

Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud

Juan Eduardo Céspedes¹, Iván Jaramillo², Rafael Martínez³, Sonia Olaya⁴, Jairo Reynales⁵, Camilo Uribe⁶, Ramón A. Castaño⁷, Edgar Garzón⁸, Celia Almeida⁹, Claudia Travassos¹⁰, Fernando Basto¹¹ y Janeth Angarita¹²

¹ Médico. M. Sc. CTM, M. Sc. Epidemiología, DTM&H, PDF. Escuela Superior de Administración Pública-ESAP, Colombia. Postgrados en Gerencia de Servicios de Salud; Consultores Internacionales en Seguridad Social y Salud. Web-page: www.cinssa.com

² Contador Público. M. Sc. Administración Pública. Universidad Nacional de Colombia. Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID. E-mail: ijaramillo@colomsat.net.co

³ Escuela Superior de Administración Pública-ESAP, Colombia. Postgrados en Gerencia de Servicios de Salud.

⁴ Escuela Superior de Administración Pública-ESAP, Colombia. Postgrados en Gerencia de Servicios de Salud.

⁵ Médico. M. Sc. Salud Pública. Escuela Superior de Administración Pública-ESAP, Colombia. Postgrados en Gerencia de Servicios de Salud. E-mail: jcamilo@latino.net.co

⁶ Médico. Escuela Superior de Administración Pública-ESAP, Colombia. Postgrados en Gerencia de Servicios de Salud.

⁷ Médico. Esp. Gerencia Hospitalaria, M. Sc. Gestión y Políticas en Salud. Universidad Javeriana, Posgrados en Administración en Salud, Colombia. E-mail: rcastano@post.harvard.edu

⁸ Ingeniero de Sistemas. Esp. Análisis de Datos. Universidad Javeriana, Posgrados en Administración en Salud, Colombia. E-mail: egarzon@laciudad.com

⁹ Directora del programa "Equity-Oriented Health Policy Analysis in Latin América". Secretaria Ejecutiva de la Red de Investigación en sistema y Servicios de Salud en el Cono Sur. Instituto Oswaldo Cruz, Brasil. E-mail: calmeida@ensp.fiocruz.br redsalud@procc.fiocruz.br

¹⁰ Departamento de Información de Salud, Instituto Oswaldo Cruz, Brasil.

¹¹ Administrador de Empresas. Vicepresidente de Servicio al Usuario&Mercadeo. www.businesscol.com

¹² Bacterióloga. Consultora independiente. E-mail: jangarita@businesscol.com

RESUMEN

Para evaluar los efectos del nuevo sistema de salud sobre la equidad en el acceso y la utilización de los servicios de salud, se compararon dos cortes transversales de la población antes de la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS y después de la misma. Se evaluaron los cambios en la distribución de un indicador de equidad en el acceso a los servicios de salud: afiliación al SGSSS; adicionalmente, se compararon dos grupos de población en el corte de 1997, afiliados y no afiliados al SGSSS, con el fin de evaluar los cambios en la distribución de dos indicadores de equidad en la utilización de servicios: hospitalización y uso de servicios de salud en general. Los resultados obtenidos, revelan que entre 1993 y 1997, la cobertura del SGSSS aumentó del 23 % al 57 %. El aumento en la cobertura fue más dramático entre los segmentos más pobres de la población: en los hogares del primer decil de ingresos la cobertura aumentó del 3,1 % al 43,7 %, y el índice de concentración en la distribución de la afiliación al SGSSS se redujo a la mitad: del 0,34 a 0,17. En cambio, los indicadores de concentración correspondientes a la utilización de servicios variaron muy poco inclusive luego del ajuste hecho por edad, género y necesidades. Estos resultados sugieren un impacto positivo del SGSSS sobre las inequidades en el acceso, pero los efectos sobre las inequidades en la utilización de los servicios de salud no son claros.

Palabras claves: Equidad, servicios, salud, acceso, utilización.

ABSTRACT

Effects of the Social Security Reform in Colombia on equity to access and use of health services

In order to evaluate the effects of the new health system upon the equity to access and use of the health services, two cross sections of the population were compared: before Law 100 of 1993, which created the General System for Social Security in Health-SGSSS-, and after the law was passed. The changes in the distribution of an indicator of equity in access to health care services, the affiliation to the General System for Social Security in Health, were assessed. Additionally, two groups were compared in the 1997 cross section, affiliated and non-affiliated to the SGSSS, in order to assess the changes in the equity of use of hospital services and health care services in general. The results obtained show that between 1993 and 1997 the coverage of the SGSSS increased from 23% to 57%. This increase in coverage was more dramatic amongst the poorest sectors of the population: in the homes of people in the lowest tenth percentile of income the coverage increased from 3.1% to 43.7%, and the index of concentration of affiliation to the SGSSS decreased by half: from 0.34 to 0.17. By contrast, the indicators of concentration corresponding to the use of health services varied very little even after the adjustments by age, gender and needs. These results suggest a positive impact of the SGSSS on the inequities of access to health services, but the effects upon the inequities of use of health services are not clear.

Key words: Equity, health care services, access, use.

La organización, financiamiento y prestación de los servicios de salud son objeto de políticas regulatorias en la mayoría de las sociedades del mundo (1). La intervención sobre la operación de los mercados de salud se justifica sobre dos hechos (2-6).

1. Desde el punto de vista de la teoría económica, se justifica por las fallas e imperfecciones intrínsecas de los mercados para garantizar la eficiencia y calidad de los servicios. La operación de los mercados de salud puede fallar por cuatro razones fundamentales: a. Ausencia de mercados, como sucede con algunos bienes públicos, debido a las externalidades y ausencia de competitividad, como ocurre con los servicios de salud pública dirigidos a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud; b. El poder de los agentes del mercado, para distorsionar los precios por encima del óptimo social, como sucede con los monopolios o empresas con privilegios; c. No maximización de beneficios, cuando hay incentivos perversos a la ineficiencia, como suele suceder en muchas empresas de economía solidaria o públicas; d. Las asimetrías de información, que originan selección adversa de personas, servicios o instituciones y riesgos morales que llevan a la utilización de servicios por encima del óptimo social.

2. Desde el punto de vista de las teorías de igualdad y justicia social, se justifica, también, por el hecho de que los servicios de salud se comportan como bienes meritorios (7-12): la sociedad, en su conjunto, considera que el acceso a los servicios de salud es un derecho de todos los individuos que debe ser protegido y garantizado por el Estado. Por consiguiente, además de la eficiencia y la calidad, la equidad constituye un tercer objetivo que justifica la formulación e instrumentación de políticas regulatorias del mercado salud.

En teoría, las opciones de políticas regulatorias disponibles para el logro de estos objetivos son tres (13): a. Intervención total o estatización de las funciones de planeación, financiamiento y producción de servicios, como ocurre en Cuba; b. Privatizar (no intervención o solución de mercado) todas las funciones de prestación de servicios de salud, como ocurre en Estados Unidos; 3. Regular el mercado (intervención parcial o solución mixta), es decir, estatizar algunas funciones, tales como el financiamiento y aseguramiento, privatizar otras, tales como la prestación de servicios, y dejar a la discreción de agencias estatales la regulación de dichas funciones, como ocurre en Canadá (14). En la práctica, sin embargo, no existen modelos puros, y la mayoría de los mercados de salud en el mundo son regulados, en mayor o menor grado por el Estado (1).

En Colombia, con la Ley 100 de 1993, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, lo cual generó cambios profundos a partir de 1.994 en la organización, funcionamiento y financiamiento de los servicios de salud (15,16). El modelo resultante, corresponde a un esquema de mercado regulado e integrado por tres subsistemas (17-20) subsistema de regulación y control, el cual está organizado en forma descentralizada y comprende los instrumentos de regulación del SGSSS y

las agencias responsables de su diseño y aplicación, incluidas el Consejo Nacional de Política Social y Económica-CONPES, el Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS, la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud-DTS; 2) el subsistema de financiamiento y aseguramiento, el cual está organizado en dos regímenes, subsidiado-RS y contributivo-RC, y comprende el Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, y los diferentes tipos de Empresas Promotoras de Salud-EPS; y, 3) el subsistema de prestación de servicios, el cual comprende las instituciones prestadoras de servicios-IPS, públicas o privadas, que compiten entre sí frente a los usuarios con libertad de elección.

Como consecuencia de estas transformaciones institucionales, la cobertura del SGSSS pasó del 21 % al 52 % por ciento de la población, durante el periodo 1993 a 1997 (19). Esta cifra, incluye el 75 % de la población objeto del RC y el 35 % de la del RS, respectivamente. Sin embargo, dado que un 6 % adicional de la población está cubierta por otros esquemas, la cobertura total del aseguramiento en salud asciende a 22,7 millones de personas que representan al 57 % del total, según la encuesta de calidad de vida realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, en 1997. Es importante aclarar que en el RC, la mayor parte del incremento de la cobertura se dio a expensas de la extensión de beneficios de la seguridad social a los familiares y dependientes de los cotizantes. Por eso, el hecho más significativo en materia de cobertura al SGSSS es el RS. Adicionalmente, el gasto total en salud pasó del 7 % a por lo menos el 10 % del PIB, entre 1993 y 1997 (21-23). Este nivel de gasto, es considerable y representa un esfuerzo con pocos precedentes en el contexto mundial.

No obstante, se desconoce qué efectos concretos ha tenido la reforma sobre la equidad en los servicios de salud. Esta información es crítica para que los planificadores y formuladores de políticas sociales, en general, puedan perfeccionar y mejorar la efectividad de los instrumentos de regulación financiera, especialmente aquellos destinados a focalizar el gasto social en los segmentos más pobres, marginados y vulnerables de la población, con el fin de garantizar su acceso a los servicios de salud.

Definiciones conceptuales

La equidad en salud se refiere a aquellas diferencias en los indicadores de salud que son evitables, e injustas, a través de una mejor distribución de los beneficios del desarrollo social y económico, en general. En este sentido, la equidad en salud se entiende como la igualdad de oportunidades que deben tener todas las personas para alcanzar su pleno potencial de salud sin desventaja, si ello puede evitarse (6, 10, 24).

De otra parte, la distribución de los servicios de salud no debe regirse por la capacidad de pago de las personas, como se distribuyen otros bienes y servicios en el mercado, pero la financiación de éstos sí debe distribuirse entre los miembros de

la sociedad según su capacidad de pago. Esto implica por una parte, que los sistemas de salud deben ser financiados con esquemas tributarios progresivos, o al menos proporcionales, es decir, bien sea mediante impuestos generales directos bajo esquemas progresivos, o mediante impuestos a la nómina que eviten la transferencia del impuesto al trabajador o a los precios de los demás bienes y servicios de la economía (24). Por esta razón los seguros privados y los pagos directos de bolsillo no deben constituir un esquema de financiamiento predominante, pues a su impacto regresivo hay que agregarle el impacto mucho más inequitativo que afecta en mayor medida a las personas enfermas (25). Otro criterio que se utiliza para analizar la equidad en la prestación de servicios, es el acceso a los servicios de salud (26); se dice que un sistema de salud es equitativo si todas las personas tienen igual oportunidad de obtener servicios de salud cuando así lo requieran, sin importar su capacidad de pago; la igual utilización de servicios de salud entre diferentes niveles de ingreso, así como el establecimiento de iguales costos para todos, encierran una sobre simplificación que desconoce preferencias individuales; de otra parte, al enfrentarse a los patrones de consumo de otros bienes y servicios, el individuo de menos ingresos tendrá siempre que renunciar a consumir más de estos bienes que el de más altos ingresos, lo cual nos lleva a concluir que aún con precios iguales o acceso igual, existe un costo de oportunidad en términos de utilidad no percibida, que es mayor para el de menos ingresos.

MÉTODOS

La metodología adoptada por la presente investigación se enfocó a responder dos preguntas centrales: ¿Qué resultados concretos ha tenido la instrumentación de las políticas regulatorias que originaron el nuevo SGSSS sobre: 1) la equidad en las condiciones de acceso y, 2) la utilización de los servicios de salud?

Para responder las preguntas planteadas arriba se adoptaron dos estrategias analíticas. Primero, se compararon dos cortes transversales de la población, antes de la Ley 100 que creó el SGSSS en 1993 y después, en 1997, con el fin de evaluar el comportamiento de los indicadores de equidad en el acceso a los servicios de salud. Luego, se compararon dos grupos de población en el corte de 1997, afiliados y no afiliados al SGSSS, para evaluar el comportamiento de los indicadores de equidad en la utilización de servicios de salud. En ambos casos, también se evaluaron indicadores de necesidades de salud en la población.

Definiciones operacionales

Se tuvieron en cuenta dos dimensiones del SGSSS de Colombia: las condiciones y necesidades de salud de la población y la prestación de servicios de salud, en respuesta a dichas necesidades.

Desigualdades en las condiciones y necesidades de salud: se expresan como variaciones en la distribución de los indicadores de salud, que se hacen manifiestas al comparar diferentes segmentos de la población, con respecto, entre otras, a sus características demográficas, geográficas, sociales (ej., ocupación, nivel de educación) y, económicas (ej., deciles de ingreso del hogar). Como indicadores *proxy* de necesidades que requieren atención, se construyeron varias medidas a partir de los modelos médico, funcional y subjetivo de salud (Cuadro 1).

Inequidades en la prestación de servicios de salud: se expresan como desigualdades observadas en la distribución de la prestación de servicios de salud, con respecto a las características socioeconómicas de la población. Para evaluar estas desigualdades se construyeron los indicadores que se indican a continuación (Cuadro 1).

1. Cobertura en la afiliación a la seguridad social en salud;
2. Razones para no utilizar los servicios de salud;
3. Utilización de servicios hospitalarios en el último año;
4. Utilización de servicios de salud en los últimos 30 días. Este último indicador, refleja principalmente la demanda y utilización de servicios extrahospitalarios y ambulatorios.

La persistencia de diferencias en los indicadores correspondientes a los distintos segmentos de la población, luego de ajustar por algunas de sus características principales (ej., edad, género y necesidades de salud) constituye evidencia de inequidad.

Fuentes de datos e información

Para construir los indicadores mencionados, se procesaron y analizaron datos e información originados a partir de muestras aleatorias de la población general, obtenidos por entrevista estructurada, a través de dos encuestas socioeconómicas: 1) Encuesta Nacional de Caracterización Socio-económica (Casen), realizada con 24 500 hogares por el Departamento Nacional de Planeación-DNP, en 1993; 2) la Encuesta de Calidad de Vida-Encalivida, realizada con 9 121 hogares por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE, en 1997.

Cuadro 1. Modelos de salud e indicadores de necesidad y demanda de servicios de salud. Colombia, 1993-1997

Indicador	1993	1997
	Definición Operacional	
NECESIDADES SALUD		
Modelo Médico		
Enfermedades durante las últimas 4 semanas	¿Durante el último mes tuvo alguna enfermedad, accidente, problema dental o problema de salud?	¿En los últimos 30 días, tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud?
Modelo Funcional		
Enfermedad con restricción de actividades normales	¿Cuántos días estuvo incapacitado o en cama durante el último mes? Si-No (1)	¿Por ese problema de salud, durante cuántos días en total dejó de realizar sus actividades normales? Si-No (1)
Modelo Subjetivo		
Estado de salud en general		El estado de salud en general es: (2) - Muy bueno - Bueno - Regular - Malo
DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD		
Acceso		
Cobertura SGSSS	¿Está usted afiliado directamente a algún servicio de salud o Seguridad Social?	¿Está cubierto por una entidad de seguridad social?
Utilización		
Servicios hospitalarios	¿Se hospitalizó entre el 1o. de Julio de 1992 y la fecha?	¿Durante los últimos 12 meses, tuvo que hospitalizarse por algún problema de salud?
Servicios de salud en general	A quién consultó la última vez, durante el mes pasado? Si-No (3) - Médico - Odontólogo o dentista - Enfermera auxiliar de salud - Farmaceuta - Curandero o practicante - Otro	¿Cuál de los siguientes servicios de salud utilizó durante los últimos 30 días? Si-No (3) - Medicina general o especializada - Odontología - Laboratorio clínico, Rx, otros exámenes - Cirugía ambulatoria - Rehabilitación o terapias - Ninguno
Razón de no uso		¿Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o recibió atención médica? -Caso leve - No tuvo tiempo - Centro médico lejos - Falta de dinero - Considera el servicio malo - No lo atendieron - No confía en los médico - Ha consultado antes por este problema y no se lo han resuelto - Muchos trámites para la cita

1. Variable originalmente cuantitativa, modificada a variable dicotómica: si ó no

2. Variable originalmente ordinal, modificada a variable dicotómica: muy bueno, bueno, regular, malo

3. Variable originalmente ordinal, modificada a variable dicotómica: si ó no

Procesamiento y análisis de los datos

Las bases de datos correspondientes a las dos encuestas socioeconómicas analizadas fueron solicitadas a las autoridades del DNP y del DANE. El pro-

cesamiento y análisis estadístico de los datos se hizo utilizando el programa SPSS versión 6.2. Primero, se efectuó un análisis exploratorio de los datos para calcular las medidas de tendencia central de las variables originales, incluidas proporciones, medianas, promedios y modas. A continuación, se procedió a la recodificación y creación de nuevas variables; de esta forma, las variables continuas fueron recodificadas a variables discretas categóricas. Luego, se hicieron análisis bivariados, utilizando tablas de contingencia para el caso de variables discretas y *boxplots* para el caso de variables continuas, con el fin de hacer una evaluación inicial de las relaciones entre las variables dependientes (indicadores de salud y equidad) e independientes (características sociales, económicas y demográficas de la población).

Posteriormente, los indicadores de salud se ajustaron por edad y género. Los indicadores de equidad se ajustaron por edad, género y necesidades de salud, por el método directo (27). Para ello se empleó un modelo de regresión logística. Las diferencias encontradas también se expresaron como razones de disparidad u “Odds_ratios”, asociados con el aseguramiento o nivel socio-económico (deciles de ingreso).

Finalmente, se analizaron las distribuciones de los indicadores de acceso y de los indicadores ajustados de utilización de servicios de salud, según status socio-económico (deciles de ingreso de los hogares). Para ello, se adaptaron técnicas econométricas empleadas en la construcción de la Curva de Lorenz y el Coeficiente de Gini que se aplicaron para evaluar la distribución de los servicios y calcular los indicadores correspondientes de concentración de servicios, siguiendo la técnica propuesta por Wagstaff (27). De esta forma, en un gráfico de dispersión, la curva representa la proporción acumulada de la población, por niveles socioeconómicos (deciles de ingreso del hogar de nuestro caso), contra la proporción acumulada de servicios utilizados. Los resultados se interpretan de la misma manera que la Curva de Lorenz (27). El área debajo de la curva con respecto a la diagonal indica el grado de concentración de servicios y se puede evaluar por medio del índice de concentración.

RESULTADOS

Características de la población

Las diferencias encontradas en la población colombiana, con respecto a las variables demográficas, económicas, sociales y geográficas se presentan en la Tabla 1 (*ver al final*). Con excepción del género, los dos cortes de la po-

blación tenidos en cuenta y los segmentos de la población afiliada a la seguridad social en salud, presentan diferencias en su estructura por edad, nivel de educación, deciles de ingreso, distribución geográfica y demás características consideradas.

Desigualdades en salud

En la Tabla 2 (*ver al final*) se presentan los resultados de las comparaciones en los indicadores de salud, utilizados como *proxy* de necesidad, y de utilización de servicios hospitalarios y de salud en general. Se observa un aumento de todos los indicadores entre 1993 y 1997; destaca el aumento más acentuado en los indicadores de utilización de servicios. En el otro sentido, llama la atención el aumento observado en los indicadores de salud, entre los segmentos de población afiliados a la seguridad social en salud, con respecto a los que no lo están. Este aspecto se complementa con los resultados obtenidos en las tasas ajustadas de prevalencia de morbilidad general y de morbilidad crónica para 1997, que fueron, respectivamente, 1,2 y 1,4 veces más altas entre los afiliados a la seguridad social, en comparación con los que no lo están; éstas diferencias, resultaron muy similares a las registradas durante 1993 (*datos no mostrados*).

Equidad en el acceso

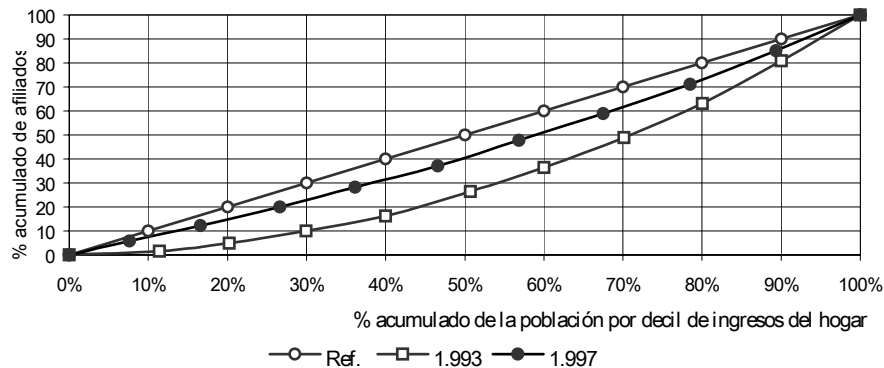
Para evaluar los resultados de la reforma sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud se evaluó la distribución de dos indicadores *proxy*: 1) afiliación a la seguridad social en salud y 2) razones para no utilizar los servicios de salud.

El comportamiento de la distribución en la afiliación a la seguridad social en salud es una indicación de los resultados obtenidos por las políticas regulatorias sobre las barreras económicas al acceso. La cobertura en la afiliación pasó del 23,7 % en 1993 al 57,2 % en 1997; este aumento fue mucho más acentuado entre los deciles de ingresos de los hogares más pobres. En el primer decil la cobertura pasó de 3,1 a 43,07 % en el mismo período. Dicho patrón se expresa también como un aplanamiento de la curva de distribución de la afiliación con respecto a la diagonal y, a la vez, como un descenso en el índice de concentración correspondiente, el cual pasó de 0,34 a 0,17 durante 1993 a 1997, respectivamente (Figura 1).

Las razones para no utilizar los servicios de salud proporcionan una visión complementaria y miden la presencia de barreras económicas, funcionales y geográficas que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud. Se

encontró que entre los segmentos no cubiertos por la seguridad social en salud, la falta de dinero constituye la principal razón para no utilizar los servicios de salud, en tanto que entre los afiliados es la segunda razón más importante.

Figura 1. Curva de distribución de la afiliación a la seguridad social por deciles de ingreso del hogar. Colombia 1993 - 1997



Equidad en la utilización

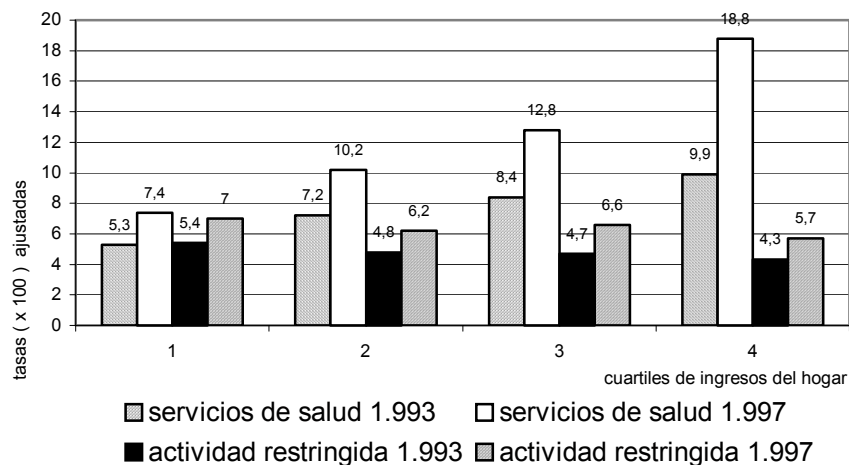
Se aprecia en la Tabla 2 que entre 1993 y 1997 las tasas ajustadas de hospitalización y de servicios de salud pasaron de 1,7 a 3,4 y de 7,7 a 12,4 respectivamente. De otro lado, también se observaron incrementos en la utilización asociados con la afiliación a la seguridad social. Por ejemplo, durante 1997, las razones de disparidad correspondientes a la utilización de servicios de hospitalización y de salud, asociadas con la afiliación a la seguridad social salud, fueron de 1,5 ($p < 0,05$) y 2,3 ($p < 0,05$), respectivamente; estas magnitudes en las razones de disparidad registradas durante 1997, fueron inferiores a las observadas durante 1993.

Como se aprecia en la Tabla 2 y la Figura 2, la distribución observada en los indicadores de utilización de servicios de salud revela una fuerte asociación positiva con el ingreso del hogar. Esta asociación disminuye, pero persiste, luego del ajuste hecho por diferencias de edad, género y actividad restringida (entendida ésta como el haber restringido durante al menos un día las actividades de la vida diaria, como consecuencia de la enfermedad, accidente o problema de salud durante el mes previo a la encuesta). También se expresa como cambios en los índices de concentración de utilización. Por ejemplo, entre 1993 y 1997, se encontró un descenso en el índice de concentración de utilización de servicios hospitalarios, de 0,028 a 0,013; en

contraste, el índice de concentración de la utilización de servicios de salud en general, aumentó de 0,056 a 0,091.

De otro lado, los incrementos observados en las tasas de utilización de servicios, son mayores en el caso de los servicios de salud en general con respecto a los servicios de hospitalización. Estas diferencias, son aún más acentuadas entre la población afiliada a la seguridad social en salud, con respecto a la que no lo está, y en 1997 con respecto a 1993.

Figura 2. Cambios en los indicadores de utilización de servicios y actividad restringida según cuartiles de ingresos del hogar. Colombia, 1993 -1997



DISCUSIÓN

A partir de 1990, las autoridades colombianas formularon e instrumentaron políticas que condujeron a la introducción de regulaciones explícitas en la operación del mercado de salud. Estas regulaciones, definieron nuevas reglas de juego que afectaron profundamente la organización y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Las nuevas regulaciones, fueron diseñadas e instrumentadas dentro de un ambiente más amplio de política social y económica, que buscaba fortalecer el crecimiento de la economía, estimulando la apertura y la globalización de los mercados de bienes y servicios; y a la vez, una mejor redistribución del gasto social hacia los grupos más pobres y vulnerables de la población, tra-

dicionalmente marginados de los beneficios del desarrollo. Específicamente, con el fin de garantizar una distribución más equitativa de los recursos de salud en la población, entre otros objetivos, las autoridades colombianas diseñaron e implementaron un régimen regulatorio mixto. Este régimen incorporó un *mix* de instrumentos y herramientas públicas y privadas, como los subsidios, la descentralización de la administración pública, la afiliación obligatoria, los controles a la utilización y a la demanda discrecional de servicios, un paquete universal de servicios, la competencia y la modernización institucional.

En relación con los resultados observados sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud, las evidencias arrojadas por la presente investigación indican un efecto positivo del régimen regulatorio adoptado en Colombia. Lo anterior se apoya en tres realizaciones concretas de la reforma, en la dirección de eliminar las barreras económicas que dificultan el acceso de las personas a los servicios de salud. Primero, la cobertura en la afiliación a la seguridad social en salud aumentó sustancialmente del 23% al 57%, entre 1993 y 1997, respectivamente. El incremento observado en la cobertura del SGSSS benefició a las personas en todos los deciles de ingreso del hogar, pero, fue mucho más dramático en el primer decil de ingresos, en donde la cobertura pasó del 3,1 % al 43,7 % , entre 1993 y 1997, respectivamente.

Segundo, aunque persiste un gradiente positivo en el comportamiento de la cobertura con respecto al decil de ingresos de los hogares, la pendiente fue mucho menos pronunciada durante 1997, en comparación con 1993. Este hecho, se expresa claramente en el comportamiento observado en el índice de concentración, durante el mismo período de tiempo: se redujo a la mitad, de 0,34 a 0,17. Adicionalmente, refleja la efectividad de los instrumentos regulatorios puestos en marcha a partir de 1994, para focalizar hacia los segmentos más pobres y vulnerables de la población, los recursos destinados a subsidiar la afiliación a la seguridad social.

Tercero, entre las personas no afiliadas a la seguridad social en salud, la causa más frecuente para no utilizar los servicios de salud fue la falta de dinero; en cambio, entre las personas que si lo están, la causa más frecuente fue la falta de gravedad en el caso de enfermedad, seguida por la falta de dinero.

Las evidencias presentadas, indican que la implementación de los instrumentos adoptados para corregir las inequidades en el acceso a los servicios de salud están dando resultados en la dirección esperada. Sin embargo, la meta de universalizar el aseguramiento esta aún lejana. Adicionalmente, la

persistencia de la falta de dinero como causa importante para no utilizar los servicios de salud (inclusive entre la población asegurada), plantea dudas sobre los posibles efectos que puedan estar teniendo las cuotas moderadoras y copagos; estas herramientas, hacen parte de los mecanismos puestos en marcha para controlar los costos derivados del efecto de riesgo de riesgo moral, pero podrían estar restringiendo el acceso a los servicios más allá de lo deseado.

En contraste con el caso anterior, las evidencias arrojadas por la presente investigación, no muestran un efecto claro de la reforma sobre la equidad en la utilización de servicios de salud.

En relación con el aseguramiento, los indicadores de utilización de servicios hospitalarios y de salud registraron tasas superiores, en varios ordenes de magnitud, entre la población asegurada con respecto a la que no lo estaba, en el corte de 1997. Estas diferencias no causan sorpresa y tienen dos tres explicaciones conocidas (28): 1. El efecto positivo esperado del aseguramiento sobre las barreras económicas de acceso a los servicios; 2. El efecto de riesgo moral por parte de usuarios y prestadores de servicios, ante la presencia de un tercer agente pagador, el asegurador en nuestro caso, para demandar y utilizar más servicios por encima del óptimo social; 3. El tercer factor consiste en que es posible que haya un efecto de selección adversa de riesgos que esté concentrando población de mayor riesgo entre los asegurados que entre los que permanecen por fuera del sistema; esto es particularmente cierto en el RS, y en el RC en la medida en que la afiliación al SGSSS se da por razones diferentes a la vinculación laboral.

En cuanto al nivel de ingresos, se observó un gradiente positivo en la distribución de las tasas crudas de utilización de servicios con respecto a los niveles de ingreso del hogar. Este gradiente disminuyó, pero no desapareció, con el ajuste hecho por género, edad y actividad restringida. Es más, se encontraron patrones opuestos en el comportamiento de los dos indicadores evaluados. El índice de concentración para servicios hospitalarios bajo de 0,028 a 0,013 entre 1993 y 1997, lo cual indica un efecto positivo sobre la equidad. En cambio, el índice de concentración para utilización de servicios de salud aumentó de 0,056 a 0,091, durante el mismo período de tiempo, lo cual indica un efecto negativo sobre la equidad en la utilización de servicios. Esto se explicaría debido a que los servicios de salud ambulatorios (en general) son más elásticos a la influencia de variables socio-económicas.

La persistencia de inequidades en la utilización de servicios en contra de los segmentos de población de más bajos ingresos, a pesar de estar afiliados

a la seguridad social, sugiere varias explicaciones que deben ser evaluadas con mayor precisión en futuras investigaciones. En primer lugar, los instrumentos regulatorios (ej., cuotas moderadoras y copagos), puestos en marcha para controlar la oferta y la demanda discrecional de servicios con el fin de contener costos, podrían estar frenando la utilización de dichos servicios entre los segmentos más pobres, más allá de lo deseado e inclusive constituyéndose en barreras económicas, como se mencionó; de hecho, el gasto en salud de bolsillo representa un porcentaje del gasto total del hogar que es mayor entre los segmentos más pobres de la población en comparación con los demás (29). En segundo lugar, los modelos de atención gerenciada o *managed care* que se están generalizando dentro del nuevo SGSSS de Colombia, podrían estar ocasionando una mayor utilización de los servicios extrahospitalarios, particularmente entre los segmentos de población con mayores ingresos.

Con respecto a la magnitud de los cambios observados, a excepción de la cobertura de aseguramiento que se incrementó dramáticamente, los demás indicadores no mostraron grandes cambios; esto pudo deberse a factores de muestreo, pues por tratarse de una encuesta multi-propósito y no una encuesta de salud (tanto en 1993 como en 1997), la proporción de encuestados que tenían problemas de salud y sus sucesivas desagregaciones, podrían llevar a encontrar resultados inesperados; en este sentido es importante recalcar la necesidad de una encuesta periódica de salud que permita hacerle seguimiento a importantes indicadores de utilización de servicios de salud.

Si se tiene en cuenta que la presencia de un tercer pagador genera el problema del riesgo moral, llama la atención que las probabilidades de acceso no se hayan incrementado sustancialmente; sin embargo, podría esperarse que el efecto del riesgo moral se manifieste como una mayor concentración del gasto en las personas que acceden a los servicios; como los indicadores que se construyeron para esta investigación son dicótomos, no es posible saber qué tan intensa fue la prestación de servicios en aquellos que los utilizaron, por lo cual no se puede descartar el hecho de que el gasto en salud se haya concentrado excesivamente.

Cabe la posibilidad de que los efectos de la Reforma sobre la utilización se expresen con mayor claridad a través de otros indicadores, que no fueron abordados por la presente investigación: oportunidad e integralidad de la atención, y gasto en salud •

Tabla 1. Características demográficas y socioeconómicas de la población afiliada a la seguridad social en salud en Colombia, 1993 - 1997.

Características	1993 - (CASEN)						1997 - (ENCALIVIDA)					
	Afiliados		No afiliados		Total		Afiliados		No afiliados		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Género												
Masculino	4.253.963	49,9	12.216.829	49,0	16.470.792	49,2	10.764.172	47,2	8.553.380	50,1	19.317.552	48,5
Femenino	4.264.995	50,1	12.717.728	51,0	16.982.723	50,8	12.020.046	52,8	8.504.826	49,9	20.524.872	51,5
Total	8.518.958	100,0	24.934.557	100,0	33.453.515	100,0	22.784.218	100,0	17.058.206	100,0	39.842.424	100,0
Edad												
< 1	169.902	2,1	599.949	2,5	769.851	2,4	351.618	1,5	428.153	2,5	779.771	2,0
1-4	585.982	7,1	2.553.366	10,5	3.139.348	9,6	1.884.974	8,3	1.611.426	9,4	3.496.400	8,8
5-14	1.584.112	19,2	6.065.020	24,9	7.649.132	23,5	4.872.996	21,4	3.934.117	23,1	8.807.113	22,1
15-44	4.397.148	53,2	11.342.525	46,7	15.739.673	48,3	10.414.036	45,7	8.198.097	48,1	18.612.133	46,7
45-59	1.114.613	13,5	2.533.161	10,4	3.647.774	11,2	3.005.622	13,2	1.646.433	9,7	4.652.055	11,7
60 Y +	413.414	5,0	1.217.229	5,0	1.630.643	5,0	2.254.972	9,9	1.239.980	7,3	3.494.952	8,8
Total	8.265.171	100,0	24.311.250	100,0	32.576.421	100,0	22.784.218	100,0	17.058.206	100,0	39.842.424	100,0
Educación												
Ninguna	447.727	5,3	3.973.451	15,9	4.421.178	13,2	1.473.022	6,5	1.630.771	9,6	3.103.793	7,8
Primaria	2.453.260	28,8	11.104.911	44,5	13.558.171	40,5	5.265.630	23,1	4.851.518	28,4	10.117.148	25,4
Secundaria	3.561.579	41,8	6.021.814	24,2	9.583.393	28,6	5.622.030	24,7	3.557.827	20,9	9.179.857	23,0
Universitario	1.014.255	11,9	539.126	2,2	1.553.381	4,6	1.234.921	5,4	212.222	1,2	1.447.143	3,6
Posgrado	47.141	0,6	9.328	0,0	56.469	0,2	203.732	0,9	23.048	0,1	226.780	0,6
Sin Información	994.996	11,7	3.285.927	13,2	4.280.923	12,8	8.984.883	39,4	6.782.820	39,8	15.767.703	39,6
Total	8.518.958	100,0	24.934.557	100,0	33.453.515	100,0	22.784.218	100,0	17.058.206	100,0	39.842.424	100,0

Tabla 1. Continuación...

Características	1993 - (CASEN)						1997 - (ENCALIVIDA)					
	Afiliados		No afiliados		Total		Afiliados		No afiliados		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Región												
Atlántica	1.733.530	20,3	8.232.290	33,0	9.965.820	29,8	3.650.597	16,0	4.871.437	28,6	8.522.034	21,4
Oriental	692.232	8,1	2.852.274	11,4	3.544.506	10,6	4.496.179	19,7	2.394.072	14,0	6.890.251	17,3
Antioquia	1.348.501	15,8	3.185.919	12,8	4.534.420	13,6	4.038.603	17,7	3.125.880	18,3	7.164.483	18,0
Central	898.561	10,5	3.351.321	13,4	4.249.882	12,7	2.667.174	11,7	2.476.717	14,5	5.143.891	12,9
Pacífica	1.637.000	19,2	4.232.374	17,0	5.869.374	17,5	3.417.112	15,0	1.849.953	10,8	5.267.065	13,2
Bogotá	2.144.122	25,2	2.876.374	11,5	5.020.496	15,0	4.136.812	18,2	2.187.444	12,8	6.324.256	15,9
Orinoquía	45.489	0,5	181.054	0,7	226.543	0,7	310.212	1,4	134.283	0,8	444.495	1,1
San Andrés	19.523	0,2	22.951	0,1	42.474	0,1	67.529	0,3	18.420	0,1	85.949	0,2
Total	8.518.958	100,0	24.934.557	100,0	33.453.515	100,0	22.784.218	100,0	17.058.206	100,0	39.842.424	100,0
Deciles Ingreso												
1°	91.803	1,2	2.406.995	9,4	2.498.798	7,5	1.328.000	5,8	1.713.324	10,0	3.041.324	7,6
2°	111.849	1,4	2.904.457	11,4	3.016.306	9,0	1.453.169	6,4	2.117.550	12,4	3.570.719	9,0
3°	377.317	4,8	2.431.441	9,5	2.808.758	8,4	1.760.642	7,7	2.238.426	13,1	3.999.068	10,0
4°	480.376	6,1	3.027.930	11,9	3.508.306	10,5	1.898.132	8,3	1.896.022	11,1	3.794.154	9,5
5°	592.172	7,5	2.783.322	10,9	3.375.494	10,1	2.019.517	8,9	2.131.014	12,5	4.150.531	10,4
6°	717.850	9,0	2.200.828	8,6	2.918.678	8,7	2.428.396	10,7	1.661.024	9,7	4.089.420	10,3
7°	1.063.512	13,4	2.925.314	11,5	3.988.826	11,9	2.516.728	11,0	1.733.250	10,2	4.249.978	10,7
8°	1.259.682	15,9	2.428.463	9,5	3.688.145	11,0	2.806.206	12,3	1.558.698	9,1	4.364.904	11,0
9°	1.506.023	19,0	2.357.433	9,2	3.863.456	11,6	3.184.762	14,0	1.161.593	6,8	4.346.355	10,9
10°	1.733.560	21,8	2.047.742	8,0	3.781.302	11,3	3.388.666	14,9	847.305	5,0	4.235.971	10,6
Total	7.934.144	100,0	25.513.925	100,0	33.448.069	100,0	22.784.218	100,0	17.058.206	100,0	39.842.424	100,0
Zona												
Urbana	7.793.798	91,5	15.548.036	62,4	23.341.834	69,8	19.175.292	84,2	13.330.743	78,1	32.506.035	81,6
Rural	725.160	8,5	9.386.521	37,6	10.111.681	30,2	3.608.926	15,8	3.727.463	21,9	7.336.389	18,4
Total	8.518.958	100,0	24.934.557	100,0	33.453.515	100,0	22.784.218	100,0	17.058.206	100,0	39.842.424	100,0

Tabla 2. Cambios en los indicadores de salud y de utilización de servicios de salud (x 100), crudos y ajustados, según afiliación a la seguridad social en salud y cuartiles de ingreso de los hogares en la población de Colombia, 1993-1.997

Indicadores	1993								1997							
	Total		Si		No		R.D S.E.		Total		Si		No		R.D S.E.	
	Tc	Ta	Tc	Ta	Tc	Ta	R.D	S.E.	Tc	Ta	Tc	Ta	Tc	Ta	R.D	S.E.
Salud ⁽¹⁾																
Morbilidad																
1°	16,3	11,3	22,5	15,5	15,9	11,1	1,5	*	15,4	12,4	18,2	14,6	13,3	10,7	3,2	*
2°	15,4	10,8	19,8	13,9	14,6	10,3	1,9	*	14,9	12,1	16,8	13,6	13,1	10,6	1,6	*
3°	15,2	10,6	19,6	13,7	13,7	9,5	1,5	*	16,9	13,8	18,4	15,0	14,9	12,2	2,4	*
4°	14,5	9,9	18,1	12,3	12,5	8,6	1,5	*	16,6	13,3	18,0	14,4	13,1	10,5	2,3	*
Total	15,4	10,7	19,2	13,2	14,4	10,0	1,4	*	15,9	12,9	17,9	14,4	13,6	11,0	1,4	*
Actividad Restringida																
1°	7,3	5,4	7,6	5,5	7,3	5,4	1,0	*	10,7	7,0	11,9	7,9	9,3	6,3	1,3	*
2°	6,3	4,8	7,2	5,3	6,1	4,6	1,6	*	9,1	6,2	10,1	6,9	8,0	5,6	1,6	*
3°	6,1	4,7	6,9	5,0	5,9	4,4	1,2	*	9,3	6,6	10,0	6,9	8,8	6,2	1,1	*
4°	5,6	4,3	6,4	4,5	5,3	3,9	1,2	*	7,5	5,7	9,1	6,0	7,3	5,0	1,2	*
Total	6,4	4,7	6,8	4,9	6,2	4,6	1,1	*	9,4	6,4	10,1	6,8	8,5	5,9	1,2	*
Estado general de salud regular o malo																
1°	-	-	-	-	-	-	-	-	45,1	19,7	47,0	20,3	42,9	19,2	3,2	*
2°	-	-	-	-	-	-	-	-	36,7	15,8	37,0	15,4	36,3	16,1	1,6	*
3°	-	-	-	-	-	-	-	-	29,5	11,3	28,6	10,5	30,1	12,4	2,4	*
4°	-	-	-	-	-	-	-	-	21,3	6,2	19,1	5,5	22,2	7,9	2,3	*
Total	-	-	-	-	-	-	-	-	32,6	16,1	30,9	20,2	34,7	10,9	2,1	*

Tabla 2. Continuación..

Indicadores	1993								1997								
	Total		Si		No				Total		Si		No				
	Tc	Ta	Tc	Ta	Tc	Ta	R.D	S.E.	Tc	Ta	Tc	Ta	Tc	Ta	R.D	S.E.	
Utilización servicios de salud ⁽²⁾																	
Hospitalización																	
1º	3,7	1,5	6,1	2,5	3,5	1,5	1,7	*	6,5	3,0	3,0	3,4	5,60	2,7	1,2	*	
2º	3,8	1,6	5,8	2,5	3,4	1,5	1,6	*	6,8	3,3	3,3	3,9	5,50	2,8	1,4	*	
3º	4,0	1,7	6,1	2,6	3,3	1,4	1,8	*	7,0	3,4	3,4	4,2	4,70	2,4	1,8	*	
4º	4,3	1,8	5,6	2,3	3,5	1,6	1,5	*	7,8	3,8	3,8	4,2	5,30	2,7	1,6	*	
Total	3,9	1,7	5,8	2,5	3,4	1,5	1,7	*	7,0	3,4	8,4	4,0	5,3	2,7	1,5	*	
Servicios de Salud																	
1º	12,0	5,3	23,3	13,9	11,3	4,8	3,2	*	17,9	7,4	22,1	9,2	14,8	6,0	1,6	*	
2º	13,8	7,2	22,6	13,7	12,1	5,9	1,6	*	20,9	10,1	26,4	13,4	15,6	7,1	1,0	*	
3º	15,1	8,4	22,7	14,0	12,5	6,4	2,4	*	25,0	12,8	30,0	16,1	18,1	8,4	2,1	*	
4º	16,8	9,9	23,6	15,0	13,0	7,1	2,3	*	33,0	18,8	37,6	22,3	21,4	11,1	2,2	*	
Total	14,4	7,7	23,1	14,4	12,1	5,9	2,7	*	24,2	12,4	30,1	16,1	16,9	7,8	2,3	*	

SIGLAS : Tc:tasa cruda;Ta:tasa ajustada;R.D:Razón de disparidad;S.E.: Significancia estadística; * p<0.05

(1). Tasas ajustadas por edad y género.

(2). Tasas ajustadas por edad, género y actividad restringida.

Agradecimientos: Al Programa Equity-oriented Health Policy Analysis in Latin America, de la Red de Investigación en Sistemas y Servicios del Cono Sur (RE-DINSSA), cuya Secretaría Ejecutiva la ejerce el Instituto Oswaldo Cruz, de Brasil, por el patrocinio que hizo posible la realización de esta investigación.

REFERENCIAS

1. Roemer MI. National Health Systems of the World. Volume 1. New York: Oxford University Press;1991.
2. Feldstein PJ. Health care economics. Delmar Publishers, Inc.;1993.
3. Hsiao WC, Liu Y. Economic reform and health- lessons from China. The New England Journal of Medicine;1996.335:430-32.
4. Sen A. Inequality reexamined. Harvard University Press;1992.
5. Fischer S, Dornbusch R. Economics. McGraw Hill;1988.
6. Folland S, Goodman A, Stano M. The economics of health and health care. New York: MackMillan Publishing Company;1993.
7. Castaño RA, Bermudez P, Rey JA, Zawadsky MF. Equidad en el financiamiento de los servicios de salud en Colombia: impacto del gasto de bolsillo;1999. Mimeo.
8. Daniels N. Just health care. Cambridge University Press;1984.
9. Daniels N, Ligth DW, Caplan RL. Benchmarks of fairness for health care reform. Oxford University Press;1996.
10. Daniels N. Justice and Justification: Reflective Equilibrium in Theory and Practice. Cambridge University Press;1996.
11. Daniels N, Sabin J. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem in managed care organizations. Philosophy and Public Affairs;1997.26: 303-350.
12. Daniels N, 1998. Is there a right to health care, and if so, what does it encompass?;1998. In Press.
13. Abbott T. Health care policy and regulation. Massachusetts: Kluwer Academic publisher; 1995.
14. Evans E. Canada: The real issues. J. of Health Politics, Policy and Law;1992.17 (4):739-762.
15. Restrepo M. La Reforma a la Seguridad Social en Salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada. CEPAL 47; 1997. Serie Financiamiento del Desarrollo.
16. Morales LG. El financiamiento del sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. CEPAL 55; 1997. Serie Financiamiento del Desarrollo.
17. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy;1997.41:1-36.
18. Céspedes JE. Proceso de transición en salud en Colombia e implicaciones para el próximo milenio. Foro: La población colombiana: balance de fin de siglo. Universidad Externado; 1999, Octubre 12.

19. Céspedes JE. Lo que todos debemos saber de Seguridad Social. Guía laboral y de la Seguridad Social, 1999-2000. Seguridad Social al Día;1999.
20. Céspedes JE. A seis años de la reforma de salud: el tratamiento va para largo. Seguridad Social al Día;1999. No. 7, Marzo.
21. Céspedes JE. ¿Cómo Contener los Costos en las EPS? Gerencia y Salud;1998. No. 2, Septiembre.
22. Céspedes JE. ¿Cómo Consolidar la Reforma de Salud?. Seguridad Social al Día;1998. No. 1, Julio.
23. Céspedes JE. Consideraciones sobre la viabilidad financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud. Gerencia y Salud;1998. No. 16, Julio.
24. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. International J. Health Services;1992.22(3):429-445.
25. Hsiao WC. Financing health care in developing countries. In: The World Bank;1998.
26. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. J. of Health Economics;1993.12:431-457.
27. Wagstaff AA, Van Doorslaer E. Inequalities in Health: methods and results for Jamaica. Human Department of the World Bank, 2nd Edition;1998.
28. Hsiao WC. 1994. Marketization: the illusory magic pill. Health Economics;1994.3: 351-357.
29. Reyes A, Céspedes JE, Ramírez M. Análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá, DC, Econometría / DNP;1998.

Visite el sitio Web de la Revista de Salud Pública
en: <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistasp>