

Investigación original / Original research

Análisis de la equidad en cinco dimensiones del sistema de salud de Colombia, 2003–2008*

Fernando Ruiz Gómez,¹ Teana Zapata Jaramillo² y Liz Garavito Beltrán³

Forma de citar (artículo original)

Ruiz Gómez F, Zapata Jaramillo T, Garavito Beltrán L. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003–2008. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(2):107–15.

RESUMEN

Objetivo. Evaluar la evolución de la equidad en el sistema de salud colombiano, según cinco dimensiones: condición de salud, cobertura del seguro social de salud, utilización de los servicios de salud, calidad y gasto en salud.

Métodos. Se utilizó una metodología común de estandarización para evaluar la equidad en países del continente americano. Los datos se tomaron de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003 y 2008. Después de la estandarización indirecta se estimaron los índices de concentración y de inequidad horizontal. Se aplicó un análisis de descomposición; se estimó el nivel de vida a partir del gasto agregado mensual del hogar por adulto equivalente.

Resultados. La equidad aumentó notablemente con respecto a la afiliación al seguro social de salud, el acceso a los servicios médicos y curativos, y la percepción de la calidad del servicio de atención sanitaria. Persisten aún considerables brechas, que afectan a las poblaciones más pobres, especialmente en su percepción de tener problemas de salud y su acceso a servicios preventivos médicos y odontológicos.

Conclusiones. Se requiere avanzar en la aplicación de las estrategias de salud pública preventivas en Colombia para afrontar el aumento de la demanda ocasionado por la mayor cobertura del seguro social. Debe mejorarse el acceso de la población a servicios integrales en los casos de enfermedades crónicas y a servicios de salud bucodental, y los planes de beneficios deben integrarse sin afectar a los logros en equidad ya registrados. Las inequidades se explican mejor por las variables socioeconómicas que por los factores relacionados con la salud.

Palabras clave

Equidad en salud; sistemas de salud; equidad en el acceso; economía de la salud; política de salud; Colombia.

La reforma colombiana de 1993 llevó a la implementación de un esquema de aseguramiento social de salud con dos objetivos: la ampliación de la cobertura mediante el seguro de salud universal —dado que el esquema segmentado anterior solo cubría a 15,7% de la población (1), que correspondía a los más ricos y

los empleados en el sector formal de la economía— y la focalización de las prestaciones de atención sanitaria sobre la población más vulnerable, para subsidiar la demanda y garantizar un plan de beneficios a toda la población. La meta era corregir la inequidad en la salud, debido a la considerable desigualdad en la salud imperante antes de la reforma. Si bien en el quintil económico más rico se atendía el 84,3% de las necesidades médicas, solo el 16% eran abordadas en el quintil más pobre (2).

El mecanismo de financiamiento se basaba en pagos a la seguridad social con un subsidio cruzado, mediante el cual las

personas con ingresos mayores subsidiaban a las poblaciones más pobres, y el gobierno nacional brindaba una contribución de igual proporción con recursos del presupuesto de la nación. Era necesario un cambio radical en el sistema, por lo que se introdujo la reforma a la atención sanitaria. Entre los cambios están la ampliación del aseguramiento social de salud (contributivo y subsidiado), el diseño de un paquete de beneficios con garantía de cobertura y la integración de prestadores públicos y privados en un esquema regulado de competencia, que busca aumentar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

¹ Ministerio de Salud y Protección Social, Vice-ministerio de Salud y Prestación de Servicios, Bogotá, Colombia. La correspondencia se debe dirigir a Fernando Ruiz Gómez. Correo electrónico: frui@minsalud.gov.co

² Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo, Cendex, Bogotá, Colombia.

³ Processum Consultoría Institucional SAS, Bogotá, Colombia.

*Traducción completa del artículo publicado en la sección especial sobre equidad en los sistemas de salud del número de febrero de 2013 de la Revista Panamericana de Salud Pública.

Según Garavito (3), 88,2% de la población colombiana se encuentra asegurada en la actualidad. El crecimiento en el aseguramiento en salud se logró mediante la ampliación de la cobertura en el esquema contributivo de individual a familiar y la afiliación de la población de menores ingresos a través del régimen subsidiado. La mayor parte del aumento en la cobertura se debió a la expansión en la política de aseguramiento subsidiado entre 2003 y 2007.

Los resultados de la reforma colombiana sobre la equidad son pocos y contradictorios. Un estudio que evaluó las tendencias entre los años 1960 y 2005 no encontró efectos positivos de las reformas sanitarias en Brasil y Colombia con respecto a la esperanza de vida y tres indicadores de mortalidad (4). La mayoría de las evaluaciones de la reforma al sistema de salud colombiano se han centrado en la medición de los avances en el acceso a los servicios de salud y la protección financiera lograda por el sector más pobre de la población. Otro estudio descubrió que, en su etapa inicial, el aseguramiento social de salud había aumentado la utilización de los servicios médicos como consecuencia de la acumulación progresiva de mejores condiciones de salud y la cobertura de las enfermedades crónicas (5). Un estudio prospectivo de cohorte mostró mejoras en el acceso a los servicios en la población pobre sin aseguramiento (6), pero un mayor gasto de bolsillo en esta misma población (7). Un análisis econométrico basado en la Encuesta de Calidad de Vida encontró un aumento en el uso de los servicios por parte de la población subsidiada y la protección contra los choques financieros en la población más vulnerable: residentes de zonas rurales, trabajadores independientes y personas en condiciones de extrema pobreza (8). A partir del seguimiento de la población de Bogotá durante un año se calculó que los gastos catastróficos relacionados con la salud eran bajos (4,9%) (9). Dos estudios recientes sobre los factores determinantes de la afiliación y la utilización eficaz del aseguramiento social de salud mostraron considerables diferencias en la probabilidad de estar asegurado, el acceso a los servicios de atención sanitaria y la intensidad del uso de los mismos entre las poblaciones urbana y rural, además de un mejor acceso y una mayor utilización en las poblaciones con enfermedades crónicas como

hipertensión, tuberculosis y cáncer (10). Por otra parte, se ha documentado un incremento en el acceso a los servicios en personas con enfermedades específicas, como la diabetes (11).

Las principales críticas al sistema de salud se enfocan en la mala clasificación socioeconómica que afecta a las poblaciones más pobres (12), la baja cobertura de servicios para esas poblaciones (13), la naturaleza eventualmente regresiva del gasto de bolsillo —debido al sistema de copago (14)— y el acceso ineficiente a los servicios para las poblaciones más vulnerables (15). Sin embargo, la mayoría de estos estudios se basan en la atención, tienen baja representatividad y no abordan los cambios a lo largo del tiempo (16).

El logro de la equidad en el acceso, la calidad de los servicios y el gasto de bolsillo de las familias justifica la inversión de la sociedad y los cambios institucionales radicales puestos en marcha mediante la reforma sanitaria. Este logro no se ha medido cronológicamente y no se ha relacionado con la situación socioeconómica y las necesidades de salud de la población. Los avances en la equidad pueden ser una manera efectiva de medir los resultados en el sistema colombiano de salud y de guiar las futuras regulaciones una vez que se logre la cobertura universal.

La información científica disponible presenta limitaciones debido a la falta de una línea de base que caracterice la situación imperante en el momento de implantación de la reforma, la carencia de evaluaciones longitudinales estandarizadas y la baja representatividad de la información utilizada. La ausencia de un análisis robusto de la equidad es otro problema, ya que la mayoría de los estudios muestran efectos parciales o son estudios de casos con poco poder estadístico. Esto contrasta con trabajos recientes sobre equidad que han aportado datos probatorios de la situación sanitaria en otros países (17, 18).

El presente estudio busca evaluar los avances del sistema de salud colombiano en términos de equidad, mediante una metodología estandarizada y el uso de encuestas sobre condiciones de vida en una población representativa del país. El objetivo es sopesar las variaciones de distintas variables de salud y acceso a los servicios entre diferentes segmentos poblacionales, definidos en función de su estándar de vida. El análisis consideró

los cambios en las variables de salud de 2003 y 2008. La relación entre estos cambios en el sistema sanitario y los avances en materia de salud es una medida indirecta del desempeño del sistema de salud colombiano.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio longitudinal para comparar indicadores de desigualdad en materia de salud de 2003 y 2008 con el individuo como unidad de análisis. En este análisis se incluyeron todos los adultos de 18 años o más. En esta edición se presenta un artículo con la metodología del estudio multinacional desarrollado para el Proyecto Equilac II (19), según el marco metodológico propuesto por O'Donnell y colaboradores (20). Se emplearon los datos de la Encuesta de Calidad de Vida por su elevada representatividad y estandarización. Esta encuesta, elaborada y aplicada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) desde 1993, incluye información acerca de las condiciones socioeconómicas y el acceso a los servicios sociales. El análisis de los macrodatos de las encuestas de 1993 y 1997 mostró que había diferencias en las variables utilizadas para construir el gasto acumulado y los ingresos, así como restricciones para acceder a la información de las variables de servicios de atención de salud en ciertos grupos de edad. Por consiguiente, para el análisis se emplearon las encuestas de 2003 y 2008 por ser las más homogéneas. Los datos de la Encuesta de Calidad de Vida son representativos de las poblaciones urbana y rural a niveles nacional y de nueve regiones: Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Oriental, Central, Pacífica, San Andrés e Islas de Providencia, y Orinoquía, Amazonía y Putumayo (las tres últimas áreas se integran en una única región). La información se procesó mediante el programa Stata versión 11.0. Para consolidar el gasto mensual acumulado de los hogares y posibilitar la comparación con otros estudios nacionales, el Departamento Nacional de Planeación de Colombia y DANE agregaron y sopesaron los diferentes rubros de gastos.

Las variables del sector salud se agruparon en las siguientes dimensiones: estado de salud, utilización de la atención sanitaria, aseguramiento social de salud, calidad de los servicios y gasto en salud (cuadro 1).

CUADRO 1. Descripción de las variables de salud, Colombia, 2003 y 2008

Variable	Descripción
Estado de salud	
Estado de salud peor que bueno	Categoría: ¿cómo describe usted su estado general de salud? 0: muy bueno o bueno, 1: peor que bueno
Presencia de enfermedad crónica	Categoría: ¿tiene usted alguna enfermedad crónica (hipertensión, diabetes, etc.)? 1: sí, 0: no
Días de ausencia por enfermedad	Númérica: ¿cuántos días dejó de realizar sus actividades habituales por problemas de salud (enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización, en los últimos 30 días)?
Utilización de los servicios de salud	
Cualquier consulta médica preventiva	Categoría: sin estar enfermo o por prevención, ¿consulta por lo menos una vez al año al médico? 1: sí, 0: no
Cualquier consulta odontológica preventiva	Categoría: sin estar enfermo o por prevención, ¿consulta por lo menos una vez al año al odontólogo? 1: sí, 0: no
Cualquier consulta ambulatoria	Categoría: para tratar algún problema de salud en los últimos 30 días (enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización). ¿Acudió a un médico general, especialista, homeópata, acupunturista, odontólogo, terapeuta o institución de salud? 1: sí, 0: no
Cualquier consulta o remisión a un especialista	Categoría: para tratar algún problema de salud en los últimos 30 días (enfermedad, accidente, problema odontológico o otro problema de salud que no haya implicado hospitalización), ¿fue remitido o recurrió a un especialista? 1: sí, 0: no
Cualquier hospitalización	Categoría: ¿Durante los últimos 12 meses tuvo que ser hospitalizado? 1: sí, 0: no
Aseguramiento social de salud	
Cobertura de aseguramiento social de salud	Categoría: ¿está usted afiliado a alguna entidad de seguridad social de salud? 1: sí, 0: no
Cobertura de aseguramiento rural	Categoría: ¿está usted afiliado a alguna entidad de seguridad social de salud? 1: sí, 0: no
Cobertura de aseguramiento urbano	Categoría: ¿está usted afiliado a alguna entidad de seguridad social de salud? 1: sí, 0: no
Afiliación al régimen contributivo	Categoría: ¿está usted afiliado al régimen contributivo? 1: sí, 0: no
Afiliación al régimen subsidiado	Categoría: ¿está usted afiliado al régimen subsidiado? 1: sí, 0: no
Calidad de los servicios de salud	
Percepción de la calidad del servicio de los médicos generales o especialistas (peor que bueno)	Categoría: en términos generales, usted piensa que la calidad del servicio fue: 0: buena, 1: peor que buena
Percepción de la calidad de los servicios hospitalarios (peor que bueno)	Categoría: usted piensa que la calidad de los servicios hospitalarios fue: 0: buena, 1: peor que buena
Suministro total o parcial de medicamentos	Categoría: en los últimos 30 días, ¿qué medicamento indicado para un problema de salud (enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización) le fueron entregados a través de la institución a la que está afiliado/a?
Días de espera: consultas médicas u odontológicas	Númérica: ¿cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general u odontólogo?
Días de espera: consultas a especialistas	Númérica: ¿cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el especialista?
Gasto en salud	
Aportes a la seguridad social de salud	Continua: ¿cuánto paga o le descuentan mensualmente para estar cubierto por una entidad de seguridad social de salud?
Gasto de bolsillo por servicios ambulatorios por problemas específicos de salud	Continua: ¿cuánto pagó por atención sanitaria (consultas médicas, análisis y medicamentos) debido a problemas de salud en los últimos 30 días (enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización)?
Gasto de bolsillo por hospitalizaciones	Continua: ¿cuánto pagó en total por hospitalizaciones durante el último año (consultas médicas, análisis y medicamentos)?
Gasto agregado de bolsillo en salud	Continua: incluye gasto mensual en algodón, gasa, desinfectantes, alcohol, vendas o apósitos, anticonceptivos, aspirina y otros elementos de botiquín, formulas médicas o compra de medicamentos consumidos regularmente, último pago de atención sanitaria por un problema de salud durante el último mes, pago de hospitalización si fue hospitalizado en el último año, y pagos mensuales o descuentos por concepto de planes o seguros de salud complementarios
Nivel de vida	
Gasto	Continua: gasto del hogar por adulto equivalente
Otro	
Edad y sexo	Categoría: 6 categorías de edad y sexo para hombres y mujeres en los grupos de edad de 18–44, 45–59 y 60 años o más
Región geográfica	Categoría: Atlántica, Oriental, Central, Pacífica, Bogotá, Antioquia, Valle, San Andrés, Orinoquía, Amazonía
Área de residencia	Categoría: urbana, rural
Actividad económica	Categoría: empleado, desempleado, población económicamente inactiva con capacidad de trabajar, población económicamente inactiva sin capacidad de trabajar
Tipo de ocupación	Categoría: empleado de empresa privada o empleado del gobierno, jornalero, empleado doméstico, independiente, empleador, trabaja sin salario, ayudante
Sector formal/informal	Categoría: formal, informal
Educación	Categoría: mayor nivel de educación alcanzado: ninguno, básica o primaria, secundaria superior, universitaria, título de posgrado
Estado civil	Casado, soltero, divorciado, viudo, unión libre
Seguro de salud privado	Categoría: sí tiene, no tiene
Aseguramiento social de salud	Categoría: no afiliado, régimen contributivo, régimen subsidiado, régimen especial, otro
Estrato socioeconómico	Categoría: 1, 2, 3, 4, 5, 6

También, se analizaron y describieron los cambios en los indicadores de salud incluidos en esas cinco dimensiones de salud entre 2003 y 2008. Como variable socioeconómica indicadora del estándar

de vida de las personas se empleó el gasto mensual de los hogares por adulto equivalente. Se calcularon los índices de concentración estandarizados y no estandarizados, con sus respecti-

vas curvas. Por último, se incorporaron las descomposiciones entre los factores de necesidad (salud) y de no necesidad (factores socioeconómicos y de otro tipo).

CUADRO 2. Estadísticas descriptivas para las variables de salud, Encuesta de Calidad de Vida, Colombia, 2003 y 2008

Variable	2003			2008			Diferencia [media (2008) – media (2003)]
	Media	Desviación estándar	Intervalo de confianza de 95%	Media	Desviación estándar	Intervalo de confianza de 95%	
Estado de salud							
Estado de salud peor que bueno	0,34	0,48	0,34–0,35	0,29	0,45	0,28–0,29	–0,05 ^a
Presencia de enfermedad crónica	0,19	0,39	0,18–0,19	0,15	0,36	0,15–0,16	–0,04 ^a
Días de ausencia por enfermedad	5,16	10,79	4,88–5,44	6,20	14,70	5,79–6,62	1,04 ^a
Aseguramiento social de salud							
Cobertura de aseguramiento social de salud	0,64	0,48	0,63–0,64	0,87	0,34	0,86–0,87	0,23 ^a
Cobertura de aseguramiento rural	0,55	0,50	0,54–0,56	0,85	0,35	0,85–0,86	0,30 ^a
Cobertura de aseguramiento urbano	0,67	0,47	0,66–0,67	0,87	0,34	0,86–0,87	0,20 ^a
Afiliación al régimen contributivo	0,60	0,49	0,60–0,61	0,49	0,50	0,48–0,50	–0,11 ^a
Afiliación al régimen subsidiado	0,34	0,47	0,33–0,34	0,47	0,50	0,47–0,48	0,13 ^a
Utilización de los servicios de salud							
Cualquier consulta médica preventiva	0,47	0,50	0,47–0,48	0,54	0,50	0,53–0,54	0,07 ^a
Cualquier consulta odontológica preventiva	0,32	0,47	0,32–0,32	0,35	0,48	0,34–0,35	0,03 ^a
Cualquier consulta ambulatoria	0,69	0,46	0,67–0,70	0,78	0,41	0,77–0,80	0,09 ^a
Cualquier consulta o remisión a un especialista	0,31	0,46	0,29–0,32	0,34	0,47	0,33–0,36	0,03 ^a
Cualquier hospitalización	0,08	0,27	0,08–0,08	0,07	0,26	0,07–0,08	–0,01
Calidad de los servicios de salud							
Percepción de la calidad del servicio de los médicos generales o especialistas (peor que buena)	0,23	0,42	0,22–0,24	0,23	0,42	0,22–0,25	0,0
Percepción de la calidad de los servicios hospitalarios (peor que buena)	0,18	0,39	0,17–0,20	0,17	0,38	0,16–0,19	–0,01 ^b
Suministro total o parcial de medicamentos	0,53	0,50	0,51–0,54	0,75	0,44	0,73–0,76	0,22 ^a
Días de espera: consultas médicas u odontológicas	1,96	4,69	1,81–2,11	3,09	6,07	2,89–3,28	1,13
Días de espera: consultas a especialistas	10,94	21,04	9,88–12,01	12,55	19,73	11,45–13,66	1,61 ^a
Gasto en salud deflactado por IPC 2010 (TCN 2010 = \$1 897,89 por dólar estadounidense)							
Aportes mensuales a la seguridad social de salud (dólares estadounidenses)	36,15	39,81	35,54–36,76	36,89	43,33	35,85–37,93	0,74 ^a
Gasto mensual de bolsillo por servicios ambulatorios por problemas específicos de salud (dólares estadounidenses)	28,16	123,38	24,74–31,58	13,11	66,36	11,01–15,21	–15,05 ^a
Gasto anual de bolsillo por hospitalizaciones (dólares estadounidenses)	136,93	481,23	122,39–151,47	68,68	328,49	55,45–81,92	–68,25 ^a
Gasto mensual agregado de bolsillo en salud (dólares estadounidenses)	17,34	165,02	15,97–18,72	10,47	98,97	9,38–11,56	–6,87 ^a

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2003 y 2008, Cálculos de Cendex.

IPC: índice de precios al consumidor, TCN: tasa de cambio nominal.

^a $P < 0,01$.

^b $P < 0,05$.

RESULTADOS

El conjunto de las variables de análisis abarca diferentes dimensiones de la equidad en la salud en la población. En el cuadro 2 se muestran los resultados descriptivos con medias, desviaciones estándares, intervalos de confianza de 95% y los resultados de las pruebas de la *t* para la diferencia entre las medias de 2003 y 2008.

Según estos resultados, se han producido ligeros cambios en las condiciones de salud en el período analizado, con mejoras en los indicadores relacionados con el estado de salud y la presencia de enfermedades crónicas; por el contrario, el indicador de días de ausencia por enfermedad en 2008 aumentó. La

cobertura mediante el aseguramiento social mostró un aumento significativo de 23%; la mayor parte de este crecimiento se puede atribuir a la ampliación de los planes subsidiados, que produjo un desplazamiento en la proporción relativa del régimen contributivo hacia una cobertura general de seguro social. Un resultado notable es el aumento en las coberturas de aseguramiento urbano y rural, con un aumento de 11 puntos porcentuales en el aseguramiento rural por encima de la tasa informada de ampliación de la afiliación al aseguramiento urbano. Estos resultados son atribuibles al ya señalado crecimiento del régimen subsidiado, dado que el contributivo no mostró ningún aumento durante ese período ($P < 0,01$).

Un elemento importante relacionado con los avances en la equidad en el aseguramiento social es que la cobertura de seguros llevó a mejoras en el acceso a los servicios de salud. Los resultados muestran un aumento significativo en el uso de los servicios ambulatorios, tanto preventivos como curativos. En contraste, el acceso a los servicios preventivos de salud bucodental es considerablemente bajo. Las tasas de uso de los servicios de hospitalización fueron elevadas y no mostraron cambios significativos durante el período analizado.

Los resultados relacionados con la calidad de los servicios muestran un retroceso en los indicadores de oportunidad en la provisión de los servicios, particularmente en los días de espera para

consultas con especialistas ($P < 0,01$). Sin embargo, el aumento promedio de 22% en el suministro total o parcial de medicamentos es un resultado importante de la calidad de la prestación de los servicios, siempre que los medicamentos proporcionados hayan sido médicamente necesarios. Este resultado podría relacionarse con la cobertura de aseguramiento social, dada la responsabilidad legal del asegurador con la provisión de medicamentos. Los regímenes de salud contributivo y subsidiado garantizan los medicamentos incluidos en una lista; los

servicios de prestación de salud en la red de asistencia gratuita (sin seguro de salud) no incluyen esta garantía.

Según el gasto de bolsillo —los precios constantes se presentan en dólares estadounidenses (US\$) ajustados a 2010 y las contribuciones para la cobertura de un seguro de salud se refieren principalmente a los pagos mensuales de los trabajadores para afiliarse al régimen contributivo—, el cambio en la carga de la contribución en efectivo a la seguridad social informada durante el período fue pequeño (menos de US\$ 1,00), pero esta-

dísticamente significativo. Sin embargo, se observó una notable reducción de 53% en el gasto de bolsillo destinado a servicios ambulatorios. De manera similar, el gasto de bolsillo para los servicios de hospitalización disminuyó en 50% y el promedio mensual de gasto en efectivo de la población disminuyó en 39,6% entre 2003 y 2008. Estos resultados tienen un nivel de significación de 99%.

En el cuadro 3 se presenta la distribución de cada variable en materia de resultado de salud según el quintil socioeconómico, desde el 20% más pobre

CUADRO 3. Distribución promedio y estandarizada por quintiles, Colombia, 2003 y 2008

Variable	Año	Media	20% más pobre	Segundo 20% más pobre	Intermedio	Segundo 20% más rico	20% más rico
Estado de salud							
Estado de salud peor que bueno	2003	0,3441	0,4724	0,4098	0,3588	0,2908	0,1889
	2008	0,2867	0,3906	0,3468	0,3030	0,2320	0,1613
Presencia de enfermedad crónica	2003	0,1855	0,1685	0,1777	0,2014	0,1925	0,1872
	2008	0,1520	0,1300	0,1450	0,1603	0,1571	0,1676
Días de ausencia por enfermedad	2003	5,1586	4,9948	5,9787	4,7888	5,2178	4,8239
	2008	6,2045	6,3830	7,0804	5,3137	6,5093	5,7665
Aseguramiento social de salud							
Cobertura de aseguramiento social de salud	2003	0,6378	0,5196	0,5663	0,6033	0,6845	0,8154
	2008	0,8654	0,8395	0,8388	0,8547	0,8816	0,9124
Cobertura de aseguramiento rural	2003	0,5459	0,5367	0,5354	0,5430	0,5630	0,6649
	2008	0,8528	0,8460	0,8664	0,8576	0,8374	0,8507
Cobertura de aseguramiento urbano	2003	0,6666	0,4958	0,5784	0,6186	0,7040	0,8257
	2008	0,8689	0,8311	0,8266	0,8543	0,8872	0,9158
Afiliación al régimen contributivo	2003	0,6010	0,1598	0,4147	0,6263	0,7712	0,8461
	2008	0,4908	0,1132	0,2866	0,5018	0,6893	0,8217
Afiliación al régimen subsidiado	2003	0,3367	0,8307	0,5629	0,3204	0,1485	0,0393
	2008	0,4715	0,8793	0,6963	0,4718	0,2552	0,1004
Utilización de los servicios de salud							
Cualquier consulta médica preventiva	2003	0,4711	0,3214	0,3935	0,4464	0,5355	0,6588
	2008	0,5380	0,4145	0,4925	0,5494	0,5803	0,6533
Cualquier consulta odontológica preventiva	2003	0,3195	0,1340	0,2189	0,2960	0,3836	0,5650
	2008	0,3482	0,1764	0,2552	0,3430	0,4195	0,5469
Cualquier consulta ambulatoria	2003	0,6859	0,6046	0,6395	0,6464	0,7193	0,8033
	2008	0,7847	0,6949	0,7751	0,7801	0,8299	0,8404
Cualquier consulta o remisión a un especialista	2003	0,3084	0,1784	0,2258	0,3222	0,3227	0,4268
	2008	0,3429	0,2330	0,3205	0,3337	0,3759	0,4283
Cualquier hospitalización	2003	0,0784	0,0628	0,0728	0,0810	0,0808	0,0948
	2008	0,0747	0,0684	0,0752	0,0657	0,0845	0,0798
Calidad de los servicios de salud							
Percepción de la calidad del servicio de los médicos generales o especialistas (peor que buena)	2003	0,2292	0,2115	0,2154	0,2599	0,2319	0,2202
	2008	0,2325	0,2008	0,2132	0,2224	0,2481	0,2706
Percepción de la calidad de los servicios hospitalarios (peor que buena)	2003	0,1849	0,2660	0,1660	0,1645	0,1723	0,1694
	2008	0,1723	0,1454	0,1884	0,1419	0,1758	0,2069
Suministro total o parcial de medicamentos	2003	0,5289	0,5513	0,4501	0,5326	0,5349	0,5735
	2008	0,7464	0,7644	0,7410	0,7597	0,7260	0,7441
Días de espera: consultas médicas u odontológicas	2003	1,9621	1,2215	1,6408	1,7498	2,3162	2,5711
	2008	3,0853	2,1091	2,9608	3,5956	3,2859	3,2661
Días de espera: consultas a especialistas	2003	10,9442	12,8396	13,8968	13,2735	9,9250	8,1973
	2008	12,5544	10,1421	11,8496	12,0511	10,5573	16,5821
Gasto en salud deflactado por IPC 2010 (TCN 2010 = \$1 897,89 por dólar estadounidense)							
Aportes mensuales a la seguridad social de salud (dólares estadounidenses)	2003	36,15	18,40	22,57	24,72	29,99	50,54
	2008	36,89	18,65	21,11	24,55	29,45	53,60
Gasto mensual de bolsillo por servicios ambulatorios por problemas específicos de salud (dólares estadounidenses)	2003	28,16	5,31	14,56	20,43	26,41	66,61
	2008	13,11	5,03	6,06	8,15	12,54	32,05
Gasto anual de bolsillo por hospitalizaciones (dólares estadounidenses)	2003	136,93	70,62	91,28	114,64	108,53	274,90
	2008	68,68	24,63	34,57	66,36	88,38	129,96
Gasto mensual agregado de bolsillo en salud (dólares estadounidenses)	2003	17,34	3,77	8,75	12,90	14,01	47,28
	2008	10,47	1,87	3,66	6,02	10,74	30,07

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, 2003 y 2008, Cálculos de Cendex.
IPC: índice de precios al consumidor, TCN: tasa de cambio nominal.

CUADRO 4. Índice de inequidad horizontal y diferencias, Colombia, 2003 y 2008

Variable	2003		2008		Diferencia en el IH (2008–2003)
	IC	IH	IC	IH	
Estado de salud					
Estado de salud peor que bueno	-0,1640 ^a	-0,166 ^a	-0,1556 ^a	-0,1666 ^a	-0,0005
Presencia de enfermedad crónica	0,0172 ^b	0,0214 ^a	0,0493 ^a	0,0495 ^a	0,0281
Días de ausencia por enfermedad	-0,0529 ^a	-0,0131	-0,0462 ^c	-0,0239	-0,0108
Aseguramiento social de salud					
Cobertura de aseguramiento social de salud	0,0960 ^a	0,0934 ^a	0,0191 ^a	0,0180 ^a	-0,0754
Cobertura de aseguramiento rural	0,0149 ^b	0,0162 ^b	0,0026	0,0023	-0,0139
Cobertura de aseguramiento urbano	0,1001 ^a	0,0983 ^a	0,0234 ^a	0,0227 ^a	-0,0756
Afiliación al régimen contributivo	0,2280 ^a	0,2288 ^a	0,3073 ^a	0,3083 ^a	0,0795
Afiliación al régimen subsidiado	-0,4724 ^a	-0,4736 ^a	-0,3521 ^a	-0,3529 ^a	0,1207
Utilización de los servicios de salud					
Cualquier consulta médica preventiva	0,1442 ^a	0,1450 ^a	0,0906 ^a	0,0913 ^a	-0,0537
Cualquier consulta odontológica preventiva	0,2825 ^a	0,2690 ^a	0,2282 ^a	0,2215 ^a	-0,0475
Cualquier consulta ambulatoria	0,0529 ^a	0,0576 ^a	0,0381 ^a	0,0373 ^a	-0,0203
Cualquier consulta o remisión a un especialista	0,1412 ^a	0,1566 ^a	0,0932 ^a	0,1090 ^a	-0,0476
Cualquier hospitalización	0,0460 ^a	0,0773 ^a	0,0012	0,0361 ^b	-0,0412
Calidad de los servicios de salud					
Percepción de la calidad del servicio de los médicos generales o especialistas (peor que buena)	-0,0207	0,0038	0,0300	0,0595 ^a	0,0557
Percepción de la calidad de los servicios hospitalarios (peor que buena)	-0,1008 ^a	-0,0822 ^a	0,01786	0,04199	0,1242
Suministro total o parcial de medicamentos	0,0255 ^b	0,0244 ^b	-0,0068	-0,0069	-0,0313
Días de espera: consultas médicas u odontológicas	0,1190 ^a	0,1395 ^a	0,0519 ^b	0,0641 ^a	-0,0755
Días de espera: consultas a especialistas	-0,1441 ^a	-0,1089 ^a	0,0659 ^c	0,0713 ^b	0,1802
Gasto en salud					
Aportes mensuales a la seguridad social de salud	0,2184 ^a	0,2159 ^a	0,2513 ^a	0,2501 ^a	0,0342
Gasto mensual de bolsillo por servicios ambulatorios por problemas específicos de salud	0,3741 ^a	0,4186 ^a	0,3973 ^a	0,4081 ^a	-0,0105
Gasto anual de bolsillo por hospitalizaciones	0,2890 ^a	0,3011 ^a	0,3577 ^a	0,3291 ^a	0,0280
Gasto mensual agregado de bolsillo en salud	0,4217 ^a	0,4752 ^a	0,5167 ^a	0,5374 ^a	0,0622

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, 2003 y 2008.

IC: índice de concentración; IH: índice de inequidad horizontal.

^a $P < 0,01$.

^b $P < 0,05$.

^c $P < 0,1$.

hasta el 20% más rico. En el cuadro 4 se presentan los resultados de desigualdad e inequidad en toda la población, la primera, medida por el índice de concentración (IC) y, la segunda, por el índice de inequidad horizontal (IH); las curvas se proporcionan en el [material suplementario](#).

Los resultados sobre la condición de salud revelaron una desigualdad inclinada hacia los pobres en el indicador percepción de mala salud. El IH para el número de días de ausencia por enfermedad no resultó estadísticamente significativo, lo que se refleja en una distribución homogénea en los diferentes quintiles socioeconómicos. Con respecto a la presencia de enfermedades crónicas, el índice se inclinó hacia los ricos, aunque la distribución de las condiciones de salud pareció mejorar en 2008 en todos los quintiles para la percepción de mala salud y la presencia de enfermedades crónicas.

La cobertura del aseguramiento en salud mostró un avance notable hacia la

equidad en la población. Los indicadores rurales del IC revelaron el logro de equidad en el aseguramiento social, con una distribución similar en los quintiles socioeconómicos; la proporción de la cobertura urbana reflejó una leve ventaja a favor de los ricos. Las diferencias encontradas en los índices de equidad según el tipo de seguro ilustran la definición legal sesgada de los regímenes de aseguramiento con un plan de afiliación contributivo orientado hacia los más adinerados y el sector formal de la economía, a diferencia del régimen subsidiado concentrado en los pobres y en los trabajadores informales. Vale la pena mencionar que durante el período analizado hubo una pérdida generalizada en la participación en el régimen contributivo en todos los quintiles socioeconómicos; en el régimen subsidiado se encontró el efecto opuesto.

Los resultados mostraron una mayor equidad en la utilización de todos los tipos de servicios preventivos y curativos, pero se observó una amplia brecha en la

proporción de utilización de los servicios de salud entre los diferentes quintiles. Los más pobres usaron menos los servicios preventivos y curativos, así como los servicios ambulatorios y de hospitalización; es sorprendente la baja tasa de utilización de los servicios odontológicos preventivos y de médicos especialistas por parte del quintil más pobre.

El IH para la calidad de los servicios de salud reflejó una leve mejoría a favor de la población más pobre. De hecho, los IC estandarizados de calidad percibida de los servicios hospitalarios y el suministro de medicamentos mostraron avances en la equidad, sin mayores diferencias entre los grupos socioeconómicos en 2008. Sin embargo, hubo una elevada percepción de mala calidad, con un deterioro significativo en el acceso oportuno a los servicios. Los días de espera para las consultas a especialistas se redujeron para los quintiles más pobres, mientras aumentaron para los dos quintiles más ricos. Es importante destacar el mejoramiento observado en el acceso

a los medicamentos que se extendió a todos los grupos socioeconómicos.

Según los resultados del gasto en salud, el IH fue desigual, mayor en la población más rica. La distribución por quintiles mostró una amplia brecha entre los quintiles ricos y los pobres, tanto en las contribuciones como en los diferentes rubros del gasto de bolsillo. Entre 2003 y 2008 se observó una tendencia hacia un menor pago directo de bolsillo por servicios ambulatorios y de hospitalización; el gasto general de bolsillo también mostró una reducción significativa en 2008. Estos efectos abarcaron a todos los quintiles, aunque la reducción del gasto de bolsillo tendió a ser mayor en las poblaciones más pobres.

Los valores del IH que resultaron estadísticamente significativos se descompusieron en las contribuciones derivadas de variables de no necesidad en los años analizados, como se muestra en la figura 1. El gasto del hogar explicó la mayor parte de las desigualdades para todas las variables en materia de resultados de salud.

El gasto del hogar, el aseguramiento social de salud y la educación contribuyeron a la distribución desigual de la percepción positiva del estado de salud y la utilización de los servicios de salud. El gasto del hogar, el tipo de aseguramiento social de salud, las coberturas rural y urbana, la educación, la región geográfica y la actividad económica explicaron la mayor parte de los valores del IH a favor de los ricos. El estado civil y los estratos socioeconómicos tuvieron un efecto considerable sobre la cobertura del aseguramiento social rural.

La percepción de una calidad peor que buena de los servicios de los médicos generales o especialistas se explicó principalmente por la ocupación, mientras que la concentración a favor de los ricos para el suministro de medicamentos en 2003 estuvo asociada con el aseguramiento social de salud. El IH de los días de espera para las visitas médicas u odontológicas a favor de los ricos se relacionó con el aseguramiento social y la región geográfica. La desviación a favor de los ricos para las consultas a especialistas en 2003 se asoció con contar con aseguramiento privado; por el contrario, este IH se relacionó en 2008 con la zona geográfica. Las variables del gasto de bolsillo en salud se relacionaron principalmente con el gasto de los hogares. Estos resultados fueron estadísticamente significativos ($P < 0,01$).

DISCUSIÓN

Diversos estudios sobre la equidad en la salud en América Latina, disponibles en la bibliografía científica, presentan limitaciones en su metodología y en cuanto a su comparabilidad con otros sistemas de salud. Estas diferencias explican las limitaciones actuales en los enfoques conceptuales y metodológicos para medir la equidad (21).

Además, es necesario mostrar cautela en la atribución de los efectos: ¿qué efecto pueden tener los sistemas de salud en la mortalidad final y las condiciones de salud? Los cambios en los sistemas que tienen por objetivo mejorar la eficiencia del acceso a la salud pueden tardar largo tiempo en lograr incrementos en la cobertura y el mejoramiento del estado de salud. Los plazos para lograr una evaluación precisa de esos efectos pueden ser diferentes y esta diferencia puede conducir a conclusiones sesgadas acerca de la efectividad del sistema (4, 22). Es importante comprender la contribución de los factores socioeconómicos y de necesidad en la generación de la equidad en los sistemas de salud.

Como en otros estudios llevados a cabo en América Latina (23, 24), los realizados en Colombia (25) no afrontan el tema de la equidad horizontal. La mayoría de los estudios miden las diferencias de las variables de salud sin tener en cuenta la condición de necesidad y, por consiguiente, no calculan formalmente la inequidad.

El diseño de este estudio establece la relación de factores socioeconómicos y de necesidad y toma en cuenta un conjunto de indicadores para calcular los resultados en materia de equidad del sistema colombiano en cuanto al estado de salud, el aseguramiento, el acceso, la calidad de los servicios y el gasto de bolsillo. En el período de tiempo analizado (2003–2008) se manifestó la mayor ampliación en la cobertura del aseguramiento social, gracias a la inversión del gobierno en la ampliación del régimen subsidiado. Es posible que los resultados capten los efectos en la cobertura y en el acceso a los servicios ambulatorios, mientras los efectos en el acceso para los enfermos hospitalizados, el gasto de bolsillo, la calidad de los servicios de salud y el estado de salud podrían tomar algún tiempo más en manifestarse.

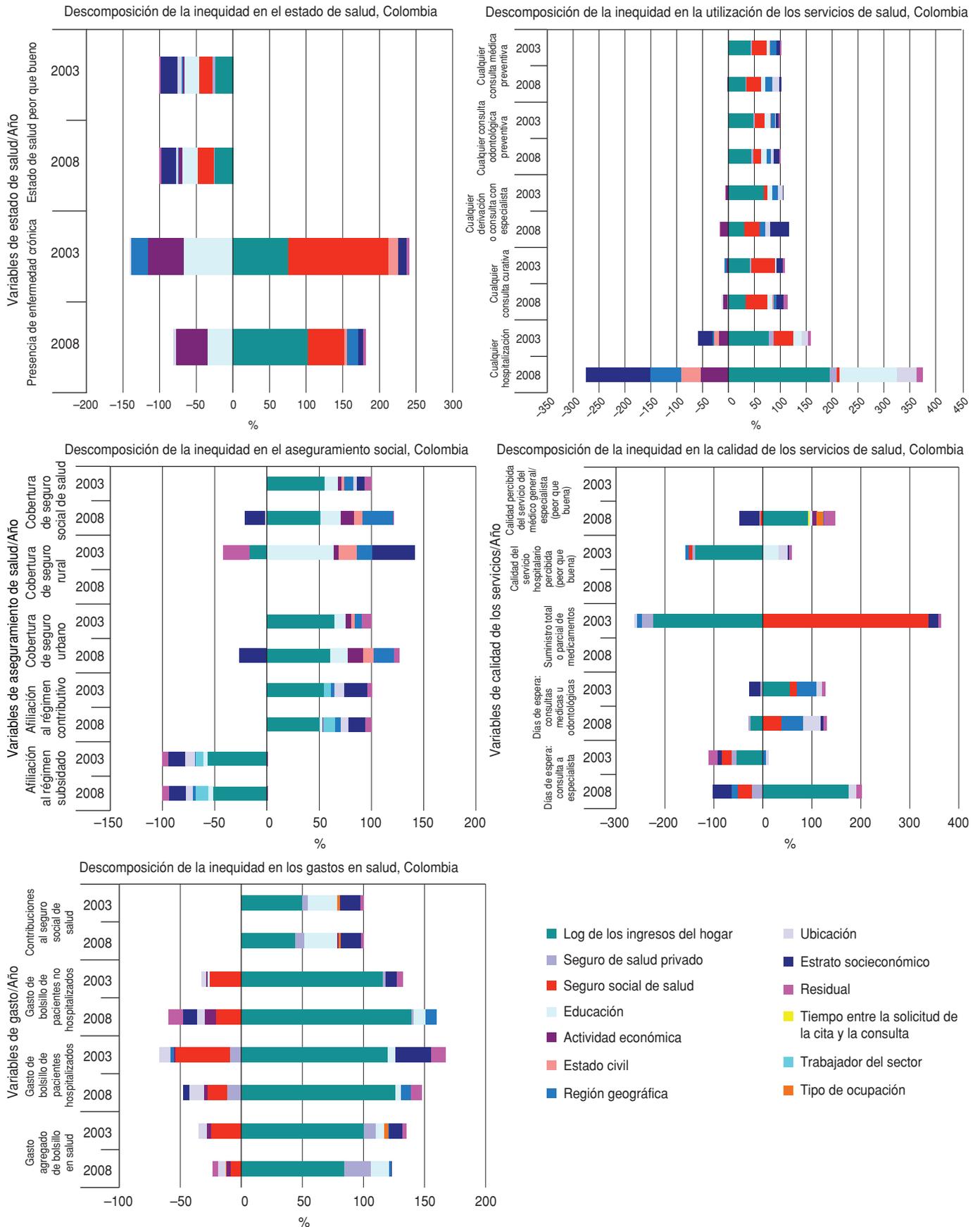
A diferencia del extenso cúmulo de datos probatorios cualitativos disponi-

bles acerca de las percepciones negativas sobre la reforma, los resultados de este estudio muestran —más allá del tema de la cobertura universal de aseguramiento— un avance significativo en cuanto al acceso a los servicios y la protección financiera. Tanto el deterioro del IC como los cambios en la distribución relativa del sector más necesitado de la población reflejan los avances relacionados con las metas de equidad establecidos por la reforma sanitaria de 1993. Sin embargo, los resultados negativos en cuanto a la percepción de la calidad y el acceso oportuno a los servicios implican posibles limitaciones que el sistema de salud debe abordar.

Estos resultados plantean la duda acerca de si la infraestructura de los servicios va a tener la capacidad de soportar la ampliación del aseguramiento de la población, a corto plazo, sin afectar a los niveles de equidad alcanzados. Otro aspecto crítico es la compensación entre los regímenes contributivo y subsidiado en las condiciones de operación dual, ya que esta característica está relacionada con las diferencias del esquema privado contributivo y el régimen subsidiado cuasi-público. Los resultados indican que se puede desplazar el esquema subsidiado al contributivo, evidenciado en la reducción de la proporción contributiva en la población de mayores ingresos. Este tipo de efecto se ha analizado en el contexto del sistema de salud (26, 27); sin embargo, plantea dudas acerca de los cambios en el régimen subsidiado con respecto a los temas socioeconómicos y demográficos. La progresividad de los impuestos y las contribuciones podría haber cambiado debido al aumento en la afiliación de personas ricas al régimen subsidiado.

Los resultados de este estudio también muestran la necesidad de realizar un monitoreo regulatorio y ajustes del sistema, con mayor hincapié en el análisis de la relación entre el crecimiento de la cobertura y los beneficios prometidos a la población. Este factor implica la disponibilidad eficaz de recursos humanos e institucionales. Estudios adicionales deben abordar la capacidad de garantizar los suministros y hacer frente a la mayor demanda de los servicios de salud derivados de la igualación de los planes de salud implementada en 2012. Estos resultados de la reforma colombiana pueden servir para desarrollar y ajustar otros sistemas de salud que han

FIGURA 1. Contribución de las variables de no necesidad a la inequidad (índice de inequidad horizontal), Colombia, 2003–2008



adoptado como objetivo la cobertura universal y la garantía de los derechos institucionalizados para la población y que pueden incluir una mayor participación de prestadores privados, como una estrategia para ampliar la cobertura de los servicios.

Las mayores limitaciones de este estudio están relacionadas con las restricciones de los datos utilizados. Los puntos fuertes de la metodología son su comparabilidad y el uso de indicado-

res integrales para medir las diferencias en la equidad de los diferentes grupos socioeconómicos. Los nuevos estudios deberán poner especial atención en explicar las variables de necesidad y de no necesidad usadas en la descomposición del IC.

Agradecimientos. Los autores agradecen a Gisele Almeida, Rolando Enrique Peñaloza Quintero, Julia Isabel Eslava, Lucía Mina, Brandon Berger y a los re-

visores anónimos por sus observaciones; a Diana Carolina Vargas Castro por su colaboración en la edición; y a Edris Joy Bourdeau por la versión en inglés.

Financiamiento. Este estudio fue financiado por el Proyecto de Equidad en los Sistemas de Salud de América Latina y el Caribe (EquiLAC) de la Organización Panamericana de la Salud.

Conflicto de intereses. Ninguno.

REFERENCIAS

1. Velandia F, Corral L, Talero R, Valencia A, Serna E. Financiamiento. En: Yepes F, ed. La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud. Vol. II. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud; 1999. Pp. 81–259.
2. Pabón H, Combat G, Villota J. Infraestructura. En: Yepes F, ed. La salud en Colombia. Estudio sectorial de salud. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud; 1990. Pp. 321–418.
3. Garavito L. Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del régimen subsidiado colombiano y Acuerdo 415 de 2009. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2009.
4. Esteves RJF. The quest for equity in Latin America: a comparative analysis of the health care reforms in Brazil and Colombia. *Int J Equity Health*. 2012;11(6).
5. Trujillo AJ. Medical care use and selection in a social health insurance with an equalization fund: evidence from Colombia. *Health Econ*. 2003;12(3):231–46.
6. O'Meara G, Ruiz F, Amaya J. Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia. Bogotá: Centro de Proyectos para el Desarrollo, Cendex, Pontificia Universidad Javeriana; 2001.
7. Ruiz F, Amaya L, Venegas S. Progressive segmented health insurance: Colombia health reform and access to health services. *Health Econ*. 2007;16(1):3–18.
8. Giedion U, Uribe MV. Colombia's universal health insurance system. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(3):853–63.
9. Amaya JL, Ruiz F. Determining factors of catastrophic health spending in Bogota, Colombia. *Int J Health Care Finance Econ*. 2011;11(2):83–100.
10. Ruiz F, Quiroga A. Social health insurance and universal coverage: effects of fragmented risk pooling on effective health services consumption. *J Health Econ*. En preparación, 2013.
11. Trujillo AJ, Vecino AI, Ruiz F, Steinhardt LC. Health insurance doesn't seem to discourage prevention among diabetes patients in Colombia. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(12):2180–8.
12. Vargas JF. Políticas públicas universales o focalizadas: ventajas y desventajas. El caso del SISBEN en Colombia [mimeo]. Bogotá: Universidad de los Andes; 2000.
13. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005;71(1):83–96.
14. Suárez BRM. Policy tools for achieving more equitable financing of access to health care services in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5–6):418–24.
15. Abadía CE, Oviedo DG. Itinerario burocrático en Colombia. Una herramienta teórica y metodológica para evaluar los sistemas de salud basados en la atención gerenciada. *Soc Sci Med*. 2009;68:1160–3.
16. Ruiz F, Uprimny M. Sistema de salud y aseguramiento social entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Bogotá: Ecoe Ediciones; 2012.
17. Van Doorslaer E, Masseria C. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2004. (Health Working Papers.)
18. Lu JFR, Leung GM, Kwon S, Tin KY, Van Doorslaer E, O'Donnell O. Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asia economies. *Soc Sci Med*. 2007;64(1):199–212.
19. Almeida G, Sarti FM. Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):83–9.
20. O'Donnell O, Van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using household survey data. Washington, D.C.: World Bank Institute; 2008.
21. Gómez R. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria en Colombia, 1985–2001. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006.
22. Wallace S, Gutiérrez V. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5–6):394–409.
23. Noronha K, Viegas M. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;14(5–6):410–8.
24. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saude Publica*. 2002;18(4):991–1001.
25. Cutler D, Gruber J. Does public insurance crowd out private insurance. *Q J Econ*. 1996;391–430.
26. Sloan FA, Norton EC. Adverse selection, bequests, crowding out and private demand for insurance: evidence from the long-term care insurance market. *J Risk Uncertain*. 1997;15:201–19.
27. Yazici EY, Kaestner R. Medicaid expansions and the crowding out of private health insurance. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research; 1998. (Working Paper No. 6527.)

Manuscrito recibido el 7 de marzo de 2012. Versión revisada aceptada para publicación el 19 de diciembre de 2012.

Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003–2008

ABSTRACT

Objective. To assess the change in five health equity dimensions for the Colombian health system: health condition, social health insurance coverage, health services utilization, quality, and health expenditure.

Methods. A common standardization methodology was used to assess equity in countries in the western hemisphere. Data come from the Colombian Life Quality Survey. After indirect standardization, concentration indices and horizontal inequity were estimated. A decomposition analysis was developed. Aggregate household monthly expenditure per equivalent adult was considered as the standard of living.

Results. Results show important progress in equity with regard to social health insurance affiliation, access to medicine and curative services, and perception of the quality of health care service. Important gaps persist, which affect poorer populations, especially their perception of having a bad health condition and their access to preventive medical and dental services.

Conclusions. The Colombian model needs to advance in implementing preventive public health strategies to cope with increasing demand concomitant with increased social insurance coverage. The population's access to total services in cases of chronic illness and oral health services must increase and benefit plans must be integrated while preserving the recorded achievements in equity. Decomposition of the concentration index shows that inequities are mostly explained by socioeconomic variables and not by health-related factors.

Key words

Equity in health; health systems; equity in access; health economics; health policy; Colombia.
