

AVANCES Y DESAFÍOS DE LA EQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO



AVANCES Y DESAFÍOS DE LA EQUIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

INVESTIGADORES

Carmen Elisa Flórez

Victoria Eugenia Soto

Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico

Facultad de Economía de la Universidad de los Andes

Olga Lucía Acosta

Claudio Karl

Juan Diego Misas

Nohora Forero

Carolina Lopera

Facultad de Economía

del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario

COMITÉ TÉCNICO

Félix Nates, DNP

Diana Cárdenas, DNP

Roberto Carlos Angulo, DNP

Elsa Victoria Henao, Fundación Corona

Carmen Elisa Flórez, Cede, Universidad de los Andes

Olga Lucía Acosta, Universidad del Rosario

© 2007 Fundación Corona

Las opiniones planteadas en este documento reflejan el pensamiento de sus autores y no necesariamente la posición de los financiadores.

Se autoriza la reproducción parcial o total de esta obra citando la fuente.

COORDINACIÓN EDITORIAL

Elsa Victoria Henao

CORRECCIÓN DE ESTILO

Lilia Carvajal

ARMADA ELECTRÓNICA

Formato Comunicación/Diseño Ltda.

IMPRESIÓN Y ENCUADERNACIÓN

Gente Nueva Editorial Ltda.

ISBN: 978-958-98170-6-3

Primera edición

Impreso en Colombia, junio de 2007

FUNDACIÓN CORONA

Calle 90 no. 13A - 20 · Of. 503

Teléfono: (57-1) 400 0031

Fax: (57-1) 401 0540

fundacion@fcorona.org

www.fundacioncorona.org.co

CONTENIDO

Agradecimientos	7
Presentación	9
CAPÍTULO 1	
Evolución de la equidad en el acceso a los servicios y estado de salud de la población colombiana 1990 - 2005	11
1.1. Marco analítico y metodología	11
1.1.1. Marco conceptual	11
1.1.2. Fuente de datos	12
1.1.3. Indicadores de salud seleccionados	12
1.2. Aseguramiento	14
1.2.1. Niveles e inequidades	14
1.2.2. La reforma de salud y la equidad en el aseguramiento	17
1.3. Uso de los servicios de salud	19
1.3.1. En salud general	19
1.3.1.1. Incidencia e inequidades	19
1.3.1.2. La reforma y el uso de servicios de salud general	21
1.3.2. En salud infantil	23
1.3.2.1. Incidencia e inequidades	23
1.3.2.2. La reforma y el uso de servicios en salud infantil	25
1.3.3. En salud sexual y reproductiva	26
1.3.3.1. Incidencia e inequidades	26
1.3.3.2. La reforma y el uso de servicios de salud sexual y reproductiva	30
1.3.4. Conclusiones	32
1.4. Estado de salud	33
1.4.1. Mortalidad infantil	33
1.4.2. Desnutrición crónica infantil	36
1.4.3. Salud materna	36
1.4.4. Conclusiones	38
1.5. Inequidades departamentales	40

CAPÍTULO 2

Equidad en el financiamiento del SGSSS	43
2.1. Marco analítico y metodología. Análisis de incidencia	44
2.1.1. Estudios sobre incidencia del gasto público en Colombia	45
2.1.2. Metodología	46
2.1.3. Fuentes de información: Encuestas y registros administrativos	47
2.1.3.1. Afiliación	48
2.1.3.2. Valor del paquete de servicios UPC y UPCS	48
2.1.3.3. Financiación	50
2.1.3.4. Información para la imputación por uso de servicios de salud	53
2.2. Resultados	54
2.2.1. Primera metodología: incidencia potencial según afiliación al SGSSS	55
2.2.1.1. Análisis del ingreso inicial	55
2.2.1.2. Análisis de la transferencia neta por regiones y tipo de afiliación	57
2.2.1.3. Análisis de la distribución de subsidios por quintiles y tipo de afiliación	59
2.2.2. Segunda metodología: Incidencia distributiva por uso de los servicios del sistema	61
2.2.2.1. Incidencia por uso de servicios de salud según afiliación y región	61
2.2.2.2. Transferencia neta en proporción del ingreso por regiones y por quintiles	63
2.2.2.3. Comparación de estos resultados con los de otros estudios	65
2.2.3. Medición de la capacidad de redistribución del SGSS	66
2.2.3.1. Efectos del SGSSS sobre la pobreza	67
2.2.3.2. Efectos del SGSSS sobre la distribución	69
2.2.4. Análisis de alternativas para extender el aseguramiento	70
2.2.4.1. Caracterización de la población susceptible de recibir subsidios	70
2.2.4.2. Políticas favorables a la extensión del aseguramiento	71
Glosario	73
Conclusiones y recomendaciones	75
Referencias Bibliográficas	79

AGRADECIMIENTOS

Este documento, *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*, fue promovido por la Fundación Corona y el Departamento Nacional de Planeación –DNP– a través del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo –PNUD–, y ejecutado por el Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico –Cede– adscrito a la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes, y por la Facultad de Economía del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Los autores agradecen a todas aquellas personas que de una u otra forma participaron en la elaboración de esta investigación, y a las agencias que desarrollaron y facilitaron los instrumentos de base para este análisis como las encuestas Nacionales de Demografía y Salud /DHS 1990, 1995, 2000 y 2005 realizadas por Profamilia, y de Calidad de Vida de 1997 y 2003 del Dane; las Cuentas Nacionales de Salud de Gilberto Barón, y las ejecuciones de presupuesto municipales y departamentales suministradas por el DNP.

También se agradece a los miembros del Comité Técnico conformado por el grupo de investigadores y representantes de las entidades financiadoras su permanente acompañamiento y apoyo, la revisión oportuna de los avances, sus aportes y valiosos comentarios. Así mismo, va un especial agradecimiento para los especialistas en el tema de salud que participaron en el seminario desarrollado en diciembre del 2006, en el cual se presentaron los resultados preliminares de esta investigación, en particular a Elsa Victoria Henao, Manuel Ramírez, Jairo Humberto Restrepo, Diana Pinto y Ursula Giedion por sus comentarios a versiones previas.

Del mismo modo, los autores expresan su gratitud al equipo del Departamento Nacional de Planeación por el manejo de las encuestas para los diferentes objetivos de este trabajo. Sin esos instrumentos no hubiera sido posible aproximarse a la evaluación de la equidad en el acceso a los servicios y al estado de salud de la población colombiana entre 1990 y 2005, ni a la evaluación de la equidad y la solidaridad en el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

PRESENTACIÓN

Este documento recoge los principales hallazgos y recomendaciones del estudio "Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano" y plantea una serie de recomendaciones para mantener los adelantos logrados y continuar el desarrollo del sistema de salud hacia la universalidad.

En la primera sección, desarrollada por el Cede de la Universidad de los Andes, se evalúan las tendencias de la equidad en el acceso a los servicios y el estado de salud de la población colombiana entre 1990 y 2005, y además, se formula una línea de base para futuras investigaciones sobre el tema en el ámbito departamental. Con esta sección, se complementa hasta el 2005 el estudio "Tendencias de las inequidades en los servicios de salud en la población colombiana: 1990-2000", promovido por la Fundación Corona y ejecutado en el 2001 por el Cede y el Centro de Gestión Hospitalaria.

La segunda sección reporta los resultados de la investigación realizada por la Facultad de Economía del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. El objetivo es identificar la capacidad del sistema de salud para generar equidad y desplegar la solidaridad a través de los mecanismos de financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Adicionalmente muestra cómo pueden ser analizadas diversas propuestas de política económica y social con el fin de ilustrar sus posibles efectos sobre la sociedad en su conjunto.

Después de casi 15 años de implementación del sistema, es ahora posible empezar a evaluar el desarrollo de los principios fundamentales que rigen el modelo, así como su impacto en el acceso, en el uso de los servicios y en el estado de salud de la población a la cual va dirigido. Pero además de la evaluación de impacto, es necesario conocer la capacidad de los mecanismos de financiamiento para generar solidaridad entre grupos, con efectos tangibles en el bienestar de la población. Así mismo, este trabajo pone a disposición de los decisores de política y de la sociedad, información útil para identificar aciertos y desaciertos, limitaciones y ventajas tanto del modelo de salud como de su desarrollo.

Además de este libro que resume la investigación, se pone a disposición del público en medios electrónicos, una serie de documentos técnicos que describen cada una de las metodologías utilizadas, los procesos de investigación, sus resultados y conclusiones.

CAPÍTULO 1

EVOLUCIÓN DE LA EQUIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS Y ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA

1990 - 2005

El objetivo de esta sección es utilizar información reciente para identificar las inequidades –geográficas, de género y económicas– en el estado, acceso y uso de los servicios de salud en la población colombiana, y sus tendencias durante los últimos quince años. Se trata de un análisis descriptivo que utiliza las encuestas de Demografía y Salud de 1990, 1995, 2000 y 2005 y que no pretende realizar un análisis multivariado de determinantes.

Para medir las inequidades en salud, se utilizan la relación de extremos y el índice de concentración. Con el fin de examinar con más detalle cada una de las variables estratificadoras seleccionadas, como zona urbana, rural, nivel socioeconómico y género, se analiza además la incidencia del indicador de salud en cada una de ellas.

Como indicador socioeconómico se emplea el Índice de Riqueza desarrollado por Macro Internacional, el cual se basa en las condiciones de la vivienda y los activos del hogar. No se consideran las inequidades en la financiación de la salud porque su dimensión y complejidad ameritan un documento especial.

1.1. MARCO ANALÍTICO Y METODOLOGÍA

1.1.1. MARCO CONCEPTUAL

De acuerdo con Starfield (2006, p. 13) “Equidad en salud es la ausencia sistemática y potencialmente remediable de diferencias en uno o más aspectos de salud, entre poblaciones o grupos de poblaciones definidos social, demográfica o geográficamente”. En consecuencia, el análisis de la equidad requiere identificar grupos de población definidos ya sea por nivel de riqueza, región, género, etc. Aunque el ingreso es la variable de estratificación social más común, la fuente de datos de este estudio no permite usar el ingreso ni el consumo como indicador socioeconómico. Aquí se utiliza un índice de riqueza basado en la posesión de activos físicos y en las condiciones de la vivienda y del hogar¹. Además de la riqueza, se utilizan otras variables de estratificación como son: la zona de residencia, la región y el género. Disminuir la presencia de inequidades en contra de los pobres implica mejores condiciones en la afiliación, uso de servicios y estado de salud en las zonas urbanas, regiones más desarrolladas y grupos de mayor nivel de riqueza.

¹ Se utiliza el Índice de Riqueza construido por Macro Internacional para las Encuestas de Demografía y Salud. La metodología, inicialmente desarrollada por el Banco Mundial, asigna una ponderación a cada uno de los indicadores de los activos físicos (nevera, licuadora, lavadora, televisor, radio, etc.), características de la vivienda (material de las paredes, pisos, y demás) y características del hogar (servicio sanitario, fuente de agua, combustible para cocinar, etc.). La ponderación se obtiene mediante componentes principales. La suma de estos puntajes conforma el Índice de Riqueza del Hogar. A cada uno de los individuos se le asigna el índice de riqueza del hogar al cual pertenecen (Rutstein and Johnson, 2004).

De los indicadores utilizados para la medición de las inequidades en salud (Schneider et al., 2002), se seleccionó la razón de extremos (entre el grupo más y menos desfavorecido)², además del Índice y las Curvas de Concentración para las inequidades económicas³. Sin embargo, se analizan también los niveles de incidencia del indicador de salud para cada una de las estratificaciones consideradas.

1.1.2. FUENTE DE DATOS

Se utilizan las encuestas de Demografía y Salud (DHS) de 1990, 1995, 2000 y 2005, las cuales hacen parte del conjunto de encuestas que Macro Internacional ha venido desarrollando en el mundo desde la década de los setenta, con el objetivo principal de recoger información sobre planificación familiar y salud materna e infantil, supervivencia infantil y otros temas de salud reproductiva. Las encuestas DHS de Colombia han sido implementadas por Profamilia con una muestra probabilística, estratificada, por conglomerados y multietápica de la población civil no institucional del conjunto del país. Hasta la versión del año 2000, la DHS estuvo conformada por aproximadamente 10.000 hogares y 11.000 mujeres en edad reproductiva, representativos de los ámbitos nacional, regional y subregional, e incluía los tres grandes centros urbanos. La DHS-2005 amplió el tamaño muestral a 37.000 hogares con el fin de aumentar la representatividad al ámbito departamental.

Las DHS del 2000 y 2005 incluyen módulos completos sobre salud que contienen preguntas, para todos los miembros del hogar sobre afiliación, enfermedad declarada (necesidad de uso de ser-

vicios de salud) y utilización de los servicios. La DHS de 1995 solo contiene una pregunta sobre afiliación al sistema de salud, mientras que la de 1990 no toca ese tema ni la enfermedad declarada. Sin embargo, todas examinan varios aspectos sobre salud materno-infantil.

1.1.3. INDICADORES DE SALUD SELECCIONADOS

La selección de los indicadores de salud para este estudio con base en las DHS se hizo teniendo en cuenta el modelo de Andersen y Aday (1974) sobre los componentes del acceso a los servicios de salud (capacidad, necesidad y uso) y el estado de salud, de tal forma que se tuvieran indicadores para cada uno de los componentes del modelo (Cuadro 1). En este estudio, cada una de las variables seleccionadas fue sometida a un análisis de calidad de la información y de comparabilidad entre encuestas con el fin de hacer cotejables y confiables los resultados⁴.

El primer indicador seleccionado es el de capacidad de uso del sistema de salud, definido por la afiliación a este, y en el cual se tiene en cuenta además el tipo de régimen. La afiliación es un indicador del potencial de acceso, sin embargo, es el aprovechamiento mismo de los servicios el que indica el acceso real. Para analizar el uso de los servicios, primero se considera su necesidad, medida a través de la incidencia de enfermedad declarada durante los 30 días precedentes a la encuesta. La utilización de los servicios se analiza a través de indicadores de uso de servicios de salud general (atención profesional en salud⁵), servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres de 15 a 49 años (atención prenatal adecuada⁶, atención médica al parto, exámenes

² La relación de extremos puede variar entre 0 y 1. Cuanto más cercano a uno, menor es el grado de inequidad.

³ El Índice y las Curvas de Concentración son similares al coeficiente de Gini y la Curva de Lorenz en los análisis de distribución del ingreso. En este caso, los individuos se ordenan por condición socioeconómica (riqueza o ingresos) y por el indicador de salud analizado. El Índice de Concentración puede variar entre -1 y +1. Cuanto más se aleje de cero el índice o más se aleje de la diagonal la curva, mayor es el grado de inequidad. El signo del índice (positivo o negativo) y la posición de la curva (por debajo o por encima de la diagonal) señala la relación esperada entre el indicador de salud y la condición socioeconómica (Wagstaff, Kakwani y Doorslaer, 1997).

⁴ Para mayor detalle ver Flórez y Soto, 2006, 'Documento metodológico'.

⁵ Dado un problema de salud, se acude a un doctor o terapia alternativa (homeopatía y/o acupuntura).

⁶ Por lo menos cuatro visitas prenatales.

**CUADRO
1**

Indicadores de salud
Según componente del acceso

Componente del acceso	Variable de salud	DHS	Categorías	Aclaraciones
Capacidad de uso	Afiliación	1995 2000 2005	Sí/no	Para todos los miembros del hogar
Necesidad de uso	Enfermedad declarada últimos 30 días	2000 2005	Sí/no	Para todos los miembros del hogar
Utilización de los servicios	Atención profesional de salud	2000 2005	Sí/no	Para los miembros del hogar con enfermedad declarada
	Esquema completo de vacunación	1990 1995 2000 2005	Sí/no	Todas las vacunas para el primer año, entre niños(as) de 12 a 23 meses de edad
	Atención prenatal adecuada	1990 1995 2000 2005	Sí/no	Para el último hijo nacido vivo en mujeres de 15-49 años que han tenido un hijo en los últimos 5 años: >= 4 controles durante el embarazo
	Atención médica al parto	1990 1995 2000 2005	Sí/no	Para mujeres de 15-49 años que han tenido un hijo en los últimos 12 meses: atención médica
	Citología vaginal alguna vez	2005	Si/no	Mujeres 18- 69 años que alguna vez han tenido relaciones sexuales
	Mamografía alguna vez	2005	Si/no	Mujeres 18- 69 años que alguna vez han tenido relaciones sexuales
Estado de salud	Mortalidad infantil (menores de un año)	1990 1995 2000 2005	Sí/no	Para hijos nacidos en los últimos 5 años: edad al morir < 1año
	Estatura para la edad en: Menores de 5 años (desnutrición crónica)	1995 2000 2005	Abajo/ arriba	De - 2 escores-z Para los niños menores de 5 años sobrevivientes (madres de 15-49 años)
	Complicaciones en el parto	2000 2005	Sí/no	Para el último hijo nacido vivo en mujeres (15-49) que han tenido un hijo en los últimos 5 años.
	Complicaciones posparto	2000 2005	Sí/no	Para el último hijo nacido vivo en mujeres (15-49) que han tenido un hijo en los últimos 5 años.

de citología y mamografía⁷), y servicios de salud infantil (esquemas completos de vacunación en niños de 12 a 23 meses⁸).

El estado de salud es analizado para diferentes grupos de población: en los niños se toma en consideración la mortalidad⁹ y la desnutrición

⁷ Se refiere a exámenes hechos alguna vez, sin referencia temporal debido al alto no informa en la fecha de la última citología (16% en el total, 26% en las zonas rurales).

⁸ Vacunas BCG, polio (tres dosis) y DPT (tres dosis) aplicadas en cualquier momento antes de los 12 meses.

⁹ No se incluyen los estimativos de mortalidad infantil de la DHS-1990 debido al alto porcentaje de datos con problema (67%).

crónica¹⁰ y en la población adulta se examinan dos indicadores de salud materna: incidencia de complicaciones en el parto y posparto¹¹.

Aunque las DHS incluyen otras variables sobre el estado de salud, como morbilidad infantil (Enfermedad Diarréica Aguda –EDA– e Infección Respiratoria Aguda –IRA–) y desnutrición en adolescentes y adultos, la calidad de la información no permite hacer los análisis y desagregaciones requeridos¹². Por tal motivo, estos últimos indicadores no se incluyen en este documento.

1.2. ASEGURAMIENTO

El aseguramiento es un instrumento a través del cual un sistema de salud puede facilitar el acceso y uso de los servicios y de esta forma mejorar el estado de salud de la población. En este capítulo se analiza la tendencia en el nivel de aseguramiento y en las inequidades por zona, región y nivel económico, del aseguramiento por tipo de régimen con el fin de tratar de relacionarlo con la reforma al sistema de salud en 1993.

Es importante tener en cuenta que el aseguramiento mide la cobertura del sistema en este sentido más no el acceso a los servicios de salud. Debido a que los dos regímenes paralelos introducidos por la reforma, el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS), tienen planes de beneficios diferentes, el acceso a los servicios es de partida desigual por tipo de régimen. Los afiliados al RS gozan de un plan de beneficios mínimo, mientras que los afiliados al RC tienen beneficios adicionales que lo hacen más completo. Como afirma Pinto (2006):

“El plan de beneficios del RC, es decir el Plan Obligatorio de Salud (POS), es el más completo,

cubriendo intervenciones a todos los niveles de complejidad, una lista amplia de medicamentos y gastos médicos de transporte (...) El plan de beneficios para la población del Régimen Subsidiado (POS-S) es igual al POS en términos de cobertura de todas las intervenciones en el primer nivel de complejidad, servicios a catastróficos, medicamentos y transporte, pero es menos completo que el POS en términos preventivos, servicios ambulatorios y las intervenciones de los niveles II y III de complejidad. El POS cubre servicios catastróficos y ortopédicos y los medicamentos necesarios asociados para prestar estos servicios. Es importante mencionar que la cobertura de beneficios para niños menores de un año y mujeres embarazadas es igual en los dos planes (POS y POS-S)”.

Por lo tanto, de partida, el acceso a los servicios es desigual en contra de los asegurados al régimen subsidiado.

1.2.1. NIVELES E INEQUIDADES

La información disponible de las encuestas de Calidad de Vida y Demografía y Salud de las últimas décadas permite inferir que con la reforma al sistema de salud se han logrado avances significativos hacia una cobertura de aseguramiento universal, especialmente durante los primeros años de su implementación (Gráfico 1). Estudios indican que el aseguramiento de la población colombiana era 20% en 1990, (Giedion y Acosta, 1998), y 25% en 1993 (Flórez y Hernández, 2005).

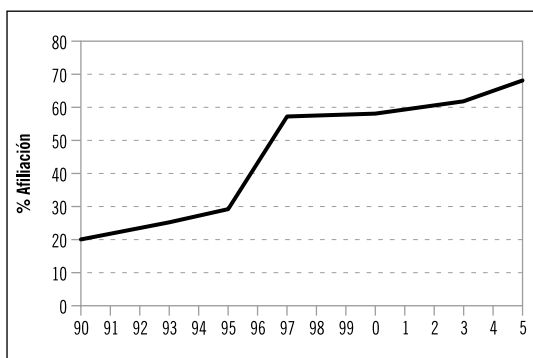
A partir de 1995, con la implementación de la reforma, se observa un aumento acelerado en el aseguramiento: la afiliación pasó de 29% en 1995 a 57% en 1997, y luego aumentó lentamente hasta el 68% en el 2005. Es decir, el aseguramiento casi se dobla entre 1995 y 1997. Este fuerte aumento

¹⁰ Desnutrición crónica se define como: por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de un patrón internacional de referencia de altura para la edad. El no informa en esta variable es del 16% en los menores de 5 años, por lo que los resultados deben tomarse con precaución.

¹¹ Complicaciones al parto excluye labor prolongada y sangrado excesivo debido a posibles sesgos de percepción. Con fines comparativos, la depresión se excluye como complicación posparto.

¹² Para el total nacional, los “no informa” en nutrición llegan a ser del orden del 21% en los adolescentes y 29% en la población de 18 a 64 años.

GRÁFICO 1 Afiliación al SGSSS 1990-2005



Fuente: Cálculos con base en ECV-93, ECV-97, DHS-95, DHS-00, DHS-05

en el aseguramiento observado al inicio de la implementación de la reforma puede asociarse al efecto de la incorporación del grupo familiar al régimen contributivo y al inicio del régimen subsidiado. A pesar de los grandes avances en la cobertura del aseguramiento traídos por la reforma, aún en el 2005 existía 32% de la población sin afiliar al sistema.

Los aumentos en afiliación se han dado en todos los estratos, ya sea por zona de residencia, región, género o quintil de riqueza. Sin embargo, los avances han sido mayores en los grupos menos favorecidos, lo que ha llevado a un descenso en todas las inequidades (Cuadro 2).

CUADRO 2 Inequidades en Afiliación al SGSSS 1995 - 2005

Tipo de inequidad	Nivel de incidencia (%)					
	1995	Sig	2000	Sig	2005	Sig
Zona						
p-value	287,5	0,00	22,8	0,00	83,2	0,00
Urbano	38,8		60,7		71,2	
Rural	8,6		51,6		59,5	
Urbano/Rural	4,50		1,18		1,20	
Región						
p-value	22,1	0,00	31,4	0,00	44,4	0,00
Atlántica	20,9		45,1		59,0	
Oriental	23,3		57,4		71,0	
Central	30,3		62,1		66,6	
Pacífica	28,5		58,9		67,7	
Bogotá	50,1		71,9		79,9	
Mejor/Peor	2,40		1,59		1,35	
Género						
p-value	0,7	0,40	65,1	0,00	189,8	0,00
Hombre	29,0		56,3		66,0	
Mujer	29,3		59,8		70,0	
Mujer/Hombre	1,01		1,06		1,06	
Económica (Quintil de riqueza)						
p-value	440,9	0,00	49,4	0,00	201,3	0,00
q1	2,9		50,4		56,7	
q2	12,3		48,7		60,3	
q3	26,6		56,4		65,5	
q4	44,7		65,0		72,4	
q5	61,1		70,2		85,7	
q5/q1	21,22		1,39		1,51	
IC	0,403		0,075		0,063	
Total	29,1		58,1		68,1	

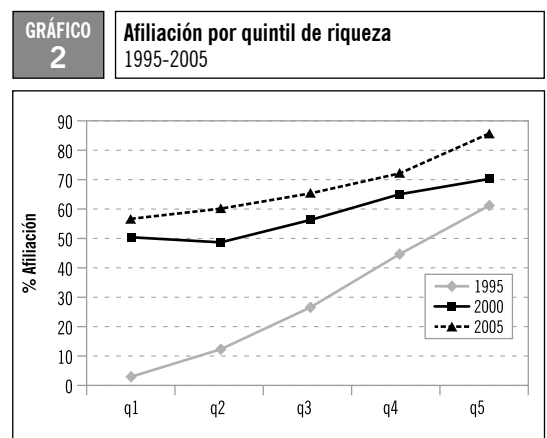
El aseguramiento siempre ha sido mayor en las zonas urbanas que en las rurales, lo que evidencia la existencia de inequidades favorables a las primeras. Sin embargo, la brecha ha disminuido significativamente como consecuencia de un aumento mayor en las zonas rurales. El porcentaje de población rural asegurada era solo 8,6% en 1995, pero en el 2000 fue seis veces mayor –51,6%– y en el 2005 casi siete veces más: 59,5%. Los aumentos en la zona urbana han sido mucho más modestos –el aseguramiento no llega a doblarse en los últimos 10 años–, llevando a que el diferencial rural/urbano disminuya notablemente. En 1995, las zonas urbanas tenían niveles de aseguramiento 4,5 veces los observados en las zonas rurales. En 2005, el aseguramiento urbano era 1,2 veces el rural. A pesar de los avances hacia la equidad por zona de residencia, aún en el 2005 las zonas urbanas tenían mayor aseguramiento que las zonas rurales. En el 2005, cerca de 40% de la población rural aún no estaba asegurada, mientras que menos del 30% de la población urbana estaba fuera del sistema de salud.

Al igual que por zona de residencia, existen inequidades por región. Las más favorecidas económicamente presentan mayores niveles de aseguramiento. Bogotá siempre ha tenido el mayor nivel de cobertura del sistema (Cuadro 2). Aunque los niveles aumentan de manera generalizada en todas las regiones, durante los últimos 10 años, las inequidades regionales disminuyeron significativamente. Las regiones Atlántica y Oriental, que eran las de menor aseguramiento en 1995 son las de mayor avance, mientras Bogotá presenta menor aumento en afiliación (Cuadro 2). Esto lleva a que la razón entre las regiones con mayor y menor afiliación (Bogotá y Atlántico respectivamente) disminuya de 2,4 en 1995 a 1,3 en 2005. A pesar de los avances en equidad, los diferenciales regionales en aseguramiento persisten. En 2005 un poco más del 40% de la población de la región Atlántica estaba sin aseguramiento, mientras que en Bogotá solo 20% no tenía algún seguro de salud.

Aunque la afiliación ha aumentado significativamente en hombres y mujeres, las inequidades por

género se han elevado ligeramente, siendo siempre favorables a las mujeres. Mientras en 1995 los niveles de afiliación eran iguales entre hombres y mujeres (29%) en el 2005 la afiliación más que se duplicó en ambos casos, pero el aumento es mayor para las mujeres que para los hombres. En 2005, la afiliación era 70% entre las mujeres y 66% entre los hombres (Cuadro 2). Este aumento en el diferencial por género podría deberse a que la reforma extendió la cobertura a los miembros familiares no trabajadores, lo cual favorece a las mujeres que tienen menor participación que los hombres en el mercado laboral.

El nivel de afiliación consistentemente aumenta con el nivel de riqueza, esto evidencia inequidades económicas en afiliación. Sin embargo, los aumentos en aseguramiento de los últimos 10 años, aunque se dan en todos los niveles de riqueza, son mayores entre los pobres que entre los ricos, lo que lleva a un descenso significativo en la inequidad económica. El gradiente económico en aseguramiento era muy marcado en 1995: el quintil más alto tenía un nivel de afiliación 20 veces mayor que el quintil más bajo. En 2005, el gradiente se aplanó, y los más ricos tenían un aseguramiento 50% mayor que los pobres (Cuadro 2, Gráfico 2). El Índice de Concentración (IC) confirma la reducción marcada en la inequidad: en 1995 era 0,403 y en 2005 se aproxima a cero (0,063). Estos amplios cambios sugieren que las ganancias en equidad económica en el aseguramiento son las mayores observadas. Sin



embargo, a pesar de esos grandes avances, en el 2005 persisten inequidades en el aseguramiento favorables a los grupos de más nivel económico: el 43% de los más pobres y solo el 14% de los más ricos no estaban afiliados al sistema de salud.

Los resultados muestran que durante los últimos 10 años han disminuido significativamente las inequidades por zona de residencia, región y por nivel de riqueza. Sin embargo, en el 2005 persistían inequidades en todas estas dimensiones, favorables a los grupos de mejor condición socioeconómica: zonas urbanas, regiones más desarrolladas y grupos más ricos.

A pesar de que los avances en equidad económica son los mejores de los últimos 10 años, persistían agudos desbalances en 2005, particularmente en el aspecto económico; los más acentuados se dan en cuanto a riqueza: no solo el rango es mayor, sino que tres de los quintiles de riqueza están por debajo del promedio (Gráfico 3). Por el contrario, el género no es una variable diferenciadora del aseguramiento. Esto implicaría que la política por lograr universalidad y equidad en la cobertura debe continuar focalizando esfuerzos en los grupos de población más pobres.

1.2.2. LA REFORMA DE SALUD Y LA EQUIDAD EN EL ASEGURAMIENTO

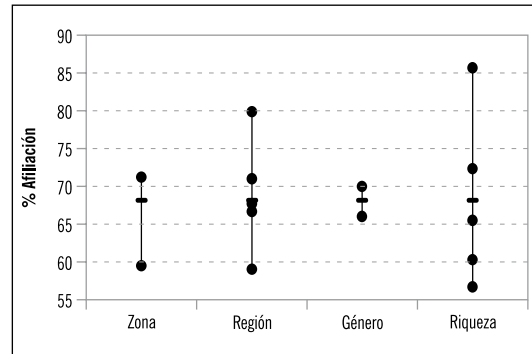
Con el fin de obtener alguna luz sobre el papel de la reforma en los avances observados con referencia a la equidad en el aseguramiento, el Cuadro 3 presenta la distribución de la población según tipo de régimen para cada una de las variables estratificadoras consideradas: zona de residencia, región y nivel de riqueza. En general, puede decirse que los avances en aseguramiento que se observan en los últimos cinco años se dan principalmente a través del régimen subsidiado que pasó de 22,5% a 29,8%; ya que la afiliación al régimen contributivo solo aumentó de 35,6% a 38,3%.

Por zona de residencia y región (Cuadro 3) se observa que:

- Las zonas urbanas y las regiones más desarrolladas (Bogotá) tienen los mayores niveles

GRÁFICO 3

Tipo de inequidades en afiliación 2005



de aseguramiento. Es decir, existe inequidad en contra de las zonas rurales y las regiones menos desarrolladas.

- El aseguramiento en la zona urbana y en las regiones más desarrolladas (Bogotá) descansa en el régimen contributivo, mientras que en la zona rural y regiones menos desarrolladas es en su mayoría del régimen subsidiado. Si se considera que la zona rural tiene menor nivel socioeconómico, esto implica que el régimen subsidiado está cumpliendo su objetivo focalizador a escala regional.
- Los avances en aseguramiento en los últimos cinco años se dan principalmente vía incremento de la afiliación en el régimen subsidiado, tanto en la zona urbana como rural, y en todas las regiones, pero especialmente en las más atrasadas. Esto explica los mayores avances en aseguramiento logrados en la zona rural frente a la urbana y en las zonas menos desarrolladas frente a Bogotá.

Por nivel de riqueza (Cuadro 3) se observa que:

- El porcentaje de personas no afiliadas al sistema disminuye con el nivel de riqueza. Es decir, existe inequidad en contra de los más pobres. El porcentaje de pobres sin aseguramiento está por encima del 40%.
- El aseguramiento en los quintiles altos es decir, la población con capacidad de pago, descansa en el régimen contributivo, mientras que para los quintiles bajos es fundamental el régimen subsidiado, lo cual sugiere que el objetivo

**CUADRO
3**

Afiliación al SGSSS por tipo de régimen
2000 - 2005 (%)

Nivel	2000			2005		
	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado
Zona						
Urbano	43,7	17,1	39,3	47,1	24,1	28,8
Rural	15,6	36,0	48,4	13,7	45,8	40,5
Región						
Atlántica	26,9	18,2	54,9	27,4	31,6	41,0
Oriental	30,0	27,5	42,6	34,3	36,7	29,0
Central	39,3	22,8	37,9	40,4	26,3	33,4
Pacífica	32,3	26,6	41,1	35,1	32,6	32,3
Bogotá	55,1	16,8	28,1	58,4	21,5	20,1
Quintil de riqueza						
Incidencia en el quintil (% fila)						
q1	8,9	41,5	49,6	6,0	50,6	43,4
q2	19,5	29,3	51,2	17,2	42,6	40,2
q3	32,5	23,9	43,7	32,3	33,2	34,5
q4	53,3	11,6	35,1	52,7	19,3	28,1
q5	63,9	6,2	29,9	80,5	5,2	14,4
Incidencia en el tipo de régimen (% col)						
q1	5,0	37,0	23,8	3,0	32,3	25,9
q2	11,0	26,1	24,5	9,0	28,5	25,2
q3	18,1	21,1	20,8	17,1	22,6	21,9
q4	29,6	10,2	16,6	28,0	13,1	17,9
q5	36,3	5,6	14,4	43,0	3,5	9,2
Total	35,6	22,5	41,9	38,3	29,8	31,9

de asegurar a la población más pobre y de la zona rural se está cumpliendo. Esto indica una complementariedad de los dos sistemas.

- Se observa 16% de población afiliada al régimen subsidiado que no es pobre (quintiles 4 y 5), la cual llega al 39% si se considera el quintil medio (q3), lo cual sugiere que, aunque el régimen subsidiado cubre especialmente a los pobres, es necesario mejorar la eficiencia de su focalización.
- Con excepción del grupo de población más rico (q5), los avances en aseguramiento, en los últimos cinco años, en todos los niveles de riqueza se dan fundamentalmente a través de aumentos en afiliación al régimen subsidiado. Sin embargo, los mayores aumentos se dan entre los más pobres. Esto explica los avances en la equidad económica en el aseguramiento observados en los últimos años.

Las anteriores consideraciones evidencian que la reforma a la salud, a través de la creación y focalización del régimen subsidiado, ha permitido grandes avances hacia la universalización y la equidad en el aseguramiento. Pasar de una cobertura de 20% a 68% y de un IC de 0,40 a 0,06 en 15 años es un logro sin precedentes. Estos resultados coinciden con hallazgos previos sobre el avance importante en cobertura, especialmente entre los más pobres, y sobre el papel del seguro como un buen mecanismo para facilitarles el acceso al sistema (Grupo de Economía de la Salud, 2005). Sin embargo, en el 2005, aún había un alto porcentaje de la población, especialmente pobre, rural y de regiones de menor desarrollo, que permanecía por fuera de él. Lograr la universalidad y la equidad, como se propuso con la reforma, requeriría, entre otras, mejorar la eficiencia de focalización del régimen subsidiado.

1.3. USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1.3.1. EN SALUD GENERAL

1.3.1.1. Incidencia e inequidades

La presencia de una enfermedad determina la necesidad real del uso de los servicios de salud general. El Cuadro 4 indica que durante los últimos cinco años ha disminuido la incidencia de una enfermedad, tanto en la zona urbana como rural. Flórez y Hernández (2005) utilizando las Encuestas de Calidad de Vida encuentran el mismo resultado para el periodo 1993-1997. Es posible

que la incidencia de una enfermedad/accidente haya efectivamente bajado, pero también es posible que sea efecto de la naturaleza de la información. Este indicador se basa en una declaración personal sobre presencia de enfermedad y/o accidentes, el cual puede variar entre niveles socioeconómicos, culturas o inclusive a través del tiempo (Dachs et al., 2002).

La atención profesional en salud dada una necesidad no cambia significativamente en los últimos cinco años¹³, situándose alrededor de 67% (Cuadro 4). Este indicador muestra inequidades marcadas por zona de residencia, región y nivel

CUADRO 4 Inequidades en Atención profesional en salud dada una necesidad. 2000-2005

Tipo de inequidad	Necesidad (%)				Atención profesional (%)			
	2000	Sig	2005	Sig	2000	Sig	2005	Sig
Zona								
p-value	0,7	0,40	4,7	0,03	58,5	0,00	48,5	0,00
Urbano	15,6		13,6		69,9		70,9	
Rural	15,1		12,3		55,7		57,1	
Urbano/Rural	1,03		1,10		1,26		1,24	
Región								
p-value	11,3	0,00	54,9	0,00	9,1	0,00	50,5	0,00
Atlántica	15,3		12,3		66,0		69,7	
Oriental	18,6		19,2		59,4		52,3	
Central	14,5		11,5		67,0		71,9	
Pacífica	15,3		10,6		65,0		73,6	
Bogotá	13,3		13,3		78,0		77,3	
Mejor/Peor	1,40		1,81		1,31		1,48	
Género								
p-value	132,8	0,00	216,2	0,00	3,9	0,050	28,3	0,00
Hombre	13,5		11,5		64,7		64,8	
Mujer	17,3		14,8		66,9		69,4	
Mujer/Hombre	1,28		1,29		1,03		1,07	
Económica (Quintil de riqueza)								
p-value	8,4	0,00	0,8	0,48	44,5	0,00	44,3	0,00
q1	15,5		12,7		51,5		52,8	
q2	17,2		13,1		60,5		65,8	
q3	16,5		13,7		66,1		68,7	
q4	14,8		13,3		74,3		71,2	
q5	13,4		13,2		80,2		78,3	
q5/q1	0,87		1,04		1,56		1,48	
IC	-0,032		0,007		0,084		0,065	
Total	15,5		13,2		65,9		67,5	

¹³ La diferencia entre el valor 65,9% del 2000 y 67,5% del 2005 no es estadísticamente significativa (p-value=18%).

de riqueza, favorable a los grupos de mejor condición social. La zona rural, la región Oriental y la población más pobre usan menos los servicios de salud general ante una necesidad. La población que acude a los servicios de salud aumenta consistentemente con el nivel de riqueza: la población más rica usa 50% más los servicios de salud que los más pobres (Cuadro 4). Aunque la incidencia de esta variable no cambia entre 2000 y 2005, las inequidades tienden a disminuir debido a que se observan leves mejoras en la atención en salud principalmente en la zona rural y en los grupos de menor nivel de riqueza (primeros tres quintiles) y descensos en los grupos de mayor riqueza. Probablemente el mayor incremento en el aseguramiento en los grupos socialmente menos favorecidos, que ocurrió durante el mismo periodo, facilitó el uso de los servicios de salud general de estos grupos de población.

En el 2005, los mayores desbalances en el uso de servicios de salud general se observan entre regiones y por nivel de riqueza (Gráfico 4). La región Oriental y el quintil más bajo de riqueza están muy por debajo del promedio nacional. Sin embargo, las inequidades por zona de residencia tampoco son despreciables. Por el contrario, en cuanto al género, estas son casi inexistentes y las pocas que se presentan son favorables a las mujeres.

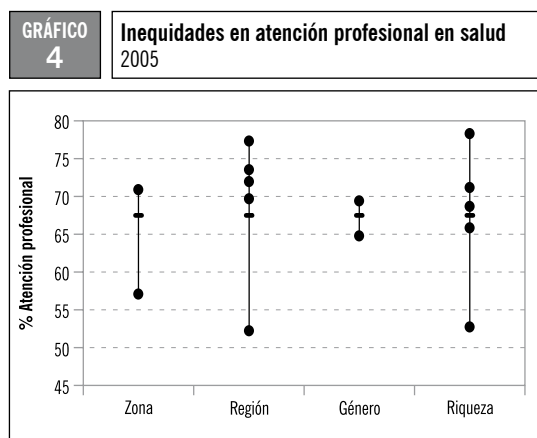
Con el fin de entender las inequidades en el uso de los servicios de salud general, se analizan las

razones por las cuales no es utilizado. Algunas personas no acuden al médico ante una enfermedad porque consideran que el caso es leve, mientras otras no lo hacen por diversas razones, como falta de dinero, falta de tiempo, etc. Con fines analíticos, se excluye caso leve, y las otras razones se agrupan en: razones de demanda por dinero (falta de dinero), razones de demanda por tiempo (falta de tiempo), razones de oferta (centro queda lejos), razones de calidad del servicio (servicio malo, no lo atendieron, no resolvieron el problema, no confía en los médicos, muchos trámites) y otra razón.

El aspecto económico es el principal argumento para no usar los servicios de salud general: 66,8% en el 2000 y el 48,6% en el 2005 no lo hacen por falta de dinero (Cuadro 5). Independientemente de la zona, región o nivel de riqueza, la razón económica es la principal. Sin embargo, la falta de dinero es más importante en la zona rural, en las regiones menos desarrolladas y entre los pobres. Así, en el 2005, con excepción de Bogotá y el quintil superior de riqueza, en todos los grupos la falta de dinero explica por lo menos el 43% de la falta de uso del servicio. (Cuadro 5).

En los últimos cinco años, la mala calidad del servicio cobró importancia como razón para no acudir al médico ante una enfermedad. En el 2000, 10% de los que no usaban los servicios daban como razón la mala calidad. En el 2005 fue el 22%, y llegó al 25% en la zona urbana, al 28% en Bogotá y al 34% en el quintil superior de riqueza (Cuadro 5). En todos los grupos entre 2000 y 2005 aumentó la mala calidad como argumento para no utilizar el servicio. Este hecho sugiere la necesidad de revisar la calidad de la atención médica que actualmente se provee en el sistema de salud.

El mismo argumento como razón para no usar el servicio aumenta de manera marcada con el quintil de ingreso. En el 2005, cerca de 15% de la población del quintil más bajo lo daba como motivo para no asistir al médico, mientras que en el quintil superior llegaba al 34%. Estas grandes diferencias pueden estar relacionadas con lo que



CUADRO 5 Distribución de la población que no usa servicios de salud por razón de no uso 2000-2005 (%)

Nivel	2000						2005					
	Oferta	Dda: Tiempo	Dda: Dinero	Mala calidad	Otra razón	Total	Oferta	Dda: Tiempo	Dda: Dinero	Mala calidad	Otra razón	Total
Zona												
Urbano	1,6	14,9	64,9	11,1	7,5	100,0	1,9	16,7	45,1	25,6	10,7	100,0
Rural	8,5	8,4	69,6	8,6	4,8	100,0	14,4	9,4	54,5	16,8	4,8	100,0
Región												
Atlántica	2,9	8,7	75,8	7,0	5,7	100,0	4,8	10,7	59,7	18,0	6,8	100,0
Oriental	6,3	12,1	66,5	11,1	4,0	100,0	7,7	17,2	43,7	24,3	7,1	100,0
Central	4,2	14,0	62,5	10,7	8,6	100,0	5,9	10,7	52,3	21,5	9,6	100,0
Pacífica	4,6	12,3	67,9	7,6	7,6	100,0	9,5	12,2	51,3	19,0	8,0	100,0
Bogotá	1,6	21,0	46,6	22,7	8,1	100,0	3,6	15,9	36,7	28,5	15,3	100,0
Género												
Hombre	3,8	12,2	67,8	10,4	5,9	100,0	6,3	17,2	46,9	21,4	8,2	100,0
Mujer	4,9	12,4	66,0	9,9	6,8	100,0	6,7	11,5	49,9	23,2	8,7	100,0
Quintil de riqueza												
q1	9,8	7,5	69,7	8,1	4,9	100,0	13,7	8,1	58,2	14,9	5,1	100,0
q2	2,2	9,7	75,9	6,7	5,5	100,0	4,7	15,1	50,4	22,2	7,7	100,0
q3	0,8	17,6	62,7	12,8	6,2	100,0	3,1	15,4	44,6	26,3	10,6	100,0
q4	1,1	19,7	52,4	16,1	10,7	100,0	1,1	20,4	43,2	27,3	8,1	100,0
q5	4,2	16,8	54,8	14,7	9,6	100,0	1,0	20,3	25,0	34,3	19,5	100,0
Total	4,4	12,3	66,8	10,1	6,4	100,0	6,6	14,0	48,6	22,4	8,5	100,0

en psicología se conoce como la "disonancia cognitiva". La teoría de la disonancia cognitiva de Leon Festinger (1957) afirma que las personas en ocasiones no se sienten cómodas cuando mantienen simultáneamente creencias contradictorias o cuando las creencias no están en armonía con lo que hacen (Vadillo, 2004). En este caso, la población del estrato superior cree que tiene derecho a recibir un servicio superior por los aportes que hace al sistema dado que antes recibían servicios privados que consideraban de mejor calidad. Sin embargo, usan los servicios pero los califican de mala calidad.

En la zona rural y en el quintil más bajo del nivel de riqueza, la falta de oferta del servicio es una razón que reúne alrededor del 14% de inasistencia; esa carencia en la oferta llega al 17% en los quintiles bajos del nivel de riqueza rural. Esto podría explicar las inequidades que presentan las zonas rurales en el uso de servicios de salud general pese a los altos niveles de equidad en el aseguramiento.

1.3.1.2. La reforma y el uso de servicios de salud general

Uno de los objetivos de la reforma del sistema de salud de 1993 era facilitar el acceso y uso de los servicios de salud en la población pobre a través del aseguramiento en el régimen subsidiado. El Cuadro 6 indica que la atención profesional en salud, dada una necesidad, es mayor entre los asegurados que entre los que no lo están. La población afiliada al régimen contributivo es la que más usa los servicios, seguida por la perteneciente al régimen subsidiado y por último se encuentran los no asegurados. Quienes están cubiertos por el régimen contributivo usan más los servicios de salud, seguidos por la población del régimen subsidiado, la cual muestra consistentemente un mayor uso de servicios de salud –35% más– que la población no afiliada. Este comportamiento se observa tanto en la zona urbana como rural, en todas las regiones y en todos los niveles de riqueza (Cuadro 6). Las mayores diferencias en el uso de servicios de salud general entre el régimen subsidiado y los que no están asegurados se dio

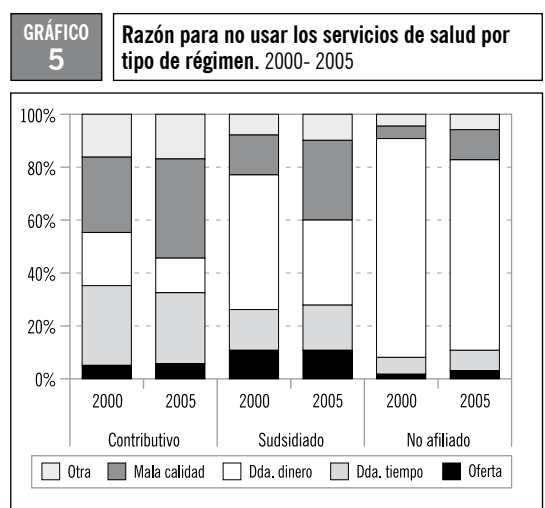
en el 2005, en la zona rural y entre los más pobres: los del régimen subsidiado usan casi 50% más los servicios que los no asegurados. Esto evidencia que el régimen subsidiado efectivamente ha facilitado el uso de los servicios de salud entre la población pobre.

Las diferencias por nivel económico en el uso de servicios de salud general son mayores entre los no asegurados (Cuadro 6). Los ricos sin seguro usan 50% más los servicios de salud que los pobres sin seguro. Entre los asegurados, las diferencias por nivel de riqueza en el uso son poco acentuadas, aunque los pobres tienden a usar menos los servicios de salud que los ricos, ya sea que estén afiliados al régimen contributivo o al subsidiado, lo cual evidencia una contribución positiva de la reforma a la equidad en el uso de los servicios de salud general.

Como era de esperarse, la falta de uso de servicios de salud por razones económicas es mucho mayor entre los no asegurados que entre los asegurados, y mayor entre los afiliados al régimen subsidiado que al contributivo (Gráfico 5). Alrededor de tres cuartas partes de quienes no

están asegurados no acuden al médico ante una enfermedad por falta de dinero, mientras que entre los afiliados al régimen subsidiado la falta de dinero representa menos de la tercera parte de la inasistencia a los servicios de salud.

Evidentemente, el régimen subsidiado facilita el uso de los servicios de salud. Sin embargo, tanto en los asegurados como en los no asegurados, la



CUADRO 6 Atención profesional en salud por tipo de régimen 2000-2005 (%)

Nivel	2000				2005			
	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Subs/No afil	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Subs/No afil
Zona								
Urbano	82,4	75,2	53,9	1,40	79,6	71,2	53,8	1,32
Rural	76,3	57,9	47,6	1,22	75,1	62,5	42,6	1,47
Región								
Atlántica	84,2	75,6	52,7	1,44	83,7	71,5	55,5	1,29
Oriental	81,0	56,1	48,4	1,16	66,2	54,7	32,6	1,68
Central	80,0	68,4	51,1	1,34	80,0	74,4	56,7	1,31
Pacífica	79,9	69,0	51,7	1,34	83,9	78,5	54,4	1,44
Bogotá	84,1	82,1	62,9	1,31	84,5	71,7	60,8	1,18
Quintil de riqueza								
q1	66,9	59,6	41,9	1,42	70,7	59,4	39,8	1,49
q2	81,7	67,6	49,0	1,38	74,9	71,9	52,4	1,37
q3	79,6	73,2	50,4	1,45	79,2	72,6	53,1	1,37
q4	79,1	81,8	62,6	1,31	79,0	71,3	54,1	1,32
q5	87,3	73,7	66,8	1,10	80,8	70,3	59,4	1,18
q5/q1	1,3	1,2	1,6		1,1	1,2	1,5	
Total	81,7	67,6	51,9	1,30	79,2	67,8	50,2	1,35

mala calidad del servicio ha cobrado importancia en los últimos cinco años. En el 2005, más del 15% de los afiliados al régimen contributivo, 9% de los del régimen subsidiado y 5% de los no asegurados daban la mala calidad como la razón para no usar servicios de salud general.

Los resultados evidencian, en líneas generales, el papel positivo de la reforma en salud –y en particular de la implementación del régimen subsidiado– al facilitar el uso de los servicios de salud entre la población pobre. Sin embargo, es importante tener en cuenta la tendencia común que se observa en la población hacia una disminución en el uso de los servicios de salud general por mala calidad en su prestación. Esta tendencia es reforzada por los resultados de otros estudios para regiones específicas. En particular, el proyecto “Bogotá como vamos” de la Administración Distrital indica que “la percepción de calidad de los servicios de salud disminuyó durante el 2005” (Casa Editorial El Tiempo, Fundación Corona, Cámara de Comercio, 2005, p. 10).

1.3.2. EN SALUD INFANTIL

El uso de servicios de salud en los niños se analiza desde el punto de vista preventivo, evaluando la vacunación, cuyo incremento constituyó uno de los objetivos de la reforma a la salud de 1993. La vacunación es prioritaria dados sus efectos sobre el estado de salud – mortalidad y morbilidad infantil– especialmente en la población más pobre, y por sus efectos en la reducción de la carga de la enfermedad en la edad adulta (Glassman, 2004). Se construyó un indicador del esquema completo de vacunación de los niños entre 12 y 23 meses, el cual toma en cuenta las vacunas BCG, 3 dosis de polio y 3 dosis de DPT, aplicadas antes de cumplir el primer año de edad¹⁴.

1.3.2.1. Incidencia e inequidades

Un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (Málaga et al., 2000) evidenció

que las coberturas de vacunación se deterioraron desde 1997, especialmente en los departamentos de menores condiciones de vida y en las áreas rurales. Estudios posteriores confirmaron dicha tendencia (Profamilia, 2000; Muñoz, 1999; Cruz et al, 2003; Flórez, 2002). Sin embargo, estudios más recientes muestran que las tasas nacionales de cobertura para algunas vacunas recuperaron su tendencia a partir del 2001 (Glassman, 2004).

Las razones del deterioro en la cobertura de vacunación se han atribuido al efecto combinado del proceso de descentralización y la implementación de la reforma a la salud de 1993 (Muñoz, 1999; Málaga et al, 2000). Al respecto, Glassman (2004, p. 7) afirma:

“A pesar de las bondades de la reforma, su implantación y el proceso de descentralización han evidenciado vacíos y/o duplicidades en la definición de competencias entre los diferentes agentes con incidencia negativa en la prestación del servicio y en los niveles de cobertura”.

Ante estos hechos, el Estado inició esfuerzos encaminados a reglamentar procesos y a definir responsabilidades que permitieran aumentar la cobertura de la vacunación. El Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006 propone el logro de coberturas superiores al 95%, para lo cual plantea acciones relacionadas con normas, recursos del Presupuesto Nacional, divulgación, capacitación y asistencia técnica.

Los resultados de este estudio confirman el deterioro y posterior recuperación de la cobertura de los esquemas completos de vacunación, que pasó de 77,9% en 1990 a 71% en 1995 y a 66% en el 2000, pero aumentó en 2005 hasta alcanzar nuevamente niveles por encima del 70% (Cuadro 7). Aunque todavía no se logran obtener los niveles de cobertura de hace 15 años (78%), si parece que los esfuerzos tienen efectos positivos. La mejora en la cobertura de vacunación en los

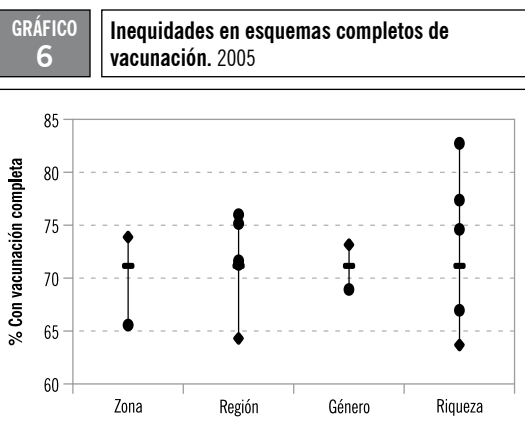
¹⁴ El 2005 incluye la vacuna pentavalente (que incorpora la DPT). Para mayor detalle, ver ‘Documento metodológico’ (Flórez y Soto, 2006).

Tipo de inequidad	Nivel de incidencia (%)							
	1990	Sig	1995	Sig	2000	Sig	2005	Sig
Zona								
p-value	4,2	0,042	5,8	0,016	5,2	0,023	10,5	0,00
Urbano	81,0		74,5		69,0		73,9	
Rural	71,7		66,0		59,7		65,6	
Urbano/Rural	1,13		1,13		1,16		1,13	
Región								
p-value	1,3	0,270	0,6	0,678	2,0	0,10	2,8	0,02
Atlántica	70,5		72,8		56,4		64,3	
Oriental	79,5		74,3		67,6		71,3	
Central	78,0		71,8		69,1		71,7	
Pacífica	82,8		70,9		65,1		76,0	
Bogotá	83,2		65,7		72,5		75,1	
Mejor/Peor	1,18		1,13		1,29		1,18	
Género								
p-value	0,3	0,566	5,7	0,018	0,1	0,709	2,9	0,09
Hombre	76,7		75,0		66,6		73,2	
Mujer	79,2		67,6		65,4		68,9	
Mujer/Hombre	1,03		0,90		0,98		0,94	
Económica (Quintil de riqueza)								
p-value	5,4	0,00	4,7	0,00	4,9	0,00	7,1	0,00
q1	67,0		60,2		52,6		63,7	
q2	73,0		72,5		66,6		67,0	
q3	83,4		73,4		70,9		77,4	
q4	86,5		77,8		74,2		74,6	
q5	84,5		79,3		71,0		82,7	
q5/q1	1,26		1,32		1,35		1,30	
IC	0,044		0,056		0,065		0,047	
Total	77,9		71,5		66,0		71,2	

últimos cinco años es generalizada tanto en las zonas urbana y rural como en todas las regiones y todos los niveles de riqueza (Cuadro 7).

La cobertura de vacunación en los niños de un año muestra consistentemente inequidades en contra de las zonas rurales y los grupos más pobres. En el 2005, los mayores desbalances se observaban entre niveles de riqueza, mientras que el género era la variable estratificadora de menor diferenciación. Por regiones, la Atlántica se encontraba rezagada, siendo la única región con cobertura muy por debajo del promedio nacional (Gráfico 6).

Las zonas urbanas han mostrado, a lo largo del tiempo, 13% de mayor cobertura que las zonas rurales. Por el contrario, entre regiones no se observa un patrón claro de inequidad a través del tiempo. Es decir, la región más desarrollada –Bogotá– no es siempre la de mayor cobertura. Pero Atlántico tiende a ser la de menor cobertura. Lo que si es claro es que en el 2000, año de la menor cobertura en vacunación, las inequidades regionales se ampliaron; la razón de extremos más alta del periodo. Sin embargo, la mayor cobertura lograda en los últimos cinco años ha estado acompañada también de una mejora en la equidad regional.



La cobertura de vacunación aumenta persistentemente con el nivel de riqueza. Es decir, los grupos de menor nivel de riqueza tienen menores niveles de cobertura. Estas inequidades se acentuaron durante el periodo de deterioro de la cobertura de vacunación, llegando a ser mayores en el 2000 –mayor IC–. En ese año, el grupo del quintil superior de riqueza tenía 35% más de cobertura que el grupo del quintil inferior. Los grupos más pobres fueron los que más se afectaron durante el periodo de deterioro en la cobertura de la vacunación. Esto corrobora los resultados de Málaga et al., (2000) en el sentido de que el deterioro de la vacunación estuvo relacionado con el nivel de vida. Por el contrario, durante los últimos cinco años, durante el periodo de recuperación de la cobertura de vacunación, se observa una tendencia hacia una menor inequidad económica: menores IC y razón entre más ricos y más pobres. Sin embargo, aunque la inequidad tiende a disminuir con el aumento reciente de la cobertura, aún en el 2005 se tiene una mayor inequidad económica que la observada en 1990.

Las inequidades económicas en vacunación son mayores en la zona rural que en la urbana. Es decir, el gradiente económico es más acentuado en la zona rural, con mayores diferencias entre individuos por nivel de riqueza. En el 2005, el IC

urbano era de 0,045 y el rural de 0,073. Así, la zona rural tiene menores niveles de cobertura en vacunación y mayores niveles de inequidad. A pesar de las tendencias recientes favorables hacia una mayor cobertura y equidad, aún en el 2005 no se logra observar ni los niveles ni la equidad en vacunación que había hace 15 años. Se requieren esfuerzos adicionales, especialmente focalizados en los grupos más pobres, que permitan alcanzar coberturas no menores al 80%¹⁵.

1.3.2.2. La reforma y el uso de servicios en salud infantil

El aseguramiento permite una mayor cobertura de vacunación. Tanto en el 2000 como en el 2005, los niños asegurados mostraron mayores niveles de cobertura que los que no estaban asegurados. Sin embargo, las diferencias se deben principalmente a la mayor cobertura en el régimen contributivo. Así, en 2005 el 75,5% de los niños del país afiliados al régimen contributivo tenían los esquemas completos de vacunación, mientras que solo el 70% de los del subsidiado y 68,6% de los no afiliados los tenían (Cuadro 8). Aunque pequeña, la diferencia en la cobertura en vacunación entre el régimen subsidiado y los no afiliados, es estadísticamente significativa a escala nacional¹⁶. Parecería que el efecto del régimen subsidiado no es importante para facilitar la cobertura en vacunación. Sin embargo, si se analizan las coberturas por las variables de estratificación –zona, región y nivel de riqueza–, el panorama es diferente.

Tanto en el 2000, como en el 2005, el régimen subsidiado favoreció la cobertura de vacunación en los grupos de población que son su objetivo: las zonas rurales, las regiones menos desarrolladas y los grupos más pobres (primer quintil de riqueza). Solamente en estos grupos, los niños afiliados al régimen subsidiado tienen mayores niveles de vacunación que los no afiliados (Cuadro 8).

¹⁵ Niveles de vacunación entre el 80% y 92% permiten erradicar una enfermedad. Por otra parte, el nivel óptimo de cobertura de vacunación es inferior al 100%, dado los costos y riesgos que la vacuna implica para los individuos (Glassman, 2004).

¹⁶ En el 2000 el p-value=0, en el 2005 el p-value=0,01.

**CUADRO
8**

**Esquema completo de vacunación por tipo de régimen
2000-2005 (%)**

Nivel	2000				2005			
	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Subs/No afil	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Subs/No afil
Zona								
Urbano	74,3	60,9	67,7	0,90	77,3	70,1	73,6	0,95
Rural	60,9	68,8	52,6	1,31	65,3	69,8	60,5	1,15
Región								
Atlántica	65,5	55,4	52,5	1,05	66,8	66,0	61,8	1,07
Oriental	67,9	71,7	64,0	1,12	74,2	71,0	68,7	1,03
Central	79,0	62,9	61,3	1,03	79,5	71,4	65,8	1,08
Pacífica	68,5	65,1	63,5	1,03	85,7	72,3	72,5	1,00
Bogotá	72,4	64,5	81,6	0,79	73,7	68,2	89,2	0,76
Quintil de riqueza								
q1	58,9	62,3	44,2	1,41	67,8	67,8	58,9	1,15
q2	66,2	69,0	65,3	1,06	66,9	66,6	66,8	1,00
q3	82,4	55,6	70,7	0,79	79,8	73,6	77,0	0,96
q4	72,1	75,4	76,2	0,99	68,0	80,1	79,6	1,01
q5	73,3	63,1	69,7	0,91	83,5	78,8	78,7	1,00
q5/q1	1,24	1,01	1,58		1,23	1,16	1,34	
Total	72,4	64,3	61,6	1,04	75,6	70,0	68,6	1,02

La cobertura de vacunación entre los niños no asegurados muestra mayores inequidades por zona, región y nivel de riqueza que la observada entre los afiliados al régimen subsidiado. En el 2005, los ricos del régimen subsidiado tenían una cobertura de vacunación 16% mayor que los pobres del subsidiado, mientras que los ricos no asegurados tenían 34% más vacunación que los pobres sin seguro (Cuadro 8, Gráfico 15). Claramente, el aseguramiento, y en particular el régimen subsidiado, alivian las inequidades en coberturas de vacunación.

1.3.3. EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El uso de servicios en salud sexual y reproductiva se analiza a través de los indicadores de atención prenatal adecuada¹⁷, atención médica al parto, y exámenes de citología y mamografía¹⁸. Los dos primeros son importantes por cuanto influyen tanto en la mortalidad infantil como en la materna. Los dos últimos son preventivos de detección de cáncer de cuello uterino y de mama, respectivamente.

1.3.3.1. Incidencia e inequidades

La atención prenatal adecuada y la atención médica al parto aumentan consistentemente desde 1990, tanto en zonas urbana y rural, como por región y en todos los niveles de riqueza. La atención prenatal adecuada aumenta de 70,7% a 84,3% entre 1990 y el 2005, mientras que la atención médica al parto pasa de 72,8% a 89,5% (Cuadros 9 y 10). En ambos casos, los aumentos se dan principalmente en las zonas rurales, en las regiones menos desarrolladas y en los grupos de menor nivel de riqueza, llevando a una disminución significativa en todas las inequidades, independientemente de la variable estratificadora.

La zona urbana muestra una mayor cobertura de atención prenatal y médica al parto que la rural. Sin embargo, el diferencial disminuyó en los últimos 15 años. Así, mientras en 1990 la zona urbana tenía una cobertura de atención prenatal 1,5 veces la rural, en el 2005 la relación era de 1,2 veces (Cuadro 9). Similares reducciones se observan en

¹⁷ Por lo menos cuatro visitas médicas de control prenatal.

¹⁸ Debido a la calidad de la fecha de la mamografía, los exámenes se refieren a alguna vez en la vida.

atención médica al parto, en donde el diferencial urbano/rural baja de 1,6 a 1,3 (Cuadro 10). A pesar de esta mejora en la equidad, en el 2005 las zonas rurales aún continuaban con coberturas menores a las observadas en las zonas urbanas: 74,2% frente a 88,3%.

Por región, las más desarrolladas tienen mayor cobertura en ambos indicadores. Sin embargo, las inequidades también disminuyen significativamente. La Atlántica y la Pacífica presentan las menores coberturas en ambos indicadores a lo largo del periodo, mientras que Bogotá siempre se sitúa en las mejores condiciones. Sin embargo la razón de extremos baja de 1,5 a 1,1 o 1,2. En el 2005, no hay región que esté por debajo del 70% en atención médica al parto, o por debajo de casi 80% en atención prenatal adecuada, sugiriendo niveles de cobertura relativamente altos en estos indicadores.

La cobertura en atención prenatal adecuada y atención médica al parto aumenta de forma marcada con el nivel de riqueza, evidenciando altas inequidades en contra de los más pobres. Sin embargo, entre 1990 y el 2005 disminuyeron las inequidades de ambos indicadores de forma acentuada.

En 1990, la atención prenatal adecuada (médica al parto) en el quintil superior de riqueza era 2,18 (2,44) veces la del quintil inferior. En el 2005, la relación era de 1,4 que aunque aún alta es casi la mitad de la observada en 1990. Igualmente el IC baja de casi 0,15 a 0,06 en ambos casos. Sin embargo, a pesar de esos avances significativos, la inequidad que aún persiste en el 2005 es alta: las mujeres más ricas tienen una atención prenatal y médica al parto 40% mayor que la de las más pobres.

CUADRO 9 Inequidades en atención prenatal adecuada 1990-2005

Tipo de inequidad	Nivel de incidencia (%)							
	1990	Sig	1995	Sig	2000	Sig	2005	Sig
Zona								
p-value	41,8	0,00	163,5	0,00	72,0	0,00	150,4	0,00
Urbano	78,7		83,6		85,8		88,3	
Rural	53,1		56,1		67,7		74,2	
Urbano/Rural	1,48		1,49		1,27		1,19	
Región								
p-value	8,6	0,00	9,7	0,00	4,4	0,00	10,2	0,00
Atlántica	59,7		69,0		77,5		79,4	
Oriental	74,9		72,8		81,6		84,4	
Central	71,3		75,8		78,6		85,1	
Pacífica	63,9		70,9		78,5		83,3	
Bogotá	87,5		89,8		89,3		90,9	
Mejor/Peor	1,47		1,30		1,15		1,14	
Económica (Quintil de riqueza)								
p-value	24,9	0,00	124,9	0,00	66,7	0,00	93,1	0,00
q1	41,5		46,5		60,4		68,8	
q2	66,1		68,0		77,1		82,9	
q3	77,7		82,3		87,1		89,0	
q4	81,9		89,9		92,0		91,2	
q5	90,6		94,0		90,8		95,9	
q5/q1	2,18		2,02		1,50		1,39	
IC	0,146		0,145		0,126		0,062	
Total	70,7		74,7		80,6		84,3	

La mejora en la equidad económica se observa tanto en la zona urbana como en la rural, pero de forma mucho más acentuada en esta última. El IC en atención prenatal adecuada bajó de 0,076 a 0,038 en la zona urbana, y de 0,190 a 0,097 en la zona rural. En atención médica al parto, el IC pasa de 0,079 a 0,017 en la zona urbana y de 0,170 a 0,101 en la zona rural. Estos cambios evidencian una clara tendencia hacia la equidad. Sin embargo, la equidad que se observa en el 2005 es mayor en la zona rural que la urbana. Así, a pesar de los grandes avances en la zona rural, esta tuvo, en el 2005, menor cobertura de atención prenatal y mayor inequidad.

No obstante los innegables avances en equidad en atención prenatal adecuada y atención médica al parto, para todas las variables estratificadoras, falta aún mucho por avanzar. El Gráfico 7 muestra las diferentes inequidades observadas en el 2005. Claramente, en ambos indicadores, los desbalan-

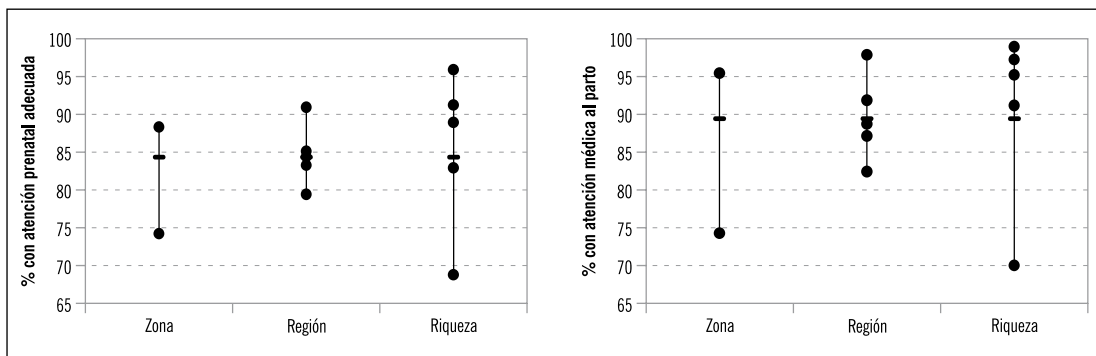
ces económicos son los mayores, seguidos por los presentados por zona y finalmente se encuentran los regionales. Las inequidades por zona que aún persisten, son mayores en atención médica al parto que en atención prenatal adecuada. Esto podría deberse al papel de las parteras en la zona rural. En cuanto a las inequidades económicas, el grupo más pobre está muy por debajo del promedio nacional, especialmente en atención médica al parto. Estos resultados sugieren la necesidad de focalizar los servicios de salud materna en las zonas rurales y los más pobres de la población.

Los exámenes –alguna vez– de citología y mamografía tienen niveles de cobertura muy disímiles. Mientras que en citología es relativamente alta, 90%, la mamografía no llega a la tercera parte de las mujeres de 18-69 años (Cuadro 11). La cobertura de ambos exámenes muestra inequidades favorables a la zona urbana, regiones más desarrolladas y grupos de nivel económico alto.

Tipo de inequidad		Nivel de incidencia (%)							
		1990	Sig	1995	Sig	2000	Sig	2005	Sig
Zona									
p-value		54,4	0,00	195,9	0,00	164,8	0,00	465,6	0,00
Urbano		82,7		88,1		92,3		95,5	
Rural		50,9		55,5		66,4		74,3	
Urbana/Rural		1,62		1,59		1,39		1,28	
Región									
p-value		5,3	0,00	11,3	0,00	10,0	0,00	22,0	0,00
Atlántica		62,1		74,1		82,8		87,2	
Oriental		71,3		79,8		86,6		91,9	
Central		75,0		75,3		84,5		88,8	
Pacífica		67,7		69,0		75,3		82,5	
Bogotá		91,2		95,1		96,0		97,8	
Mejor/Peor		1,47		1,38		1,28		1,19	
Económica (Quintil de riqueza)									
p-value		36,5	0,00	151,0	0,00	99,6	0,00	206,9	0,00
q1		39,1		44,0		60,7		70,1	
q2		65,0		73,3		82,2		91,2	
q3		81,5		85,8		91,7		95,3	
q4		87,7		94,6		96,9		97,3	
q5		95,2		97,3		97,9		98,9	
q5/q1		2,44		2,21		1,61		1,41	
IC		0,148		0,156		0,096		0,061	
Total		72,8		77,6		84,8		89,5	

GRÁFICO
7

Inequidades en atención prenatal adecuada y atención médica al parto
2005



Sin embargo, las inequidades, ya sea por zona, región o nivel económico, son muy bajas en citología frente a las observadas en mamografía. La zona urbana tiene una cobertura de citología 11% mayor a la rural, mientras que tiene 3,24 veces más cobertura en mamografía.

Estas grandes diferencias por zona se relacionan con los requerimientos de equipos especializados para el examen de mamografía, más no así para citología. Por región, el panorama es similar. En citología se observan coberturas no muy disímiles entre regiones, aunque favorables a las más desarrolladas (Bogotá). En mamografía, por el contrario, Bogotá es la única región por encima del promedio, con una razón de extremos muy alta.

La cobertura de ambos exámenes aumenta con el nivel de riqueza, aunque de manera mucho más acentuada en la mamografía. El gradiente económico es más aplanado en la citología que en la mamografía. La citología es 1,22 veces más frecuente en el quintil superior de riqueza que en el inferior. La mamografía es casi 9 veces más frecuente entre las mujeres más ricas que entre las más pobres (Cuadro 11).

El Gráfico 8 compara las diferentes inequidades para los dos exámenes. Claramente, la mamografía tiene menor nivel y mayor rango lo que implica cobertura menor e inequidades mucho más marcadas que la citología. Las inequidades son especialmente acentuadas por nivel de riqueza

CUADRO
11

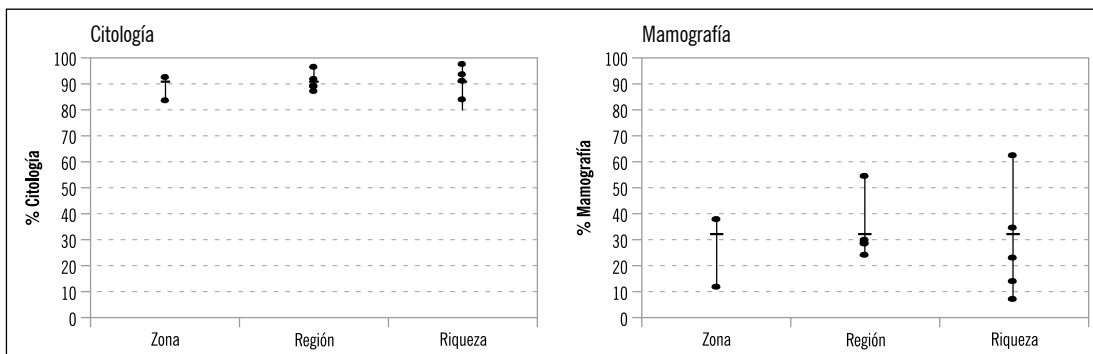
Inequidades exámenes de citología y mamografía
1990-2005

Tipo de inequidad	Citología		Mamografía	
	2005	Sig	2005	Sig
Zona				
p-value	88,4	0,00	272,1	0,00
Urbano	92,4		37,6	
Rural	83,5		11,6	
Urbano/Rural	1,11		3,24	
Región				
p-value	12,0	0,00	32,7	0,00
Atlántica	87,0		23,8	
Oriental	88,9		28,1	
Central	91,8		29,7	
Pacífica	89,4		28,6	
Bogotá	96,3		54,2	
Mejor/Peor	1,11		2,28	
Económica (Quintil de riqueza)				
p-value	71,0	0,00	267,2	0,00
q1	79,8		7,0	
q2	83,9		13,8	
q3	91,0		22,8	
q4	93,6		34,3	
q5	97,6		62,4	
q5/q1	1,22		8,95	
IC	0,026		0,288	
Total	90,5		31,9	

y luego por zona de residencia. Estos resultados plantean la necesidad de introducir esquemas operativos, ya sean jornadas especiales u otros mecanismos, que hagan posible aumentar la cobertura de la mamografía en zonas rurales y grupos pobres de población.

GRÁFICO
8

Inequidades en citología y mamografía.
2005



1.3.3.2. La reforma y el uso de servicios de salud sexual y reproductiva

El aseguramiento permite una mayor utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva: las mujeres aseguradas muestran mayores niveles de uso que las que no están aseguradas. El uso es mayor entre las afiliadas al régimen contributivo, luego al subsidiado y por último las no afiliadas. Por ejemplo, en el 2005, el 94,6% de las mujeres del país afiliadas al régimen contributivo tenía atención prenatal adecuada, mientras entre las

del subsidiado era el 82% y el 76% entre las no afiliadas (Cuadro 12). Diferenciales similares se observan en atención médica al parto (Cuadro 13) y citología (Cuadro 14). Sin embargo, los diferenciales son muy diferentes en el examen de mamografía. En este caso, las mujeres afiliadas al régimen contributivo tienen las mayores tasas de uso (50%), seguidas de lejos por las no afiliadas (16%) y las mujeres en el régimen subsidiado (12%). Estos grandes diferenciales en la mamografía por tipo de régimen podrían explicarse en términos de su inclusión en el POS

CUADRO
12

Atención prenatal adecuada por tipo de régimen
2000-2005 (%)

Nivel	2000				2005			
	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Subs/No afil	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Subs/No afil
Zona								
Urbano	94,1	80,3	80,7	0,99	95,1	85,0	81,9	1,04
Rural	75,8	66,7	65,9	1,01	90,5	77,2	65,0	1,19
Región								
Atlántica	90,3	75,0	72,4	1,04	93,1	78,9	71,1	1,11
Oriental	90,8	76,3	79,0	0,97	94,2	79,8	80,2	1,00
Central	87,7	68,9	77,7	0,89	95,4	84,2	76,2	1,10
Pacífica	94,7	73,5	72,9	1,01	95,5	84,2	70,3	1,20
Bogotá	94,9	85,3	82,2	1,04	94,7	83,8	91,4	0,92
Quintil de riqueza								
q1	61,1	63,3	57,7	1,10	85,5	72,9	58,5	1,25
q2	86,3	73,6	76,6	0,96	92,3	84,6	76,4	1,11
q3	92,1	84,6	84,3	1,00	92,3	88,4	86,5	1,02
q4	95,2	92,3	87,9	1,05	95,0	87,1	85,9	1,01
q5	96,5	81,7	83,0	0,98	97,5	84,7	92,2	0,92
q5/q1	1,58	1,29	1,44		1,14	1,16	1,58	
Total	91,3	74,5	76,1	0,98	94,6	81,9	76,0	1,08

CUADRO 13		Atención médica al parto por tipo de régimen						
		2000-2005 (%)						
Nivel	2000				2005			
	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Subs/No afil	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Subs/No afil
Zona								
Urbano	96,8	89,3	89,5	1,00	98,2	94,7	92,2	1,03
Rural	82,7	62,1	64,4	0,97	92,8	76,5	65,6	1,17
Región								
Atlántica	93,2	78,4	79,4	0,99	97,1	85,6	82,1	1,04
Oriental	95,5	79,5	85,7	0,93	98,1	88,7	89,8	0,99
Central	91,5	78,0	83,1	0,94	97,1	87,6	82,0	1,07
Pacífica	95,3	66,8	70,2	0,95	96,5	81,9	69,5	1,18
Bogotá	98,6	92,6	94,3	0,98	99,0	95,9	97,8	0,98
Quintil de riqueza								
q1	71,7	60,9	58,7	1,04	87,1	74,1	59,3	1,25
q2	91,3	78,0	81,6	0,96	95,7	92,2	87,8	1,05
q3	94,9	90,4	89,8	1,01	96,7	94,3	94,2	1,00
q4	97,4	97,7	95,5	1,02	98,9	97,0	94,7	1,02
q5	98,8	100,0	95,8	1,04	99,0	97,0	97,1	1,00
q5/q1	1,38	1,64	1,63		1,14	1,31	1,64	
Total	94,7	77,8	81,7	0,95	97,6	87,5	83,0	1,05

CUADRO 14		Examen de citología y mamografía por tipo de régimen						
		2000-2005 (%)						
Nivel	Citología				Mamografía			
	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Subs/No afil	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Subs/No afil
Zona								
Urbano	97,2	86,9	83,9	1,04	52,2	14,5	20,0	0,72
Rural	94,1	85,6	74,0	1,16	29,7	8,5	7,4	1,14
Región								
Atlántica	95,8	84,5	77,6	1,09	44,3	10,3	13,0	0,79
Oriental	97,4	85,4	78,6	1,09	48,9	12,9	15,6	0,83
Central	97,0	87,8	83,8	1,05	44,9	9,7	15,6	0,62
Pacífica	95,8	86,1	79,5	1,08	48,5	9,3	13,7	0,68
Bogotá	98,6	91,6	87,8	1,04	64,2	25,6	34,4	0,74
Quintil de riqueza								
q1	91,8	83,0	70,9	1,17	14,1	6,5	5,7	1,12
q2	92,4	85,8	75,5	1,14	23,1	12,4	10,7	1,15
q3	96,5	89,0	84,4	1,05	35,1	14,2	15,1	0,94
q4	96,5	88,4	87,8	1,01	41,2	18,4	23,2	0,79
q5	98,2	94,1	93,2	1,01	65,2	23,4	43,4	0,54
q5/q1	1,07	1,13	1,31		4,61	3,63	7,56	
Total	97,0	86,4	80,8	1,07	50,6	12,2	16,0	0,76

(Resolución 3384 del 2000, artículo 3) pero no así en el POSS. También son factores importantes los costos asociados a este examen, y la falta de una cultura sobre su importancia como medida preventiva del cáncer de mama.

Las diferencias a nivel agregado del país, esconden diferencias en su interior. Si se analiza el uso de los servicios de salud sexual y reproductiva por las variables de estratificación –zona, región y nivel de riqueza–, observamos que en 2005, el ré-

gimen subsidiado favoreció el uso de los servicios en los grupos de población que son su objetivo: las zonas rurales y los grupos más pobres (primer quintil de riqueza). Solamente en estos grupos, las mujeres afiliadas al régimen subsidiado tienen niveles de uso significativamente mayores que las no afiliadas. Las pobres en el subsidiado respecto a las pobres no afiliadas tienen 25% de uso más alto en atención médica al parto y atención prenatal adecuada y entre 12% y 17% en el caso de los exámenes de citología y mamografía (Cuadros 12 a 14). Esto indicaría que el régimen subsidiado cumple su labor focalizadora en el uso de estos servicios particulares de salud.

El uso de servicios de salud sexual y reproductiva entre las mujeres no aseguradas muestra mayores inequidades por zona, región y nivel de riqueza que la observada entre las afiliadas al régimen subsidiado o al régimen contributivo. Por ejemplo, en 2005, las mujeres del quintil superior de riqueza afiliadas al régimen subsidiado (RS) tenían 16% más de atención prenatal que las mujeres pobres del RS. Entre las no afiliadas, la relación entre ricas y pobres en la atención prenatal era de 1,58 (Cuadro 12). Similar situación se observa en la atención médica al parto y la citología (Cuadros 12 y 14). En el caso de la mamografía, las mayores inequidades económicas se observan entre las no afiliadas, seguidas por las afiliadas al régimen

contributivo y por último las del subsidiado. Claramente, el aseguramiento, y en particular el régimen subsidiado, alivian las inequidades en el uso de servicios de salud sexual y reproductiva.

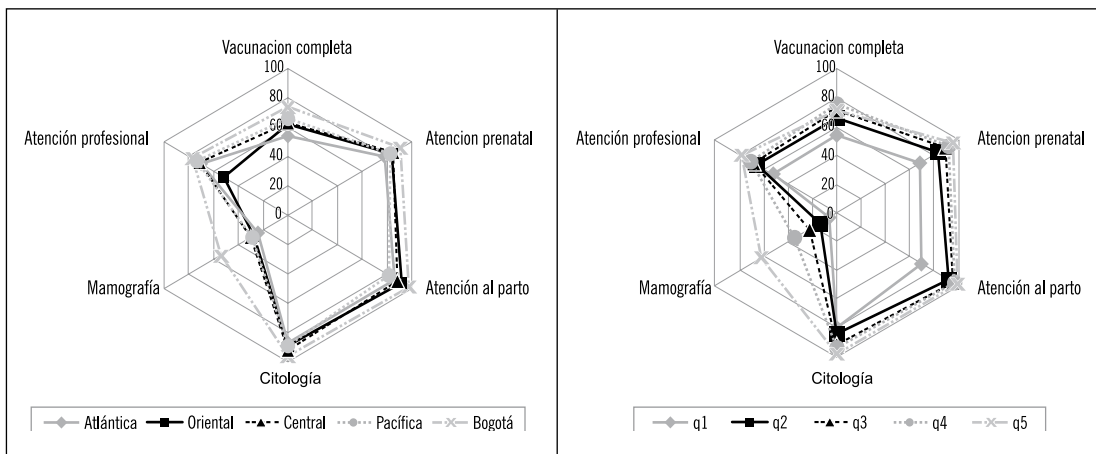
1.3.4. CONCLUSIONES

El uso de servicios de salud reproductiva (atención prenatal y médica al parto) ha aumentado significativamente en los últimos 15 años, acompañado de mejoras en la equidad por zona, regional y económica. Sin embargo, en el 2005 aún persistían inequidades en todas estas dimensiones, favorables a los grupos de mejor condición socioeconómica: zonas urbanas, regiones más desarrolladas y grupos más ricos. Contrario a la salud reproductiva, la cobertura en vacunación mostró un retroceso al inicio de la implementación de la reforma, pero ha iniciado su recuperación en los últimos años, sin llegar aún a las coberturas observadas hace 15 años.

De los servicios de salud considerados, la atención profesional, la vacunación y la mamografía son los servicios que tienen menores niveles de cobertura, al mismo tiempo que tienen las mayores inequidades regionales (Gráfico 9). De las inequidades consideradas, las económicas son las más importantes en todos los indicadores de uso de los servicios de salud. Las inequidades económicas en

GRÁFICO 9

Inequidades regionales y económicas en el uso de servicios de salud 2005



mamografía son las de mayor amplitud, mientras que las de citología son menores. Aunque el avance hacia la equidad económica en la prestación de los servicios de salud considerados ha sido significativo, en el 2005 se observaban todavía niveles de inequidad importantes, tanto a escala zonal, como de región y nivel de riqueza.

Los avances en equidad económica han estado relacionados con el reforma al sistema de salud, y en particular con la implementación de régimen subsidiado.

En general, se observa que hay una relación entre uso de los servicios y tipo de aseguramiento. Afiliados al régimen contributivo tienen el mayor uso de los servicios, seguidos por los afiliados al régimen subsidiado, mientras que los no afiliados son los de menor uso.

La afiliación al régimen subsidiado facilita el uso de los servicios, especialmente entre la población pobre. Los pobres afiliados al régimen subsidiado tienen mayor uso de servicios que los pobres no afiliados. Este efecto positivo se observa en todos los servicios de salud, siendo mayor en los servicios de salud general (Gráfico 10). Este hecho lleva a que el aseguramiento, y en especial al régimen subsidiado, contribuya a aliviar la inequidad económica en el uso de los servicios. La población no asegurada tiene

mayores inequidades económicas en el uso de los servicios de salud que la población afiliada al régimen contributivo.

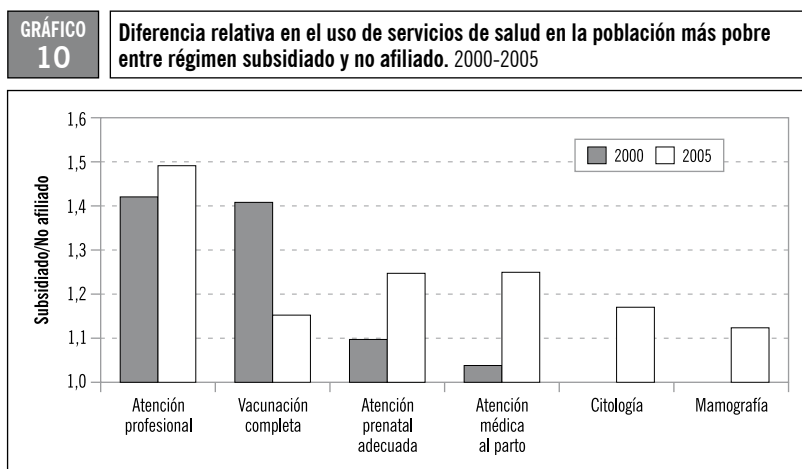
1.4. ESTADO DE SALUD

El estado de salud de la población es el objetivo último de todo sistema de salud. En este capítulo se analiza la tendencia en dos indicadores de salud infantil –mortalidad y desnutrición crónica en menores de 5 años– y dos indicadores de salud adulta –complicaciones al parto y posparto–.

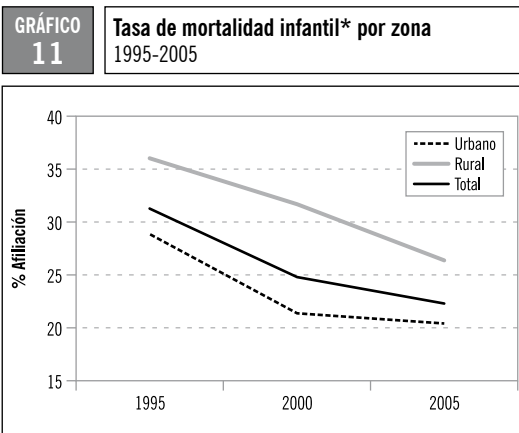
1.4.1. MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil es uno de los indicadores del estado de salud más utilizados. De acuerdo con estimativos basados en el registro de defunciones, sin ningún ajuste por subregistro, la mortalidad infantil observada en el país en el periodo 2000-2004 era de 18,6 por mil nacidos vivos (Medina, 2006). Profamilia (2005) estima la mortalidad infantil para el 2000-2005 es 19 por mil. Esta consistencia en los estimativos de dos fuentes diferentes, valida los resultados de cada una.

El Cuadro 8 indica que la mortalidad infantil –para los diez años anteriores a la encuesta– ha disminuido consistentemente en los últimos 10 años,



pasando de 31 a 22 por mil nacimientos entre 1995 y 2005 (Cuadro 15). La mortalidad infantil siempre ha mostrado inequidades en contra de las zonas rurales (Gráfico 11). La persistencia del diferencial rural/urbano puede ser explicado por el contexto desfavorable que se presenta en las zonas rurales en cuanto a disponibilidad de los servicios sanitarios, fuentes de abastecimiento de agua para consumo humano, condiciones de la vivienda, entre otros factores que constituyen el hábitat de los niños y estimulan a que este indicador sea mayor en el campo que en las urbes (Flórez y Nupia, 2001).



*Para los 10 años previos a la encuesta

CUADRO 15 Inequidades en la tasa de mortalidad Infantil** 1995-2005

Tipo de inequidad	Nivel de incidencia (%)					
	1995	Sig	2000	Sig	2005	Sig
Zona						
P-value*	4657664	0,00	9323008	0,00	21826560	0,00
Urbano	28,7		21,5		20,5	
Rural	36,0		31,7		26,4	
Rural/Urbana	1,25		1,47		1,29	
Región						
P-value*	15906304	0,00	8307968	0,00	19346944	0,00
Atlántico	33,9		30,2		23,6	
Oriental	23,6		25,6		19,6	
Central	30,4		20,0		19,8	
Pacífico	39,7		29,4		27,8	
Bogotá	26,8		17,4		21,9	
Peor/Mejor	1,68		1,74		1,42	
Género						
P-value*	4351744	0,00	6289664	0,00	23377920	0,00
Hombre	35,3		28,9		26,4	
Mujer	27,1		20,5		18,1	
Hombre/Mujer	1,30		1,41		1,46	
Económica (Quintil de riqueza)						
P-value*	30467584	0,00	31929344	0,00	92458496	0,00
q1	42,0		32,7		32,3	
q2	31,8		32,3		24,3	
q3	26,8		22,0		20,6	
q4	22,2		12,1		14,3	
q5	16,6		17,6		14,8	
q1/q5	2,5		1,9		2,2	
IC	-0,116		-0,109		-0,190	
Total	31,3		24,8		22,3	

* Test Likelihood de homogeneidad entre grupos

** Para los 10 años previos a la encuesta

Las inequidades¹⁹ por zona aumentan entre 1995 y 2000, pero en el año 2005 disminuyeron nuevamente. En el 2000, la mortalidad infantil fue casi 50% mayor en la zona rural que la urbana. En el 2005, la zona rural muestra una mortalidad infantil 30% mayor a la de la zona urbana. Sin embargo, las inequidades en 2005 seguían siendo mayores a las observadas en 1995. Este marcado diferencial, en contra de la zona rural, requiere entender los determinantes de la mortalidad infantil con el fin de poder diseñar programas tendientes a reducir los niveles tanto en zonas urbanas como rurales, pero especialmente en estas últimas.

Por región, existen inequidades que por lo general favorecen a las regiones más desarrolladas. Sin embargo, las inequidades regionales han disminuido, especialmente durante los últimos cinco años, y en particular en las regiones Oriental y Pacífica (Cuadro 15). En el 2005, Bogotá, de mayor nivel de desarrollo, no es la región de menor mortalidad infantil, lo cual puede deberse a la creciente población desplazada que la capital recibe como consecuencia del conflicto armado que vive el país.

Aunque la mortalidad infantil es mayor entre las niñas que en los niños, no puede afirmarse que existe inequidad. Dados los factores biológicos, es de esperarse que la mortalidad infantil sea menor en las mujeres que en los hombres (Flórez y Nupia, 2001). Sin embargo, en los últimos 10 años, la mortalidad infantil ha disminuido más en las mujeres que en los hombres, lo cual ha llevado a incrementar el diferencial por sexo. Mientras en 1995, los hombres tenían una mortalidad infantil 30% mayor a la de las mujeres, en el 2005 el diferencial es de 46%. Probablemente esto se deba a que intervienen factores no solo biológicos sino socioeconómicos. Se requeriría un análisis más detallado, que traspasa los objetivos de este documento, para entender el fenómeno.

La mortalidad infantil muestra inequidades económicas marcadas, favorables a los grupos

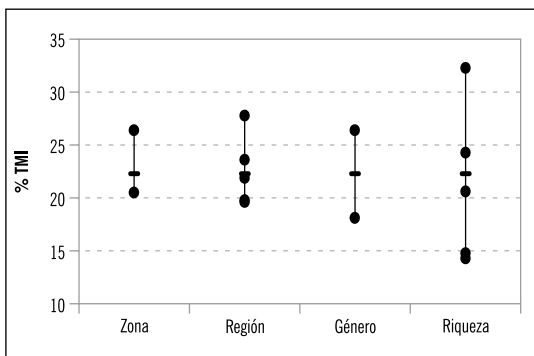
de mayor nivel de riqueza. Consistentemente, la población en los quintiles más pobres tiene una mayor mortalidad que la población de los quintiles superiores. Este comportamiento es de esperarse dado que los quintiles de ingreso superiores se caracterizan por tener conductas más saludables, tales como uso apropiado de los servicios preventivos y curativos, prácticas sanitarias y alimentarias adecuadas, mejor cuidado de los niños, entre otras, que hacen que tengan menores tasas de mortalidad en los infantes (Flórez y Nupia, 2001). Sin embargo, la mortalidad infantil ha descendido más en los grupos más pobres que en los más ricos, llevando a un leve descenso en el diferencial por riqueza en los últimos 10 años. En 1995, el grupo en el quintil inferior del nivel de riqueza tenía una mortalidad 2,5 veces mayor a la del quintil superior. En el 2005, la relación era 2,2.

Las inequidades económicas son marcadas tanto en las zonas urbanas como rurales, siendo mayores en la zona urbana que en la rural. Los grupos urbanos de mayor nivel de riqueza tenían en el 2005 una mortalidad infantil 2,8 veces la de los más pobres urbanos. En la zona rural, el diferencial es de 1,5. Así, a pesar de los mayores niveles de mortalidad infantil observados en las zonas rurales, las inequidades en su interior son menores. Las zonas rurales tienen mayor mortalidad infantil pero menos diferencias entre grupos socioeconómicos.

En el 2005, las mayores inequidades en la tasa de mortalidad infantil se observan por nivel de riqueza (Gráfico 12). Los quintiles superiores (cuarto y quinto) están muy por debajo del promedio nacional, mientras que el quintil más pobre está muy por encima. Las inequidades regionales son las menores, mientras que las inequidades por género son tal vez más importantes que las observadas por zona urbana rural. Estos resultados sugieren la necesidad de estudios multivariados que ayuden a entender los determinantes socioeconómicos de las inequidades que actualmente se observan.

¹⁹ Debido a que las variables de estado de salud analizadas son negativas (mortalidad, enfermedades), la razón de extremos para medir inequidad se toma como la relación entre la tasa más alta y la más baja, como el quintil inferior y el superior.

GRÁFICO 12 Inequidades en la tasa de mortalidad infantil* 2005



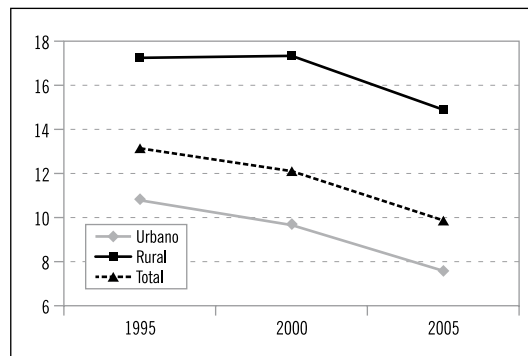
*Para los 10 años previos a la encuesta

1.4.2. DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL

La desnutrición crónica²⁰ infantil muestra un leve descenso al pasar de 13% a 9,9% entre 1995 y 2005. Las zonas urbanas siempre han mostrado un menor nivel de desnutrición infantil, evidenciando inequidades por zona favorables a la urbana. La tendencia decreciente en la desnutrición infantil en el país es común a zonas urbanas y rurales. Sin embargo, el descenso ha sido mayor en la zona urbana, lo cual ha llevado a una ampliación de las inequidades (Gráfico 13). En el 2005, la desnutrición infantil en las zonas rurales es el doble a la observada en la zona urbana; mientras en 1995 el diferencial era de 1,6 (Cuadro 16).

La desnutrición infantil tiende a ser un poco mayor entre los niños que las niñas. Por el contrario, existen inequidades marcadas en desnutrición infantil por nivel de riqueza, desfavorable a los grupos más pobres. Estas inequidades han aumentado significativamente en los últimos cinco años. En el 2000, el grupo del quintil inferior de riqueza tenía un nivel de desnutrición infantil 4,47 veces el observado en el quintil superior. En el 2005, el diferencial llega a ser de 8. Es decir, la inequidad económica prácticamente se dobla

GRÁFICO 13 Desnutrición crónica infantil por zona 1995-2005



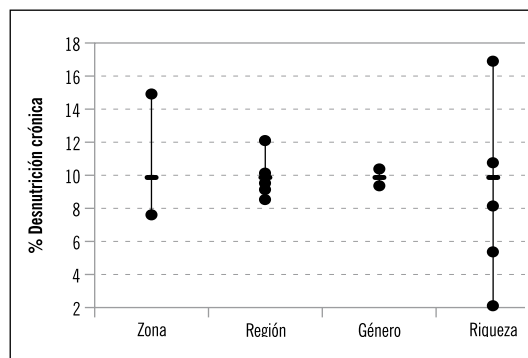
entre el 2000 y el 2005. Igualmente, el IC se aleja de cero (Cuadro 16).

El Gráfico 14 resume las inequidades por zona, región, género y riqueza en el 2005, para la desnutrición crónica infantil. Claramente, las inequidades económicas son las más marcadas –un mayor rango– seguidas por las inequidades por zona de residencia.

1.4.3. SALUD MATERNA

Como indicadores de salud materna se consideran las complicaciones al parto²¹ y posparto²².

GRÁFICO 14 Inequidades en desnutrición crónica 2005



²⁰ La desnutrición crónica se analiza para los niños menores de 5 años, medida como desviaciones estándar de la mediana de un patrón internacional de referencia de altura para la edad.

²¹ Excluye labor prolongada y sangrado excesivo debido a posibles sesgos de percepción. Para mayor detalle ver 'Documento metodológico' (Flórez y Sotos, 2006).

²² Con fines de comparabilidad, se excluye depresión posparto.

CUADRO 16		Inequidades en desnutrición crónica (<5 años) 1995-2005				
Tipo de inequidad	1995	Sig	2000	Sig	2005	Sig
Zona						
p-value	232,1	0,00	364,6	0,00	777,2	0,00
Urbano	10,8		9,7		7,6	
Rural	17,3		17,3		14,9	
Rural/Urbana	1,59		1,79		1,96	
Región						
p-value	31,4	0,00	11,9	0,31	27,5	0,03
Atlántica	13,7		10,3		12,1	
Oriental	11,8		11,2		9,1	
Central	12,1		13,2		8,5	
Pacífica	15,0		13,7		10,1	
Bogotá	13,4		12,4		9,5	
Peor/Mejor	1,28		1,33		1,42	
Género						
p-value	35,1	0,06	0,0	0,83	27,7	0,10
Hombre	14,1		12,2		10,4	
Mujer	12,2		12,0		9,4	
Hombre/Mujer	1,15		1,02		1,11	
Índice de riqueza						
p-value	276,1	0,00	238,9	0,00	476,5	0,00
q1	21,2		19,6		16,9	
q2	15,0		14,6		10,8	
q3	12,0		10,3		8,1	
q4	6,2		6,6		5,3	
q5	5,1		4,4		2,1	
q1/q5	4,16		4,47		8,04	
IC	-0,256		-0,248		-0,285	
Total	13,1		12,1		9,9	

Ambos se refieren a las madres de los nacidos vivos durante los cinco años previos a la encuesta.

Las incidencias de complicaciones al parto y posparto no han cambiado significativamente entre 2000 y 2005. Las complicaciones al parto están presentes en el 10% de los nacimientos de los últimos cinco años, mientras que la incidencia de las complicaciones posparto es mucho mayor, 35% (Cuadro 17). El nivel de las complicaciones posparto en el 2005 podría considerarse alto, al mismo tiempo que no se observan cambios significativos en los últimos años. Esto se da a pesar de la alta incidencia de la atención médica (institucional) al parto (90%), junto con los esfuerzos estatales para un mayor cumplimiento de la normativa al respecto, y el plan de choque de mortalidad materna formulado en septiembre de 2004 (Flórez y Ruiz, 2006). Este hecho, podría

relacionarse con una baja duración de la estancia institucional al parto, "de manera que la madre es dada de alta antes de estabilizarse y las complicaciones se presentan en momentos en que hay un recién nacido que está demandando atención" (Flórez y Ruiz, 2006; p. 114).

Las zonas rurales muestran mayor incidencia de las complicaciones posparto, mientras que no hay diferencias significativas entre zonas en las complicaciones al parto. Por región, no hay relación clara entre nivel de desarrollo socioeconómico de la región y las variables de salud materna. Así, Bogotá no es la región de menor incidencia de estos indicadores. Por el contrario, en el 2005 Bogotá fue la región de mayor incidencia de complicaciones posparto. Sin embargo, las diferenciales entre regiones tienden a disminuir durante los últimos cinco años.

CUADRO 17 Inequidades en complicaciones al parto y posparto. 2000-2005

Tipo de inequidad	Complicaciones al parto (%)				Complicaciones posparto (%)			
	2000	Sig	2005	Sig	2000	Sig	2005	Sig
Zona								
p-value	0,7	0,40	0,1	0,731	5,1	0,02	3,3	0,071
Urbano	8,7		9,9		35,2		34,9	
Rural	9,7		10,2		40,2		37,4	
Rural/Urbana	1,12		1,03		1,14		1,07	
Región								
p-value	3,2	0,015	2,0	0,094	8,6	0,00	4,3	0,00
Atlántica	10,2		8,7		39,0		32,4	
Oriental	8,3		11,5		37,3		35,8	
Central	7,3		10,9		32,6		37,9	
Pacífica	12,5		8,9		46,5		32,5	
Bogotá	7,3		9,9		28,5		40,0	
Peor/Mejor	1,71		1,32		1,63		1,23	
Económica (Quintil de riqueza)								
p-value	0,6	0,647	0,3	0,873	5,1	0,00	0,6	0,672
q1	9,9		10,5		43,3		36,8	
q2	9,8		9,5		37,5		35,9	
q3	8,4		10,2		35,5		36,2	
q4	7,9		10,0		32,4		34,6	
q5	8,5		9,4		32,6		33,8	
q1/q5	1,17		1,13		1,33		1,09	
IC	-0,044		-0,013		-0,064		-0,019	
Total	9,0		10,0		36,6		35,6	

Contrario a lo esperado, la incidencia de complicaciones al parto y posparto no evidencia inequidades económicas (Cuadro 17). Es decir, no hay diferencias entre grupos por nivel de riqueza en la incidencia de estos dos indicadores. Con excepción de complicaciones posparto en el 2000, las diferencias que se observan por riqueza no son estadísticamente significativas. Esto implicaría que, independientemente del nivel de riqueza, las madres con hijos en los últimos cinco años, han recibido la atención adecuada según el caso.

Estos resultados se evidencian más claramente cuando se comparan los diferentes tipos de inequidades. El Gráfico 15 muestra que, contrario a todos los indicadores hasta ahora analizados, las inequidades en complicaciones al parto y posparto son mayores por región que por nivel de riqueza o por zona. Aunque el nivel de incidencia es mayor en complicaciones posparto que al parto, el rango en ambos indicadores es mucho más amplio entre regiones que por riqueza. Claramente hay otros factores, diferentes a la riqueza

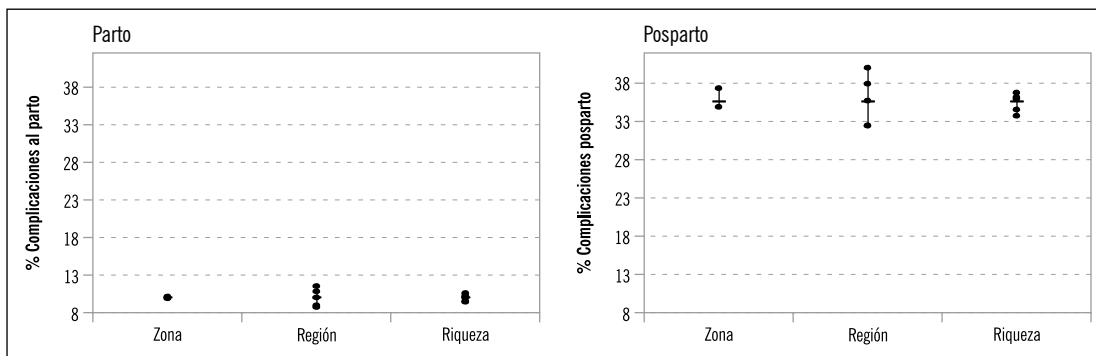
que determinan el estado de salud materna. Se requieren análisis multivariados que sobrepasan los objetivos de este documento.

1.4.4. CONCLUSIONES

Los indicadores del estado de salud infantil, la mortalidad infantil y la desnutrición crónica han mejorado durante los últimos años. Sin embargo, los indicadores de salud materna, complicaciones al parto y posparto, no muestran cambios significativos durante los últimos años. Los indicadores de salud infantil evidencian inequidades por zona, región y nivel socioeconómico, favorable a los grupos de mejor condición socioeconómica: zonas urbanas, regiones más desarrolladas y grupos más ricos. En el caso de salud materna, por el contrario, no hay evidencia de la existencia de inequidades económicas, aunque si existen inequidades regionales.

De los indicadores del estado de salud considerados, las complicaciones posparto tienen una

GRÁFICO 15 Inequidades en complicaciones al parto y posparto 2005

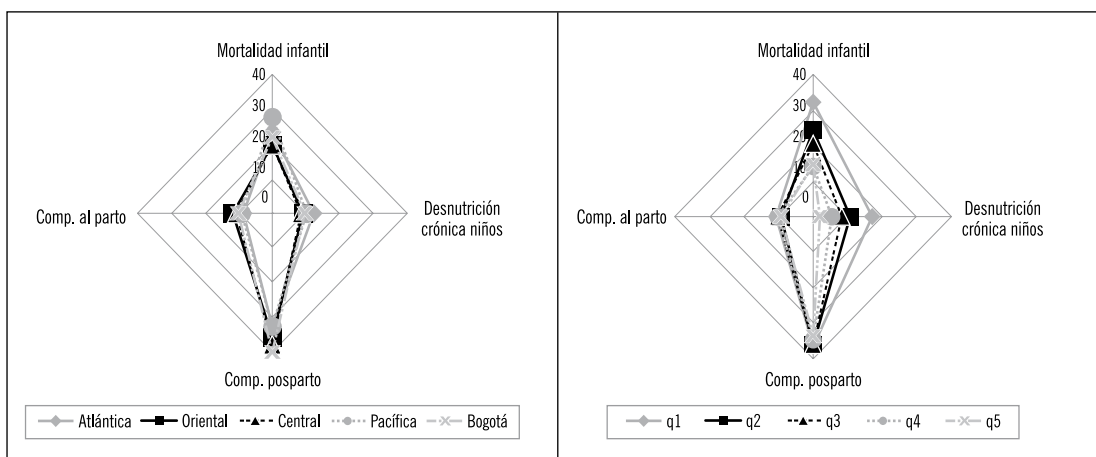


incidencia más significativa, mientras que la mortalidad infantil y la desnutrición crónica son las de mayor inequidad económica (Gráfico 16).

A pesar de que hace más de 10 años se empezó a implementar la reforma de salud, los indicadores del estado de salud no han cambiado significativamente. Hay varias posibles explicaciones al respecto que pueden actuar simultáneamente. En primer lugar, el aseguramiento, aunque necesario, no es suficiente para influir en el estado de salud. Los indicadores del estado de salud dependen de muchos otros factores además del aseguramiento, entre los cuales están ingresos, contexto, condiciones de la vivienda y el hogar. Durante el periodo de análisis está incluida la fuerte crisis

económica que sufrió el país entre 1996 y 1999, que, como varios estudios lo han demostrado, influyó negativamente en los ingresos y las condiciones de calidad de vida de los hogares. En segundo lugar, es probable que los indicadores de salud considerados sean de más largo plazo que el tiempo que ha transcurrido desde la reforma. En tercer lugar, es probable que la calidad de los servicios de salud sea baja y no se generen efectos importantes en el estado de salud. Con el fin de analizar adecuadamente el impacto de la reforma sobre indicadores del estado de salud, se requieren técnicas apropiadas que controlen por características socioeconómicas y demográficas de los diferentes grupos poblacionales. Ese análisis traspasa los objetivos de este documento.

GRÁFICO 16 Inequidades regionales y económicas en indicadores del estado de salud 2005



1.5. INEQUIDADES DEPARTAMENTALES

En el país se observan grandes inequidades geográficas, en contra de los departamentos más pobres, en todos los componentes del acceso a los servicios de salud, a saber: afiliación, uso de servicios de salud y estado de salud. La peor situación en cuanto al nivel de uso de los servicios y estado de salud tiende a encontrarse en los departamentos de La Guajira, Chocó y Caquetá, que están entre los de menor nivel de desarrollo (Cuadro 18).

En general, hay una relación positiva entre cobertura en aseguramiento y el nivel de desarrollo socioeconómico del departamento. Los departamentos de mayor nivel de desarrollo, como son Bogotá, Valle y Antioquia, están en el grupo de mayor cobertura, por encima del promedio nacional, mientras que los de menor nivel de desarrollo están por debajo de la cobertura del promedio nacional. Sin embargo, la importancia del régimen subsidiado en el nivel de afiliación debilita estas relaciones, evidenciando el papel crucial que desempeña el régimen subsidiado en el logro de ampliación de cobertura y mayor equidad geográfica en el sistema.

El nivel de atención profesional en salud a lo largo del país en general no muestra una relación entre necesidad y atención, con excepción de los antiguos territorios nacionales. Santander y Norte de Santander son los dos departamentos de menor nivel de atención profesional y a la vez los de mayor necesidad sentida. Magdalena y Cesar que tienen altos niveles de incidencia de enfermedad, tienen niveles medio bajo de atención profesional. Por el contrario, Nariño es uno de los departamentos de mayor nivel de atención en salud y al mismo tiempo de los de menor incidencia de enfermedad. Claramente, los departamentos con más necesidad no reciben la mayor atención profesional en salud.

La peor situación en cuanto a cobertura en el uso de todos los servicios de salud se encuentra en La Guajira, Chocó y Caquetá, caracterizados por ser

también los de menor nivel de desarrollo socioeconómico. Por el contrario, Bogotá y los departamentos de la zona Cafetera central, de mayor nivel de desarrollo socioeconómico, tienen las mejores coberturas en el uso de los servicios de salud.

El uso de los servicios de salud, con excepción del examen de mamografía, tiene niveles similares o mayores al nivel de afiliación, indicando que la población vinculada tiene acceso real a los servicios de salud, especialmente a los de salud materna. De igual forma, con excepción del examen de mamografía, el uso de los servicios de salud muestra inequidades geográficas similares, que no superan una relación de extremos de 2. En todos los departamentos se observa una relación positiva entre nivel de afiliación y uso de los servicios, evidenciando la importancia de la afiliación en el uso real de los servicios de salud.

De los servicios de salud analizados, solo el examen de mamografía presenta niveles bajos de uso, menor a los de afiliación, pero con niveles muy altos de inequidad geográfica. Esto evidencia la necesidad de reforzar los programas de salud sexual y reproductiva que enfatizan la importancia de la mamografía como medio para prevenir el cáncer de mama.

Las inequidades geográficas observadas en el estado de salud son significativamente mayores a las observadas en el uso de los servicios, con relación de extremos entre 2 y 8. Similar al uso de los servicios, las condiciones de los indicadores de estado de salud están relacionadas con el nivel de desarrollo del departamento, y en gran parte con los niveles de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Así, La Guajira y Chocó son los departamentos con el estado de salud más bajo, mientras que los departamentos de la región Oriental son los más favorecidos. Por otra parte, aquellos con mayor acceso al sistema (afiliación y uso de los servicios) tienen mejores indicadores del estado de salud.

Los resultados indican que las inequidades sociales van de la mano con las inequidades geo-

Región	Departamento	Acceso		Necesidad	Uso de los servicios de salud							Estado de salud			
		Afiliación	Enfermedad declarada últimos 30 días		Atención profesional de salud	Atención prenatal adecuada	Atención médica al parto	Esquema completo de vacunación	Citología vaginal alguna vez	Mamografía alguna vez	Mortalidad infantil (< 1 año)	Estatura para la edad. < 5 años	Complicaciones parto	Complicaciones posparto	
Atlántica	Atlántico	63,9	9,6	77,1	87,2	93,9	45,3	87,2	32,3	18,8	8,9	8,0	24,6		
	Bolívar	60,7	12,8	70,7	85,0	90,4	59,4	85,2	23,7	16,1	12,5	4,3	24,4		
	Cesar	60,7	17,8	59,2	78,1	73,4	67,3	89,3	15,9	28,8	9,9	12,8	45,4		
	Córdoba	50,3	9,1	73,0	73,4	80,7	50,4	87,5	15,6	27,9	13,4	6,9	32,1		
	La Guajira	58,8	12,9	62,6	63,3	73,0	40,5	89,1	25,4	33,0	21,1	20,1	51,0		
Oriental	Magdalena	54,2	15,7	67,8	69,7	76,7	49,9	85,8	22,3	27,4	14,7	10,3	35,2		
	Sucre	58,7	11,8	74,0	82,6	91,7	68,7	88,3	23,0	27,2	8,8	7,3	38,5		
	Boyacá	77,6	12,2	66,2	75,9	85,5	44,7	85,3	24,5	20,0	17,3	12,0	34,3		
	Cundinamarca	80,2	12,7	68,7	88,2	96,4	56,6	89,0	29,2	19,8	7,5	11,6	34,6		
	Meta	62,2	11,0	64,3	79,2	89,1	56,6	93,4	26,6	21,2	7,1	7,7	24,2		
Bogotá	Nie Santander	53,3	29,5	43,1	85,2	86,1	75,8	86,2	27,8	24,6	8,6	13,4	45,3		
	Santander	72,0	26,9	44,6	87,6	93,4	72,0	93,2	43,0	14,3	5,9	11,1	35,6		
	Bogotá	79,9	13,3	77,3	90,9	97,3	73,5	96,3	54,2	21,9	9,5	9,9	40,0		
	Antioquia	70,6	12,6	69,3	86,7	89,2	60,0	94,5	35,5	17,6	8,5	11,8	39,9		
	Caldas	68,0	9,8	79,5	90,1	91,9	68,8	89,8	27,2	17,5	8,4	10,0	46,1		
Central	Caquetá	58,3	9,6	73,4	65,7	55,4	46,9	81,7	9,7	31,0	8,8	9,4	31,2		
	Huila	57,1	10,9	85,7	82,3	83,5	74,8	86,7	24,9	25,6	11,3	9,9	25,1		
	Quindío	67,6	13,5	74,9	93,3	97,3	71,8	92,8	35,5	11,0	6,7	9,9	28,3		
	Risaralda	61,9	9,4	77,2	90,5	97,3	74,0	93,0	28,8	16,9	5,6	11,8	50,2		
	Tolima	61,2	10,5	63,0	79,9	82,5	55,8	88,0	16,1	24,8	5,9	8,8	32,7		
Pacífica	Cauca	56,9	9,8	69,7	73,0	57,3	46,9	79,4	15,5	33,5	13,4	7,8	34,4		
	Chocó	61,1	13,9	57,5	70,7	51,4	57,2	90,3	19,3	35,6	6,2	13,3	36,5		
	Nariño	74,8	8,8	81,3	79,8	77,9	79,2	86,6	15,8	29,0	18,3	12,1	42,4		
	Valle	68,8	11,2	74,0	89,6	91,7	69,8	92,5	36,7	24,2	4,8	7,5	27,4		
	Orinoquia	68,6	12,9	79,4	85,7	93,7	69,6	84,9	24,8	18,2	4,8	5,9	31,7		
Amazonia	Amazonia	78,8	16,1	77,2	79,7	90,1	71,3	91,8	38,0	16,5	7,4	10,1	41,0		
	Total nacional	68,1	13,2	67,5	84,3	87,5	62,7	90,5	31,9	22,3	9,9	10,0	34,6		
Relacion extremos (max/min)		1,59	3,36	1,99	1,47	1,89	1,96	1,21	5,62	3,24	4,35	4,65	2,11		

CUADRO 18
Incidencia de las variables de salud por departamento. 2005

Avances y desafíos de la equidad

en el sistema de salud colombiano

gráficas, tanto en el uso de los servicios de salud como en el estado de salud: los departamentos de menor nivel de desarrollo son los de menor cobertura en los servicios de salud y los de mayor incidencia de peores estados de salud. Así, los departamentos que están peor en condición social, están también peor en el uso de los servi-

cios de salud y en estado de salud. Esto sugiere la importancia de focalizar geográficamente la prestación de los servicios hacia las regiones más pobres con el fin de avanzar en equidad y universalidad, tanto en el uso real de los servicios como en el estado de salud.