

LAS BARRERAS DE ACCESO EN LA
ATENCIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE
UNO A CUATRO AÑOS, DE BOGOTÁ.
¿ES VIABLE LA UNIVERSALIZACIÓN
DEL SEGURO?

FRANCISCO J. YEPES LUJÁN MD, DR. PH
Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de la Salud – ASSALUD

MANUEL RAMÍREZ GÓMEZ, PH. D.

Correo electrónico: franciscoy@cable.net.co

RESUMEN

ANTECEDENTES

En el año 2002, 28% de los 697.384 menores de cinco años de Bogotá no estaban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este estudio busca determinar la viabilidad de universalizar el seguro de salud en esta población.

OBJETIVOS

1. Determinar el efecto de universalizar el Plan Obligatorio de Salud Contributivo (POS-C) para la población de uno a cuatro años.
2. Estimar el efecto sobre el uso de servicios y el costo para EPS, ARS o la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, de eliminar copagos y cuotas moderadoras en esa población.
3. Establecer si el costo de atender directamente la demanda observada de esos servicios en la población vinculada y subsidiada sería mayor o menor que el actual, en las redes pública y privada (vinculado).

METODOLOGÍA

Estudio cuantitativo de corte transversal (encuesta domiciliaria), en muestra representativa de población de uno a cuatro años de Bogotá.

HALLAZGOS

La falta de dinero fue causa de no consulta del 59% de niños de uno a cuatro años que estuvieron enfermos; 25% consultó a no profesional; y 81% de no consultantes, no fueron por causas económicas asegurados.

CONCLUSIONES

Al asumir el POS-C para toda la población y el comportamiento de la población del Régimen Contributivo, las consultas en el Régimen Subsidiado aumentarían 10,3% y en los no afiliados 57%. Con base en UPC-C de \$413.844,48 y UPC-S de \$180.622,8, los costos adicionales del POS-C para actuales subsidiados y no asegurados serían

de \$85.867 millones de pesos por año; y del POSS para no asegurados serían de \$26.386 millones de pesos anuales, en comparación con \$28.872 millones que la Secretaría Distrital de Salud, destinó en 2002 para esta población.

PALABRAS CLAVE

Colombia, accesibilidad a los servicios de salud, equidad en el acceso.

SUMMARY

INTRODUCTION

Bogotá had by 2002, 697.384 children under five years of age. Twenty eight percent of them were not affiliated to the health insurance, meaning an important barrier to access especially for the poorer and more vulnerable.

OBJECTIVES

1. Determine the effect of universalizing contributive insurance coverage to all 1 to 4 year olds.
2. Estimate the effect of eliminating co-payments and moderating fees, on service use and costs to EPS, ARS or the city Health Secretariat.
3. Establish if the cost of covering the observed demand of services in the uninsured and subsidized population would be larger than the current Health Secretariat's expenditure on uninsured population.

METHODOLOGY

Cross sectional quantitative study based on household survey to a representative sample of 1-4 year old population.

RESULTS

The survey covered 3.200 households, 3.637 children between 1 and 4 years of age, 11.77% of stratum one, 62.22% of stratum two, 25.54% of stratum three and 0.47 of stratum four.

Non access to ambulatory care was significantly higher for the uninsured. 81% of those children who were sick and did not have a medical visit were uninsured. 59% of the uninsured children who were sick and did not have ambulatory care were for economic reasons, while 25% of those uninsured who got some care, got it from non professionals.

CONCLUSIONS

If the contributive insurance coverage were provided to all children less than five years, assuming they would behave similarly to the rest of the insured, there would be an increase of 10.3% in medical visits in the subsidized insurance and of 57% in those uninsured.

Additional costs for providing the contributive insurance to everybody would be of Col \$ 85,867 millions per year while providing the subsidized insurance to those uninsured would cost Col \$ 26,386 millions per year compared to Col \$ 28,872 millions the District Health Secretary spent for the care of the same population in 2002.

KEY WORDS

Colombia, accessibility to health services, equity in access.

INTRODUCCIÓN



Existen diferencias en los niveles de salud entre las personas y los grupos poblacionales que no son justas y que se identifican como inequidades en salud. La Sociedad Internacional de Equidad en Salud (ISEqH) define equidad en salud como la ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno más aspectos de salud, a través de grupos poblacionales definidos social, demográfica, económica o geográficamente. Son muchas las causantes de inequidad en salud, como: estatus socioeconómico, educación, ingreso, raza, género, distribución geográfica, políticas sociales y de salud, sistemas de financiamiento, entre otras.

Se habla de equidad horizontal, cuando a iguales necesidades se ofrece igual acceso a servicios de salud; y de equidad vertical, cuando se garantizan más servicios de salud a mayores necesidades.

Igualmente, las distintas comunidades han intentado históricamente diferentes aproximaciones para disminuir o eliminar estas inequidades, de las cuales, tres principales han sido identificadas en la literatura: aumentar y mejorar la provisión de servicios a las poblaciones en mayor necesidad; reestructurar los mecanismos de financiamiento, para ayudar a aquellos en desventaja; y modificar las estructuras sociales y económicas, con un enfoque más estructural (uno a cuatro).

La existencia de brechas en los niveles de salud y en el acceso a este servicio entre diferentes grupos poblacionales —pobres y ricos, urbanos y rurales— y diversos grupos de edad, constituye un motivo de preocupación universal y es el motor de muchas reformas a los sistemas de salud (5-8). Los sistemas de aseguramiento universal buscan eliminar las barreras económicas de acceso a los servicios de salud.

En Colombia la Constitución de 1991 estableció el derecho a la salud y a la seguridad social; y la Ley 100 de 1993, en desarrollo de la misma, creó el Seguro Nacional de Salud con la meta expresa de lograr su universalización para el 2001. Lamentablemente la recesión económica que se ha presentado en el país durante los últimos años ha impedido disponer de los recursos necesarios para ello, y el aumento del desempleo ha tenido un impacto importante en el incremento de los niveles de pobreza, a la par con la población de los niveles de pobreza, la población que requiere del Régimen Subsidiado (9). Sin embargo, y a pesar de sus limitaciones, la reforma ha alcanzado un impacto positivo sobre la equidad en el aseguramiento en salud y en el acceso a los servicios de salud (10-11).

De acuerdo con las proyecciones realizadas por Planeación Distrital en Bogotá, para el año 2002 habitaban en la ciudad 697.384 menores de cinco años, 28% de los cuales (196.501 niños y niñas) no se encuentran afiliados al SGSSS, situación que se convirtió en una barrera de acceso, en especial para los más pobres y vulnerables, que no tienen capacidad de pago. Además del 72% que se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, un 72% está en el Régimen Contributivo y un 28% en el Subsidiado. Este grupo de edad presenta una morbilidad originada en una alta proporción por Infecciones

Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades Diarréicas Agudas (EDA), por causas perinatales y accidentes que constituyen una fuente de demanda hospitalaria y mortalidad evitable mediante una atención oportuna. Es importante anotar que la morbilidad mostrada por las estadísticas de salud del Distrito, es una subestimación de la morbilidad real, ya que está basada en la demanda atendida solamente.

La Secretaría Distrital de Salud, SDS, con el propósito de favorecer el acceso a los servicios de salud de este grupo poblacional, ha estado considerando universalizar los servicios de promoción y prevención para los menores de cinco años y eliminar las posibles barreras de acceso para la prestación de estos servicios a los menores.

Dichas medidas tienen un impacto financiero para la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, para las EPS y para las ARS, es decir, conllevan un impacto financiero en el Sistema General de Seguridad Social.

El presente estudio, se realizó con el fin de dar a la SDS una base para tomar una decisión acerca de la viabilidad de eliminar las barreras económicas en el acceso a los servicios de salud para la población menor de cinco años.

OBJETIVOS

Generales

Analizar la viabilidad de universalizar la cobertura del aseguramiento en salud, a la población de uno a cuatro años.

Específicos

1. Determinar el efecto de universalizar el POSC para la población de uno a cuatro años.
2. Estimar el efecto sobre el uso de servicios y el costo para EPS, ARS y la Secretaría de Salud, al eliminar copagos y cuotas moderadoras en esa población.
3. Establecer si el costo de atender directamente la demanda observada de esos servicios en la población vinculada y subsidiada sería mayor o menor que el actual en las redes pública y privada (vinculado).

METODOLOGÍA

Este es un estudio cuantitativo de corte transversal, fundamentado en datos obtenidos mediante una encuesta de hogares en una muestra

representativa de la población bogotana de uno a cuatro años, de los estratos uno, dos tres y cuatro, que constituyó el universo de estudio. La encuesta se realizó en el año 2003 y se diseñó de tal manera que se pudiera comparar con las Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y de demografía y salud del 2000. Estas Encuestas a su vez obtienen los datos mediante visitas domiciliarias realizadas casa a casa, y sus muestras son representativas de la población colombiana y lo son a nivel de Bogotá.

Se planteó un probable diseño de conglomerados desiguales, bietápico y estratificado. Los conglomerados estuvieron constituidos por las áreas cartográficas en que se sectoriza la ciudad, en la parte urbana (secciones y manzanas); y por segmentos, que son las últimas áreas de muestreo.

Se utilizaron las bases geográficas del XVI Censo Nacional de Población y V de Vivienda de 1993; y la cartografía actualizada del 2000, con la correspondiente homologación de la de 1993.

Se conformaron tres dominios de estudio:

1. Los niños entre uno a cuatro años que pertenecen al Régimen Contributivo.
2. Los niños entre uno a cuatro años que pertenecen al Régimen Subsidiado.
3. Los niños entre uno a cuatro años no vinculados a ninguno de los regímenes.

Como es un diseño de muestra de conglomerados desiguales, la exploración de los tamaños de esta se hizo con la fórmula de Muestreo Aleatorio Simple de Elementos (MAS), ajustada por el efecto de los conglomerados en el diseño.

Los tamaños de muestra se calcularon con base en la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NPQdeff}{N(ESrelP)^2 + PQdeff}$$

Donde,

$$ESrel = \frac{\sqrt{\left(1 - \frac{n}{N}\right) \frac{PQ}{n} deff}}{P}$$

n = Tamaño de muestra.

N = Tamaño del universo.

P = Probabilidad de ocurrencia del fenómeno estudiado.

$$deff = \frac{Var(congl.)}{Var(MAS)} \quad \text{Efecto de los conglomerados en el diseño.}$$

Para un 0.04 de incidencia en la población total de niños y del 10% de error relativo. El 0.04 es igual al 30% de la población total de niños no vinculados al SGSSS, por el 15,78% de los niños no vinculados al sistema, que se sintieron enfermos en los últimos treinta días; se asume la misma estructura de incidencia (15,78%) para los diferentes regímenes. Es decir, que realmente se necesitará encuestar aproximadamente a 948 niños que estuvieron enfermos, pero por seguridad se fijó un mínimo de 1.150 niños.

Los resultados de la muestra son confiables respecto de la población total del universo investigado. Se ajustaron y expandieron a nivel de cada área o dominio de estudio seleccionado con el fin de producir estimaciones de totales poblacionales. Se calculó el error estándar con fórmulas desarrolladas para el muestreo estratificado de conglomerados desiguales aquí utilizado. Las tasas, razones, proporciones y promedios generadas a partir de este diseño muestral son de la forma de una razón, en la cual el numerador y el denominador son variables aleatorias.

El análisis de variación se utilizó para verificar el significado estadístico, de las diferencias observadas entre estratos socioeconómicos y Regímenes de Aseguramiento.

Variables

Como variables independientes se tomaron el Régimen de Aseguramiento y el estrato socioeconómico. Como variables dependientes, la percepción de enfermedad y la consulta a alguna persona, en los últimos treinta días; el número de consultas, la persona consultada, las causas, el motivo de no consulta, el gasto de bolsillo particular a causa de la enfermedad, la hospitalización durante el último año y el gasto de hospitalización.

La comparación con las Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y de demografía y salud del 2000, permitió ver la consistencia de la información.

El posible efecto de la universalización del aseguramiento en salud se estimó a partir de la suposición de que la población no asegurada hoy y la subsidiada, adoptaría tasas de utilización de servicios de salud similares a las de la población contributiva, en el caso de estar asegurada. El efecto sobre el uso de servicios de salud de eliminar los copagos y cuotas moderadoras para esa misma población se estimó a partir de la respuesta de los entrevistados que se sintieron enfermos y no consultaron, a la pregunta: "*¿Si hubiera tenido dinero o hubiera sido gratis, habría consultado?*".

RESULTADOS

Afiliación

La encuesta entrevistó 3.200 hogares, en los que residían 3.637 niños entre uno y cuatro años, 11,77% del estrato uno; 62,22% del dos; 25,54% del tres; y 0,47% del cuatro (estos son los datos brutos de la muestra sin aplicar factores de expansión). La respuesta en el estrato cuatro fue pequeña y la encuesta no es representativa en el mismo.

La mayoría de los niños (98,07%) vivían con sus padres. Un 5,76% estaba afiliado al ISS; 39,08% a otra EPS; 21,92% a una ARS; 3,85% a otra entidad; y 29,39%, no tenía ninguna afiliación. La comparación de estas cifras con las obtenidas en las Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y la de Profamilia del 2000 (Cuadro 1) muestra una tendencia similar con lo sucedido en el período transcurrido entre la primera y la última: un descenso notable en la afiliación al ISS, un aumento en la afiliación a las demás EPS y en la cobertura del Régimen Subsidiado (ARS). Parte de la diferencia puede deberse al pequeño tamaño de la muestra de las dos primeras y al hecho de que la última incluyó sólo los tres primeros estratos de población.

CUADRO 1
AFILIACIÓN A SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS, ESTRATOS 1, 2 Y 3, BOGOTÁ

Tipo de entidad	ECV 97	Profamilia-2000	Assalud-CCRP 2003
ISS	25,7	13,4	5,8
Otra EPS	19,0	32,7	39,1
ARS	11,6	21,2	21,9
Otros	2,0	4,3	3,9
Ninguno	41,6	27,9	29,4

Fuente: ECV 97, Profamilia, Assalud-CCRP, 2003.

El grupo no afiliado mantuvo aproximadamente la misma proporción en los tres estratos. El contributivo y el especial aumentaron con el estrato, y el subsidiado disminuyó, resultados que corresponden a lo esperado (Cuadro 2).

CUADRO 2
AFILIACIÓN POR ESTRATO
POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS, ESTRATOS 1, 2 Y 3, BOGOTÁ

	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Total
Contributivo	27,72	39,54	51,28	44,84
Subsidiado	39,81	28,23	14,49	21,92
Sin afiliación	31,32	29,84	28,79	29,39
Especiales	1,15	2,39	5,44	3,85
Total	12,55	66,05	21,39	100,00

Fuente: Encuesta Assalud-CCRP, 2003.

Expandiendo a la población total, las proporciones para la encuesta de 2003 representan 222.881 niños en Régimen Contributivo, 108.955 en Subsidiado y 146.086 sin afiliación.

Percepción de enfermedad

Un 48,67% de los niños se sintió enfermo en los últimos treinta días, cifra superior a la de las dos encuestas de comparación (Cuadro 3). Una explicación parcial se presenta porque los datos de esta últi-

ma encuesta corresponden a los tres estratos inferiores. Y estos niveles socioeconómicos han presentado históricamente una tasa más alta de percepción de enfermedad. También puede haber un efecto estacional, la expansión a la población da un equivalente de 241.919 niños que enfermaron recientemente. La percepción de enfermedad en el período de treinta días aumentó con el estrato y fue mayor en la población asegurada en regímenes especiales.

CUADRO 3
PORCENTAJE DE NIÑOS QUE SE SINTIERON ENFERMOS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS
POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS, ESTRATOS 1, 2 Y 3, BOGOTÁ

	ECV-1997	Profamilia-2000	Assalud-CCRP 2003
Sí	17,41	22,82	48,67
No	82,59	77,18	51,31

Fuente: ECV 97, Profamilia, Assalud-CCRP, 2003.

Consulta

El 71% de los niños que dijeron haber estado enfermos y el 9% de los niños que no, consultaron a alguna persona en los últimos treinta días. Del total de niños (enfermos o no) el 39% consultó a alguna persona (193.853); el 73,68% (142.839) de los consultantes lo hizo una vez; el 21,05% (40.811) dos veces, y el 5,26% (10.203), tres o más veces.

No se encontró una diferencia grande entre los porcentajes de consulta por estrato, aún cuando es un poco sorprendente que la mayor proporción fuese en el estrato uno. Dado el tamaño de la muestra, y como en casi todas las demás preguntas, las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,000$). Sin embargo, se observó una diferencia más importante en el porcentaje de consulta, según el tipo de la afiliación (Cuadro 4) ya que fue alto, incluso excesivo, para el Régimen Contributivo, con consultas incluso para casos leves. En el subsidiado y el especial es alrededor del promedio de la ciudad; y para los no afiliados es muy bajo frente a los otros regímenes de afiliación, con un 40% de los niños enfermos que no consultan (en valores absolutos este porcentaje equivale a 28.723 niños).

CUADRO 4
CONSULTA EN CASO DE ENFERMEDAD. DISTRIBUCIÓN POR AFILIACIÓN
POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS, ESTRATOS 1, 2 Y 3, BOGOTÁ

	Contributivo	Subsidiado	Especial	No afiliado
Sí	93,10	84,44	80,76	59,46
No	6,90	15,56	19,24	40,54

Fuente: Encuesta Assalud-CCRP, 2003.

Las consultas fueron realizadas por personal profesional (médico, enfermera, odontólogo), en el 88,5 de los casos, con una menor tasa de consulta a profesionales en el caso de la población no afiliada que realizó uno de cada cuatro consultas, a personal no profesional (Cuadro 5).

CUADRO 5
PERSONA CONSULTADA POR TIPO DE AFILIACIÓN
POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS, ESTRATOS 1, 2 Y 3, BOGOTÁ

	Contributivo	Subsidiado	Especial	No afiliado
Profesional	94,18	87,56	93,18	74,96
Otro	5,82	12,44	6,82	25,04

Fuente: Encuesta ASSALUD-CCRP 2003.

Causas de consulta

La causa más común de consulta fue la Infección Respiratoria Aguda (IRA), en todos los estratos y regímenes de aseguramiento. La Enfermedad Diarréica Aguda (EDA) y los accidentes tienen una frecuencia mayor en el estrato uno y en la población no asegurada, en tanto que la Infección Respiratoria Aguda, es más frecuente en el estrato tres y en la población afiliada al Régimen Contributivo. La mayor frecuencia de EDA en los estratos inferiores y en el Régimen Subsidiado, corresponde a lo esperado en la población de menores ingresos. Las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 000$). Es importante recalcar que estos cuadros tienen casos que representan una proporción muy pequeña de la muestra (es la distribución por causas de los que se enfermaron y consultaron), de modo que se pasa por dos filtros que eliminan a gran parte de la población. Se está hablando de menos del 10% de la muestra, y en

algunos (accidentes y problemas orales), de menos del 1% de la misma, de modo que la precisión de estas proporciones puede no ser alta.

Motivos de no consulta

Las razones principales fueron *levedad del caso y falta de dinero*. Si se le suman a esta última la *lejanía del centro* y la *falta del tiempo*, que pueden ser reflejo de causas económicas, se obtendría un total de 38,01% de los casos no consultados. Al expandir el universo, 22.464 niños no consultaron por falta de dinero y 26.666 por las tres causas mencionadas, lo que representa un 9,29% y un 11,02% de los que se enfermaron durante el último mes. Al analizar estas causas de no consulta por estrato la falta de dinero y los otros motivos con componente económico (falta de tiempo y lejanía del centro de atención), explican alrededor de un 40%, con un peso progresivamente menor, en la medida que se aumenta de estrato. Las diferencias son significativas ($p < 000$). El caso de los no afiliados es diferente (Cuadro 6). En un 57% de los enfermos que no consultaron la razón fue la falta de dinero, y esta cifra asciende al 59% si se suman las otras causas de posible tipo económico, lo que equivale a 17.007 niños. La población no asegurada aporta el 81% de las no consultas por este conjunto de causas.

CUADRO 6
RAZONES DE NO CONSULTA EN CASO DE ENFERMEDAD
DISTRIBUCIÓN POR AFILIACIÓN
POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS, ESTRATOS 1, 2 Y 3, BOGOTÁ

	Contributivo	Subsidiado	Especial	No afiliado
Caso leve	71,61	44,53	92,03	22,23
Falta de dinero	9,89	18,08	0	56,97
Mal servicio	4,20	7,66	0	1,82
Falta de tiempo	7,65	3,71	0	1,75
Lejanía de centro de atención	0,98	6,97	5,96	0,49
No lo atendieron	2,99	10,41	0	2,11
No confía en médicos	0	0,63	0	0
No han resuelto problema	0,33	1,33	0	0
Otros	2,34	6,68	1,46	2,01

Fuente: Encuesta Assalud-CCRP 2003.

Con el fin de estimar el posible impacto de la eliminación de las barreras económicas sobre el uso de los servicios, se hizo una pregunta hipotética a los hogares: “¿si hubiese tenido dinero, o si la consulta fuera gratuita, hubiera consultado?”, cerca del 9% adicional de la población iría a consulta si se suprimieran las barreras económicas. En el caso de la población no afiliada el aumento sería muy importante, cercano al 35% (cuadros 7 y 8).

CUADRO 7
EFECTO DE LA ELIMINACIÓN DE LOS COSTOS DE CONSULTA
DISTRIBUCIÓN POR ESTRATO
POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS, ESTRATOS 1, 2 Y 3, BOGOTÁ

	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Total
Sí consulta	95,26	90,76	89,11	90,15
Aumentó	9,23	8,45	9,74	9,14

Fuente: Encuesta Assalud-CCRP, 2003.

CUADRO 8
EFECTO DE LA ELIMINACIÓN DE LOS COSTOS DE CONSULTA
DISTRIBUCIÓN POR AFILIACIÓN
POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS, ESTRATOS 1, 2 Y 3, BOGOTÁ

	Contributivo	Subsidiado	Especial	No afiliado
Sí	88,63	90,94	71,55	94,31
Aumentó	-4,47	6,50	-9,21	34,85

Fuente: Encuesta Assalud-CCRP, 2003.

Pagos por enfermedad

Los gastos de bolsillo a causa de la enfermedad fueron de \$2.560,4 millones mensuales y de \$30'724,800 al año. El mayor rubro de este gasto correspondió a medicamentos, en el cual incurrió el 21% de los niños, con un total de \$1.877,5 millones mensuales; y el de consulta incurrido por el 18%, para un total mensual de \$302 millones.

Hospitalización

El 12,54% de los niños (en términos expandidos 62.353) fue hospitalizado en el 2002; 2% (10.045) lo fue dos veces; y 0,76% (3.779)

tres o más veces. No hay diferencias importantes entre las diferentes categorías, con excepción de la población afiliada a regímenes especiales (el número de observaciones en este grupo fue muy bajo). Como en los demás casos, las diferencias son estadísticamente significativas.

CUADRO 9
HOSPITALIZACIONES. DISTRIBUCIÓN POR AFILIACIÓN
POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS ESTRATOS 1, 2 Y 3, BOGOTÁ

	Contributivo	Subsidiado	Sin afiliación	Especial
Proporción	11,94	10,94	13,17	23,94
Expandido	26612	11920	19240	4581

Fuente: Encuesta Assalud-CCRP, 2003.

Las causas más frecuentes de hospitalización, al igual que en consultas, fueron las enfermedades respiratorias y diarreicas. De los niños hospitalizados, el 4,49% (602 niños) fue sometido a intervención quirúrgica.

Gastos de hospitalización

El concepto de gasto de hospitalización más frecuente fue el de copagos, en todos los estratos, con mayor preponderancia en el estrato uno, seguido por el de medicamentos, más frecuente en el tres. Los demás rubros tuvieron baja incidencia. La frecuencia de los pagos por régimen de aseguramiento tuvo una distribución similar (Cuadros 10 y 11).

CUADRO 10
PROPORCIONES DE TIPO DE PAGO EN LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN
DISTRIBUCIÓN POR ESTRATO
POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS, ESTRATOS 1, 2 Y 3, BOGOTÁ

	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Total
Copago	61,54	53,33	59,05	56,79
Medicinas	15,12	11,34	17,12	14,63
Exámenes diagnósticos	7,48	2,51	2,10	2,51
Terapias	1,54	4,14	1,24	2,46
Otros	1,54	6,28	4,79	5,26
Ninguno	12,78	22,40	15,69	18,43

Fuente: Encuesta Assalud-CCRP, 2003.

CUADRO 11
PROPORCIONES DE TIPO DE PAGO EN LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN
DISTRIBUCIÓN POR RÉGIMEN
POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS, ESTRATOS 1, 2 Y 3, BOGOTÁ

	Contributivo	Subsidiado	Sin afiliación	Especiales
Copago	60,96	40,70	58,18	68,63
Medicinas	14,71	20,02	14,68	0
Exámenes diagnósticos	1,37	4,16	3,67	0
Terapias	1,04	4,66	3,62	0
Otros	6,31	6,09	3,84	2,97
Ninguno	15,61	24,37	16,00	28,39

Fuente: Encuesta Assalud-CCRP, 2003.

El gasto total por hospitalización fue de \$6.800 millones mensuales. Tanto los pagos promedio, como sus desviaciones típicas, aumentaron con el estrato. Para el tres llegaron a medio salario mínimo y con probabilidad 97,5 fueron menores para ese estrato, a tres cuartas partes de dicho salario; para los estratos uno y dos fueron considerablemente menores.

Tanto el pago promedio como la desviación típica fueron mayores para el Régimen Contributivo (el pago promedio llegó a cerca del 60% del salario mínimo mensual); seguido por el Subsidiado (donde el promedio fue cerca de un tercio del salario mínimo) por los no afiliados (con cerca de un 20%); y finalmente los de regímenes especiales, con un pago simbólico (Cuadro 12).

CUADRO 12
PAGOS POR LA PRIMERA HOSPITALIZACIÓN EN PESOS
DISTRIBUCIÓN POR RÉGIMEN
POBLACIÓN DE 1 A 4 AÑOS, ESTRATOS 1, 2 Y 3, BOGOTÁ

	Contributivo	Subsidiado	Sin afiliación	Especiales
Pago promedio	185.596	103.158	58.480	23.910
Desviación típica	48.773	18.346	11.465	8.122
Límite inferior intervalo 95%	89.650	67.068	35.925	7.932
Límite superior intervalo 95%	281543	139248	81034	39888
Pago total expandido (millones)	4.535,9	1.129,2	1.033,4	100,5

Fuente: Encuesta Assalud-CCRP, 2003.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo intentamos dar una respuesta a las preguntas planteadas en los objetivos específicos del estudio.

1. *Determinar el efecto de la universalización del POS-C para la población de uno a cuatro años, sin importar su actual régimen de aseguramiento sobre el uso de los servicios de salud.*
 Asumiendo el POS-C para toda la población, y en la suposición de que el comportamiento de esta fuese similar a la afiliada al Régimen Contributivo, las consultas de la población actualmente en el Régimen Subsidiado aumentarían en 4.443 al mes (10,3%); y las de la población no afiliada lo harían en 22.576 al mes (57%).
2. *Estimar el efecto de eliminar los copagos y cuotas moderadoras para esa misma población, sobre el uso de servicios de salud.*
 Se incrementaría la demanda en 1.443 consultas mes (3%) para la población del Régimen Subsidiado; y en 15.500 mes, para los no afiliados (38%).

3. *Calcular el costo de la eliminación de los copagos y cuotas moderadoras a la población de uno a cuatro años, para las EPS, ARS y la Secretaría Distrital de Salud.*

La limitación en la información provista por las ARS impide responder con certeza a esta pregunta. Si embargo, con base en la información de la encuesta de hogares (Assalud-CCRP) y la escasa información sobre copagos suministrada por tres ARS, es posible hacer algunas aproximaciones.

En el caso de hospitalizaciones, el techo máximo está dado por el monto total reportado en la encuesta, y que corresponde a copagos, cuotas de recuperación, medicamentos, exámenes diagnósticos, terapias y otros. Esta cifra es de \$6.800 millones mensuales, de los cuales \$4.500 millones corresponden a gasto de personas en el Régimen Contributivo. Por otra parte, si aplicamos a las 11.920 hospitalizaciones reportadas (expansión al universo) el promedio observado de copagos en las tres ARS que lo reportaron (\$26.387), la cifra para la población del Régimen Subsidiado sería de \$315 millones mensuales. (Este promedio es calculado sobre 512 hospitalizaciones reportadas por tres ARS y por lo tanto debe ser tomado con prudencia).

En el caso de las cuotas moderadoras, no fue posible establecer su monto. Aquí de nuevo se puede determinar un techo máximo, que corresponde a los pagos que reportó la población por los diferentes conceptos, con una cifra total de \$2.560,4 millones mensuales o un total anual de \$ 30.724,8 millones. La cifra más importante correspondió al gasto en medicamentos, con un monto mensual de \$1.877,5 millones. La consulta médica implicó un gasto de \$302 millones mensuales, rehabilitación y terapias \$95 millones, la consulta de crecimiento y desarrollo \$60,5 millones, la consulta odontológica \$44,9 millones. Con la excepción de los medicamentos, es posible que un alto porcentaje de estos gastos corresponda al monto de las cuotas moderadoras que fueron pagadas por la población.

La discriminación de los dos tipos más importantes de este gasto, por tipo de aseguramiento, es de utilidad en la aproximación a la respuesta a la anterior pregunta. La población del Régimen Contributivo gastó \$741 millones mensuales en medicamentos, la del Ré-

gimen Subsidiado \$406 millones; y la no asegurada \$289 millones. La población del Régimen Contributivo gastó \$116 millones mensuales en consulta médica; la del Régimen Subsidiado \$67 millones; y la no asegurada \$119 millones.

4. *Establecer si el costo de atender directamente la demanda observada de esos servicios en la población vinculada y subsidiada, sería mayor o menor que el actual, a través de las redes pública y privada (vinculado).*

Con base en una UPC-C de \$413.844,48 y una UPC-S de \$180.622,8, los costos adicionales de suministrar el POS-C a los actualmente asegurados en el Régimen Subsidiado y los no asegurados serían de \$85.867 millones al año; y los de darles a los actualmente no asegurados el seguro subsidiado sería de \$26.386 millones anuales. El presupuesto ejecutado por la SDS en 2002 para la atención de toda la población no asegurada (vinculada), fue de \$274.120 millones. Si consideramos que la SDS le destinó a la atención de la población de uno a cuatro años no asegurada el 8,46% (porcentaje de población en Bogotá), ponderado con el mismo peso que se le asigna a este grupo en la UPC Contributiva (1,245); la SDS destinó en el 2002, \$28.872 millones para atender su demanda de servicios; y le hubiese costado \$26.386 millones afiliarlos al Régimen Subsidiado; u \$85.867 millones en el Contributivo.

En nuestra opinión, el principal problema detectado por este estudio y en el cual deberían centrarse las acciones de la SDS, es el de la población no asegurada, cuya situación es preocupante. En primer lugar, la proporción de los que estando enfermos no van a consulta por falta de dinero, es muy alta (59%); en segundo lugar, la de aquellos que consultan a un no profesional de la salud (que puede estar asociada con dificultades económicas) también es alta (25%); y por otra parte, del total de población que no consultó debido a causas económicas, el 81% corresponde a población no asegurada.

Creemos que no vale la pena eliminar copagos y cuotas moderadoras para el Régimen Subsidiado, ya que el impacto de los recursos necesarios para ello sería mayor si se destina a ampliar la cobertura de la población no asegurada.

Además, es importante anotar que el mayor impacto del aseguramiento de la población no afiliada sería sobre el acceso a la consulta, ya que en la actualidad no hay una diferencia importante en el ingreso a la hospitalización entre los asegurados y los no asegurados.

El gasto en medicamentos reportado por los encuestados da una cifra (\$1.877,5 millones mensuales o \$22.530 millones anuales); preocupante, por la carga que implica sobre la economía familiar, y en segundo lugar, porque se supone que los medicamentos ya están cubiertos en el POS. Las explicaciones a la magnitud de esta cifra pueden ser: entrega inadecuada de medicamentos por parte de los aseguradores, por ineficiencias administrativas o por barreras intencionales, que los médicos estén prescribiendo una gran cantidad de medicamentos por fuera del POS; y hay un alto nivel de automedicación. Muy posiblemente, es una combinación de las anteriores.

Creemos que este problema amerita un estudio detallado sobre la prescripción, entrega y consumo de medicamentos que oriente la formulación de políticas en este campo.

Otro problema importante identificado durante el desarrollo del estudio y que merece ser resaltado, si bien no estaba dentro de los objetivos del mismo, es el de la calidad de la información en las ARS y que en muy buena parte tiene que ver con la baja calidad de los RIPS. Creemos que es un campo que requiere de una acción prioritaria de la SDS, a fin de garantizar que se diligencien y procesen en forma satisfactoria y confiable.

No sobra hacer mención especial del porcentaje más alto (10,41%) de población afiliada al Régimen Subsidiado que estando enferma no consultó porque no la atendieron. Esta observación puede requerir de alguna observación y seguimiento posterior por parte de la SDS.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO



Dos limitaciones importantes del estudio, son: la baja respuesta del estrato cuatro, que impidió su inclusión en el análisis, y la baja calidad y poca colaboración de las ARS, que impidió utilizar la información de

los RIPS como inicialmente se había planteado en el primer diseño del estudio. Por lo tanto, éste se fundamenta en los datos de la encuesta de hogares que no pudieron ser contrastados con los de utilización real en el sistema. Sin embargo, el tamaño de la muestra y la consistencia de los hallazgos con las dos encuestas de referencia, son elementos que dan confianza en los análisis.

RECONOCIMIENTOS



Este estudio fue llevado a cabo con recursos económicos aportados por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y contó con el apoyo técnico de Marta Lucía Ramírez, Carla Cristina Yepes y Andrés Zambrano, como asistentes de investigación, y de la Corporación Centro Regional de Población – CCRP, que estuvo a cargo de la ejecución de la encuesta de hogares.

REFERENCIAS



1. MACINKO, J.A.; STARFIELD, B. "Annotated bibliography on Equity in Health", en *International Journal for Equity in Health*, April 22, 2002.
2. POLITZER, R.M.; YOON, J.; SHI, L.; HUGHES, R.G.; REGAN, J.; GASTON, M.H., "Inequalities in America: the contribution of health centers in reducing and eliminating disparities in access to care", en *Med. care; Res. Rev.* 28(2):234-48, 2001.
3. YIP, W. y BERMAN, P. "Targeted health insurance in the low income country and its impact on access and equity: Egypt's school health insurance", en *Health Econ.*; 10(3) 207-20, 2001.

4. GILSON, E.; KALYALYA, D.; KUCHLER, F.; LAKE, S.; ORANGE, H. y QUENDO, M., 2000. "The equity impacts of community financing activities in three African countries", en *International Journal of Health Planning and Management*: 5(4) 291-317, 2000.
5. TSUNG-MEI Ch., "Taiwan's New National Health Insurance Program: Genesis and Experience So Far", en *Health Aff.*, May/Jun, 22 (3) p 61-77, 2003.
6. HAUCK, K.; SHAW, R.; SMITH, P.C., "Reducing avoidable inequalities in health: a new criterion for setting health care capitation payments", en *Health Econ.*; Dec.: 11 (8) 667-77, 2002.
7. AXWORTHY, Lloyd; SPIEGEL, Jerry, "Retaining Canada's health care system as a global public good", en *Health Econ.*; Dec.: 11 (8), 667-77, 2002.
8. AHMAD, Khabir, "Patients Health Assembly debates effect of globalisation on health care", *Lancet*; 356 Issue 9247, p. 2077, 2000.
9. Banco Mundial, *Colombia Poverty Report*, Vol I, March, 2002.
10. CÉSPEDES-LONDOÑO, J.E.; Jaramillo-Pérez, I.; Castaño-Yepes, R.A., "Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia", en *Cad Saude Publica*; Jul-Aug; 18 (4) 1003-24, 2002.
11. YEPES, F. J., "Health reform and equity in Colombia", en Lloyd-Sherlock Peter (Ed.), *Health care reform and poverty in Latin America*, ILAS Series, Institute of Latin American Studies, University of London, pp. 167-77, 2000.

