

Equidad en la Política de Reforma del Sistema de Salud

Patricia Martínez¹, Luis a. Rodríguez² y Carlos A. Agudelo C.³

¹Administradora de Empresas. Especialista en Gestión Pública. Maestría en Salud Pública. Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID. Universidad Nacional de Colombia. E-mail: cid@bacata.usc.unal.edu.co

² Estadístico. Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID, Universidad Nacional de Colombia. E-mail: cid@bacata.usc.unal.edu.co.

³ Médico, Periodista. M. Sc. en Salud Pública, M. Sc. Ciencias. Departamento de Salud Pública y Tropical. Instituto de Salud en el Trópico. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

E-mail: cagudelo@bacata.usc.unal.edu.co

RESUMEN

En el presente estudio nos propusimos evaluar el impacto de la transformación del Sistema Nacional de Salud en Sistema de Seguridad Social en Salud, sobre la equidad en el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud. Interpretamos la equidad como la igualdad de todos los individuos frente a las oportunidades de acceso real a los servicios de salud. Llevamos a cabo un estudio transversal para detectar las diferencias que pudiesen existir entre los afiliados y los no afiliados, y los tipos de afiliación en términos de acceso y utilización de los servicios de salud. Se aplicó una encuesta a 364 hogares con 1.324 personas mayores de 9 años sobre aspectos sociodemográficos y laborales, afiliación a la seguridad social, tipo de afiliación (régimen contributivo y subsidiado) utilización de los servicios de salud, atención y gasto en salud. En hospitales de nivel 1, 2 y 3 se escogieron al azar 297 usuarios del servicio de consulta externa y se les aplicó una encuesta sobre afiliación, conocimiento de derechos, oportunidad de atención, calidad del servicio, satisfacción general y participación social. Una vez que se controló para género, edad, estrato de vivienda, ocupación e ingreso se encontraron numerosas diferencias no justificadas en la necesidad, la consulta, el sitio al que se acude, el motivo para no consultar, la atención recibida y la utilización de servicios. Estos problemas de equidad remiten al diseño, la estructura y la operación del modelo de competencia regulada.

Palabras Claves: Equidad, acceso, utilización, reforma, competencia regulada, Colombia.

ABSTRACT

Reform and equity in the access to and use of health services in Bogotá, Colombia

In the present study we intended to evaluate the impact of the transformation of the national health system into the Social Security Health System upon the equity in access to health services as well as their use and quality. We interpreted equity as the equal opportunity for all people of gaining real access to health services. A cross-sectional study was designed to detect the differences, which might exist between affiliated and non-affiliated people, and the differences in access to and use of health services according to the nature of affiliation. A survey was carried out in 364 households comprising 1324 people aged 9 years or older, in which socio-demographic and labor aspects, affiliation to social security, nature of the affiliation (contributive or subsidized regime), use of health services, attention and expenditure in health services were studied. 297 randomly chosen patients of the outpatient clinics of hospitals of levels 1,2 and 3 were asked to answer a survey about affiliation, awareness of their rights, opportunity and quality of the health service, general satisfaction and social participation. Numerous differences, which could not be justified by necessity, cause for requesting attention, place where people demanded health services, attention received or use of health services, were found once adjustments for gender, age, housing stratum, occupation and income were made. These problems in equity relate to the design, structure and operation of the model of regulated competition.

Key Words: Equity, access, use, reform, regulated competition, Colombia.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS que se organizó a partir de la Ley 100 de 1993 se encuentra en proceso de consolidación. En los seis años de su existencia, el diseño, la estructura y la operación del modelo de competencia regulada han sido sometidas a la experiencia de la vida real. Algunas de sus virtudes y problemas han sido puestas de presente en varios estudios, opiniones y publicaciones (1-17) pero aún se desconocen el alcance y las características de problemáticas claves. Uno de los aspectos menos estudiado ha sido la equidad en el sistema de salud. Algunos estudios han mostrado el efecto positivo del SGSSS sobre los ingresos de los pobres, el subsidio, el financiamiento y el gasto en salud, el crecimiento de la afiliación y la cobertura del sistema de salud (12,18,19). Sin embargo, no se han estudiado los efectos del propio sistema de salud sobre la equidad en cuanto al acceso y la utilización de los servicios, con el grado actual de afiliación y cobertura.

En el presente proyecto nos hemos planteado evaluar el impacto de la transformación del Sistema Nacional de Salud en Sistema de Seguridad Social en Salud, sobre la equidad en el acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud. Hemos interpretado la equidad como la igualdad de todos los individuos frente a las oportunidades de acceso real a los servicios de salud. El alcance de estos problemas de equidad debemos entenderlos desde una concepción teórica y ética: la equidad en salud implica que idealmente todos

deben tener la justa oportunidad para atender su total potencial de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja para lograr este potencial, si esto puede ser evitado. En consecuencia la equidad en la atención en salud significa igual acceso a la atención disponible para igual necesidad; igual utilización para igual necesidad; igual calidad de atención para todos. Así mismo, la equidad en el acceso se refiere no sólo a la hipotética disponibilidad de recursos o a la cobertura, sino también a la utilización efectiva de estos servicios, de acuerdo con los parámetros de necesidad. Desde este punto de vista, el significado de la política para la equidad y salud no consiste en eliminar todas las posibles diferencias en salud de tal manera que todos tengan el mismo nivel y calidad de salud, sino reducir o eliminar aquellas que resultan de factores que son considerados como evitables e injustos (20).

La perspectiva teórica planteada resulta, a su vez, de una opción teórica de justicia social. La teoría de equidad de Rawls (21,22) se basa en el principio de la diferencia, que le permite desarrollar la concepción de los bienes primarios, o sea los bienes que un individuo requerirá para llevar adelante su plan de vida (23-26). Las teorías de Sen (27-30) llevan a pensar el problema de la justicia en función de las capacidades de los individuos, ligadas al derecho al desarrollo social, económico y cultural (31). Las teorías anteriores han experimentado numerosos desarrollos y se han intentado aplicar a aspectos sanitarios, por medio de varios modelos y propuestas de políticas (32-40). Los enfoques que tienen en cuenta los aportes de Sen, como el presente estudio, consideran que la salud interactúa, como propósito y como herramienta, con otros bienes sociales, en el marco del desarrollo humano. De esta manera, la salud se observa como una herramienta distributiva de unos bienes y servicios, o como parte de la función de redistribución más general, dirigida a compensar o atenuar las desigualdades sociales.

METODOLOGIA

Se llevó a cabo un estudio exploratorio y transversal, diseñado a partir de un modelo teórico que establecía las relaciones entre los aspectos demográficos y sociales, la afiliación al SGSSS (régimen contributivo y subsidiado) y el acceso y utilización de los servicios. Como este es un modelo complejo es necesario utilizar metodologías de control de factores de confusión (41,42).

Con base en las variables de nivel individual y de grupo (43-46), la afiliación se interpretó como la adscripción formal a uno de los regímenes. La cobertura se manejó como el número de personas, afiliadas o sin afiliación, que reciben algún tipo de servicio. El acceso y la utilización se interpretaron como el uso efectivo de los servicios que se requieren.

Se aplicó una encuesta de hogares, en un marco más amplio que incluyó una encuesta a usuarios para identificar la percepción y satisfacción de los mismos con los servicios de salud, y una encuesta a prestadores de servicios de salud. Se presentan únicamente los resultados y análisis relacionados con la encuesta de hogares.

La encuesta de hogares contempló, entre otras, las siguientes variables: aspectos sociodemográficos y laborales, afiliación a la seguridad social, tipo de afiliación (régimen contributivo y subsidiado) utilización de los servicios de salud, atención y gasto en salud. El Universo correspondió a 1 195 150 hogares de Bogotá, distribuidos en tres grupos socioeconómicos. Se utilizó una muestra probabilística, multietápica y estratificada con criterios socioeconómicos, con un error de muestreo inferior al 5 %; como unidad estadística se utilizó el hogar y como unidad informante las personas mayores de 9 años de edad de los hogares seleccionados. Por procedimientos estadísticos apropiados se utilizó una muestra de 364 hogares seleccionados en diferentes localidades de Bogotá.

Para los fines de análisis de los resultados se definieron las siguientes categorías de las variables.

Cuadro 1. Categorías de las variables

Variable	Significado o clasificación
EDAD	Mayores de 9 años hasta 18; 19 y más años
EDUCACIÓN	Ninguna; primaria; secundaria y universitaria
ESTRATO	Estrato residencia: 1,2 y 3; 4,5 y 6
INGRESO	Hasta 2 salarios mínimos; 3 y más salarios mínimos
AFILIACIÓN	Afiliación al SGSSS; Si-no
TIPO AFILIACION	Régimen contributivo, régimen subsidiado, ninguno
ENFERMO	¿Se sintió enfermo en los últimos seis meses? Si-no
ENF-CONS	¿Enfermo y consultó con una persona especializada? Si-no
MOTIVO 1	Motivo de consulta: enfermedad común
ACUDIO 1	Acudió a centro de salud u hospital público
ACUDIO 2	Acudió a consultorio, centro u hospital privado
ACUDIO 3	Acudió a una botica o a un farmaceuta
RAZ - NO 1	Razón para no consultar: no tenía dinero
RAZ - NO 4	Razón para no consultar: no hay transporte al lugar de atención
ATENDIER	¿Lo atendieron? Si-no
SERVICIO 1	Servicio utilizado en los últimos 30 días : medicina general o especializada
SERVICIO 2	Servicio utilizado en los últimos 30 días: odontología
SERVICIO 6	Servicio utilizado en los últimos 30 días: ninguno

El procesamiento y análisis se llevó a cabo por medio del paquete estadístico SAS.

RESULTADOS

En los 364 hogares estudiados se encuestaron 1 324 personas mayores de 9 años. Las características socio-demográficas y algunos aspectos relacionados con la afiliación, la necesidad y la atención, se indican en la Tabla 1. Cabe, sin embargo, destacar que de las 1 324 personas, 1.049 (79,2 %) resultaron afiliados al sistema de seguridad social y 275 no estaban afiliados a ningún sistema. Del total de afiliados el 74,5 % pertenecía al régimen contributivo y el 25,5 % al régimen subsidiado. De la población que se encontró en el régimen contributivo, el 34,7 % pertenecía a los estratos uno y dos; por lo contrario, de la población que se encontró en el régimen subsidiado, el 70,8 % pertenecía a los estratos uno y dos. Otro tanto se encontró con respecto a los ingresos. En el régimen contributivo, el 87,2 % de la población tuvo ingresos hasta de dos salarios mínimos, mientras que en el régimen subsidiado el 99,7 % de la población tuvo este mismo nivel de ingresos.

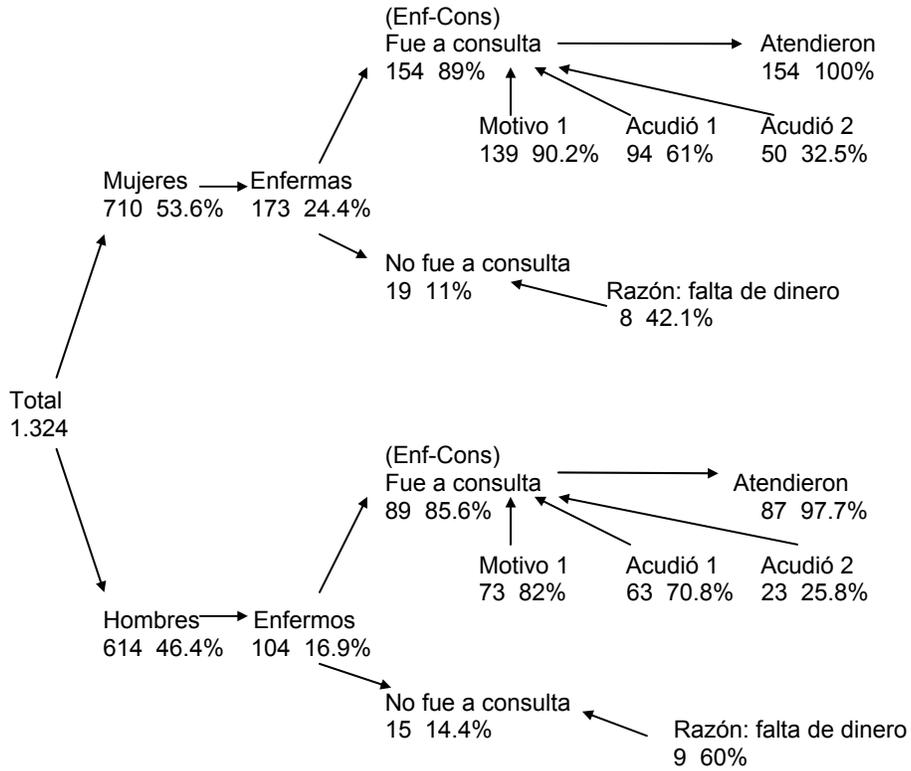
Probabilidades de acceso y tasas crudas de utilización

En la secuencia que se indica a continuación los porcentajes de los pasos cuyas flechas apuntan a la derecha, se calcularon tomando como denominador el valor del paso inmediatamente anterior. En las flechas que apuntan a la izquierda el denominador es el valor del paso siguiente. Los términos utilizados se definieron en el Cuadro 1.

De manera global, se observa que en el caso de las mujeres un 21,7 % del total (154/710), se sintieron enfermas, acudieron a consulta y recibieron atención, en los últimos seis meses antes de la encuesta. Un 1,1 % (8/710) no fueron a consulta por falta de dinero. En el caso de los hombres, un 14,2 % (87/614) del total se sintieron enfermos, acudieron a consulta y recibieron atención, en los últimos seis meses antes de la encuesta. Un 1,5 % (9/614) no fueron a consulta por falta de dinero.

En cuanto a la utilización de servicios en los últimos 30 días, los resultados obtenidos, independientes de sentirse enfermo en los últimos seis meses, se indican a continuación de la secuencia de probabilidades.





Tasas crudas de utilización		
Servicios	Hombres (n=614)	Mujeres (n=710)
- Medicina general o especializada	10,4	18,3
- Odontología	1,8	1,4
- Lab. Clínico, RX y otros	1,3	2,1
- Cirugía ambulatoria	0	0,3
- Rehabilitación o terapias.	0,3	0,1
- Ninguno	1,3	1,5
Todos los servicios	15,1	23,8

Relaciones entre variables

Las relaciones entre las variables socio demográficas, la afiliación, y las de necesidad, acceso y utilización, se analizaron en varios etapas, con base en las categorías descrita en el Cuadro 1.

Se utilizaron varios procedimientos para identificar las relaciones existentes entre las variables: - Gráficos de dispersión de cruce de los diferentes grupos de variables (cuantitativas y categóricas) indicaron concentración sobre algunos de los estratos de las variables (*figuras no mostradas*); - Pruebas de asociación entre las variables crudas por medio de la prueba de Chi cuadrado; - Coeficientes de correlación simple de Pearson entre los diferentes tipos de variables.

Asociación entre las variables

Se encontraron múltiples aunque aisladas asociaciones significativas entre las variables crudas socio demográficas, afiliación, necesidad, acceso y utilización (*datos no mostrados*). La afiliación se asoció con 4 variables, mientras que el tipo de afiliación lo hizo con 11 de las 17 variables consideradas. Las diferencias significativas en el acceso y la utilización de servicios con respecto a la afiliación y el tipo de afiliación, podrían considerarse como un típico problema de inequidad. Sin embargo, estas asociaciones están afectadas por las relaciones entre las variables sociodemográficas y la afiliación y por el hecho de que las variables sociodemográficas pueden estar incidiendo también sobre las variables de acceso y utilización. O sea, que operan como factores de confusión. En consecuencia, las asociaciones encontradas con las variables crudas, sin control de los factores de confusión, tienen un valor limitado por las dificultades de interpretación de las mismas.

Correlación entre variables

Se encontraron múltiples correlaciones significativas de las variables sociodemográficas entre sí (*datos no mostrados*). Así mismo, se encontraron numerosas correlaciones entre las variables sociodemográficas, de un lado, y la afiliación y el tipo de afiliación, de otro lado. Con la afiliación se correlacionaron positivamente la edad, el estrato y el ingreso; y con el tipo de afiliación se correlacionaron el género, la edad, la educación, la ocupación y la afiliación. De otra parte, las variables sentirse enfermo, consultar y recibir atención presentaron de manera más frecuente, correlación significativa con las variables sociodemográficas. A su vez, las variables de necesidad, acceso y utilización mostraron un conjunto de correlaciones significativas.

Modelos de regresión

Los modelos de regresión permitieron identificar de manera más precisa las relaciones que determinan o inciden sobre las variables de necesidad, acceso y utilización, ya sea de manera directa, indirecta, como interacciones o como

factores de confusión. De otra parte, permitieron precisar la manera de llevar a cabo la estratificación. Se estimaron los coeficientes β múltiples de la afiliación, el tipo de afiliación y las variables sociodemográficas sobre las variables de necesidad, acceso y utilización, por regresión logística (Tablas 2 y 3). El coeficiente β indica el efecto de cada variable considerada sobre la variable dependiente. Más técnicamente, indica cómo cambia el logaritmo de la "Odds ratio" de la variable dependiente, cuando se modifica la respectiva variable independiente.

Las variables sociodemográficas, la afiliación y el tipo de afiliación, que presentaron un coeficiente β significativo y un valor de la Odds ratio superior a 1, incluido el intervalo de confianza del 95 % apropiado (*no indicado en las tablas*), conforman un modelo final del efecto sobre las variables de necesidad, acceso y utilización.

A manera de ilustración de la utilidad y alcance de estos resultados, el modelo de regresión de "sentirse enfermo" sugiere que esta característica, en la muestra poblacional utilizada, está fuertemente determinada por el género y el estrato, y es relativamente independiente de la afiliación a la seguridad social. Un ejercicio similar se llevó a cabo con las demás variables de acceso y utilización. En el Cuadro 2 se indican los resultados obtenidos en los casos en que fue posible identificar un modelo de las variables con mayor influencia sobre la necesidad, el acceso y la utilización.

Cuadro 2. Variables con mayor influencia sobre necesidad, acceso y utilización

Modelo	Afiliación	Tipo de afiliación
Enfermo	Género, estrato	Género, estrato
Enf-Cons	Género, edad, estrato	Género, edad, estrato
Raz-No1	Ingreso, afiliación	Ingreso, estrato, tipo afiliación
Atendier	Género, estrato	Género, ingreso, estrato
Servicio 1	Género, estrato	Género, estrato
Servicio 2	Educación, ingreso	Educación, ingreso

Acceso y utilización

Con base en los coeficientes obtenidos y, de un lado, para controlar los factores de confusión y, de otro lado, identificar la existencia de asociaciones válidas entre la afiliación y el tipo de afiliación con las variables de necesidad, acceso y utilización, se procedió a estratificar las variables demográficas y sociales y se aplicó la prueba de Chi cuadrado con ajuste de Yates por continuidad cuando fue necesario.

Se utilizaron dos tipos de estratos de análisis: desagregados, para cada una de las variables sociodemográficas, y sintéticos, en los que se agruparon las variables sociodemográficas.

Estratos desagregados. En las Tablas 4 y 5 se indican los resultados obtenidos con respecto a la afiliación y el tipo de afiliación. Se incluyen en las tablas únicamente los estratos en los que se obtuvieron diferencias significativas. Estas diferencias, por tanto, expresan problemas de equidad en el acceso y la utilización de servicios.

Tabla 4. Asociaciones entre la afiliación y las variables de necesidad, acceso y utilización, según las variables sociodemográficas estratificadas. Valores de Chi cuadrado con $p < 0.05$, con $p < 0.01$ (*) y p no significativo (-)

Variables	Todos	Hombres	Mujeres	Estratos 1-3	Edad 19 años y más	Con ocupación	Sin ocupación	Ingreso hasta 2 SM
N	1324	614	710	1037	1079	651	673	1295
Motivo 1	6,721	8.988*	-	6.382*	5.425	-	12.609*	6.885*
Enfermo	-	-	-	-	-	-	4.574	-
Enf-Con	4,622	6.840*	-	-	4.567	-	10.531*	4.71
Raz-No 1	-	13.598*	-	18.109*	21.379*	5.013*	8.972*	20.330*
Acudió 1	12.114*	7.936*	4.53	10.251*	10.237*	-	17.508*	12.011*
Acudió 3	-	-	5,203	-	-	-	5,539	
Atendieron	4,622	6.840*	-	-	4,567	-	10.531*	4.71
Servicio 1	-	-	-	-	-	-	10,262	-
Servicio 6	5,441	5,626	-	4.108	5,591	-	10.859*	6,167

Tabla 5. Asociaciones entre el tipo de afiliación y las variables de necesidad, acceso y utilización, según las variables sociodemográficas estratificadas. Valores de Chi cuadrado con $p < 0.05$, con $p < 0.01$ (*) y p no significativo (-)

Variables	Todos	Hombres	Mujeres	Estratos 1-3	Edad 19 años y más	Con ocupación	Sin ocupación	Ingreso hasta 2 SM
N	1324	614	710	1037	1079	651	673	1295
Motivo 1		-	-	-	-	-	-	6,132
Enfermo	10.852*	7,191	-	6,922	8.796	10.377*	-	10.443*
Enf-Con	8,133	6,578	-	6,131	6.773	6,659	-	7,945
Acudió 1	37.79*	10.268*	11.592*	12.922*	14.905*	8,179	15.878*	18.189*
Acudió 2	18.393*	-	-	-	-	-	-	-
Atendieron	8,193	6,578	-	6,131	6.773	6,659	-	7,945
Servicio 1	10.156*	7,435	6,924	7,778	11.124*	7,483	7,388	10.142*
Servicio 6	8.21	-	6,517	7,044	7,995	-	7,019	8,954

Numerosas situaciones de inequidad se hacen patentes y van desde la necesidad de la atención hasta el acceso y la utilización de los servicios.

Con respecto al sentirse enfermo y el motivo de consulta, se perciben claras diferencias en el reconocimiento de la necesidad, entre afiliados y no afiliados cuando se trata de desocupados. Así mismo, hay diferencias significativas en este mismo parámetro cuando se pertenece al régimen subsidiado o no se cuenta con afiliación, en el caso de los hombres, los que pertenecen al estrato 1-3, tienen ingresos hasta dos salarios mínimos, con ocupación y más de 19 años. Esto, por supuesto representa una población cuantiosa dentro de la muestra e indica que esta falta de percepción de la enfermedad, cuyos referentes son laborales, psicológicos y culturales, está muy difundida

Enlazado con el sentirse enfermo está el motivo por el cual se consulta. La enfermedad común, el motivo más frecuente de consulta (90 % en mujeres que se sintieron enfermas y 82 % de los hombres en la misma condición) presenta diferencias significativas entre afiliados y quienes no lo están. Como los otros motivos de consultas no fueron relevantes, esto indica que los no afiliados, en el caso de los hombres, del estrato 1-3, con 19 o más años, que carecen de ocupación y reciben hasta dos salarios mínimos, se abstienen de considerar como causa de consulta la enfermedad común. En igual sentido ocurre con los afiliados al régimen subsidiado que tienen ingreso hasta dos salarios mínimos.

Otros dos aspectos están directamente conectados: sentirse enfermo y consultar un servicio de salud, y no consultar por carecer de dinero. En el primer aspecto las diferencias entre afiliados y no afiliados surgieron con respecto a los hombres, la edad de 19 o más años, carecer de ocupación y contar con ingresos hasta dos salarios mínimos. Las diferencias según el tipo de afiliación se dieron en los hombres con ocupación y también en los demás estratos de análisis. Destaca, en el segundo aspecto que las diferencias significativas se dieron únicamente entre afiliados y no afiliados, y se vieron involucrados los hombres y todos los estratos de análisis considerados.

Tras acudir a algún servicio de salud, el paciente es atendido o no lo es. Fue significativamente diferente acudir a un Centro de Salud u hospital público según se estuviese o no afiliado, en el caso de los hombres y mujeres en todas las condiciones consideradas, siempre y cuando no tuviesen ocupación. Lo mismo es cierto cuando se considera el tipo de afiliación, sólo que

incluye también a los que tenían ocupación. Una amplitud similar presentaron las diferencias en la atención recibida, como medida directa de acceso.

Los servicios recibidos, como medida de utilización, reflejan las diferencias que se presentan en las variables anteriores, aunque estas diferencias resultaron más amplias según el tipo de afiliación que el hecho de estar afiliado o no estarlo.

Estratos sintéticos. Con base en los resultados de la regresión logística se construyeron diversas opciones y combinaciones, desde 2 hasta 5 estratos, hasta construir estratos sintéticos cuyas pruebas estadísticas fueron sin duda válidas. Siguiendo este procedimiento se utilizaron los estratos desagregados de género, ingresos y estrato de vivienda. Los resultados de las pruebas estadísticas con estos estratos sintéticos se indican en la Tabla 6.

Tabla 6. Asociaciones entre la afiliación-tipo de afiliación y las variables de necesidad, acceso y utilización, según las variables sociodemográficas estratificadas y sintéticas. Valores de Chi cuadrado con $p < 0.05$, $p < 0.01$ (*) y p no significativo (-)

Variables	Hombres, ingresos 2sm. Estratos 1-3	Mujeres, ingresos 2sm. Estratos 1-3	Hombres, ingresos 2sm. Estratos 1-3	Mujeres, ingresos 2sm. Estratos 1-3
	Afiliación	Afiliación	Tipo afiliación	Tipo afiliación
n	564	671	564	671
Motivo 1	27.785*	15.643*	6,301	-
Enfermo	18.186*	14.822*	6,286	-
Enf-Con	29.149*	13.835*	7,128	-
Acudió 1	25.538*	16.973*	6,496	10.376*
Atendieron	29.149*	13.835*	7,128	-
Servicio 1	20.463*	17.132*	7,189	7,554
Servicio 6	77.082*	75.986*	-	-

Es evidente que este tipo de estratos sintéticos potencia las diferencias. Son, por tanto, las variables más sensibles para identificar problemas de inequidad en la necesidad, el acceso y la utilización de servicios, con respecto a la afiliación y el tipo de afiliación, con menor intensidad en el estrato sintético de mujeres con ingresos de hasta dos salarios mínimos y pertenecientes a los estratos 1-3 de vivienda.

DISCUSIÓN

La equidad se ha convertido en un tema obligado en el análisis de los sistemas de salud. Es un indicador para evaluar los sistemas de salud específicos, independientemente de la tipología o la metodología que se utilice para clasificarlos y agruparlos. Así, ha operado como una herramienta clave de análisis, tanto en las tipologías que examinan los sistemas desde el punto de vista de su estructura, organización y recursos (47,48), como desde el punto de vista de la oferta y la demanda (49) o, más recientemente desde el punto de vista del desempeño de los sistemas de salud (50), como lo ha propuesto la OMS en el “Informe sobre la salud en el mundo – 2000 (51).

La equidad en salud puede tener por lo menos dos referentes generales: la equidad en el nivel o estado de salud de la población, y la equidad en la atención a la salud. Cada uno de estos referentes tiene, a su vez, varias dimensiones que pueden ser consideradas (20,52-59). Así, es posible valorar el efecto diferencial y las injusticias que se generan por la manera como se dan las estructuras sociales y el gasto público social, sobre aspectos como la esperanza de vida, la calidad de vida, la discapacidad, la vida saludable, los tipos de mortalidad, la promoción de la salud, y otros aspectos similares. De manera similar puede considerarse la financiación y el gasto en salud, el acceso y la utilización de los servicios de salud, la ubicación y distribución de los servicios, la administración de los servicios, la participación social y la autonomía del paciente o usuario. Gran parte de estos aspectos se incluyen en el término “determinantes sociales de la salud”, desde los cuales se han abordado y realizado múltiples estudios de equidad en salud y de atención a la salud (60).

En Colombia, los estudios y análisis de equidad en salud conforman varios tipos, según la problemática específica que trabajan y los métodos utilizados. A continuación se presenta un ejercicio analítico no exhaustivo de estos tipos de estudios, según el enfoque predominante de los mismos, aunque debemos advertir que varios de ellos se ocupan de otros temas complementarios. No se incluyen los estudios sobre género y equidad en salud.

Algunos estudios se han ocupado de examinar las desigualdades sociales y/o las inequidades que resultan de la falta de justicia social. En estos estudios se trata de relacionar la distribución de indicadores sociales como los ingresos, la pobreza, la educación, el estrato social, la ubicación rural-urbana y otros, con respecto a indicadores de salud, en el sentido amplio, como la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad. Dos estudios de alcance

nacional se han producido en este aspecto (61,62). En estos estudios se examinaron grupos municipales, según el NBI, y la mortalidad según causas, con información censal. Ambos estudios lograron identificar unos perfiles de enfermedad y de muerte, relacionados con la pobreza y con el desarrollo, o combinaciones de los mismos.

Un segundo tipo de estudios se ha ocupado de la relación entre distribución del ingreso y el avance del sistema de salud, en términos de afiliación, gasto y subsidio en salud. Este tipo de estudios tienen como antecedentes análisis más amplios que se han ocupado de la pobreza, la distribución de los ingresos y de la equidad (63-65). Por ejemplo, se ha estudiado el efecto redistributivo del gasto público social (66). En unos y otros se tocan de manera directa o indirecta aspectos de la equidad en salud. Teniendo en cuenta que el efecto del gasto público social depende de su magnitud y progresividad, se ha establecido que entre 1960 y 1992, el impacto redistributivo total de los subsidios por gasto público social se tradujo en un descenso de 0.041 en el coeficiente de Gini, de lo cual correspondió un 25 % a salud. En consecuencia, el anterior Sistema Nacional de Salud, pese a su fragmentación y desigualdades con respecto al acceso y la utilización de los servicios, tuvo un impacto positivo en la equidad social.

De 1993 en adelante la distribución del ingreso no ha mejorado de manera sustancial. Sin embargo, se ha indicado que entre 1993 y 1997 el nuevo sistema de salud ha contribuido a que el ingreso de la población más pobre se incremente en promedio en un 45 % (18), lo que ha permitido mejorar la distribución del ingreso, en algún grado. De otra parte, entre 1990 y 1998 el gasto en salud pasó de 2,4 % a 4,7 % del PIB; el subsidio en el gasto en salud para el grupo más pobre de la población representó el 0,42 % del PIB en 1993 y ascendió a 1,3 % en 1997. Los subsidios del sistema de salud representaron el 45% del ingreso de los hogares del quintil 1 en 1997, frente al 12 % en 1993. En consecuencia, en 1997 el coeficiente de Gini pasó de 0,565 sin subsidio a 0,523 contando los efectos de los subsidios del sector salud, es decir una mejora de 0,04 puntos.

En este mismo estudio, se indica que se ha logrado un mayor acceso a los servicios de salud, como resultado del incremento de la afiliación que ha pasado del 23,7 % al 59,2 % en el mismo período, lo que se interpreta como aumento de la cobertura. Así mismo, se incrementaron las consultas y las hospitalizaciones de los afiliados, en comparación con las que se producían en el anterior sistema de seguridad social, sin incluir en las cuentas las consultas ni las hospitalizaciones que se realizaron en el anterior SNS. Todos estos aspectos inducen a los autores a plantear que en la década de los 90, la política de salud tuvo mayor impacto que la del sector educación.

Dentro de este grupo, otros estudios han mostrado desde diversas perspectivas que tanto el aseguramiento como el gasto en salud se ha incrementado de manera lenta pero continua, incluso durante la existencia del anterior Sistema Nacional de Salud (67 –70).

Un tercer tipo de estudios, aborda la equidad en salud examinando las desigualdades en la relación entre el ingreso, cobertura, acceso y utilización de los servicios. En un reciente estudio (12) se presentan tres aspectos que indican el efecto positivo de la reforma en salud en dirección a eliminar las barreras económicas que dificultan el acceso a los servicios: 1. Entre 1993 y 1997 la cobertura del SGSSS aumentó del 23,7 % al 57,2 %. En los hogares del primer decil de ingresos la cobertura se incrementó de 3,1 % al 43,7 % en el mismo período; 2. La relación entre ingreso y cobertura mejoró: el índice de concentración de la afiliación según el ingreso disminuyó de 0,34 a 0,17, en el mismo período. Según los autores esto refleja la efectividad de los instrumentos regulatorios que utiliza el sistema de salud para focalizar; 3. Entre los segmentos no afiliados la falta de dinero constituyó la primera razón para no utilizar los servicios; entre los afiliados la primera fue la falta de gravedad en el caso de enfermedad, seguida por la falta de dinero. De otra parte, entre 1993-1997, el índice de concentración de la utilización de servicios hospitalarios descendió de 0,028 a 0,013 produciendo un mejoramiento en la equidad, pero el índice de concentración de utilización de servicios de salud aumentó de 0,056 a 0,091, lo cual significó un deterioro en la equidad. A pesar de lo anterior, entre 1993 y 1997, no se encontraron modificaciones significativas en la equidad en la utilización de los servicios.

Según los autores, estos hechos muestran que los instrumentos adoptados para corregir las inequidades en el acceso a los servicios están dando resultado en la dirección esperada. Aunque reconocen la existencia de factores negativos como el uso inapropiado de las cuotas moderadoras y copagos, no se detienen en los problemas de equidad que se han generado en el nuevo sistema de salud, sino que únicamente consideran los procesos que en algún grado han reducido las inequidades que vienen del sistema anterior.

De lo planteado en los dos anteriores grupos de estudios, se sigue que hay suficiente evidencia sobre los efectos positivos de la reforma del sistema de salud: contribución al mejoramiento en la distribución de ingresos, en especial sobre los ingresos de la población más pobre, así como en el mejoramiento de la equidad en la financiación de la salud. Otros dos efectos positivos resaltan claramente: el incremento del aseguramiento en salud, en espe-

cial en el régimen subsidiado, y el incremento de la afiliación al SGSSS y por tanto mejoramiento de la distribución de la afiliación según ingresos.

Los impactos positivos anteriores son atribuibles al diseño y estructura del SGSSS, si bien otros aspectos, como el crecimiento del gasto social generado por las normas de la Constitución del 91, también contribuyeron. Es posible demostrar que con respecto al anterior SNS, a partir de 1994 se incrementaron el gasto y el subsidio en salud, y se focalizó más claramente en la población más pobre ya que antes de la Ley 100 el subsidio público se aplicaba de manera indiscriminada y era parcialmente utilizado por grupos de personas que no lo requerían o con duplicación de afiliaciones y coberturas. De otra parte, en la primera fase del SGSSS, el incremento en la afiliación y en el aseguramiento se dio de manera rápida, debido al traslado masivo de afiliados del anterior sistema de seguridad social al nuevo y por la estructuración relativamente rápida del régimen subsidiado, por lo cual los dos tipos de población, vale decir las cotizaciones y los subsidios, quedaron en gran parte, mas no totalmente, diferenciados

En las apreciaciones de los dos grupos de estudios mencionados se encuentran, sin embargo, supuestos que son problemáticos. Si bien la afiliación al SGSSS puede tomarse como equivalente a aseguramiento este último incluye la protección de los riesgos financieros. Ninguno de los dos significa de inmediato una mayor cobertura, acceso y utilización que el anterior Sistema Nacional de Salud, aunque es probable que la afiliación genere un acceso potencial superior al del servicio público.

En el SNS el aseguramiento y la afiliación al Seguro Social, se interpretaba como la adscripción formal al Instituto de Seguros Sociales o a una de las Cajas. Hoy, con el SGSSS se interpreta en el mismo sentido, como la adscripción formal a uno de los regímenes. Como ya se ha indicado, la cobertura, antes y hoy, debe interpretarse como el número de personas, afiliadas o sin afiliación, que reciben algún tipo de servicio. El acceso y la utilización debe entenderse como el uso efectivo de los servicios que se requieren.

Cuando se comparan los resultados de la Encuesta Casen de 1993 con los de la Encuesta de Calidad de Vida de 1997 se están comparando el viejo y el nuevo sistema de salud. La respuesta positiva a la pregunta de la Encuesta Casen: ¿Está usted afiliado directamente a algún servicio de salud o Seguridad social?, deja por fuera a quienes hacían parte del SNS, ya que en este sistema no operaba ningún régimen de afiliación. Es por eso que tal Encuesta encontró una afiliación del 23,7 %, más cercana a la suma de la afiliación del ISS, las Cajas y otras entidades privadas. En la misma Encuesta las

preguntas ¿Se hospitalizó? y ¿A quien consultó?, podían ser respondidas de manera positiva por los afiliados y adscritos a todos los sistemas institucionales de salud, incluidos los del SNS. Las mismas preguntas o similares, en la Encuesta de 1997 se refieren al único sistema institucional de salud existente, el SGSSS. En otras palabras, la encuesta de 1993 registra únicamente la afiliación al ISS y Cajas, pero registra la utilización de servicios en todos los sistemas (ISS, SNS, etc.). La encuesta 1997 registra el conjunto de la afiliación y la utilización. En consecuencia, cuando se compara la afiliación de 1997 con la de 1993 y se encuentra que se ha incrementado, este hecho sustentado en la evidencia empírica no significa al tiempo un incremento de la cobertura, ya que la Encuesta de 1993 no midió la cobertura del SNS. Debe, por tanto, tenerse en cuenta que estas encuestas operan sobre marcos institucionales diferentes, el existente antes de la Ley 100 caracterizado, entre otras, por la fragmentación y la adscripción al sistema de salud sin un régimen explícito de afiliación, y después de la Ley 100, unificado y con un régimen de afiliación general.

Podríamos considerar como otro tipo de estudios los que se ocupan de identificar las desigualdades en la distribución del gasto y del subsidio en salud. Un estudio publicado en 1998 (19) reveló que para 1997 el gasto público social en salud, realizado en entidades del Estado, por quintiles de ingreso, se distribuyó de manera uniforme en el caso de la hospitalización, a favor de los dos primeros quintiles o más pobres en el caso de los servicios de maternidad y a favor de los quintiles 4 y 5, de mayor ingreso, en los casos de las cirugías, la consulta médica y odontológica, el laboratorio y los servicios de terapias. En el primer caso se sugiere como explicación que las intervenciones más complejas suelen realizarse en los hospitales universitarios que son mayoritariamente públicos; en el segundo caso, se aduce que los más pobres tienen en promedio más niños y que los ricos prefieren los servicios de maternidad privados. En el tercer caso, el gasto se concentra en los mayores ingresos debido a que estos sectores demandan servicios más costosos y menos necesarios que no están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. Pero, la distribución del subsidio en salud por deciles de ingreso es diferente. Los cinco primeros deciles reciben solamente el 40 % del subsidio público en salud y la distribución del total no es homogénea por clase de servicio: la hospitalización, que representa el 55 % del subsidio, se distribuye a favor del decil seis en adelante. En cirugía, que significa el 31 % de todo el subsidio, las dos terceras partes se destinan a los 5 deciles más altos. Una situación similar ocurre con odontología. En cambio, los servicios de maternidad y consulta general, laboratorio y terapias, que significan solamente el 5 % de los subsidios, se dirigen mayoritariamente a los primeros cinco deci-

les. Los autores indican, por tanto, que los subsidios tienen una estructura más inequitativa que los gastos en salud.

Mientras el gasto está en parte determinando por realidades tradicionales como el sistema hospitalario y por patrones de utilización de los servicios que vienen de tiempo atrás, la distribución perversa de los subsidios estaría más determinada por factores propios del sistema de salud, o sea el diseño y la estructura del SGSSS.

Otros estudios han centrado sus análisis en la distribución del recurso humano en salud y han mostrado que este se encuentra altamente concentrado en las grandes ciudades (71,72).

Los estudios comentados, pese a ser pocos, sugieren algunas de las características del proceso de equidad en salud en Colombia, en medio de la reforma y la transición hacia un nuevo sistema de salud: su carácter contradictorio, el avance positivo en algunos aspectos (financiación, ingresos, afiliación y acceso potencial) y la persistencia de inequidad en otros aspectos como los subsidios, todos referidos a la misma causa o base, el diseño y la estructura del modelo de competencia regulada.

Por último, otros estudios se ocupan de las desigualdades e inequidades en el acceso, utilización y calidad de los servicios de salud. Estos incluyen usualmente servicios de consulta externa, hospitalización, exámenes de laboratorio y medicamentos (73-75) y las inequidades que se presentan obedecen a la falta de justicia sanitaria.

Nuestro estudio hace parte de este último grupo. Los resultados se centran en el acceso y la utilización de los servicios de salud y sugieren que los problemas de equidad son más frecuentes de lo que usualmente se cree. Estos problemas de equidad, si bien están en conexión con factores sociodemográficos y estructurales de la sociedad, han sido generados o se han consolidado por la influencia de factores inherentes al nuevo modelo de sistema de salud.

Se verificó que la afiliación a la seguridad social está en conexión con un conjunto de variables sociodemográficas y estructurales, que la determinan en algún grado. Este aspecto guarda importancia ya que los hechos que en sucesión arrancan con sentir enfermedad y van hasta la atención, están condicionados por el nivel o estado de salud previo y este a su vez por variables más globales: “El uso de las encuestas domiciliarias se complica a causa de la variación en la salud auto evaluada para un nivel dado de salud observada,

en función del sexo, la edad, el estado socioeconómico, la exposición a los servicios de salud y la cultura” (51,76).

Por medio del análisis de correlación y los modelos de regresión fue posible identificar y valorar los factores de confusión, así como establecer la manera como las variables sociodemográficas y la afiliación, inciden sobre la necesidad, el acceso y la utilización de los servicios de salud. Los resultados obtenidos una vez se controló por medio de estratificación, para género, edad, estrato, ocupación e ingreso, revelan numerosas situaciones de inequidad que van desde la necesidad de la atención hasta el acceso y la utilización de los servicios.

Los factores del propio SGSSS que contribuyen a generar estas situaciones de inequidad pueden ser numerosos y posiblemente se expresan en varios niveles: diseño, estructura y operación del SGSSS. Destacamos los cuatro tipos de factores que probablemente inducen más fuertemente situaciones de inequidad en el acceso y la utilización de servicios. En primer lugar la falta de cobertura universal, que implica la exclusión de una parte de la población de los beneficios del SGSSS. Este problema ha sido afrontado con el marco normativo y las regulaciones que operan en el régimen de vinculados. Pero estas normas operan de manera defectuosa, no operan o, simplemente, quienes carecen de afiliación no están enterados que pueden acceder a los servicios y no ejercen este derecho.

Así mismo, la existencia de dos regímenes de afiliación (contributivo y subsidiado) y de servicios de atención o Plan Obligatorio de Salud – POS, que castiga a los más pobres, generando por otra vía, procesos de exclusión. El diseño de dos regímenes diferentes de afiliación y servicios se basó en el supuesto de que era más sencillo organizar el sistema de salud y llevarlo hasta un punto de consolidación, en el cual podrían igualarse los dos regímenes y lograrse la cobertura universal. Sin embargo, la dinámica de crecimiento de los dos regímenes no ha sido apropiada, ni se ha logrado, en los plazos estipulados por la Ley 100, igualar los dos POS.

Este problema tiene otra derivación: las diferencias en los POS inducen mayores gastos de bolsillo en el sector subsidiado lo que no sólo puede deteriorar la equidad en el gasto en salud, sino que, además, los gastos colaterales tienden a reducir la demanda de servicios; es decir, operan como una nueva barrera económica al acceso.

En conexión con el anterior, un tercer problema se refiere al alcance de los POS, cuya limitaciones generan gastos de bolsillo o estimulan la utilización de planes complementarios de tipo privado. Unos y otros afectan más profundamente a la población de menores ingresos.

Un cuarto problema, se desprende de las herramientas que se han adoptado para controlar los costos derivados del mal uso de los servicios o riesgo moral de los usuarios, como son los copagos y las cuotas moderadoras. Este tipo de mecanismos puede controlar los costos en el corto plazo, pero no resuelven la problemática de riesgo moral en el largo plazo, y crea nuevas barreras de acceso para la población más pobre.

A estos cuatro aspectos centrales, es posible agregar otros complementarios, como parte de las problemáticas que afectan al SGSSS. Cabe citar, entre otros, la evasión y la elusión, las desigualdades regionales en los recursos del sistema, las dificultades que existen en la selección de los beneficiarios pobres y la focalización de los recursos, la transformación de subsidios de oferta en subsidios de demanda, la desviación de recursos hacia los intermediarios financieros y el atesoramiento de recursos, el debilitamiento de los programas y servicios de salud pública y, la desintegración de las redes de atención. Estas problemáticas pueden acentuar de muy diferente manera la inequidad en el SGSSS, aunque su influencia específica no ha sido estudiada. Todo lo anterior puede ser referido a dos factores de fondo: la falta de universalidad en la afiliación y cobertura del SGSSS, de un lado, y de otro lado, los problemas de diseño, estructura y operación del modelo de competencia regulada.

Podría afirmarse que estas problemáticas debilitan el alcance normativo y ético del modelo de competencia regula y tienen, desde luego, consecuencias. Entre las referidas al propio sistema de salud, esta problemáticas indican que junto con los efectos positivos en los ingresos, la financiación y el gasto, el modelo no ha logrado corregir las inequidades en el acceso y la utilización de los servicios que provienen de la estructura socioeconómica y del anterior sistema de salud; así mismo, ha generado nuevas dimensiones en los problemas de equidad existentes o ha generado nuevos problemas. Las consecuencias más generales podrían delimitarse de la siguiente manera: el debilitamiento del derecho a la salud y el derecho a la atención en salud; de otra parte, la distorsión de la proyección de la política de salud hacia el futuro.

Por último, los hallazgos de inequidad en el acceso y utilización de los servicios en el SGSSS, tienen implicaciones en política. Sugieren la necesidad de concentrar esfuerzos de manera prioritaria en las metas y estrategias

de cobertura universal y en la igualación de los regímenes de afiliación y prestación de servicios■

Agradecimientos: A la Organización Panamericana de la Salud, Programa de Subvenciones para Tesis de Postgrado en Salud Pública, por el apoyo financiero que hizo posible esta investigación. Al Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID de la Universidad Nacional de Colombia.

REFERENCIAS

1. Harvard School of Public Health. 1993. International Conference on Health Sector Reform in Developing Countries: Issues for the 1990's. Durham, NH, September 10-13.
2. Harvard University. 1996. La reforma del sector salud en Colombia y el plan maestro de implementación. Harvard School of Public Health: Fundación Corona.
3. Jaramillo I. 1999. El Futuro de la Salud en Colombia. Ley 100 de 1.993. Cinco años después. 4ª Edición. Bogotá: Fundación Corona. FESCOL, FES, FRB.
4. Alvarado E. 1.998. El Régimen Subsidiado de salud. 1ª Edición. Fundación Crecer .
5. Castaño RA., 1.999. Medicina, ética y reformas a la salud. Cargraphics. No. 2, Septiembre.
6. Céspedes JE .1.998 ¿Cómo Consolidar la Reforma de Salud? Seguridad Social al Día, No. 1, Julio.
7. Morales. LG. 1997. El financiamiento del sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. CEPAL 55 Serie Financiamiento del Desarrollo.
8. Universidad Nacional de Colombia. Determinantes urbanos para el ejercicio del control social en la prestación de servicios y desarrollo de la seguridad social en salud en Bogotá.1997.
9. Universidad Nacional de Colombia. Focalización de grupos vulnerables con riesgo nutricional en la localidad de Usme, San Cristóbal, Ciudad Bolívar y Tunjuelito. Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá. 1997.
10. Rodríguez O. Financiarización y Flexibilización laboral el plan de desarrollo "Cambio para construir la paz. Rev. Salud pública. 1999.1(2): 97-104.
11. Eslava JC. Seguridad Social en Salud: reforma a la reforma. Rev. Salud pública. 1999. 1(2): 105-116.
12. Céspedes JE, Jaramillo I, Martínez R, Olaya S, Reynales J, Uribe C, Castaño RA, Garzón E, Almeida C, Travassos C, Basto F, Angarita J. 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. Rev. salud pública. 2000. 2(2):145-164.
13. Agudelo C. Sistema de Salud y plan de Desarrollo. Rev. Salud pública. 1999. 1(2): 117-127.
14. Herrera V. Régimen subsidiado en salud: evolución y problemática. Rev. Salud pública.1999.1(3):193-211.

15. Franco A. Seguridad social y salud en Colombia. Rev. Salud pública. 2000. 2(1): 1-16.
16. Hernández M. El derecho a la salud en Colombia. Rev. Salud pública. 2000. 2(2): 121-144.
17. Málaga H, Latorre Mc, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, de Taborda MC, et al. Equidad y Reforma en Salud en Colombia Rev. Salud pública. 2(3): 193-219.
18. Sánchez F, Núñez JM. La ley 100/93 si llegó a las personas de menores ingresos. Revista: Via Salud, Tercer Trimestre; 1999 (9).
19. Sarmiento A, Delgado LC, Reyes CA. Gasto público en servicios sociales básicos en Colombia. Santafé de Bogotá: Misión Social-DNP/UNDP/UNICEF; Noviembre de 1998.
20. Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Traducciones No. 1; Diciembre, 1991.
21. Rawls J. A theory of justice. Oxford University Press, 1972.p.302.
22. Rawls J. A theory of justice. Oxford University Press, 1972.p.62
23. Rawls J. Political Liberalism. Columbia University Press. New York. 1993, pag.181
24. Kukathas C & Pettit P. Rawls. A theory of justice and its critics. Polity Press. Cambridge , 1990, p. 127.
25. Bidet J. Theorie de la modernité suivi de Marx et le Marché. PUF, Paris.1990.
26. Bula J. I. John Rawls y la teoría de la modernización: una retrospectiva analítica. Cuadernos de Economía. Universidad Nacional de Colombia. No. 21.1994.
27. Sen A. Resources, values and development. Brasil Blackwell. 1984. p.9.
28. Sen A, Dreze J. Hunger and public action. Clarendon, Oxford, 1989. p.9.
29. Sen A. Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation. Oxford. Oxford University Press. 1981.
30. Sen A. Los bienes y la gente. Comercio Exterior.33 (12): 1115-1123,1983.
31. Bula J I. Fundamentos económicos de una teoría de la justicia. En: Bula J I. (Ed).Indicadores sociales de gestión. Modulo I. Santafé de Bogotá .Universidad Nacional de Colombia.1997.
32. Musgrove Ph. Relaciones entre la salud y el desarrollo. Bol. Of. Sanit. Panam. 114: (2):115-129.1993.
33. Musgrave RA. Teoría de la Hacienda Pública. Madrid. Editorial Aguilar, 1969.
34. Musgrave RA.El futuro de la política fiscal. Madrid, Instituto de Estudios Económicos, 1980.
35. García D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud?. Principios para la asignación de recursos escasos. Bol. Of. Sanit. Panam. 108(5-6):570-585, 1990.
36. Musgrove Ph. La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación. Bol. Of. Sanit. Panam. 95 (6): 570-585, 1990.
37. Mhatre S, Deber RB. From equal acces to health care to equitable acces to health. : A review of Canadian Provincial Health Comissions and Reports. Int. J. Health Services. 22(4): 645-668,1992.
38. Soberón GA, Naro J. Equidad y atención de salud en América Latina. Principios y dilemas. Bol. Of. Sanit. Panam. 99(1):1-9, 1985.
39. Feinstein JS. The relationships between economic status and health: a review of the literature. Milbank 1993; 71:279-315.

40. Newman BA, Thomson RJ. Economic growth and social development: a longitudinal analysis of casual priority. *World Development* 1989;17:461-471.
41. Anderson S, Auquier A, Hauck WW, Oakes D, Vandaele W, Weisberg HI. *Statistical methods for comparative studies*. New York: John Wiley & Son. 1980.
42. Silva dos Santos I. *Epidemiología del cáncer: principios y métodos*. Lyon: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. Organización Mundial de la Salud. 1999.
43. Susser M. The logic in ecological: I. The logic of analysis. *Am. J. Public Health*. 1994;84: 825-829.
44. Von Korff M, Koepsell T, Curry S, Diehr P. Multi-level research in epidemiologic research on health behaviors and outcomes. *Am. J. Epidemiol*. 1992. 135:1077-1082.
45. Morgenstern H. *Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles, and methods*. *Annu. Rev. Public Health*. 1995. 16:61-81.
46. Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J. Public Health*. 88(82):216-222.
47. Roemer M. National health systems as market intervention. *J. Public Health Policy*; 1989: 62-77.
48. McPake B, Mills A. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform? *Bull WHO*. 2000, 78 (6): 811-820
49. Hsiao WC. La comparación de los sistemas de atención a la salud: ¿Qué es lo que unas naciones pueden aprender de otras? En: Ruelas T. *Innovaciones de los sistemas de salud: una perspectiva internacional*. México: Editorial Médica Panamericana; 1995.
50. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull WHO*. 2000, 78(6): 717-731
51. OMS. Informe sobre la salud en el mundo – 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.
52. Roemer M. National health systems as market intervention. *J. Public Health Policy*. 1989: 62-77.
53. Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. www.medicina.unal.edu.co/red.
54. Gwatkin DR. Reducing health inequalities in developing countries. www.medicina.unal.edu.co/red.
55. Kaplan GA. Economic policy is health policy: conclusions from the study of income inequality, socioeconomic status and health. www.medicina.unal.edu.co/red.
56. Schmidt B. Gender and health in adolescence. www.medicina.unal.edu.co/red
57. OMS. Reducing inequalities in health proposals for health promotion policy and action. www.medicina.unal.edu.co/red.
58. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. www.medicina.unal.edu.co/red.
59. Gender and health group at the Liverpool School of Tropical Medicine. Guidelines for the analysis of Gender and Health. www.medicina.unal.edu.co/red.
60. Evans R, Morris B, Marmor T. ¿Por Qué Una Gente Está Sana Y Otra No? Los determinantes de Salud de las poblaciones . Madrid, Ediciones Díaz de Santos. 1996.
61. Ministerio de Salud. *La Salud en Colombia. Diez años de Información*. Santafé de Bogotá;1994.

62. DANE, OPS. La mortalidad en Colombia según condiciones de vida. Estudios Censales No. 16. Santafé de Bogotá: DANE; 2000.
63. Fresneda O. Pobreza, políticas sociales y desarrollo en Colombia. 1972-1993. Tesis Magíster en Economía. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Economía. 1993.
64. Ocampo J.A. (Com) Historia Económica de Colombia. Cuarta Edición. Santafé de Bogotá. Tercer Mundo Editores. Fedesarrollo. 1994.
65. Sánchez F (Comp). La Distribución del Ingreso en Colombia. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores, Departamento Nacional de Planeación; 1998.
66. Vélez C.A. Gasto social y desigualdad. Logros y extravíos. Santafé de Bogotá. Departamento de Planeación. Misión social. 1996.
67. Vivas J, Tarazona E, Caballero C, Marrero N. (1988) El sistema Nacional de Salud. FEDESARROLLO, OPS Colombia, 1988.
68. Ministerio de Salud. Informe de actividades 1999-2000 al Honorable Congreso de la República. MINSALUD; 2000.
69. Vargas JE, Sarmiento A. Descentralización de los Servicios de Educación u Salud en Colombia. 1997. Doc. Mecanografiado; 1997.
70. Esguerra R. Reforma en Salud una respuesta a la equidad? X. Jornadas de Epidemiología Cali, Colombia; 11-13 Octubre, 2000.
71. ASCOFAME. Recurso Humano en Medicina. Bogotá; 2000.
72. Roselli, D, Otero, A, Séller D, Calderón C, Moreno I, Pérez A. La Medicina Especializada en Colombia. Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 2000.
73. WHO-Karolinska-Harvard. Comparative Analysis of the National Drug Police, Bogotá, Colombia; 1997.
74. Mejía S, Velez A, Buriticá O, Arango M, Del Rio J. Evaluación de la política en términos de Accesibilidad y uso Racional en Colombia, Manizales; 1999.
75. Giraldo JC. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios. Defensoría del Pueblo, Bogotá, Colombia. 1999; 2000.
76. Sadana R, Mathers C, López A, Murray CJL. Comparative analysis of more than 50 household surveys on health status. Geneva: World Health organization; 2000 (GPE Discussion Paper No. 15). www.medicina.unal.edu.co/red.

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