

Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali*

Access to preventive services in contributive and subsidized regimes of health in a (slums) stratum two neighborhood of the city of Cali

Acesso aos serviços preventivos nos regimes contributivo e subsidiado da saúde num bairro marginal (estratificação colombiana numero dois) da cidade de Cali

Fecha de recepción: 07-06-11 Fecha de aceptación: 04-10-11

Constanza Díaz-Grajales**

Yolanda Zapata-Bermúdez***

Juan Carlos Aristizábal-Grisales****

* Artículo de investigación. Se presenta una parte del estudio: “Diferencias en el acceso a servicios de salud entre población afiliada al régimen contributivo y subsidiado estrato 2 de Cali”, desarrollado como trabajo de grado de la Maestría en Salud Pública, entre enero y diciembre de 2009, cofinanciado por la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad del Valle a los grupos de investigación Cedetes y Cemiya.

** Enfermera, especialista en gestión de Servicios de Salud, magíster en Salud Pública, investigadora Cedetes, Universidad del Valle, docente de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle. Correo electrónico: constanza.diaz@correounivalle.edu.co Universidad del Valle, Calle 4 B # 36-00, edificio Santiago Rengifo.

*** Licenciada en Enfermería, magíster en Salud Pública, directora adjunta de la Especialización en Administración en Salud y docente del Departamento de Gestión de Organizaciones en la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, investigadora y miembro del grupo de investigación Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Correo electrónico: yzapata@javerianacali.edu.co

**** Estadístico, magíster en Epidemiología de la Universidad del Valle, docente Departamento de Salud Pública y Epidemiología de la Facultad de Ciencias de la Salud Pontificia Universidad Javeriana Cali. Correo electrónico: jcaristizabal@javerianacali.edu.co

Resumen

Se presenta el componente de acceso a servicios preventivos del estudio que tuvo como objetivo identificar las diferencias en el acceso a los servicios de salud entre población afiliada al régimen contributivo y subsidiado de un barrio estrato dos de Cali. Estudio de prevalencia transversal, diseño probabilístico, muestras complejas, estratificado, polietápico. Se encuestaron 2165 personas. Se estudió esta población según variables de algunos modelos de medición de acceso y uso de servicios. Hay diferencias significativas con respecto a la necesidad de consultar servicios preventivos, siendo la prevalencia más alta en el régimen contributivo. Menos de una quinta parte de la población siente la necesidad, expresa y usa servicios preventivos. El análisis por edad, sexo y tipo de programas muestra frecuencias muy bajas de uso. Este hallazgo, dramático para la salud pública, amerita la revisión de la relevancia social de los programas preventivos y el estado actual de oferta de éstos.

Palabras clave autor: salud pública, seguridad social, servicios preventivos de salud, accesibilidad a los servicios de salud, necesidades y demandas de servicios de salud, utilización.

Palabras clave descriptor: salud pública - aspectos sociales - Cali (Colombia), servicios preventivos de salud - Cali (Colombia), accesibilidad a los servicios de salud - Cali (Colombia).

Abstract

Component of access to preventive services of the study that aimed to identify differences in access to health services among people affiliated to the contributive and subsidized system in a slums area of Cali was presented. Cross-sectional prevalence study, probabilistic design, complex samples, stratified, multistage sampling. 2165 people were surveyed. This population was studied according to variables in some measuring to access to and use of services models. There are significant differences in respect to the need of consulting preventive services, being in the contributory scheme the highest prevalence. Less than a fifth of the population feels the need, express and uses preventive services. Analysis of age, sex and type of programs shows very low frequency of use. This finding, dramatic in the case of public health, warrants the review of the social importance of preventive programs and the current state of its supply.

Keywords author: public health, social security, preventive health services, access to health services, need and demand of health services, utilization.

Keywords plus: Public Health -- Social aspects -- Cali (Colombia), Preventive Health Services -- Cali (Colombia), Health Services Accessibility -- Cali (Colombia).

Resumo

Apresenta-se componente de acesso aos serviços preventivos do estudo que teve como escopo: identificar as diferenças no acesso aos serviços da saúde na população afiliada ao regime contributivo e subsidiado num bairro marginal de Cali (estrato 2). Estudo de prevalência transversal; desenho probabilístico, amostras complexas, estratificado, polietápico. Entrevistaram-se 2.165 pessoas, segundo variáveis de alguns modelos de medição de acesso e uso de serviços. Respeito à necessidade de consulta de serviços preventivos tem diferenças significativas, estando a mais alta prevalência no regime contributivo. Menos da quinta parte da população sente a necessidade, expressa e usa os serviços preventivos. A análise por idade, sexo e tipo de programas apresenta frequências muito baixas de uso. Esta descoberta dramática para a saúde pública merece a revisão da relevância social dos programas preventivos e o estado da oferta destes.

Palavras chave autor: saúde pública, previdência social, serviços preventivos de saúde, acessibilidade a serviços de saúde, necessidades e demandas de serviços de saúde, utilização.

Palavras chave descriptor: saúde pública - aspectos sociais - Cali (Colômbia), serviços preventivos de saúde - (Colômbia), acesso aos serviços de saúde - (Colômbia).



Introducción

Se parte de reconocer que el objetivo central y el objeto principal de la salud pública es la salud de la población, lo que marca no sólo sus campos de actuación, sino también las responsabilidades estatales respectivas y las múltiples prácticas sociales que la afectan, una de la cuales está relacionada con “la atención a las necesidades y demandas de salud” y contempla la forma en que la sociedad y sus miembros reconocen los problemas de salud y las necesidades de atención, lo que constituye las bases para la demanda de servicios de salud, incluidos los más informales o alternativos, y comprende también los esfuerzos para la creación de servicios de salud para responder a estas demandas y problemas. En la confluencia de estas acciones están las prácticas de autocuidado y las formas como la sociedad usa los sistemas de salud y de atención en salud (1).

En este marco, la equidad es definida como condición necesaria y estratégica para alcanzar acceso universal a la atención, según las necesidades y posibilidades existentes, y por consiguiente tiene una estrecha relación con la salud pública y las prácticas sociales que favorecen o no la salud.

Dada la responsabilidad estatal y el papel que deben asumir las autoridades sanitarias en la rectoría de los sistemas de servicios de salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en un esfuerzo por fortalecer el ejercicio de la salud pública, reúne en un núcleo funcional estratégico un planteamiento operativo donde define “las funciones esenciales de la salud pública” a cargo de las autoridades sanitarias. Una de ellas, la número siete, “Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios”, plantea, entre otros aspectos, que las autoridades sanitarias deben promocionar la equidad en el acceso

efectivo de todos los ciudadanos a los servicios de salud necesarios; desarrollar acciones dirigidas a superar los obstáculos de acceso y facilitar la vinculación de grupos vulnerables a los servicios de salud; y realizar seguimiento y evaluación del acceso a los servicios de salud necesarios, con el fin de resolver las injusticias y desigualdades en la utilización de los servicios (1).

Los criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria en los países en desarrollo (2), relacionados con la reducción de los obstáculos financieros al acceso a los servicios necesarios y con el alcance de las prestaciones y la diferenciación, especifican la necesidad de que toda la población reciba un conjunto básico de servicios (prestaciones uniformes), recomendación que sigue la reforma colombiana en el primer nivel de atención.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en el país contempla diferentes planes de beneficios, dirigidos a poblaciones categorizadas según su capacidad de pago: el Plan Obligatorio de Salud para el régimen contributivo (POS-C), al cual accede la población que cotiza al sistema y sus beneficiarios, y el Plan Obligatorio de Salud para el régimen subsidiado (POS-S), al cual accede la población pobre identificada través de una metodología de focalización social. El nivel I de atención, también llamado de prestaciones básicas, es similar para ambos regímenes; sin embargo, se desconocen variables como las necesidades sentidas de atención, la demanda y el uso de los servicios preventivos que experimentan las poblaciones de usuarios pobres afiliadas a ambos regímenes.

En la última década se ha instaurado un debate relacionado con que el modelo de competencia de mercado sobre el cual se sustenta el SGSSS en Colombia pueda com-

prometer la equidad y la universalidad de los servicios de salud; por tanto, la medición frecuente de las desigualdades e inequidades en salud en la capacidad de utilizar los servicios y en la capacidad de beneficiarse del Sistema es necesaria (3). Para algunos autores, el sistema de servicios de salud, al estar orientado por la lógica del mercado, origina inequidades propias en su concepción, reflejadas en diferencias de beneficios y calidad, al establecer salud para ricos (medicina prepagada), salud para trabajadores (régimen contributivo), salud para pobres (régimen subsidiado) y excluyendo un sector importante de la población (vinculados o pobres aún no asegurados) (4).

Las diferentes autoridades sanitarias del municipio de Santiago de Cali han venido realizando esfuerzos, dirigidos especialmente a reducir las inequidades en salud; sin embargo, Cali no cuenta con información local que muestre la situación en materia de accesibilidad a los servicios preventivos de salud para la población más pobre y vulnerable desagregada por tipo de régimen de afiliación, dado que los indicadores más comúnmente usados están relacionados con las coberturas de afiliación al sistema y la oferta de servicios, lo cual no refleja la cobertura en relación con la demanda potencial. Por otra parte, la mayoría de los estudios relacionados con el acceso en Colombia se centran en el sistema o en exploraciones específicas a programas y servicios, privilegiando una perspectiva institucional, y poco exploran las perspectivas de la población.

Lo anterior revela la pertinencia de desarrollar estudios como éste, que establecen las necesidades sentidas de la población pobre en materia de acceso a servicios de salud y verifican si en condiciones reales ésta demanda y recibe servicios de salud en respuesta a sus necesidades. Más aún cuando según la Oficina de Planeación de Cali, para el año

2005 el 32% de la población del municipio estaba clasificada en el estrato social 2¹, lo cual significa una importante proporción de población vulnerable por atender.

Por ello, en el marco de esta investigación se partió de la hipótesis de que existen diferencias de acceso a los servicios de salud en población del mismo estrato socioeconómico para el régimen contributivo y para el subsidiado, y se propuso como objetivo general identificar estas diferencias tanto en servicios preventivos como en servicios curativos, y como objetivos específicos: caracterizar socioeconómica y demográficamente la población objeto de estudio por tipo de afiliación al SGSSS; identificar en los individuos asegurados y por régimen de afiliación, las necesidades de atención sentidas, expresadas (demandadas) y resueltas por los servicios de salud; y relacionar la necesidad comparativa, la demanda comparativa y los servicios recibidos por régimen de afiliación. Este artículo presenta los resultados obtenidos en el análisis sobre el acceso a los servicios preventivos.

1. Marco de referencia

1.1. Relaciones entre acceso, accesibilidad y utilización de servicios de salud

Los términos de acceso y accesibilidad en relación con los servicios de salud han sido usados, a veces, de igual manera por muchos

1 "La estratificación socioeconómica es una política pública implementada en las ciudades colombianas desde los años ochenta y formalizada en 1994 por medio de la nueva ley de Servicios Públicos. Consiste en un sistema de clasificación de las viviendas de las ciudades colombianas en categorías definidas por la calidad del entorno y de los materiales empleados, con el fin de otorgar subsidios a los residentes más pobres. Se organiza como un esquema de subsidios cruzados en el cual los estratos superiores pagan costos más altos por el mismo servicio que los estratos bajos. Se asume que las residencias en las cuales viven los distintos hogares reflejan el poder de pago de sus ocupantes" (5).



autores, y en algunas oportunidades de manera ambigua (6). Para Donadebian (7), la accesibilidad ha sido considerada como el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos, con miras a la búsqueda y obtención de atención; se evalúa en el marco de la interacción entre los usuarios y los recursos del sistema de salud, siendo uno de los factores que determina la calidad en la prestación de los servicios. La calidad depende, entre otros aspectos, de la mayor o menor accesibilidad que se tenga a la atención en salud, y una vez se ha logrado, de la mayor o menor calidad de la atención proporcionada (8). Fue este quien consideró que los factores que intervienen en la accesibilidad son geográficos, relacionados con la capacidad financiera, generados por la organización y socioculturales; todos ellos con capacidad para obstaculizar o facilitar la atención en salud (7).

Aday y Andersen, refiriéndose a los programas dirigidos a lograr un acceso equitativo a los servicios de salud en los Estados Unidos, declararon el acceso más como un *concepto político que operativo* y presentaron un modelo teórico de aquél, según el cual, los elementos que describen las características del sistema y de la población sirven como indicadores de proceso, y la utilización y la conformidad de los consumidores como indicadores de resultado (9).

La actitud y el conocimiento acerca de la atención en salud, así como la concepción social y cultural que el individuo ha construido acerca de la enfermedad, también deben ser consideradas, dado que las características de los servicios y recursos resultan muchas veces insuficientes para determinar el ingreso o no a los servicios de salud (9).

Sin embargo, no siempre todos los individuos que desean ingresar al sistema lo logran; por tanto, se hace necesario aplicar

un tipo de validación externa que indique si los factores mencionados anteriormente determinan una diferencia en la obtención de la atención. Para esto Aday y Andersen proponen examinar las tasas de utilización de los servicios de atención en poblaciones específicas, en el transcurso del tiempo y con referencia a los factores.

Por otra parte, Fox citado por Aday y Andersen, afirma que la tasa real de acceso de una población o subgrupo puede medirse por la utilización efectiva de los servicios; otra alternativa es medir el acceso en función de si las personas que realmente necesitan atención la reciben. Según Feerborn y Greenlink, citados por los autores mencionados, acceso también significa que la población en situación de riesgo utiliza los servicios en una tasa “proporcional y adecuada” a su necesidad de atención. El concepto de continuidad en el acceso también ha sido incorporado en diversos enfoques de medición.

Adicionalmente, Andersen incluyó la subjetividad de los usuarios de los servicios en las evaluaciones, al medir la conformidad o el descontento de los individuos para obtener un servicio de salud, mientras que Freeborn y Greenlick (10) proponen basarse en la opinión de los pacientes sobre la disponibilidad de los servicios en el momento y el lugar requeridos, así como la mejoría que perciben como resultado de la atención recibida.

La versión publicada en 1995 del modelo de Aday y Andersen, desde el punto de vista del usuario incluye: las conductas ante la salud (ejercicio físico, práctica de acciones preventivas) y experiencia personal en el uso de los servicios de salud (visita a profesionales de la salud o estancias hospitalarias), la adherencia al tratamiento (confianza y seguimiento del tratamiento) y la satisfacción con la calidad de la atención recibida desde el punto de vista técnico e interpersonal (11).

El concepto de accesibilidad propuesto por Frenk se define como “el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención”. Siendo así, la accesibilidad puede verse como “la relación funcional entre el conjunto de obstáculos a la búsqueda y la obtención de la atención (resistencia) y las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos (poder de utilización)” (12).

La exposición de la población a factores de riesgo asociados a la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones, determina la utilización de servicios. Estos factores se reconocen como iniciadores, promotores y pronósticos, dependiendo de si actúan antes de que la enfermedad sea irreversible, cuando ya lo es, o cuando permiten definir si un individuo mejorará o morirá. El tipo de riesgos motiva el uso de diversos tipos de servicios en la comunidad (preventivos, diagnóstico y tratamiento y de mantenimiento o rehabilitación) (13).

1.2. Necesidades de atención en salud

El concepto de necesidad como principio de justicia redistributiva es fundamental para asegurar una igualdad social que pueda incluir la diferencia y lo particular, combinando la universalización con mecanismos de diferenciación positiva, sobre la base de superar la exclusión social, pero aún no se explicitan en detalle las implicaciones de su presencia en la definición de equidad en salud (14).

En rigor, el concepto de necesidad debe reservarse para aludir a las condiciones de salud. Al hablar de servicios o recursos es mejor usar el término requerimientos (15). Una necesidad representa una situación que

debe ser satisfecha, pues de lo contrario el individuo sufrirá consecuencias negativas. Ni los servicios ni los recursos cumplen con este requisito, pues ambos son medios para satisfacer las necesidades de salud, mas no representan en sí mismos una necesidad. El reservar este término para las condiciones de salud resalta que su mejoramiento constituye el fin de la atención (16).

Se conocen varios enfoques, definiciones y clasificaciones de las necesidades humanas y por consiguiente sociales (Agnes Heller, Abraham Maslow, Manfred Max-Neef y Breihl). Los planificadores de salud han definido varios tipos de necesidades en salud (17):

- Necesidad real: es toda demanda por atención en salud.
- Necesidad sentida: la parte de la población que siente la necesidad de un servicio de salud.
- Necesidad de salud percibida o “expresada” por el individuo: es la necesidad sentida por el individuo, que lo lleva a demandar un servicio de salud.
- Necesidad de salud definida por expertos (normativa): identificación de un fenómeno que altera negativamente o protege la salud de un individuo o de un conjunto de individuos, con independencia de que quien esté afectado por el fenómeno tenga o no percepción de la alteración negativa producida en su estado de salud o de la protección disponible.
- Necesidad expresada y atendida: se refiere a la necesidad expresada que efectivamente fue atendida por la oferta de servicios.
- Necesidad comparativa: habiendo identificado una necesidad de una persona o dentro de un grupo de personas, es posible deducir la necesidad de otra persona o de



otro grupo que presenta características similares.

Se puede decir que aún no se ha logrado definir un concepto operacional de general aceptación sobre necesidad, pero se resaltan dos componentes importantes:

1. El estado de salud de los individuos pretratamiento, donde el grado de enfermedad determina igual grado de necesidad.
2. La capacidad individual para beneficiarse del cuidado de salud.

El reconocimiento de los usuarios de sus necesidades por servicios de salud y su decisión de buscarlos constituye el primer paso en el proceso de acceder a servicios de salud. La probabilidad de utilizar los servicios depende del balance entre percepciones individuales sobre sus necesidades y actitudes, creencias y experiencias previas con los servicios de salud. El acceso a los servicios de salud implica que los individuos reconozcan y acepten sus necesidades de atención, estén conscientes de su rol como usuarios de servicios, y reconozcan los recursos generados socialmente que ellos están dispuestos a utilizar. Estos procesos de acceso están sujetos a influencias sociales y culturales y limitaciones ambientales (18).

2. Materiales y métodos

Se realizó un estudio de prevalencia de tipo descriptivo y corte transversal en el barrio República de Israel (BRI), clasificado como estrato socioeconómico dos,² de la comuna 16 (C16) de Santiago de Cali.

La C16 está habitada por 94.485 personas y la componen siete barrios clasificados según estrato socioeconómico en dos, tres y cuatro. Cinco de los barrios tienen por estrato moda

el dos, son aledaños entre sí y concentran la mayoría de la población (19).

Tener un estrato moda dos, una afiliación al sistema de seguridad social entre las más altas del municipio, una diferencia entre la afiliación al subsidiado y al contributivo de sólo 3,7 puntos porcentuales (2006), una delimitación y concentración de los barrios de estrato dos muy bien definida, le confiere un grado importante de homogeneidad a la C16 y justifica su selección y de los sectores estrato dos de uno de sus barrios como área de estudio.

El universo corresponde a los habitantes del barrio, afiliados a la seguridad social tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

La población de referencia estuvo conformada por 16.944 personas, distribuidas en 4.847 hogares, para un promedio de 3,5 personas por hogar, residentes en 1602 viviendas, ubicadas en 87 manzanas³.

La recolección de la información soportó tres unidades de análisis: 1) la política y la normatividad de prestación de servicios de salud en el marco de los planes de beneficio. La técnica de recolección fue la revisión documental; 2) características de la afiliación a la seguridad social, estado de salud, necesidades percibida y sentida, necesidad expresada de servicios de salud, variables generales de acceso y satisfacción con el servicio recibido, en todos los individuos de los hogares estrato dos seleccionados al azar del BRI, cuyos integrantes estaban afiliados al régimen contributivo y subsidiado. Estos aspectos se exploraron con relación a servicios preventivos (tres meses antes a la encuesta) y curativos (último mes), a través de encuesta poblacional estructurada; y 3) acceso a servicios de salud específicos,

2 Para el año 2009, según Planeación Municipal, todos los lados de manzana estaban clasificados en estrato dos.

3 Según el censo 2005 del DANE, descrito en Cali en Cifras 2007.

barreras de acceso a los servicios de salud consultados y satisfacción con los servicios recibidos; se estudiaron en un individuo que tuviera un problema de salud y hubiera consultado un servicio formal de salud en el último mes. Esta exploración se abordó como análisis de casos a través de la misma encuesta poblacional estructurada.

Las variables fundamentales se pusieron en operación así:

- La necesidad sentida, como el reporte de que algún o algunos de los integrantes del hogar afiliados al RCoal RS sintieron la necesidad de asistir a un servicio de salud.
- La necesidad demandada, como la asistencia o búsqueda de atención en servicios curativos y programas preventivos de salud entre los afiliados al RC o al RS que sintieron la necesidad.
- La necesidad atendida, como la prestación de los servicios o programas a los usuarios afiliados al RC o al RS que demandaron la atención.

Para el diseño del cuestionario se revisaron instrumentos validados en estudios anteriores como el Censo Nacional 2005, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, la Encuesta Nacional de Salud 2007 y otros aplicados en tesis doctorales relacionadas con el tema de estudio.

Se realizó una prueba piloto con el fin de examinar el instrumento y los criterios de muestreo, en dos fases: 35 encuestas en una primera etapa, para hacer un primer ajuste del instrumento, y 35 en una segunda etapa para hacer los ajustes finales.

El cuestionario se aplicó en una muestra obtenida mediante muestreo probabilístico complejo (estratificado y polietápico) (20). Para el cálculo del tamaño de muestra se asumió una precisión aceptable representada

en un error estándar relativo (*Esrel*) menor o igual al 3,0%, una proporción de afiliación al régimen contributivo del 50%, de acuerdo con información suministrada por la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, un nivel de confiabilidad del 95% y un efecto de diseño (*Deff*) de dos, para un tamaño de muestra de 1965 personas, con un 20% adicional para compensar la tasa de no respuesta, obteniendo un tamaño final de 2357 personas. Se encuestaron 2165 personas, muestra suficiente para todos los requerimientos de estimación estadística en este estudio.

El proceso de selección de la muestra se inició actualizando la cartografía disponible para el barrio y luego la selección aleatoria de manzanas y sistemática de viviendas. En cada vivienda se enumeraron y seleccionaron al azar los hogares, donde se recogió información general de todos los integrantes y específica de los afiliados al RC y RS.

Fueron incluidas en el estudio personas que cumplieran con dos criterios: 1) pertenecer a un hogar con integrantes afiliados al régimen contributivo o subsidiado de cualquier edad y sexo, y 2) contar con un informante idóneo. Se excluyeron los hogares con la totalidad de los integrantes no afiliados al RC o al RS o a algún régimen especial.

Para garantizar la calidad en la recolección de la información se contó con estudiantes universitarios de carreras de pregrado y personas de la comunidad con experiencia en la aplicación de encuestas de salud, las cuales se capacitaron y tuvieron a su disposición el *Manual del encuestador*. Trabajar con miembros de la comunidad favoreció el reconocimiento del terreno y la movilización, así como la recolección en horarios no convencionales.

El sesgo de selección fue controlado por un profesional con experiencia en la coordinación del trabajo de campo, quien verificó el



cumplimiento de los criterios de muestreo; además el investigador principal supervisó en campo el 10% de las encuestas aplicadas y cuando fue necesario se revisó y se llamó por teléfono para completar información o mejorar su precisión.

Los datos se capturaron en Access 2007®, con códigos válidos para cada uno de los campos, con el fin de asegurar la calidad en la digitación; se generaron archivos planos para ser procesados en 11 bases de datos en el paquete estadístico SPSS versión 15. Éstas fueron depuradas por medio de análisis de frecuencias para cada variable, tablas cruzadas y variables filtro, estrategia que permitió verificar la calidad de los datos. Las preguntas abiertas fueron categorizadas y codificadas antes de iniciar el análisis descriptivo.

La información fue analizada de acuerdo con los objetivos del estudio y se revisó con base en variables implicadas con el acceso y uso de servicios de salud, teniendo en cuenta el modelo de Aday y Andersen y demás propuestas presentadas en el marco teórico relacionadas con el tema. Posteriormente, se hizo un análisis comparativo de contenidos del POS-C y el POS-S, tomando en consideración aspectos como el ciclo vital y el tipo de servicios.

Para el análisis estadístico se calcularon los pesos de muestreo y factores de expansión⁴ que dan cuenta del diseño muestral. Se utilizó un factor de ajuste por postestratificación (21), que restituye a los totales poblacionales por edad y sexo (22) de la población referencia DANE para la zona. Teniendo en cuenta que el diseño muestral corresponde a un diseño complejo, para el procesamiento de la información (cálculo de prevalencias y análisis

bivariado) fue necesaria la multiplicación del ponderador resultante por el factor n/N , el cual restablece el tamaño total de los casos al total de la muestra, pero conservando la proporcionalidad de la población de acuerdo con información del DANE en las categorías de las dos variables consideradas para este estudio, las cuales fueron: sexo y edad.

Después del análisis univariado se realizó el bivariado y estratificado, para establecer la relación de las variables entre sí, de acuerdo con los objetivos del estudio. Se aplicaron pruebas propias de la estadística inferencial como el test de Chi cuadrado, con un nivel de significancia del 5%. Finalmente, se establecieron relaciones entre la necesidad comparativa, la demanda comparativa y los servicios recibidos por régimen de afiliación, utilizando los análisis previos e interpretando los resultados obtenidos.

3. Resultados

3.1. Caracterización sociodemográfica de la población

Los datos que se exponen a continuación están expandidos a la población del barrio y ajustados por postestratificación, según lo descrito en la metodología.

3.1.1. Aspectos demográficos y sociales

En esta parte del estudio los resultados son comparados con los del censo 2005 para la C16, y otros estudios DANE para Cali, área metropolitana (23,24), dado que el barrio tiene una composición poblacional general similar a la de la comuna y que se aplicaron preguntas usadas por el DANE.

- *Promedio de personas en el hogar.* Se encontraron cinco personas en promedio, [DE=1,91]; con un mínimo de una y máxi-

⁴ Factor que le proporciona a la muestra el peso proporcional a la población investigada. Dicho factor se obtiene mediante el cálculo que considera las unidades primarias de muestreo y las probabilidades de selección de cada una de ellas, que conforman la muestra.

mo de 13, mientras el censo 2005 reportó un promedio más bajo: 3,6 personas por hogar.

- *Antigüedad en el barrio.* Los hallazgos muestran estabilidad de las personas que residen en el barrio, lo cual refuerza que las vivencias encontradas pertenecen a este territorio. El 90,1% de los hogares residía hace más de un año en el barrio, el 6,3% entre 3 y 12 meses y el 3,6% entre dos meses o menos.
- *Caracterización sociodemográfica de los afiliados al régimen contributivo y al régimen subsidiado.* La distribución de la población en el barrio por grupos de edad fue similar entre los afiliados al RC y al RS; sin embargo, en el RC se observó en el grupo de menores de un año y en el de 20 a 44 una mayor proporción, mientras que en el RS se encontró un porcentaje más alto de población adolescente y joven. La distribución por sexo fue similar entre los regímenes de afiliación. En cuanto al último año escolar aprobado, la primaria y la secundaria fueron los grados más reportados, aunque en el RC los niveles técnico/tecnológicos y universitarios fueron un poco mayores. Se encontraron similitudes en ocupación entre los dos regímenes en las proporciones de población en edad de trabajar, siendo la población económicamente activa (PEA) más alta en el RC que en el RS.

Del total de los afiliados al RS el 46,9% corresponde a PEA, de los cuales un 17,8% se declararon desocupados, en contraste con un 7,7% en esta misma condición para el RC. Respecto a posiciones ocupacionales, en el RS la categoría de obrero o empleado particular fue del 49% y la de trabajador por cuenta propia de 38%. Se encontraron pequeños porcentajes de obrero o empleado del Gobierno, patrón o empleador y empleado doméstico, los cuales suman un 9%, de los cuales llama la atención que un 2,7% están en la categoría de obreros o empleados del

Gobierno. En el RC llama la atención que se haya encontrado un porcentaje inferior al 1% en la categoría de empleados domésticos y muchos menos trabajadores por cuenta propia que en el RS.

3.1.2. Afiliación, pertenencia a entidad promotora de salud y redes de servicios

El 47,2% de los encuestados pertenecía al RC; el 37% al RS y un 1,6% en el régimen de excepción o especial; el 11,6% de la población reportó no estar afiliada y un 2,6% desconocían el tipo de afiliación. Entre los afiliados al RS, se reportó un 35,3% de subsidio parcial y un 26,3% de subsidio total; el 38,5%, reportó desconocer el tipo de subsidio al que tiene derecho. Durante la aplicación de la encuesta se presentaron dificultades por el desconocimiento que los afiliados y sus cuidadores y parientes tienen del tipo de subsidio. El 76,4% estaban afiliados al SGSSS hacía 36 meses o más; sólo el 10,9% reportó estar afiliado en los últimos 11 meses.

Al comparar datos 2006 de aseguramiento en la C16 con los de este estudio se encontró similitud en la afiliación al RC, sumado el régimen de excepción (50,5%); sin embargo, en el RS hubo diferencias: el porcentaje de afiliación encontrado fue 10 puntos porcentuales más bajo con respecto al censo; el reporte de las personas sin afiliación fue 8,9 puntos porcentuales más alto y en un 2,6% de los casos el informante desconocía si los integrantes del hogar estaban afiliados o no. Las diferencias en la proporción de afiliados al RS pueden explicarse por el proceso de desafiliación que el municipio tuvo en el 2008, dirigido a focalizar la cobertura sobre nivel I y 2 del Sisben. Según la Secretaría de Salud Pública Municipal se desafiliaron 30.000 personas. Al momento de la aplicación de la encuesta la selección de nuevos beneficiarios estaba hecha, pero



muchas personas aún no habían recibido el carnet.

Se encontró que la población afiliada al RC pertenecía a 13 EPS, con una concentración muy alta (85,7%) en cinco de éstas. La EPS con mayor proporción de personas afiliadas contaba con un 27,5%, la segunda con un 16,9%. En el RS se encontró que la población pertenecía a seis EPS, con una concentración del 80,8% en dos de éstas; la EPS con mayor proporción de personas contaba con 57,8%, la segunda con un 23%.

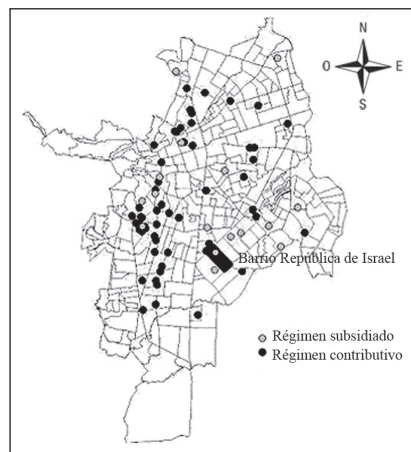
Los afiliados del RC usaron los servicios en 32 IPS, la mayoría de naturaleza privada; el 61,2% de estos usuarios se distribuyó entre las seis que ocuparon los primeros lugares, con proporciones entre 15,5 y 5,0%. Del séptimo lugar hasta el 32, las frecuencias oscilaron entre 4,1 y 0,3%.

Los afiliados al RS usaron los servicios en 15 IPS; el 70,9% usó el hospital público de primer nivel, ubicado en el mismo barrio, seguido de un 6,9% que usó un puesto de salud contiguo al barrio. Aunque el mayor uso se da para las instituciones públicas, aparecen también entidades privadas y algunas públicas del régimen de excepción.

Fue interesante georreferenciar la distribución de las IPS que consulta la población en el mapa urbano del municipio (figura 1), pues esto nos permite visualizar las diferencias entre ambos regímenes. Para el RC se nota una amplia dispersión de los sitios donde son atendidos; sólo dos de las cinco IPS reportadas por ser utilizadas con mayor frecuencia por los afiliados están ubicadas relativamente cerca del barrio, seguidas por una ubicada en el centro de la ciudad y dos más situadas en el sur de ésta.

La población afiliada al RS tiene una red de servicio que se concentra mucho más cerca al barrio, los puntos distantes corresponden en

FIGURA 1. MAPEO DE UBICACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD QUE USAN LOS INSCRITOS EN EL CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO CON RESPECTO AL BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009, CALI



Alcaldía municipal de Santiago de Cali, Secretaría de Planeación Municipal, Departamento de Cartografía. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, CIDSE, Universidad del Valle, 2001. Mapinfo Corporation. MapInfo Professional. Ver. 4.0. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, CIDSE. Universidad de Valle www.mapinfo.com 1999

Fuente: elaboración propia, cálculos del estudio

su gran mayoría a la red pública de nivel I del municipio y a hospitales de nivel II y III. La IPS más usada en el régimen subsidiado fue el hospital público de primer nivel, Empresa Social del Estado (ESE).

El 50,0% de los afiliados al RC y el 38,1% del RS reportaron haber recibido de la EPS información escrita sobre sus derechos. El 59,1% de los afiliados al RC y el 39,4% los afiliados al RS reportaron haber recibido información sobre el portafolio de servicios a los cuales se tiene derecho.

3.2. Necesidades de atención sentidas, demandadas y atendidas en los servicios preventivos

La información corresponde al 100% de los encuestados, afiliados al RC y RS. Entre

éstos, la prevalencia de sentir la necesidad de consultar un servicio de salud sólo por prevención se estimó en 17,6% [15,7-19,6]; al compararla por régimen, se mostró mayor para el contributivo, 19% [16,4-21,8] que para el subsidiado, 15,8% [13,3-18,8], encontrándose diferencias significativas. Casi todas las personas que sintieron la necesidad de un servicio preventivo la expresaron, es decir, demandaron atención; se encontró gran similitud entre los dos regímenes (RC: 96,9% y RS: 95,3%).

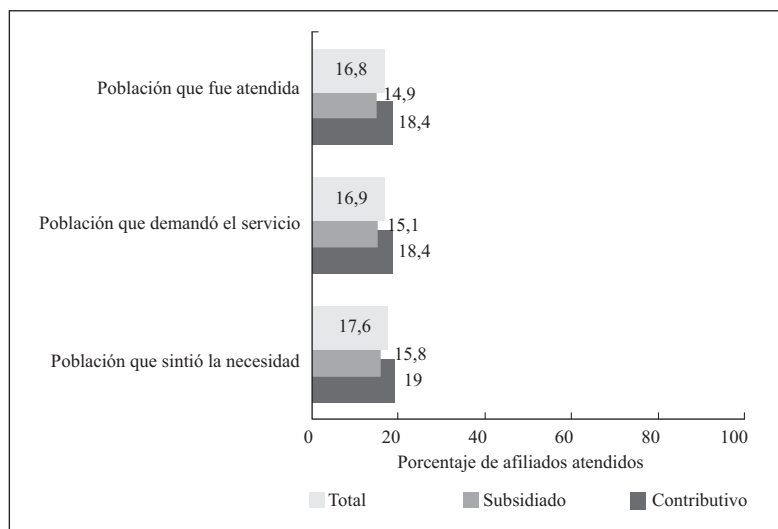
Del 16,9% de afiliados totales que sintió la necesidad y demandó los servicios preventivos, el 99,4% [97,6-99,9] fue atendido en las instituciones donde consultó. Del 18,4% de los afiliados al RC que sintió la necesidad y demandó los servicios preventivos, el 100% fue atendido. Del 15,1% de los afiliados al RS que sintió la necesidad y demandó los servicios preventivos, fue atendido el 98,5%. Se releva cómo menos de una quinta parte de la población siente la necesidad, demanda el servicio preventivo y es atendida (tabla 1, figura 2).

TABLA 1. PREVALENCIA DE NECESIDAD SENTIDA, DEMANDADA Y ATENCIÓN RECIBIDA EN LOS SERVICIOS PREVENTIVOS. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009, CALI

Categorías	Prevalencias			Valor p
	General	Afiliación al SGSSS		
		Contributivo	Subsidiado	
Necesidad sentida de servicios preventivos	17,6 [15,7 – 19,6]	19,0 [16,4 – 21,8]	15,8 [13,3 – 18,8]	0,01
Necesidad sentida y demandada de servicios preventivos	96,3 [93,4 – 98,0]	96,9 [92,7 – 98,7]	95,3 [90,1 – 97,9]	0,29
Necesidad demandada y atendida en servicios preventivos	99,4 [97,6 – 99,9]	100	98,5 [93,9 – 99,6]	0,07

Fuente: elaboración propia, cálculos del estudio

FIGURA 2. NECESIDAD SENTIDA, EXPRESADA Y ATENDIDA EN SERVICIOS PREVENTIVOS EN LA POBLACIÓN AFILIADA ENCUESTADA. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009, CALI



Fuente: elaboración propia, cálculos del estudio

ACCESO A LOS SERVICIOS PREVENTIVOS EN LOS RÉGIMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO
DE SALUD EN UN BARRIO ESTRATO DOS DE LA CIUDAD DE CALI

TABLA 2. NECESIDAD SENTIDA DE SERVICIOS PREVENTIVOS POR RÉGIMEN. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009, CALI

Servicios preventivos	Afiliación al SGSS	
	Contributivo (%)	Subsidiado (%)
Control médico	23,7	27,0
Adulto mayor	18,5	18,0
Crecimiento y desarrollo	16,1	17,1
Otros servicios referidos como preventivos	17,0	6,5
Citología uterina	6,2	7,4
Salud mental	6,1	7,2
PAI	5,8	6,1
Higiene oral	2,9	6,1
Planificación familiar	1,6	3,8
Control prenatal	1,3	-
Examen de mama	0,5	0,8
Servicios para adolescentes	0,2	-
Total	100	100

Fuente: elaboración propia, cálculos del estudio

Entre los servicios preventivos a los que los afiliados querían asistir, ocuparon los tres primeros lugares: el control médico⁵, 25,0% (RC 23,7% y RS 27%); el programa de adulto mayor, 18,3% (RC 18,5% y RS 18%) y el programa de crecimiento y desarrollo, 16,5% (RC 16,1% y RS 17,1%).

Para el RC les siguen: *otros servicios referidos como preventivos*⁶ (17%), citología uterina (6,2%), salud mental (6,1%) y el PAI (5,8%).

5 Esta no fue una opción de respuesta incluida en el instrumento; se recogió en las respuestas abiertas a la opción otros. Dada la alta frecuencia del dato se incluyó como variable.

6 Los encuestados reportaron como servicios preventivos la necesidad de consultar para recibir resultados de exámenes o los controles con especialistas.

Los servicios de higiene oral, planificación familiar, control prenatal, examen de mama y atención a adolescentes obtuvieron porcentajes muy inferiores (tabla 3).

TABLA 3. TIPO DE SERVICIOS PREVENTIVOS Y NECESIDAD SENTIDA SEGÚN SEXO. BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009, CALI

Servicios preventivos	Sexo	
	Hom-bre (%)	Mujer (%)
Control médico	26,4	24,2
Adulto mayor	15,6	20,1
Crecimiento y desarrollo	23,6	11,9
Otros	16,8	10,2
Citología uterina	-	11,0
Salud mental	5,0	7,4
PAI	10,5	3,0
Higiene oral	1,8	5,7
Planificación familiar	-	4,1
Control prenatal	-	1,3
Examen de mama	-	1,0
Servicios para adolescentes	0,3	-
Total	100	100

Fuente: elaboración propia, cálculos del estudio

Para el RS les siguen: citología uterina (7,4%), salud mental (7,2%), otros servicios referidos como preventivos (6,5%), PAI (6,1%), higiene oral (6,1%); planificación familiar y examen de mama tuvieron porcentajes muy inferiores. Llama la atención que en este régimen los afiliados no reportaron como necesidad sentida asistir al control prenatal y los servicios para adolescentes.

3.3. Distribución por sexo y edad de la necesidad sentida de servicios preventivos

Entre los hombres se encontró mayor necesidad de consultar el control médico (26,4%),

seguido de crecimiento y desarrollo (23,6%), otros servicios reportados como preventivos (16,8%), adulto mayor (15,6%), PAI (10,5%), salud mental (5%), higiene oral (1,8%) y servicios para adolescentes (0,3%).

Por grupos de edad (figura 3), el 77,3% de los menores de un año y el 58,7% de los niños de 1 a 4, sintió necesidad del servicio de crecimiento y desarrollo; mientras que el control médico tuvo mayor frecuencia en los hombres de 15 a 19 años (50,1%) y de 20 a 44 años (42,1%); la higiene oral fue reportada por el 11,2% del grupo de 20 a 44; el 53,8% de los hombres entre 45 y 79 años y el 86,3% de 80 y más reportaron necesidad del servicio de adulto mayor.

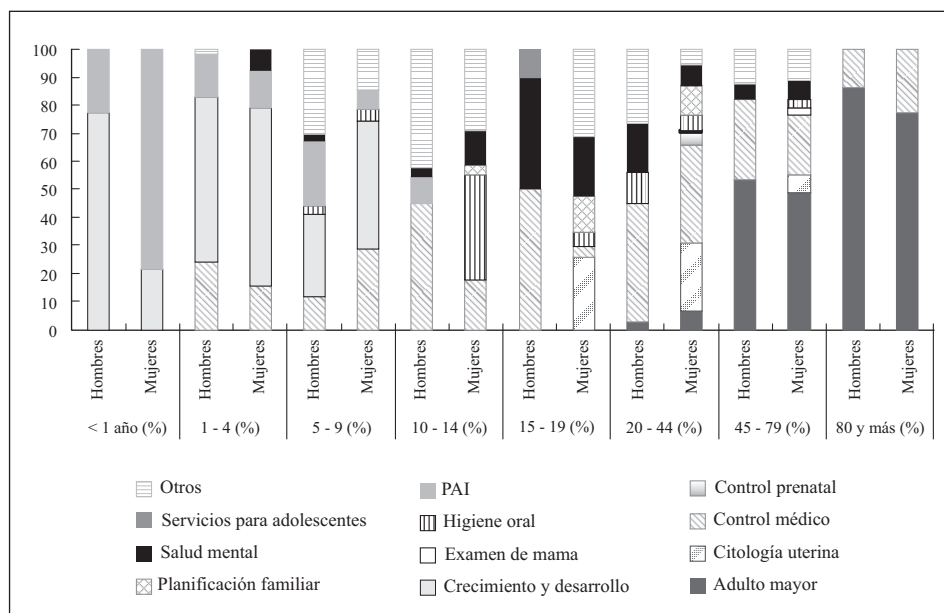
En las mujeres se encontró mayor necesidad de consultar el control médico (24,2%), seguido de servicios como: adulto mayor (20,1%), crecimiento y desarrollo (11,9%), citología uterina (11%), otros servicios re-

portados como preventivos (10,2%), salud mental (7,4%), higiene oral (5,7%), planificación familiar (4,1%), PAI (3,0%), control prenatal (1,3%) y examen de mama (1,0%).

Por grupos de edad (figura 3), el 21,8%, de las menores de un año, el 63,4% de 1 a 4 años y el 45,7% de cinco a nueve reportaron la necesidad del programa de crecimiento y desarrollo; entre las menores de un año, el servicio con mayor proporción fue el PAI, 78,2%; este también se reportó en el 13,1% de las niñas de uno a cuatro años y en el 6,9% del grupo de cinco a nueve años. La higiene oral fue reportada por el 37,2% de las mujeres de 10 a 14 años.

El servicio de citología uterina ocupó el segundo lugar en las mujeres de 15 a 19 años, 26%, superado por “otros servicios referidos como preventivos”, 31,1%, y el segundo lugar en las mujeres de 20 a 44 años, 24,2%, superado por el control médico, 34,8%; en

FIGURA 3. NECESIDAD SENTIDA DE SERVICIOS PREVENTIVOS POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD.
BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009, CALI



Fuente: elaboración propia, cálculos del estudio

las mujeres de 45 a 79 años se reportó en un 6,3%. El 3,4% del grupo de 10 a 14 años quería consultar planificación familiar, así como el 12,7% de las mujeres de 15 a 19 y el 10,6% de las de 20 a 44. El 0,8% de las mujeres de 20 a 44 mencionó el examen de mama y el 2,2% del grupo de 45 a 79 años.

El 49,1% de las mujeres de 45 a 79 años sintió necesidad de consultar el programa de adulto mayor, así como el 77,4% de las de 80 y más.

A pesar de haber sentido la necesidad de consultar los servicios de planificación familiar, higiene oral y control médico, no los demandaron un 7,7%, un 6,5% y un 6,2% respectivamente.

3.4. Consulta de servicios preventivos por sexo y edad con respecto al total de la población contributiva y subsidiada

La información a continuación se estimó tomando como denominador la población total afiliada a cada régimen, para lo cual se analizó el uso de los programas preventivos por grupos de edad y sexo, excluyendo el control médico y la opción otros.

- *Hombres y consulta de servicios preventivos por grupos de edad y régimen.* Los niños afiliados al RS usaron más los servicios preventivos que los afiliados al RC; mientras en la población de adultos mayores consultaron más los afiliados al RC (figura 4).

En el grupo de los menores de un año los afiliados al RS reportaron una frecuencia de uso de 15,5% de los programas de crecimiento y desarrollo y PAI, mientras un 23,2% fue reportada en el RC. Para ambos regímenes, en la población de 10 a 44 años, la frecuencia de uso de servicios preventivos es casi nulo; se encontró un 3,4% en el RC para

PAI y un 1,1% en el RS para el programa de salud mental.

En los grupos de cinco a nueve y de 20 a 44 años, la frecuencia de uso del programa de higiene oral fue de proporciones inferiores al 1,7%. En el grupo de 45 a 49 años el reporte para el programa de adulto mayor fue de 10,4% en el RC y 7,7% en el RS. En el grupo de 80 y más años, el programa de adulto mayor presentó 47,1% en el RC y 30,4% en el RS, y no reportaron uso de los demás servicios preventivos.

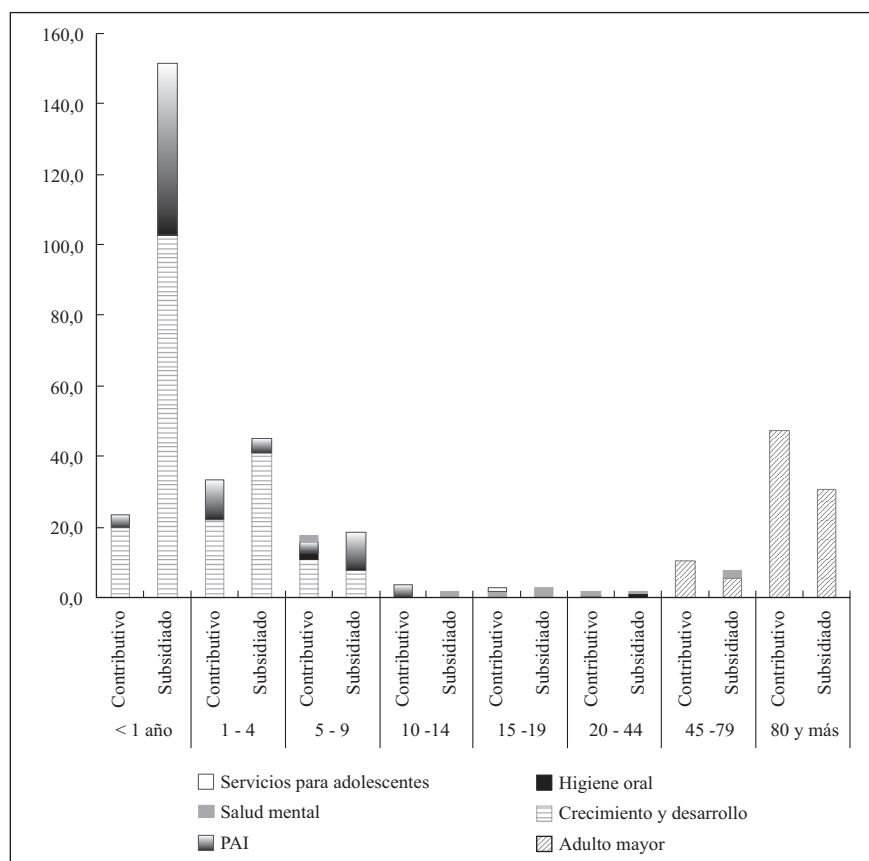
En varios grupos de edad se encontraron proporciones de frecuencias de uso muy bajas del programa de salud mental; y en ninguno se obtuvo reportes del programa de planificación familiar.

- *Mujeres y consulta de programas preventivos por grupos de edad y régimen.* En las mujeres se reportó una mayor proporción de frecuencia de consulta de servicios preventivos, aunque, al igual que en los hombres, la proporción no llega al 50%, con excepción de los programas de crecimiento y desarrollo y PAI, reportada en un 97,7% por las menores de un año del RC (figura 5).

En los grupos de edad que comprenden a la población femenina de 5 a 44 años, las proporciones de frecuencia de uso de los programas, sin distinguir regímenes, oscilaron entre 17,6 y 5,6%, mientras en los grupos de 45 a 79 y 80 y más, fluctuaron entre 16% y 24,2 %.

Al comparar los hallazgos entre el RC y el RS, como muestran las cifras entre paréntesis, en las menores de un año (97,7/36,3%), las de uno a cuatro (45/33,5%), cinco a nueve (17,6/8,8%) y 10 a 14 años (11,4/5,6%) se encontraron mayores proporciones de frecuencia de uso en el RC que en RS; en el grupo de 15 a 19 el porcentaje fue ligeramen-

FIGURA 4. CONSULTA DE PROGRAMAS PREVENTIVOS EN HOMBRES POR GRUPOS DE EDAD Y RÉGIMEN.
BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009. CALI



Fuente: elaboración propia, cálculos del estudio

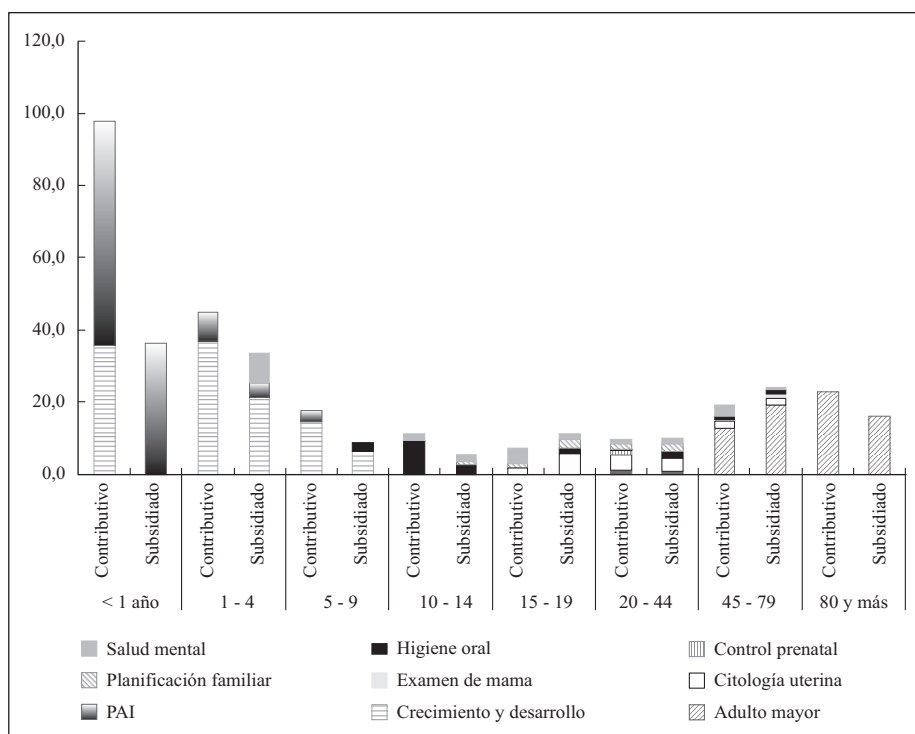
te más alto en el subsidiado (7,4/11,4%); en la población de 20 a 44 años fue muy similar (9,6/10%); en el grupo de 45 a 79 fue un poco más alta en el subsidiado (19,2/24,2%), mientras entre las mujeres de 80 y más fue siete puntos porcentuales más alta en el contributivo (23/16%).

Cuando se analiza la consulta de los programas de salud sexual y reproductiva se observan proporciones de frecuencia de uso muy bajas. Entre los 15 y los 44 años, el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix a través de la citología uterina fue el de mayor uso, con porcentajes muy similares

para ambos regímenes que van de 5,7 a 1,9%. Se nota una mayor proporción de frecuencia de uso de este servicio en mujeres del subsidiado de 15 a 19 años (5,7%). En general, el examen de mama y la planificación familiar tuvieron muy bajos porcentajes. Para el examen de mama se reportó un 0,2% en el RC y ninguno en el RS.

El programa del adulto mayor en el grupo de 45 a 79 presentó una frecuencia de uso de 19,3% por los afiliados al RC y 24,2% por el RS y en el grupo de 80 y más años la frecuencia de uso fue 23% para las mujeres del contributivo y 16% para las subsidiadas.

**FIGURA 5. USO DE PROGRAMAS PREVENTIVOS EN MUJERES POR GRUPOS DE EDAD Y RÉGIMEN.
BARRIO REPÚBLICA DE ISRAEL, 2009, CALI**



Fuente: elaboración propia, cálculos del estudio

Aunque las proporciones de frecuencia de uso del programa de salud mental auto-reportadas fueron muy bajas, este servicio fue demandado en casi todos los grupos de edad.

4. Discusión de resultados

En el modelo teórico se presume que ante una necesidad de atención en salud el individuo desea tal atención (13); sin embargo, hay situaciones subjetivas de la población y objetivas de la oferta que pueden estar afectando tanto la necesidad como el deseo de atención. Es decir, que percibir la necesidad de usar un servicio preventivo puede estar siendo influenciado por factores económicos, sociales y culturales de la población o por la

resistencia de la oferta de servicios, de tal manera que el valor de la necesidad pierde fuerza y sentido, a tal punto que ésta deja de expresarse.

En la comunidad estudiada se encontró para un mismo estrato socioeconómico características diferentes en variables socioeconómicas entre el grupo afiliado al régimen subsidiado y el del régimen contributivo; aunque son similares en cuanto a estructura demográfica, presentan discrepancias en escolaridad y ocupación que reflejan mejores condiciones para la población del régimen contributivo.

Con relación a los recursos disponibles en la comunidad, los cuales para Frenk constituyen parte del poder de utilización, los

aportes al SGSSS de la población afiliada al contributivo y de los empleadores, así como los del Estado traducidos en subsidios a la demanda, constituyen algunos de los recursos potenciales más importantes para el acceso a los servicios de salud.

La población estudiada de ambos regímenes cuenta con estos recursos y demanda los servicios en la medida en que percibe la necesidad de consultar. En los resultados de esta investigación llama la atención las bajas prevalencias de necesidad sentida (17,6%) y demandada (16,9%) de servicios preventivos de la población afiliada al SGSSS en el barrio estrato socioeconómico dos objeto del estudio.

Es aceptado que las barreras culturales, generalmente prevalentes en la población de bajo nivel educativo, afectan especialmente el acceso potencial a los servicios preventivos, lo cual puede explicar la situación encontrada relacionada con la necesidad sentida de usar un servicio de salud sólo por prevención, la cual tuvo una prevalencia del 19% en el régimen contributivo y del 15,8% en el régimen subsidiado, con una diferencia estadísticamente significativa.

Estos hallazgos son similares a lo encontrado por Mejía y colaboradores, quien concluyó, en un estudio realizado en Antioquia, que la búsqueda de servicios para prevención está sesgada al régimen contributivo, y en contraste, no accede a ellos el 69,0% de la población con menores ingresos. Dado que en el régimen subsidiado se concentra población pobre y que enfrenta mayores factores de riesgo, estas inequidades en el acceso a consulta de prevención pueden eventualmente traducirse en una mayor carga de morbilidad que les impida lograr todo su potencial de salud y se produzca el círculo vicioso entre mala salud y pobreza (25).

Se releva entonces la escasa conciencia social de la importancia de los servicios preventivos para la mayoría de los grupos poblacionales, dado que el estudio muestra cómo menos de una quinta parte de la población siente la necesidad, demanda y usa los servicios preventivos.

Mendoza y Béria en una revisión sistemática sobre estudios de utilización de servicios de salud, señalan como factores relacionados directamente con la utilización de servicios preventivos, el ingreso (o nivel socioeconómico), el nivel de educación del usuario, su vinculación con un seguro de salud así como el hecho de tener un médico definido y permanente para todas las consultas. Además, encuentran que la inequidad se puede reflejar también en la utilización de consultas preventivas. Freeborn y colaboradores, en los Estados Unidos, vieron que entre las mujeres de 40 a 59 años, el grupo de mayor ingreso tuvo una asociación significativa con consultas preventivas. Lo mismo fue observado por Borrell y colaboradores en España, donde 61% de las mujeres de la clase social alta realizaron exámenes preventivos para cáncer de cuello de útero, comparado con 32% de la clase más baja. También el Black Report (Black y colaboradores) describe cómo en Gran Bretaña las mujeres de las clases sociales I y II utilizaron más consultas preventivas (consultas prenatales y dentistas) que las mujeres de clases inferiores (26).

Como lo plantean Aday y Andersen, otro aspecto importante relacionado con el acceso a los servicios es el de las características de la oferta, que incluyen la disponibilidad de los servicios y su organización, pues éstos deben estar disponibles en el momento y lugar en que el paciente los necesita y su forma de ingreso al sistema debe resultar clara.

Esta investigación no abordó las características de la oferta desde la perspectiva institu-



cional, dado que la decisión fue explorarlas desde la perspectiva de la población; por ello la discusión se basa en lo expresado por los usuarios. Hipotéticamente, la población “conoce” las características de la oferta por sus experiencias en el uso de los servicios, por las referencias de otras personas o por la información que las instituciones le proporcionan; no obstante, el estudio muestra cómo una importante proporción de los usuarios desconoce, además del tipo de subsidio a que tiene derecho, el portafolio de servicios respectivo, relevándose por ejemplo que sólo el 39,4% de los afiliados al régimen subsidiado reportó haber recibido información al respecto.

A las características de la oferta se deben sumar las propias del desplazamiento hacia las instituciones de salud, condicionadas por la ubicación de los prestadores. Los hallazgos del estudio muestran mejores condiciones de acceso en términos de distancia para los afiliados al régimen subsidiado. La ubicación de los sitios de atención en salud es una de las diferencias más notables entre los regímenes, constituyéndose en obstáculo ecológico o barrera geográfica para una importante proporción de los afiliados al régimen contributivo, mientras la red básica de servicios del régimen subsidiado está ubicada dentro del barrio o a pocas cuadras del mismo en sectores aledaños, anulando los gastos de transporte y disminuyendo el tiempo de desplazamiento en la mayoría de los usuarios.

Las redes de atención del contributivo se distribuyen en toda la ciudad, con algunas concentraciones en la zona centro-sur o en la norte, en sectores donde por tradición se concentran los prestadores privados de servicios de salud y en tres sitios cercanos al barrio, como se mostró en la georreferenciación hecha por este estudio. Esta condición parece ser valorada por los usuarios del contributivo cuando al escoger una EPS

y seleccionar sus IPS, deciden utilizar con mayor frecuencia las privadas ubicadas más cerca al barrio.

Los hallazgos del estudio muestran cómo del 16,9% de la población del barrio afiliada al contributivo y al subsidiado que demandó los servicios preventivos, más del 95% fue atendida. Esto significa que la entrada al Sistema opera para quien expresa la necesidad y por consiguiente justifica la estrategia de inducción a la demanda, dadas las bajas prevalencias de uso encontradas entre los afiliados a ambos regímenes.

Pero la situación cambia cuando se estima el uso de los servicios empleando como denominador la población general. Como se mencionó anteriormente, las prevalencias de necesidad sentida y de uso de servicios preventivos son relativamente bajas, ante una población pobre con un perfil demográfico en transición. Alrededor de una sexta parte de la población en el caso de los servicios preventivos cumple secuencialmente tres condiciones: (1) siente la necesidad de consultar, (2) demanda y (3) usa los servicios.

La baja utilización de los servicios preventivos para ambos regímenes también fue encontrada por Realpe y colaboradores en Manizales (27) y se constata en la Encuesta Nacional de Salud 2007 (28) según la cual en la distribución por regímenes de afiliación las prevalencias de uso de servicios preventivos en el último mes para la población entre 6 y 69 años se encontraron alrededor del 20% para el contributivo y 13% para el subsidiado; cerca del 16% del total de la población usó un servicio preventivo en el último mes.

Es notable el uso de la consulta o el chequeo médico autorreportado como servicio preventivo, el cual ocupa el primer lugar entre las frecuencias de necesidad sentida para ambos regímenes; esto podría significar un

desplazamiento de los programas de salud pública. De igual manera, Muñoz y colaboradores, en un estudio realizado con personas hipertensas en Pereira, al indagar acerca de la asistencia a controles de hipertensión, muestran cómo las personas no diferencian entre una cita médica donde se prescriben medicamentos de la asistencia al programa de control de la hipertensión (29).

En cuanto al uso de programas preventivos, se encontraron diferencias entre hombres y mujeres por grupos de edad y entre regímenes, con resultados positivos en los grupos de menores de un año para el programa ampliado de inmunizaciones y el control de crecimiento y desarrollo; los servicios preventivos odontológicos fueron pobremente reportados en la población en edad escolar, con un ligero incremento en las mujeres de 10 a 14 años.

Entre las mujeres de 45 a 79 años, 2 de cada 100 se tomaron la citología vaginal en los últimos tres meses, y 4 de cada 100 en el grupo de 20 a 44 años; el examen de mama y la planificación familiar tienen también reportes de uso muy bajos. Cogollo y colaboradores, en un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cervicouterina (CCU), observaron que el 44% de las mujeres evaluadas tienen una práctica correcta y el 56% restante una práctica incorrecta. A la pregunta sobre la frecuencia con que las encuestadas menores de 30 años se realizaban una prueba de CCU, el 72% se la realizaba una vez al año, mientras que del grupo mayor de 30 años sólo el 13% se realiza la prueba en forma adecuada (una vez cada dos o tres años) (30).

En la distribución por sexo, el programa del adulto mayor es utilizado por debajo de un 20% en los hombres y las mujeres del grupo de 45 a 79 años. Aunque las proporciones

de consulta del programa de salud mental auto-reportadas fueron bajas, se percibe su uso por algunas mujeres en casi todos los grupos de edad.

Llama la atención los hallazgos relacionados con el casi nulo uso de los servicios de higiene oral y planificación familiar; y en general el bajo uso de todos los servicios preventivos, dado que en el marco del SGSSS, el Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, declara como un imperativo para todos los actores aseguradores y prestadores ofrecer programas preventivos y garantizar la asistencia de la población a éstos. Además, las entidades territoriales tienen como responsabilidad monitorear y evaluar el cumplimiento de las metas.

5. Validez del estudio

El marco teórico aportó elementos claves para el diseño del estudio, el análisis, la interpretación y la discusión de los resultados.

La utilización de preguntas validadas en estudios nacionales, la aplicación de dos pruebas piloto, la metodología de muestras complejas, un tamaño robusto de muestra y el seguimiento estricto al cumplimiento de los aspectos del diseño, la recolección y el procesamiento de la información dan cuenta de la validez.

Los resultados del estudio mostraron coincidencias con encuestas nacionales y con otras investigaciones. Por su carácter exploratorio, algunas variables no han podido ser contrastadas con otros estudios, pues no han sido investigadas.

Lo anterior soporta la inferencia de los resultados a la población, no sólo del barrio, sino también de la comuna. Siendo la población

colombiana mayoritariamente pobre, la situación encontrada en este estudio podría ser generalizable a la de otros grupos humanos que viven en contextos similares.

De acuerdo con el modelo planteado, fueron limitaciones en el componente de acceso a servicios preventivos la falta de consulta de fuentes institucionales para caracterizar la oferta de servicios y la no exploración de la satisfacción de los usuarios, aspecto considerado en otra parte de la investigación.

6. Conclusiones

El acceso potencial y real a los servicios preventivos de salud de la población de estrato socioeconómico dos de un área urbana de Cali se afecta por el tipo de aseguramiento en salud. Hay diferencias, algunas con significancia estadística, en las características de la población y de la oferta que influyen en el uso de estos servicios para los grupos estudiados: los afiliados al régimen contributivo y los afiliados al régimen subsidiado.

Las dos poblaciones estudiadas cuentan con los recursos propios de sus planes de aseguramiento y comparten la misma estratificación socioeconómica correspondiente a condiciones de pobreza, pero tienen diferencias en nivel educativo, ocupación e ingresos, las cuales favorecen al régimen contributivo e influyen en la cultura en salud y las decisiones al respecto. Por consiguiente, las intervenciones de salud pública deben contemplar estas diferencias en las estrategias de promoción del acceso, y también deben establecer alianzas intersectoriales, experiencias institucionales y comunitarias que promuevan modificaciones en la cultura y la educación en salud.

Dado que los servicios preventivos están libres de cargas adicionales, como copagos

y cuotas moderadoras, deberían ser más desarrollados y promocionados para actuar mucho más sobre los riesgos y controlar los eventos, pues no se justifica su bajo uso por parte de la población.

El análisis de los resultados relacionados con la necesidad sentida de servicios preventivos ha generado una hipótesis acerca de que la percepción de las necesidades en salud se modifica y evoluciona de acuerdo con los significados que la gente construye en sus experiencias de consumo o por referencias, las capacidades de la población, el contexto, los recursos y la respuesta institucional; se requieren nuevos estudios con capacidad de profundizar en las representaciones sociales de las necesidades de atención en salud en servicios preventivos, con mayor especificidad para estudiar la complejidad de las relaciones entre los aspectos mencionados. Además, el país y las regiones requieren más estudios para conocer las relaciones, necesidad, demanda y oferta, que permitan establecer estas comparaciones y actualizar estándares para la programación y la evaluación.

Los resultados de este estudio son un hallazgo dramático para la salud pública, que amerita ejercicio de la autoridad sanitaria en los territorios, información y educación a la comunidad, inducción a la demanda, endorecimiento de la interventoría de contratos de aseguramiento del régimen subsidiado, vigilancia de las acciones de promoción y prevención a las EPS, seguimiento intensivo a las metas de cobertura de los programas de salud pública que ejecutan las diferentes organizaciones del sector salud, basado en la estructura demográfica y en perfil epidemiológico de la población, y no en los históricos de prestación del servicio, entre otros.

Todo lo anterior amerita la revisión de varios aspectos: la relevancia social de los progra-

mas preventivos, la promoción del acceso y su utilización y el estado actual de la oferta de servicios preventivos.

7. Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington DC: OPS; 2002.
2. Daniels N, et ál. Criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de políticas en los países en desarrollo. Boletín de la OMS. Recopilación de artículos N° 3, 2000.
3. Varela C, Carrasquilla G, Tono T. Asimetría en la información. Barreras para la implementación de las reformas en salud en Colombia. Colombia Médica. 2002; 33, (003): 95-05.
4. Torres M, Hernández N. El caso colombiano: el mercado no es para todos y todas. En: Derecho a la salud. Situación en países de América Latina. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames).
5. Uribe-Mallarino C. Estratificación social en Bogotá: de la política pública a la dinámica de la segregación social. Universitas Humanística (Bogotá-Colombia). 2008 enero-junio; 65: 139-71.
6. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidad de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 1991.
7. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Specifying requirements of health care. Cambridge, MA; Harvard University Press; 1973.
8. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? ArchPatholLabMed. 1997; (121): 1145-50.
9. Aday LA, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. En: White KL, et ál. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington DC: OPS; 1992.
10. Andersen R, et ál. The public's view of the crisis in medical care: An impetus for changing deliver systems? Econ and Bus Bull. 1971 Fall; 24 (44).
11. Mogollón S. Acceso de la población desplazada por el conflicto armado a los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá, Colombia. [Tesis]. Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina; 2004.
12. Frenk J. El concepto y la definición de accesibilidad. En: White KL, et ál. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington DC: OPS; 1992.
13. Arrendondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública Méx; 1992. 34 (1): 36-48.
14. Spinelli H, Urquía M, Bargalló M, Alazraqui M. Equidad en salud. Teoría y praxis. Argentina: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Serie Seminarios Salud y Política Pública, Universidad Nacional de Lanús; 2002.
15. Frankel S. Health needs, health-care requirements, and the myth of infinite demand. Lancet. 1991; 337: 1588-90.
16. Frenk J. La salud de la población hacia una nueva salud pública. En: Ciencia para todos; 1997 [citado 2007, dic. 14]. Consultado en: <http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/poblacion.htm>
17. Barrenechea J, Trujillo E, Chorny A. Salud para todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y la administración de los sistemas de salud. Medellín: Universidad de Antioquia; 1990.
18. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Myfanwy Morgan, M, Hughes D, Gibson B, Beech B, Hudson M. What does 'access to health care' mean? Journal of Health Services Research & Policy. 2002; 7 (3): 186-88.
19. Alcaldía Municipal de Santiago de Cali. Planeación municipal. Cali en cifras [citado 2007 abr. 15]. Consultado en: <http://planeacion.cali.gov.co/contentmgr/default.asp?id=157>
20. Silva LC. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2000, capítulo 8, p. 189.
21. Sugden RA, Smith TMF. Domains of study and poststratification. Journal of Statistical Planning and Inference. 2006; 136: 3307-17.
22. Instituto Nacional de Estadística (INE). Ajuste de los factores de expansión por postestratificación. Programa para el mejoramiento de las encuestas y la medición de las condiciones de vida en América Latina y El Caribe, MECOVI; 2004 [citado 2007 nov.1]. Consultado en: <http://www.eclac.cl/deype/mecovi/taller14.htm>
23. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Censo 2005.
24. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Nacional de Hogares 2008.
25. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev. Salud Pública. 2007 Mar; 9(1): 26-38 [serie en Internet] [citado 2011 abr. 21] Consultado en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-



- 00642007000100004&lng=en. doi: 10.1590/S0124-00642007000100004.
26. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*. 2001 Aug; 17(4): 819-32 [serie en Internet] [citado 2011 abr. 25] Consultado en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311-X2001000400016&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2001000400016.
27. Realpe C, Escobar GM, Largo BC, Duque B. Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002. *Revista Colombia Médica*. 2002; 33(3): 102-07.
28. Ministerio de la Protección Social. ENS. Op.Cit., p. 115.
29. Muñoz LP, Cerezo MP, González MC, et ál. Accessibility to health and preventive promotional actions 2⁹ of the hypertensive population of Pereira. *The Patient`s Outlook. Investig Andina*. 2009 Jan./June; 11 (18): 6-22. [serie en Internet] [citado 2011 abr.]. Consultado en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462009000100002&lng=en&nrm=iso. ISSN 0124-8146.
30. Cogollo Z, Castillo I, Torres B, Sierra L, Ramos E, Ramos M. Conocimientos, actitudes y prácticas de mujeres entre 18 y 49 años frente a la citología cérvico-uterina en instituciones de salud pública de Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. 2010; 26 (2).