

Los profesionales consideran inequitativo el sistema de salud colombiano

Carlos Iván Rodríguez*, Carlos Andrés Muñoz**, Gregorio Clavijo Parrado***

Recibido: 29 de octubre de 2009
Revisado: 11 de diciembre de 2009
Aprobado: 6 de febrero de 2010

RESUMEN

La implementación y desarrollo del sistema general de seguridad social (SGSS) supuso una de las reformas de política social más relevantes del pasado siglo en Colombia, la cual transformó, entre otros, los paradigmas de organización y operación del sistema de salud. El presente artículo se deriva del informe final de la investigación *¿Promueve la equidad el sistema de salud en Colombia?*, que entrañó, entre otros, la medición de la percepción que sobre la equidad tienen los profesionales vinculados al sistema a nivel nacional desde diferentes disciplinas y roles, dado que uno de los propósitos del nuevo sistema es mejorar la equidad del mismo. Se diseñó y aplicó una encuesta, con significativa consistencia interna ($R^2=88$), para establecer la percepción de tales profesionales sobre la contribución del sistema y de sus servicios a la equidad. Los resultados arrojaron que los profesionales perciben al sistema como inequitativo, afectando de manera especial a los usuarios del régimen subsidiado, teniendo como factores determinantes de inequidad la no oportunidad en la entrega de los servicios y el financiamiento parcial mediante el “gasto de bolsillo”.

Palabras clave

Sistema general de seguridad social, régimen subsidiado, usuarios, servicios sanitarios, inequidad.

* Médico cirujano e investigador de la Universidad Santo Tomás, cirm2008@ gmail.com.

** Sociólogo, miembro de diversos grupos de investigación de la Universidad Santo Tomás, camsserendipster@ gmail.com.

*** Estadístico docente e investigador de la Universidad Santo Tomás, gregorioclavijop@ hotmail.com.

Professionals considered inequitable health system in Colombia

Carlos Iván Rodríguez, Carlos Andrés Muñoz, Gregorio Clavijo Parrado

ABSTRACT

The implementation and development of the Social Security System (SGSS) represented one of the most important social policy reforms of the last century in Colombia, which transformed, among others, the paradigms of organization and operation of the health system. This article is the result of the final report of the investigation Does the health system in Colombia promote equitability?, which involved, among others, measuring perceptions about the equitability of the system by the professionals linked to the national system from different disciplines and roles, since one of the purposes of the new system is to improve the fairness of it. We designed and implemented a survey, with significant internal consistency ($R^2 = 88$) to establish the perception of such professionals on the contribution of the system and its services to equity. The results showed that the professionals perceive the system as unfair, especially affecting the users of the subsidized regime, taking as determinant factors the non-timeliness in delivery of services and partial funding through the "pocket expense."

Recibido: 13 de agosto de 2009
Revisado: 2 de septiembre de 2009
Aprobado: 5 de octubre de 2009

Key words

Social Security System, subsidized, users, health care, inequality.

INTRODUCCIÓN

Salud y desarrollo

En general, se reconoce el papel que desempeña la salud en el desarrollo socioeconómico de los pueblos, y se la considera a la vez un medio y un resultado del mismo. Igualmente, el tema de cómo y cuánto influye la dinámica del sector salud en el crecimiento económico ha sido motivo de amplia discusión (Wagsraff, 2000. pp. 10-32). También es innegable que los sistemas y servicios de salud tienen un reconocido papel en el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos.

En este sentido es que se considera que un alto nivel de desarrollo de un Estado supone también elevados niveles de servicios sociales; no obstante, en contextos socioeconómicos marcados por la desigualdad, de acuerdo con Rawls (1971), un incremento del bienestar social solo es posible si se les garantizan o mejoran los bienes sociales primarios a los individuos en situación de mayor vulnerabilidad. Para ello se requiere de instituciones que funcionen sin exclusiones; es decir, que propendan por la equidad.

Sin embargo, lo anterior no es suficiente. Es por ello que para Amartya Sen (1999) el desarrollo se marca por la posibilidad cierta de realización de las capacidades de los asociados de un Estado. En esta misma perspectiva, “el esquema de capacidades y realizaciones, específicamente aplicado al campo de la salud, busca argumentar que la sociedad justa debe garantizar unos niveles mínimos de asistencia sanitaria y permitir el buen estado de salud para todos los individuos” (Martínez, 2006. pp. 5-6).

Por todo lo anterior, la equidad, en el contexto del desarrollo socioeconómico de un país, debe ser el principio rector en la entrega de bienes, servicios y oportunidades a sus miembros societarios. Esta condición se torna imperativa en sociedades como la colombiana, donde existe una marcada desigualdad en la distribución del ingreso¹, y en la que se presentan, al igual que en otros países de la región, significativas diferencias en la situación de salud entre comunidades de diferentes grupos sociales y de zonas geográficas distintas, en las condiciones de los servicios y entre los mismos profesionales y trabajadores de la salud.

Situación de salud y equidad

La situación de salud de una población depende no solo de los sistemas de salud, sino también de otros múltiples factores, algunos de carácter individual y otros grupales, entre los que se destacan biológicos, culturales y económicos. No obstante, la equidad en la entrega de los servicios de salud tiene una directa repercusión en la situación de esta en una sociedad, más aún si su entrega se caracteriza por la oportunidad y calidad de los mismos. Es por ello que, de acuerdo con Sen (2002), la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia de los acuerdos sociales en general. En últimas, la equidad en los servicios de salud termina alimentado un círculo virtuoso que la fortalece en todo el entramado social, de tal suerte que las acciones en salud constituyen un medio adecuado para mejorarla en general, en la medida en que la extensión del acceso a aquellos servicios puede influir en la distribución del ingreso

1 Índice Gini de 0,58. DNP, 2005.

y elevar el nivel de calidad de vida de la población más vulnerable (OPS-CEPAL, 1997), a un costo inferior al que suponen las políticas de vivienda y en un plazo más breve que la educación. Las precarias condiciones de la situación de salud de muchas comunidades colombianas se asocian, entre otras, a la presencia de fenómenos relacionados con prácticas corruptas y clientelistas, comportamientos estos marcadamente regresivos en términos de equidad.

En concordancia con lo anterior, un sistema de salud equitativo debe comprender acciones, individuales y colectivas, tanto de aseguramiento como de prestación de servicios, con calidad para todos sus usuarios, sin distingos de su condición socioeconómica, étnica, religiosa o cultural, proporcionando sistemas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un carácter continuo e integral, en contextos institucionales sostenibles.

Desde la promulgación en Colombia de la Ley 100 de 1993, las diferentes agencias del Estado que intervienen en la materia han resaltado el componente de equidad. La apuesta para alcanzarla se concentró en el logro de la cobertura universal, en la creación e implementación del régimen subsidiado, en la obligatoriedad para los empleados de afiliarse al régimen contributivo y en su contribución con un punto de su cotización para financiar el aseguramiento de la población pobre; asimismo, en la libre elección de las empresas aseguradoras de salud y en el establecimiento de un POS² y una UPC únicos para cada régimen.

2 Un plan obligatorio de salud, POS, para el régimen contributivo y otro para el subsidiado. Asimismo, una unidad de pago por capitación, UPC, única para cada plan obligatorio.

No obstante el diseño de los anteriores instrumentos, hoy observamos diferencias significativas en la entrega de los servicios de salud, en la medida en que hay una unidad de pago por capitación, UPC, y un plan obligatorio de salud, POS, para cada régimen. Desde luego, el POS del régimen subsidiado carece de algunos servicios que posee el del contributivo. Diferencias que se ahondan en la medida en que los usuarios reclaman los servicios de salud, pues desde el punto de vista de los factores interpersonales y de hotelería se han documentado diferencias en el trato y atención de los pacientes de los dos regímenes (Defensoría del Pueblo, 2005).

Salud y mercado

En aras de la eficiencia y del mejoramiento de la calidad, la reforma legal al sistema eliminó el monopolio público de la seguridad social en salud y proporcionó un papel destacado al sector privado en la organización y entrega de los servicios, tanto en el aseguramiento como en la prestación de los mismos. En consecuencia, se ha observado una sistemática política dirigida a disminuir la participación estatal en este mercado, mediante el marchitamiento y la liquidación progresiva de instituciones públicas, como el caso del ISS e importantes hospitales.

Como corolario, el propósito de constituir un mercado regulado, que garantice una armónica interrelación entre los diferentes actores, ha tenido serios tropiezos y, por el contrario, generó graves distorsiones en virtud de vacíos jurídicos que han aprovechado hábilmente “buscadores de renta” del sector privado (Meza, 2005). En aquellos vacíos se advierte un enfoque de gestión que los acerca más a la corriente de la finan-

ciarización de los servicios y no a procurar el mayor beneficio para los usuarios del sistema.

Servicio público de la salud

En concordancia con diferentes formulaciones, la salud se considera, en las organizaciones sociales, un bien meritorio y por lo tanto un derecho irrenunciable de las personas. Constitucionalmente se considera la seguridad social (y por ende la salud) como un derecho progresivo, con el propósito de garantizar un mínimo decente para todos. Lo que es inaceptable es que, basados en la escala de priorizaciones de nuestros planificadores públicos y escudados en las limitaciones fiscales, este derecho se haga inalcanzable para el sector más vulnerable de nuestra sociedad. Ya han transcurrido quince años desde el inicio de la implementación del sistema, y la cobertura insatisfecha alcanza aún cifras cercanas al 20% de la población (Minprotección Social, 2007).

Un factor determinante de la equidad de los servicios de salud lo constituye el conjunto de esfuerzos que hacen los sistemas de salud para prevención, control y erradicación de patologías con altas externalidades negativas que afectan a los individuos y comunidades; esto es la denominada salud pública. Por lo tanto, si los servicios de salud son equitativos ello debe reflejarse en una mejora permanente de los principales indicadores, relacionados por ejemplo con la mortalidad materna e infantil y con la incidencia de patologías inmunoprevenibles.

Finalmente, la relevancia de la salud pública en la actualidad es muy alta, ya que tres de los ocho objetivos del milenio propuestos para el 2015 hacen referencia a ella. Estos

son: reducir en dos terceras partes la mortalidad en menores de cinco años, disminuir la mortalidad materna en tres cuartas partes, y detener la propagación del VIH/sida, el paludismo y la tuberculosis. Además del crecimiento de los recursos y del incremento de la cobertura, es indispensable mejorar los indicadores de salud pública. En otros términos, no se puede hablar de la bondad de un sistema de salud o de la organización de sus servicios si no se tiene una mirada objetiva sobre el perfil epidemiológico y la situación de salud de un país.

El estudio de la equidad del sistema de salud

La equidad en salud es multidimensional y por lo tanto su estudio puede resultar de una elevada complejidad. Sin embargo, es posible establecer el grado de equidad de un sistema de salud como el colombiano a partir de indicadores relacionados con el aseguramiento, la financiación a nivel regional, el financiamiento privado y el acceso a los servicios. Todos los anteriores factores se relacionan con el usuario de los servicios y la mayoría de los estudios realizados en el país, hasta ahora, se soportan en su escrutinio.

No obstante, para efectos del presente estudio, además de las anteriores consideraciones, se tuvo en cuenta, constituyéndose en el componente novedoso de la investigación, la percepción que sobre la equidad del sistema tienen los profesionales de la salud vinculados en el momento de la captura de los datos a EPS e IPS, públicas y privadas, mediante una encuesta aplicada a una muestra representativa nacional de los mismos, con el objetivo de evidenciar

la percepción de equidad en términos de la oportunidad y la calidad técnico-científica en la entrega de los servicios a los usuarios de los dos regímenes.

HALLAZGOS Y RESULTADOS

Aseguramiento y equidad

En términos del aseguramiento bruto, ha habido una notable mejoría frente a la situación previa a la reforma. Si bien, en 1991 la población colombiana con aseguramiento representaba escasamente el 20%, contando los derechohabientes del ISS y otras entidades de la previsión social, la Encuesta nacional de demografía y salud (Profamilia, 2005) nos muestra que en el año 2000 el aseguramiento alcanzaba a un 59% de la población y en el 2005 el porcentaje de afiliación subió al 69% (ver tabla 1 y figura 1).

Tabla 1. Proporción de cobertura del aseguramiento según entidad (2005)

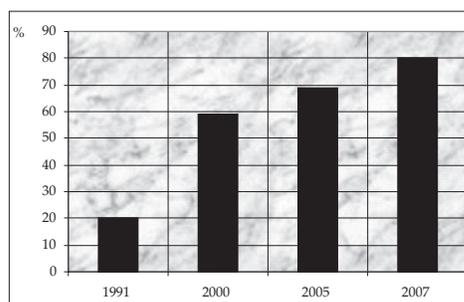
Entidad de aseguramiento	% de población
Seguro Social - ISS	6
EPS privadas	28
ARS	30
Empresas solidarias	0,6
Sistemas especiales	2,8
No afiliados	31

Fuente: Encuesta nacional de demografía y salud. Profamilia, 2005 (datos adaptados para este artículo).

Empero, se presenta un factor que profundiza la inequidad y tiene que ver con las dobles afiliaciones o con la entrega de subsidios a personas que no deberían recibirlos. En este sentido es importante señalar que según datos de la Contraloría General de la República (Rosas, 2004) se calculaba que un

30% de los afiliados al régimen subsidiado presentaban dobles afiliaciones a las ARS o que eran afiliados pertenecientes a la clasificación socioeconómica diferente al I y II del Sisbén, factores estos relacionados con los comportamientos clientelistas de las administraciones municipales y de las prácticas corruptas en las instituciones encargadas de la administración de los recursos del régimen subsidiado. Este fenómeno, si bien ha disminuido, sigue presente en muchos municipios colombianos.

De acuerdo con el Informe del Ministerio de Protección Social al Congreso de la República (2007), la cobertura del aseguramiento para el año 2007 alcanzaba una cifra cercana al 80%, desde luego incluyendo los subsidios parciales, los cuales en términos de equidad no son propiamente favorecedores de la misma.



Fuente: Datos de la Encuesta nacional de demografía y salud, Profamilia, 2005.

Figura 1. Crecimiento de la cobertura de aseguramiento en el sistema de seguridad social colombiano.

Afiliados y quintil de ingreso

Un mecanismo que puede facilitar la determinación del grado de equidad en el sistema tiene que ver con la eficacia en la orientación de los recursos públicos de salud a la población más vulnerable. Es importante conocer si estos recursos llegan a los más ne-

cesitados, ya que normativamente se focalizan hacia los estratos I y II de la población, es decir, a los quintiles con ingresos más bajos para el caso del régimen subsidiado.

Empero, una mirada a las cifras de afiliación en la primera década de funcionamiento del sistema insinúa que los subsidios no llegaban exclusivamente a los sectores más desprotegidos. A partir de datos obtenidos por la Encuesta nacional de calidad de vida de 1997 y la Encuesta de hogares de 2000 (Martínez; 2002. pp. 56-57), se confirma que la mayoría de subsidios se concentraban en los quintiles de menores ingresos, pero que una proporción cercana al 12% de ellos llegaron a personas ubicadas en los quintiles 4 y 5, es decir, los de más altos ingresos.

Asimismo, la brecha de aseguramiento sigue siendo amplia. Por ejemplo, para el año 2002, la cobertura total de asegurados del quintil 5 era del 74,75%, mientras que para los del 1 y 2 era de 35,02% y 43,86%, res-

pectivamente. Hoy, esta ha disminuido en razón a que se amplió la cobertura del régimen subsidiado a una cifra cercana a los 21 millones de afiliados, permaneciendo relativamente constante la del contributivo en alrededor de 16 millones de afiliados (Ministerio de Protección Social, 2007).

Desde la perspectiva de género, claramente la proporción de mujeres afiliadas al SGSSS es mayor que la de los hombres en un valor cercano al 4%. Igualmente, es preocupante que los niños y jóvenes constituyan los segmentos con mayor número de personas no aseguradas. Especial interés genera este fenómeno en la medida en que afecta a población de alto riesgo, como la infantil y la adolescente, más cuando esta última tiene una mayor vulnerabilidad en casos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida. Además, gran parte de esta población alimenta las cifras de informalidad, lo que se traduce en no tener la posibilidad de un seguro de salud asociado al trabajo.

Tabla 2. Proporción Afiliación a la seguridad social por sexo y rangos de edad

	2005 % de afiliación	2005 % de no afiliación	% Afiliación a ARP ¹
Masculino	66	32,8	11,4
Femenino	70	29,3	7,4
Población general			9,3
0 - 9 años	64,4	34,8	0,0
10 - 19 años	65,1	33,9	0,9
20 - 29 años	62,8	35,9	17,3
30 - 39 años	68,7	30,3	20,6
40 - 49 años	72,3	26,9	18,5
50 - 59 años	75,9	23,4	12,9
60 - 69 años	78,4	20,7	3,6
70 - 79 años	78,5	20,9	0,7
80 - 89 años	69,8	21,8	0,4

Fuente: Datos Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Profamilia, 2005.

La baja afiliación a las administradoras de riesgos profesionales patentiza como hecho relevante el escaso desarrollo de dicho sistema. En Colombia hay menos de 6 millones de afiliados a las ARP y, de los 20 millones de personas que hacen parte de la población económicamente activa (PEA), 12 millones escapan a esta protección.

Es decir, la inequidad se manifiesta más entre el trabajador formal y el informal en la medida en que en la práctica el primero goza de la afiliación conjunta a los sistemas de salud y de riesgos profesionales, en tanto que el segundo es probable que no alcance a disfrutar plenamente de los beneficios del primero. Por lo cual, este segmento de población generalmente se encuentra afiliada al régimen subsidiado, y es más vulnerable frente a riesgos de carácter laboral en la medida en que no la cubre la posibilidad del pago de incapacidad o, en el caso de las mujeres, de la licencia de maternidad.

Desde la perspectiva de los sistemas especiales de seguridad social, este es un factor determinante en términos de inequidad. Comprende fundamentalmente los sistemas del Congreso de la República, Ecopetrol, las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Magisterio y Foncolpuertos (ver tabla 3).

Tabla 3. Proporción de afiliación a los sistemas especiales

Sistema especial	% de la población
FF. MM / P.N.	1,5
Ecopetrol	0,1
Magisterio	1,1
Foncolpuertos	0,1
Total	1,8

Fuente: Datos Encuesta nacional de demografía y salud, Profamilia, 2005.

Los sistemas especiales se caracterizan por ofrecer un paquete de servicios que supera ampliamente a los contenidos en el POS, es decir, aquellos servicios que reciben los demás colombianos asegurados, en la medida en que es evidente el favorecimiento en aspectos relacionados con el suministro de medicamentos y exámenes para-clínicos, además de factores como las comodidades locativas y la hotelería en general.

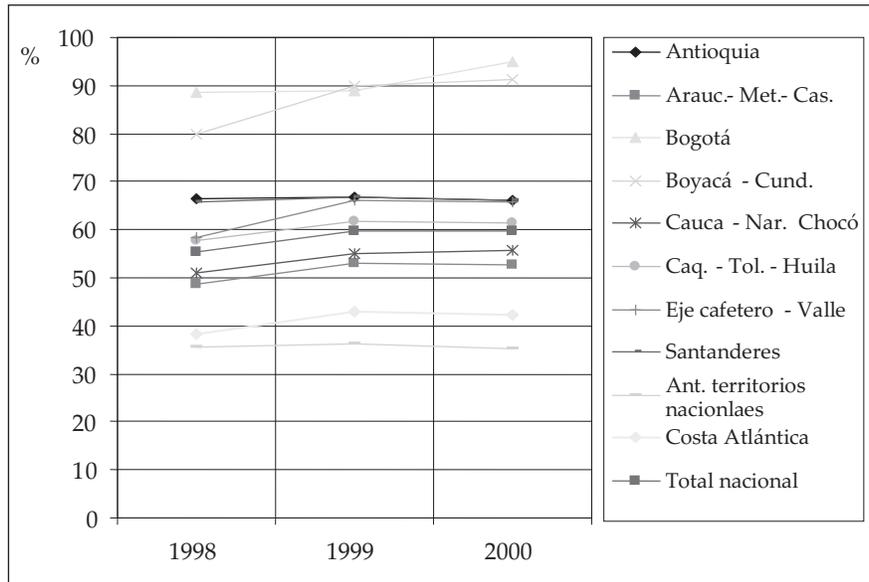
Cobertura del régimen subsidiado por regiones

Como se señaló en la introducción, la mayoría de estudios realizados en relación con la cobertura del régimen subsidiado muestran francas inequidades regionales, que se detectaron desde los inicios del SGSSS y se han perpetuado por causa de prácticas relacionadas con el clientelismo político, por la corrupción y por la misma aplicación de instrumentos legales y normativos que, contrario a corregir la inequidad, la han profundizado en algunas regiones.

Una de las expresiones más significativas fue la encuesta del Sisbén, la cual hasta inicios de la década del 2000 producía un “ultrafiltrado social” que excluía a muchas familias en virtud de los criterios de clasificación socioeconómica preestablecidos. Es decir, de manera independiente a los bajos ingresos de un grupo familiar o a posibles condiciones de hacinamiento o inquilinato en que viviera, si se poseía algún electrodoméstico o conexión a servicios públicos, este grupo familiar se excluía. Igualmente, la capacidad de *lobby* político de la dirigencia regional marcaba la posibilidad de avanzar o no en la obtención de subsidios para el régimen subsidiado.

Desde esta perspectiva, El estudio de la Universidad Nacional sobre los recursos del régimen subsidiado (Jaramillo, 2002. p. 183) muestra claramente que siguen siendo los

entes territoriales más ricos y desarrollados los que mayor beneficio reciben con los mismos (ver figura 2).



Fuente: Jaramillo, 2002.

Figura 2. Indicadores de cobertura del régimen subsidiado por regiones (199-2000).

Aseguramiento y derecho a la salud

El aseguramiento de las personas a uno de los dos regímenes no garantiza forzosamente a los afiliados la debida atención en sus necesidades de salud, por lo cual se identifican en el sector barreras, a la accesibilidad, de tipo económico, cultural, geográficas, entre otras, producto de la excesiva “tramitología” que ha hecho carrera en la empresas encargadas del aseguramiento, y que funcionan como filtro, desestimulando la solicitud de servicios. Así, cuando se afecta la accesibilidad, la oportunidad también sufre un grave impacto, factor muy ligado a la calidad del servicio. Una mejor calidad para todos supone una mayor equidad en la entrega de los servicios. En este punto es pre-

ciso señalar que la calidad, especialmente la técnico-científica, debe ser siempre igual, independiente del régimen al que esté afiliado el usuario, ya sea el contributivo o el subsidiado.

Aseguramiento y calidad de los servicios de salud

Desde esta perspectiva, en Colombia se han hecho diferentes mediciones dirigidas a establecer la calidad de los servicios por medio de consultas a los afiliados de los dos regímenes. Con esta línea de indagación, la Defensoría del Pueblo adelantó la segunda encuesta de satisfacción de los usuarios de EPS y ARS - 2005, en la cual se construyó el índice de satisfacción de usuarios de salud - ISUS. La encuesta se aplicó a una mues-

tra representativa (con base en un muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional) de 4.859 usuarios, en 16 ciu-

dades, entre septiembre de 2004 y enero de 2005, la cual arrojó los siguientes resultados:

Tabla 4. Índice global de satisfacción de usuarios según componentes y régimen de salud

Componentes	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Índice global
Acceso a Servicios	64,42	71,67	66,39
Libre escogencia	36,56	32,47	35,46
Oportunidad	82,84	86,18	83,74
Percepción	82,91	86,58	83,91
Índice global	67,25	68,87	67,69

Nota: La escala del índice global va de 0 a 100, en donde 100 es el índice máximo que se puede lograr. La línea de aceptabilidad mínima es de 60. Si bien, el índice global del régimen subsidiado (68,87) es ligeramente superior al del régimen contributivo (67,25), los índices de satisfacción entre los usuarios de los dos regímenes no presentaron diferencias significativas.

Fuente: Defensoría del Pueblo, 2005.

Comparado con la encuesta realizada por la misma entidad en el 2003, el índice muestra una mejoría de 6,79 puntos (Defensoría del Pueblo, 2007. p. 52). Sin embargo, la aceptabilidad sigue ubicándose en un nivel medio bajo, lo que indica fallas en los servicios que brindan las aseguradoras a los usuarios, en especial los relacionados con la libre elección. Este último factor también es determinante en lo respectivo a la equidad, en la medida en que la vulneración de este principio es más notoria en los afiliados que presentan una menor condición cultural y que pertenecen a estratos bajos en la escala socioeconómica, en los cuales las asimetrías de información son más evidentes. Es decir, un afiliado con buenos ingresos y mejor nivel de educación puede enfrentar mejor las restricciones a la libre elección que imponen las aseguradoras a sus afiliados.

El recurso extraordinario de la tutela se constituyó en uno de los mecanismos que con más frecuencia utilizan los afiliados al sistema de seguridad social para superar las barreras impuestas por las asegurado-

ras, instituciones que en últimas son las que autorizan a sus usuarios la entrega de los servicios de salud, claro signo de la inequidad del sistema. En el estudio sobre tutelas en salud, adelantado por la Defensoría del Pueblo, se encontró que para el periodo 1999 - 2005 las solicitudes de servicios de salud mediante tutela crecieron un 280%, mientras que el crecimiento general de la misma fue de 160%. Las tutelas en salud representaron el 30,70% del total de las interpuestas en dicho periodo. Mientras que en el año 1999 se aceptaron 21.301 para reclamar servicios de salud, en el 2005 alcanzó la cifra de 81.017 tutelas (Defensoría del Pueblo, 2007).

De acuerdo con el estudio en mención, las tutelas se originaron por la negación de servicios, la no entrega de medicamentos o negación en la realización de cirugías, por la inoportunidad en la entrega de citas médicas con especialistas, la inadecuada interpretación del Mapipos³, por autorizaciones

3 Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del plan obligatorio de salud - Mapipos.

parciales, por negligencia de las EPS, por entrega de beneficios incompletos y por una insuficiente cobertura de especialistas. La no realización de exámenes paraclínicos o la no entrega de medicamentos, unidas a la negación de cirugías, representa el 56% de las causas de las tutelas interpuestas.

Pero una situación más preocupante es el caso de los exámenes paraclínicos en el mismo periodo estudiado, en el que el 73,7% de las tutelas se impugnaron para reclamar beneficios contenidos en el POS. Es decir, en teoría, desde el punto de vista legal, deberían entregarse sin dilación alguna; por ejemplo, en la mayoría de los casos, los exámenes están señalados en el Mapipos, pero algunos elementos indispensables para su realización no se incluyen en el mismo, afectando la integralidad del servicio.

Condición socioeconómica y gasto privado de salud

En el estudio de Gilberto Barón (2007), se evidencia que el denominado “gasto de bolsillo” ha decrecido de manera importante (-16% para el periodo 1996 – 2003) en virtud fundamentalmente al cubrimiento de los costos de los servicios de salud contemplados en el POS, a partir del aseguramiento en cualesquiera de los dos regímenes. En este sentido, para 1993 este rubro representaba el 43,7% del gasto total en salud, mientras que para el 2003 se situó en el 7,5%, con un promedio para el periodo de 23,3% (Barón, 2007).

No obstante lo anterior, es evidente que este rubro sigue golpeando de manera importante la economía familiar, especialmente la de los hogares pertenecientes a los estratos

socioeconómicos más bajos, tal como lo muestra la Encuesta nacional de demografía y salud de 2005 (Profamilia, 2005). Esta encuesta señala que el costo del tratamiento médico fue asumido en un 45% por la entidad de seguridad social, a la cual estaban afiliadas las personas que reportaron estar enfermas durante los últimos 30 días a la realización de dicha medición; mientras que un 13% manifestaron que el costo fue asumido directamente por ellos o por sus familias.

La misma encuesta señala, además, la existencia de problemas relacionados con la accesibilidad a los servicios. En este sentido, de la población que reportó enfermedad en los últimos 30 días, el 69% de las que habitaban en el área urbana y el 55% de las residentes en zonas rurales asistieron a una institución de salud, el 15% se automedicaron, el 11% utilizaron remedios caseros, el 4% fueron atendidas en droguerías o farmacias y el 4% no hicieron nada para resolver su problema de salud. Asimismo, las personas sin educación constituyeron un 15,7% de los enfermos y los que poseían estudios superiores, un 12,7%. Los primeros no consultaron en un 5,95% por razones económicas, mientras que el 0,85% de los que tenían educación superior no lo hicieron por la misma razón.

Cuando el problema de salud ameritó la hospitalización del enfermo, los costos fueron asumidos por la seguridad social en un 70%, con recursos propios o de las familias en un 13% o por las secretarías de salud o alcaldías en un 11%. Si bien la medicina prepagada contribuyó con menos del 1%, en el estudio de Barón (2007) se hace evidente que durante el periodo 1996 - 2003 la medicina prepagada presentó una variación de

6,4%, en el crecimiento del gasto en salud, ubicándose para el año 2003 en 5,2% del gasto en salud, cuando en 1993 representaba el 3,6% del mismo.

Es posible afirmar que el gasto de las familias también surtió un proceso de ajuste y racionalización. Pasó de representar en 1993 un 54,9% del total del gasto en salud, cuyo mayor peso lo originaba el “gasto de bolsillo”, a tener el 28,6% en el año 2003, pero con la diferencia que esta vez el mayor peso corresponde a los aportes a la seguridad social, que representan un 13,5% del total del gasto en salud.

Salud pública

Desde la perspectiva de la salud pública es dable afirmar que el sistema de seguridad social ha contribuido poco a la equidad. Al contrario, se observa un retroceso franco en los indicadores sanitarios, por ejemplo, a partir de la observación del comportamiento de programas asociados a la atención materno-infantil. En el mismo sentido se puede afirmar que el comportamiento epidemiológico de patologías que tenían un adecuado control hasta mediados de la década de los noventa, como la malaria, el dengue, la tuberculosis y la lepra, también ha sido negativo.

Programas de atención materno-infantil

Para 1990 el Departamento Nacional de Planeación estimó una mortalidad infantil de 25,5 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en la zona urbana y de 33,5 en la zona rural de Colombia (Ministerio de Salud, 1994); sin embargo, de acuerdo con el reporte de indicadores de la dinámica demográfica de OPS para el año 2002, la mortalidad infan-

til era de 25,6 por cada 1000 nacidos vivos (Organización Panamericana de la Salud). Es decir, a pesar de la implementación de la reforma al sistema de salud, el avance fue casi nulo diez años más tarde.

El estudio de carga de la enfermedad (Ministerio de Salud, 1994) señala que las afecciones perinatales contribuían con el 6,79%, constituyéndose en la segunda causa de la carga de la enfermedad en Colombia. Es decir, que los problemas relacionados con la salud de la madre y con la atención en salud durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal, eran causa importante de morbi-mortalidad. No obstante este preocupante diagnóstico, de suyo sensible en términos de salud pública, la Encuesta nacional de demografía y salud de 2005 nos muestra que la cuarta parte de las mujeres embarazadas no habían asistido a control prenatal, siendo más frecuente en las mujeres de entre 15 y 17 años, en las que no tienen educación en un 57%, en las residentes en zonas rurales en un 33%, en las residentes en la región atlántica en un 29% y entre las más pobres un 42%. Mientras en Bogotá solamente el 2% de las mujeres atendidas por parto no tuvieron control prenatal, en las regiones atlántica y pacífica el porcentaje fue cercano al 10%.

Hay avances en materia de reducción de la mortalidad infantil durante el periodo pos-reforma, sin embargo, en este campo persisten indicadores similares a los de 1993. En este sentido se puede afirmar que la ausencia de controles prenatales y durante el parto aún son circunstancias determinantes en la morbi-mortalidad de la población infantil. Así las cosas, en este campo los aportes a la equidad son por lo menos insuficientes.

Control de patologías inmunoprevenibles

Una de las áreas más sensibles, desde la perspectiva de los programas de salud pública, tiene que ver con la eficacia de los programas dirigidos a la prevención y control de las denominadas enfermedades inmunoprevenibles. La principal estrategia en este campo la constituyen los programas de vacunación. El Instituto Nacional de Salud señalaba en su informe sobre la situación de las enfermedades transmisibles en Colombia, julio de 2000, que no obstante los excelentes resultados anteriores, “el panorama alentador se vio opacado cuando, en 1997, las funciones del programa fueron descentralizadas hacia los departamentos; esto se vio reflejado en una disminución de las coberturas de vacunación a partir de este año” (Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, 2004; 263-264). No se entiende cómo lo que venía funcionando bien se cambia en aras de la “reducción del Estado”, en el nuevo contexto neoliberal.

En este sentido y mirando retrospectivamente, encontramos que para el año 1992 las coberturas de estos programas eran superiores al 90%, llegando casi al 100% en muchos centros urbanos del país. Sin embargo, coincidente con la implementación y desarrollo del proceso de reforma, a partir de la segunda mitad de la década de los noventa se presenta una caída progresiva en las coberturas de los programas de vacunación, fenómeno asociado al énfasis que se dio en el Gobierno Nacional a las acciones propias del aseguramiento, acompañado de un desmonte progresivo de las instituciones, programas y actividades propias de la salud pública.

Por otro lado, si bien las acciones de salud pública caracterizan de forma clara la

condición de bien meritorio de la salud, es necesario resaltar que son los sectores de los estratos socioeconómicos de menores ingresos los más beneficiados con estas intervenciones sanitarias y, por lo tanto, los más afectados cuando se presenta un déficit en las mismas, constituyéndose entonces esta situación en un factor determinante de mayor inequidad. A este respecto es necesario afirmar que median además, como barreras de accesibilidad en la obtención de estos servicios, circunstancias culturales, políticas y desde luego geográficas. Aún con recursos propios, no es fácil para las familias obtener estos servicios con calidad, dada la complejidad de la administración de los insumos en estos programas.

Respecto de la vacunación, para el año 2001 el reporte estadístico de la OPS-OMS de 2002 evidencia que persistían retrocesos en las coberturas de vacunación; no obstante, para el 2004 se observó una recuperación en estos indicadores (ver Tabla 5).

Tabla 5. Coberturas de vacunación 1995, 2001 y 2004

Vacuna	1995	2001	2004
Polio	94%	80,50%	88,96
D.P.T.	90%	77,60%	91,52%
Hepatitis B	90%	78,10%	88,95%
B.C.G.	100%	84,80%	91,75%
Triple viral	90%	85,50%	91,52%
Hemophilus		53,60%	88,56%

Fuente: Ministerio de Salud - Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en Colombia. Indicadores básicos de salud; 2002, Ministerio de Protección Social. Informe de Actividades al honorable Congreso de la República 2004 - 2005, p. 12.

Una expresión concreta de este déficit en las coberturas de vacunación y de los programas de saneamiento se reflejó con la irrupción de brotes epidémicos de fiebre amarilla, rabia humana de origen canino y de tétanos neonatal; el primero azotó con

especial fuerza a etnias indígenas afectadas por condiciones socioeconómicas deprimidas. De otra parte, la tuberculosis se ha incrementado desde 1997 (Yepes, 2007). Para el caso de la malaria, su expansión se venía produciendo desde antes de la reformas de la década de los noventa, pero el número de casos detectados se incrementó significativamente en años recientes (Yepes, 2007). En los últimos cinco años el índice parasitario de malaria en los habitantes del país ha permanecido constante alrededor del 5 y 6 por mil. Si bien el dengue presenta ciclos un tanto erráticos, su tendencia general desde 1995 muestra un incremento progresivo. El dengue hemorrágico se ha constituido en una endemia en gran parte de la geografía nacional (ver tabla 6).

Tabla 6. Incidencia de patologías reemergentes, 2002

Patología	Incidencia x 100 mil habitantes
Fiebre amarilla	0,02
Dengue	180,1
Malaria	766,5
Tuberculosis	26,2
Lepra	4,6

Fuente: Boletín Epidemiológico OPS-OMS. 2002

El Gobierno Nacional sugiere los problemas de orden público y el desplazamiento forzado como causa importante de la desmejora en la situación de salud pública, al igual que también fenómenos asociados al cambio climático. Sin embargo, es evidente que la estructura organizacional y la orientación de las políticas de salud, dispuestas por el sistema a partir de la reforma de 1993, privilegiaron el aseguramiento sobre los programas en este aspecto. Prueba de ello es el desmantelamiento progresivo de la capacidad pública instalada, tanto física como humana, para atender esta problemática (v. gr. desmonte de los laboratorios de salud

pública en los departamentos y de los programas de control de vectores, entre otros). En el mismo sentido, hasta bien entrada la presente década, los programas de promoción y prevención ejecutados por las empresas de aseguramiento carecían del necesario rigor técnico y científico, lo cual, aunados a un deficiente sistema de información, determinaron un debilitamiento en la efectividad de estos programas.

En síntesis, los problemas de salud pública son bastante sensibles en relación con la equidad en el sistema de salud, en la medida en que los mismos afectan directamente a las poblaciones más vulnerables, ahondando la brecha existente con los sectores privilegiados de la sociedad, los cuales gozan de mejores posibilidades para acceder oportunamente a los servicios de salud.

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA EQUIDAD/INEQUIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Existe preocupación de parte de los actores del sistema de salud en torno a poder conocer objetivamente si el sistema promueve la equidad o no. La mayoría de estudios que se han adelantado, hasta ahora, tienen como eje fundamental de análisis la cobertura del aseguramiento, la distribución de los recursos del sistema y la entrega de los servicios de salud a los usuarios de los mismos; temas de interés también señalados en este artículo. Empero, los resultados obtenidos permiten construir solamente consensos parciales en esta materia. Por ejemplo, si bien los recursos para la salud se incrementaron desde 1993, no quiere ello decir que su distribución haya sido eficiente, eficaz y menos aún equitativa, a pesar de los mecanismos de focalización dispuestos para su entrega.

Es necesario, entonces, conocer en qué medida los instrumentos y recursos del sistema promueven la equidad en el mismo. Con base en lo anterior, el objetivo axial del presente estudio fue el de determinar la dimensión de los indicadores relevantes sobre la equidad en la entrega final de los servicios de salud para llegar a una conclusión hipotética deductiva, mediante la aplicación de un instrumento que permitió establecer la percepción que de la equidad tienen los profesionales vinculados a las instituciones, públicas y privadas, del sistema de seguridad social en salud.

La equidad en salud “implica que idealmente cada uno debería tener una oportunidad justa de obtener su potencial de salud total y, más pragmáticamente, que nadie debería tener desventajas para obtener este potencial si pueden ser evitadas” (Buchbinder, 1999). Comprender cabalmente el concepto de equidad no es fácil para la mayoría de la población, más aún cuando se relaciona con la entrega de un servicio público como el de la salud. Es por ello que se decidió indagar a personas con un nivel de educación superior, que conocieran las características fundamentales, normativas y organizacionales del sistema de salud de Colombia y, además, las condiciones de la entrega de los servicios. En tal virtud, se definieron como unidades finales de observación a los profesionales vinculados a instituciones de salud, públicas o privadas, tanto de aseguramiento como prestadoras de servicios, teniendo en cuenta la siguiente definición conceptual de equidad en salud⁴:

La equidad en el sistema de salud implica que el aseguramiento y la prestación de

los servicios estén al alcance de todos los colombianos, en las mismas condiciones de calidad y oportunidad, sin distingo de raza, condición social, lugar de residencia, creencias religiosas o políticas y que se entregan de acuerdo con las necesidades de cada persona.

El instrumento de medición

Con referencia a la validez del instrumento, inicialmente se elaboró uno constituido por once preguntas, medidas en una escala de 1 a 10, siendo 1 la calificación de inequitativo y 10 de equitativo. Este primer instrumento devino en la prueba piloto de los ítems y de la representatividad de la muestra, aplicándose a profesionales de la salud en Bogotá, Bucaramanga, Barranquilla y Tunja. Gracias a este piloto se validaron algunos ítems fundamentales y se ajustó la encuesta, hasta lograr una medición robusta de las variables de la investigación.

En consecuencia, el instrumento rediseñado se amplió a 19 preguntas, lo que permitió cubrir nuevos y sensibles aspectos relacionados con la entrega de los servicios. La última de ellas se constituyó en la variable dependiente⁵. Así, en la indagación acerca de la percepción de la equidad de los profesionales de la salud, se consideraron ocho variables, a saber:

1. Promoción y prevención
2. Servicios de urgencias
3. Servicios de consulta externa especializada
4. Suministro de medicamentos
5. Servicios de alto costo

5 El ítem dependiente fue: De acuerdo con el funcionamiento actual del sistema de salud en Colombia, califique usted en qué grado el mismo es inequitativo o equitativo.

4 Constructo conceptual resultado de la investigación.

6. Servicios diagnósticos
7. Servicios de hospitalización
8. Servicios quirúrgicos

De manera transversal se definieron la calidad técnico-científica y la oportunidad como criterios de segmentación de las variables. Para la definición del primer criterio se integraron los conceptos de seguridad y pertinencia, características señaladas del SOGC⁶.

En este sentido, se entiende por:

- Calidad técnico-científica como aquella que comprende la mejor utilización de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia científica, propendiendo por que el usuario reciba los servicios que requiere, minimizando el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigando sus consecuencias, de tal suerte que los beneficios potenciales sean superiores a los riesgos y efectos secundarios.
- Oportunidad como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los mismos.

Marco muestral

Tal como se señaló antes, dada la potencial complejidad para la adecuada compren-

sión del concepto de equidad, la encuesta se orientó para su aplicación a profesionales de diferentes disciplinas, vinculados a la seguridad social. El marco muestral que permitió la aplicación de la encuesta se estructuró de acuerdo con la consolidación de información que sobre el recurso humano profesional del sector tiene el Ministerio de Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.

La metodología aplicada tomó como base una técnica de muestreo simple, seleccionando las unidades finales de observación representativas de la población objetivo. Es decir, los profesionales de medicina, enfermería, odontología y de disciplinas administrativas⁷, vinculados a instituciones públicas o privadas, del sistema general de seguridad social en salud, tanto en las áreas asistenciales como administrativas, encargadas del aseguramiento o de la prestación de los servicios. La indagación definitiva se realizó durante los meses de enero a septiembre de 2007, en las ciudades de Bogotá, Medellín, Tunja, Bucaramanga, Cali, Popayán, Cartagena, Barranquilla, Sincelejo, Florencia y Mocoa.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este análisis comienza por el cuestionamiento dependiente del cuestionario diseñado, que se formuló como sigue: *De acuerdo con el funcionamiento actual del sistema de salud en Colombia, califique usted en qué grado el mismo es inequitativo o equitativo*. Los siguientes fueron los resultados generales de la percepción de todos los encuestados:

6 Decreto 1011 de 2006. Artículo 3, características del sistema obligatorio de garantía de calidad - SOGC.

7 Denominadas en el procesamiento y análisis de los datos bajo la categoría de "Otros profesionales".

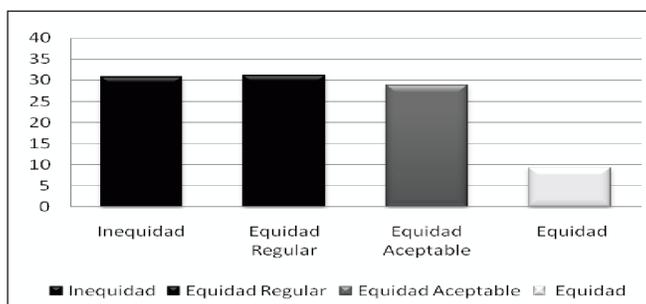
Tabla 7. *Porcentaje de la percepción de equidad/inequidad en el sector salud*

Nivel	%
Inequidad	30,8
Inequidad moderada	31,1
Equidad aceptable	28,8
Equidad	9,3
Total	100

Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

El 61,9% de los profesionales vinculados a los servicios de salud califica a los mismos

como inequitativos o de inequidad moderada. El 28,8% de los encuestados consideran que presentan una equidad aceptable y solamente un 9,3% considera que el sistema de salud favorece la equidad. Esta percepción constituye, sin duda, un resultado concluyente que nos permite afirmar que para los profesionales de la salud el sistema de salud colombiano, si bien ha tenido notables progresos, aún presenta serias falencias determinantes de inequidad.



Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

Gráfico 3. Percepción general de equidad/inequidad en el sector salud.

Percepción de equidad/inequidad en los médicos

El concepto de los profesionales de la medicina es muy sensible, en la medida en que pueden forjar una percepción de equidad más objetiva, pues los mismos conocen y muchos de ellos participan en el proceso de atención en salud, ya sea como facultativos en los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación o en el campo administrativo, relacionado con la autorización de servicios de alto costo, medicamentos y medios diagnósticos, entre otros.

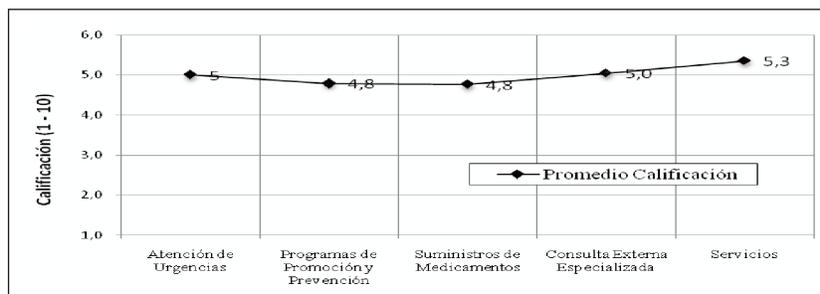
En términos generales, la percepción de los médicos respecto de la equidad del sistema se sitúa más en niveles de inequidad e inequidad moderada. Es importante tener en cuenta que cuando se miden los servicios

desde la perspectiva de la oportunidad, la percepción de inequidad se hace más manifiesta que cuando el criterio de medición es el de la calidad técnico-científica, atributo comprendido en la variable Servicios, circunstancia en la cual mejora la percepción.

Los médicos consideran que la oportunidad es el factor que más afecta la equidad, especialmente en los servicios de consulta externa especializada, entrega de medicamentos y servicios quirúrgicos. Este fenómeno se relaciona más con los servicios ofrecidos por las empresas de aseguramiento (empresas promotoras de salud -EPS-, administradoras del régimen subsidiado y empresas solidarias de salud), las cuales son responsables de garantizar al afiliado una adecuada red de atención. Cuando esta responsabilidad no se asume cabalmente, la

red se torna insuficiente y se afecta la oportunidad en la entrega de los beneficios. Por ello, es muy frecuente que para algunas es-

pecialidades las listas de espera en servicios para consulta externa, ayudas diagnósticas o cirugía sean hasta de 180 días.



Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

Figura 4. Promedio de calificación de los criterios emitidos por los médicos según variables.

Igualmente, el *ranking* de percepción concuerda con los estudios de la Defensoría del Pueblo (2007), que señalan que la entrega de medicamentos es una de las causas del mayor número de instauración de tutelas. Sin

embargo, para los médicos la no oportunidad de la consulta externa con el especialista es la mayor causa de inequidad en el sistema en relación con los servicios, y a su vez se señala con el menor aporte a la equidad (72%).

Tabla 8. Ranking de percepción de equidad/inequidad en servicios críticos

Nº	Criterio	% Inequidad / inequidad moderada
1	Oportunidad de consulta externa especialista	72
2	Oportunidad entrega medicamentos	67
3	Oportunidad S. de urgencias	66
4	Oportunidad S. quirúrgicos	65,5
5	Promoción y prevención	65,5
6	Oportunidad S. diagnósticos	65,4
7	Calidad T- C. S. de urgencias	57
8	Pago de bolsillo medicamentos régimen subsidiado	53
9	Pago de bolsillo medicamentos régimen contributivo	52
10	Calidad técnico-científica de consulta externa	50

Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

Se puede afirmar, a manera de conclusión, que respecto de la percepción de los médicos, la no oportunidad en la entrega de servicios es el factor más determinante de la inequidad de los mismos. No es casual que este factor haga parte de cinco de las seis primeras determinantes de inequidad. Igualmente perciben en relación con el gasto de bolsillo, que afecta en una proporción

similar tanto a los afiliados al régimen subsidiado como al contributivo, hecho que profundiza la inequidad en la medida en que los afiliados al subsidiado pertenecen a población con menores ingresos.

Merece resaltarse la situación de inequidad en lo que a los servicios de promoción y prevención se refiere, los cuales ocupan el

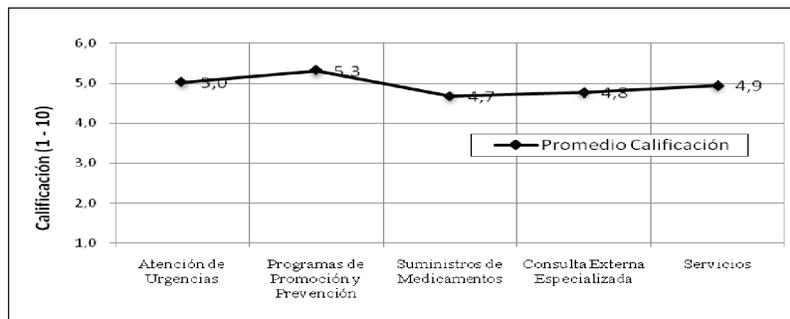
quinto lugar en el *ranking* de percepción de equidad/inequidad por parte de los médicos.

Percepción de equidad/inequidad en los profesionales de la odontología

En términos generales, se puede afirmar que los odontólogos tienen una percepción similar a la de los médicos respecto de la contribución de algunos de los servicios de salud a la equidad/inequidad. Se observa que la oportunidad es el factor que más contribuye a la inequidad (hasta un 35%), independiente de si son servicios de alto costo, servicios diagnósticos, de hospitalización o quirúrgicos.

Para los odontólogos el gasto de bolsillo genera francas inequidades, como quiera que para los afiliados al régimen contributivo la inequidad se presenta en el 39,4% y para los del régimen subsidiado en el 46,5%, siendo una de las más altas calificaciones de inequidad en la encuesta.

Medida desde la perspectiva de la calidad técnico-científica, la equidad mejora ligeramente, ubicándose la mayor parte de las calificaciones en inequidad moderada y equidad aceptable. En ningún momento se insinúa que los servicios sean francamente equitativos.



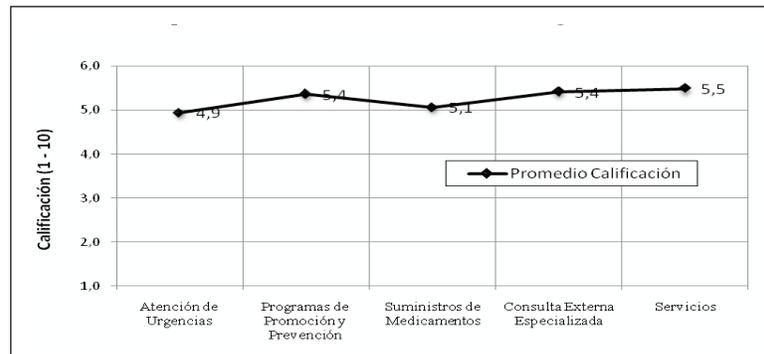
Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

Figura 5. Promedio de calificación de los criterios emitidos por los odontólogos según variables.

Percepción de equidad/inequidad en los profesionales de enfermería

Para el grupo de profesionales de la enfermería, la percepción de equidad/inequidad en los servicios es similar. Desde el punto de vista de la calidad técnico-científica, los servicios medidos contribuyen de forma

moderada a la equidad. No ocurre lo mismo cuando el criterio de evaluación es la oportunidad, caso en el cual se tornan ampliamente inequitativos. Asimismo, cuando se tiene como criterio el gasto de bolsillo en los servicios diagnósticos, especialmente en afiliados del régimen subsidiado, en los cuales esta contribución a la inequidad es superior al 34%, pero igualmente contribuyen a la equidad en un 20%.



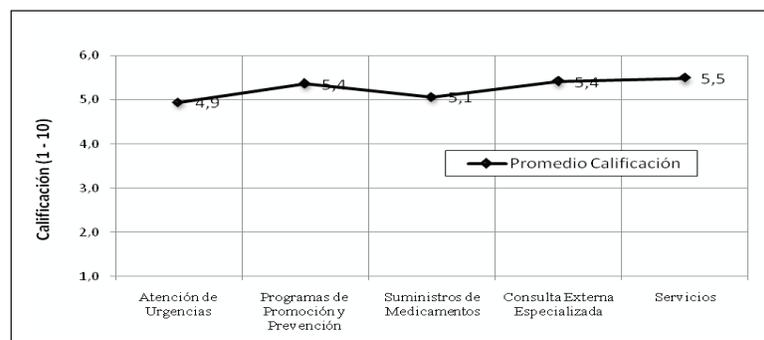
Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

Gráfico 6. Promedio de calificación de los criterios emitidos por los enfermeros según variables.

Percepción de equidad/inequidad en otros profesionales del sistema de salud

Para el grupo de Otros profesionales, la percepción de equidad/inequidad es similar a la de los médicos, enfermeros y odontólogos, destacándose nuevamente una mayor

contribución de la medida del criterio de oportunidad a la inequidad. Sin embargo, tienden a ubicar más esta percepción en los rangos medios (inequidad moderada o equidad aceptable). Asimismo, tienen también una percepción favorable de la contribución a la equidad por parte de la calidad técnico-científica en la entrega de los servicios.



Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

Figura 7. Promedio de calificación de los criterios emitidos por los otros profesionales según variables.

En cambio, consideran inequitativos los servicios cuando del gasto de bolsillo se trata en el caso de los servicios diagnósticos para los afiliados a los dos regímenes, especialmente entre los afiliados al régimen subsidiado, donde alcanza una proporción del 40,4% frente a 36,8 del régimen contributivo.

Un aspecto que merece tenerse en cuenta, además, se presenta en la percepción relacionada con la calidad técnico-científica en los servicios de hospitalización, en los cuales con un 66,7% y con un 65,8% en el caso de los servicios quirúrgicos, son los que más contribuyen a la equidad.

Tabla 9. Matriz de las variables del test sobre percepción de equidad-inequidad en el SGSSS

Variables	Definición	Indicadores	Puntaje escalar para cualificar en niveles interval y ordinal																				
V4. Suministro de medicamentos	El correcto suministro de medicamentos se encuentra mediado por el tipo de proceso mórbido y las características del tratamiento mismo, si es intrahospitalario o ambulatorio. Asimismo, por la circunstancia de si los medicamentos prescritos corresponden a los contenidos en el POS o no.	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad Calidad de los medicamentos Entrega completa de la medicación Adquirir o comprar de su propio bolsillo 	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Inequidad</td> <td colspan="3">Inequidad moderada</td> <td colspan="2">Equidad aceptable</td> <td colspan="2">Equidad</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td>7</td><td>8</td> <td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
V5. Servicios de alto costo	Corresponden a una categoría especial de intervenciones que dependen de la gravedad del proceso mórbido que sufre un paciente, a la complejidad de su tratamiento y a los costos elevados que se derivan de la atención que requiera el mismo.	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad Calidad de la información Calidad del servicio Contribución al financiamiento de la atención con recursos propios 	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Inequidad</td> <td colspan="3">Inequidad moderada</td> <td colspan="2">Equidad aceptable</td> <td colspan="2">Equidad</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td>7</td><td>8</td> <td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
V6. Servicios diagnósticos	Corresponde a los servicios proporcionados dirigidos al diagnóstico de los problemas de salud. Pueden ser pruebas diagnósticas, como laboratorio clínico, medicina nuclear, imagenología, pruebas no invasivas.	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad Calidad de la información Calidad del servicio Pago con recursos propios 	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Inequidad</td> <td colspan="3">Inequidad moderada</td> <td colspan="2">Equidad aceptable</td> <td colspan="2">Equidad</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td>7</td><td>8</td> <td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
V7. Servicio de hospitalización	Comprende la integralidad de la atención proporcionada a un paciente dentro de una institución prestadora de servicios de salud. Puede abarcar desde actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en las que media la condición de internamiento del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad Calidad 	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Inequidad</td> <td colspan="3">Inequidad moderada</td> <td colspan="2">Equidad aceptable</td> <td colspan="2">Equidad</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td>7</td><td>8</td> <td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
V8. Servicios quirúrgicos	Corresponden a las diferentes modalidades de servicios quirúrgicos proporcionados a los pacientes con un carácter urgente o programado.	<ul style="list-style-type: none"> Oportunidad Calidad Pago con recursos propios 	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Inequidad</td> <td colspan="3">Inequidad moderada</td> <td colspan="2">Equidad aceptable</td> <td colspan="2">Equidad</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td>7</td><td>8</td> <td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														

Variables	Definición	Indicadores	Puntaje escalar para cualificar en niveles interval y ordinal																				
©V1. Programas de promoción y prevención	Comprende un conjunto de actividades dirigidas a promover la salud y a prevenir la enfermedad. Entre las estrategias más utilizadas se encuentran: capacitación y educación en salud, programas de inmunizaciones, programas de diagnóstico y detección precoz de patologías, fortalecimiento de hábitos y comportamientos protectores de la salud, modificación de prácticas y hábitos inconvenientes para la salud o generadores de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de charlas o conferencias de promoción y prevención que ha recibido en el último año. • Número de procedimientos inmutopreventivos que ha recibido en el último año. • Número de procedimientos diagnósticos de prevención recibidos en el último año • Grado de confianza en las actividades de promoción y prevención. • Son de la misma calidad en los regímenes subsidiado y contributivo. 	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Inequidad</td> <td colspan="3">Inequidad moderada</td> <td colspan="2">Equidad aceptable</td> <td colspan="2">Equidad</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td>7</td><td>8</td> <td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
V2. Atención de urgencias	Comprende el conjunto de actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento inicial instaurado a pacientes que presentan un proceso mórbido que se instaura con un carácter emergente (funcional o traumático) y que altera las condiciones del individuo hasta afectar el funcionamiento o desempeño normal del mismo, e incluso que en algunos casos pone en riesgo su vida. La atención en salud se brinda de acuerdo con la complejidad del problema de salud que se presenta con los recursos tecnológicos apropiados.	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de la atención en cada uno de los regímenes y a los no afiliados • Oportunidad del servicio 	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Inequidad</td> <td colspan="3">Inequidad moderada</td> <td colspan="2">Equidad aceptable</td> <td colspan="2">Equidad</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td>7</td><td>8</td> <td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
V3. Consulta externa especializada	Son los servicios de consulta médica programada o no urgente, proporcionada por médicos especialistas o subespecialistas, prestados en clínicas, en hospitales o en consultorios privados. La oportunidad de la misma deberá determinarse por la complejidad o gravedad de la patología que presenta el paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad en los dos regímenes • Calidad del servicio en los dos regímenes 	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Inequidad</td> <td colspan="3">Inequidad moderada</td> <td colspan="2">Equidad aceptable</td> <td colspan="2">Equidad</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td>4</td><td>5</td><td>6</td> <td>7</td><td>8</td> <td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Inequidad			Inequidad moderada			Equidad aceptable		Equidad															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														

CORRELACIÓN DE PEARSON (COEFICIENTES E INTERPRETACIÓN)

Tabla 10. Estadísticas de Correlación de Pearson

R	0,97
R^2	0,94
R^2 ajustado	0,88

Los puntajes del criterio general acerca de la inequidad, equidad aceptable, equidad regular y equidad como variable dependiente, se correlacionan linealmente según los criterios emitidos en las variables independientes (ítems del 1 al 18), lo cual indica la interdependencia asociativa de los aspectos que influyen sistémicamente en la equidad-inequidad para la prestación de servicios de las entidades de salud del país.

Por lo tanto, se presenta óptima correlación múltiple positiva ($r = 0,97$) entre el criterio general de calificación de la equidad-inequidad en las entidades de salud del país, considerada como variable dependiente, y los indicadores de las variables independientes. Esto evidencia la validez interna del instrumento.

En este sentido, en un 88% las variaciones de los criterios emitidos de las categorías o los indicadores de las variables independientes explican las variaciones del criterio general emitido en la calificación acerca de equidad-inequidad, considerada como variable dependiente. No obstante, deja de explicarla en un 12% atribuible a otras variables por indagar.

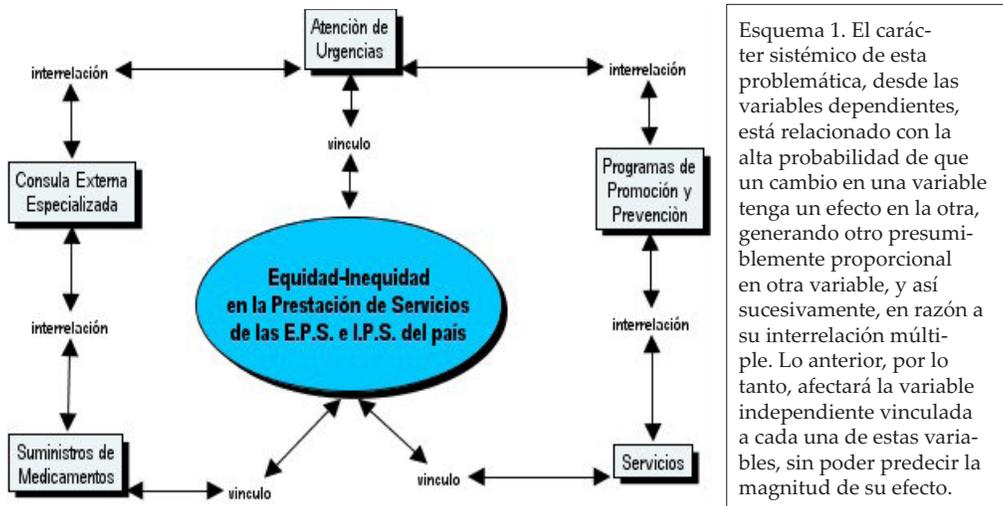


Figura 8. Relación sistémica entre las variables de la equidad-inequidad en la prestación de servicios de las EPS e IPS del país.

Peso de las variables en la correlación múltiple

De acuerdo con los criterios emitidos por los profesionales respecto a la calificación acerca de la equidad-inequidad del desempeño de las entidades de salud, las variables independientes en cuanto a su peso correlacional tienen el siguiente orden jerárquico de importancia frente al problema de la prestación de servicios:

Tabla 11. *Peso de las variables independientes en la correlación múltiple*

Prioridad	Variables Independientes
1	Atención de urgencias
2	Programas de promoción y prevención
3	Suministros de medicamentos
4	Consulta externa especializada
5	Servicios

*Servicios de alto costo; servicios diagnósticos; servicios de hospitalización y servicios quirúrgicos

Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

PRUEBA DE ASOCIACIÓN JI CUADRADA (COEFICIENTES E INTERPRETACIÓN)

Tabla 12. *Tabla de contingencia (cifras absolutas)*

	Médicos	Odontólogos	Enfermeros	Otros	Total
Equidad	352	254	172	469	1247
Equidad aceptable	437	357	266	664	1724
Inequidad moderada	474	349	270	625	1718
Inequidad	497	460	272	522	1751
Total	1760	1420	980	2.280	6.440

Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

Tabla 13. *Tabla de contingencia (cifras relativas)*

	Médicos	Odontólogos	Enfermeros	Otros	Total
Equidad	5,5	3,9	2,7	7,3	19,4
Equidad aceptable	6,8	5,5	4,1	10,3	26,8
Inequidad moderada	7,4	5,4	4,2	9,7	26,7
Inequidad	7,7	7,1	4,2	8,1	27,2
Total	27,3	22,0	15,2	35,4	100

Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

Tabla 14. Valores estadísticos respecto a la muestra

Ji Cuadrada (Ji^2) =	47,6
Grados de libertad (Gl) =	9
Nivel de significación (α) =	0,05
Probabilidad (p) =	3,03-07

De acuerdo con este resultado, se comprueba la siguiente hipótesis: los criterios jerárquicos de calificación emitidos por los profesionales médicos, odontólogos, enfermeros y otros acerca de la equidad-inequi-

dad en los servicios que se prestan en las entidades de salud del país dependen de su actividad ocupacional dentro de las entidades prestadoras de servicios en salud.

La anterior proposición teórica hipotética evidencia que es probable que los profesionales que laboran en las entidades de salud del país emitan sus criterios sujetos a sus condiciones contractuales y del apoyo logístico administrativo para la presta-

ción integral de servicios. Como se observa más adelante en el resultado de la prueba F (Fischer), en el que se muestra cómo en los criterios generales acerca de la equidad-inequidad en la prestación de servicios, sus promedios bajos y altos de calificación no presentan diferencias significativas, lo cual es compatible con las cifras relativas de la tabla 15. En conclusión, se rechaza la hipótesis (H_0) planteada.

La siguiente prueba técnica estadística de medición F (Fischer) induce a comprobar si

se presentan o no diferencias significativas entre los promedios de puntajes emitidos por los cuatro estamentos de profesionales que prestan servicios en las entidades de salud del país.

Análisis de varianza con prueba F de los puntajes consolidados en la calificación emitida por lo grupos de profesionales seleccionados en la muestra representativa de la población de profesionales vinculados laboralmente a las entidades de salud.

Tabla 15. *Puntajes generales de calificación (altos y bajos) acerca de los criterios emitidos para las variables relacionadas con la prestación de servicios, según el estamento profesional*

Variables / grupo profesional	Médicos	Odontólogos	Enfermeros	Otros	Total
Programas de promoción y prevención	546	357	244	563	1.710
Atención de urgencias	1.054	748	482	1.222	3.506
Consulta externa especializada	1.047	664	506	1.154	3.371
Suministro de medicamentos	1.665	914	778	1.851	5.208
Servicios*	6.469	3.858	2.728	6.876	19.931
Total	10.781	6.541	4.738	6.876	33.726

*Servicios de alto costo, servicios diagnósticos, servicios de hospitalización y servicios quirúrgicos

Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

Tabla 16. *Resumen general*

Grupos	Nº Variables	Suma	Promedio	Varianza
Médicos	5	10.781	2.156,2	5.969.858,7
Odontólogos	5	6.541	1.308,2	2.072.618,2
Enfermeros	5	4.738	947,6	1.026.358,8
Otros	5	11.666	2.333,2	6.657.108,7

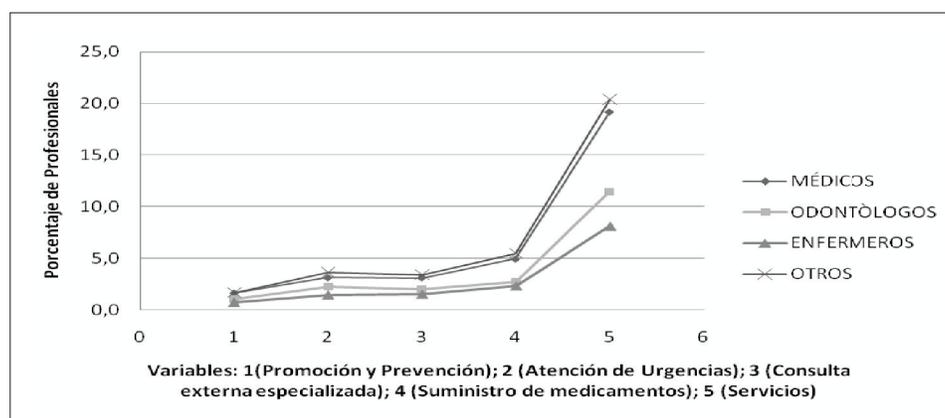
Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

Tabla 17. Resultados análisis de varianza (ANOVA)⁸

Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F _o	Valor crítico F _c	P (probabilidad)	α (alfa)
Entre grupos	6.639.614,6	3	2.213.204,87	0,56	3,2	0,6	0,05
Dentro de los grupos	62.903.777,6	16	3.931.486,1				
Total	69.543.392,2	19					

Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

Los anteriores resultados indican que en el momento histórico en el que se emitieron los criterios generales de calificación acerca de la equidad/inequidad, acerca de la prestación de servicios de las entidades de salud nacionales, en su condición de actores, los profesionales presentan cierta homogeneidad. Por esta razón no existen marcadas diferencias entre los criterios de los médicos, odontólogos, enfermeros y otros profesionales, respecto a las condiciones como se prestan los servicios a los usuarios en los cinco grandes componentes indagados: promoción y prevención; atención de urgencias; consulta externa especializada; suministro de medicamentos, y servicios⁹.



Fuente: Encuesta directa. Septiembre, 2007.

Figura 9. Concentración de los puntajes totales de calificación emitidos por los profesionales, según variables.

8 Planteamiento de hipótesis estadísticas: H₀ = No se evidencian diferencias significativas entre los promedios de calificación de puntajes altos y bajos acerca de la equidad-inequidad en la prestación de servicios de las entidades de salud del país. Por los resultados de $F_{o} (0,50) < F_{c} (3,2)$. Por lo tanto, se aprueba la hipótesis nula (H₀). Lo anterior se corrobora con: $P (0,6) > (0,05)$, que señala, también, la aprobación de la hipótesis nula (H₀).

9 Entre estos servicios se encuentran: servicios de alto costo, servicios diagnósticos, servicios de hospitalización y servicios quirúrgicos.

En el sentido de esta interpretación, esta figura muestra la concentración de los criterios emitidos por los estamentos de profesionales de la muestra representativa con respecto a las variables consideradas. En ella se puede apreciar una concentración en los criterios entre las variables 1 y 4, con un grado diferente de homogeneidad en el caso de la variable 5, posiblemente debido a la diversidad de los servicios.

CONCLUSIONES

Un sector de la población colombiana adquiere seguros privados de salud para complementar el plan de beneficios que ofrece el POS. Desde luego que este mecanismo escapa a las posibilidades económicas de la mayoría de los hogares en virtud del costo de los mismos, con lo cual se hace evidente una profundización de la inequidad del sistema.

Se puede afirmar como conclusión que el “gasto de bolsillo” ha tenido una evolución positiva en términos de equidad, si bien sigue siendo un fenómeno apreciable que golpea con mayor intensidad a la población de los estratos socioeconómicos de más bajos ingresos.

Los profesionales que laboran en las entidades de salud consideraron que se presenta moderada inequidad o franca inequidad en la prestación de servicios en un 53,9% y equidad aceptable y equidad en un 46,1%. Contribuyen a la inequidad en mayor proporción los servicios diagnósticos.

Las calificaciones que emitieron los médicos, odontólogos, enfermeros y otros profesionales, acerca de la percepción de equidad-inequidad en la prestación de servicios de las entidades de salud del país, dependen fuertemente del rol laboral que desempeñan los mismos en programas de promoción y prevención, atención de urgencias, consulta externa especializada, suministro de medicamentos, servicios de alto costo, servicios diagnósticos, servicios de hospitalización y quirúrgicos.

Dada la consistencia estadística de la encuesta aplicada y los sucesivos cambios en las normas y mecanismos de regulación del sistema de salud, el presente estudio sirve de línea de base para periódicas mediciones en la percepción de la equidad-inequidad entre los profesionales de la salud que laboran en aseguradoras y prestadoras de los servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buchbinder, M. (1999, mayo). La equidad en salud. *Boletín de temas de salud, de la asociación de Médicos Municipales de Buenos Aires*, No. 47, año 6.
- Defensoría del Pueblo. (2005). *Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud*. Bogotá, D.C.: UNAL-CID.
- El Pulso Editorial. (2007, noviembre). *Correspondencias entre salud y trabajo*, 110. Medellín.

- Jaramillo, I. (2002). ¿Por qué no fluyen los recursos en el régimen subsidiado? Evaluación financiera del régimen subsidiado de salud en Colombia. *¿Ha mejorado el acceso a la salud, evaluación de los procesos del régimen subsidiado?* Bogotá: UNAL-CID, Minsalud..
- Martínez, F. (2006). *Enfoque para el análisis y la investigación sobre equidad/inequidad en salud, revisión conceptual*. Bogotá: UNAL.
- Martínez, F. Robayo, G. & Valencia, O. (2002). *¿Por qué no se logra la cobertura universal de la seguridad social en salud?* Bogotá: Fedesalud.
- OPS - CEPAL. (1997). Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe. *Cuaderno Técnico*, 46.
- Profamilia. (2005, noviembre). *Encuesta Nacional de Demografía y salud*, 353-356. Bogotá: Ministerio de Protección Social, Bienestar Familiar, USAID, UNFPA.
- Rawls, J. (2003). *Teoría de la justicia* (2ª ed. en español. 4ª reimpresión). México: Fondo de Cultura Económica.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. EE. UU: Oxford University Press.
- Sen, A. (2002, mayo-junio). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, Nos. 5-6.
- Sierra, R. (1994). *Técnicas de investigación social. Teorías y ejercicios* (9ª ed. revisada). España: Paraninfo.
- Wagstaff, A. (2000). *Equidad en conceptos, métodos y resultados en salud de países desarrollados y en vías de desarrollo. Salud, equidad y desarrollo económico*. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.
- Yepes, F. (2007). *Salud pública y equidad. Documento de trabajo*. Bogotá: Assalud.