survey was applied that collected data related to sociodemographic characteristics (sex, age, stratum and marital status), educational level (bachelor, postgraduate, professional and technical), prepaid medicine plan (elite, low range, for minors, mid-range and high-range) and the number of beneficiaries of the plan.

Results: In general, it was observed that female users with an average age between 36 to 45 years, belonging to strata 4, 5, 6 of married marital status (76%), with professional education (78%) and postgraduate (16%), with a low-end plan (19%) and 1 beneficiary in the plan (34%) tend to acquire a higher proportion of prepaid medicine services.

Conclusions: Identifying the profile of users who obtain prepaid medicine services is an opportunity to devise strategies that favor the improvement of the Colombian health system, mainly in users with limited resources.



Keywords: (DeCS) Universal health care, private company.

Introducción:

Cada vez es más difícil ignorar la excesiva complejidad que se presenta en el Sistema general de seguridad social en salud en Colombia (SGSSC), autores como Ramírez M (1), consideran que, pese a que tiene altos costos en la transacción, la prestación de los servicios son ineficientes y tienen una baja competitividad y por su parte, las Entidades promotoras de salud (EPS), contribuyen en la restricción del acceso, obligando a los clientes a acudir a tutelas que finalmente son financiadas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) (2).

La anterior problemática ha estimulado la necesidad, a que múltiples usuarios adquieran los servicios de medicina prepagada (MP), el cual ha sido definido como un plan adicional o complementario de salud, de carácter opcional o voluntario financiado exclusivamente con los recursos cancelados por los particulares que, a su vez, deben pertenecer al plan obligatorio de salud (POS), del régimen contributivo y a los cuales no se les excluye de la obligación de cotizar o ser beneficiarios de éste (3).

Los sistemas de salud a nivel mundial presentan diferentes estructuras, las cuales pueden establecer en el pago por servicios como es el caso de Estados Unidos o direccionarse a través de subsidios como se presenta en algunos países de Europa (4). Cabe destacar que, para entender los distintos sistemas de salud, se puede considerar que algunos atentan contra la ética de los profesionales sanitarios, dado que la disponibilidad de los recursos suele ser limitada por parte de los pacientes, destacando que es un elemento diferenciador en las distintas etapas de atención (5).



Varios países de América Latina basan su sistema de atención en salud imitado al sistema inglés, dicho modelo en destinar una parte del salario al sostenimiento del sistema, sin embargo, la cobertura es reducida considerablemente, teniendo en cuenta que algunos pacientes pertenecientes al sistema privado subsidian a los que están en el sistema público (6).

Los principales problemas que presentan las instituciones de salud son las esperas, tramitología y demora en los procesos (7,8). En Colombia, esta situación no es diferente, se presenta de manera constante en las entidades que prestan los servicios de salud, donde se visualizan grandes aglomeraciones que no son atendidos el momento oportuno. En un entorno de competencia para satisfacer las necesidades que presentan los clientes desde un dolor simple hasta algo más complejo, priorizar exámenes o iniciar tratamientos en poco tiempo, es cuando nacen las empresas que ofertan los servicios de medicina prepagada, que orientan su funcionamiento como un método de financiamiento al riesgo de padecer una enfermedad de un cliente, haciendo que dicho cliente pague de manera anticipada el gasto de una enfermedad futura (9).

En varias de las empresas prestadoras de este servicio, les permite a los clientes ir directamente al especialista sin necesidad de acudir en primera estancia al médico general, lo que permite que el servicio sea más eficiente, por parte de la hospitalización hay habitaciones individuales, adicionalmente hay planes que cubren cama para un acompañante u hospitalización en casa (10,11). Las empresas promotoras de salud (EPS) tienen una ventaja, ya que cubren enfermedades preexistentes o enfermedades de nacimiento, las cuales no cubriría una MP. Adicionalmente tienen un cubrimiento de familia y cubre algunos medicamentos que la MP (11).



Tras lo anteriormente planteado, se hace necesario Identificar el perfil de los usuarios que adquieren servicios de medicina prepagada en una empresa privada de Barranquilla-Colombia.

Materiales y métodos:

El presente trabajo de investigación, es un estudio descriptivo de corte transversal, realizado a una población de 134 usuarios que tienen servicios de medicina prepagada en una empresa privada de la ciudad de Barraquilla- Colombia, Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo aleatorio simple, donde se seleccionaron 100 personas de acuerdo con los siguientes criterios;

Criterios de inclusión: ser mayor de edad, estar activo con un servicio de medicina prepagada y aceptar participar en el estudio.

Criterios de exclusión: ser menor de edad, ser beneficiario de medicina prepagada, negarse a participar en el estudio.

Todos los datos personales suministrados por los participantes serán tratados de manera confidencial y no se revelarán en ninguna circunstancia. El periodo de recolección de la información se realizó en un tiempo comprendido entre el 10 de mayo y 31 de mayo del 2021.

el cálculo de la muestra estadística se determinó con la siguiente fórmula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

N = tamaño de la población • e = margen de error (porcentaje expresado con decimales) • z = puntuación z



Tamaño de la población 134, nivel de confianza 95% y un margen de error 5%, para un tamaño de la muestra de 100.

Para el proceso de recolección de información, se utilizó una encuesta semiestructurada el cual fue socializada en primera instancia con la dirección de talento humano de la empresa, una vez avalada, se procedió a la aplicación al personal participante, quien, además, diligenció el consentimiento informado. Las variables del instrumento, contenían datos relacionados con las características sociodemográfica (sexo, edad, estrato y estado civil), el nivel educativo (bachiller, posgrado, profesional y técnico), el plan de medicina prepagada (elite, gama baja, para menores, gama medio y gama alta) y el número de beneficiarios del plan.

El software estadístico utilizado para el análisis de los datos fue SPSS versión 22 (Licencia universidad Simón Bolívar), en este caso, para el análisis univariado los datos se presentaron por frecuencia y porcentaje, para las variables relacionadas con las características sociodemográficas, datos de ingresos, salarios mínimos y beneficiarios del plan que se tiene.



Resultados:

En la tabla 1 se evidencia que la edad mínima registrada fue de 28 a 35 años y la edad máxima dentro de la población fue de > 56 años con una representación del 4%, en lo que respecta al sexo la mayoría pertenece al femenino con un 61%, en cuanto al estrato socioeconómico hubo un predominio del 4 y del 5 con un 46% y 31% respectivamente.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	61	61,0
	Masculino	39	39,0
Edad	> 56	4	4,0
	28-35	16	16,0
	36-45	63	63,0
	46-55	17	17,0
Estrato	3	7	7,0
	4	46	46,0
	5	31	31,0
	6	16	16,0
estado civil	Soltero	22	22,0
	Casado	76	76,0
	Unión libre	2	2,0
	Total	100	100,0

Fuente: suministrado por el equipo investigador.

El análisis del nivel educativo mostró, que existe una minoría del 2% como bachiller y una mayoría con nivel de profesional con un 78% seguido con nivel de posgrado del 16% (ver tabla 2.)



Tabla 2. nivel educativo

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Nivel educativo	Bachiller	2	2,0
	Posgrado	16	16,0
	Profesional	78	78,0
	Técnico	4	4,0
	Total	100	100,0

Fuente: suministrado por el equipo investigador.

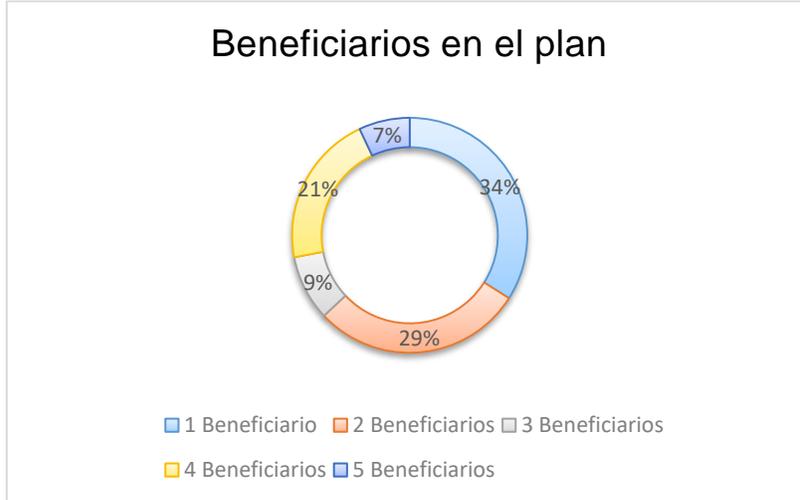
De acuerdo a los datos arrojados en la tabla 3 se observa, que el plan de gama alta tiene una mayor acogida con el 60%, seguido por el plan gama baja con el 19%.

Tabla 3. Plan de medicina prepagada

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Plan	Plan Elite	1	1,0
	Plan Gama Baja	19	19,0
	Plan Para Menores	7	7,0
	Plan Gama Media	13	13,0
	Plan Gama Alta	60	60,0
	Total	100	100,0

Fuente: suministrado por el equipo investigador.

Los resultados de la gráfica 1 demuestran, que el 34% de los contratantes tienen 1 beneficiario, el 29% 2 beneficiarios y el 21% 4 beneficiarios.



Fuente: suministrado por el equipo investigador.

Discusión:

Escasos son los estudios de este tipo, que intenten dar claridad sobre el perfil de las personas que se hacen beneficiarios de los servicios de MP, es por ello que se hace necesario observar de manera detallada los hallazgos encontrados en el presente estudio donde se muestra que las personas de estratos más altos son las que adquiere este tipo de servicios, de esta manera se resalta lo mostrado en el estudio de García y cols, donde se da a conocer que en Colombia el quintil más pobre es el que obtiene menos ingresos frente al quintil más rico, mostrando lo que expresa el índice de Gini donde en los países latinoamericanos hay una creciente desigualdad (12) resaltando de esta manera la diferencia en la adquisición de servicios de MP en los diferentes estratos socioeconómicos.

De acuerdo a datos revelados por la federación de aseguradores colombianos (fasecolda) y la asociación colombiana de empresas de medicina integral (Acemi) En Colombia, cerca de 4.7 millones de personas tienen un plan voluntario de salud, lo que representa un 0.6% del PIB y un 8.2% del gasto en salud del país. De esa población cerca del 57% de los usuarios escoge los planes de medicina prepagada



(13). En general ha habido un incremento en la participación del mercado de los planes de medicina prepagada, principalmente en las mujeres, en las áreas urbanas. Además, un aspecto clave es lo mencionado por la encuesta nacional de calidad de vida (ECV) realizada por el Departamento Administrativo Nacional de estadística (DANE) donde las personas que tiene mayor probabilidad de compra de planes voluntarios de salud se encuentran entre los 44 y los 49 años de edad y, en promedio tienen un salario entre los \$2'500.000 y \$3'300.000 esto significa que en intermedio son de estrato 3 y pertenecen al octavo, noveno y décimo deciles del ingreso (14). Lo anterior, guarda una similitud con los resultados encontrados en el presente trabajo de investigación donde el 61% de los afiliados son del sexo femenino y el 63% de los usuarios que adquirieron el plan tienen entre 36 a 45 años. Sin embargo; en lo que respecta al estrato se difiere con los hallazgos encontrados en el presente trabajo dado que los usuarios de los estratos 4 y 5 fueron quienes obtuvieron el servicio de medicina prepagada.

Otro de los aspectos en los que se puede hacer énfasis es el nivel educativo, donde usuarios con estudios profesionales y de posgrado representan el 78 y 16% respectivamente, mostrando un predominio significativo a la hora de adquirir este servicio, en comparación con los niveles educativos bajos, el ministerio de salud de Colombia tiene registrado que la afiliación al sistema general de seguridad social, el 83,6 % se encontraba afiliado al régimen contributivo (seguro privado de salud) con fecha de corte 3 de noviembre del 2015 mientras en promedio, solo el 47 % de las personas se encuentran en dicho régimen (12,15).

Después de revisar y comparar resultados con los datos escasos que nos ofrece la literatura, el presente trabajo de investigación permite mostrar una visión sobre algunas características comunes que tienen las personas con acceso a estos servicios de salud, permitiendo dar claridad hacia donde direccionar las estrategias



de mercado en la población cautiva. Un estudio realizado por Naoki en Japón muestra que la desigualdad socioeconómica influye en la salud y en su acceso (16), resaltando aún más los resultado del presente estudio que evidencia que entre mas alto es el nivel socioeconómico mayor es la facilidad acceder a los servicios de medicina prepagada.

Conclusiones:

De los hallazgos encontrados, se evidencia que los usuarios con un nivel de escolaridad profesional y pos gradual, perteneciente a los estratos 3, 4, 5 y en mayor proporción del sexo femenino tienen un indicador alto, en la adquisición de servicios de medicina prepagada. Identificar este perfil, es una oportunidad para idear estrategias que favorezcan en el mejoramiento del sistema de salud colombiano principalmente en los usuarios de escasos recursos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez Moreno J. La emergencia social en salud. Gerencia y Políticas de Salud. 2010; (9): 124-143.
2. Merlano P, Gorbanev L. Sistema de salud en Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2013; 12 (24): 74-86.
3. Quintana C. El papel de la Corte Constitucional en el análisis de los contratos de medicina prepagada. Rev. salud pública. 2016; 18 (5): 827-836.
4. Tehranineshat B, Rakhshan M, Torabizadeh C, Fararouei M. Compassionate Care in Healthcare Systems: A Systematic Review. Vol. 111, Journal of the National Medical Association. National Medical Association; 2019. p. 546–54.
5. Nour M, Sindi H, Abozinadah E, Öztürk Ş, Polat K. A healthcare evaluation system based on automated weighted indicators with cross-indicators based learning approach in terms of energy management and cybersecurity. Int J Med Inform. 2020 Dec 1;144:104300.
6. Wendt C, Frisina L, Rothgang H. Healthcare system types: A conceptual framework for comparison. Soc Policy Adm. 2009;43(1):70–90.
7. Werker G, Sauré A, French J, Shechter S. The use of discrete-event simulation modelling to improve radiation therapy planning processes. Radiother Oncol [Internet]. 2009;92(1):76–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.radonc.2009.03.012>
8. Caro JJ, Möller J, Getsios D. Discrete event simulation: The preferred technique for health economic evaluations? Value Heal. 2010;13(8):1056–60.
9. Wendt C, Frisina L, Rothgang H. Healthcare system types: A conceptual framework for comparison. Soc Policy Adm. 2009;43(1):70–90.
10. Werker G, Sauré A, French J, Shechter S. The use of discrete-event simulation modelling to improve radiation therapy planning processes. Radiother Oncol [Internet]. 2009;92(1):76–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.radonc.2009.03.012>



11. Caro JJ, Möller J, Getsios D. Discrete event simulation: The preferred technique for health economic evaluations? *Value Heal.* 2010;13(8):1056–60.
12. García Ramírez JA, Vélez Álvarez C. Social determinants of health and quality of life of the adult population of Manizales, Colombia. *Rev Cuba Salud Publica.* 2017;43(2):191–203.
13. Federación Nacional de aseguradores colombianos. Estudio sobre los planes voluntarios de salud en Colombia. 2021; Bogotá.DC.
14. Bardey D, Gonzalo Z, Buitrago G. Fedesarrollo, Centro de investigación económica y social. Mercado de seguros voluntarios de salud en Colombia. 2013; Bogotá.DC.
15. Jayasinghe S. Social determinants of health inequalities: Towards a theoretical perspective using systems science. *Int J Equity Health* [Internet]. 2015;14(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-015-0205-8>
16. Kondo N. Socioeconomic disparities and health: Impacts and pathways. *J Epidemiol.* 2012;22(1):2–6.