

**EQUIDAD EN SALUD: ESTUDIO DE CASO EN EL
DISTRITO CAPITAL DE BOGOTÁ**



MARTHA PATRICIA MARTÍNEZ BARRAGÁN

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Bogotá D.C., Enero de 2006

**EQUIDAD EN SALUD: ESTUDIO DE CASO EN EL
DISTRITO CAPITAL DE BOGOTÁ**

MARTHA PATRICIA MARTÍNEZ BARRAGÁN
CÓDIGO 596483

Trabajo de grado para optar al Título de Magíster en Salud Pública

DIRIGIDO POR:
CARLOS ALBERTO AGUDELO CALDERÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Bogotá D.C., Enero de 2006

*Dedicado a Rodolfo, mi esposo
y a Juan Felipe, mi hijo
Por su amor, comprensión y
apoyo permanente para el
logro de esta meta.*

AGRADECIMIENTOS

- A mi amigo Luis Ángel Rodríguez (q.e.p.d), quién siempre me alentó y me apoyo en el procesamiento estadístico.
- A mis padres por su amor, enseñanzas, ejemplo y lucha permanente por asegurar un mejor futuro para sus hijos.
- Al profesor Carlos Agudelo, mi maestro y director por sus enseñanzas.
- A los miembros del Grupo de Protección Social del CID por sus enseñanzas y aportes.
- A Mónica Juliana Oviedo por su constante apoyo y comentarios que son invaluable en este trabajo.
- A mis amigos Patricia, Lucero, Juvenal y Graciela por sus voces de estímulo constante.
- A mis amigos y compañeros del CID que siempre me han acompañado.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
I. LA EQUIDAD EN SALUD: APROXIMACIONES TEÓRICAS	5
1. EL CONCEPTO DE EQUIDAD	5
1.1. <i>La equidad en la teoría de la justicia de Rawls.....</i>	<i>7</i>
1.2. <i>La equidad en la teoría de Amartya Sen.....</i>	<i>9</i>
2. LA EQUIDAD EN SALUD.....	11
2.1 <i>Los determinantes de la equidad en salud.....</i>	<i>13</i>
2.2 <i>Pobreza y equidad en salud.....</i>	<i>16</i>
2.3 <i>Los estudios sobre la equidad en salud en Colombia.....</i>	<i>18</i>
II. EL SISTEMA DE SALUD EN BOGOTÁ.....	24
1. ALGUNAS ESTADÍSTICAS BÁSICAS.....	27
2. LAS INEQUIDADES EN SALUD	31
III. ESTUDIO DE CASO: LA EQUIDAD EN SALUD EN BOGOTÁ	34
1. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	34
1.1 <i>Métodos de observación.....</i>	<i>35</i>
1.2 <i>Procesamiento de datos</i>	<i>36</i>
2. RESULTADOS	37
2.1 <i>Distribución de la muestra</i>	<i>37</i>
2.2 <i>Probabilidades de acceso y tasas crudas de utilización.....</i>	<i>40</i>
2.3 <i>Relaciones entre variables.....</i>	<i>41</i>
2.4 <i>Percepción y satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.....</i>	<i>49</i>
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	62

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Resultado de la caracterización de la estrategia de APS- Salud a su Hogar – Primera y Segunda Fase – Distribución de Familias e Individuos por Hospital.....	27
Tabla 2. Población total y afiliada al SGSSS 1997- 2003.....	28
Tabla 3. Afiliados al sistema en seguridad social en salud por tipo de régimen (2000-2003).....	29
Tabla 4. Distribución del Universo y de la Muestra según Grupos Socioeconómicos.	37
Tabla 5. Tasas crudas de utilización.....	42
Tabla 6. Categorías de las variables.....	42
Tabla 7. Asociación entre la afiliación y el tipo de afiliación con las variables sociodemográficas, de necesidad, acceso y utilización (prueba de Chi cuadrado).....	43
Tabla 8. Coeficientes de correlación* de Pearson. Variables sociodemográficas y de acceso.....	45
Tabla 9. Coeficientes de correlación* de Pearson. Variables de necesidad, acceso y utilización.....	46
Tabla 10. Variables con mayor influencia sobre necesidad, acceso y utilización.....	47
Tabla 11. Asociaciones entre la afiliación y las variables de necesidad, acceso y utilización, según las variables sociodemográficas estratificadas.....	47
Tabla 12. Asociaciones entre el tipo de afiliación y las variables de necesidad, acceso y utilización, según las variables sociodemográficas estratificadas.....	48
Tabla 13. Asociaciones entre la afiliación-tipo de afiliación y las variables de necesidad, acceso y utilización, según las variables sociodemográficas estratificadas y sintéticas.....	50
Tabla 14. Resultados de la encuesta a usuarios en hospitales de 1,2 y 3 nivel.....	50
Tabla 15. Resultados de la encuesta a usuarios en hospitales de 1,2 y 3 nivel.....	50

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Afiliación al sistema de seguridad social en salud y pobreza, 2003, localidades de Bogotá.....	30
Gráfico 2. Comportamiento del peso al nacer en el total de nacidos. Bogotá D.C. Periodo 1.999 -2003.....	31
Gráfico 3. Modelo teórico de aproximación a las relaciones entre variables del SGSSS.....	35
Gráfico 4. Muestra según género y afiliación. Bogotá (2000).....	39
Gráfico 5. Afiliados según género y tipo de régimen. Bogotá (2000).....	39
Gráfico 6. Estrato, afiliación y régimen contributivo. Bogotá (2000).....	40
Gráfico 7. Educación, afiliación y régimen contributivo. Bogotá (2000).....	40
Gráfico 8. Ingresos, afiliación y régimen contributivo. Bogotá (2000).....	40
Gráfico 9. Probabilidades de acceso y tasas crudas de utilización.....	41

INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS-, implementado en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993, se encuentra aún en proceso de consolidación. En los doce años de su existencia, el diseño, estructura y operación del modelo de competencia regulada han sido sometidos a numerosos análisis. Algunas de sus virtudes y problemas han sido puestas de presente en varios estudios, opiniones y publicaciones, pero aún se desconocen el alcance y las características de problemáticas claves. Uno de los aspectos que poco había sido estudiado, y que sólo recientemente ha suscitado interés, es el de la equidad en el sistema de salud. Algunos estudios han mostrado el efecto positivo del SGSSS sobre los ingresos de los pobres: subsidio, financiamiento, el gasto en salud, el crecimiento en la afiliación y la cobertura del sistema¹. Sin embargo, la información sobre cobertura y utilización de los servicios de salud indican una realidad diferente, y aunque son innegables los avances con respecto al sistema anterior, estamos lejos de cumplir con los objetivos de cobertura universal, calidad y eficiencia enunciados en la ley.

Algunos antecedentes

El Sistema de Seguridad Social se crea como un estructura organizacional –separada de las empresas- encargada del manejo de las prestaciones para garantizar financieramente las obligaciones de los patronos y los derechos adquiridos de los trabajadores². En 1975, fue creado el Sistema Nacional de Salud -SNS-, modelo que poseía un ordenamiento conceptual, administrativo y técnico definido sobre los servicios de salud. El SNS estaba conformado por el subsistema de seguridad social con entidades que estaban adscritas al Instituto de Seguridad Social -ISS- y a las Cajas de Previsión, creados en 1946 y 1945 respectivamente. Paralelo al sistema público existía el subsistema privado de medicina prepagada, o gasto privado por contra prestación de servicios, y el subsistema oficial que correspondía a entidades públicas.

El SNS era de organización centralizada, y el Ministerio de Salud se encargaba de la toma de decisiones en todos los aspectos, además de la administración del subsistema oficial y del desarrollo de programas nacionales de salud pública.

La administración y control de las unidades regionales y los servicios seccionales de salud de cada departamento, estaban a cargo de los entes territoriales.

El sistema estaba organizado por niveles:

¹ Harvard University. 1996. La reforma del sector salud en Colombia y el plan maestro de implementación. Harvard School of Public Health: Fundación Corona.

² El futuro de la salud en Colombia, Iván Jaramillo, 1999

- Primer nivel: constituido por los puestos de salud y hospitales locales para atender el 80% de los casos.
- Segundo nivel: conformado por hospitales regionales, atenderían el 15% de los casos.
- Tercer nivel: integrado por hospitales universitarios, atendería el 5% de los casos.

El sistema registró un bajo desempeño en materia de cobertura, calidad y eficiencia. En el nivel operativo no hubo un suficiente desarrollo gerencial debido a la distribución centralizada, la existencia de hospitales de origen privado con financiación pública³, unido a inequidades respecto que permitió que recursos destinados a la población más pobre fueran asignados para subsidiar la atención en salud de personas con mayor capacidad de pago. Estas situaciones motivaron a una reforma para corregir el sistema de salud.

La Constitución Política de 1991 retomó el marco organizativo de la Ley 10 de 1990 y precisó que los servicios de salud se organizaran en forma descentralizada y por niveles de atención y con participación de la comunidad.

El sistema vigente

Con la sanción de la Ley 100 de 1993 se consolidó el marco institucional del sistema con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, y se implementó el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado -POSS-. Los objetivos perseguidos por la Ley consisten en lograr la cobertura universal de la población, bajo un aseguramiento que garanticen el acceso efectivo, calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud. Para el efecto se crearon los regímenes contributivo y subsidiado. El primero, fue diseñado para asegurar a los trabajadores asalariados con más de un salario mínimo y trabajadores independientes con más de dos salarios mínimos, con un Plan Obligatorio de Salud -POS- que integra a la familia del contribuyente. La financiación se da sobre el 12% del salario y se cotiza entre el trabajador y el patrono. El régimen subsidiado se orienta a cubrir la población más vulnerable que se identifica mediante un sistema de selección de beneficiarios el SISBEN.

La creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS- implicó el diseño de herramientas administrativas técnicas y financieras para darle al sistema, un soporte de mercado de competencia regulada. El primer efecto de la reforma es que los hospitales públicos entren a competir en la venta de servicios a las aseguradoras de los dos regímenes⁴. Además, el nuevo sistema desvincula la financiación de la prestación del servicio e incorpora al sector privado por medio de empresas de medicina y empresas de seguros de salud.

³ Evolución de la equidad en el Sistema Colombiano de Salud, Serie Financiamiento del Desarrollo, Cepal, n. 108.

⁴ La deuda social de la focalización individual: el caso del Régimen Subsidiado en Salud. 1999

La estructura del sistema vigente tiene como fin garantizar el aseguramiento obligatorio y básico del servicio de salud a toda la población, como lo señala la Ley 100 cuando dice que la cobertura universal se irá logrando progresivamente por medio de la afiliación de los habitantes a los dos regímenes contributivo y subsidiado y se aumentará la eficiencia y calidad de la prestación del servicio.. Está contemplado en la Ley que la población cuyo nivel de pobreza no le permite pagar el servicio de salud dentro del régimen contributivo, obtenga un subsidio por solidaridad de parte de los contribuyentes independientes.

El objetivo del sistema vigente es lograr un máximo de cobertura, la cual después de más de diez años ha llegado al 61,8%, lo que deja un déficit de 38,2% de la población, según los resultados que arroja la Encuesta de Calidad de Vida del DANE realizada en 2003. Estos porcentajes muestran que la ley hasta ahora no ha garantizado la cobertura universal, circunstancia que afecta en forma directa la equidad, en su aspecto relacionado con la cobertura.

Entre las situaciones que explican este resultado está la estructura del sistema de aseguramiento en salud, que se construyó sobre la capacidad de pago de la población trabajadora. De allí que se proyectara para 2000 una afiliación del 70% de la población al régimen contributivo y que el restante 30% estuviera cubierto por el régimen subsidiado. El modelo sobreestimó las potencialidades del crecimiento económico para la generación de empleo, la capacidad de pago de los usuarios y pasó por alto las condiciones de creciente pobreza por ingresos en el país que hoy cubre al 64,3% de las personas y al 58% de los hogares, también según los resultados de la ECV-2003.

El aspecto de calidad y efectividad en la prestación del servicio de salud se ve afectado especialmente por la insuficiencia de recursos asignados en relación con la correspondencia entre crecimiento de afiliaciones y aumento en el presupuesto; los sistemáticos recortes a los dineros para la salud ocasionados con el acto legislativo 01 y con la ley 715, del 2001, sumados a la política de más recursos para la guerra, y al incremento de la pobreza y el desempleo agravan más la situación. Si a lo anterior se añade que el principio de solidaridad se ve violado por las altas tasas de evasión en el régimen contributivo, que hay una limitada participación comunitaria en la vigilancia y control y que la corrupción permite que el Sisben afilie a personas que no son tan pobres y que tienen enfermedades de altos costos, se muestra entonces que el sistema no está removiendo las barreras económicas de acceso a los servicios de salud que caracterizaban al Sistema de Salud anterior.

Subsisten también otros obstáculos para cumplir las metas propuestas por la reforma tales como: subdeclaración de aportes; falta de infraestructura administrativa para que los hospitales puedan competir en la venta de servicios; falta de asignación de subsidios que afectan la focalización en la población más vulnerable; la fragmentación del sistema según la capacidad de pago de las personas; y las barreras de acceso a los servicios de salud, a pesar del aseguramiento.

Precisamente esa fragmentación es uno de los principales obstáculos al logro de la equidad. La fragmentación se expresa en la existencia de planes de beneficios diferentes según los regímenes y según el tipo de servicios [POSc, POSs, vinculados,

PAB, ATEP⁵]. Las barreras de acceso son de tipo geográfico, económico o administrativo, en especial para la población más pobre y vulnerable. Las cuotas moderadoras se han convertido en obstáculo para resolver necesidades de los más pobres y más aún el copago y las cuotas de recuperación de los hospitales públicos. La atención de urgencias tiene restricciones económicas y trámites administrativos injustos que la reducen a las intervenciones mínimas e insuficientes. En resumen, los problemas de equidad no han sido resueltos en la operación del nuevo sistema.

Objetivos

En razón de las consideraciones anteriores, el objetivo del presente trabajo es evaluar el impacto de la transformación del Sistema Nacional de Salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud, desde la perspectiva de equidad en el acceso, utilización y la calidad de los servicios, con énfasis en el caso particular de Bogotá D.C. Se analizan los efectos en cuanto al acceso y utilización de los servicios en salud con los niveles dados de afiliación y cobertura, y se lleva a cabo un estudio exploratorio y transversal, mediante una Encuesta a Hogares, con variables demográficas y sociales para detectar las diferencias que pudiesen existir entre afiliados y no afiliados en términos de acceso y utilización de los servicios de salud.

El trabajo está organizado en cuatro partes. En la primera parte se expone el marco conceptual que sustenta que en el análisis de los sistemas de salud es imperativo tener en cuenta el tema de la Equidad y se exponen las principales aproximaciones teóricas al concepto. En la segunda, se realiza un diagnóstico general de la situación de la salud en el distrito capital, mostrando algunas estadísticas básicas que permiten tener una primera aproximación a los problemas de equidad en salud en la ciudad. La tercera parte corresponde a la metodología empleada en la investigación y la exposición de los principales resultados. Finalmente, se desarrollan la discusión y las conclusiones.

En el desarrollo de este trabajo la equidad se interpretará como *la igualdad de todos los individuos frente a las oportunidades de acceso real a los servicios de salud*. La equidad en salud implica que todas las personas deben tener la justa oportunidad para atender su total potencial de salud y nadie debe quedar en desventaja para lograrlo si esto puede ser evitado. Operativamente, esta definición implica por lo menos tres imperativos, a saber: igual acceso a la atención para igual necesidad; igual utilización de recursos para igual necesidad; e igual calidad de la atención para todos.

⁵ Las siglas corresponden, respectivamente, a: Plan Obligatorio de Salud contributivo, Plan Obligatorio de Salud subsidiado, Plan de Atención Básica, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional.

I. LA EQUIDAD EN SALUD: APROXIMACIONES TEÓRICAS

“Salud es el más alto nivel alcanzable de bienestar físico y emocional”.

Organización Panamericana de Salud

“Artículo 25. Todos tienen derecho a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar propia y de su familia, incluyendo alimentación, ropa, vivienda y atención médica, además de los servicios sociales necesarios y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez u otra escasez en su vida debido a circunstancias fuera de su control”

Declaración Universal de Derechos Humanos

1. EL CONCEPTO DE EQUIDAD

El concepto de equidad es uno de los elementos centrales del concepto del desarrollo humano, pues es uno de los componentes esenciales que lo distinguen nítidamente de las teorías tradicionales sobre el crecimiento económico y el desarrollo.

El concepto de equidad difiere básicamente de los conceptos de igualdad y justicia en que con él se hace énfasis en la igualdad de oportunidades, recursos e insumos, en lugar de los productos y resultados. El término “igualdad” destaca como objetivo y resultado final la consecución de la igualdad entre las personas, con independencia de sus diferentes habilidades y necesidades. En última instancia, defiende unas condiciones de vida iguales para todos, objetivo que permea la lógica del trabajo y la intervención y las políticas económicas y sociales. El término “justicia”, por su parte, reconoce una dimensión “beatífica” del concepto de “igualdad”, y por ello se centra en la existencia de iguales derechos, añadiendo un toque de relativismo y realismo. Como resultado, la igualdad no se contempla ya como un sinónimo perfecto de justicia, sino que adquiere un significado que no exige necesariamente que las personas sean iguales en las circunstancias concretas de sus vidas. El concepto de justicia, tal y como se ha concebido y aplicado a lo largo de los siglos, se arraiga en la creencia en la igualdad de derechos que tiene en cuenta las diferencias reales entre las personas, y rechaza por principio la idea de que las disparidades son inmutables e implica un constante empeño por alcanzar el objetivo último de eliminar esas disparidades.

Sin embargo, a pesar del realismo presente en el concepto de justicia, que ha modificado y simplificado la forma en que se concibe la igualdad, se ha preferido el término “equidad”, quizás en un intento de evitar las obvias connotaciones que se

derivan del de “justicia” (y por extensión del de “igualdad”) y aprovechar los matices más sutiles que denota el término “equidad”.

La equidad, en el contexto de una decisión social, significa que el resultado es imparcial y justo, y ésta ha sido una preocupación central del pensamiento social y político a través de los tiempos.

Así, la equidad introduce un principio ético o de justicia en la igualdad. La equidad nos obliga a plantearnos los objetivos que debemos conseguir para avanzar hacia una sociedad más justa. A partir de diferentes tradiciones filosóficas y políticas, es posible construir un concepto multidimensional de equidad que, aplicado al campo de la salud, ilumine los problemas que estamos analizando⁶.

Un primer significado de equidad se podría denominar “el criterio de la pobreza”. Bajo esta perspectiva un sistema es equitativo si logra hacer que todos sus miembros alcancen un “umbral mínimo” de bienestar, asegurando a cada persona un nivel de dignidad esencial. No puede haber grupos, zonas o categorías sociales excluidos de ciertos beneficios, que pongan en riesgo su integración en la sociedad.

Un segundo significado del principio de equidad podría formularse como “el criterio de la desigualdad”. En este sentido una sociedad sería más o menos equitativa dependiendo de la amplitud de las diferencias existentes en su interior. Es decir, aceptando una relativa diferenciación entre las personas y grupos en el reparto de los beneficios, la equidad exigiría controlar la magnitud de esas desigualdades. Este concepto de equidad es, por ejemplo, el que está detrás de los análisis de los niveles de ingreso de los diferentes quintiles de población.

Por último, una tercera acepción del concepto de equidad podría llamarse “el criterio de la herencia o la adscripción”. Bajo este prisma la equidad se satisface cuando se debilita o rompe la asociación entre la distribución de los beneficios y bienes sociales, y las características adscriptivas (género, etnia) o de origen social de los individuos. Para ser equitativo el sistema debe dar iguales oportunidad de desarrollo a todas las personas, con independencia de sus rasgos de origen.

En la actualidad, los diferentes enfoques filosóficos y políticos han proporcionado una variedad de acepciones del concepto de equidad, de los cuales estos son algunos ejemplos. En general, la equidad está relacionada con la forma en la cual las personas son tratadas en términos políticos, sociales y económicos; con las reglas de distribución de los resultados (costos y beneficios); con la posición de los grupos e individuos (Social Watch 1998). Debe aceptarse, por consiguiente, que hay diferentes formas de analizar el tema, y que esas formas dependen, en gran medida, del sentido atribuido al término en cada caso.

En lo referido a los criterios que deben utilizarse para distribuir costos y beneficios, la discusión sobre equidad se mezcla con problemas de justicia social. La forma en

⁶ El concepto aplicado está tomado, aunque con modificaciones, de algunos documentos de CEPAL: “La equidad: enfoques teóricos y sugerencias para su estudio” (1990); “Áreas duras y áreas blandas en el desarrollo social” R.Katzman y P.Gerstenfeld, Revista de la CEPAL n° 41.

que la sociedad distribuye los bienes, servicios y otros recursos constituye la fuente básica de la inequidad. Tradicionalmente, los debates acerca de la equidad giran en torno a una variable focal (ingreso, riqueza, oportunidades, libertad, satisfacción, utilidad, u otra), a partir de la cual se establecen las comparaciones y los juicios. En muchas ocasiones, estos debates se caracterizan por la demanda de un trato uniforme a los sujetos. John Rawls, en su ensayo Teoría de la Justicia, señala que los principios de justicia sirven para juzgar cómo las instituciones distribuyen los bienes y otros resultados (Rawls 1971). Antes de Rawls, la noción prevaleciente era el principio de que “todas las personas son iguales”, de tal forma que las diversidades sólo eran incorporadas en segunda instancia. Las discusiones más recientes también se ocupan del enfoque de las capacidades y las realizaciones, a partir de los desarrollos de Amartya Sen, para quien la capacidad de elegir se relaciona con la libertad al convertirse en un poder efectivo para conseguir aquello que los individuos elegirían en situaciones de igualdad y por lo tanto de justicia.

1.1. La equidad en la teoría de la justicia de Rawls

John Rawls considera la equidad como objetivo de la justicia, relacionada con la forma y contenido de las libertades básicas y su prioridad; considera la justicia como equidad donde se incluye el principio de igualdad que la sociedad debe considerar para ponerse de acuerdo y decidir imparcialmente⁷.

El disfrute de libertades básicas implica un acuerdo social que propenda por la protección institucional para dar margen de aplicación a las libertades como condición necesaria para el logro de un desarrollo adecuado de las personas y el pleno ejercicio de su libertad.

La justicia es producto directo de las obligaciones políticas, las cuales deben sustentar estructuras sociales e institucionales para afianzar el principio de justicia que debe emerger de una voluntad política. Si las instituciones sociales básicas no se ordenan de acuerdo a la libertad e igualdad de los ciudadanos, como personas, es imposible originar la cooperación social, la cual determina los términos equitativos de una justicia compartida que allane el campo de la satisfacción de las necesidades sociales por parte de todos.

Para el autor, las necesidades sociales se satisfacen por medio de los bienes sociales primarios, que son las libertades básicas; la libertad de movimiento y trabajo; la posibilidad de ocupar posiciones de responsabilidad; los ingresos y la riqueza y las bases sociales del autorrespeto. El principio de justicia se constituye en un valor básico con el cual la sociedad organiza las instituciones orientadas a proteger los bienes primarios.

Para garantizar las libertades básicas es indispensable la institucionalización de las libertades políticas. La libertad de conciencia y libertad de asociación son los principios de la libertad política. Es decir, institucionalizar los tres primeros bienes primarios es el paso necesario para institucionalizar la libertad política. Esta libertad

⁷ John Rawls, SOBRE LAS LIBERTADES, Paidós, Universidad Autónoma de Barcelona, 1996.

debe basarse en el principio de la diferencia. La libertad de asociación da paso a la libertad de conciencia. En ese sentido las libertades básicas se convierten bienes primarios y la justicia es el medio de conseguirlos.

Una sociedad ordenada en los principios de justicia se convierte para los ciudadanos en un bien mucho más amplio que el que se puede determinar por asociaciones de un orden menor. *“El bien de la unión social se realiza en forma más completa cuando toda la sociedad participa de este bien”*⁸.

Para participar de los recursos colectivos de los demás, las personas se involucran en actividades de acción social determinadas por principios de naturaleza social como son: la complementación entre la actividad humana y las organizaciones sociales; la cooperación y dependencia para transformar el saber-hacer singular en saber-hacer colectivo; la reciprocidad entre personas libres e iguales involucradas en la cooperación social, no se refiere solamente a actividades que se desarrollan coordinada y eficientemente. Como la cooperación esta orientada al beneficio mutuo debe tener como eje axiológico nociones compartidas en términos equitativos que deben ser articulados con la idea de reciprocidad.

Los términos equitativos de la cooperación social están relacionados con términos de justicia en el sentido reconocer las restricciones impuestas en los acuerdos o sea los términos equitativos de la cooperación. Es así como cada uno puede contar con el sentido de justicia de los demás y es reconocido por los demás, como alguien en que se puede fiar.

Las libertades básicas y su prioridad dependen de complementar la parte equitativa de los medios para conseguirlos. Cuando esta situación no se da, las libertades básicas resultan ser términos formales, porque no hay una equitativa igualdad de oportunidades porque " quienes tienen mayor responsabilidad y riquezas, pueden controlar el curso de la legislación en su propio provecho"⁹. La ignorancia, pobreza y la imposibilidad de conseguir los medios materiales impiden a las personas ejercer sus derechos y sacar partido de sus posibilidades.

La apropiación social de la producción social debe estar regulada por el principio de justicia de manera que cada ciudadano pueda promover sus fines dentro del marco de libertad igual e igualdad de oportunidades equitativas.

La justicia como equidad implica que las libertades básicas son las mismas para todos los ciudadanos.

En una sociedad que se estructura con el principio de la diferencia, donde algunos ciudadanos tienen mayor ingreso/riqueza que otros, deberían maximizarse los bienes primarios disponibles para que los más pobres puedan hacer uso de las libertades básicas de que todos gozan. Esta debería ser una meta central de la justicia política y social. Y para ello debe contarse con una garantía de la libertad política que

⁸ John Rawls, SOBRE LAS LIBERTADES, Paidós, Universidad Autónoma de Barcelona, 1996, .Pág.65

⁹ Op.Cit Pág.71

asegure el valor equitativo, en ese sentido la libertad política hace parte del principio de justicia. Esta libertad confiere la oportunidad equitativa de influir en el resultado de las decisiones políticas. En este punto, la garantía significaría que independientemente de la posición social o económica de cada uno de los ciudadanos su libertad política debe ser suficientemente equitativa para que todos tengan la misma oportunidad para la toma de decisiones. Si no hay instituciones sociales que preserven el valor equitativo de esta libertad es improbable mantener un resto de instituciones básicas justas. “*Para esto es necesario mantener a los partidos políticos independientes de las grandes concentraciones de poder económico y social privado*”¹⁰.

El logro de las garantías de las libertades políticas depende no sólo de asegurar al ciudadano el acceso y control de la actividad política, porque quienes tienen mayor cantidad de bienes pueden unirse y excluir a los que tienen menos. La garantía de la libertad política debe propender más por la igualdad en la distribución de los bienes primarios y no sólo por la igualdad en las libertades primarias como forma de asegurar un proceso político equitativo.

1.2. La equidad en la teoría de Amartya Sen

*¿Que tan capaces son las personas de conducir sus vidas? Eso depende de lo que las personas puedan hacer y ser*¹¹. Para Nussbaum y Sen, esta pregunta de apariencia sencilla conduce a una respuesta en los mismos términos, que vista desde la perspectiva de la calidad de vida, está más allá del índice del Producto Interno Bruto –PIB- y nos introduce dentro del campo de la Capacidad.

El enfoque de capacidades parte de la preocupación general por la libertad de alcanzar logros que incluyen capacidades de funcionar. La vida de una persona se puede considerar como una combinación de *quehaceres y seres*, que se constituye en procesos de *funcionamiento*, en el que interviene íntegramente la calidad productiva. Estos procesos cubren la preservación de la salud física y mental hasta la pervivencia social. La combinación de diversas alternativas de funcionamiento elegidas dentro de estas combinaciones es lo que constituye *la capacidad*.

Los funcionamientos se refieren a los estados deseables y no a las actividades deseables. El estado deseable depende de la oportunidad y la capacidad de tomarla. “*Es difícil desear lo que no se puede imaginar como una posibilidad*”¹². La libertad tiene el aspecto de los procesos y el aspecto de las oportunidades.

Una persona tiene la libertad de llevar una determinada clase de vida siempre y cuando pueda escoger o rechazar entre un ramillete de alternativas que se le ofrezcan. La libertad de un individuo la determina la capacidad de funcionamientos,

¹⁰ Op.Cit Pág.74

¹¹ La calidad de vida. Compilación de Martha Nussbaum y Amartya Sen. 1993, p. 16.

¹² Op.cit. Pág.21

que las personas consideren valiosos para operar en los diferentes ámbitos de la vida. Para Sen la capacidad representa la libertad.¹³ No es una libertad únicamente instrumental, es la libertad de *hacer*, es un *poder* que permite desarrollar determinado potencial, mediante la actividad humana, para escoger las mejores alternativas en el logro de la calidad de vida. La importancia intrínseca en el funcionamiento de elegir está en el poder elegir o no.

Hay equidad de la capacidad cuando todos los agentes sociales tienen las mismas oportunidades de escoger o rechazar, dentro de un ramillete de alternativas que les permiten funcionar, para *poder hacer* y *lograr* funcionamientos valiosos que le den la calidad a la vida que se opta por llevar.

Esta capacidad de elegir se relaciona con la libertad al convertirse en un poder efectivo para conseguir aquello que uno elegiría en situaciones de igualdad y por lo tanto de justicia. Las funciones equivalen a la forma como una persona valora las opciones que tiene. Cuando no hay la capacidad, se presenta la desigualdad que termina siendo ausencia de libertad fundamental. El conjunto de capacidades puede entenderse como la libertad general de la que goza una persona para buscar su bienestar. Las libertades fundamentales son formas para llevar la vida sobre la cual las personas tienen razones para valorar. Dentro de las capacidades básicas Sen incluye la participación política y social.

Los problemas de desigualdad e injusticia social entre distintas clases sociales tienen que ver con la libertad del agenciamiento social.¹⁴ Para Sen, la desigualdad real de las personas se circunscribe a la desigualdad de oportunidades que las personas tienen que afrontar en todas las situaciones de la vida para alcanzar lo que verdaderamente valoran en concordancia con los objetivos singulares buscados por cada una.

Cuando surgen problemas de desigualdad e injusticia social_ es porque interponen obstáculos para alcanzar objetivos. La justicia basada en las capacidades se refiere a las libertades que las personas tienen para elegir las vidas que sus razones personales les dicten. *"Es esta libertad real la que está representada por las capacidades de la persona para conseguir varias combinaciones alternativas de funcionamientos"*¹⁵. La justicia es un concepto para identificar las aspiraciones y los objetivos de la política, así como elegir los instrumentos que permiten alcanzar los fines elegidos.

Los fracasos para la aplicación de las capacidades impide alcanzar niveles que van desde los logros elementales como alimentación y salud hasta los más complejos como la autoestima y participación en la comunidad.

Los obstáculos interpuestos en el logro de las capacidades no se pueden determinar solamente por los índices de pobreza que se encuentren en la diversidad de los grupos humanos. El conjunto de capacidades más restringido se manifiesta en los

¹³ Nuevo examen de la desigualdad, 1992, Alianza Editorial

¹⁴ Op.Cit.

¹⁵ Op.Cit Pág.97

niveles del ingreso que para algunos grupos sociales constituyen un fracaso para alcanzar los niveles mínimos aceptables. La ausencia de recursos en la pobreza incapacita a las personas para conseguir el bienestar.

En la privación relativa de los ingresos se puede producir una privación total en el ámbito de las capacidades, lo cual afecta directamente funcionamiento produciendo fracasos de las capacidades. Las diferencias sociales y económicas deben recibir la atención que se merecen en la elaboración de la política económica y social.¹⁶

La equidad de la distribución de las utilidades se acompaña de igualdad de las ventajas para convertir las rentas en capacidades. Toda privación de capacidades básicas se convierte en criterio de desventajas. La renta es importante solamente desde el punto de vista instrumental. Para la evaluación de las capacidades se deben observar las funciones reales de una persona. Para optar por el desarrollo de las capacidades es necesario contar con las instituciones sociales.

El papel de los seres humanos como instrumentos de cambio puede/debe ir más allá de los cambios económicos, porque el papel de las capacidades humanas influye en el cambio social y en la producción económica, en este punto la libertad se caracteriza por tener diversos aspectos relacionados con toda una variedad de actividades y de instituciones. La sociedad en general y sus instituciones debe girar alrededor de la preocupación por el aumento de las libertades individuales y el compromiso social para llevarlo a cabo¹⁷

2. LA EQUIDAD EN SALUD

La salud y el desarrollo se implican mutuamente, manteniendo una relación bidireccional. Es así como la salud expresa en parte el nivel de desarrollo, al tiempo que es un determinante del mismo. Autores como Amartya Sen (1999) plantean que uno de los objetivos esenciales del desarrollo es el de mejorar las libertades de las que disfrutan las personas, y que dentro de estas libertades se destaca el no estar expuestos a enfermedades y muertes evitables, algo que afecta principalmente a la población pobre. Sen revela que la consecuencia de la brecha social es la existencia de muchas personas enfermas sin ningún tratamiento para sus dolencias a la vez que carecen de medios preventivos eficaces. Enfatiza que la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre equidad y justicia social¹⁸.

La salud no debe verse aisladamente del contexto de la vida y la libertad humana, continua el autor, porque ella es un componente social intrínseco a la equidad y la justicia. En esa medida, debe hacer parte de los acuerdos entre los agentes sociales y sus dirigentes políticos. De lo anterior se desprende que la equidad en salud no

¹⁶ Desarrollo y libertad

¹⁷ Op.Cit

¹⁸ ¿Por qué la equidad en salud? Texto del discurso leído en la III Conferencia Internacional sobre Economía de la Salud. York, Reino Unido, 23 de julio de 2001.

puede circunscribirse a su distribución. La equidad es un componente de la justicia social directamente ligada con la vida y sus posibilidades humanas. La injusticia produce desigualdades sociales que se encarnan en la falta de oportunidades para disfrutar una vida saludable.

En materia de salud, cuando la pobreza le quita la oportunidad a cualquiera de los grupos sociales de evitar las muertes prematuras, los sufrimientos por enfermedad y la potencialidad de llevar una vida sana, se produce el fenómeno de la inequidad producto de la injusticia. La inequidad en salud la producen factores como la desigualdad en la apropiación de los bienes producidos socialmente, la exclusión/marginación político-social, la corrupción gubernamental y la sobre-explotación de la oferta ambiental con fines de lucro.

La salud debe considerarse entonces como dimensión constitutiva de la calidad de vida. Esta consideración implica que no sólo los servicios médicos del orden promocional, preventivo y terapéutico son suficientes, es necesario tener en cuenta también factores como buena nutrición, vivienda apta, vestido, posibilidades de higiene, educación y ambiente saludable¹⁹. La salud trasciende las fronteras de los servicios médicos y, por tanto, no puede considerarse como una mercancía cualquiera.

Como lo evidenció Arrow desde 1963, cualquier aproximación a la salud y, en particular, a los servicios de salud, debe realizarse partiendo del principio de que los criterios del mercado son insuficientes. Los “mercados” de servicios de salud se caracterizan por múltiples imperfecciones, en parte derivadas de la incertidumbre y de la información asimétrica entre compradores y vendedores, que son inherentes a la naturaleza de los servicios médicos²⁰. Este enfoque de no mercado conduce a considerar la salud y los servicios médicos como bienes que están más cercanos de la esfera de lo público que de lo privado. En consecuencia, en su análisis deben primar más las consideraciones sobre la equidad que los criterios usuales de la racionalidad y la eficiencia. Cuando la salud penetra en la esfera del mercado, cae en dependencia de los siguientes factores:

¹⁹ GONZÁLEZ Jorge & PÉREZ Francisco. Salud para los Pobres en Colombia: de la Planeación Centralizada a la Competencia Estructurada”, *Coyuntura Social*, no. 18, 1998.

³ GONZÁLEZ Jorge., 2001. “La Salud, el Aseguramiento y la Equidad”, *Observare.net*, no. 2, mayo,

⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO., 2000. *The World Health Report*

2000. Health Systems: Improving Performance, The World Health Organization, Ginebra.

⁵ Desigualdades en Salud en función de las condiciones de vida.

²⁰ En uno de los estudios clásicos sobre el tema de la salud, Arrow (1963, 1965) diferencia la “salud” de los “servicios médicos”. Considera que la teoría económica puede estudiar mejor la oferta y la demanda de servicios médicos, que el mercado de la salud. La salud es un concepto más comprehensivo y considerablemente más complejo que los servicios médicos. Y a pesar de que los servicios médicos pueden ser objeto de análisis económico de una mejor manera que la salud, Arrow llega a la conclusión de que los servicios médicos son un bien muy especial y, como tal, no pueden ser estudiados a partir de los principios convencionales de la oferta y la demanda.

- Disponibilidad de recursos que permiten el acceso a servicios esenciales.
- Conversión de un bien público en privado que genera calidad del servicio en proporción al nivel del ingreso.
- Paso de la condición universal y grupal a condición socioeconómica individual.

En consecuencia, el alcance de la equidad en el campo de la salud es inmenso. La equidad en salud debe abordarse desde el ámbito de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas. La equidad en salud no trata sólo de la distribución de la salud o la distribución de la asistencia sanitaria.

La equidad en salud es multidimensional. Al ser la salud una de las condiciones más importantes de la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana sin enfermedades y sufrimientos evitables, lo importante es que ésta sea posible por acuerdos sociales y no por decisiones personales. Las desigualdades en los logros de la salud, la atención sanitaria, la promoción y prevención son aspectos del proceso de la justicia y la equidad que no tienen una dependencia exclusiva de la esfera de la salud. Existen situaciones en las cuales se puede mejorar el aspecto de la desigualdad que no necesariamente inciden en el aspecto de la equidad por la forma como se den los acuerdos sociales. Para evaluar la equidad en salud no es suficiente centrarse en la desigualdad. Es preciso tener en cuenta el marco más amplio de la equidad en general, por ejemplo los aspectos que se relacionan con la supervivencia en general que tendría que ver con la justicia social en general y más concretamente con la distribución de los recursos económicos y sociales que son determinantes en el estado de salud de las personas, teniendo en cuenta la equidad de procesos.

Propender por la equidad en salud es resolver las situaciones de inequidades en la mayoría de los campos de la vida social que son evitables e injustas. Las inequidades en salud son las diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que, además, se consideran incorrectas e injustas²¹.

2.1 Los determinantes de la equidad en salud

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 ^{22,23,24}. Así, es posible valorar el efecto diferencial y las injusticias que

²¹ Jorge Luis Prospero, *Equidad y reforma del sector salud*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS Venezuela

²² 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.

²³ Roemer M. National health systems as market intervention. *J. Public Health Policy*. 1989: 62-77

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 la misma forma, 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 dentro del 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 ²⁵.

Sin embargo, cuando se trata de examinar la *equidad en la atención* a la salud, este considerablemente amplio número de factores se organizan en torno a unos pocos aspectos claves como el *acceso y la utilización efectiva* de los servicios de salud.

Almeida-Filho, citando a Whitehead, dice que el concepto de equidad en salud implica acceso igual a necesidades iguales, por una parte, y calidad de los servicios sanitarios en forma igual para todos. La falta de oportunidad para alcanzar el potencial en salud utilizando los tipos de servicios médicos y sanitarios genera desigualdad social en salud.

Desde el punto de vista de Abraham Sonis^{26/27}, la definición de equidad, específicamente referida a la prestación de los servicios de salud, debe ser una definición operativa que implique por lo menos tres imperativos, a saber: igual acceso a la atención para igual necesidad; igual utilización de recursos para igual necesidad; e igual calidad de la atención para todos. En ese sentido, el concepto de equidad en salud consta de los siguientes elementos:

- Oportunidad de disfrutar de un buen estado de salud de manera que frente a la probabilidad de enfermar se pueda contar con las posibilidades de promoción prevención y atención eficaz.
- Oportunidad de acceso a la atención médica de calidad, independientemente de la contribución económica.

Con estas consideraciones, la equidad se interpretará aquí como *la igualdad de todos los individuos frente a las oportunidades de acceso real a los servicios de salud*. La equidad en salud implica que todas las personas deben tener la justa oportunidad para atender su total potencial de salud y nadie debe quedar en desventaja para lograrlo si esto puede ser evitado. Así, la equidad en el acceso se refiere no sólo a la disponibilidad de recursos sino también a la utilización efectiva de los servicios, de

²⁴ 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

²⁵ Bidet J. Theorie de la modernité suivi de Marx et le Marché. PUF, Paris.1990.

²⁶ Abraham Sonis Discurso en la 42ava Reunión del Consejo directivo de la Organización Panamericana de Salud, en Washington el 28 de Septiembre de 2000.

²⁷ Ganador del premio Abraham Horwitz 2000.

acuerdo con los parámetros de necesidad. Es así como la evaluación de las políticas sobre salud debe hacerse valorando su impacto sobre la equidad.

En consecuencia, la política para la equidad en salud no consiste en eliminar todas las posibles diferencias de 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 injustos²⁸.

Para Jorge Luis Prospero²⁹, propender por la salud pública implica tener en cuenta unos principios orientadores que fomenten la equidad. Estos principios tienen que ver con la eficiencia en la gestión de los recursos asignados. El financiamiento para la salud debe tener un carácter sostenible en el tiempo y adecuado a las necesidades de la salud pública. Para que los recursos asignados cumplan con los objetivos propuestos debe existir una planificación intermediada por la participación social de los agentes sociales y sus organizaciones, quienes mancomunadamente con las instituciones lleven a cabo los procesos de gestión, provisión, evaluación y control.

En esa vía, la misión de las instituciones de salud debe ser mejorar la calidad de la atención, tanto desde la perspectiva técnica como desde el punto de vista del usuario. Para el logro de las transformaciones en el campo de la salud pública, Luis Prospero³⁰ propone:

- Fortalecimiento del liderazgo y la capacidad normativa de los Ministerios de Salud.
- Desarrollo de la Descentralización y aumento de la cobertura de servicios.
- Garantía de la atención prioritaria a grupos postergados y vulnerables.
- Ampliación del número y variedad de proveedores públicos y privados.
- Definición de un “portafolio de beneficios de servicios de salud públicamente garantizado”.
- Desarrollo institucional de un asegurador público único con capacidad para comprar servicios a los proveedores públicos y privados, sin y con ánimo de lucro.
- Introducción de incentivos que estimulen la eficiencia y efectividad de los servicios.

²⁸ Los conceptos y principios de la equidad en la salud. OPS/OMS. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. 2002

²⁹ Equidad y reforma del sector salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS Venezuela

³⁰ Equidad y reforma del sector salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS Venezuela

- Desarrollo de programas de garantía de calidad incorporando sistemas de información para la gestión.
- Orientación del gasto con criterios de equidad y eficiencia. Identificación y movilización de fuentes de Identificación y movilización de fuentes de financiamiento adicionales.
- Ajuste del nivel de gasto y su financiamiento Ajuste del nivel de gasto y su financiamiento a las posibilidades de la economía nacional.
- Garantía de equidad financiera con distribución adecuada de cargas y distribución adecuada de cargas y beneficios.
- Separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios.

Para que las actividades anteriormente propuestas puedan llevarse a cabo con éxito, se necesita una transformación en las políticas sociales, una reorganización del sistema de salud con reformas financieras gestionadas eficazmente. Se necesita aumentar el gasto público en salud a la par que realizar efectivamente la lucha contra la corrupción como vía para proteger los activos asignados. En la esfera de lo simbólico se debe terminar con el mito moderno de que proporcionar la salud fuera del ámbito del mercado es asistencialismo del Estado. Al ser la salud un derecho, el Estado no es paternalista cuando garantiza su prestación. Está cumpliendo con una obligación contraída con los agentes sociales, quienes mantienen su funcionamiento con la producción social. Los marginados, los no consumidores de mercancías, los indigentes y los pobres absolutos, tienen tanto derecho de ser protegidos por el Estado como los otros grupos sociales. En la mayoría de los casos es la inequidad social la que los ha llevado la situación en que viven.

Los esquemas de salud deben expandirse en la proporción como se incrementen los niveles de pobreza que también están en expansión. Si es la estructura social la que produce injusticias en el área de la salud, los efectos de esta estructura deben ser modificados o compensados.

2.2 Pobreza y equidad en salud

Para Adam Wagstaff la pobreza y la mala salud están interrelacionadas³¹. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. La pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud. De este modo, las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza. Las desigualdades entre los ricos y los pobres con respecto a los resultados sanitarios son injustas porque las desigualdades corresponden a las limitaciones y oportunidades muy diferentes que tienen unos y otros.

³¹ Adam Wagstaff, Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Publica, N° 17. 2002. http://www.cmhealth.org/wg1_paper5.pdf.

Las desigualdades sociales, señala el autor, proporcionan escasos recursos y conocimientos que traen como consecuencia insuficiente uso de los servicios sanitarios por una parte, y unas prácticas sanitarias y dietéticas no saludables por la otra.

La exclusión a la que se ven sometidos los grupos sociales pobres en materia de salud no les permite participar de la infraestructura e instituciones con que cuentan los grupos más favorecidos. Los pobres se ven sometidos a una asistencia de salud de mala calidad y servicios sanitarios inaccesibles que producen un ambiente nocivo para la salud. Las circunstancias anteriormente anotadas provocan grados elevados de desnutrición, riesgos inminentes de morbilidad, altas tasas de fecundidad, pérdida del ingreso familiar para atender sus riesgos de salud produciendo mayor desigualdad en el ingreso. Los pobres por vivir en ambientes no saludables tienen mayor vulnerabilidad a las enfermedades catastróficas.

El círculo vicioso en el que quedan encerrados los menos favorecidos socialmente, hace que tiendan a morir antes, y a presentar mayores niveles de morbilidad. La tendencia actual del mundo, donde se cuentan también los países altamente industrializados es que las desigualdades socioeconómicas están en aumento afectando directamente la desigualdad en salud.

Los pobres tienden a utilizar los servicios de salud más que quienes tienen más dinero y salud. Al no tener aumento en sus ingresos no pueden mejorar sus prácticas dietéticas, la alimentación de los niños y las prácticas higiénicas. Por el analfabetismo y la falta de acceso a la educación no pueden tomar decisiones familiares, comunitarias y sociales para analizar y corregir los determinantes inmediatos en materia de salud. La educación, y en especial la educación de las mujeres, está fuertemente asociada a muchos comportamientos y elecciones que propician la buena salud en las familias.

Factores situacionales como geográficos tienen repercusiones en el ambiente y la infraestructura; dificultan o facilitan la accesibilidad a los centros de salud. Los pobres tienen mayores probabilidades de estar en desventaja a nivel tanto de comunidad como de domicilio.

Los factores ambientales influyen en la provisión de agua potable y condiciones sanitarias. Los factores culturales influyen al compartir valores y normas similares, que conforman conductas sanitarias inadecuadas.

Teniendo en cuenta que los pobres son la mayoría en los grupos sociales, al quedar la salud como una carga solidaria entre todos tiene como consecuencia el mayor empobrecimiento.

La distribución de los costos de la atención sanitaria y el pago por la atención aumenta la desigualdad y disminuye los ingresos. Los costos en salud aumentan la pobreza porque como se vio anteriormente los pobres tienden a enfermarse más y sus tasas de natalidad son más altas en comparación con los grupos sociales más favorecidos.

Como se mencionó antes, el crecimiento económico y social de los países está determinado por varios factores. Entre ellos la salud pública es uno de los más importantes que debería ser mirado con atención por todos los sectores sociales. La salud pública para ser mirada estratégicamente como eje de desarrollo de los pueblos debe tener dos condiciones básicas: la gratuidad para aquellos sectores que están en los límites de la pobreza; límites que comprenden hacia abajo la indigencia y hacia arriba la opulencia y la solidaridad con la gratuidad por parte de los sectores que tienen niveles de ingreso que les permite tener acceso a los mejores servicios sanitarios y servicios médicos de óptima calidad.

Un pueblo que le apueste a la salud como eje de desarrollo, y lleve a cabo planes, programas y proyectos en consecuencia, podrá disfrutar de mayor producto social, porque las personas presentan menos ausentismos laborales por enfermedad, bajísimas tasas de mortalidad innecesarias, menor tasa de natalidad y disminución de la pobreza. En forma global menores gastos médicos, de hospitalización, cirugías, drogas etc., que son producidos por la prevención y la promoción en salud.

La buena salud mental y física de los agentes sociales trae como corolario la disminución de la violencia interfamiliar y social, los deseos de superación, tanto personales como sociales, que conllevan a una mayor participación comunitaria/social y a los beneficios que de ella se derivan.

2.3 Los estudios sobre la equidad en salud en Colombia

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^{32,33}, como desde el punto de vista de la oferta y la demanda³⁴, o desde el punto de vista del desempeño de los sistemas de salud³⁵, como lo ha propuesto la OMS en el *Informe sobre la salud en el mundo – 2000*^{36, 37}.

³² Roemer M. National health systems as market intervention. J. Public Health Policy; 1989: 62-77.

³³ 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

³⁴ 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.

³⁵ Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull WHO. 2000, 78(6): 717-731.

³⁶ . OMS. Informe sobre la salud en el mundo – 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

³⁷ En este informe se considera el desempeño como equivalente a obtener los mejores logros con los recursos disponibles y para ello, se construye un indicador de Desempeño Global del Sistema de Salud, en el cual tres de los ocho componentes miden aspectos de la equidad en salud: igualdad de la

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.

Un primer grupo de 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^{38,39}. 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^{40,41}. Por ejemplo, se ha estudiado el efecto redistributivo del gasto público social⁴². 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.

supervivencia infantil, distribución de la capacidad de respuesta con respecto a los grupos desfavorecidos y equidad en la contribución financiera.

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 Fresneda O. Pobreza, políticas sociales y desarrollo en Colombia. 1972-1993. Tesis Magister en Economía. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Economía. 1993.

⁴¹ Sánchez F (Comp). La Distribución del Ingreso en Colombia. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores, Departamento Nacional de Planeación; 1998.

⁴² Sánchez F (Comp). La Distribución del Ingreso en Colombia. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores, Departamento Nacional de Planeación; 1998.

Lo que muestran estos estudios es que 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%⁴³, 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 2.37% a 4.74% 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 1.26% 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 han incrementado de manera lenta pero continua, incluso durante la existencia del anterior Sistema Nacional de Salud^{44, 45}.

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 uno de tales estudios⁴⁶ 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

⁴³ Sánchez F, Núñez JM. La ley 100/93 si llegó a las personas de menores ingresos. Revista: Via Salud, Tercer Trimestre; 1999 (9).

⁴⁴ Vivas J, Tarazona E, Caballero C, Marrero N. (1988) El sistema Nacional de Salud. FEDESARROLLO, OPS Colombia, 1988.

⁴⁵ Esguerra, R. Reforma en Salud una respuesta a la equidad? X. Jornadas de Epidemiología Cali, Colombia; 11-13 Octubre, 2000.

⁴⁶ 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.

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 estos dos últimos 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 especial 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 de 1991, 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, no siempre significa de manera inmediata crecimiento de la cobertura, el acceso y la utilización. Es probable que la afiliación genere un acceso potencial superior al del servicio público, pero no siempre significa una mayor cobertura, acceso y utilización que el anterior Sistema Nacional de Salud.

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 deben 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 1998⁴⁷ 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

⁴⁷ 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

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 deciles. 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 ^{48/49}.

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 ^{50,51} y las inequidades que se presentan obedecen a la falta de justicia sanitaria.

Este 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, como se mostrará en el siguiente capítulo, han sido generados o se han consolidado por la influencia de factores inherentes al nuevo modelo de sistema de salud.

⁴⁸ ASCOFAME. Recurso Humano en Medicina. Bogotá;2000.

⁴⁹ Roselli, D, Otero, A, Sélter D, Calderón C, Moreno I, Pérez A. La Medicina Especializada en Colombia. Bogotá: Centro Editorial Javeriano;2000.

⁵⁰ WHO-Karolinska-Harvard. Comparative Analysis of the National Drug Police, Bogotá, Colombia;1997.

⁵¹ Giraldo JC. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios. Defensoría del Pueblo, Bogotá, Colombia.1999; 2000.

II. EL SISTEMA DE SALUD EN BOGOTÁ

A fin de cumplir con el *principio de equidad y obligatoriedad* en el acceso a los servicios de salud, Colombia implementó la Ley 100 de 1993, en un contexto regido por el libre mercado. El nuevo SGSSS, que sigue el modelo de competencia regulada, debe cumplir cuatro funciones fundamentales que comprenden procesos de producción propios, excluyentes, y altamente diferenciados entre sí como son: financiar la demanda de atención en salud; prestar los servicios de salud; articular la financiación y la prestación del servicio mediante regímenes de aseguramiento, contributivo y subsidiado.

Además del objetivo de equidad que se busca con el nuevo sistema, se pretende también el logro de la eficiencia en la prestación del servicio. La búsqueda de la eficiencia implicaría una mejor distribución de los recursos para el logro de mayores beneficios lo cual podría acarrear restricciones del acceso a personas que puedan tener grandes necesidades viéndose afectada la realización objetiva del principio de equidad en la prestación de los servicios de salud.

Este diseño, sui generis, adoptado por el SGSSS colombiano resulta atractivo en su concepción teórica a pesar de que para su implementación fue necesario liquidar la mayoría de las más de 1.000 cajas de previsión social que antes administraban la seguridad social.

La implementación del nuevo SGSSS modificó en forma radical el antiguo SNS, sin una adecuada asistencia técnica por parte del Gobierno, y produjo, insatisfacción e intensa oposición por parte de algunos actores, especialmente los profesionales de la salud, los hospitales y los sindicatos, quienes critican las consecuencias adversas del modelo de atención gerenciada. Los inevitables avatares de los procesos políticos lo obligaron a adaptarse desde su concepción a las diversas corrientes de pensamiento, fuerzas e intereses en juego.

El principal desafío que enfrenta la Reforma consiste en cómo mejorar la calidad de los instrumentos de política que afectan el diseño del SGSSS y la capacidad por parte del Estado para supervisar y controlar, o fiscalizar, su cumplimiento⁵². En la práctica, las instituciones responsables presentan enormes falencias que amenazan con convertir la ley en letra muerta.

El Distrito Capital cuenta con uno de los modelos de salud más desarrollados del país⁵³, en un contexto de descentralización. La reforma de Seguridad Social en Bogotá estableció como objetivos el fortalecimiento de las políticas de Salud Pública

⁵² Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia, Juan Eduardo Céspedes Londoño. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002. En Red: http://www.cmhealth.org/wg1_paper5.pdf.

⁵³ Iván Jaramillo, 1999. El Futuro de la Salud en Colombia. La ley 100 de 1993 cinco años después.

y la reubicación de las funciones de saneamiento ambiental; la definición de las secretarías locales de salud como entidades o dependencias diferentes a los hospitales; el fomento de régimen subsidiado de la seguridad social mediante la clasificación socioeconómica de la población más pobre con el Sisben y la participación de empresas administradoras del régimen subsidiado; la conversión de hospitales en empresas sociales del Estado con estímulos a la eficiencia, y su especialización en la producción del plan obligatorio de Salud.

Para la salud, Bogotá cuenta con un recurso financiero adicional llamado *recursos de capital*, que está constituido por los rendimientos financieros, excedentes financieros por ahorros y cancelación de reservas, que en palabras de Iván Jaramillo⁵⁴ se lograron debido al esfuerzo y buen manejo de los recaudos por parte de la secretaría de salud, que pudo dar un manejo financiero a los depósitos y no se dejaron en los bancos, ni se permitió que fueran a alimentar la corrupción.

La Salud Pública de Bogotá, cuenta con un Plan de Atención Básica (PAB) que sirve de modelo para el resto del país; un programa de control de contaminación coordinado con la Secretaría de Tránsito y transporte, el Departamento Administrativo del Medio Ambiente y los Sistemas Locales de Salud-Silos-. Esta coordinación intenta liberar a los hospitales de las funciones de saneamiento ambiental. En materia de hospitales, se han conformado juntas directivas con la participación de los usuarios y los contratos de personal se hacen a partir de concurso dentro de los marcos de la carrera administrativa.

Las dimensiones y necesidades de Bogotá son tan grandes que los rubros presupuestales no alcanzan a cubrirlas. A esto se añade deficiencias en cuanto a la estructura y política general que sostiene el PAB. En cuanto a los hospitales el continuo empobrecimiento de los sectores cobijados por el régimen subsidiado será un impedimento para que estos tengan rentabilidad y en consecuencia se reducirán los costos, se utilizará la capacidad ociosa de los hospitales en forma comercial, es decir se venderán servicios al régimen contributivo y en ese proceso se puede llegar a reducir al mínimo la prestación del servicio al régimen subsidiado incumpliendo con esto la universalidad de la cobertura.

En la Secretaría Distrital de Salud bajo el mandato de Luis Eduardo Garzón se ha empezado a implementar la propuesta de política pública, orientada hacia la garantía del derecho a la salud y apoyada en la Atención Primaria en Salud –APS, como la estrategia fundamental para su realización. En este contexto, la APS como una estrategia soportada en la idea de integralidad de la atención según las necesidades de las personas y en el principio de equidad como orientador de la acción comunitaria, basada en el modo promocional de la calidad de vida y la salud con el objeto de superar las restricciones del enfoque de los servicios hacia la enfermedad y la atención individual, y avance en una perspectiva colectiva de la salud, es decir, una

⁵⁴ Op.Cit

verdadera salud pública⁵⁵. A continuación se presentan algunas cifras de caracterización de APS por distribución de familia⁵⁶.

Tabla 1

RESULTADOS DE CARACTERIZACION DE LA ESTRATEGIA DE APS - SALUD A SU HOGAR - PRIMERA Y SEGUNDA FASE - DISTRIBUCION DE FAMILIAS E INDIVIDUOS POR HOSPITAL. (INFORMACION DIGITADA A 31 DE OCTUBRE DE 2005)		
Localidad	Total	
	Familias	Individuos
Usaquen	6.298	22.430
Chapinero	2.015	7.438
Santa Fe	1.514	5.374
San Cristobal	6.111	18.077
Usme	5.466	21.958
Tunjuelito	2.684	10.367
Bosa	6.361	25.102
Kennedy	5.432	18.644
Fontibon	6.204	21.401
Engativa	4.160	14.533
Suba	6.080	23.013
Los Mártires	1.604	4.703
Antonio Nariño	1.196	2.664
La Candelaria	1.550	4.942
Rafael Uribe	6.787	22.142
Ciudad Bolívar	10.400	42.054
Sumapaz	552	2.176
Total general	74.414	267.018

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos caracterización. - Estrategia Atención Primaria - Salud a su Hogar

⁵⁵ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Dirección de Salud pública- documento marco lineamientos de salud pública para el 2.006 (versión preliminar) noviembre de 2005 p. 14.

⁵⁶ Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Atención Primaria en Salud – Presentación: Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario. Bogotá, Noviembre 2005.

1. ALGUNAS ESTADÍSTICAS BÁSICAS

Es importante anotar que la cobertura en afiliación en salud entre 1997 y 2003 presenta importantes resultados. Durante este período, la ciudad se ubica en el primer lugar en cobertura, debido a que como se había anotado cuenta con recursos financieros adicionales. Como se observa en el siguiente cuadro, entre 1997 y 2003 la tasa de crecimiento de los afiliados en la ciudad ascendió al 28,7%, mientras que la del total nacional fue diez puntos menor, al tiempo que la variación en la cobertura fue casi tres veces mayor en Bogotá que en el total del país.

Tabla 2
Población total y afiliada al SGSSS
1997- 2003

		Bogotá D.C.	Total Nacional
1997	Personas	39.842.424	6.324.256
	Afiliados	22.748.218	4.136.812
	Cobertura	57,20%	65,40%
2003	Personas	43.717.714	6.861.499
	Afiliados	27.031.714	5.323.486
	Cobertura	61,80%	77,60%
Tasa de crecimiento de los afiliados		28,70%	18,60%
Variación (puntos porcentuales)		12,20%	4,60%

Fuente: cálculos a partir de la DANE, ECV-1997 y 2003.

Afiliación por régimen

La afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud de la población bogotana en comparación con la del resto del país, se resume así: Bogotá tiene el 16% de la población del país, el 20% de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, el 25% de los afiliados al sistema contributivo, el 10% de los afiliados al sistema subsidiado y el 9% de la población no afiliada. Así, en términos de la afiliación al sistema, la ciudad es una región con resultados ostensiblemente mejores que los del promedio del país.

Durante el período 1997-2003 también se evidencia un fuerte crecimiento de la afiliación a nivel nacional al Régimen Subsidiado, que creció 29%, frente al 13,3% de los afiliados al régimen contributivo. Para el caso de Bogotá, el número de afiliados al subsidiado se multiplicó por 2,43, frente al 1,16 del régimen contributivo. Para el 2004 y 2005, la afiliación creció en todo el país debido en buena parte a la implantación de los subsidios “parciales” en el régimen subsidiado, que tienen un Plan Obligatorio de Salud (POS) con menor cubrimiento de servicios. El siguiente cuadro resume las tendencias principales.

Tabla 3
Afiliados al sistema en seguridad social en salud por tipo de régimen
(2000-2003)

		Bogotá	Total Nacional
2001	Población	6.437.842	42.299.301
	Afiliados	4.558.410	22.921.654
	% Afiliados	70,80%	54,20%
	Contributivo	3.501.255	13.409.088
	Subsidiado	1.057.145	9.512.566
2002	Población	6.865.997	44.531.434
	Afiliados	5.013.271	25.673.148
	% Afiliados	73,00%	57,70%
	Contributivo	3.643.301	13.805.201
	Subsidiado	1.369.970	11.867.947
2003	Población	7.029.928	45.294.953
	Afiliados	5.223.130	29.376.067
	% Afiliados	74,30%	64,90%
	Contributivo	3.692.953	13.822.593
	Subsidiado	1.530.177	15.553.474
	Subsidio parcial	87.246	178.069

Fuentes: Dane, proyecciones departamentales de población. Ministerio de Protección Social, boletines, Informe del Consejo Superior de Seguridad Social al Congreso. Superintendencia de Salud: afiliados al régimen contributivo, 2000.

Es importante anotar que las desigualdades del sistema se reproducen también en la ciudad, al revisar las cifras de afiliación por localidades se detectan brechas de cobertura entre estas, en Rafael Uribe la afiliación es de 67,6% y 88,2% en Chapinero).

Pobreza y afiliación al SGSSS

Bogotá es hoy una ciudad que ha incorporado varios elementos de modernización, gracias a la inversión sostenida en frentes como infraestructura, espacio público, transporte, cultura ciudadana y tributaria. No obstante, la situación de pobreza, medida por el ingreso de las familias, ha aumentado: entre 1993 y 2003, la población por debajo de LP pasó del 44,9% al 50%, lo que significó cerca de un millón de pobres más. Por debajo de la línea de indigencia (LI), el aumento fue del 8 al 17% en el mismo período⁵⁷. El desempleo, el subempleo y la informalidad son ahora mayores que hace diez años. En 2003 se registró una tasa de desempleo de 16,9%⁵⁸. El número de personas y familias desplazadas por el conflicto armado o por su situación de pobreza que llegan a la ciudad es mayor ahora que hace diez años: según la

⁵⁷ Alcaldía Mayor de Bogotá. *Bogotá sin hambre. Un compromiso social contra la pobreza*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, enero de 2004.

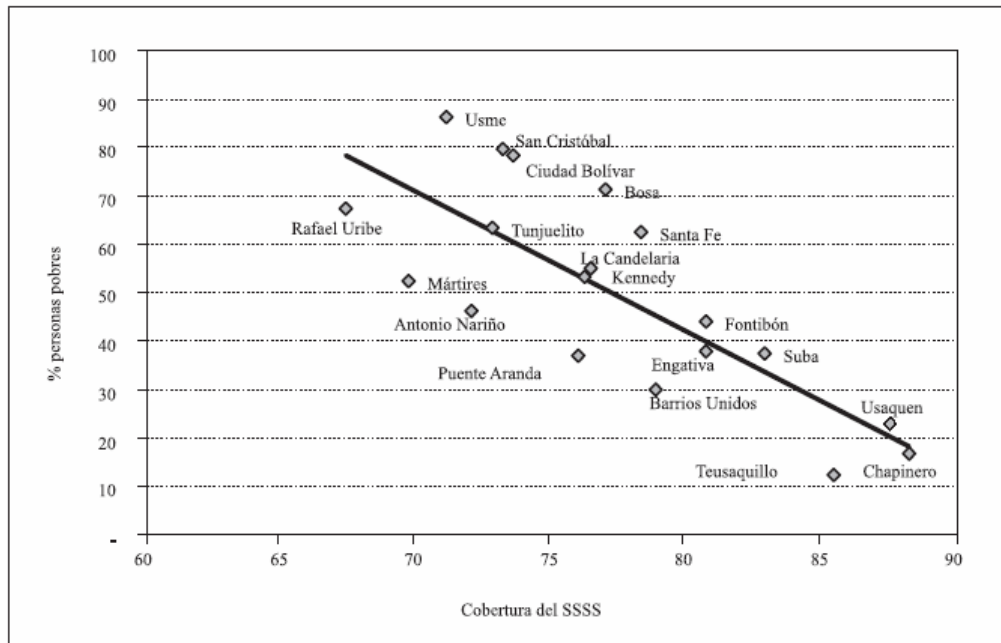
⁵⁸ DANE. Encuesta Nacional de Hogares, septiembre de 2003.

Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (Codhes), entre 1995 y 2002 arribaron a la ciudad 358.188 personas desplazadas⁵⁹.

Esta situación se expresa en salud, a pesar de la disminución de las tasas de mortalidad evitable, de dos maneras: de un lado, en la persistencia de un perfil de carga de la enfermedad que combina el incremento de las enfermedades crónicas, con la persistencia de las infecciosas y el incremento de las lesiones violentas o accidentales; de otro lado, en la evidente inequidad entre localidades. Las tasas de mortalidad materna, infantil y de menores de cinco años presentan diferencias que muestran inequidades en las condiciones de vida de las familias y se relaciona con la situación de pobreza que condujo a la administración de Luis Eduardo Garzón a declarar seis localidades en emergencia social.

Como se muestra en el siguiente gráfico, la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud está inversamente relacionada con la pobreza de la localidad, de manera que las localidades con mayores niveles de pobreza tienen las menores coberturas de salud.

Gráfico 1
Afiliación al sistema de seguridad social en salud y pobreza, 2003,
localidades de Bogotá



Cálculos: SHD, con base en Dane-DAPD, Encuesta Calidad de Vida 2003

Fuente: Secretaría de Hacienda Distrital, 2005, p. 21.

Este resultado da cuenta de la perversión del sistema en términos de equidad, pese a la existencia de un régimen subsidiado que efectivamente llega a los pobres. Esto lleva a descartar la hipótesis de que el problema central del sistema sea la equivocada asignación de recursos del régimen subsidiado. El régimen subsidiado llega a los

⁵⁹ *El Tiempo*. Sábado 8 de marzo de 2003: 1-18.

Pobres, pero no es suficiente para garantizar la cobertura de toda la población que no tiene las condiciones para afiliarse al régimen contributivo.

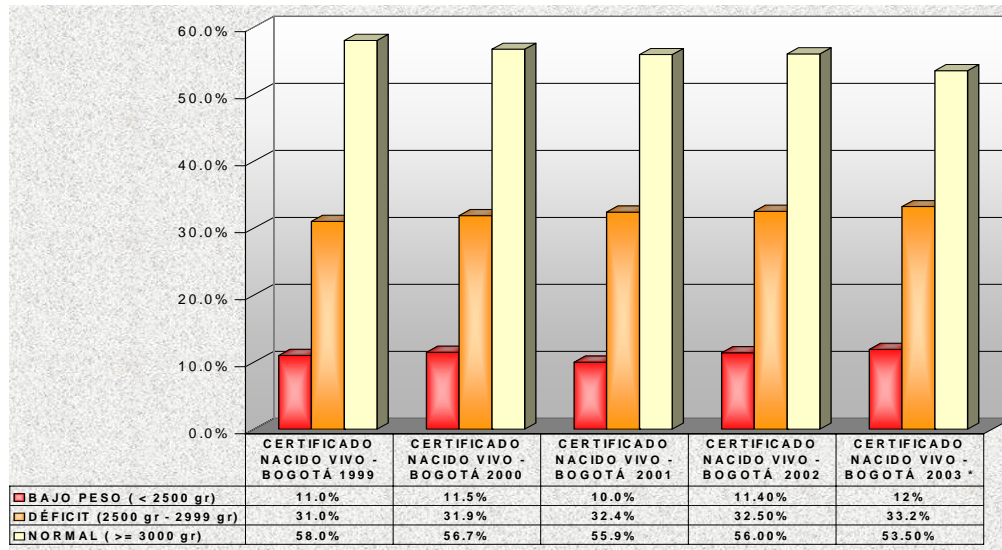
Otras estadísticas vitales

Según estadísticas de la Secretaría Distrital de Salud, en el año 2003, 61,66 madres gestantes fallecieron por cada cien mil menores nacidos vivos. Esta tasa ha venido decreciendo en los últimos años. La Tasa de mortalidad por IRA (Neumonía) registra el número de menores de 5 años que mueren por esta causa por cada cien mil niños. Para el año 2003 esta tasa se situó en 20, casos por cada cien mil niños. En el 2003 la tasa de mortalidad de menores de 5 años por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), por cada cien mil niños se encontraba en 5,20 casos por cada cien mil niños, Adicionalmente, con el aumento de las coberturas en agua potable y saneamiento básico es factible que esta tasa continúe descendiendo⁶⁰.

Durante, el año 2004 se disminuyeron las coberturas en vacunación en la ciudad. Esto sucedió a pesar de la intensificación del Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-, el cual concentró la vacunación en las zonas de difícil acceso, primordialmente en los estratos socioeconómicos más bajos.

Respecto a la situación de estado nutricional, durante el año 2003 se estableció que del total de nacidos vivos del Distrito, el 12% presentaba bajo peso al nacer (peso menor a los 2.500 gr); en tanto que la prevalencia de déficit de peso para esta misma población es de 33%, lo que significa que 45 de cada 100 recién nacidos, nacen con un peso inferior a los 300 gramos⁶¹.

Gráfico 2
Comportamiento del peso al nacer en el total de nacidos.
Bogotá D.C. Periodo 1.999 -2003



Fuente: Área de Vigilancia en Salud Pública - Secretaria Distrital de Salud

⁶⁰ Secretaría Distrital de Salud. Guía de Proyecto Alimentación Sana. Bogotá, noviembre de 2005.

⁶¹ Secretaría Distrital de Salud. Sistema de Estadísticas Vitales (certificado de nacido vivo) - SISVAN Año 2003.

2. LAS INEQUIDADES EN SALUD

A pesar de los avances en el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS] en Bogotá, existen dos grandes problemas que requieren cambios profundos en la organización del sector. Estos son: la fragmentación del sistema según la capacidad de pago de las personas, y las barreras de acceso a los servicios de salud, a pesar del aseguramiento. La fragmentación se expresa en la existencia de planes de beneficios diferentes según los regímenes y según el tipo de servicios [POSc, POSs, vinculados, PAB, ATEP⁶²]. Las barreras de acceso son de tipo geográfico, económico o administrativo, en especial para la población más pobre y vulnerable. Por ejemplo, cuando las aseguradoras contratan prestadores dispersos y alejados de la residencia de los afiliados o establecen trámites administrativos que dilatan la prestación del servicio y la entrega de medicamentos, se generan barreras inaceptables que ponen en peligro la vida de las personas. Las cuotas moderadoras se han convertido en obstáculo para resolver necesidades de los más pobres y más aún el copago y las cuotas de recuperación de los hospitales públicos. La atención de urgencias tiene restricciones económicas y trámites administrativos injustos que la reducen a las intervenciones mínimas e insuficientes. Hoy se calcula que cerca del 30% de la población no es suficientemente pobre para recibir el subsidio del Estado, pero tampoco tiene los ingresos suficientes para sostener su afiliación al régimen contributivo. Esta población va en aumento, si se tiene en cuenta la situación de desempleo, subempleo e informalización laboral creciente.

En consecuencia, la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud no se halla equitativamente distribuida. Según el estudio de la Secretaría de Hacienda Distrital⁶³, en la ciudad las personas más ricas gozan de mejores condiciones en el sistema. La afiliación del decil más rico es 1,5 veces la del decil más pobre. Aún así, Bogotá presenta menores niveles de inequidad que el nivel nacional y que el total de las cabeceras (área urbana), donde la proporción llega a 1,9 y 2,0 veces, respectivamente.

En relación con cifras como que la mayor proporción de población que tiene enfermedad y no consulta, es la población No afiliada al SGSSS (5.8%), seguida de la población del régimen subsidiado (4.9%) y 4.5% del régimen contributivo. Frente a las preguntas de acceso, si la persona presentó en los últimos 30 días alguna enfermedad, problema odontológico o cualquier otro y acudió a un médico, especialista... en la ECV, se presenta que hay mayor acceso en las mujeres, con un 74.7%, siendo la diferencia estadísticamente representativa, también se evidencia que uno de cada dos personas que no están afiliados al SGSSS, no accede a los servicios de de salud teniendo alguna enfermedad.

Existen profundas desigualdades de acuerdo con el tipo de vinculación al Sistema de Seguridad Social en Salud y con la situación socioeconómica de los hogares. En efecto, tanto en el nivel nacional como en el área urbana, rural y Bogotá, la

⁶² Las siglas corresponden, respectivamente, a: Plan Obligatorio de Salud contributivo, Plan Obligatorio de Salud subsidiado, Plan de Atención Básica, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional.

⁶³ Secretaría de Hacienda Distrital. Hacia la garantía del derecho a la salud en Bogotá. Cuadernos de la Ciudad. Serie Equidad y Bienestar No. 6. Abril de 2005. Pág. 23.

utilización de tratamientos no convencionales es ostensiblemente mayor en la población que no se encuentra afiliada al sistema, y dentro de los afiliados es menor la proporción para los afiliados al régimen contributivo. Tal situación ofrece indicios sobre la falta de homogeneidad, la estratificación y la segmentación del sistema en contra de los más pobres⁶⁴.

Según el mismo estudio de la Secretaría de Hacienda, Bogotá presenta las brechas más amplias por tipo de vinculación. En efecto, el porcentaje de enfermos afiliados al régimen subsidiado (13,5%) que utiliza métodos no convencionales dobla la proporción de los enfermos afiliados al régimen contributivo que recurre a dichos métodos (7,4%), mientras que la proporción de los no afiliados es cuatro veces las de los afiliados al régimen contributivo⁶⁵.

La desigualdad se refleja también en el acceso a servicio médico por localidades. Existe una relación inversa entre los niveles de pobreza y la proporción de enfermos que acuden a servicios médicos.

También existen inequidades de acuerdo con el tipo de vinculación al Sistema de Seguridad Social en Salud. El mayor acceso a estos servicios lo tienen los afiliados al régimen contributivo, seguidos por los afiliados al régimen subsidiado, mientras que la población sin afiliación presenta los porcentajes más bajos.

Las brechas son mayores en Bogotá, donde la proporción de enfermos afiliados al régimen contributivo que accede a servicios médicos es 1,68 veces la proporción de enfermos no afiliados que lo hace.

Para los bogotanos que calificaron el servicio médico como regular o malo, la causa más importante de insatisfacción es la mala atención del personal médico o administrativo involucrado en la atención (36,8%), le siguen la existencia de trámites excesivos o dispendiosos (28,7%) y la falta de conocimientos, capacidades o habilidades del personal médico o asistencial (15,9%)⁶⁶. Puesto que el derecho a la salud abarca, además del acceso, la calidad de la atención en salud, las medidas o reformas han de considerar las deficiencias administrativas, médicas y humanas que manifiesta un número importante de las personas que usan los servicios.

Las razones de quienes estuvieron enfermos en los últimos 30 días para no acudir a los servicios de salud son un buen indicador de las barreras de acceso del sistema y de las causas que obstruyen la garantía del derecho a la salud. Con base en éstas, debe erigirse la formulación de la política y evaluarse iniciativas como la de Salud a su Hogar, que actualmente implementa la administración distrital. Las razones dan cuenta de barreras de acceso de índole económico, otras inherentes al sistema y otras culturales.

Las económicas, expresadas en la falta de dinero, constituyen la mayor barrera, esta es la razón por la que el 55,5% de los enfermos (no leves) en Bogotá no solicitaron servicio o asistencia médica.

⁶⁴ Op cit, p. 30.

⁶⁵ Op cit, p. 30.

⁶⁶ Op cit, p. 33.

Las barreras relacionadas con el sistema general de seguridad social en salud explican el 31,5% de la no asistencia médica: 11,8% por falta de oportunidad o calidad del servicio, 9,8% por problemas de resolutiveidad del sistema en ocasiones anteriores, 8,2% por los trámites que demanda acceder al servicio y 1,7% por razones de lejanía de los centros de atención. El restante 13,0% de quienes no solicitaron corresponde a causas de índole cultural o de idiosincrasia, se trata de personas que no tuvieron tiempo o personas que no confían en los médicos⁶⁷.

El 6,56% de la población del total nacional tuvo un problema de salud que implicó hospitalización durante los últimos doce meses. En Bogotá, el porcentaje es de 6,65, equivalente a 456.060 personas⁶⁸.

La utilización de los servicios de la entidad de seguridad social a la que la persona se encuentra afiliada, de la Secretaría de Salud o la Alcaldía, de los seguros, planes complementarios o medicina prepagada es más frecuente en éstos que en aquellos que no requieren hospitalización, analizados en los apartes precedentes. En contraste, la utilización de los recursos propios o familiares es menos frecuente cuando el problema de salud implica hospitalización.

Las fuentes de financiamiento varían considerablemente según el estrato socioeconómico de los hogares. La utilización de las ARS o EPS como fuente total o parcial es superior al 60% para todos los deciles. Su uso muestra una relación directa con el nivel de ingreso, aunque la tendencia se quiebra en el decil más rico, donde la participación decrece de manera considerable, ubicándose en un nivel cercano al del segundo decil. El uso de los servicios de salud complementarios es superior al 5% sólo para el 20% de la población más rica. En el caso del último decil, se utiliza en 1 de cada 5 hospitalizaciones⁶⁹.

En contraste, el uso de los servicios hospitalarios ofrecidos por la Secretaría Distrital de Salud o la Alcaldía muestra mayor ocurrencia entre la población más pobre de la ciudad. En efecto, se utiliza como fuente en 1 de cada 5 eventos hospitalarios de la población del primer decil, mientras que para la población de los deciles 9 y 10 no alcanza a financiar el 1% de los eventos.

El resultado más contradictorio en términos de equidad es el del uso de los recursos del hogar (es decir, el pago en efectivo por parte del hogar o la familia). El uso de esta fuente de financiamiento observa una tendencia inversa con el ingreso de los hogares: es más frecuente en los hogares de los deciles más pobres y menos frecuente en los hogares más ricos⁷⁰.

⁶⁷ Op cit, p. 39.

⁶⁸ Op cit, p. 42.

⁶⁹ Op cit, p. 42.

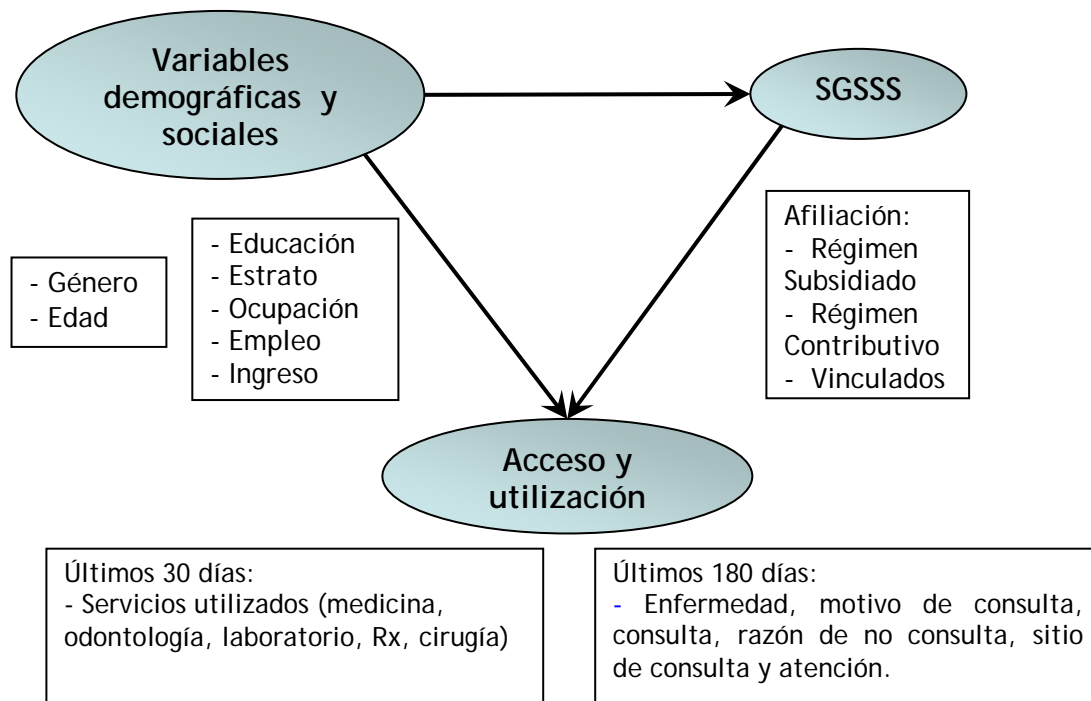
⁷⁰ Op cit, p. 43.

III. ESTUDIO DE CASO: LA EQUIDAD EN SALUD EN BOGOTÁ

1. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Con el fin de establecer diferencias en el acceso y la utilización en el SGSSS, con respecto a la afiliación a la seguridad social, se llevó a cabo un estudio exploratorio y transversal, diseñado a partir del modelo de aproximación que se indica a continuación.

Gráfico 3
Modelo teórico de aproximación a las relaciones entre variables del SGSSS



Este esquema sugiere la existencia de múltiples relaciones e interacciones entre la variables estructurales sociodemográficas y las de afiliación, acceso y utilización de los servicios. En consecuencia, el análisis de las relaciones entre la afiliación, y el acceso y la utilización requiere de metodologías de control de factores de confusión⁷¹.

⁷¹Silva Dos Santos I. Epidemiología del cáncer: principios y métodos. Lyon: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. Organización Mundial de la Salud. 1999.

Se utilizaron tres tipos de variables:

1. Variables al nivel individual
2. Variables de grupo o contextuales: dan cuenta de las características de los individuos en los grupos.
3. Variables integrales de grupo: describen características de los grupos que no son derivadas de las características de sus miembros⁷².

Para los fines del estudio, la afiliación se interpreta 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.

Comprender y analizar las variables de acceso y utilización en los servicios de atención, exige manejar dichas variables dentro de una secuencia que se inicia con la necesidad de la atención, identificada por medio de una medida de aproximación-PROXI-, como es el sentirse enfermo. En esta secuencia, que es explicada en la sección 2.1, es posible examinar diferentes dimensiones y manifestaciones de la equidad o inequidad en salud.

1.1 Métodos de observación

El abordaje observacional se llevó a cabo mediante la aplicación de tres métodos:

a. Encuesta de Hogares

Contempló, entre otras, las siguientes variables: aspectos sociodemográficos y laborales, afiliación a la seguridad social, tipo de afiliación para el régimen contributivo y subsidiado; utilización de los servicios de salud, atención y gasto en salud.

Universo: correspondió a 1.195.150 hogares de Bogotá, distribuidos en tres grupos socioeconómicos.

Muestra: Se utilizó una muestra probabilística, multietápica y estratificada con criterios socioeconómicos. Se estimó la muestra con un error de muestreo inferior al 5 %. Se utilizó como unidad estadística 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.

⁷² Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J. Public Health.* 88(82):216-222.

Tabla4. Distribución del Universo y de la Muestra según Grupos Socioeconómicos

Grupo Socioeconómico	Estratos Socioeconómicos	Universo Hogares	Muestra Hogares
Bajo	1 y 2	483.515	148
Medio	3 y 4	643.286	196
Alto	5 y 6	68.349	20
Total		1.195.150	364

Esta muestra de hogares puede ser expandida a la ciudad de Bogotá.

b. Encuesta a Usuarios: percepción y satisfacción con los servicios de salud

En hospitales de nivel 1, 2 y 3 se escogieron al azar 297 usuarios del servicio de consulta externa. La aplicación de la respectiva encuesta se llevó a cabo en el lapso de mayor afluencia, durante una hora diaria por espacio de una semana.

Variables de análisis: afiliación, conocimiento de derechos, oportunidad de atención, calidad del servicio, satisfacción general y participación social.

c. Encuesta a Prestadores de Servicios de Salud

Universo: 32 hospitales públicos de la red de la Secretaría de Salud de Bogotá.

Muestreo: muestreo aleatorio simple con selección sistemática sobre la lista de hospitales.

Unidad de Análisis: Hospital

Muestra: Se seleccionaron 10 hospitales, teniendo en cuenta su tamaño en términos de personal contratado.

Variables estudiadas: servicios y capacidad instalada, utilización de servicios.

En el presente informe se incluyen únicamente los resultados obtenidos en la encuesta de hogares y en la encuesta de percepción y satisfacción de los usuarios.

1.2 Procesamiento de datos

Se establecieron las frecuencias simples de las variables en estudio y se elaboraron gráficos de dispersión considerando las variables demográficas y sociales con respecto a la afiliación al SGSSS, y las variables de acceso. Entre las mismas variables se estimaron los coeficientes de correlación simple de Pearson y los coeficientes β múltiples por regresión logística para identificar las influencias de unas sobre las otras, y sobre el acceso y la utilización, planteadas en el modelo de aproximación, cuyo peso es desconocido.

Con base en los coeficientes obtenidos por una parte, y para controlar los factores de confusión e identificar la relación real de la afiliación y el tipo de afiliación con las variables de acceso y utilización, por la otra se procedió a estratificar las variables demográficas y sociales aplicando la prueba de Chi cuadrado con ajuste de Yates por continuidad, cuando fue necesario.

2. RESULTADOS

2.1 Distribución de la muestra

En los 364 hogares estudiados se encuestaron 1.324 personas mayores de 9 años. Las características sociodemográficas de la muestra de población se muestran en las Tablas A1 y A2 del Anexo A.

- Del total de personas entrevistadas, el 53.6% fueron mujeres y el 46.4% hombres. De estos porcentajes el 15.8% estaban en edades entre 10 y 17 años, el 41.3% en edades entre 18 y 35 años y el 42.9% eran mayores de 35 años.
- En cuanto a los niveles educativos, se advirtió que el 1.6% no tenían ningún nivel educativo, el 19,5% tenían primaria completa y el 22.7% secundaria completa. El 28.2% del total de entrevistados contaba con secundaria incompleta. El 17.9% cursó estudios superiores de los cuales el 16.7% fueron universitarios y el 1.2% con nivel de postgrado.
- Se encontró que el 47% la población correspondía a los estratos 1 y 2; el 53% correspondía a los estratos 3 en adelante. Las mayores frecuencias correspondieron a los estratos dos y tres, en su orden.
- En cuanto a los niveles de ingreso, el 58.5% de la muestra de población percibía un ingreso menor o igual a un salario mínimo de \$260.124 pesos colombianos (US \$ 130).

Las características de Afiliación, Acceso y Utilización se encuentran se encuentran en las Tablas A1 y A2 del Anexo A.

- De las 1.324 personas, 1.049 (79.2 %) resultaron afiliados al sistema de seguridad social y 275 personas (20.8%) no estaban afiliados a ningún sistema. De otra parte, 38 personas que corresponden al 2.9% correspondieron al régimen vinculado, es decir, aquella población que fue atendida por una institución hospitalaria pero que no pertenece a ninguno de los sistemas de salud.
- 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 y el 70.8% del régimen subsidiado pertenecía a los estratos uno y dos.
- Con respecto a los ingresos. En el régimen contributivo, el 87.2% de la población tuvo ingresos menos de dos salarios mínimos, mientras que en el régimen subsidiado el 66,7% recibe un salario mínimo o menos, y el 99.7% de la población está por debajo los dos salarios mínimos.
- De los 614 hombres que participaron en la encuesta y que representaron el 46.4 % del total de la muestra, el 78.2 % estaba afiliado (ver Gráfico 5). De los 480 hombres que estaban afiliados y representaban el 45.8 % del total de afiliados, el 77.9 % pertenecían al régimen contributivo (Ver Gráfico 6).

Gráfico 4

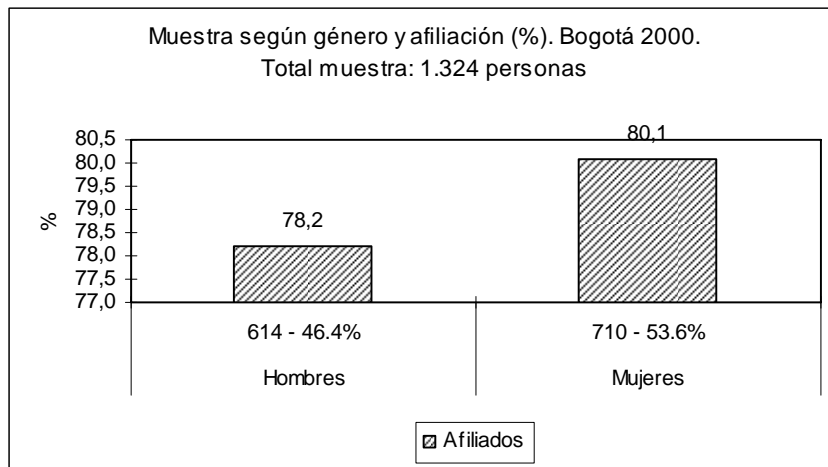


Gráfico 5

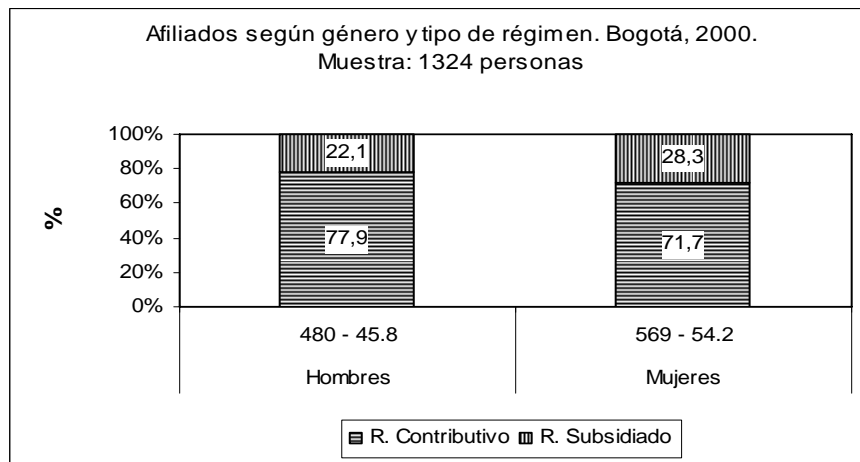


Gráfico 6

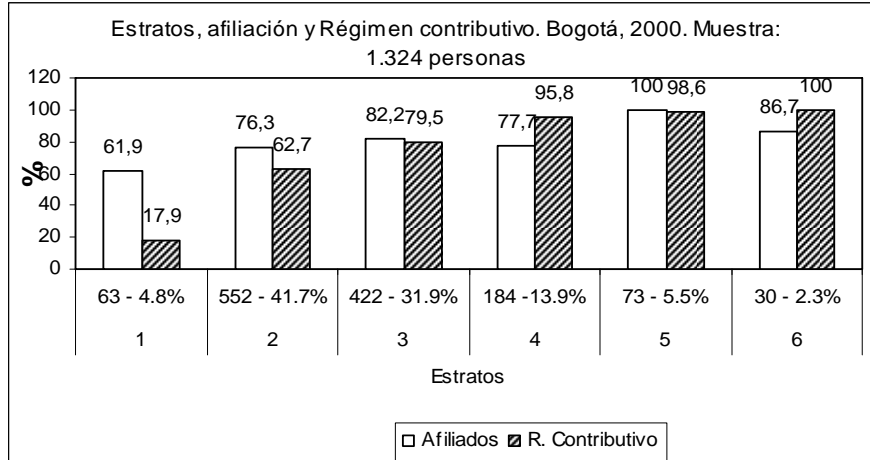


Gráfico 7

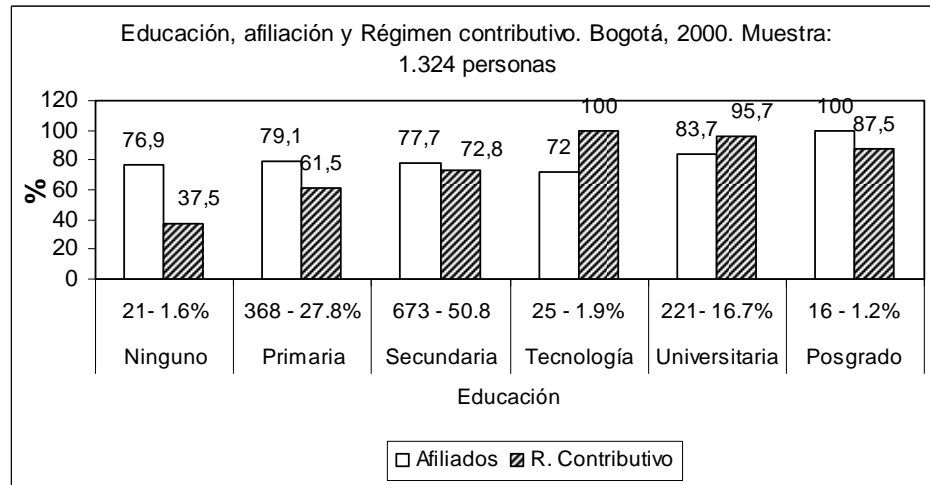
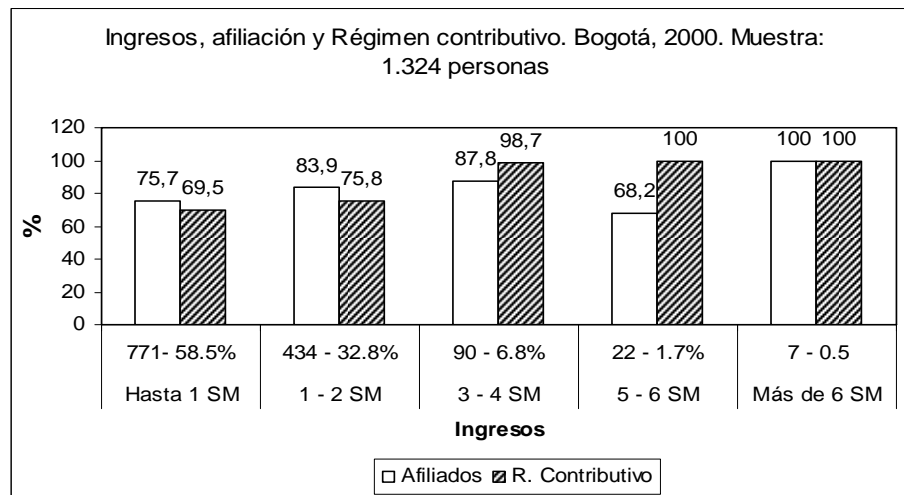


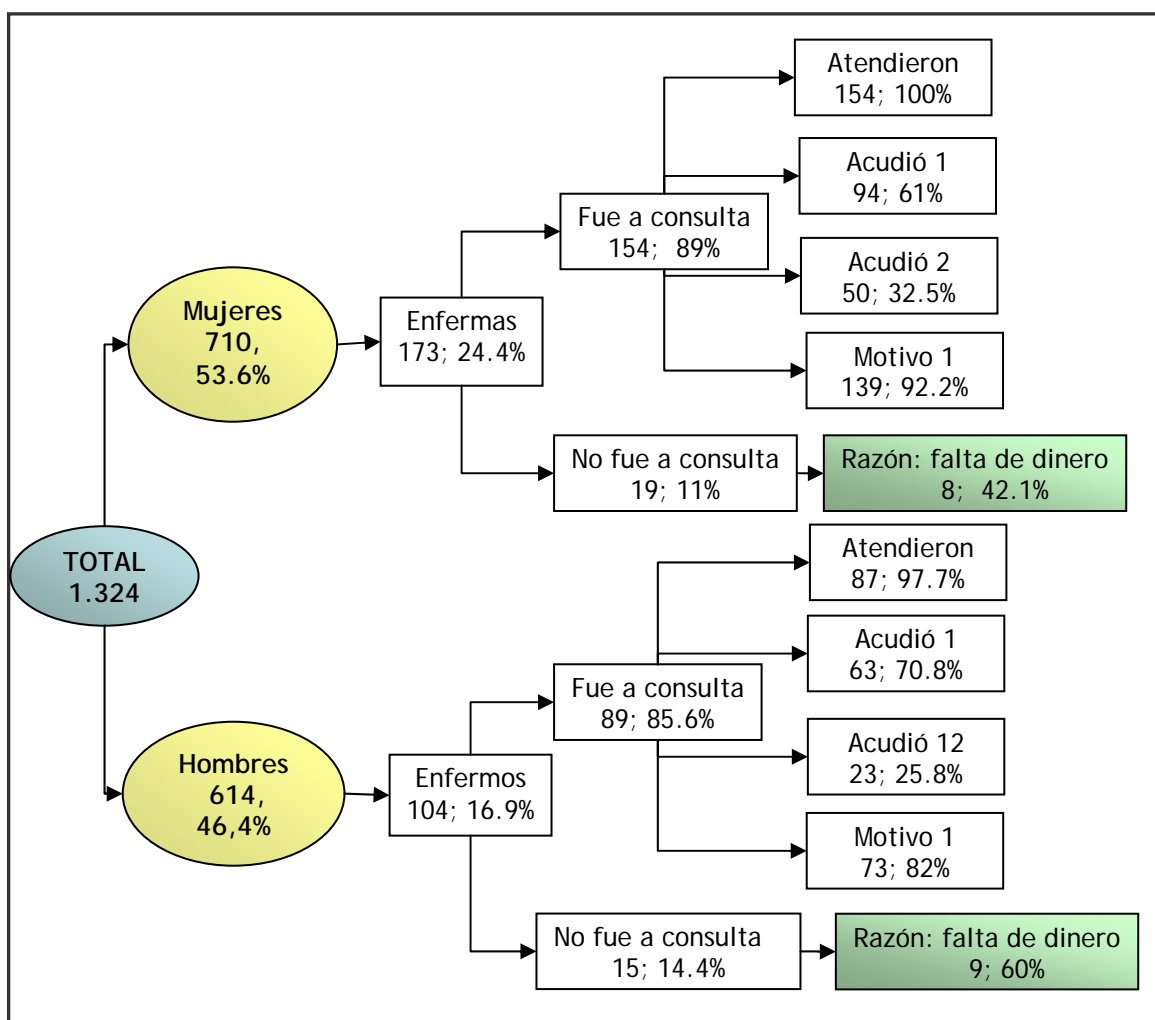
Gráfico 8



2.2 Probabilidades de acceso y tasas crudas de utilización

Para establecer las probabilidades de acceso, se diseñó una secuencia de pasos que van desde la percepción de enfermedad hasta la prestación y recepción del servicio. 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 definen en la tabla 6.

Gráfico 9
Probabilidades de acceso y tasas crudas de utilización



De manera global, se observa que en el caso de las mujeres un 21.7 % (154/710) del total, 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 la encuesta se preguntó sobre la utilización de servicios en los últimos 30 días. Los resultados obtenidos, independientes de sentirse enfermo en los últimos seis meses, fueron los siguientes:

Tabla 5
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

2.3 Relaciones entre variables

Las relaciones entre las variables socio demográficas, la afiliación, y las de necesidad, acceso y utilización, se analizaron en varias etapas. Para ello, se establecieron unas categorías para las variables, como se indica en la tabla 6.

Tabla 6
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
OCUPACIÓN	Con alguna ocupación; sin ocupación
INGRESO	Hasta 2 salarios mínimos; 3 y más salarios mínimos
AFILIACIÓN	Afiliación al SGSSS; Si-no
TIPO	Régimen contributivo, régimen subsidiado, ninguno
AFILIACION	¿Se sintió enfermo en los últimos seis meses? Si-no
ENFERMO	Enfermo y consultó con una persona especializada? Si-no
ENF-CONS	
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 farmacéuta
RAZ - NO 1	Razón principal para no consultar: no tenía dinero
RAZ - NO 4	Razón principal 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 3	Servicio utilizado en los últimos 30 días: laboratorio clínico, RX u otros exámenes

SERVICIO 4	Servicio utilizado en los últimos 30 días: Cirugía ambulatoria
SERVICIO 5	Servicio utilizado en los últimos 30 días: Rehabilitación o terapias
SERVICIO 6	Servicio utilizado en los últimos 30 días: ninguno

Según lo plantea el modelo teórico de aproximación (Gráfico 9) deben existir un número apreciable de relaciones entre las variables, así como interacciones entre las mismas.

Se utilizaron tres procedimientos para identificar las relaciones existentes entre las variables:

1. Gráficos de dispersión de cruce de los diferentes grupos de variables (cuantitativas y categóricas) indicaron concentración sobre algunos de los estratos de las variables (no se muestran en el texto);
2. Pruebas de asociación entre las variables crudas;
3. Coeficientes de correlación simple de Pearson entre los diferentes tipos de variables.

Asociación entre las variables

Por medio del método de Chi cuadrado se examinaron las posibles asociaciones existentes entre las variables crudas socio demográficas, afiliación, necesidad, acceso y utilización. Como se indica en la Tabla 7, se encontraron múltiples aunque aisladas asociaciones significativas. La afiliación se asoció con 4 variables, mientras que el tipo de afiliación lo hizo con 11 de las 17 variables consideradas.

Tabla 7.
Asociación entre la afiliación y el tipo de afiliación con las variables sociodemográficas, de necesidad, acceso y utilización (prueba de Chi cuadrado).
Total muestra: 1.324

Variables	Afiliación		Tipo de afiliación	
	Chi cuadrado	P*	Chi cuadrado	p*
Género	0.773	0.379	6.057	<i>0.048</i>
Edad	1.540	0.215	24.765	<i>0.001</i>
Educación	0.030	0.857	28.830	<i>0.001</i>
Estrato	5.771	<i>0.016</i>	93.976	<i>0.001</i>
Ocupación	1.239	0.266	8.025	<i>0.018</i>
Ingreso	2.530	0.111	33.700	<i>0.001</i>
Enfermo	1.184	0.276	10.852	<i>0.004</i>
Enf-Cons	4.622	<i>0.032</i>	8.133	<i>0.017</i>
Raz – No 1	0.519	0.471	4.144	0.126
Raz – No 4	1.275	0.259	4.887	0.087
Atendieron	4.622	<i>0.032</i>	8.193	<i>0.017</i>
Servicio 1	3.618	0.057	10.156	<i>0.006</i>
Servicio 2	2.508	0.113	0.648	0.723
Servicio 3	2.467	0.116	3.302	0.192
Servicio 4	0.031	0.861	0.658	0.720
Servicio 5	0.002	0.996	0.237	0.888
Servicio 6	5.441	<i>0.020</i>	8.210	<i>0.016</i>

* En itálica los valores de p significativos

Según estos resultados existen diferencias significativas en el acceso y la utilización de servicios con respecto a la afiliación y el tipo de afiliación, lo que podría

considerarse como un típico problema de inequidad. Sin embargo, estas asociaciones están afectadas por las relaciones entre las variables sociodemográficas y la afiliación (reflejadas en los resultados de la parte alta de la tabla) 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 (Tabla 8). Las variables de educación e ingreso presentaron coeficientes de correlación simples significativos con las cinco variables sociodemográficas restantes; las variables de edad y ocupación presentaron correlaciones significativas con otras cuatro variables, coincidiendo en las variables de educación e ingreso; las variables de género y estrato presentaron correlaciones significativas con tres variables restantes, coincidiendo en las variables de educación e ingreso.

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 (Tabla 8). A su vez, las variables de necesidad, acceso y utilización mostraron un conjunto de correlaciones significativas (Tabla 9). Las variables sentirse enfermo y consultar, y recibir atención, presentaron correlación significativa con otras cinco variables de acceso y utilización. La variable sentirse enfermo presentó correlación significativa con otras cuatro variables del mismo grupo. Esto se debe, en parte, a la interacción entre las variables y al hecho de que hacen parte de una secuencia necesaria. Así, quienes fueron atendidos debieron sentirse enfermos, consultaron y probablemente utilizaron algún servicio de salud en los 30 días anteriores a la encuesta. Es decir, en estos casos, además de la interacción, se presenta colinealidad.

Todo lo anterior indica, sin lugar a dudas, la existencia de relaciones directas (una variable sobre otra), indirectas (por medio de una tercera variable) y de interacciones en el esquema de relaciones establecido.

Modelos de regresión

Los modelos de regresión permitieron obtener dos resultados:

a. 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.

b. Precisar el alcance con el que se debe aplicar la estratificación.

Se construyeron dos modelos. En el primero de ellos se estimaron por regresión logística, paso a paso (backward stepwise), los coeficientes β múltiples de las variables sociodemográficas sobre las variables de necesidad, acceso y utilización, dejando al final únicamente aquellas que tenían coeficientes significativos (Tabla A3).

**Tabla 8. Coeficientes de correlación* de Pearson.
Variables sociodemográficas y de acceso**

Variables	GÉNERO	EDAD	EDUCACIÓN N	ESTRATO	OCUPACIÓN N	INGRESO	AFILIACIÓN N	T. AFILIACION
GÉNERO		0.00263 0.9239	0.05914 <i>0.0314</i>	0.05357 0.0513	0.20632 <i>0.0001</i>	0.18348 <i>0.0001</i>	-0.02416 0.3798	0.14862 <i>0.0001</i>
EDAD			-0.19405 <i>0.0001</i>	0.10973 <i>0.0001</i>	0.11808 <i>0.0001</i>	0.08841 <i>0.0013</i>	0.11484 <i>0.0001</i>	0.13815 <i>0.0001</i>
EDUCACION				0.42864 <i>0.0001</i>	0.16705 <i>0.0001</i>	0.34042 <i>0.0001</i>	0.02748 0.3176	-0.07527 <i>0.0061</i>
ESTRATO					0.00264 0.9237	0.21568 <i>0.0001</i>	0.12668 <i>0.0001</i>	-0.04725 0.0857
OCUPACION						0.73454 <i>0.0001</i>	0.03060 <i>0.2659</i>	0.08349 <i>0.0024</i>
INGRESO							0.08566 <i>0.0018</i>	0.03811 0.1658
AFILIACION								0.34241 <i>0.0001</i>
ENFERMO	-0.09107 <i>0.0009</i>	0.28021 <i>0.0001</i>	-0.12605 <i>0.0001</i>	-0.0611 <i>0.0262</i>	-0.08245 <i>0.0027</i>	-0.1082 <i>0.0001</i>	0.02991 0.2768	0.06098 <i>0.0265</i>
ENF-CONS	-0.09102 <i>0.0009</i>	0.26404 <i>0.0001</i>	-0.09912 <i>0.0003</i>	-0.03827 0.164	-0.07423 <i>0.0069</i>	-0.0935 <i>0.0007</i>	0.59080 <i>0.0316</i>	0.06313 <i>0.0216</i>
RAZ-NO1	0.02293 0.4044	-0.00714 0.7953	-0.01899 0.4900	-0.05737 <i>0.0369</i>	0.04941 0.0723	-0.0153 0.5791	-0.12352 <i>0.0001</i>	-0.05288 0.0544
RAZ-NO4	-0.02163 0.4315	-0.02116 0.4417	0.02634 0.3383	-0.01076 0.6956	0.01057 0.7008	0.01474 0.5919	0.00166 0.952	0.04505 0.1013
ATENDIER	-0.09102 <i>0.0009</i>	0.2604 <i>0.0001</i>	-0.09912 <i>0.0003</i>	-0.03827 0.1640	-0.07423 <i>0.0069</i>	-0.0935 <i>0.0007</i>	0.05908 <i>0.0316</i>	0.63313 <i>0.0216</i>
SERVIC1	-0.10859 <i>0.0001</i>	0.25449 <i>0.0001</i>	-0.10726 <i>0.0001</i>	-0.04420 0.1079	-0.06503 <i>0.0179</i>	-0.0783 <i>0.0043</i>	0.05227 0.0572	0.07462 <i>0.0066</i>
SERVIC2	-0.00209 0.9394	-0.01225 0.6562	0.08848 <i>0.0013</i>	0.07853 <i>0.0042</i>	0.02377 0.3874	0.01967 0.4744	0.04353 0.1134	-0.01576 0.5232
SERVIC3	-0.00209 0.9394	-0.01225 0.6562	0.08848 <i>0.0013</i>	0.07853 <i>0.0042</i>	0.02377 0.3874	0.01967 0.4744	0.04854 0.0775	0.04643 0.0913

(*) La fila superior es el coeficiente de correlación y la fila inferior es el valor de p (Prueba F), en itálica cuando es significativo con un 95% de confiabilidad.

Puede observarse las variables sociodemográficas que inciden sobre cada una de las variables de necesidad, acceso y utilización, y el peso relativo con que ejercen esta influencia, indicado por el coeficiente β , en la medida que este último mide el efecto de cada variable considerada sobre la variable dependiente. En realidad, y de manera más técnica, el coeficiente β indica cómo cambia el logaritmo de la Odds ratio de la variable dependiente, cuando se modifica la respectiva variable independiente.

**Tabla 9. Coeficientes de correlación* de Pearson.
Variables de necesidad, acceso y utilización**

Variables	ENFERMO	ENF-CONS	RAZ-NO1	RAZ-NO4	ATENDIER	SERVIC1	SERVIC2
ENF-CONS	0.91945 <i>0.0001</i>						
RAZ-NO1	-0.01000 0.7161	-0.02461 0.3709					
RAZ-NO4	0.02524 0.3587	0.03223 0.2413	-0.00791 0.7736				
ATENDIER	0.91945 <i>0.0001</i>	1.00000 <i>0.0001</i>	0.02461 0.3709	0.03223 0.2413			
SERVIC1	0.73865 <i>0.0001</i>	0.80302 <i>0.0001</i>	-0.04316 0.1185	0.01170 0.6705	0.80302 <i>0.0001</i>		
SERVIC2	0.04461 0.1047	0.06359 <i>0.0207</i>	0.04612 0.4643	-0.2013 0.4643	0.06359 <i>0.0207</i>	-0.02218 0.4218	
SERVIC3	0.15460 <i>0.0001</i>	0.17493 <i>0.0001</i>	-0.0171 0.5342	-0.01479 0.5908	0.17493 <i>0.0001</i>	0.1054 <i>0.0001</i>	0.18427 <i>0.0001</i>

(*) La fila superior es el coeficiente de correlación y la fila inferior es el valor de p (Prueba F), en *itálica* cuando es significativo con un 95% de confiabilidad.

En el segundo modelo, 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 en un único paso (Tablas A4 y A5). Esto permite identificar como se modifican los coeficientes al introducir la afiliación y que valores finales asumen con respecto a las variables dependientes. Las variables sociodemográficas, la afiliación y el tipo de afiliación, que presentan un coeficiente β significativo y un valor de la Odds ratio superior a 1, incluido el intervalo de confianza del 95 % apropiado (no se muestra en las tablas), conforman un modelo final que indicaría el efecto sobre las variables de necesidad, acceso y utilización.

A manera de ilustración de la utilidad y alcance de estos resultados, compárese el modelo de regresión de “sentirse enfermo” en las tablas A3, A4 y A5. En la primera tabla son significativos los coeficientes de las variables género, edad, ingreso y estrato. En la segunda tabla disminuyen los coeficientes de género e ingreso, y se incrementan los de edad y estrato; al tiempo se incrementa la Odds ratio de género y estrato. La variable afiliación no logra valores significativos. En consecuencia el modelo sugiere que “sentirse enfermo”, en la muestra poblacional utilizada, está más fuertemente determinado 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 la tabla 10 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.

Tabla 10.
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 11 y 12 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, una vez que se ha controlado para género, edad, estrato, ocupación e ingreso. Numerosas situaciones de inequidad se hacen patentes y van desde la necesidad de la atención hasta el acceso y la utilización de los servicios.

Tabla 11. 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 12. 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

La primera columna de las Tablas 11 y 12 reproduce los valores planteados en la Tabla 7, y tienen el mismo alcance ya comentado.

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

Se construyeron diversas opciones y combinaciones, desde 2 hasta 5 estratos. En este último caso se combinaron estratos de género, edad, ocupación, estrato de vivienda e ingresos, pero, debido al reducido número de casos que quedaban incluidos en las pruebas estadísticas, los resultados eran de difícil interpretación y, por lo tanto, no se incluyen en el documento. Siguiendo el mismo procedimiento se llegó a estratos sintéticos que combinan hasta tres estratos desagregados cuyos resultados en las pruebas estadísticas eran sin duda válidos.

Con base en los resultados de la regresión logística, se utilizaron estratos sintéticos que incluían los siguientes estratos desagregados: género, ingresos y estrato de vivienda. Los resultados de las pruebas estadísticas con estos estratos sintéticos se indican en la Tabla 13.

Tabla 13.
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 $p < 0.05$, con $p < 0.01$ (*) 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 que combinan el género, los ingresos y los estratos de vivienda potencian 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.

2.4 Percepción y satisfacción de los usuarios con los servicios de salud

Los resultados de la encuesta realizada muestran que la gran mayoría de usuarios tenían opiniones satisfactorias con respecto a las instalaciones, el personal y el trato recibido. Otro tanto ocurrió con las preguntas relativas a la atención y la explicación sobre derechos (Tabla 15), así como el trato directo. Pero, estas opiniones contrastan con la elevada frecuencia con respecto a la incapacidad para escoger el médico tratante y la ausencia de exámenes complementarios. Destaca, así mismo, la ausencia de pertenencia a organizaciones comunitarias.

Tabla 14. Resultados de la encuesta a usuarios en hospitales de 1,2 y 3 nivel

Preguntas	Bueno		Excelente		Regular		Mala		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Cómo considera las instalaciones del hospital?	231	77,8	27	9,1	30	10,1	0	0,0	9	3,0	297	100
¿Cómo considera el personal del hospital?	243	81,8	36	12,1	9	3,0	0	0,0	9	3,0	297	100
¿Cómo considera las comodidades?	204	68,7	9	3,0	72	24,2	3	1,0	9	3,0	297	100
¿Cómo considera la limpieza?	201	67,7	12	4,0	72	24,2	3	1,0	9	3,0	297	100
¿Cómo considera la atención?	222	74,7	48	16,2	18	6,1	0	0,0	9	3,0	297	100
¿Cómo fue el trato recibido?	201	67,7	21	7,1	48	16,2	6	2,0	21	7,1	297	100

Tabla 15. Resultados de la encuesta a usuarios en hospitales de 1,2 y 3 nivel

Item	SI		NO		NS/NR		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
¿Cuando se afilió le explicaron los beneficios?	276	92,9	6	2,0	15	5,1	297	100
¿En general fue tratado con respeto?	171	57,6	117	39,4	9	3,0	297	100
¿Pudo escoger el personal médico?	27	9,1	270	90,9	0	0,0	297	100
¿Entendió las explicaciones?	165	55,6	123	41,4	9	3,0	297	100
¿Atendieron todos los problemas por los que consultó?	282	94,9	0	0,0	15	5,1	297	100
¿La persona que lo atendió conocía los antecedentes clínicos?	216	72,7	63	21,2	18	6,1	297	100
¿La persona que lo atendió le dedicó el tiempo adecuado?	273	91,9	6	2,0	18	6,1	297	100
¿Las personas que lo atendieron le inspiraron confianza?	267	89,9	15	5,1	15	5,1	297	100
¿Le hicieron algún tratamiento o recomendación?	18	6,1	6	2,0	273	91,9	297	100
¿Le dijeron la utilidad del tratamiento?	18	6,1	6	2,0	273	91,9	297	100
¿Le practicaron alguna prueba o examen?	24	8,1	261	87,9	12	4,0	297	100
¿Le explicaron los cuidados que debía tener para los exámenes?	12	4,0	12	4,0	273	91,9	297	100
¿Le explicaron para que le hacían los exámenes?	21	7,1	3	1,0	273	91,9	297	100
¿Le dijeron los cuidados después del examen?	12	4,0	12	4,0	273	91,9	297	100

¿Le dieron los resultados durante esta cita?	12	4,0	9	3,0	276	92,9	297	100
¿Pudo hacer preguntas acerca del cuidado de su salud?	198	66,7	87	29,3	12	4,0	297	100
¿Se sintió satisfecho con las respuestas?	189	63,6	12	4,0	96	32,3	297	100
¿Volvería a utilizar este centro?	273	91,9	15	5,1	9	3,0	297	100
¿Conoce las instituciones donde lo atienden?	15	5,1	3	1,0	279	93,9	297	100
¿Los horarios son adecuados?	282	94,9	12	4,0	3	1,0	297	100
¿Ha observado maltrato en las instalaciones?	57	19,2	231	77,8	9	3,0	297	100
¿Ha puesto alguna queja respecto al servicio?	6	2,0	282	94,9	9	3,0	297	100
¿Pertenece a una organización comunitaria?	0	0,0	291	98,0	6	2,0	297	100

Cabe anotar que otros estudios que han utilizado otras fuentes han demostrado con posterioridad a este estudio que las inequidades presentadas siguen persistiendo. Un ejemplo de esto se observa en cifras como la que presenta el análisis de la situación en Bogotá a partir de las cifras de la ECV 2003, que se presentó en el capítulo anterior.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El alcance de la equidad en el campo de la salud es inmenso. La enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y justicia social. La equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia de los acuerdos sociales en general. La equidad en salud debe abordarse desde el ámbito de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas. La equidad en salud no trata sólo de la distribución de la salud o la distribución de la asistencia sanitaria.

Aproximaciones desde la filosofía política, como las de Rawls y Sen, han experimentado numerosos desarrollos y a partir de ellas se han hecho aplicaciones a los aspectos sanitarios, por medio de varios modelos y propuestas de política⁷³. En la vía de los planteamientos de Sen, se considera 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 sociales⁷⁴.

A partir de esas aproximaciones, y teniendo en cuenta diferentes nociones de equidad en salud que han desarrollado autores como Whitehead, Almeida-Filho y Sonis, la equidad se interpreta en este estudio como *la igualdad de todos los individuos frente a las oportunidades de acceso real a los servicios de salud*. La equidad en el acceso se refiere no sólo a la disponibilidad de recursos sino también a la utilización efectiva de los servicios, de acuerdo con los parámetros de necesidad. Es así como la evaluación de las políticas sobre salud debe hacerse valorando su impacto sobre la equidad.

En el país, diversos estudios se han realizado con ese propósito. Tales estudios y análisis de equidad en salud conforman varios tipos, según la problemática específica que trabajan y los métodos utilizados. Un primer grupo de estudios se han ocupado de examinar las desigualdades sociales y/o las inequidades que resultan de la falta de justicia social. 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. 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. Otro tipo de estudios los que se ocupan de identificar las desigualdades en la distribución del gasto y del subsidio en salud. Otros estudios han centrado sus análisis en la distribución del recurso humano en salud. Por último, otros estudios se ocupan de las desigualdades e inequidades en el acceso, utilización y calidad de los servicios de salud. Con algunas excepciones, en general estos

⁷³ Newman BA, Thomson RJ. Economic growth and social development: a longitudinal analysis of casual priority. World Development 1989.

⁷⁴ Sen A. Resources, values and development. Brasil Blackwell. 1984.

estudios 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.

El estudio que se presenta aquí hace parte del 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.

El diseño del estudio permitió asumir varias dimensiones de la equidad dentro de un proceso que arranca con la declaración de sentirse enfermo, de la propia población estudiada, como proxy de necesidad, y se desenvuelve hasta el acceso y la utilización de los servicios. Los diferentes componentes están enlazados y el paso de uno a otro puede cuantificarse como probabilidad, hasta los componentes de acceso y utilización, que por lo mismo dejan de ser hechos aislados o desconectados. Desde este punto de vista el diseño correspondió a la dimensión conceptual de equidad utilizada y permitió estudiar en forma válida la misma. (Validez Interna).

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” ^{75/76}.

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. Estos hallazgos no sólo son útiles para los objetivos de la investigación sino que, además, sirven para orientar sobre el diseño de investigaciones en equidad y en servicios de salud.

Como era de esperarse, se encontraron múltiples correlaciones significativas de las variables sociodemográficas entre sí, por ejemplo, la educación con la edad y el estrato, la ocupación con género, estrato y educación y a su vez el ingreso con la educación, el estrato y la edad. Así mismo, se encontraron numerosas correlaciones entre las variables sociodemográficas, de un lado, y la afiliación y el tipo de afiliación,

⁷⁵ OMS. Informe sobre la Salud en el mundo -2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

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.

de otro lado. Con la afiliación se correlacionaron positivamente la edad, el estrato y el ingreso, lo que indica que a mayor edad, a un estrato más alto y a un nivel de ingreso superior, mayor el nivel de afiliación. Por otro lado, con el tipo de afiliación se correlacionaron positivamente el género (hay más probabilidades de estar afiliado al régimen contributivo si se es hombre), la edad (a mayor edad, mayor probabilidad de estar en el régimen contributivo), y la ocupación, mientras que con la educación se relaciona negativamente.

De otra parte, las variables sentirse enfermo, consultar y recibir atención presentaron de manera más frecuente, correlación significativa con las variables sociodemográficas. Por ejemplo, hay una correlación positiva entre edad y sentirse enfermo; con relación al género, se encuentra una correlación negativa, que implica que las mujeres se sienten enfermas más frecuentemente; con la educación se obtiene una correlación negativa, que implica que entre menor nivel educativo se consulta más; también con estrato existe una correlación negativa. De la misma forma, enfermarse y consultar se correlaciona negativamente con el género, con la educación y con la ocupación, y positivamente con la edad.

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. ¿Qué factores del propio SGSSS contribuyen a generar estas situaciones de inequidad?

Los factores pueden ser numerosos y posiblemente operan 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, cuyas 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 regulada y tienen, desde luego, consecuencias. Entre las referidas al propio sistema de salud, estas 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.

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo C. Sistema de Salud y plan de Desarrollo. Rev. Salud pública. 1999. 1(2): 117-127.
- Almeida-Filho Noamar, 1999. Proyecto Elac 19. *Desigualdades de Salud en función de condiciones de vida*. Organización Panamericana de la Salud
- Alvarado E. 1.998. El Régimen Subsidiado de salud. 1ª Edición. Fundación Crecer .
- Anderson S, Auquier A, Hauck WW, Oakes D, Vandaele W, Weisberg HI. Statistical methods for comparative studies. New York: John Wiley & Son. 1980.
- ASCOFAME. Recurso Humano en Medicina. Bogotá;2000.
- Bidet J. Theorie de la modernité suivi de Marx et le Marché. PUF, Paris.1990.
- 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.
- Bula J. I. John Rawls y la teoría de la modernización: una retrospectiva analítica. Cuadernos de Economía. Universidad Nacional de Colombia. No. 21.1994.
- Castaño RA., 1.999. Medicina, ética y reformas a la salud. Cargraphics. No. 2, Septiembre.
- Castaño, Ramón; Arbeláez, José; Giedion, Úrsula; Morales, Luis. 2001. *Evolución de la equidad en el Sistema Colombiano de Salud*, Serie Financiamiento del Desarrollo, Cepal, n. 108.
- Cepal, *Evolución de la equidad en el Sistema Colombiano de Salud*, Serie Financiamiento del Desarrollo, n. 108
- Céspedes JE .1.998 ¿Cómo Consolidar la Reforma de Salud? Seguridad Social al Día, No. 1, Julio.
- 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.
- Céspedes Londoño Juan Eduardo, *Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia*, Rev.

Panamericana Salud 11(5/6), 2002. En Red:
http://www.cmhealth.org/wg1_paper5.pdf.

- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. www.medicina.unal.edu.co/red
- DANE, OPS. La mortalidad en Colombia según condiciones de vida. Estudios Censales No. 16. Santafé de Bogotá: DANE; 2000.
- Diez-Roux AV. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. *Am J. Public Health.* 88(82):216-222.
- Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. www.medicina.unal.edu.co/red
- Echeverri López Esperanza *La salud en Colombia: ABRIENDO EL SIGLO... Y LA BRECHA DE LAS INEQUIDADES*. Documento preparado para el panel .Panorama de la salud pública en Colombia., realizado el 9 de marzo de 2002, en la Universidad Nacional de Colombia, y en el marco de la Cátedra Manuel Ancízar.
- Esguerra, R. Reforma en Salud una respuesta a la equidad? X. Jornadas de Epidemiología Cali, Colombia; 11-13 Octubre, 2000.
- Eslava JC. Seguridad Social en Salud: reforma a la reforma. *Rev. Salud pública.* 1999. 1(2): 105-116.
- 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.
- Feinstein JS. The relationships between economic status and health: a review of the literature. *Milbank* 1993; 71:279-315.
- Franco A. Seguridad social y salud en Colombia. *Rev. Salud pública.* 2000. 2(1): 1-16.
- Fresneda O. Pobreza, políticas sociales y desarrollo en Colombia. 1972-1993. Tesis Magíster en Economía. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Economía. 1993.
- 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.
- 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

- Giraldo JC. Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios. Defensoría del Pueblo, Bogotá, Colombia.1999;2000.
- Gwatkin DR. Reducing health inequalities in developing countries. www.medicina.unal.edu.co/red
- 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.
- Harvard University. 1996. La reforma del sector salud en Colombia y el plan maestro de implementación. Harvard School of Public Health: Fundación Corona.
- Hernández M. El derecho a la salud en Colombia. Rev. Salud pública. 2000. 2(2): 121-144.
- Herrera V. Régimen subsidiado en salud: evolución y problemática. Rev. Salud pública.1999.1(3):193-211.
- 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.
- 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.
- Jaramillo Iván, 1999. *El Futuro de la Salud en Colombia. La ley 100 de 1993 cinco años después.* Bogotá: Fescol
- Kaplan GA. Economic policy is health policy: conclusions from the study of income inequality, socioeconomic status and health. www.medicina.unal.edu.co/red
- Kukathas C & Pettit P. Rawls. A theory of justice and its critics. Polity Press. Cambridge 1990, p. 127.
- Lopera María Teresa, 1999. *JUSTICIA DISTRIBUTIVA. ¿legitimidad o Consenso?*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- 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.
- 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

- 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.
- 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.
- Ministerio de Salud. Informe de actividades 1999-2000 al Honorable Congreso de la República. MINSALUD; 2000.
- Ministerio de Salud. La Salud en Colombia. Diez años de Información. Santafé de Bogotá;1994.
- Morales. LG. 1997. El financiamiento del sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. CEPAL 55 Serie Financiamiento del Desarrollo.
- Moreno, Hernando 1999. *La deuda social de la focalización individual: el caso del Régimen Subsidiado en Salud*, Mimeo, Bogotá, abril.
- Morgenstern H. Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles, and methods. Annu. Rev. Public Health. 1995. 16:61-81.
- Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bull WHO. 2000, 78(6): 717-731
- Musgrave RA. El futuro de la política fiscal. Madrid, Instituto de Estudios Económicos, 1980.
- Musgrave RA. Teoría de la Hacienda Pública. Madrid. Editorial Aguilar, 1969.
- Musgrove Ph. La equidad del sistema de servicios de salud. Conceptos, indicadores e interpretación. Bol. Of. Sanit. Panam. 95 (6): 570-585, 1990.
- Musgrove Ph. Relaciones entre la salud y el desarrollo. Bol. Of. Sanit. Panam. 114: (2):115-129.1993.
- Newman BA, Thomson RJ. Economic growth and social development: a longitudinal analysis of casual priority. Wold Development 1989:17:461-471.
- Nussbaum Marth & Amarya Sen, compiladoras, 1993, *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Observatorio de la Seguridad Social. Centro de Investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia. Junio de 2001. Fuentes: Dane. Colombia Estadística.
- Ocampo J.A. (Com) Historia Económica de Colombia. Cuarta Edición. Santafé de Bogotá. Tercer Mundo Editores. Fedesarrollo. 1994.

- OMS. Informe sobre la salud en el mundo – 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.
- OMS. Reducing inequalities in health proposals for health promotion policy and action. www.medicina.unal.edu.co/red
- Prosperi Jorge Luis, *Equidad y reforma del sector salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.* En Red: <http://www.paho.org/generoysalud>
- Rawls J. A theory of justice. Oxford University Press, 1972.p.62
- Rawls J. A theory of justice. Oxford University Press, 1972.p.302.
- Rawls J. Political Liberalism. Columbia University Press. New York. 1993, pag.181
- Rawls John , 1982, *Sobre las libertades*, Buenos Aires: Ediciones Paidós
- Revista Gerencia y políticas de Salud. N° 3 diciembre de 2002.
- Rodríguez O. Financiarización y Flexibilización laboral el plan de desarrollo “Cambio para construir la paz. Rev. Salud pública. 1999.1(2): 97-104.
- Roemer M. National health systems as market intervention. J. Public Health Policy; 1989: 62-77.
- Roselli, D, Otero, A, Séller D, Calderón C, Moreno I, Pérez A. La Medicina Especializada en Colombia. Bogotá: Centro Editorial Javeriano;2000.
- 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
- Sánchez F (Comp). La Distribución del Ingreso en Colombia. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores, Departamento Nacional de Planeación; 1998.
- Sánchez F, Núñez JM. La ley 100/93 si llegó a las personas de menores ingresos. Revista: Via Salud, Tercer Trimestre; 1999 (9).
- 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.
- Sarmiento, A. Libardo, 2001. Balance de la Constitución de 1991.Desconocimiento, derechos y explotación de necesidades, Revista Foro N° 41. Ediciones Foro Nacional por Colombia. Bogotá. Julio.

- Secretaría de Hacienda Distrital. Hacia la garantía del derecho a la salud en Bogotá. Cuadernos de la Ciudad. Serie Equidad y Bienestar No. 6. Abril de 2005.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá d.c. Dirección de Salud Pública- Documento Marco Lineamientos de Salud Pública para el 2.006 (versión preliminar), Bogotá. noviembre de 2005 p. 14.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Atención Primaria en Salud – Presentación: Atención Primaria en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario. Bogotá, Noviembre 2005.
- Secretaría Distrital de Salud. Guía de Proyecto Alimentación Sana. Bogotá, noviembre de 2005.
- Secretaría Distrital de Salud. Sistema de Estadísticas Vitales (certificado de nacido vivo) - SISVAN Año 2003.
- Schmidt B. Gender and health in adolescence. www.medicina.unal.edu.co/red.
- Sen A, Dreze J. Hunger and public action. Clarendon, Oxford, 1989. p.9.
- Sen A. Resources, values and development. Brasil Blackwell. 1984. p.9.
- Sen Amartya, 1992. *Nuevo examen de la desigualdad*, Madrid : Alianza Editorial
- Sen Amartya, 2000, *Desarrollo y Libertad*. Bogotá: Editorial Planeta.
- Sen A. Los bienes y la gente. Comercio Exterior. 33 (12): 1115-1123, 1983.
- Sen A. Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation. Oxford. Oxford University Press. 1981.
- Silva dos Santos I. Epidemiología del cáncer: principios y métodos. Lyon: Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer. Organización Mundial de la Salud. 1999.
- Soberón GA, Naro J. Equidad y atención de salud en América Latina. Principios y dilemas. Bol. Of. Sanit. Panam. 99(1):1-9, 1985.
- Susser M. The logic in ecological: I. The logic of analysis. Am. J. Public Health. 1994;84: 825-829.
- 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.

- 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.
- Vargas JE, Sarmiento A. Descentralización de los Servicios de Educación u Salud en Colombia.1997.Doc. Mecanografiado;1997.
- Vélez C.A. Gasto social y desigualdad. Logros y extravíos. Santafé de Bogotá. Departamento de Planeación. Misión social. 1996.
- Vivas J, Tarazona E, Caballero C, Marrero N. (1988) El sistema Nacional de Salud. FEDESARROLLO, OPS Colombia, 1988.
- 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.
- 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.
- WHO-Karolinska-Harvard. Comparative Analysis of the National Drug Police, Bogotá, Colombia;1997.

ANEXOS

Tabla A1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS AFILIACIÓN ACCESO Y UTILIZACIÓN^(a). BOGOTÁ 2000 (Lectura horizontal)

Características	(1) Afiliación						(2) Tipo de Seguridad social						(3) Vinculados ^(b) y Resto					
	Afiliados		No Afiliados		Total		R Contributivo		R Subsidi		Total		Vinculado		Resto		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Género																		
Hombre	480	78,2	134	21,82	614	100	374	77,9	106	22,1	480	100	10	7,5	124	92,5	134	100
Mujer	569	80,1	141	19,86	710	100	408	71,7	161	28,3	569	100	28	19,9	113	80,1	141	100
Total	1049	79,2	275	20,77	1324	100	782	74,6	267	25,5	1049	100	38	13,8	237	86,2	275	100
Edad																		
De 10 a 17 Años	166	79,4	43	20,57	209	100	100	60,2	66	39,8	166	100	5	11,6	38	88,4	43	100
De 18 a 35 Años	406	74,2	141	25,78	547	100	313	77,1	93	22,9	406	100	17	12,1	124	87,9	141	100
Mayores a 35 Años	477	84,0	91	16,02	568	100	369	77,4	108	22,6	477	100	16	17,6	75	82,4	91	100
Total	1049	79,2	275	20,77	1324	100	782	74,6	267	25,5	1049	100	38	13,8	237	86,2	275	100
Educación																		
Ninguno	16	76,2	5	23,81	21	100	7	43,8	9	56,3	16	100	1	20,0	4	80	5	100
Primaria Incompleta	87	79,1	23	20,91	110	100	44	50,6	43	49,4	87	100	5	21,7	18	78,3	23	100
Primaria Completa	204	79,1	54	20,93	258	100	135	66,2	69	33,8	204	100	8	14,8	46	85,2	54	100
Secundaria Incompleta	301	80,7	72	19,3	373	100	187	62,1	114	37,9	301	100	5	6,9	67	93,1	72	100
Secundaria Completa	222	74,0	78	26	300	100	194	87,4	28	12,6	222	100	12	15,4	66	84,6	78	100
Tecnologías	18	72,0	7	28	25	100	18	100,0	0	0,0	18	100	0	0,0	7	100	7	100
Universitaria	185	83,7	36	16,29	221	100	181	97,8	4	2,2	185	100	7	19,4	29	80,6	36	100
Postgrado	16	100	0	0	16	100	16	100,0	0	0,0	16	100	0	0,0	0	0	0	100
Total	1049	79,2	275	20,77	1324	100	782	74,5	267	25,5	1049	100	38	13,8	237	86,2	275	100
Estrato																		
Uno	39	61,9	24	38,1	63	100	7	18,0	32	82,1	39	100	4	16,7	20	83,3	24	100
Dos	421	76,3	131	23,73	552	100	264	62,7	157	37,3	421	100	17	13,0	114	87	131	100
Tres	347	82,2	75	17,77	422	100	276	79,5	71	20,5	347	100	12	16,0	63	84	75	100
Cuatro	143	77,7	41	22,28	184	100	137	95,8	6	4,2	143	100	4	9,8	37	90,2	41	100
Cinco	73	100	0	0	73	100	72	98,6	1	1,4	73	100	0	0,0	0	0	0	100
Seis	26	86,7	4	13,33	30	100	26	100,0	0	0,0	26	100	1	25,0	3	75	4	100
Total	1049	79,2	275	20,77	1324	100	782	74,6	267	25,5	1049	100	38	13,8	237	86,2	275	100
Ingresos (Salarios mínimos)																		
Hasta 1 SM	584	75,8	187	24,25	771	100	406	69,5	178	30,5	584	100	22	13,0	147	87	169	100

De 1 a 2 SM	364	83,9	70	16,13	434	100
De 3 a 4 SM	79	87,8	11	12,22	90	100
De 5 a 6 SM	15	68,2	7	31,82	22	100
Mas de 6 SM	7	100,0	0	0	7	100
Total	1049	79,2	275	20,77	1324	100

Ocupacion

No ocupadps	525	78,0	148	22,0	673	100,0
Ocupados	524	80,5	127	19,5	651	100,0
Total	1049	79,2	275	20,8	1324	100,0

276	75,8	88	24,2	364	100
78	98,7	1	1,3	79	100
15	100,0	0	0,0	15	100
7	100,0	0	0,0	7	100
782	74,6	267	25,5	1049	100

13	24,1	41	75,9	54	100
2	14,3	12	85,7	14	100
1	25,0	3	75	4	100
0	0,0	0	0	0	0
38	13,8	237	86,2	275	100

373	71,0	152	29,0	525	100,0
409	78,1	115	21,9	524	100,0
782	74,5	267	25,5	1049	100,0

17	11,5	131	88,5	148	100,0
21	16,5	106	83,5	127	100,0
38	13,8	237	86,2	275	100,0

(a) En todos los casos se utilizaron personas mayores de 9 años

(b) Como vinculados se tomaron las personas mayores de 9 años, enfermas, que solicitaron el servicio y fueron atendidos, pero no están afiliados a ninguna institución de seguridad social en salud.

Tabla A1. Continuación

Características	(4) Se sintió enfermo ultim. 6 meses						(5) Sintióse enfermo consultó a una persona espec.(Médico,Odontol.etc.)						6) ¿A dónde acudió ?										
	NO		SI		Total		NO		SI		Total		Boticario o Farmaceuta		Centro de Sa-lud u Hospital		Consultorio, Centr.Hosp.Priv.		Otro		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Género																							
Hombre	510	83,06	104	16,94	614	100	15	14,43	89	85,57	104	100	2	2,25	63	70,79	23	25,84	1	1,12	89	100	
Mujer	537	75,63	173	24,37	710	100	19	10,99	154	89,01	173	100	9	5,84	94	61,04	50	32,47	1	0,65	154	100	
Total	1047	79,08	277	20,92	1324	100	34	12,27	243	87,73	277	100	11	4,53	157	64,60	73	30,04	2	0,82	243	100	
Edad																							
De 10 a 17 Años	183	87,56	26	12,44	209	100	3	11,54	23	88,46	26	100	2	8,70	14	60,87	7	30,43	0	0,00	23	100	
De 18 a 35 Años	469	85,74	78	14,26	547	100	11	14,10	67	85,90	78	100	4	5,97	34	50,75	28	41,79	1	1,49	67	100	
Mayores a 35 Años	395	69,54	173	30,46	568	100	20	11,56	153	88,44	173	100	5	3,27	109	71,24	38	24,84	1	0,65	153	100	
Total	1047	79,08	277	20,92	1324	100	34	12,27	243	87,73	277	100	11	4,53	157	64,61	73	30,04	2	0,82	243	100	
Educación																							
Ninguno	8	38,10	13	61,90	21	100	1	7,69	12	92,31	13	100	0	0,00	10	83,33	2	16,67	0	0,00	12	100	
Primaria Incompleta	74	67,27	36	32,73	110	100	7	19,44	29	80,56	36	100	2	6,90	23	79,31	4	13,79	0	0,00	29	100	
Primaria Completa	181	70,16	77	29,84	258	100	10	12,99	67	87,01	77	100	2	2,99	50	74,63	15	22,39	0	0,00	67	100	
Secundaria Incompleta	320	85,79	53	14,21	373	100	7	13,21	46	86,79	53	100	3	6,52	34	73,91	9	19,57	0	0,00	46	100	
Secundaria Completa	250	83,33	50	16,67	300	100	6	12,00	44	88,00	50	100	4	9,08	21	47,73	17	38,64	2	4,55	44	100	
Tecnologías	22	88,00	3	12,00	25	100	0	0,00	3	100,00	3	100	0	0,00	2	66,67	1	33,33	0	0,00	3	100	
Universitaria	179	81,00	42	19,00	221	100	3	7,14	39	92,86	42	100	0	0,00	17	43,59	22	56,41	0	0,00	39	100	
Postgrado	13	81,25	3	18,75	16	100	0	0,00	3	100,00	3	100	0	0,00	0	0,00	3	100,00	0	0,00	3	100	
Total	1047	79,08	277	20,92	1324	100	34	12,27	243	87,73	277	100	11	4,53	157	64,61	73	30,04	2	0,82	243	100	
Estrato																							

Uno	48	76,19	15	23,81	63	100
Dos	426	77,17	126	22,83	552	100
Tres	337	79,86	85	20,14	422	100
Cuatro	147	79,89	37	20,11	184	100
Cinco	61	83,56	12	16,44	73	100
Seis	28	93,33	2	6,67	30	100
Total	1047	79,08	277	20,92	1324	100

1	6,67	14	93,33	15	100
23	18,25	103	81,75	126	100
7	8,24	78	91,76	85	100
1	2,70	36	97,30	37	100
2	16,67	10	83,33	12	100
0	0,00	2	100,00	2	100
34	12,27	243	87,73	277	100

1	7,14	11	78,57	2	14,29	0	0,00	14	100
5	4,85	68	66,02	30	29,13	0	0,00	103	100
4	5,13	53	67,95	19	24,36	2	2,56	78	100
0	0,00	19	52,78	17	47,22	0	0,00	36	100
1	10,00	6	60,00	3	30,00	0	0,00	10	100
0	0,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00	2	100
11	4,53	157	64,61	73	30,04	2	0,82	243	100

Ingresos (en Salarios Mínimos)

Hasta 1 SM	576	74,71	195	25,29	771	100
De 1 a 2 SM	371	85,48	63	14,52	434	100
De 3 a 4 SM	75	83,33	15	16,67	90	100
De 5 a 6 SM	18	81,82	4	18,18	22	100
Mas de 6 SM	7	100,00	0	0,00	7	100
Total	1047	79,08	277	20,92	1324	100

25	12,82	170	87,18	195	100
8	12,70	55	87,30	63	100
1	6,67	14	93,33	15	100
0	0,00	4	100,00	4	100
0	100,00	0	0,00	0	100
34	12,27	243	87,73	277	100

10	5,88	120	70,59	38	22,35	2	1,18	170	100
1	1,82	34	61,82	20	36,36	0	0,00	55	100
0	0,00	3	21,43	11	78,57	0	0,00	14	100
0	0,00	0	0,00	4	100,00	0	0,00	4	100
0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
11	4,53	157	64,61	73	30,04	2	0,82	243	100

Ocupación

No ocupado	510	75,8	163	24,2	673	100,0
Ocupado	537	82,5	114	17,5	651	100,0
Total	1047	79,1	277	20,9	1324	100,0

21	12,9	142	87,1	163	100,0
13	11,4	101	88,6	114	100,0
34	12,3	243	87,7	277	100,0

8	5,6	100	70,4	33	23,2	1	0,7	142	100,0
3	3,0	57	56,4	40	39,6	1	1,0	101	100,0
11	4,5	157	64,6	73	30,0	2	0,8	243	100,0

Tabla A1. Continuación

(7) ¿Cuál fue el motivo de la Consulta ?											
Accidente Casero		Accidente de Trabajo		Enfermedad Común		Maternidad		Otro		Total	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%

0	0,00	6	6,74	73	82,02	0	0,00	10	11,24	89	100
1	0,65	1	0,65	139	90,26	1	0,65	12	7,79	154	100
1	0,41	7	2,89	212	87,24	1	0,41	22	9,05	243	100

0	0,00	0	0,00	22	95,65	0	0,00	1	4,35	23	100
0	0,00	3	4,48	58	86,57	1	1,49	5	7,46	67	100
1	0,65	4	2,61	132	86,28	0	0,00	16	10,46	153	100
1	0,41	7	2,88	212	87,25	1	0,41	22	9,05	243	100

0	0,00	0	0,00	11	91,67	0	0,00	1	8,33	12	100
0	0,00	2	6,90	24	82,76	0	0,00	3	10,34	29	100
0	0,00	2	2,99	59	88,06	1	1,49	5	7,46	67	100
1	2,17	0	0,00	43	93,48	0	0,00	2	4,35	46	100
0	0,00	1	2,27	40	90,91	0	0,00	3	6,82	44	100
0	0,00	0	0,00	3	100,00	0	0,00	0	0,00	3	100
0	0,00	2	5,13	30	76,92	0	0,00	7	17,95	39	100
0	0,00	0	0,00	2	66,67	0	0,00	1	33,33	3	100
1	0,41	7	2,88	212	87,25	1	0,41	22	9,05	243	100

0	0,00	0	0,00	13	92,86	1	7,14	0	0,00	14	100
0	0,00	4	3,88	89	86,41	0	0,00	10	9,71	103	100
1	1,28	3	3,85	67	85,90	0	0,00	7	8,97	78	100

(8) ¿Por qué Acudió a esa Persona o Institución de Salud ?															
Otro		Por ser el más Barato		Por Cercanía		Por Remision		Por ser el Mejor		Por su Afiliación		Por Recomendación		Total	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%

1	1,12	0	0,00	9	10,11	1	1,12	3	3,38	71	79,78	4	4,49	89	100
2	1,30	1	0,65	26	16,88	1	0,65	8	5,19	112	72,73	4	2,60	154	100
3	1,23	1	0,41	35	14,40	2	0,82	11	4,53	183	75,32	8	3,29	243	100

0	0,00	0	0,00	4	17,39	0	0,00	2	8,70	17	73,91	0	0,00	23	100
1	1,49	1	1,49	12	17,91	0	0,00	5	7,46	42	62,69	6	8,96	67	100
2	1,31	0	0,00	19	12,41	2	1,31	4	2,61	124	81,05	2	1,31	153	100
3	1,23	1	0,41	35	14,40	2	0,82	11	4,53	183	75,32	8	3,29	243	100

0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	12	100,00	0	0,00	12	100
0	0,00	0	0,00	6	20,69	1	3,45	0	0,00	21	72,41	1	3,45	29	100
0	0,00	1	1,49	8	11,94	1	1,49	1	1,49	54	80,60	2	2,99	67	100
0	0,00	0	0,00	7	15,22	0	0,00	1	2,17	38	82,61	0	0,00	46	100
1	2,27	0	0,00	10	22,72	0	0,00	3	6,82	28	63,64	2	4,55	44	100
0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	2	66,67	0	0,00	3	100
2	5,13	0	0,00	3	7,69	0	0,00	6	15,39	25	64,10	3	7,69	39	100
0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	100,00	0	0,00	3	100
3	1,23	1	0,41	35	14,40	2	0,82	11	4,53	183	75,32	8	3,29	243	100

0	0,00	0	0,00	2	14,29	1	7,14	0	0,00	9	64,29	2	14,29	14	100
0	0,00	0	0,00	16	15,53	1	0,97	2	1,95	81	78,64	3	2,91	103	100
2	2,56	1	1,28	10	12,82	0	0,00	3	3,85	61	78,21	1	1,28	78	100

Equidad en salud: estudio de caso en Distrito Capital de Bogotá

0	0,00	0	0,00	31	86,11	0	0,00	5	13,89	36	100
0	0,00	0	0,00	10	100,00	0	0,00	0	0,00	10	100
0	0,00	0	0,00	2	100,00	0	0,00	0	0,00	2	100
1	0,41	7	2,88	212	87,25	1	0,41	22	9,05	243	100

1	2,78	0	0,00	6	16,67	0	0,00	3	8,33	25	69,44	1	2,78	36	100
0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	30,00	6	60,00	1	10,00	10	100
0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	0	0,00	2	100
3	1,23	1	0,41	35	14,40	2	0,82	11	4,53	183	75,32	8	3,29	243	100

1	0,59	3	1,76	153	90,00	1	0,59	12	7,06	170	100
0	0,00	4	7,27	42	76,37	0	0,00	9	16,36	55	100
0	0,00	0	0,00	13	92,86	0	0,00	1	7,14	14	100
0	0,00	0	0,00	4	100,00	0	0,00	0	0,00	4	100
0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
1	0,41	7	2,88	212	87,25	1	0,41	22	9,05	243	100

2	1,18	1	0,59	22	12,94	1	0,59	4	2,35	136	80,00	4	2,35	170	100
0	0,00	0	0,00	9	16,37	1	1,82	4	7,27	38	69,09	3	5,45	55	100
0	0,00	0	0,00	4	28,57	0	0,00	3	21,43	6	42,86	1	7,14	14	100
1	25,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	75,00	0	0,00	4	100
0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
3	1,23	1	0,41	35	14,40	2	0,82	11	4,53	183	75,32	8	3,29	243	100

1	0,7	3	2,1	127	89,4	1	0,7	10	7,9	142	100,0
0	0,0	4	4,0	85	84,2	0	0,0	12	11,9	101	100,0
1	0,4	7	2,9	212	87,2	1	0,4	22	9,1	243	100,0

2	1,4	1	0,7	16	11,3	1	0,7	3	2,1	116	81,7	3	2,1	142	100,0
1	1,0	0	0,0	19	18,8	1	1,0	8	7,9	67	66,3	5	5,0	101	100,0
3	4,0	1	0,4	35	14,4	2	0,8	11	4,5	183	75,3	8	3,3	243	100,0

Tabla A1. Continuación

(9) Atención					
0		No Atendi		Total	
No.	%	No.	%	No.	%

87	97,75	2	2,25	89	100
154	100		0	154	100
241	99,18	2	0,82	243	100

23	100	0	0	23	100
66	98,51	1	1,49	67	100
152	99,35	1	0,65	153	100
241	99,18	2	0,82	243	100

12	100	0	0	12	100
28	96,55	1	3,45	29	100
66	98,51	1	1,49	67	100
46	100	0	0	46	100
44	100	0	0	44	100
3	100	0	0	3	100
39	100	0	0	39	100
3	100	0	0	3	100
241	99,18	2	0,82	243	100

14	100	0	0	14	100
103	100	0	0	103	100

(10) ¿Cuáles de los siguientes servicios de salud utilizó durante los últimos treinta días?													
Medicina General o Especializada		Odontología		Labor. Clínico o RX u otros exám.		Cirugía Ambulatoria		Rehabilitación o Terapias		Ninguno		Total	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%

64	68,82	11	11,83	8	8,60	0	0,00	2	2,15	8	8,60	93	100
130	76,92	10	5,92	15	8,88	2	1,18	1	0,59	11	6,51	169	100
194	74,05	21	8,02	23	8,78	2	0,76	3	1,15	19	7,25	262	100

15	65,22	2	8,70	1	4,35	0	0,00	0	0,00	5	21,74	23	100
51	66,23	8	10,39	8	10,39	1	1,30	2	2,60	7	9,09	77	100
128	79,01	11	6,79	14	8,64	1	0,62	1	0,62	7	4,32	162	100
194	74,05	21	8,02	23	8,78	2	0,76	3	1,15	19	7,25	262	100

10	71,43	1	7,14	2	14,29	0	0,00	0	0,00	1	7,14	14	100
22	75,86	2	6,90	4	13,79	0	0,00	1	3,45	0	0,00	29	100
60	86,96	2	2,90	3	4,35	0	0,00	0	0,00	4	5,80	69	100
38	74,51	4	7,84	5	9,80	1	1,96	0	0,00	3	5,88	51	100
35	71,43	5	10,20	4	8,16	1	2,04	0	0,00	4	8,16	49	100
3	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	100
23	52,27	7	15,91	5	11,36	0	0,00	2	4,55	7	15,91	44	100
3	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	100
194	74,05	21	8,02	23	8,78	2	0,76	3	1,15	19	7,25	262	100

10	66,67	2	13,33	2	13,33	1	6,67	0	0,00	0	0,00	15	100
87	80,56	7	6,48	4	3,70	0	0,00	0	0,00	10	9,26	108	100

76	97,44	2	2,56	78	100
36	100	0	0	36	100
10	100	0	0	10	100
2	100	0	0	2	100
241	99,18	2	0,82	243	100

67	77,01	7	8,05	9	10,34	1	1,15	1	1,15	2	2,30	87	100
22	57,89	2	5,26	7	18,42	0	0,00	1	2,63	6	15,79	38	100
7	58,33	3	25,00	1	8,33	0	0,00	1	8,33	0	0,00	12	100
1	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	50,00	2	100
194	74,05	21	8,02	23	8,78	2	0,76	3	1,15	19	7,25	262	100

169	99,41	1	0,59	170	100
54	98,18	1	1,82	55	100
14	100	0	0	14	100
4	100	0	0	4	100
0	0	0	0	0	0
241	99,18	2	0,82	243	100

137	75,27	11	6,04	17	9,34	2	1,10	1	0,55	14	7,69	182	100
42	70,00	8	13,33	5	8,33	0	0,00	1	1,67	4	6,67	60	100
11	68,75	2	12,50	1	6,25	0	0,00	1	6,25	1	6,25	16	100
4	100,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	100
0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0
194	74,05	21	8,02	23	8,78	2	0,76	3	1,15	19	7,25	262	100

142	100,0	0	0,0	142	100,0
99	98,0	2	2,0	101	100,0
241	99,2	2	0,8	243	100,0

114	75,0	10	6,6	13	8,6	2	1,3	1	0,7	12	7,9	152	100,0
80	72,7	11	10,0	10	9,1	0	0,0	2	1,8	7	6,4	110	100,0
194	74,0	21	8,0	23	8,8	2	0,8	3	1,1	19	7,3	262	100,0

**Tabla A2 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS AFILIACION ACCESO Y UTILIZACION. Bogotá 2.000 -
Lectura vertical**

Características	(1) AFILIACION						(2) TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL						(3) VINCULADOS					
	Afiliados		No Afiliados		Total		R Contributivo		R Subsidi		Total		Vinculado		Resto		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Género																		
Hombre	480	45,76	134	48,73	614	46,37	374	47,83	106,0	39,70	480	45,76	10	26,32	124	52,32	134	48,73
Mujer	569	54,24	141	51,27	710	53,63	408	52,17	161,0	60,30	569	54,24	28	73,68	113	47,68	141	51,27
Total	1049	100,0	275	100,0	1324	100,0	782	100,0	267,0	100,0	1049	100,0	38	100,0	237	100,0	275	100,0
Edad																		
De 10 a 17 Años	166	15,82	43	15,64	209	15,79	100	12,79	66,0	24,72	166	15,82	5	13,16	38	16,03	43	15,64
De 18 a 35 Años	406	38,70	141	51,27	547	41,31	313	40,03	93,0	34,83	406	38,70	17	44,74	124	52,32	141	51,27
Mayores a 35 Años	477	45,47	91	33,09	568	42,90	369	47,19	108,0	40,45	477	45,47	16	42,11	75	31,65	91	33,09
Total	1049	100,0	275	100,0	1324	100,0	782	100,0	267,0	100,0	1049	100,0	38	100,0	237	100,0	275	100,0
Educación																		
Ninguno	16	1,53	5	1,82	21	1,59	7	0,90	9,0	3,37	16	1,53	1	2,63	4	1,69	5	1,82
Primaria Incompleta	87	8,29	23	8,36	110	8,31	44	5,63	43,0	16,10	87	8,29	5	13,16	18	7,59	23	8,36
Primaria Completa	204	19,45	54	19,64	258	19,49	135	17,26	69,0	25,84	204	19,45	8	21,05	46	19,41	54	19,64
Secundaria Incompleta	301	28,69	72	26,18	373	28,17	187	23,91	114,0	42,70	301	28,69	5	13,16	67	28,27	72	26,18
Secundaria Completa	222	21,16	78	28,36	300	22,66	194	24,81	28,0	10,49	222	21,16	12	31,58	66	27,85	78	28,36
Tecnologías	18	1,72	7	2,55	25	1,89	18	2,30		0,00	18	1,72		0,00	7	2,95	7	2,55
Universitaria	185	17,64	36	13,09	221	16,69	181	23,15	4,0	1,50	185	17,64	7	18,42	29	12,24	36	13,09
Postgrado	16	1,53		0,00	16	1,21	16	2,05		0,00	16	1,53		0,00	0	0,00	0	0,00
Total	1049	100,0	275	100,0	1324	100,0	782	100,0	267,0	100,0	1049	100,0	38	100,0	237	100,0	275	100,0
Estrato																		
Uno	39	3,72	24	8,73	63	4,76	7	0,90	32,0	11,99	39	3,72	4	10,53	20	8,44	24	8,73
Dos	421	40,13	131	47,64	552	41,69	264	33,76	157,0	58,80	421	40,13	17	44,74	114	48,10	131	47,64
Tres	347	33,08	75	27,27	422	31,87	276	35,29	71,0	26,59	347	33,08	12	31,58	63	26,58	75	27,27

Cuatro	143	13,63	41	14,91	184	13,90	137	17,52	6,0	2,25	143	13,63	4	10,53	37	15,61	41	14,91
Cinco	73	6,96		0,00	73	5,51	72	9,21	1,0	0,37	73	6,96		0,00	0	0,00	0	0,00
Seis	26	2,48	4	1,45	30	2,27	26	3,32		0,00	26	2,48	1	2,63	3	1,27	4	1,45
Total	1049	100,0	275	100,0	1324	100,0	782	100,0	267,0	100,0	1049	100,0	38	100,0	237	100,0	275	100,0

Ingresos

(en Salario Mínimo-SM)																		
Hasta 1 SM	584	55,67	187	68,00	771	58,23	406	51,92	178,0	66,67	584	55,67	22	57,89	165	69,62	187	68,00
De 1 a 2 SM	364	34,70	70	25,45	434	32,78	276	35,29	88,0	32,96	364	34,70	13	34,21	57	24,05	70	25,45
De 3 a 4 SM	79	7,53	11	4,00	90	6,80	78	9,97	1,0	0,37	79	7,53	2	5,26	9	3,80	11	4,00
De 5 a 6 SM	15	1,43	7	2,55	22	1,66	15	1,92		0,00	15	1,43	1	2,63	6	2,53	7	2,55
Mas de 6 SM	7	0,67	0	0,00	7	0,53	7	0,90		0,00	7	0,67		0,00	0	0,00	0	0,00
Total	1049	100,0	275	100,0	1324	100,0	782	100,0	267,0	100,0	1049	100,0	38	100,0	237	100,0	275	100,0

Ocupación

No ocupado	525	50,0	148	53,8	673	50,8	373	47,7	152,0	56,9	525	50,0	17	44,74	131	55,27	148	53,82
Ocupado	524	50,0	127	46,2	651	49,2	409	52,3	115,0	43,1	524	50,0	21	55,26	106	44,73	127	46,18
Total	1049	100,0	275	100,0	1324	100,0	782	100,0	267,0	100,0	1049	100,0	38	100,0	237	100,0	275	100,0

(a) En todos los casos se utilizaron personas mayores de 9 años

(b) Como vinculados se tomaron las personas mayores de 9 años, enfermas, que solicitaron el servicio y fueron atendidos, pero no están afiliados a ninguna institución de seguridad social en salud.

Tabla A2. Continuación (lectura vertical)

Características	(4) Se sintió enfermo ultim. 6 meses						(5) Sintióse enfermo:consultó a una persona espec.(Médico,Odontol.etc.)						(6) A donde Acudió ?									
	NO		SI		Total		NO		SI		Total		Boticario o Farmaceuta		Centro de Salud u Hospital		Consultorio, Centr.Hosp.Priv.		Otro		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Género																						
Hombre	510	48,71	104	37,55	614	46,37	15	44,12	89	36,63	104	37,55	2	18,18	63	40,13	23	31,51	1	50,00	89	36,63
Mujer	537	51,29	173	62,45	710	53,63	19	55,88	154	63,37	173	62,45	9	81,82	94	59,87	50	68,49	1	50,00	154	63,37
Total	1047	100,0	277	100,0	1324	100,0	34	100,0	243	100,0	277	100,0	11	100,0	157	100,0	73	100,0	2	100,0	243	100,0
Edad																						
De 10 a 17 Años	183	17,48	26	9,39	209	15,79	3	8,82	23	9,47	26	9,39	2	18,18	14	8,92	7	9,59	0	0,00	23	9,47
De 18 a 35 Años	469	44,79	78	28,16	547	41,31	11	32,35	67	27,57	78	28,16	4	36,36	34	21,66	28	38,36	1	50,00	67	27,57
Mayores a 35 Años	395	37,73	173	62,45	568	42,90	20	58,82	153	62,96	173	62,45	5	45,45	109	69,43	38	52,05	1	50,00	153	62,96
Total	1047	100,0	277	100,0	1324	100,0	34	100,0	243	100,0	277	100,0	11	100,0	157	100,0	73	100,0	2	100,0	243	100,0
Educación																						
Ninguno	8	0,76	13	4,69	21	1,59	1	2,94	12	4,94	13	4,69	0	0,00	10	6,37	2	2,74	0	0,00	12	4,94
Primaria Incompleta	74	7,07	36	13,00	110	8,31	7	20,59	29	11,93	36	13,00	2	18,18	23	14,65	4	5,48	0	0,00	29	11,93
Primaria Completa	181	17,29	77	27,80	258	19,49	10	29,41	67	27,57	77	27,80	2	18,18	50	31,85	15	20,55	0	0,00	67	27,57
Secundaria Incompleta	320	30,56	53	19,13	373	28,17	7	20,59	46	18,93	53	19,13	3	27,27	34	21,66	9	12,33	0	0,00	46	18,93
Secundaria Completa	250	23,88	50	18,05	300	22,66	6	17,65	44	18,11	50	18,05	4	36,36	21	13,38	17	23,29	2	100,00	44	18,11
Tecnologías	22	2,10	3	1,08	25	1,89	0	0,00	3	1,23	3	1,08	0	0,00	2	1,27	1	1,37	0	0,00	3	1,23
Universitaria	179	17,10	42	15,16	221	16,69	3	8,82	39	16,05	42	15,16	0	0,00	17	10,83	22	30,14	0	0,00	39	16,05
Postgrado	13	1,24	3	1,08	16	1,21	0	0,00	3	1,23	3	1,08	0	0,00	0	0,00	3	4,11	0	0,00	3	1,23
Total	1047	100,0	277	100,0	1324	100,0	34	100,0	243	100,0	277	100,0	11	100,0	157	100,0	73	100,0	2	100,0	243	100,0
Estrato																						
Uno	48	4,58	15	5,42	63	4,76	1	2,94	14	5,76	15	5,42	1	9,09	11	7,01	2	2,74	0	0,00	14	5,76

Dos	426	40,69	126	45,49	552	41,69	23	67,65	103	42,39	126	45,49	5	45,45	68	43,31	30	41,10	0	0,00	103	42,39
Tres	337	32,19	85	30,69	422	31,87	7	20,59	78	32,10	85	30,69	4	36,36	53	33,76	19	26,03	2	100,00	78	32,10
Cuatro	147	14,04	37	13,36	184	13,90	1	2,94	36	14,81	37	13,36	0	0,00	19	12,10	17	23,29	0	0,00	36	14,81
Cinco	61	5,83	12	4,33	73	5,51	2	5,88	10	4,12	12	4,33	1	9,09	6	3,82	3	4,11	0	0,00	10	4,12
Seis	28	2,67	2	0,72	30	2,27	0	0,00	2	0,82	2	0,72	0	0,00	0	0,00	2	2,74	0	0,00	2	0,82
Total	1047	100,0	277	100,0	1324	100,0	34	100,0	243	100,0	277	100,0	11	100,0	157	100,0	73	100,0	2	100,0	243	100,0

Ingresos

(en Salario Mínimo-SM)																						
Hasta 1 SM	576	55,01	195	70,40	771	58,23	25	73,53	170	69,96	195	70,40	10	90,91	120	76,43	38	52,05	2	100,00	170	69,96
De 1 a 2 SM	371	35,43	63	22,74	434	32,78	8	23,53	55	22,63	63	22,74	1	9,09	34	21,66	20	27,40	0	0,00	55	22,63
De 3 a 4 SM	75	7,16	15	5,42	90	6,80	1	2,94	14	5,76	15	5,42	0	0,00	3	1,91	11	15,07	0	0,00	14	5,76
De 5 a 6 SM	18	1,72	4	1,44	22	1,66	0	0,00	4	1,65	4	1,44	0	0,00	0	0,00	4	5,48	0	0,00	4	1,65
Mas de 6 SM	7	0,67	0	0,00	7	0,53	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	1047	100,0	277	100,0	1324	100,0	34	100,0	243	100,0	277	100,0	11	100,0	157	100,0	73	100,0	2	100,0	243	100,0

Ocupación

No ocupado	510	48,7	163	58,8	673	50,8	21	61,8	142	58,4	163	58,8	8	72,7	100	63,7	33	45,2	1	50,0	142	58,4
Ocupación	537	51,3	114	41,2	651	49,2	13	38,2	101	41,6	114	41,2	3	27,3	57	36,3	40	54,8	1	50,0	101	41,6
Total	1047	100,0	277	100,0	1324	100,0	34	100,0	243	100,0	277	100,0	11	100,0	157	100,0	73	100,0	2	100,0	243	100,0

Tabla A2. Continuación (lectura vertical)

(7) Cual fue el motivo de la Consulta ?											
Accidente Casero		Accidente de Trabajo		Enfermedad Común		Maternidad		Otro		Total	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%

0	0,00	6	85,71	73	34,43	0	0,00	10	45,45	89	36,63
1	100,00	1	14,29	139	65,57	1	100,00	12	54,55	154	63,37
1	100,0	7	100,0	212	100,0	1	100,0	22	100,0	243	100,0

0	0,00	0	0,00	22	10,38	0	0,00	1	4,55	23	9,47
0	0,00	3	42,86	58	27,36	1	100,00	5	22,73	67	27,57
1	100,00	4	57,14	132	62,26	0	0,00	16	72,73	153	62,96
1	100,0	7	100,0	212	100,0	1	100,0	22	100,0	243	100,0

0	0,00	0	0,00	11	5,19	0	0,00	1	4,55	12	4,94
0	0,00	2	28,57	24	11,32	0	0,00	3	13,64	29	11,93
0	0,00	2	28,57	59	27,83	1	100,00	5	22,73	67	27,57
1	100,00	0	0,00	43	20,28	0	0,00	2	9,09	46	18,93
0	0,00	1	14,29	40	18,87	0	0,00	3	13,64	44	18,11
0	0,00	0	0,00	3	1,42	0	0,00	0	0,00	3	1,23
0	0,00	2	28,57	30	14,15	0	0,00	7	31,82	39	16,05
0	0,00	0	0,00	2	0,94	0	0,00	1	4,55	3	1,23
1	100,0	7	100,0	212	100,0	1	100,0	22	100,0	243	100,0

0	0,00	0	0,00	13	6,13	1	100,00	0	0,00	14	5,76
---	------	---	------	----	------	---	--------	---	------	----	------

(8) Por que Acudió a esa Persona o Institución de Salud ?															
Otro		Por ser el más Barato		Por Cercanía		Por Remision		Por ser el Mejor		Por su Afiliación		Por Recomendación		Total	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%

1	33,33	0	0,00	9	25,71	1	50,00	3	27,27	71	38,80	4	50,00	89	36,63
2	66,67	1	100,00	26	74,29	1	50,00	8	72,73	112	61,20	4	50,00	154	63,37
3	100,0	1	100,0	35	100,0	2	100,0	11	100,0	183	100,0	8	100,0	243	100,0

0	0,00	0	0,00	4	11,43	0	0,00	2	18,18	17	9,29	0	0,00	23	9,47
1	33,33	1	100,00	12	34,29	0	0,00	5	45,45	42	22,95	6	75,00	67	27,57
2	66,67	0	0,00	19	54,29	2	100,00	4	36,36	124	67,76	2	25,00	153	62,96
3	100,0	1	100,0	35	100,0	2	100,0	11	100,0	183	100,0	8	100,0	243	100,0

0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	12	6,56	0	0,00	12	4,94
0	0,00	0	0,00	6	17,14	1	50,00	0	0,00	21	11,48	1	12,50	29	11,93
0	0,00	1	100,00	8	22,86	1	50,00	1	9,09	54	29,51	2	25,00	67	27,57
0	0,00	0	0,00	7	20,00	0	0,00	1	9,09	38	20,77	0	0,00	46	18,93
1	33,33	0	0,00	10	28,57	0	0,00	3	27,27	28	15,30	2	25,00	44	18,11
0	0,00	0	0,00	1	2,86	0	0,00	0	0,00	2	1,09	0	0,00	3	1,23
2	66,67	0	0,00	3	8,57	0	0,00	6	54,55	25	13,66	3	37,50	39	16,05
0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	1,64	0	0,00	3	1,23
3	100,0	1	100,0	35	100,0	2	100,0	11	100,0	183	100,0	8	100,0	243	100,0

0	0,00	0	0,00	2	5,71	1	50,00	0	0,00	9	4,92	2	25,00	14	5,76
---	------	---	------	---	------	---	-------	---	------	---	------	---	-------	----	------

0	0,00	4	57,14	89	41,98	0	0,00	10	45,45	103	42,39
1	100,00	3	42,86	67	31,60	0	0,00	7	31,82	78	32,10
0	0,00	0	0,00	31	14,62	0	0,00	5	22,73	36	14,81
0	0,00	0	0,00	10	4,72	0	0,00	0	0,00	10	4,12
0	0,00	0	0,00	2	0,94	0	0,00	0	0,00	2	0,82
1	100,0	7	100,0	212	100,0	1	100,0	22	100,0	243	100,0

0	0,00	0	0,00	16	45,71	1	50,00	2	18,18	81	44,26	3	37,50	103	42,39
2	66,67	1	100,00	10	28,57	0	0,00	3	27,27	61	33,33	1	12,50	78	32,10
1	33,33	0	0,00	6	17,14	0	0,00	3	27,27	25	13,66	1	12,50	36	14,81
0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	27,27	6	3,28	1	12,50	10	4,12
0	0,00	0	0,00	1	2,86	0	0,00	0	0,00	1	0,55	0	0,00	2	0,82
3	100,0	1	100,0	35	100,0	2	100,0	11	100,0	183	100,0	8	100,0	243	100,0

1	100,00	3	42,86	153	72,17	1	100,00	12	54,55	170	69,96
0	0,00	4	57,14	42	19,81	0	0,00	9	40,91	55	22,63
0	0,00	0	0,00	13	6,13	0	0,00	1	4,55	14	5,76
0	0,00	0	0,00	4	1,89	0	0,00	0	0,00	4	1,65
0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1	100,0	7	100,0	212	100,0	1	100,0	22	100,0	243	100,0

2	66,67	1	100,00	22	62,86	1	50,00	4	36,36	136	74,32	4	50,00	170	69,96
0	0,00	0	0,00	9	25,71	1	50,00	4	36,36	38	20,77	3	37,50	55	22,63
0	0,00	0	0,00	4	11,43	0	0,00	3	27,27	6	3,28	1	12,50	14	5,76
1	33,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	1,64	0	0,00	4	1,65
0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
3	100,0	1	100,0	35	100,0	2	100,0	11	100,0	183	100,0	8	100,0	243	100,0

1	100,0	3	42,9	127	59,9	1	100,0	10	45,5	142	58,4
0	0,0	4	57,1	85	40,1	0	0,0	12	54,5	101	41,6
1	100,0	7	100,0	212	100,0	1	100,0	22	100,0	243	100,0

2	66,7	1	100,0	16	45,7	1	50,0	3	27,3	116	63,4	3	37,5	142	58,4
1	33,3	0	0,0	19	54,3	1	50,0	8	72,7	67	36,6	5	62,5	101	41,6
3	100,0	1	100,0	35	100,0	2	100,0	11	100,0	183	100,0	8	100,0	243	100,0

Tabla A2. Continuación (lectura vertical)

(9) Atención					
Atendidos		No Atendi		Total	
No.	%	No.	%	No.	%

87	36,10	2	00,00	89	36,63
154	63,90		0,00	154	63,37
241	100,0	2	100,0	243	100,0

23	9,54		0,00	23	9,47
66	27,39	1	50,00	67	27,57
152	63,07	1	50,00	153	62,96
241	100,0	2	100,0	243	100,0

12	4,98		0,00	12	4,94
28	11,62	1	50,00	29	11,93
66	27,39	1	50,00	67	27,57
46	19,09		0,00	46	18,93
44	18,26		0,00	44	18,11
3	1,24		0,00	3	1,23
39	16,18		0,00	39	16,05
3	1,24		0,00	3	1,23
241	100,0	2	100,0	243	100,0

14	5,81		0,00	14	5,76
----	------	--	------	----	------

(10)Cuales de los siguientes servicios de salud utilizó durante los ultimos treinta días ?													
Medicina General o Especializada		Odontología		Labor.Clínico o RX u otros exám.		Cirugía Ambulatoria		Rehabilitación o Terapias		Ninguno		Total	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%

64	32,99	11	52,38	8	34,78	0	0,00	2	66,67	8	42,11	93	35,50
130	67,01	10	47,62	15	65,22	2	100,00	1	33,33	11	57,89	169	64,50
194	100,0	21	100,0	23	100,0	2	100,0	3	100,0	19	100,0	262	100,0

15	7,73	2	9,52	1	4,35	0	0,00	0	0,00	5	26,32	23	8,78
51	26,29	8	38,10	8	34,78	1	50,00	2	66,67	7	36,84	77	29,39
128	65,98	11	52,38	14	60,87	1	50,00	1	33,33	7	36,84	162	61,83
194	100,0	21	100,0	23	100,0	2	100,0	3	100,0	19	100,0	262	100,0

10	5,15	1	4,76	2	8,70	0	0,00	0	0,00	1	5,26	14	5,34
22	11,34	2	9,52	4	17,39	0	0,00	1	33,33	0	0,00	29	11,07
60	30,93	2	9,52	3	13,04	0	0,00	0	0,00	4	21,05	69	26,34
38	19,59	4	19,05	5	21,74	1	50,00	0	0,00	3	15,79	51	19,47
35	18,04	5	23,81	4	17,39	1	50,00	0	0,00	4	21,05	49	18,70
3	1,55	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	1,15
23	11,86	7	33,33	5	21,74	0	0,00	2	66,67	7	36,84	44	16,79
3	1,55	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	1,15
194	100,0	21	100,0	23	100,0	2	100,0	3	100,0	19	100,0	262	100,0

10	5,15	2	9,52	2	8,70	1	50,00	0	0,00	0	0,00	15	5,73
----	------	---	------	---	------	---	-------	---	------	---	------	----	------

103	42,74		0,00	103	42,39
76	31,54	2	100,00	78	32,10
36	14,94		0,00	36	14,81
10	4,15		0,00	10	4,12
2	0,83		0,00	2	0,82
241	100,0	2	100,0	243	100,00

87	44,85	7	33,33	4	17,39	0	0,00	0	0,00	10	52,63	108	41,22
67	34,54	7	33,33	9	39,13	1	50,00	1	33,33	2	10,53	87	33,21
22	11,34	2	9,52	7	30,43	0	0,00	1	33,33	6	31,58	38	14,50
7	3,61	3	14,29	1	4,35	0	0,00	1	33,33	0	0,00	12	4,58
1	0,52	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	5,26	2	0,76
194	100,0	21	100,0	23	100,0	2	100,0	3	100,0	19	100,0	262	100,0

169	70,12	1	50,00	170	69,96
54	22,41	1	50,00	55	22,63
14	5,81		0,00	14	5,76
4	1,66		0,00	4	1,65
241	100,0	2	100,0	243	100,0

137	70,62	11	52,38	17	73,91	2	100,00	1	33,33	14	73,68	182	69,47
42	21,65	8	38,10	5	21,74	0	0,00	1	33,33	4	21,05	60	22,90
11	5,67	2	9,52	1	4,35	0	0,00	1	33,33	1	5,26	16	6,11
4	2,06	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	1,53
0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
194	100,0	21	100,0	23	100,0	2	100,0	3	100,0	19	100,0	262	100,0

0	0,0	142	58,9	142	58,4
2	100,0	99	41,1	101	41,6
2	100,0	241	100,0	243	100,0

114	58,8	10	47,6	13	56,5	2	100,0	1	33,3	12	63,2	152	58,0
80	41,2	11	52,4	10	43,5	0	0,0	2	66,7	7	36,8	110	42,0
194	100,0	21	100,0	23	100,0	2	100,0	3	100,0	19	100,0	262	100,0

Tabla A3. Modelos de regresión logística de la afiliación y las variables de necesidad, acceso y utilización

Modelos	VARIABLES	Coefficientes β	p*	Odds ratio
Afiliación	Constante	0,0095	0,9675	
	Edad	-0,0146	0,0005	0,985
	Ingreso	-0,2211	0,0447	0,802
	Estrato	-0,277	0,0001	0,758
T. Afiliación	Constante 1	-2,3177	0,0001	
	Constante 2	0,4616	0,0043	
	Educación	0,2094	0,0001	1,233
Enfermo	Constante	1,9805	0,0001	
	Sexo	0,3995	0,0076	1,419
	Edad	-0,0401	0,0001	0,961
	Ingreso	0,3418	0,0027	1,407
	Estrato	0,1982	0,0067	1,219
Enf-Cons	Constante	2,1559	0,0001	
	Sexo	0,4381	0,0055	1,55
	Edad	-0,0392	0,0001	0,962
	Estrato	0,1792	0,0155	1,196
	Ocupación	0,3604	0,0194	1,434
Raz-No 1	Constante	5,4087	0,0001	
	Ingreso	1,4597	0,0169	4,305
	Ocupación	-2,3143	0,0021	0,099
Atendieron	Constante	2,5958	0,0001	
	Sexo	0,4429	0,0046	1,557
	edad	-0,0375	0,0001	0,963
	Ingreso	0,3254	0,0042	1,385
Servicio 1	Constante	2,3272	0,0001	
	Sexo	0,6466	0,0001	1,909
	Edad	-0,0395	0,0001	0,961
	Estrato	0,1926	0,0119	1,212
Servicio 2	Constante	3,7459	0,0001	
	Educación	-0,2849	0,0287	0,752
Servicio 3	Constante	4,9136	0,0001	
	Edad	-0,0178	0,0366	0,982
	Estrato	-0,2659	0,0487	0,766
Servicio 6	Constante	-2,101	0,0001	
	Sexo	0,5036	0,0002	0,604
	Edad	0,0304	0,0001	1,031

* Probabilidad de los coeficientes β , obtenida por la prueba de Chi cuadrado de Wald

Tabla A4. Modelos de regresión logística de las variables de necesidad, acceso y utilización, según afiliación y las variables sociodemográficas

Enfermo				Cons-Esp			Raz-No1		
Variables	Coef. β	p*	OR	Coef. β	p*	OR	Coef. β	p*	OR
Constante	2,0499	0,0001	0,944	2,5757	0,0001		2,854	0,0238	
Afiliación	-0,0578	0,7534	0,944	-0,2806	0,1643	0,755	2,1859	0,0001	8,899
Sexo	0,3863	0,0105	1,471	0,4231	0,0076	1,527	-0,3525	0,502	0,703
Edad	-0,0409	0,0001	0,96	-0,0396	0,0001	0,961	-0,0495	0,0022	0,952
Ingreso	0,2689	0,1161	1,308	0,266	0,1344	1,305	0,8854	0,2596	2,424
Estrato	0,2315	0,006	1,26	0,1989	0,0228	1,22	0,675	0,0975	1,964
Educación	-0,0277	0,625	0,973	-0,0562	0,3428	0,945	0,1242	0,5936	1,132
Ocupación	0,159	0,22	1,172	0,1236	0,2887	1,132	0,1536	0,8211	1,166
Raz_No4				Atendieron			Servicio 1		
Variables	Coef. β	p*	OR	Coef. β	p*	OR	Coef. β	p*	OR
Constante	3,8993	0,0093		2,5757	0,0001		2,4403	0,0001	
Afiliación	-0,0964	0,9046	0,908	-0,2806	0,1643	0,755	-0,2252	0,2757	0,798
Sexo	-0,2523	0,7002	0,777	0,4231	0,0076	1,527	0,5692	0,0005	1,767
Edad	-0,00081	0,9652	0,999	-0,0396	0,0001	0,961	-0,0389	0,0001	0,962
Ingreso	-0,5399	0,4485	0,583	0,266	0,1344	1,305	0,1356	0,4475	1,145
Estrato	0,2264	0,5449	1,254	0,1989	0,0228	1,22	0,2071	0,0221	1,23
Educación	0,1025	0,6925	1,108	-0,0562	0,3428	0,945	-0,0251	0,6815	0,975
Ocupación	0,9868	0,3594	2,683	0,1236	0,5911	1,132	0,1581	0,5026	1,171
Servicio 2									
Variables	Coef. β	p*	OR						
Constante	4,6526	0,0001							
Afiliación	-0,496	0,1608	0,609						
Sexo	0,08	0,7452	1,083						
Edad	0,00357	0,6457	1,004						
Ingreso	0,3348	0,1753	1,398						
Estrato	-0,2062	0,0961	0,814						
Educación	-0,1927	0,035	0,825						
Ocupación	-4999	0,1721	0,607						

* Probabilidad de los coeficientes β , obtenida por la prueba de Chi cuadrado de Wald

Tabla A5. Modelos de regresión logística de las variables de necesidad, acceso y utilización, según el tipo de afiliación y las variables sociodemográficas

Enfermo				Cons-Esp			Raz-No1			Raz_No4		
Variables	Coef. β	p*	OR	Coef. β	p*	OR	Coef. β	p*	OR	Coef. β	p*	OR
Constante	2,1148	0,0001		2,5291	0,0001		3,0857	0,009		4,8225	0,004	
T Afiliac.	-0,1281	0,2281	0,88	-0,1616	0,148	0,851	1,0145	-0,0131	-2,758	-0,7299	0,1232	0,482
Sexo	0,4114	-0,007	-1,509	0,4617	-0,0038	-1,587	-0,7742	0,1425	0,461	-0,1295	0,8444	0,879
Edad	-0,0405	-0,0001	0,96	-0,0396	-0,0001	0,961	-0,0448	-0,002	0,956	0,0017	0,928	0,002
Ingreso	0,2643	0,1216	1,302	0,244	0,1646	1,276	1,201	0,131	3,323	-0,5976	0,4087	0,55
Estrato	0,2254	-0,0071	-1,253	0,1821	-0,0359	-1,2	0,8189	-0,034	-2,268	0,1675	0,6547	1,182
Educación	-0,0312	0,583	0,969	-0,0596	0,3155	0,942	0,1395	0,5356	1,15	0,0865	0,7451	1,09
Ocupación	0,1734	0,4314	1,189	0,1542	0,5012	1,167	-0,2386	0,7227	0,788	1,1067	0,3103	3,024
Atendieron				Servicio 1			Servicio 2					
Variables	Coef. β	p*	OR	Coef. β	p*	OR	Coef. β	p*	OR	Coef. β	p*	OR
Constante	2,529	0		2,485	0		4,266	0				
Tipo Afiliac	-0,162	0,148	0,851	-0,225	0,05	0,798	0,074	0,702	1,077			
Sexo	0,462	-0,004	1,587	0,617	0	1,853	0,08	0,749	1,083			
Edad	-0,04	0	0,961	-0,039	0	0,962	0,002	0,776	1,002			
Ingreso	0,244	0,165	1,276	0,119	0,505	1,126	0,305	0,203	1,356			
Estrato	0,182	-0,036	1,2	0,191	0,034	1,21	-0,223	-0,071	0,8			
Educación	-0,06	0,316	0,942	-0,031	0,609	0,969	-0,188	-0,038	0,828			
Ocupación	0,154	0,501	1,167	0,192	0,415	1,212	-0,487	0,176	0,614			

* Probabilidad de los coeficientes β , obtenida por la prueba de Chi cuadrado de Wald