



servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

Condiciones de acceso a los servicios de salud

La accesibilidad a los servicios de salud ocupa la atención de investigadores, agencias de gobierno y organismos internacionales. En el escenario actual, caracterizado por la consolidación de la democracia y del mercado como elementos fundamentales para superar el desarrollo, cobra importancia la revisión de conceptos y de políticas para que sean más acordes con estas realidades. De este modo, resulta importante la construcción de un nuevo concepto de accesibilidad que reúna elementos institucionales y propicie una mayor armonía entre criterios económicos y de salud pública.

En esta Observación se presentan, de manera abreviada, los trabajos presentados por el GES en el II Congreso Internacional de Salud Pública, realizado en Medellín en noviembre de 2001. Como marco teórico, se emplea la estructura de análisis planteada por Aday y Andersen (1993), el cual parte del ambiente institucional en el que se desenvuelve la política de salud, pasa por los aspectos del acceso potencial y llega al acceso real.

Bajo este marco, primero se presenta una visión institucional sobre los sis-

temas de salud, con algunas precisiones teóricas y propuestas para replantear el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en Colombia. Segundo, se ofrece una síntesis sobre los estudios de accesibilidad a los servicios de salud producidos en Colombia en la última década, destacando los cambios de énfasis y de metodología empleados antes y después de la Ley 100 de 1993. Tercero, se da una reflexión sobre la relación entre empleo y seguridad social, diferenciando condiciones de acceso potencial y real que presenta en Colombia la población ocupada en actividades formales e informales. Y cuarto, se presenta una aproximación económica sobre los determinantes socioeconómicos del acceso a los servicios de salud en Antioquia por parte de la población del régimen subsidiado.

Con estos elementos y el análisis de información disponible en la web del GES, se busca ahondar en un debate necesario para orientar la política de salud en Colombia y en América Latina, y contribuir así a evaluar los resultados que ofrece el nuevo esquema institucional y la cobertura del seguro de salud en relación con el acceso real a los servicios.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1 8 0 3

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS

CIE

1. Una mirada desde la economía institucional

En sus informes de los últimos años, la Organización Mundial de la Salud -OMS- manifiesta su preocupación por la restricción económica y el desempeño a que se enfrentan las políticas y los sistemas de salud. Para garantizar el acceso universal, la OMS propone un diseño institucional basado en la separación de funciones, la definición de planes de beneficios y el desarrollo de incentivos para los proveedores (mecanismos de pago), entre otras estrategias orientadas a mejorar el desempeño.

Esta visión resulta coherente con las reformas efectuadas sobre el papel del Estado, el desarrollo de los mercados y la combinación de lo público y lo privado. En particular, parece necesario contar con un organismo o agente que asuma la salud como un componente del bienestar social y genere tranquilidad y confianza para que los demás agentes participen en el sistema a fin de facilitar el cumplimiento de las metas sobre universalidad y equidad.

Elementos teóricos sobre las instituciones

Las instituciones, según Douglass North (1993), son las reglas de juego en una sociedad y pueden ser de carácter formal (escritas) o informal (como las costumbres). Se trata de las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana, sea política, social o económica, y que justifican su existencia, principalmente por el hecho de facilitar la articulación y organización de las distintas formas de interacción y, lo más importante, reducir la incertidumbre y promover el desarrollo.

Esto significa aceptar una restricción sobre la libertad individual, como el hecho de pagar impuestos o admitir los derechos de propiedad del otro, a cambio de la seguridad, el cumplimiento de contratos o la reducción de costos de transacción, entre otras ventajas. Por esto, en el marco de las reformas estructurales emprendidas en el mundo, la mejora de las instituciones es fundamental para el desarrollo económico y político, de manera que la mala calidad de ellas determina en buena parte que en muchos países predomine incertidumbre y desconfianza por parte de los agentes, dando como resultado unos mercados débiles y unas políticas públicas ineficientes. En el caso de América Latina, hace falta mejorar la calidad de las instituciones para ayudar a acelerar el crecimiento económico (Burki y Perry, 1998).

El esquema institucional propuesto por OMS

La OMS (2000) sostiene que los progresos en torno a los índices de desempeño de un sistema de salud dependen de qué también éstos cumplen sus cuatro funciones básicas: rectoría, financiamiento, generación de recursos y provisión de servicios. En este esquema institucional, la rectoría (léase regulación) logra constituirse en la función más importante al posibilitar, mediante el establecimiento de marcos adecuados y de actividades de supervisión, el buen desarrollo del resto de las funciones, generando impactos directos e indirectos en los resultados del sistema como un conjunto.

La rectoría es definida por la OMS como "la función de un gobierno responsable del bienestar de la población, al que le preocupa la confianza y legitimidad con que la ciudadanía considera sus actividades"; el gobierno debe tratar que esa función rectora se haga visible en los distintos niveles del sistema de salud siempre con la idea de generar los mejores resultados, ya que todas las funciones del sistema exigen la presencia de un vigilante encargado de hacer posible el logro de una mejor salud de la población.

No obstante, aún cuando esta es la posición deseable en cualquier sistema de salud, son varios los problemas que se enfrentan debido al mal desarrollo de las actividades de rectoría: los organismos encargados de la función rectora olvidan cuál es su objetivo, olvidan que la población es su razón de ser y pierden la perspectiva de futuro; se carece de estrategias que propendan por generar incentivos de participación a los agentes que integran el sistema; no se tienen mecanismos de presión o no se hace uso de ellos para obligar a todos los agentes a cumplir sus compromisos.

El sistema colombiano

La reforma colombiana al sistema de salud sigue estas orientaciones. En el diseño general, la función rectora recae principalmente en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual fue creado como organismo de dirección de carácter permanente para el manejo de variables esenciales como el monto de la cotización, el plan de beneficios y la unidad de pago per cápita para financiar dicho plan (ver esquema 1).

Una mirada sobre las normas básicas que rigen la conformación y el funcionamiento del Consejo, los acuerdos aprobados por este organismo en su historia y varias opiniones y conceptos emitidos en el país, permite plantear que la función de regulación presenta varias dificultades. Más que definir normas

Esquema 1 Dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud

Nota: Se resaltan las principales funciones del organismo.

Fuente: Ley 100 de 1993. Acuerdo No 31 de 1996 y 181 de 2000. Elaborado por: Sandra Rodríguez A., integrante del GES.

para la reasignación de recursos o el manejo de éstos, el Consejo se ha centrado en la aprobación de presupuestos y en la distribución de recursos, sin responder a un programa de largo plazo para la sostenibilidad del sistema; además, se percibe inestabilidad en la conformación del Consejo, un conflicto de intereses entre sus miembros y falta de credibilidad y confianza por parte de los agentes regulados.

En el lenguaje de la economía institucional, se estaría así ante instituciones ineficientes, de modo que además de no cumplir el objetivo para el que fueron creadas también generan retrasos en el alcance de metas y en su desarrollo en general, introduciendo incertidumbre de tipo jurídico, político y administrativo.

Hacia un replanteamiento del Consejo

Si se quiere mejorar el desempeño del sistema y contribuir con ello al desarrollo del país, ofreciendo garantías para que toda la población acceda a los servi-

cios de salud, es necesario depurar el organismo para que ejerza funciones de regulación más efectivas. En primer lugar, se considera apropiado reducir el número de miembros del Consejo, modificar su representatividad y mecanismos de elección, desprendiendo su designación de su vinculación con entidades o gremios y definiendo un perfil básico sobre formación y experiencia, consolidando además la participación de representantes o exponentes de la educación y el medio ambiente.

En segundo lugar, es necesario desarrollar mecanismos de toma de decisiones que permitan al Consejo mantener independencia del Gobierno; de esta forma, sus decisiones se hacen más independientes del ciclo político y con ello se buscaría responder de manera más fluida a las necesidades y los objetivos en salud del sistema en su conjunto. Para esto, es importante generar mecanismos o instancias técnicas que fortalezcan el desarrollo de las políticas y que respalden los acuerdos aprobados.

En tercer lugar, resulta conveniente avanzar en la diferenciación de las decisiones adoptadas por el Consejo, de manera que se establezca una jerarquía de éstas según sus implicaciones en materia de regulación o si se trata de asuntos de administración o cuestiones más coyunturales.

Por último, en el marco de una descentralización óptima, es importante procurar un mayor espacio a los consejos territoriales de seguridad social en salud, de manera que éstos ejerzan en su jurisdicción asuntos claves para el funcionamiento del sistema, en especial lo concerniente al régimen subsidiado.

2. Síntesis de estudios en Colombia

Con el propósito de establecer un estado del arte sobre el tema referido a la accesibilidad a los servicios de salud en Colombia, se identificaron y consultaron 19 estudios realizados entre 1995 y 2001, de los cuales 11

abordan información previa a la reforma y 8 toman información posterior a ella. Se consideró importante analizar estos estudios y comparar los períodos (antes y después de la Ley 100), identificando pervivencias históricas, tendencias, indicadores novedosos o importantes, nuevas líneas de trabajo y elementos para orientar de manera más precisa las preguntas de investigación.

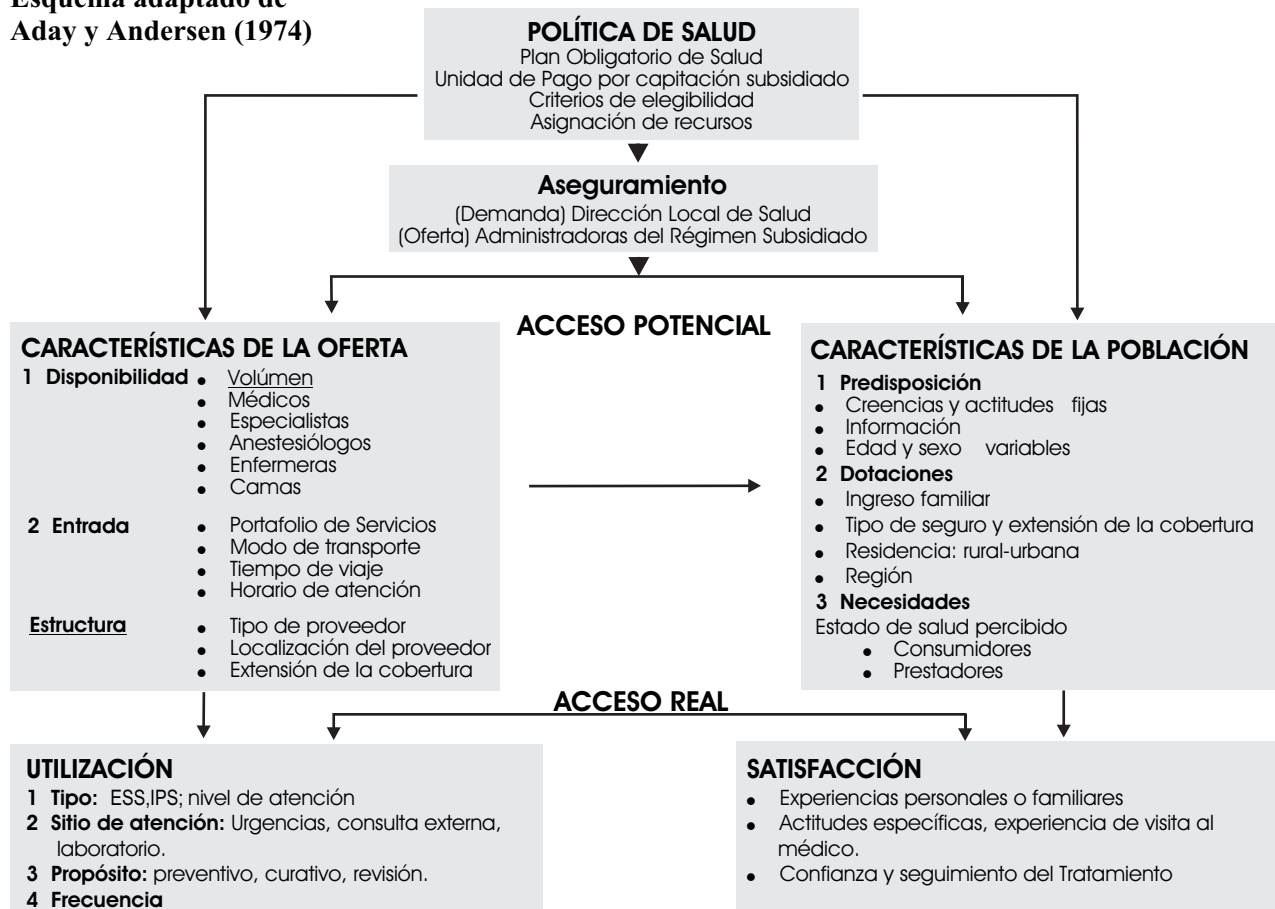
Elementos teóricos sobre acceso

Como marco teórico para esta revisión se empleó, por un lado, el modelo propuesto por Aday y Andersen (1993), el más integral de acuerdo con la literatura académica sobre el tema y el cual considera dos dimensiones del proceso de acceso: el acceso potencial, entendido como la interacción entre el sistema de salud, el cual busca crear condiciones de uso de los servicios mediante la disponibilidad y organización de la oferta, y las características de la población, dentro de las cuales se destacan creencias, información, dotaciones y necesidades;

Esquema 2

Condiciones de acceso en el régimen subsidiado de salud en Colombia

Esquema adaptado de Aday y Andersen (1974)



Fuente: Andersen y Aday (1974). Elaborado en el marco del proyecto Condiciones de Acceso y Sostenibilidad Financiera del Régimen Subsidiado en Antioquia.

y el acceso real, referido a la utilización efectiva de servicios, asociada además a la percepción de calidad y satisfacción del usuario. Este modelo fue adaptado por el GES a las condiciones del actual sistema de salud Colombiano (régimen subsidiado) (ver esquema 2).

Por otro lado, el concepto de acceso a los servicios de salud fue considerado con dos implicaciones: es un proceso complejo que involucra desde la formulación de políticas de salud hasta la satisfacción del usuario; y es el que concreta en la práctica el componente más real del derecho a la salud, siendo así uno de los elementos centrales para el análisis de la equidad en salud.

Resultados

El análisis de los 19 estudios generó dos tipos de resultados: en primer lugar, la identificación y sistematización de tres factores estructurales que han caracterizado al sistema de salud colombiano en las últimas tres décadas: bajas coberturas de acceso a los servicios y de aseguramiento; iniquidades en salud; y barreras económicas como principal obstáculo para el acceso a los servicios. En segundo lugar, se plantean dos hipótesis preliminares en el contexto del actual sistema: el acceso real diferencial a los servicios y la profundización de iniquidades en salud.

Bajas coberturas

Por el lado de los servicios, la cobertura se refiere al acceso real. Antes de la reforma, y durante cerca de dos décadas, la proporción de población con necesidad final atendida en salud osciló entre el 50% y el 55%, con grandes diferencias por ingresos: para los más pobres era apenas del 33% y para los de más altos ingresos era de 99.3%. Después de la reforma, este indicador pierde importancia porque el análisis se centra en el aseguramiento, pero los resultados preliminares del trabajo en terreno (GES, 2001) revelan, en la perspectiva cualitativa, una utilización parcial o selectiva de servicios en el régimen subsidiado (sólo para urgencias o sólo para consulta médica o para servicios con copagos bajos como los de menor complejidad) debido, fundamentalmente, a barreras económicas. Por ésta, entre otras razones, se sugiere la hipótesis del acceso diferencial a los servicios.

En cuanto al aseguramiento, no se pueden comparar dos sistemas con fundamentos distintos. Hay consenso en que aquel es el avance más significativo del sistema actual pero que no se logrará la universalidad: se observa, a partir de 1998, un estancamiento en la afiliación al régimen subsidiado y una caída en la del contributivo, sin que parezca posible obtener aumentos en el mediano plazo porque la situación está asociada

a la concepción de la política social y a las transformaciones estructurales del mercado laboral.

Iniquidades en Salud

Las desigualdades en la provisión, acceso y resultados en salud, por regiones del país, por zona urbana y rural y por estrato socioeconómico, han caracterizado el escenario sanitario nacional. El aseguramiento aumentó la disponibilidad de servicios en algunas regiones y en la zona urbana, y hasta 1997 redujo el gasto de bolsillo en medicamentos, pero no hay evidencias sistemáticas, ni mucho menos coincidentes, de que existan mejoras en el acceso a los servicios de salud.

Más bien, algunos resultados sugieren que las iniquidades se están profundizando: de acuerdo al último Informe de Desarrollo Humano para Colombia, en el año 2000 el 56% de la población del primer decil de ingresos y el 63% del segundo no estaba asegurada; la mayor proporción de enfermedad declarada se concentró en los pobres, pero quienes recibieron mayor atención fueron los de más altos ingresos, regresando a una situación similar a la de 1993; la proporción más alta de quienes no demandan servicios en caso de enfermedad, aunque disminuyó entre 1993, 1997 y 2000, se concentra en los dos primeros quintiles de población (27.3% y 23.4%, respectivamente, mientras en el último quintil esta proporción es de 15.3%).

Además, el gasto de bolsillo en salud, considerado uno de los indicadores más sensibles en cuanto a equidad financiera, disminuyó para todos los grupos entre 1993 y 1997, pero tal reducción fue menor para el 20% más pobre de la población y, de hecho, es la menor entre todos los grupos de población; por su parte, para la población pobre no afiliada a la seguridad social (los vinculados) el gasto aumentó entre 1997 y 2000. Estas tendencias, aunque pueden ser contradictorias con otros estudios, coincide con algunos como el efectuado por la Defensoría del Pueblo (2000). En general, el gasto de bolsillo resulta más regresivo en 2000 y parece retornarse a los niveles alcanzados en 1993.

Barreras económicas

La principal razón para no utilizar los servicios de salud, desde la década del 70 y hasta hoy, ha sido la falta de dinero. Esta es la barrera más determinante para el acceso real a los servicios de los más pobres. Aunque las metodologías y ámbito de los dos periodos no son comparables y después de la reforma no hay información desagregada por regímenes, la proporción de no uso por falta de dinero es alta y en todo caso nunca inferior al 50%.

3. Accesibilidad laboral

Como se enseña en el esquema de Aday y Andersen, dentro de las características de la población se encuentran algunas dotaciones que facilitan el acceso a los servicios de salud, dentro de las cuales el ingreso es un elemento fundamental que marca diferencias importantes, tanto en cuanto a su monto como a la modalidad de generación del mismo. En particular, la vinculación al trabajo constituye una condición esencial para el acceso real, de modo que a mayor grado de formalidad en el empleo más alta es la probabilidad de recibir atención en un sistema de salud que se financie con cotizaciones sobre la nómina.

Con miras a realizar una aproximación sobre las diferencias en el acceso potencial y real, se abordó información correspondiente a la población ocupada en Colombia, explorando en un primer caso las diferencias que presenta la población formal e informal en cuanto a la cobertura de la seguridad social; y, en un segundo caso, en cuanto a su asistencia a los servicios de salud y las razones para no acudir cuando existe alguna enfermedad.

Empleo y seguridad social en Colombia

Como se analizó en la Observación No. 1, la mayor cobertura del seguro de salud en Colombia recae sobre los trabajadores de la economía formal, los cuales, además, se incorporan al sistema básicamente mediante su cotización. Una manera de ver esto consiste en agrupar a la población ocupada, según su posición ocupacional, considerando coberturas altas (mayores al 75%) y bajas (menores al 60%): la población con mayor cobertura está compuesta por em-

pleados pertenecientes en su mayoría a las empresas públicas y privadas: 96% y 89%, respectivamente, en el último caso para las empresas mayores a 10 trabajadores; 80% para los profesionales independientes y 76% para patronos o empleadores.

En contraste, la población con menores tasas de cobertura posee unas condiciones de empleo precarias y su afiliación a la seguridad social está determinada con un mayor peso por el subsidio estatal o familiar: la cobertura es del 60% para los empleados de empresas con menos de 10 trabajadores, 46% para los independientes o cuenta propia y 44% para las empleadas del servicio doméstico (ver cuadro 1).

Acceso a los servicios de salud

Además de estas diferencias, en cuanto a la cobertura del seguro de salud, la utilización de servicios también presenta comportamientos diferenciados según las condiciones del empleo. Para analizar las barreras que impiden el acceso, empleando información de la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, se dividió la población en no cubierta y cubierta por el sistema (afiliados al régimen contributivo o al subsidiado), todos éstos clasificados como formales e informales.

Los resultados obtenidos enseñan, en general, que ante la ocurrencia de enfermedad es la población formal la que utiliza los servicios de salud en una mayor proporción, mientras entre la población informal existe un porcentaje de inasistencia mucho mayor. En efecto, de cada 100 personas enfermas 7 no acuden a los servicios si desempeñan actividades formales y 31 no lo hacen si son informales. Curiosamente, la diferencia entre estas cifras es más pronun-

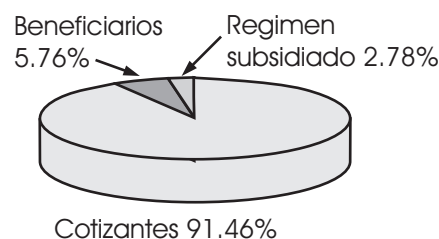
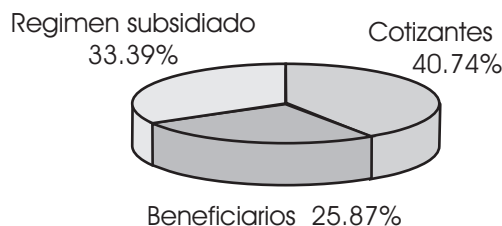
Cuadro 1: Cobertura y modo de afiliación a la seguridad social en Colombia, 1997 (población ocupada en porcentaje)

A. Estructura de los ocupados con coberturas altas (mayores al 75%)

Obrero empleado particular (empresa > 10 trabajadores)	89.3%
Obrero empleado del gobierno	95.8%
Profesional independiente	70.6%
Patrón o empleador (empresa > 10 trabajadores)	75.7%

B. Estructura de los ocupados con coberturas bajas (menores al 60%)

Obrero empleado particular (empresa < o igual 10 trabajadores)	59.9%
Empleado del servicio doméstico	48.8%
Trabajador independiente o cuenta propia	46.1%
Patrón o empleador (empresa < o igual a 10 trabajadores)	56.5%



Fuente: Encuesta de calidad de vida 1997. Cálculos CIE-GES

Cuadro 2: Razones para el no uso de los servicios de salud en Colombia, 1997

Barreras al Acceso.	Total		No cubiertos		Régimen contributivo		Régimen subsidiado	
	Formales	Informales	Formales	Informales	Formales	Informales	Formales	Informales
% no uso de servicios	7.0%	31.4%	28.1%	38.7%	11.9%	17.2%	22.6%	36.4%
Razones de no uso								
I. Del lado de la oferta								
a. A la entrada (cercanía)	6.6%	4.2%	11.8%	3.3%	3.9%	3.3%	12.5%	5.9%
b. Al interior	13.5%	3.7%	5.9%	1.7%	17.6%	11.0%	0.0%	3.2%
c. Continuidad	6.3%	4.6%	0.0%	4.2%	3.9%	7.8%	0.0%	4.3%
II. Del lado de la demanda								
d. Predisposición	21.1%	15.4%	0.0%	14.0%	17.6%	22.2%	50.0%	13.8%
e. Dotación (Ingresos)	5.3%	49.0%	23.5%	56.7%	0.0%	10.0%	0.0%	53.7%
f. Necesidad percibida	51.3%	23.1%	58.8%	20.7%	51.0%	37.8%	37.5%	19.1%

Nota: La clasificación de las barreras se hace siguiendo a Aday y Andersen, 1980. (a) el centro de atención queda lejos. (b) no lo atendieron y muchos trámites para la cita. (c) ha consultado antes por ese problema y no se lo han resuelto. (d) no tuvo tie

Fuente: Encuesta de calidad de vida (ECV) módulo de salud, 1997 Cálculos CIE-GES

ciada en el caso de la población cubierta que entre la no cubierta por el seguro.

Por otra parte, también hay diferencias importantes en cuanto a las barreras al acceso, teniendo una mayor relevancia la dotación de ingresos para los informales y la necesidad percibida para los formales; las cifras confirman la preocupación sobre la influencia que las condiciones laborales ejercen sobre el acceso real a los servicios de salud (ver cuadro 2).

¿Hacia dónde orientar los esfuerzos?

Este panorama hace pensar en la importancia de resolver un dilema de política pública para alcanzar algún tipo de universalidad de la seguridad social: considerando las tendencias del mercado laboral y las características del sistema de seguridad social, ¿Cuál debe adaptarse a cual? La revisión de la literatura internacional sobre el tema y el comportamiento de las estadísticas laborales en Colombia indican que seguirá predominando la generación de un empleo muy diferente al acostumbrado hasta hace algunos años, caracterizado por la estabilidad, la continuidad de ingresos y la cobertura de prestaciones sociales. En consecuencia, parece ser que el sistema de seguridad social debe adaptarse a estas tendencias y, como lo plantea Sen (2000), es necesario "tomar medidas bien pensadas para fomentar los cambios sociales, políticos y económicos capaces de transformar una previsión que infunde temor en una realidad constructiva".

Se requiere combinar acciones encaminadas a la creación de empleo asalariado y la estabilización económica, con medidas orientadas a facilitar la incorporación de la población ocupada y otra población evasora, lo cual constituirá el principal reto para orientar el futuro de la seguridad social en Colombia. Pueden establecerse algunos estímulos para aumentar los ni-

veles de afiliación, por ejemplo mediante la definición de un salario mínimo con cotización, la definición de cotizaciones diferenciales por tramo de ingreso, el establecimiento de una cotización y un plan de beneficios inferior para los cuenta propia, o el otorgamiento de un subsidio para la afiliación de éstos; y la creación y regulación de esquemas de microseguros para sectores de población específicos.

4. Determinantes del acceso en Antioquia

El interés por estudiar los determinantes del acceso y la utilización de los servicios de salud ha estado jalado por la expectativa de comprender mejor el proceso a través del cual los servicios médicos pueden ser correctamente distribuidos. Específicamente, las investigaciones parten de cuatro puntos centrales: un consenso creciente de que todas las personas tienen el derecho a la salud, independientemente de su capacidad de pago; la creencia general de que ciertos grupos de la población, como pobres o residentes en zonas rurales, no están recibiendo servicios médicos que sean comparables en términos de la cantidad y la calidad con los que están disponibles para el resto de la población; existen grandes expectativas sobre la extensión en la que los servicios médicos pueden contribuir al nivel de salud de la población en general; y, la crisis en los servicios médicos está estimulada por el rápido crecimiento de los precios y la insatisfacción por la disponibilidad de servicios (Aday y Andersen: 1974, 36).

De este contexto y empleando el marco teórico ya esbozado, se desprende el análisis sobre los determinantes socioeconómicos del acceso y la utilización de los servicios de salud, por parte de la población de Antioquia que goza del beneficio del subsidio de salud.

Método de análisis

El análisis econométrico, con información de la Encuesta de Calidad de Vida de 1997 para la región de Antioquia, fue realizado utilizando Stata 7.0. Se construyeron tres ecuaciones: acceso, utilización de servicios de hospitalización y utilización de consulta médica general o especializada. A partir de dichas ecuaciones se estimaron modelos logit simples, donde la variable dependiente para cada caso es discreta y de elección binaria.

El interés recae en estimar el efecto marginal de las variables independientes sobre la probabilidad de acceder o no a servicios de salud en el sistema formal, y de utilizar o no los servicios de hospitalización y consulta médica general. Las variables independientes hacen referencia a las características del individuo, la familia, la región y otras relacionadas con el sistema de salud.

Además de los datos de población del régimen subsidiado de Antioquia (1.687 en la Encuesta, correspondientes a quienes afirmaron tener seguridad social y no pagar por su afiliación), otra fuente de información fue el Monitoreo del sector salud en Antioquia (GES, 2000), del cual se tomaron las variables relacionadas con la oferta de servicios, planta de cargos asistencial disponible y producción de los hospitales públicos.

Determinantes socioeconómicos del acceso potencial

Los resultados son mostrados en el cuadro 3, de donde las variables significativas al 5% de significancia son: edad, índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), clase de municipio y pago de transporte. El signo de todas las variables es negativo, así que la probabilidad de acceso a los servicios de salud dis-

minuye cuando aumenta la edad de los individuos, cuando son clasificados como no NBI, cuando viven en zonas rurales dispersas y tienen que pagar transporte para llegar hasta la fuente regular de servicios, siendo ésta última la que más afecta la probabilidad de acceso; también, el percibir el estado de salud como bueno disminuye la probabilidad de acceso.

Además del modelo, se estimó un indicador de acceso a los servicios de salud, en el que se tienen en cuenta las barreras y las facilidades para superarlas, datos obtenidos y clasificados de la ECV 1997, y son clasificadas como económicas, ecológicas, culturales y organizativas. A estas se les halló un ponderador para estimar la razón entre poder de utilización o facilidades y la resistencia o barreras para el acceso, razón puede arrojar valores iguales, menores o superiores a 1.

En este sentido se construyó la clasificación de cuáles barreras serían superadas con cuales facilidades obteniendo las razones operacionales del grado de ajuste entre los recursos y la población.

Como resultado se obtuvo que la razón entre barreras y facilidades económicas (1.44), ecológicas (1.50) y culturales (1.48) son mayores a 1, por lo que se podría decir que los recursos disponibles pueden considerarse aumentados por el exceso de poder de utilización. En el caso de la razón denominada organizativas, se tiene un resultado de 0.73, de manera que los recursos accesibles serán sólo una fracción de los recursos disponibles, por lo tanto, estos se reducirán por la falta de ajuste entre la población y los recursos.

Finalmente, al reunir la disponibilidad de recursos corregida por su productividad y multiplicarla por la suma de las razones entre facilidades y barreras, tenemos un indicador de accesibilidad del 0.88, es decir, por cada 1000 habitantes que tienen problemas

Cuadro 3: Determinantes Socioeconómicos del Acceso Potencial y Real a los Servicios de Salud

Acceso potencial a los servicios de salud		Acceso real a los servicios de hospitalización		Acceso real a servicios de medicina general o especializada	
Variables	Efecto Marginal	Variables	Efecto Marginal	Variables	Efecto Marginal
Edad	-0.00039	Estado civil	-0.01299	Edad	-0.00106
Estado de salud bueno	-0.00138	No trabajó	0.11116	Género	0.03848
NBI	-0.00169	Otra actividad	0.04393	Estado de salud regular	0.15167
Centro poblado	-0.00248	Estado de salud bueno	0.08078	Estado de salud malo	0.28129
Rural disperso	-0.00056	Estado de salud regular	0.08501	NBI	-0.04241
Pago de transporte	-0.00612	Estado de salud malo	0.13939	Centro poblado	-0.05554
		NBI	0.02069	Rural disperso	-0.06633
		Pago de transporte	-0.03664	Pago de transporte	-0.45201
		Obs = 1687; LR chi(10)=213.28;seudo R2 = 0.1821; Log Likelihood = -478.83			
		Obs = 1677; LR chi(10)=78.21			
		seudo R2 = 0.4714; Log Likelihood = -412.52			
		Obs = 1687; LR chi(10)=735.75			
		seudo R2 = 0.0832; Log Likelihood = -			

Nota: Este modelo predice correctamente 1501 de las 1687 observaciones, es decir el 89%, y la habilidad que tiene para predecir si alguien accede al sistema formal es del 78%.

Nota: Este modelo predice correctamente 1547 de las 1687 observaciones, es decir el 92%, y la habilidad que tiene para predecir si alguien accede al sistema formal es del 70%.

Nota: Este modelo predice correctamente 1559 de las 1687 observaciones, es decir el 92%, y la habilidad que tiene para predecir si alguien accede al sistema formal es del 90%.

de salud, 880 acceden a servicios, medidos en unidades médico equivalentes, que ofrecen las Empresas Sociales del Estado.

Acceso real a los servicios de hospitalización

De los resultados se tiene que las variables significativas al 5% y con signo positivo, es decir que incrementan la probabilidad esperada de utilización de los servicios aquí analizados son: el estado civil, el no trabajar pero tener trabajo y el percibir un mal estado de salud. Ahora, el pago de transporte, que incluye el pago de ambulancia, es significativa al 5% pero su signo es negativo, así que esta variable reduce la probabilidad esperada de la utilización de los servicios de hospitalización. Finalmente, el percibir el estado de salud como malo aumenta la probabilidad de utilización de los servicios de hospitalización en un 13%.

Acceso real a medicina general y especializada

Los resultados del modelo enseñan que la probabilidad esperada de utilizar los servicios de medicina general y especializada aumenta con la edad, en las mujeres, cuando el estado de salud percibido empeora y cuando la población es clasificada como pobre según NBI. Ahora, la probabilidad de utilización disminuye cuando la población es clasificada como no NBI, en las zonas rurales dispersas y tienen que pagar por la consulta. Finalmente, el tener que pagar por la consulta médica disminuye la probabilidad de utilización en un 45% y la probabilidad aumenta en un 28% cuando el estado de salud percibido empeora.

En resumen, estos resultados dan cuenta de la posible efectividad que tuvo la política de aseguramiento para lograr el acceso a los servicios de salud, ya que las facilidades (seguro) remueven las barreras impuestas por el pago de servicios; sin embargo, el seguro no da cuenta de las facilidades que se dan en términos de la localización de la fuente regular de servicios, pago por transporte y pago por medicamentos, siendo éstos los que siguen imponiendo costos a personas ubicadas en zonas rurales dispersas, clasificadas como NBI y que afirman no acceder a servicios de salud por falta de dinero. Además, es posible inferir que las horas en las que el servicio está disponible es otra limitación no removida por el seguro.

De otro lado, las variables de tipo cultural pueden estar restringiendo el acceso de los hombres a los servicios de salud, ya que lo que un individuo piense sobre su estado de salud, condicionan en gran medida su comportamiento, hay puntos en los que este factor puede afectar la relación entre los profesionales de la salud y los usuarios.

No es posible, a partir de la información disponi-

ble, crear indicadores fuertes de accesibilidad y utilización. Las encuestas que manejan módulos de salud no tienen en cuenta la frecuencia en las visitas médicas y tampoco tienen claro cuáles facilidades serían las adecuadas para remover las barreras existentes, por lo que los indicadores construidos fácilmente sobrestimarían los datos reales. Además, la falta de información y regulación que se tiene de los actores que participan, se convierten en las principales barreras a la hora de evaluar la efectividad de los programas y las posibles soluciones a los problemas.

Referencias:

- Andersen, R. y Aday, A. (1974). "A theoretical framework for the Study of access to medical care". *Health Services Research*. Vol 9, 208-222. ----- (1993).
- Beattie, Roger (2000). "Protección social para todos, pero ¿cómo?", *Revista Internacional del Trabajo*, Vol. 119, No. 2, 141-163.
- Beck, Ulrich, (2000). *Un nuevo mundo feliz*. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.
- Burki, S. y Perry, G. (1998). *Más allá del Consenso de Washington: la hora de la reforma institucional*. Washington, 1998.
- Defensoría del Pueblo (2000).
- Echeverri, Esperanza (2001). "Síntesis de los estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia, antes y después de la Ley 100 de 1993". Medellín, ponencia en el II Congreso Internacional de Salud Pública, noviembre 15-17.
- GES, CIE (2000). "Monitoreo local de la reforma al sector salud en Antioquia". Medellín, informe de investigación.
- GES (2001). "Talleres con usuarios: Proyecto Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en Antioquia".
- North, Douglass (1993). *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México, Fondo de Cultura Económica.
- OIT (2000). *Informe sobre el trabajo en el mundo 2000. La seguridad de los ingresos y la protección social en un mundo en plena transformación*, Ginebra.
- OMS (2000). "Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud". OMS, Ginebra.
- Restrepo, Jairo; Rodríguez, Sandra; Arango, Mónica (2001). "Instituciones eficientes para el desarrollo de los sistemas de salud: hacia un replanteamiento sobre el consejo nacional de seguridad social en salud en Colombia". Medellín, ponencia en el II Congreso Internacional de Salud Pública, noviembre 15-17
- Salazar, Verónica; Restrepo, Jairo; Rincón, Gloria; Gómez, Carlos (2001). "Empleo y seguridad social en Colombia: la necesidad de replantear una relación que se diluye". Medellín, ponencia en el II Congreso Internacional de Salud Pública, noviembre 15-17
- Sen, Amartya, (2000). "Trabajo y derechos", *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 119, No. 2; 129 - 139.
- Vásquez, Johanna y Velandia, Durfari (2001). "Determinantes socioeconómicos del acceso potencial y real a los servicios de salud: régimen subsidiado de salud en Antioquia". Medellín, ponencia en el II Congreso Internacional de Salud Pública, noviembre 15-17

Observación Estadística

La crisis financiera de la seguridad social

Jairo Restrepo y Verónica Salazar

Como se ha mencionado en varios análisis y documentos del GES, la seguridad social financiada con impuestos sobre la nómina (cotización) concentra su cobertura sobre la población ocupada en sectores y actividades formales, de manera que frente al aumento del desempleo y el predominio del empleo informal, la cobertura se reduce y la relación entre empleo y seguridad social se diluye lentamente. Además de este fenómeno, el futuro financiero del club de la seguridad social se encuentra seriamente comprometido por la evolución de los ingresos de los cotizantes y el grupo familiar de los mismos.

Para ilustrar las dificultades financieras que en Colombia enfrenta el régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud, tomando información oficial disponible se construyó el equilibrio de ingresos y egresos para el año 2000 y se consideraron cambios en los parámetros más importantes para conocer sus efectos sobre dicho equilibrio.

El equilibrio de este régimen está determinado, por el lado de los ingresos, por el número de cotizantes, su ingreso declarado y la tasa de cotización; es acá en donde las condiciones del empleo, en cuanto a su estabilidad y remuneración, unidas a los problemas de evasión y elusión, afectan la generación de ingresos. Por el lado de los egresos, además de disponer de traslados hacia el régimen subsidiado y para atender los gastos de promoción y prevención y los correspondientes a incapacidades y licencias de maternidad, los principales desembolsos se refieren a la unidad de pago per cápita y el número de beneficiarios (densidad

familiar); de nuevo, la crisis afecta el equilibrio presionando un aumento de estos últimos.

La situación promedio del año 2000, con cifras muy similares a las reportadas en el informe del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, da cuenta de un poco más de 5 millones de cotizantes con un ingreso mensual de \$ 527,725, cerca de 1.9 salarios mínimos; si a cada cotizante se adicionan 1.52 beneficiarios, el resultado final corresponde a un déficit de \$ 117 mil millones. Veamos a continuación qué sucede frente a cambios marginales en las dos variables consideradas más determinantes para el equilibrio (ver cuadro 4).

En primer lugar, una reducción de 1% en los ingresos de los cotizantes implicaría aumentar el déficit en \$ 32.6 mil millones adicionales; esta situación es bastante previsible para el corto plazo, especialmente por la dinámica que tendrán los salarios de los empleados públicos y la vinculación de trabajadores con una remuneración inferior al promedio general. En segundo lugar, un aumento de 1% en la densidad familiar ocasiona un incremento en el déficit de \$ 33.8 mil millones. Y si se combinan ambos efectos, el déficit aumentaría en \$ 66.3 mil millones.

El futuro financiero del régimen contributivo está pues seriamente comprometido. Para alcanzar el equilibrio, sería necesario contar con uno de los siguientes cambios: aumento del 3.6% en el ingreso de los cotizantes, reducción de la densidad familiar de 2.52 a 2.43, aumento de la cotización a 12.4% o disminución de la UPC en 3.5%. En el corto plazo, además de las medidas orientadas a controlar la evasión, parece recomendable intervenir la UPC mediante aumentos inferiores a la inflación esperada, de manera que para 2002 podría establecerse un aumento entre 2.5% y 4%.

Cuadro 4: Equilibrio financiero del régimen contributivo en Colombia (millones de pesos)

	Item	(0) Punto de partida (Dic 2000)	(1) Dismin. IBC (1%)	(2) Aumento DF (1%)	(3) Efecto agregado
Ingresos	Número de cotizantes vigentes	5.044.087	5.044.087	5.044.087	5.044.087
	Ingreso base de cotización promedio	527.725	522.448	527.725	522.448
	Tasa de cotización	12%	12%	12%	12%
	Total Ingresos	3.833.125	3.794.794	3.833.125	3.794.794
Gastos	Densidad Familiar	2.52	2.52	2.54	2.54
	Unidad de pago por capitación	0.27	0.27	0.27	0.27
	Punto de solidaridad	319.427	316.233	319.427	316.233
	Incapa. Laborales y licen. Mater.	95.828	94.870	95.828	94.870
	Promoción y prevención	159.714	159.116	159.714	158.116
	Total Gastos	3.950.506	3.944.757	3.984.262	3.978.512
	Déficit	-117.381	-149.963	-151.137	-183.718
	Diferencia en pesos		-32.582	-33.755	-66.337
Variación		27.80%	28.80%	56.50%	

Fuente: Supersalud, boletín estadístico, diciembre 2000. Cálculos GES-CIE

Observación Académica

Costo efectividad de nuevas estrategias para detección temprana de tuberculosis

Elena del Corral

Profesora, Escuela de Bacteriología. U. de A.

En Colombia, la incidencia de la tuberculosis estuvo disminuyendo hasta 1997, cuando empezó a producirse un repunte en todas las formas de la enfermedad. Esta reemergencia refleja la tendencia experimentada en el resto del mundo y se atribuye al desmonte de las actividades de control, la aparición de cepas resistentes a los medicamentos y la pandemia del SIDA.

Teniendo en cuenta que los recursos para la salud son escasos, se requieren alternativas costo efectivas para controlar la tuberculosis. Existen técnicas de biología molecular para el diagnóstico y el control de la enfermedad que son usadas por los servicios de salud de muchos países, mientras por ejemplo en Colombia esto no sucede en gran parte porque solo se tienen en cuenta los costos de las técnicas y no sus resultados. Dado que la transmisión de la tuberculosis ocurre en su gran mayoría por vía aérea, su control se basa en la búsqueda de sintomáticos respiratorios, diagnóstico con baciloscopia, tratamiento de casos y búsqueda de contactos enfermos.

Con el suministro del tratamiento y la búsqueda de contactos se pretende cortar la cadena de transmisión, pues los medicamentos reducen rápidamente la infectividad de los pacientes y la búsqueda de contactos permite enfocar el trabajo donde ha ocurrido transmisión reciente. La búsqueda de contactos es una de las actividades de control que más se ha omitido en los últimos años, posiblemente por falta de claridad sobre la distribución de las responsabilidades dentro del sistema de salud y los recortes presupuestales.

Ante esta situación, la biología molecular presenta una alternativa que puede resultar más eficiente que la estrategia tradicional de búsqueda de contactos sintomáticos: la técnica de RFLP, la cual produce unas *huellas* del ADN del bacilo que permiten diferenciar una cepa de otra. Esta técnica podría ser incorporada en un programa de control de tal modo que en éste se empezara por identificar las cepas y luego se estudiara la procedencia e información epidemiológica de aquellas que son iguales, determinando los patrones de transmisión de la población de interés, permitiendo diseñar medidas adecuadas de control de la enfermedad.

Aunque esta técnica ha sido estandarizada y usada para apoyar los programas de control de la tuberculosis, en la literatura internacional no hay estudios que comparen la relación costo-efectividad de una estrategia que use las huellas de ADN con la búsqueda tradicional de contactos.

Por su parte, la baciloscopia es una prueba muy adecuada por ser barata y fácil de realizar, pero presenta limitaciones para los casos que cursan con bajos niveles de bacilos como las formas pediátricas y extrapulmonares de la enfermedad. El diagnóstico oportuno de estas formas es importante porque usualmente se presentan en poblaciones vulnerables como niños, personas coinfectadas con VIH e inmunosuprimidos por otras causas, quienes aportan la mayoría de la mortalidad por tuberculosis. Como las micobacterias son microorganismos de crecimiento lento, el cultivo (entre 6 y 8 semanas) no es una buena alternativa diagnóstica. En estos casos, es de gran utilidad la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR), porque detecta el material genético de los bacilos de la muestra y lo multiplica por 10^5 en solo un día, lo cual aumenta enormemente la sensibilidad y rapidez del diagnóstico.

Aunque la relación de los costos de la baciloscopia contra los de la PCR es de 1 a 18, la última alternativa tiene el potencial de ser mucho más costo efectiva que las técnicas tradicionales si se tienen en cuenta los costos que generan los retrasos en el diagnóstico como: secuelas, discapacidad, hospitalizaciones, mortalidad y pérdida de productividad, entre otros. De manera similar a lo que ocurre con el uso de huellas de ADN por RFLP, en la literatura biomédica de los últimos diez años solo encontramos un artículo que analiza costo - efectividad de la prueba de PCR para el diagnóstico de la tuberculosis.

Referencia bibliográfica:

Roos B R, van Cleeff M R A, Githui W A, Kivihya-Ndugga L, Odhiambo J A, Kibuga D K, Klatser P R. Cost-effectiveness of the polymerase chain reaction versus smear examination for the diagnosis of tuberculosis in Kenya: a theoretical model. *International Journal of Tuberculosis & Lung Disease* 1998, 2(3), 235-241.

Heymann S J, Brewer T F, Ettl M. Effectiveness and cost of rapid and conventional laboratory methods for mycobacterium tuberculosis screening. *Public Health Reports* 1997, 112(6), 513-523.

Macintyre C R, Plant A J, Hendrie D. The cost-effectiveness of evidence-based guidelines and practice for screening and prevention of tuberculosis. *Health Economics* 2000, 9, 411-421.

Actualidades del GES

Investigaciones en curso

Régimen contributivo de salud en Colombia: cobertura y equilibrio financiero (CODI, U. de A.)

Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en Antioquia (CODI, U. de A. Dirección Seccional de Salud de Antioquia).

Proyectos de investigación en formulación

Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano. Presentado a la convocatoria de Colciencia 2001, en el Programa nacional de ciencia y tecnología: Ciencia y Tecnología de la Salud

Análisis costo-efectividad. Tratamiento y control de tuberculosis extrapulmonar PCR-RFLP.

Tesis de grado en segundo semestre de 2001

Efectos de los mecanismos de contención de riesgo moral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Programa de Economía.

Publicaciones recientes

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD -GES- (2001) Economía de la Salud en Antioquia: ¿Qué queda de la Ley 100?. En: Observar, Informe de coyuntura social, No 4, Medellín, septiembre de 2001.

FUCHS, Victor. El futuro de la economía de la salud. (publicado En :Journal of Health Economics, Vol. 19, No. 2. 2000, pp.141-157); traducción del inglés: **Restrepo**, Jairo y Vásquez, Johanna. En: Lecturas de Economía, No.55. Medellín, julio-diciembre de 2001.

RESTREPO, Jairo H. (2001). El seguro de salud para los pobres en Colombia: una cuestión de derecho y economía. En: Álvarez, C., Luz Estella. Pensamiento en Salud Pública. El derecho a la salud. Medellín, Facultad Nacional de Salud Pública, pág. 164-184.

Bibliografía disponible

DRUMMOND, Michael F. et al (2000). "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes". 2da ed. Oxford Medical Publications Oxford University Press.

SANTERRE, Rexford y **NEUN**, Stephen (2000). "Health economics. Theories, Insights, and Industry Studies". The Dryden Press.

Información institucional:

Rector:

Jaime Restrepo Cuartas.

Decano Facultad de Ciencias Económicas:

John Cardona Arteaga.

Director del CIE:

Jairo Humberto Restrepo Zea.

Integrantes del Grupo de Economía de la Salud:

Coordinadora:

Johanna Vásquez Velásquez.
Magíster en Economía de la Salud. CIDE, México. Profesora, Facultad de Ciencias Económicas. U. de A.
jovasve@agustinianos.udea.edu.co

Profesores Universidad de Antioquia:

Jairo Humberto Restrepo Zea.
jairo@catios.udea.edu.co.
Esperanza Echeverri López.
mechel@guajiros.udea.edu.com

Asistentes de investigación:

Verónica Salazar Restrepo.
Sandra Rodríguez A. (estudiante de maestría)
Lina Patricia Casas B.
Durfari Janive Velandía N.
Mónica Andrea Arango A.

Estudiantes en formación:

Gloria Patricia Rincón Mazo
Carlos Enrique Gómez Vélez
Juan José Rey Serrano (maestría)

Diseño y diagramación

Santiago Ospina Gómez

E-mail: ges@agustinianos.udea.edu.co
<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia, o a sus autores cuando sean artículos firmados.

