

**CONDICIONANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS
DE SALUD EN LA POBLACIÓN DE CARTAGENA DE
INDIAS. SEGUNDO PERIODO 2006**

AURA MARIA MEDINA FUENTES

MARIA MARGARITA MURILLO IBAÑEZ

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.
2008**

**CONDICIONANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS
DE SALUD EN LA POBLACIÓN DE CARTAGENA DE
INDIAS. SEGUNDO PERIODO 2006**

AURA MARIA MEDINA FUENTES
MARIA MARGARITA MURILLO IBAÑEZ

ASESOR:

LUIS REINALDO ALVIS ESTRADA

Economista Msc. (C)

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para obtener el
título de Economista.

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLIVAR
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMA DE ECONOMÍA
CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C.
2008

Cartagena de Indias D. T y C, 23 de Noviembre de 2007.

Señores:

COMITÉ EVALUACION DE PROYECTO DE GRADO

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativa

Universidad Tecnológica de Bolívar

Ciudad

Respetados Señores:

Atentamente me dirijo a ustedes para informarle que he asesorado a las señoritas **MARIA MARGARITA MURILLO IBÁÑEZ Y AURA MARIA MEDINA FUENTES**, estudiantes del programa de economía, quienes han elaborado el trabajo de grado titulado: “CONDICIONANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACION DE CARTAGENA DE INDIAS. 2006”, a juicio de este servidor, el trabajo desarrollado por mis asesorados reúnen los requisitos básicos que les permiten optar su título profesional.

Atentamente,

LUIS REINALDO ALVIS ESTRADA

Candidato a Magíster en Salud Pública Universidad Nacional

Consultor Centro de Consultaría y Servicio –CCS. Universidad del Norte.

Docente Cátedra Facultad de Psicología Universidad San Buenaventura

Docente Cátedra Facultad de Medicina Universidad de Cartagena

Cartagena de Indias D. T y C, 23 de Noviembre de 2007.

Señores:

COMITÉ EVALUACION DE PROYECTO DE GRADO

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativa

Universidad Tecnológica de Bolívar

Ciudad

Respetados Señores:

Por medio de la presente nos permitimos poner a su consideración y aprobación, el estudio y evaluación de nuestro trabajo de grado titulado: ***“CONDICIONANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACION DE CARTAGENA DE INDIAS. 2006”***.

Este trabajo se presenta con el fin de optar el título de Economista.

Atentamente,

Maria M. Murillo Ibáñez

Cod: 0112009

Aura M. Medina Fuentes

Cod: 0112502

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	13
0.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
0.2. OBJETIVOS.....	19
0.2.1. OBJETIVO GENERAL	19
0.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	19
0.3. JUSTIFICACIÓN.....	20
0.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	21
0.4.1. DELIMITACIÓN FORMAL.....	21
0.4.1.1. Delimitación Espacial	21
0.4.1.2. Delimitación Temporal	21
0.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	22
0.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE	22
0.5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES	22
0.6. MARCO DE REFERENCIA	23
0.6.1. MARCO DE ANTECEDENTES	23
0.6.2. MARCO TEÓRICO	25
0.6.3. MARCO CONCEPTUAL.....	28
0.7. HIPOTESIS	31
0.8. DISEÑO METODOLOGICO.....	32
0.8.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	32
0.8.2. POBLACIÓN	33
0.8.3. TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN	35
1. Capítulo I: RESULTADOS.....	36
1.1. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LOS ENCUESTADOS.	37
1.2. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS EN CUANTO A LA NECESIDAD EN SALUD PERCIBIDA.	40
1.3. CONDICIONES DE ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA DE LOS HOGARES ENCUESTADOS.....	41
1.4. CARACTERISTICAS DE LA ATENCION EN SALUD QUE RECIBEN LOS HOGARES ENCUESTADOS.	44
1.5. ANALISIS ECONOMETRICO.	49
1.5.1. Accesibilidad a los servicios de salud del sistema formal ...	50

1.5.2.	Utilización del servicio de consulta medica	52
1.5.3.	Utilización del servicio de urgencias	54
2.	DISCUSION.....	56
I.	CONCLUSIONES.....	61
II.	RECOMENDACIONES.....	62
	BIBLIOGRAFIA	63
	ANEXOS.....	65

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Acceso al sistema formal en la solución de problemas de salud de los hogares encuestados según condición de afiliación en salud. 2006.	37
Figura 2. Acceso al sistema formal en la solución de problemas de salud de los encuestados según nivel de escolaridad. 2006.....	38
Figura 3. Razones por la cual los hogares encuestados no acceden a los servicios de salud según tipo de afiliación en salud. 2006.....	39
Figura 4. Estado de salud percibido por los encuestados según condición de afiliación. 2006.....	40
Figura 5. A quien acuden los encuestados para solucionar problemas de salud, según condición de afiliación. 2006.....	41
Figura 6. Transporte que utilizan los encuestados para acudir a las instituciones de salud, según condición de afiliación. 2006.....	42
Figura 7. Tipo de instituciones prestadoras de servicios de salud a las que acuden los encuestados, según condición de afiliación. 2006.....	43
Figura 8. Ubicación de las instituciones prestadoras de servicios de salud a las que acuden los encuestados, según condición de afiliación. 2006.	44
Figura 9. Percepción del estado de salud de los encuestados después de recibir el servicio, según condición de afiliación. 2006.....	45
Figura 10. Negación de la atención en salud cuando ha sido solicitada por los encuestados, según condición de afiliación. 2006.	46
Figura 11. Razones de la Negación de la atención en salud, según condición de afiliación. 2006.....	47
Figura 12. Solución de la necesidad luego de haber recibido la atención en salud, según condición de afiliación. 2006.....	48
Figura 13. Servicio mas utilizado por los encuestados, según condición de afiliación. 2006.....	48

Figura 14. Alternativas de los encuestados ante la negación del servicio, según condición de afiliación. 2006. 49

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores de equidad en el acceso a los servicios de salud antes y después de la reforma. Colombia	15
Tabla 2. Indicadores de equidad en el acceso a los servicios de salud antes y después de la reforma. Colombia	32
Tabla 3. Ponderación de las encuestas a realizar.....	34
Tabla 4. Características de los encuestados según afiliación en salud y estrato socioeconómico. 2006	36
Tabla 5. Razones por la cual no acceden a los servicios de salud los encuestados. 2006.....	38
Tabla 6. Cercanía medida en tiempo en llegar a las instituciones de salud a las que asisten los encuestados. 2006	44
Tabla 7. Codificación de las variables.	50
Tabla 8. Clasificación del Modelo de acceso al sistema de salud.	51
Tabla 9. Modelo logit del acceso al sistema formal de salud.....	52
Tabla 10. Variables in la Ecuación del modelo de acceso al sistema formal de salud.	52
Tabla 11. Modelo de utilización de la consulta medica.....	53
Tabla 12. Modelo logit de la utilización de la consulta médica	53
Tabla 13. Significación de las Variables en la Ecuación del modelo de utilización de la consulta médica.....	54
Tabla 14. Modelo de utilización de la consulta medica.....	54
Tabla 15. Modelo logit de la utilización del servicio de urgencias.....	55
Tabla 16. Variables en la Ecuación del modelo de utilización del servicio de urgencias.	55
Tabla 17. Prueba Chi Square Aseguramiento en salud y Acceso al sistema de salud	65

Tabla 18. Chi Square Tests Escolaridad y Acceso al sistema de salud	65
Tabla 19. Chi Square Tests tipo de afiliación y razones de no Acceso	65
Tabla 20. Chi Square Tests Condición de asegurado en salud y percepción del estado de salud.....	66
Tabla 21. Chi Square Tests Tipo de afiliación en salud y persona a quien acude en caso de enfermar	66
Tabla 22. Chi Square Tests Tipo de afiliación en salud y tipo de transporte que utiliza para ir las instituciones prestadoras de servicios de salud	66
Tabla 23. Chi Square Tests condición de asegurado en salud y negación de la atención en salud.....	66
Tabla 24. Chi Square Tests Tipo de afiliación en salud y razones de la negación de la atención en salud.....	67
Tabla 25. Prueba Chi cuadrado (X^2) Tipo de afiliación en salud y solución de la necesidad.....	67
Tabla 26. Chi Square Tests Condición de aseguramiento en salud y los servicios de salud utilizados	67
Tabla 27. Hosmer and Lemeshow Test del modelo de acceso al sistema formal de salud	67
Tabla 28. Hosmer and Lemeshow Test del modelo de utilización de la consulta médica.....	68
Tabla 29. Hosmer and Lemeshow Test del modelo de utilización de urgencias	68

RESUMEN

Objetivo Estimar la relación entre el acceso a los servicios de salud, medido a partir de la utilización de los mismos, y las características socioeconómicas de los cartageneros. **Método** Estudio transversal explicativo sobre una muestra de 276 personas encuestadas cual fue estratificada según tipo de afiliación teniendo en cuenta que la distribución de los habitantes por su tipo de afiliación no es homogénea según la dirección de aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud. Los datos fueron tabulados y procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 11.0 y Excel2000®. **Resultados** Las pruebas de asociación y los modelos de regresión logística binaria mostraron que el aseguramiento determina el acceso a los servicios de salud del sistema y la utilización del servicio de consulta médica. Los resultados econométricos señalan al aseguramiento y el estado civil como determinantes de la accesibilidad. La escolaridad, la percepción de la salud y la posición ocupacional resultaron ser no significativas. **Conclusiones** El aseguramiento otorga beneficios percibidos por los usuarios de manera que se recomiendan tomar medidas encaminadas a procurar aumentar la cobertura.

INTRODUCCION

Entre los mayores retos de los sistemas de salud vigentes en el mundo, se encuentra el de garantizar la equidad en el acceso y uso de servicios de salud, especialmente en países con altos niveles de pobreza y desigualdad de ingresos como el nuestro. La presencia del seguro es una de las tácticas adoptadas en la Reforma en Salud (Ley 100), ya que motiva el acceso a los servicios y rompe con las barreras económicas, consideradas como los obstáculos más significativos. Sin embargo, las evidencias nacionales muestran que la presencia de seguro no evidencia igualdad en el acceso, debido a que no resulta efectivo a la hora de remover otro tipo de condicionantes como las ecológicas, culturales y organizativas.

En tal sentido, el presente estudio pretende evaluar la accesibilidad a los servicios de salud identificando posibles determinantes en los hogares de Cartagena de indias y estableciendo diferencias entre ellos y así mismo conocer el grado de alcance que puede representar el aseguramiento.

0.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En América Latina, aunque se han logrado notables ganancias en mejorar la salud general de la población en la región en los últimos decenios, las inequidades entre grupos de población permanecen e incluso tienden a aumentar. Existen pruebas documentadas en la existencia y la magnitud de inequidades en la salud y la atención de salud, donde quién está en mayor desventaja es el pobre, la población rural, el desempleado, los trabajadores en el sector informal en general y las mujeres en particular. Hay también extensa evidencia sobre la relación entre la privación socioeconómica y el menor acceso y uso de los servicios de atención de salud, junto a un evitable e injusto nivel de enfermedad y muerte.

En Colombia, la solución a estos problemas ha sido el aumento de la cobertura en aseguramiento a través de subsidios a la demanda, pero dicho mecanismo no solo ha sido ineficaz a la hora de eliminar las barreras para el acceso a los servicios sino que crea una falsa sensación de progresividad fundamentada en las cifras de asegurados. Además, se han profundizado las inequidades, sobre todo por parte de los segmentos más pobres de la población.

Del mismo modo, el aseguramiento enfrenta dificultades ligadas a la transformación laboral inherente al nuevo modelo de desarrollo. Es así como en Colombia ha venido aumentando considerablemente lo que muchos técnicos llaman población “sándwich”-que son aquellas personas que salen del régimen contributivo y carecen de algún tipo de afiliación- y que poseen peores condiciones de acceso a los servicios de salud que la población NBI antes de la aplicación de la Ley 100; El

73% de los individuos que hacen parte de este grupo no acceden a los servicios por falta de dinero¹.

Antes de la reforma, los estudios nacionales más representativos coincidían en que la razón más importante para no utilizar los servicios de salud era económica. En la Encuesta nacional de conocimientos, actitudes y prácticas en salud, realizada entre 1986 y 1989, los motivos para no consultar al médico eran el costo, la demora en la atención y la inaccesibilidad Geográfica. Así mismo, la Encuesta Nacional de Hogares de 1992 ubica los motivos económicos como la principal razón de no asistir al médico existiendo la necesidad entre el 50% y el 55% de los casos.

Después de la reforma, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2000 ubica la falta de dinero como la razón del no uso de los servicios en el 51% de los casos².

La tabla siguiente muestra las desigualdades existentes en materia de atención en salud entre quintiles de ingreso. Si bien es cierto, que en el lapso del periodo 94 – 97 hubo una leve mejoría, el año 2000 reporta un alto grado de desigualdad dado que la población pobre tiene una mayor declaratoria de enfermedad pero quienes reciben mayor atención son los de ingresos mayores.

Tabla 1. Indicadores de equidad en el acceso a los servicios de salud antes y después de la reforma. Colombia

Indicador	Años		
	1993	1997	2000
*Declaratoria Enfermedad, <i>versus</i> . Atención	Mayor enfermedad Pobres	Mayor enfermedad y atención en ricos	Mayor enfermedad Pobres. Mayor atención en ricos
*No demanda servicios en caso de	Q1 37.1% Q2 26.8%	Q1 23.3% Q2 25.5%	Q1 27.3% Q2 23.4%

¹ Universidad Nacional. Centro de Investigación y Desarrollo. “La Seguridad Social en la encrucijada” Tomo I ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del Régimen Subsidiado. 2002. Pág. 164.

² Profamilia, 2000. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta nacional de Demografía y Salud 2000. Bogotá. Octubre. Pp. 97-98, 117.

enfermedad	Q3 13.2%	Q3 20.8%	Q3 19.1%
** Probabilidad	Q1 0541	Q1 0587	ND
utilización servicios	Q2 0678	Q2 0672	
	Q3 0812	Q3 0822	

Fuente: * **Desarrollo Humano Colombia 2000 (2001):DNP-PNUD.**

**** Castaño, R.A et al., Evolución de la equidad en el Sistema Colombiano de Salud (2001).**

Lo anterior es evidencia de que la mayor cobertura en aseguramiento, que ha sido uno de los logros más significativos de la reforma, no ha significado la desaparición de las barreras de acceso a los servicios en salud³.

A su vez, los testimonios de los usuarios tienden a denunciar la aparición de otro tipo de barreras distintas a las económicas. Por ejemplo, en el caso de los usuarios del Régimen Subsidiado se relatan trabas en la atención, especialmente en las enfermedades de alto costo, así como las aseguradoras generan desestímulos en la utilización de servicios debido a la exigencia de trámites y la gran distancia entre las IPS y los usuarios⁴.

Al gozar del estatus de derecho humano, la atención en salud es demandada independientemente del precio, lo que aumenta las presiones sobre la restricción presupuestal del sistema generando fuertes debates. Más aún, la obligación moral de garantizar el acceso equitativo a la población de menores ingresos, supone un esquema redistributivo del ingreso que haga posible la transferencia de este desde los ricos hacia los pobres.

En el último lustro en Cartagena de indias han sido reseñadas en la prensa regional y nacional, situaciones que indican la existencia de serios problemas de oferta de los servicios de salud (cierre de hospitales públicos y funcionamiento precario de los

³ Echeverri López Esperanza La salud en Colombia: Abriendo el siglo... Y la brecha de las inequidades. Revista Gerencia y Políticas de Salud. No. 3. Diciembre 2002 Pp. 91.

⁴ Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas. Grupo de Economía de la Salud, 2001. Condiciones de acceso a los servicios de salud. Observatorio de la Seguridad Social. Medellín Diciembre 2001 N. 3. Julio. Pp. 3-5.

existentes), que han generado efectos graves sobre la salud de la población (paseo de la muerte). Además, la situación de profundización de la pobreza en esta ciudad, ha generado una mayor carga de problemas sanitarios que buscan ser resueltos. Sin embargo, el aseguramiento en salud (régimen subsidiado) de la población más pobre (niveles 1 y 2 del Sisben), no alcanza el 50% de dicha población. En tal sentido se presume que las condiciones socioeconómicas de los hogares estaría determinando el acceso a los servicios de salud. Se estimaría que pertenecer al nivel 1 del sisben y no contar con seguro de salud, entre otros aspectos, incrementaría la probabilidad de no encontrar solución a cualquier problema sanitaria.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Las condiciones socioeconómicas de los habitantes de Cartagena de Indias están relacionadas con el acceso a los servicios de salud, medido éste por la frecuencia de uso de dichos servicios por parte de la población?

0.2. OBJETIVOS

0.2.1. OBJETIVO GENERAL

Estimar la relación entre el acceso a los servicios de salud, medido a partir de la utilización de los mismos, y las características socioeconómicas de los cartageneros.

0.2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer la frecuencia de uso de los servicios de salud a nivel ambulatorio y hospitalario de los habitantes de Cartagena de Indias en el año 2006.
- Identificar diferencias entre grupos según tipo de afiliación a la seguridad social en salud (contributivo, subsidiado, vinculados) en cuanto a la frecuencia de uso de servicios de salud, percepción del estado de salud,
- Identificar barreras de acceso a los servicios de salud y los factores que las determinan.
- Proponer algunas recomendaciones para la eliminación de las barreras de acceso encontradas.

0.3. JUSTIFICACIÓN

Todas las personas tienen el derecho de acceder a los servicios de salud independientemente de su capacidad de pago. La oportunidad de acceso a los servicios de salud ha sido un tema que despierta pasiones dentro del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- definido en la Ley 100 de 1993, destacándose las desigualdades entre los grupos con distinto estándar de vida y condición de afiliación .

Existen diversos estudios empíricos a nivel nacional que muestran la existencia de barreras al acceso, pero no existe evidencia técnica de dichos estudios en el plano local (Cartagena de Indias), haciéndose necesario identificar las barreras que enfrenta la población pobre y vulnerable beneficiaria del seguro a la hora de acceder y utilizar los servicios a que por Ley tienen derecho, más aún cuando en la ciudad de Cartagena el panorama en materia de salud se ha caracterizado por cierres de hospitales y defectos en el sistema de referencia y contrarreferencia al que muchos han denominado “paseo de la muerte”.

Por esta razón consideramos importante proponer este estudio con el fin de formular recomendaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia que permitan mejorar la equidad en el acceso a los servicios de salud por parte de toda la población.

0.4. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

0.4.1. DELIMITACIÓN FORMAL

0.4.1.1. Delimitación Espacial

El universo de estudio lo constituyen los habitantes de Cartagena de Indias distribuidos por tipo de afiliación.

0.4.1.2. Delimitación Temporal

Este estudio está enmarcado, respecto al tiempo, en la coyuntura actual y se desarrollará en el primer semestre del año 2006.

0.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

0.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

- ❑ **Acceso a los servicios de salud por parte de los individuos de Cartagena de Indias:** Es una variable dicotómica (cualitativa) que indica si la persona accede o no al sistema formal dado que experimentó un problema de salud.

0.5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

- ❑ **Situación de Vinculación laboral del individuo:** Se define como el hecho de que el individuo esté o no vinculado a la actividad laboral sea como trabajador dependiente o independiente.
- ❑ **Escolaridad del Jefe del hogar:** Se mide a partir del último grado cursado en la escuela y/o universidad por el jefe del hogar.
- ❑ **Afiliación al SGSSS:** Se define como el hecho de pertenecer a alguno de los dos regímenes, contributivo o subsidiado o si no cuenta con afiliación.
- ❑ **Estado Civil:** Condición de situación conyugal del individuo que demanda el servicio de salud. Puede ser: Soltero, Unión Libre, Casado o Viudo.
- ❑ **Percepción de la salud:** Es definida como un autoreporte acerca de la percepción que tienen las personas acerca de la salud de ellos mismos. Puede ser Buena, Regular o Mala.

0.6. MARCO DE REFERENCIA

0.6.1. MARCO DE ANTECEDENTES

En investigaciones anteriores se encontraron trabajos que hacen alusión al tema de accesibilidad a los servicios de salud; Uno de estos trabajos es el realizado por Sousa Fragoso y Villarreal Ríos que tiene como objetivo medir la accesibilidad y determinar un modelo que permita explicar la accesibilidad. En el estudio se analizó la disponibilidad de recursos y se incluyeron variables en el modelo tales como el lugar de residencia, escolaridad, condiciones de la vivienda, participación laboral. La investigación permitió concluir que la accesibilidad resulta estar determinada por las condiciones socioeconómicas de la población⁵.

Otro trabajo que nos brindó amplia información y nos aclara el contexto en el cual estamos es el de “Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 en Medellín, 2002” realizada por la Universidad de Antioquia en convenio con la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁶.

El capítulo 5 toca entre otros temas las condiciones de accesibilidad de acceso a los servicios de salud de las poblaciones en estudio. El estudio permite identificar las barreras de acceso, y establecer las diferencias para los 2 grupos de población. Así mismo, la investigación discrimina entre el acceso potencial y el acceso real de los grupos de estudio. La metodología utilizada permite observar las diferencias entre los grupos frente a la misma problemática.

⁵ Sousa-Fragoso María Angélica, Villarreal-Ríos Enrique. Accesibilidad de los servicios de salud en población usuaria. Gaceta Médica México. Vol. 136 No. 3, 2000

⁶ Organización Panamericana de la Salud. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina – Departamento de Medicina Preventiva Facultad Nacional de Salud Pública. Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 en Medellín, 2002.

Otro antecedente relevante lo constituye el realizado por el Grupo de Economía de la Salud -GES- de la Universidad de Antioquia denominado “Determinantes socioeconómicos del acceso potencial y real a los servicios de salud: Régimen

Subsidiado de Salud en Antioquia”. En este trabajo se estudian los posibles determinantes del acceso y la utilización de los servicios de salud por parte de la población pobre y vulnerable. Los datos utilizados fueron tomados de la Encuesta de Calidad de Vida ECV del año de 1997⁷.

Se analizó las distintas variables (organizativas, administrativas, culturales, infraestructura) que inciden en la accesibilidad de los asegurados al Régimen Subsidiado en Antioquia. A su vez, se construyeron modelos logísticos con variables que incluían características individuales, características regionales y las relacionadas con el sistema de salud.

Los resultados de este trabajo muestran clara evidencia de que el acceso y la utilización de los servicios están determinados por las variables escogidas.

Otro estudio desarrollado en Colombia es el titulado “Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE”. Los resultados de este estudio muestran que la oportunidad y la calidad de los servicios de atención en salud, fueron bien evaluadas por parte de la población colombiana. Asimismo, la investigación logró identificar algunos factores que determinan las variaciones en las evaluaciones de la oportunidad y de la calidad, lo mismo que en las razones para no utilizar los servicios de atención médica, advirtiéndose que esos factores en conjunto no tienen una alta capacidad explicativa. Con relación a las razones de no uso de los servicios, se encontró que la población que no utilizó los servicios de atención médica, mencionó en 64.7% de los casos ciertas "razones" para no hacerlo, que de alguna manera se asocian con problemas en la calidad. Entre las más importantes,

⁷ Centro de Investigaciones Económicas. Grupo de Economía de la Salud Universidad de Antioquia, 2001. Op.cit. pp 10 - 11.

tenemos las que se pueden calificar como de accesibilidad, entre ellas larga distancia hasta el oferente (accesibilidad "geográfica"), falta de dinero (accesibilidad "económica") y falta de credibilidad en los agentes de salud (accesibilidad "cultural")⁸.

0.6.2. MARCO TEÓRICO

El tema de equidad en el acceso a los servicios de salud nos lleva formular dos interrogantes: Quien accede a los servicios? Y a que accede?. Estos interrogantes tienen una respuesta simple: debe acceder cualquiera que lo necesite. Esto significa que los rasgos no clínicos de los individuos, tales como el sexo, la ubicación geográfica, la capacidad de pago, entre otros, no deben determinar el acceso a los servicios de salud⁹.

Existen diferentes maneras de evaluar la igualdad en el acceso a los servicios de salud¹⁰. Entre las distintas formas de evaluar la equidad se encuentran: a) La igualdad del gasto público, que argumenta que los recursos deben estar distribuidos sobre una base per cápita. La desventaja de este argumento es que los individuos pueden tener diferentes necesidades de salud de manera que la igualdad en el gasto público puede ser en realidad inequitativa.

b) La igualdad en el costo del servicio de salud, que afirma que el costo de un servicio de salud debe ser el mismo para todos los individuos de la sociedad. Se ignora la disponibilidad de pago que puede ser diferente debido a que las personas se encuentran en distintas clases económicas. Se crean entonces barreras financieras y una desigualdad en la oportunidad de acceso.

⁸ Velandia Freddy, Ardón Nelson, Cárdenas José Miguel, Jara María Inés, Pérez Nicolás. "Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE". Colombia Médica. 2001 32:4 – 9.

⁹ Donabedian A. "Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización medica". Biblioteca de la salud. México D.F., Fondo de Cultura Económica. 1988.

¹⁰ Le Grand D. Equidad, salud y atención sanitaria. VIII Jornada de Economía de la Salud; 1988 Mayo 25 – 27; Las Palmas de Gran Canaria, España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1988. p 55 - 68

c) La igualdad de la accesibilidad física, que hace referencia a la distancia entre los centros de salud y los individuos. Esta óptica no tiene en cuenta en algunas regiones o zonas la demanda de los servicios de salud será mayor que en otras, por lo cual se pueden presentar ineficiencia y desigualdades en el acceso.

d) La igualdad de uso por necesidad, que permite identificar factores relacionados con el acceso potencial que se refieren tanto a características de infraestructura del sistema de salud como la disponibilidad de médicos por pacientes, las camas habilitadas, y otras relacionadas con la población tales como la edad, contextos socioculturales, nivel de ingresos, etc. Este análisis permite determinar la influencia de estos factores en la accesibilidad y las diferencias entre distintos grupos. Entre las limitaciones que encuentra este criterio de igualdad está el hecho de que un igual uso de servicios por parte de todos los grupos no implica la misma calidad de los servicios como también existen factores intrínsecos (creencias morales o religiosas, actitudes, etc) de los subgrupos que pueden influir en las diferencias halladas.

d) La igualdad de resultados, que consiste en comparar indicadores básicos de salud de varios grupos sociales. La limitación de esta metodología consiste en que ella omite los factores genéticos y hasta culturales de un grupo social.

Autores como Donabedian consideran que frente al acceso a los servicios influyen diversos factores como los geográficos, la capacidad financiera, los aspectos organizativos e incluso los socioculturales¹¹. Los factores geográficos se relacionan con la distribución de la población y la de los recursos de salud. Los factores financieros tienen que ver con la suficiencia de los ingresos de las personas a la hora de cubrir el costo del servicio de salud. Los aspectos organizativos inciden en la utilización de los servicios de salud son tales como el tiempo de espera, los trámites, la disponibilidad de médicos, entre otros. Así mismo, los factores culturales

¹¹ Donabedian A. "Aspects of medical care administration. Specifying requirements for health care. Cambridge MA: Harvard University Press; 1973.

como la creencia acerca de la salud, el estilo de vida, la religión, entre otros, pueden llegar a determinar el uso de los servicios de salud.

Nuestro marco de análisis para estudiar el problema de acceso y utilización a los servicios de salud gira en torno a la estructura empírica propuesta por Aday y Andersen¹², (1974) y por Frenk¹³ (1985) que da cuenta de la evolución del problema, recogiendo desde la necesidad percibida hasta la utilización de servicios. Estas estructuras de análisis se caracterizan por la importancia de los determinantes individuales, organizacionales y sociales, factores relevantes en el proceso de búsqueda y obtención de la atención, el cual está afectado por barreras que se originan tanto en los recursos para la salud como en aquellas características propias del individuo; es decir no solo debe existir el deseo de atención sino que los recursos deben estar disponibles, y además se debe tener la habilidad para obtener el servicio.

Si bien es cierto, que Frenk (1985) identifica tres clases de barreras (ecológicas, financieras, organizacionales), en la práctica también suele ocurrir que ciertas características sociodemográficas de la población llegan a constituirse en barreras.

En el contexto de nuestro referente teórico¹⁴ (Frenk) la investigación a desarrollar en la ciudad de Cartagena de Indias estará encaminada en hacer un análisis en el dominio amplio del concepto de "accesibilidad" pero enfocado solo en las características propias de los individuos.

El modelo que desarrollaremos en la presente investigación es el siguiente:

$$\mathbf{Acc}_i = \alpha_1 \cdot \mathbf{EC}_i + \alpha_2 \cdot \mathbf{EDU}_i + \alpha_3 \cdot \mathbf{PO}_i + \alpha_4 \cdot \mathbf{AS}_i + \alpha_5 \cdot \mathbf{PS}_i + \mu_i$$

¹² Andersen, R. y Aday, A. (1974). "A theoretical framework for the Study of access to medical care". Health Services Research. Vol 9, 208-222. (1993).

¹³ Frenk, Julio. "El Concepto Y Medición De La Accesibilidad". Salud Pública de México. 1985.

¹⁴ Ibíd., p. 24.

Donde μ_i es el término de error con una media igual a cero y varianza constante.

$\alpha_1, \alpha_2, \alpha_3, \alpha_4, \alpha_5$ y α_6 son los coeficientes desconocidos que serán estimados. **Acc_i** es una variable dicotómica que indica si la persona accede o no al sistema formal dado que experimentó un problema de salud; **EC_i** se refiere al estado civil, **AS_i** es la condición de afiliación a la seguridad social del individuo, **EDU_i** es el nivel de escolaridad que tiene categorías de primaria hasta postgrado, **PO_i** es la posición ocupacional del individuo, la cual puede ser trabajador independiente, trabajador asalariado o jubilado y por último, **PS_i** que se refiere a la percepción del estado de salud que pueden tener los individuos.

0.6.3. MARCO CONCEPTUAL

ARS: Se constituye como el modulo administrativo ejecutor del régimen subsidiado en salud para el orden Nacional, Departamental, Distrital y Municipal. Su función primordial es la de asegurar a la población beneficiaria carnetizada y la de organizar la prestación de los servicios POS-S. Pueden ser ARS: Empresas Solidarias de Salud, Empresas Prestadoras de Servicios y las Cajas de Compensación Familiar.

EPS: Entidad Promotora de Salud. Es una aseguradora. Se constituye como el modulo administrativo del sistema de seguridad social en salud. Su función es la de administrar los servicios de salud los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se encarga de inscribir, afiliarse y carnetizar a la población beneficiaria ya sea del Régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado para garantizar los servicios contemplados por los diferentes planes obligatorios de salud.

ESE: Empresa Social del Estado. Son los hospitales y centros de salud del Estado que se transforman en empresas con autonomía administrativa. Se constituyen como la cabeza la cabeza de la red pública de servicios de salud y puede ser de

orden Nacional, Departamental, Distrital o Municipal, conformada por los hospitales públicos de los diferentes niveles de especialidad o complejidad y de los centros de la salud cuya capacidad tecnológica y de oferta de los servicios así lo permita.

FUNDAMENTOS GENERALES DEL SGSSS: Equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación, calidad.

IPS: Institución Prestadora de Servicios. Se constituye como el modulo ejecutor del sistema general de seguridad social en salud a través del cual se suministrara al desarrollo de los servicios de salud en favor de los beneficiarios ya sea del Régimen Contributivo o subsidiado. Su naturaleza puede ser pública, mixta o privada.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO (POS-S): Paquete de servicios de salud, al que tiene derecho los afiliados al régimen subsidiado, incluye acciones de promoción y prevención, atenciones de consulta externa, hospitalización de menor complejidad, atención a la madre gestante y al menor de un año, y atención para enfermedades de alto costo

REGIMEN CONTRIBUTIVO: Es el que regula la vinculación de los individuos y sus familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando esta se hace a través del aporte económico del afiliado si es trabajador independiente o pensionado, o en concurrencia de este con el empleador cuando existe una relación laboral.

REGIMEN SUBSIDIADO: Es el conjunto de normas que rigen el ingreso de las personas sin capacidad de pago y su núcleo familiar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando esta afiliación se hace a través del pago total o parcial de la unidad de pago por capitación subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad.

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Es el derecho que tienen todas las personas a protegerse integralmente contra los riesgos que afectan sus condiciones de vida en especial las que menoscaban la salud y la capacidad económica, con el fin de lograr el bienestar individual y el de la comunidad.

SISBEN: Encuesta diseñada por el DNP para identificar a los más pobres y así facilitar la focalización de la inversión estatal. La encuesta ofrece resultados de niveles de pobreza, los cuales se identifican del 1 al 6, del más al menos pobre.

SUBSIDIO A LA DEMANDA: Pago fijo que hace el estado por un plan de servicios a los cuales tiene acceso una persona, a través de un seguro contratado con una ARS.

SUBSIDIO A LA OFERTA: Diferencia económica que resulta entre el costo de un servicio prestado por una institución y el valor que paga el usuario con sus propios recursos. Es el recurso pagado por el estado para atender a los vinculados y prestar los servicios de salud no contenidos en el POS-O.

0.7. HIPOTESIS

El acceso a los servicios de salud de los cartageneros es determinado por la escolaridad del jefe del hogar, la condición laboral, la afiliación al SGSSS, la edad, el estado civil, el sexo del individuo y la percepción que tienen los cartageneros acerca de su salud.

0.8. DISEÑO METODOLOGICO

0.8.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio transversal explicativo que propone conocer y estimar las condiciones determinantes del acceso a la prestación de los servicios de salud en la ciudad de Cartagena durante el cuarto trimestre del 2006.

En el análisis de los resultados se tuvieron en cuentas las siguientes variables con sus respectivas categorías:

Tabla 2. Indicadores de equidad en el acceso a los servicios de salud antes y después de la reforma. Colombia

Variable	Clasificación
Acceso al sistema de salud	Accedió o no al sistema formal para solucionar el problema de salud?
Razon de no acceso	No tuvo tiempo, el servicio es malo y no confía en los médicos, falta de dinero, considera que el caso es leve.
Escolaridad	Sin escolaridad, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico, universitario, postgrado
Estrato	Estrato de residencia: 1, 2, 3, 4, 5, y 6
Estado Civil	Viudo, Soltero, Casado, Unión Libre
Afiliación	Sin afiliación, régimen subsidiado y régimen contributivo
Posición ocupacional	Trabajador independiente, jubilado y trabajador dependiente
Percepción del estado de salud	Malo, regular, bueno, muy bueno
Auxilia en los problemas de salud	Profesional o institución de salud, Promotor o enfermera, Boticario, Farmaceuta o droguista, Terapias alternativas, Se aplicó remedios caseros, Se autorecetó, No asistió
Transporte utilizado para acudir a la institución de salud	Caminando, bus, colectivo, mototaxi, taxi.

Ubicación de la institución de salud	Dentro del barrio, otro barrio de la zona, otra zona de la ciudad.
Estado de salud después de la atención	Peor, igual, mejor.
Negación del servicio	Si, no.
Resolución de la necesidad	Si, no.
Razón de la negación	Requisitos administrativos, razones económicas
Servicio más utilizado	Consulta médica, consulta odontológica, urgencias, otro.
Alternativas a la no atención	Ir a otra institución de salud, No resolver el problema, Resolver el problema fuera de la institución de salud, Usar automedicación, Buscar el reconocimiento y reclamo de derechos, Denunciar, Insistir.

0.8.2. POBLACIÓN

El universo de estudio lo constituyen los habitantes de Cartagena de Indias distribuidos por condición de afiliación en salud.

La muestra se estima a partir de la formula:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

- n = muestra
- N = población
- Z = Nivel de confianza
- p = probabilidad esperada
- q = (1- p)
- d = error esperado

Para este caso la Población es de 895.400 habitantes (según censo DANE), y dado que se desconoce la probabilidad de que un individuo tenga acceso o no a los servicios de salud en Cartagena, se asume una $p = 0.5$, por lo tanto $q = 0.5$. El error esperado se fija en un 6% y el nivel de confianza que se asume es del 95% (el cual será el que se utilizara en el estudio) es decir $Z = 1.96$.

Con estos parámetros se obtiene una muestra de 276 personas a encuestar la cual fue estratificada según tipo de afiliación teniendo en cuenta que la distribución de los habitantes por su tipo de afiliación no es homogénea según la dirección de aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud. Es así como, se aplicaron 142 encuestas a personas afiliadas al régimen subsidiado en salud, 93 personas afiliadas al régimen contributivo y 41 personas sin afiliación en salud.

Tabla 3. Ponderación de las encuestas a realizar.

Afiliación en salud	Población	Fracción de muestreo (%)	Encuestas a realizar
Régimen subsidiado	459.777	51	142
Régimen contributivo	302.468	34	93
Sin afiliación	133.155	15	41
Población Cartagena	895.400	100	276

Fuente: Dirección Operativa De Aseguramiento – DADIS

0.8.3. TECNICAS DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de los datos se utilizará una encuesta que integre las variables en estudio la cual será aplicada a los hogares seleccionados en la muestra escogida.

Al seleccionar los encuestados se procederá de la siguiente manera:

Clasificación según tipo de afiliación. Se distribuirán los hogares a entrevistar según tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social – SGSSS.

Los datos fueron tabulados y procesados utilizando el paquete estadístico SPSS 11.0 y Excel2000®. Se utilizó el estadístico chi cuadrado para estimar asociaciones entre las variables de estudio y el tipo de afiliación principalmente.

Para estimar las variables que explican el acceso o no al sistema formal de salud con el fin de solucionar problemas de este índole se desarrollaron modelos Logísticos de elección binaria, debido a que estos son más apropiados para estudios observacionales como es el caso, en los cuales se reportan los odds ratios (razones de ventaja).

Los resultados fueron discutidos y analizados por los investigadores, contextualizando dicho análisis con la literatura disponible.

1. Capítulo I: RESULTADOS

Se encuestaron 276 personas de manera proporcional según tipo de afiliación. En cuanto al estrato socioeconómico, se encuestaron 134 personas del estrato 1 que representan el 48,6% del total de encuestados; Los encuestados del estrato 2 constituyen el 20% (56 personas) y los encuestados del estrato 3 se encuentran representando el 17%. A su vez, los del estrato 4 constituyen el 12,7% y los del estrato 5 y 6 representan el 1,5%. El régimen contributivo tiene una mayor prevalencia en los estratos 3 y 4 mientras que los no afiliados y los afiliados al régimen subsidiado se presentan con mayor frecuencia en el estrato 1.

Tabla 4. Características de los encuestados según afiliación en salud y estrato socioeconómico. 2006

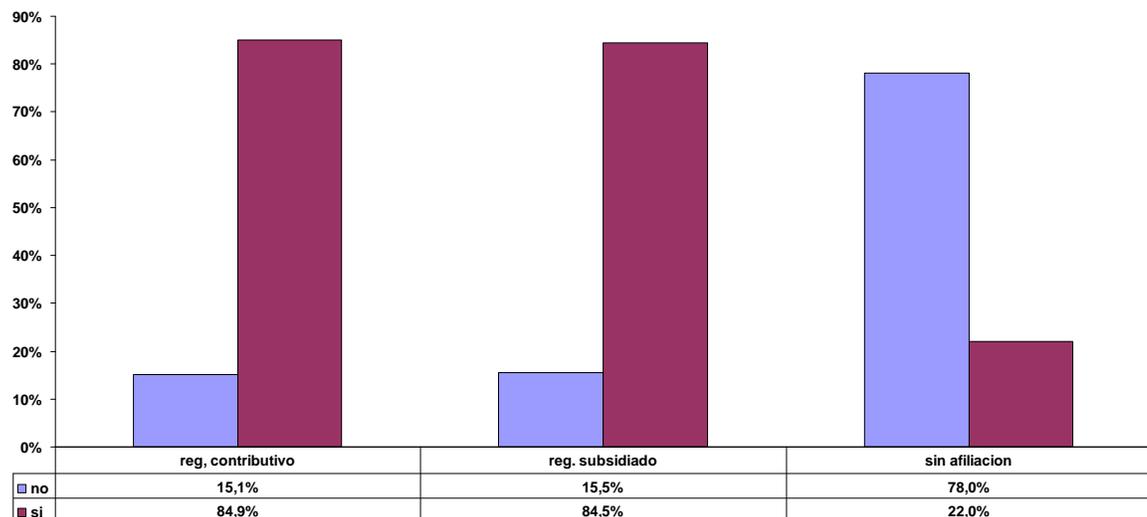
Estrato socioeconómico del encuestado		Grupo de Afiliación			Total
		Sin afiliación	Régimen subsidiado	Régimen contributivo	
1	N	36	92	6	134
	%	87,8	64,8	6,5	48,6
2	N	2	43	11	56
	%	4,9	30,3	11,8	20,3
3	N	1	5	41	47
	%	2,4	3,5	44,1	17,0
4	N	2	2	31	35
	%	4,9	1,4	33,3	12,7
5	N	0	0	2	2
	%	,0	,0	2,2	0,7
6	N	0	0	2	2
	%	,0	,0	1,1	0,8
Total	N	41	142	93	276
	%	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cálculos de los autores

1.1. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD POR PARTE DE LOS ENCUESTADOS.

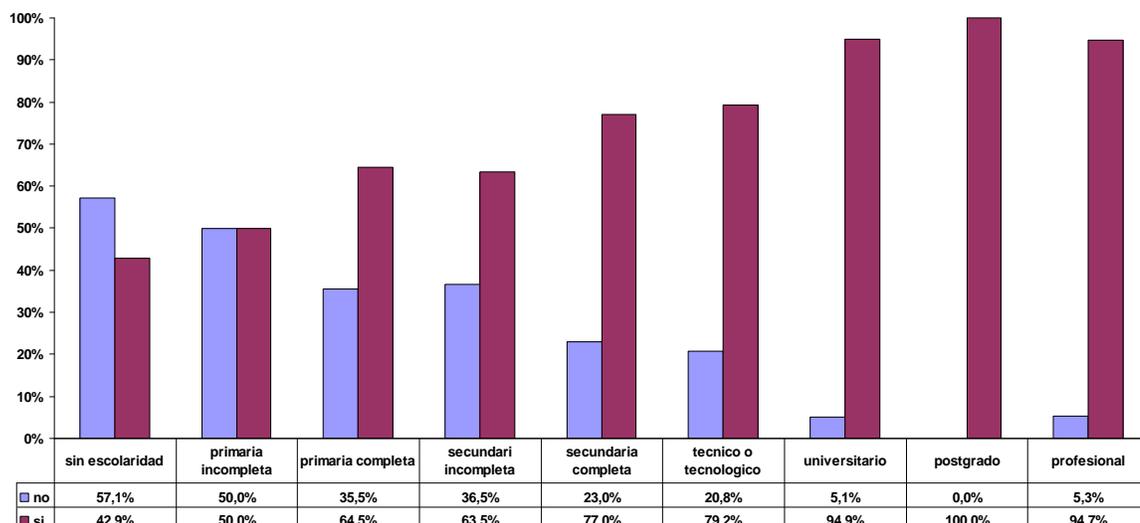
Se encontró que los encuestados ubicados en el régimen contributivo en salud acceden con la misma proporción al sistema formal en aras de solucionar los problemas de salud que los del régimen subsidiado mientras que solo uno de cada cinco encuestados que no contaban con ningún tipo de afiliación acceden al sistema. Al clasificar a los encuestados entre asegurados y no asegurados la diferencia en el acceso resulta ser significativa (chi cuadrado=73,983, $p < 0,05$). Ver anexo.

Figura 1. Acceso al sistema formal en la solución de problemas de salud de los hogares encuestados según condición de afiliación en salud. 2006.



El acceso a los servicios de salud según la escolaridad muestra una tendencia muy clara: a medida que aumenta el nivel de escolaridad de los encuestados disminuye el porcentaje de ellos que no accede al sistema formal. En la figura 2 se observa que entre los individuos que no tienen escolaridad hasta aquellos que no han culminado su secundaria la proporción de la población que no accede al sistema formal de salud para resolver sus necesidades oscila entre el 35,5 y el 57%. A partir de los estudios de secundaria disminuye drásticamente la proporción de encuestados que no acceden al sistema de salud hasta reflejar una proporción muy baja en los profesionales y universitarios. Se encontró asociación entre escolaridad y acceso (chi cuadrado= 27,085, $p < 0,05$). Ver anexos.

Figura 2. Acceso al sistema formal en la solución de problemas de salud de los encuestados según nivel de escolaridad. 2006.



Al indagar acerca de las razones por la cual los encuestados muchas veces no acceden a los servicios de salud la consideración de los casos de enfermedad como leve constituye la principal causa al ser señalada por el 45% de ellos. Uno de cada cuatro encuestados no accede a los servicios de salud por falta de tiempo mientras que uno de cada cinco no accede por razones económicas. Solo el 5% de los encuestados considera que los servicios que le ofrece el sistema son de mala calidad y no amerita hacer uso de ellos. Ver tabla 5.

Tabla 5. Razones por la cual no acceden a los servicios de salud los encuestados. 2006

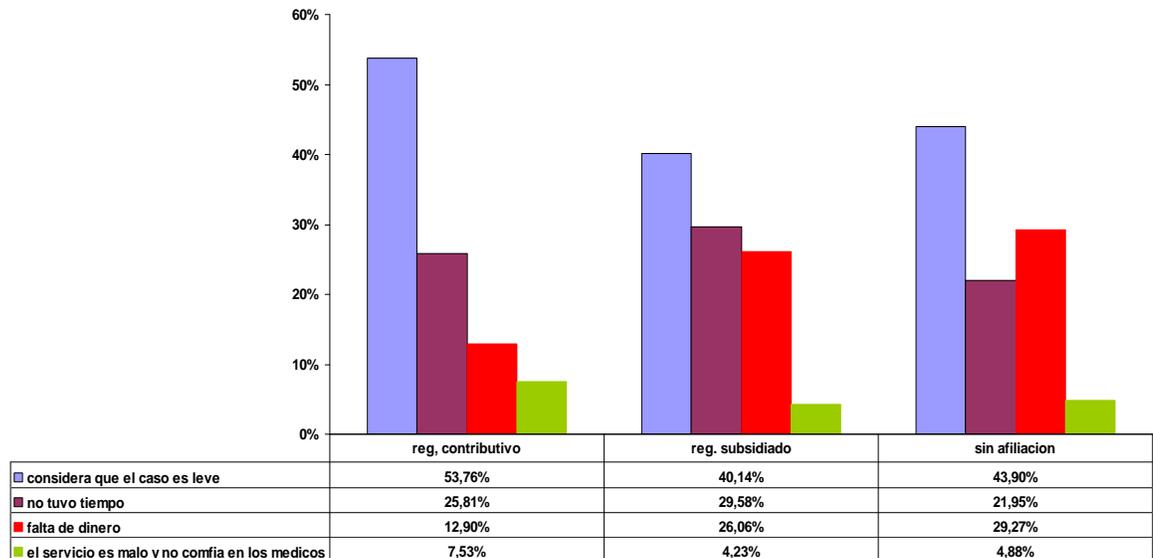
Razon de no Acceso a los servicios de salud	No	%
❖ Considera que el caso es leve	125	45,3
❖ No tuvo tiempo	75	27,2
❖ Falta de dinero	61	22,1
❖ El servicio es malo y no confía en los médicos	15	5,4
Total	276	100,0

Fuente: Cálculos de los autores

Al analizar las razones de no acceso teniendo en cuenta el tipo de afiliación, la proporción de encuestados que consideran los casos como no leves es mayor entre los afiliados al régimen contributivo que en los demás grupos. Por otro lado, en el régimen subsidiado y en la población de no afiliados la proporción de encuestados

que no accede al sistema de salud por razones económicas son similares. Mientras que en los encuestados afiliados al régimen contributivo la proporción de encuestados que no acceden por razones económicas es considerablemente menor a los grupos mencionados anteriormente. Ver figura 3.

Figura 3. Razones por la cual los hogares encuestados no acceden a los servicios de salud según tipo de afiliación en salud. 2006.

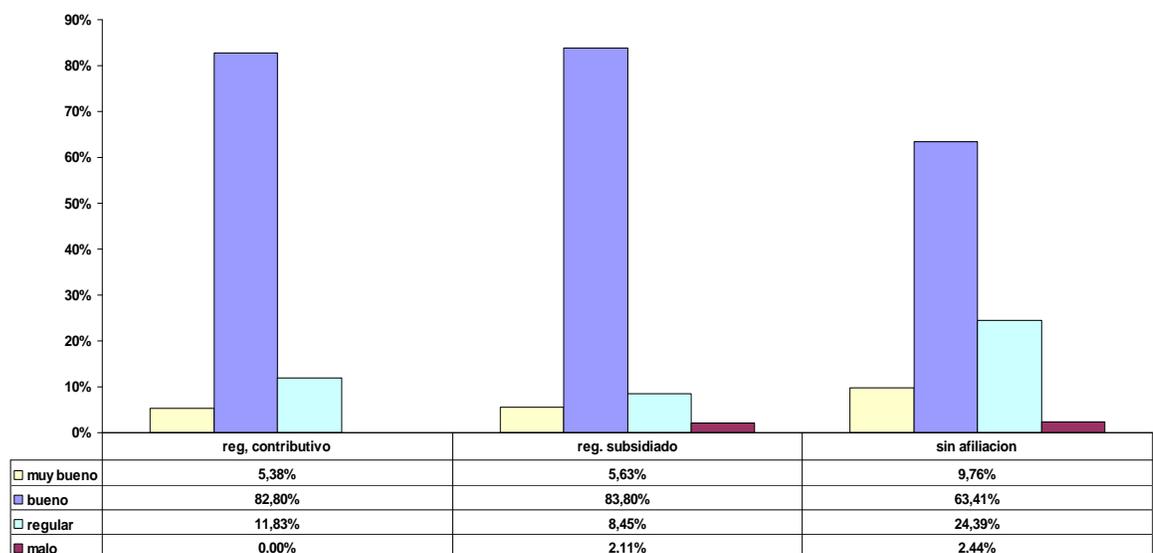


El no acceso a los servicios de salud producto de la falta de tiempo tiene menor participación entre los no afiliados que en los otros grupos. Así mismo, la proporción de los encuestados que no hacen uso de los servicios de salud debido a la mala calidad de estos es similar para los tres grupos de estudio. No se encontró asociación entre el tipo de afiliación y las razones por la cual no acceden a los servicios de salud los encuestados (chi cuadrado= 18,78, $p > 0,05$). Ver anexos.

1.2. DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS EN CUANTO A LA NECESIDAD EN SALUD PERCIBIDA.

La percepción del estado de salud difiere entre los encuestados cuando se tiene en cuenta la condición de afiliación. En la figura 4 se observa que ninguno de los encuestados del régimen contributivo considera tener un mal estado de salud y solo el 11% de ellos lo califica como regular; Ya en el régimen subsidiado el 2% de los encuestados califica su salud de mala mientras que el 88% de ellos considera su salud como buena o muy buena. Entre los no afiliados cerca del 30% de ellos una cuarta parte califica su salud como no del todo buena, y cerca del 72% de los no afiliados clasifican su salud como buena o muy buena. Al clasificar los encuestados entre asegurados (aquellos que se encuentran en el régimen subsidiado y contributivo) y no asegurados la diferencia entre la frecuencia de sus respuestas resulta ser significativa (chi cuadrado= 9,297, $p < 0,05$). Ver figura 4.

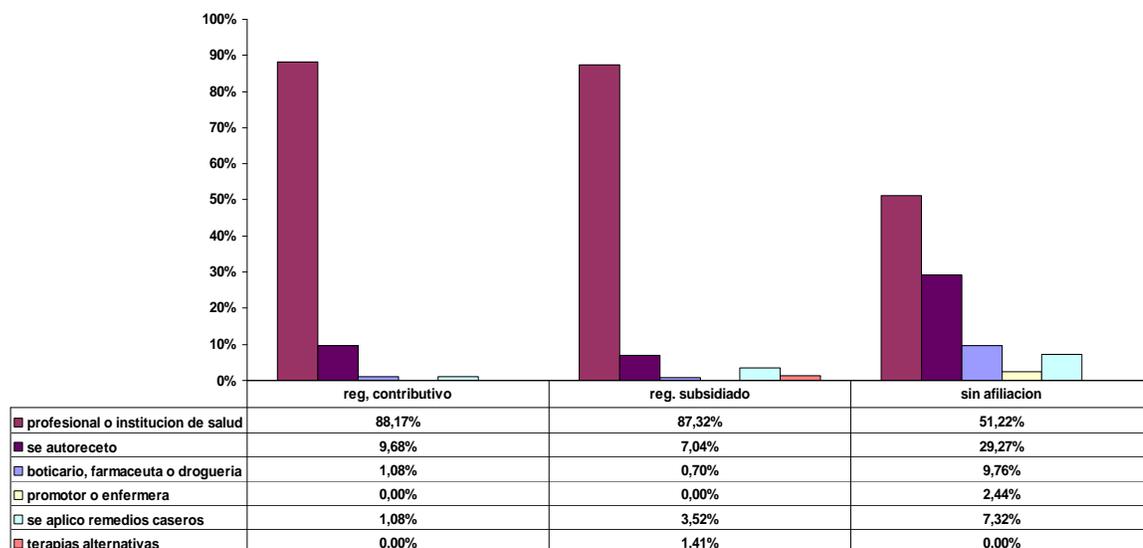
Figura 4. Estado de salud percibido por los encuestados según condición de afiliación. 2006.



Para solucionar problemas de salud los encuestados suelen ir con mayor frecuencia a un profesional o institución de salud independiente de la condición de afiliación. Sin embargo, en la figura 5 se observa que la proporción de encuestados que se autorecetan es mayor en los que no tienen ningún tipo de afiliación así como la

utilización de diferentes alternativas como el concepto del farmacéuta, un promotor o los remedios caseros. Aun así no se encontró asociación entre el tipo de afiliación y a la persona a quien se acude cuando se necesitan servicios de salud (chi cuadrado = 43,785, $p > 0,05$). Ver anexos.

Figura 5. A quien acuden los encuestados para solucionar problemas de salud, según condición de afiliación. 2006.



1.3. CONDICIONES DE ACCESIBILIDAD GEOGRAFICA DE LOS HOGARES ENCUESTADOS.

Cerca del 45% de los encuestados que se encuentran afiliados al régimen contributivo suelen acudir a las instituciones de salud en transporte público, mientras que uno de cada cuatro de ellos utiliza el servicio de taxi; El resto de ellos utiliza el mototaxismo o se van caminando y en algunos casos utilizan el servicio de “colectivo”. Por otro lado, entre los afiliados del régimen subsidiado, el 42% de ellos se dirige a las instituciones de salud caminando, cerca del 30% se transporta en bus y una cuarta parte de ellos se traslada en mototaxis. El taxi es escasamente utilizado por los usuarios del régimen subsidiado. Entre los encuestados que no cuentan con afiliación, cerca de la mitad de ellos se traslada caminando a las instalaciones de las instituciones de salud, el 36% se traslada en bus y el 14,6% lo hace en mototaxis. Se encontraron diferencias significativas en las frecuencias de las respuestas (chi cuadrado=71,704, $p < 0,05$). Ver anexos.

En cuanto al tipo de institución a la cual acuden los encuestados cuando requieren servicios de salud, el total de los encuestados del régimen contributivo manifestaron que son atendidos en instituciones prestadoras de servicios de salud privadas. Mientras que en el régimen subsidiado los encuestados acuden a instituciones públicas casi en su totalidad. Al mismo tiempo, uno de cada tres encuestados que no tienen afiliación acuden a instituciones de salud las cuales son públicas y el 20% se dirige a instituciones privadas. Del total de los encuestados, cerca del 60% acuden a instituciones públicas. Ver figura 7.

Figura 6. Transporte que utilizan los encuestados para acudir a las instituciones de salud, según condición de afiliación. 2006.

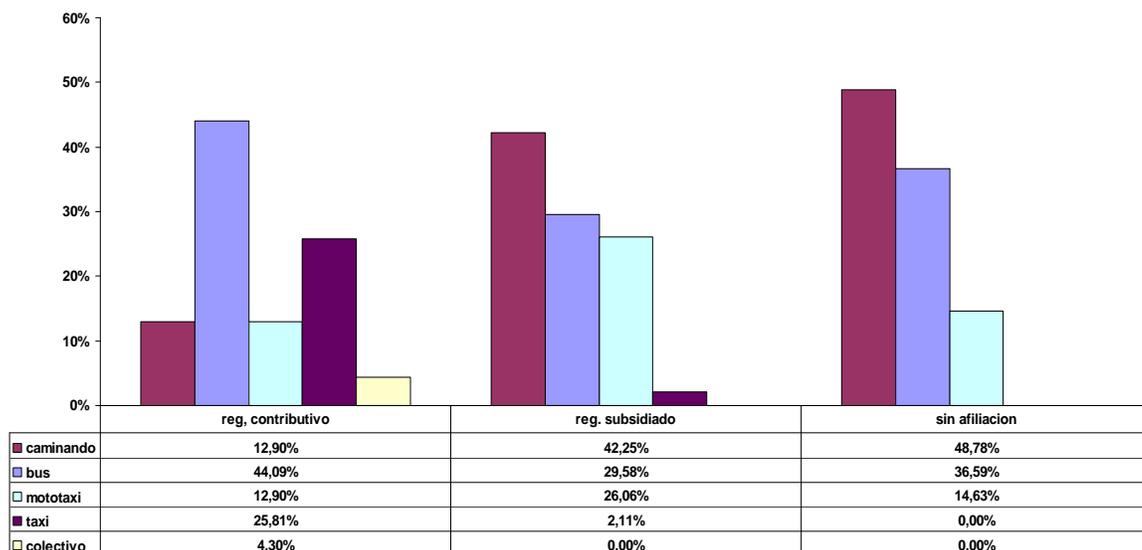
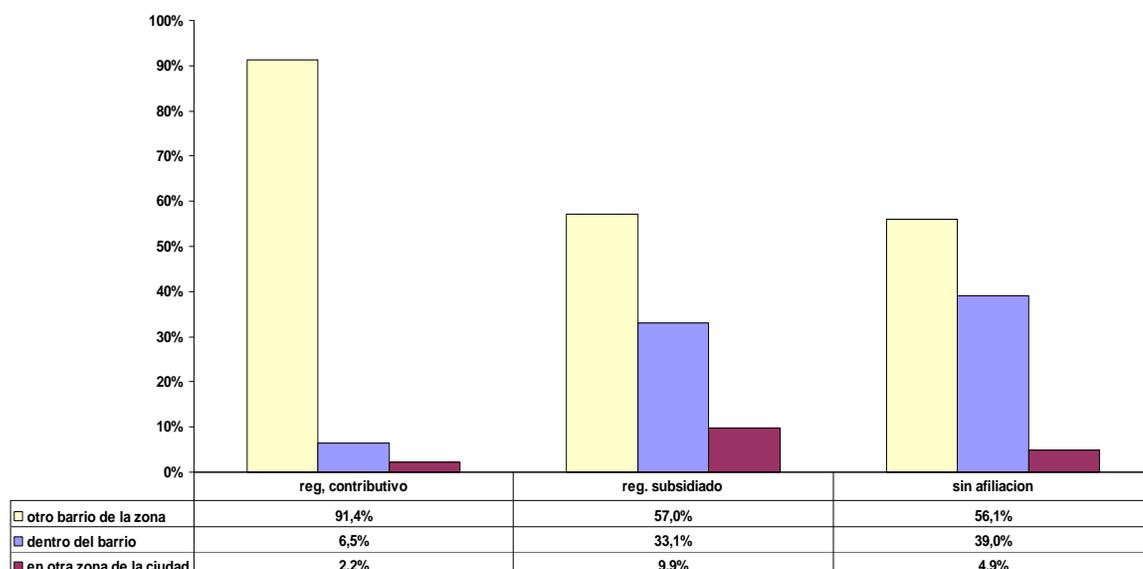
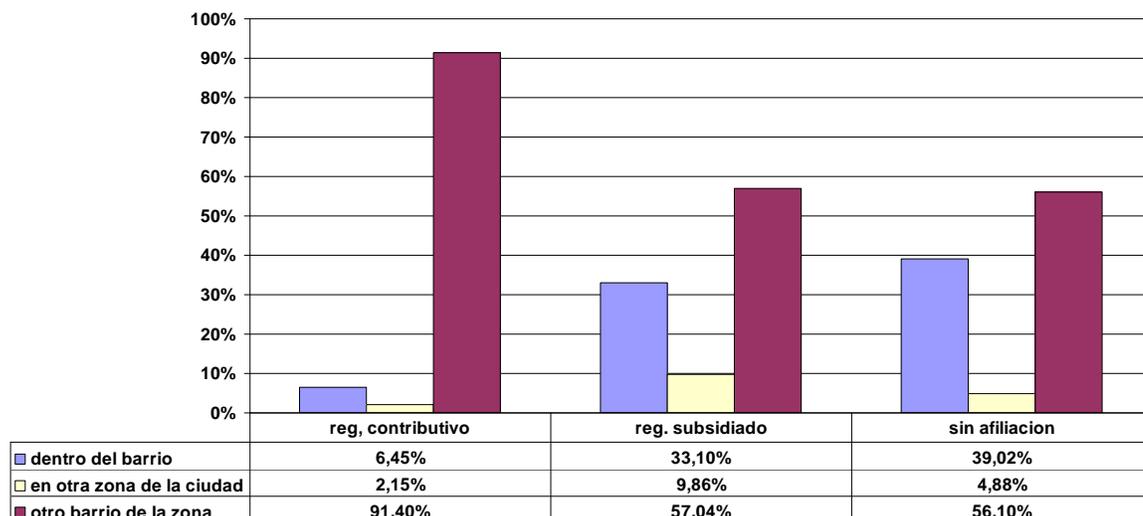


Figura 7. Tipo de instituciones prestadoras de servicios de salud a las que acuden los encuestados, según condición de afiliación. 2006.



El 68% de los encuestados manifestó que la institución a la cual acuden queda en otro barrio de la zona donde vive. La cuarta parte de los encuestados afirma que la institución de salud a la cual acude se encuentra en el mismo barrio donde vive. Solo el 6% del total de los encuestados acude a instituciones de salud que se encuentran ubicadas en otra zona de la ciudad. Los usuarios del régimen contributivo tienden a trasladarse a una distancia mayor que los usuarios del régimen subsidiado. Mientras que aquellos que no cuentan con afiliación en salud acuden con mayor frecuencia a instituciones de salud que se encuentran en otro barrio de la misma zona de la ciudad. La proporción de aquellos que se desplazan a instituciones que se encuentran en otra zona de la ciudad es algo mayor entre los afiliados al régimen subsidiado.

Figura 8. Ubicación de las instituciones prestadoras de servicios de salud a las que acuden los encuestados, según condición de afiliación. 2006.



Del mismo modo, el 58% de los encuestados afirma que no les toma más de quince minutos llegar a la institución de salud a la cual acuden. Así mismo, la tercera parte de los encuestados afirma que le toma entre 15 y 30 minutos llegar a la institución de salud a la cual acude. Solo el 9% del total de los encuestados demora más de 30 minutos en llegar a las instituciones de salud que le prestan servicios. Ver tabla 6.

Tabla 6. Cercanía medida en tiempo en llegar a las instituciones de salud a las que asisten los encuestados. 2006

Cercanía de la institución de la salud en tiempo	No	%
• No más de 15 minutos	161	58,3
• Entre 15 y 30 minutos	90	32,6
• Entre 30 y 60 minutos	21	7,6
• Más de 61 minutos	4	1,4
Total	276	100,0

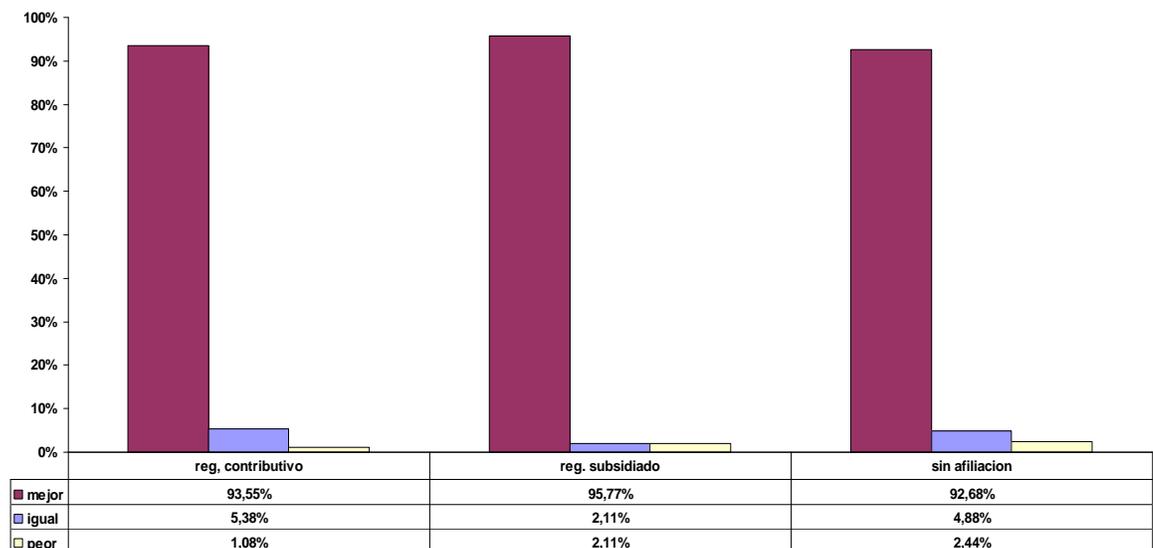
Fuente: Cálculos de los autores

1.4. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION EN SALUD QUE RECIBEN LOS HOGARES ENCUESTADOS.

Luego de haber recibido el servicio de salud solicitado, el 94,6% del total de los encuestados suele percibir una mejoría en el estado de salud. Cerca del 2% de los

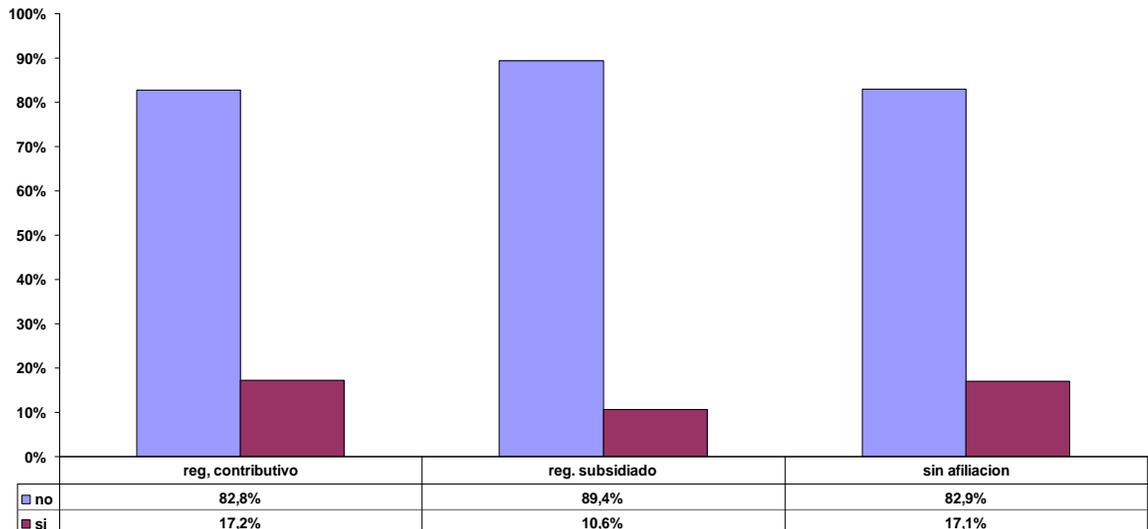
encuestados considera que su estado de salud empeora y el 3,6% del total de los encuestados considera que sigue igual. Ahora bien, entre los no afiliados la percepción de mejoría en la salud debido al servicio es menor que entre los afiliados al régimen subsidiado y al régimen contributivo. Ver figura 9.

Figura 9. Percepción del estado de salud de los encuestados después de recibir el servicio, según condición de afiliación. 2006.



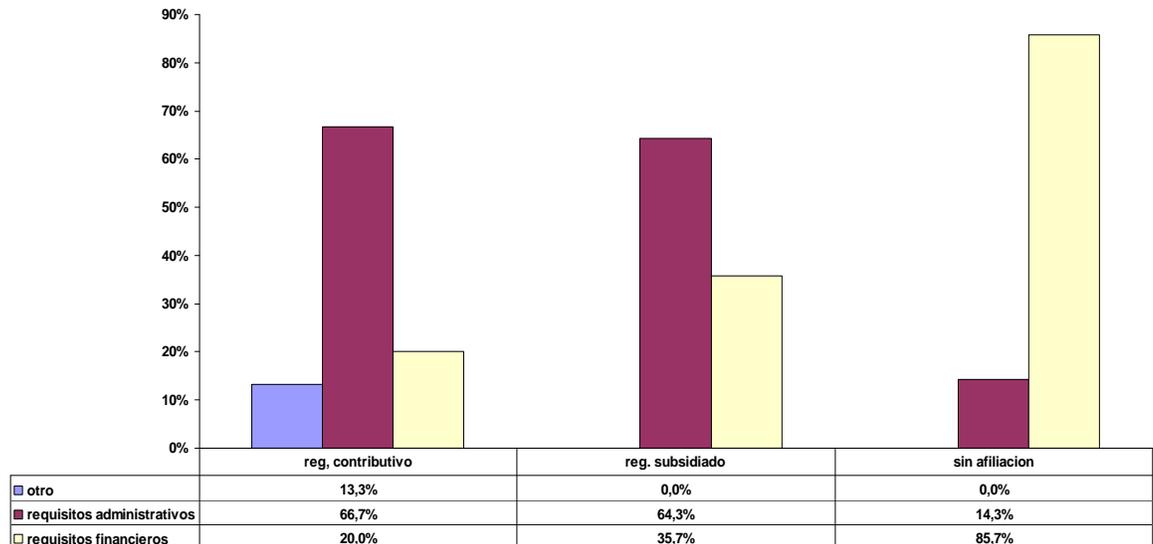
El 13% del total de los encuestados reporta casos de negación de la atención en salud en donde ha sido requerida. Sorprende el hecho de que la proporción de aquellos a los que les fue negada la atención sea similar entre los encuestados no asegurados y los afiliados al régimen contributivo. También llama la atención que los afiliados al régimen subsidiado reporten una menor frecuencia de casos de negación de la atención que los usuarios del régimen contributivo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de casos de negación entre los asegurados y los no asegurados ($\chi^2=0,443$, $p>0,05$). Es decir, entre los encuestados la condición de afiliación no se encuentra asociada a la negación de la atención en salud. Ver anexos.

Figura 10. Negación de la atención en salud cuando ha sido solicitada por los encuestados, según condición de afiliación. 2006.



En el régimen contributivo uno de cada cinco encuestados señaló que la razón por la cual le ha sido negado el servicio ha sido de tipo financiera. Esta proporción casi se duplica en el régimen subsidiado mientras que entre los encuestados no afiliados el 85% de los casos de negación del servicio son debido a razones financieras. Se encontró entonces asociación entre la afiliación y las razones de negación (chi cuadrado=10,831, $p < 0,05$). Ver anexos.

Figura 11. Razones de la Negación de la atención en salud, según condición de afiliación. 2006.



Entre los encuestados que reportaron haber recibido la atención en salud, cerca del 80% de ellos manifestaron que la intervención logró resolver la necesidad presentada. Los encuestados afiliados al régimen contributivo mostraron mayor inconformidad con la atención mientras que en los no afiliados se observa una mayor satisfacción. No existen diferencias significativas entre los distintos grupos lo cual sugiere que la no solución de una necesidad en salud es independiente a la condición de afiliación de un usuario (chi cuadrado=3,510, $p > 0,05$). Ver figura 12.

Todos los grupos de afiliación de los encuestados reportaron haber utilizado con mayor frecuencia la consulta médica. La utilización de servicios de urgencia suele ser mayor en los encuestados que no cuentan con seguro de salud (uno de cada tres utiliza este servicio con mayor frecuencia). Ver figura 13. Esto es consistente con los resultados de aplicar la prueba chi cuadrado entre los asegurados y no asegurados en cuanto al servicio de salud (chi cuadrado=27,305, $p < 0,05$). Ver anexos.

Figura 12. Solución de la necesidad luego de haber recibido la atención en salud, según condición de afiliación. 2006.

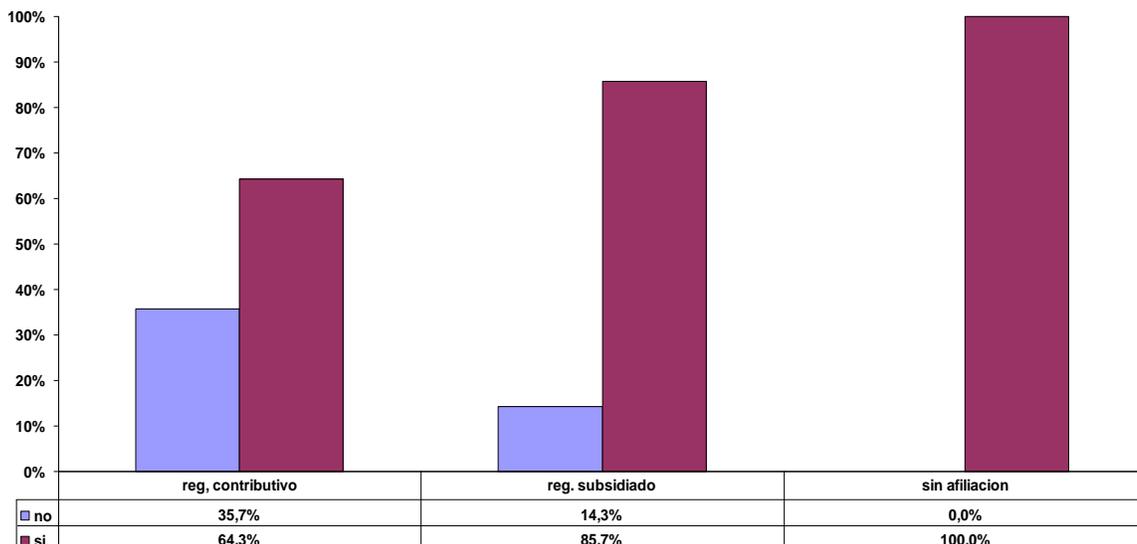
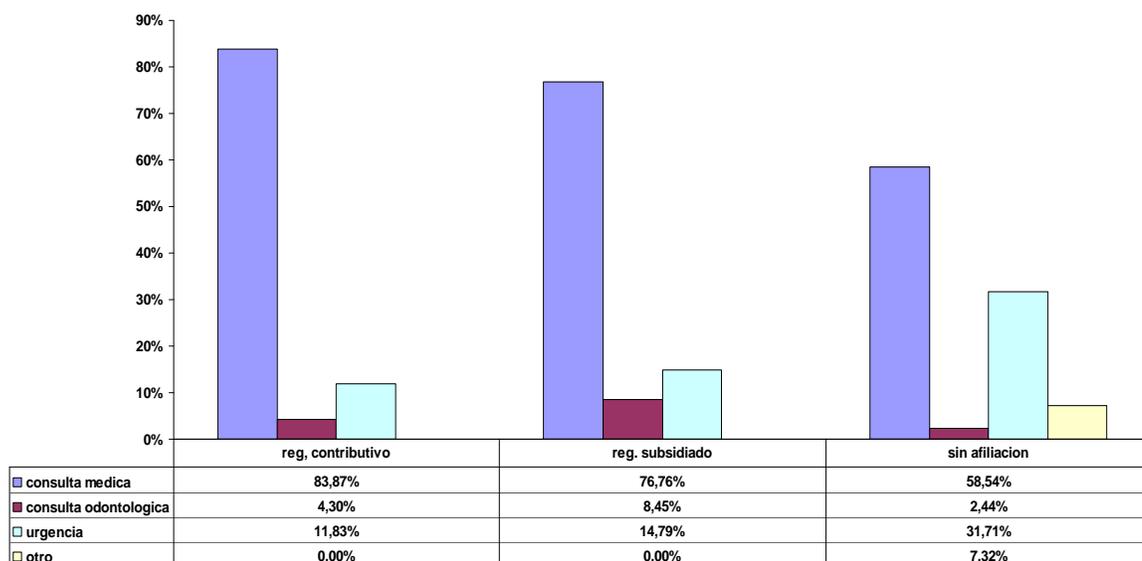
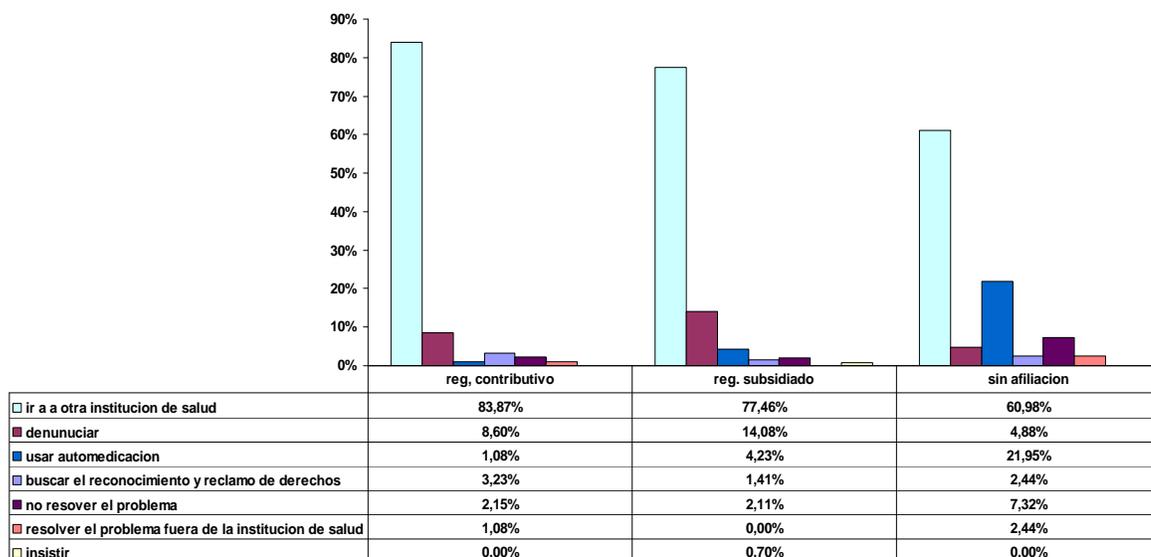


Figura 13. Servicio más utilizado por los encuestados, según condición de afiliación. 2006.



Ante la negación del servicio de salud, la alternativa más común en todos los grupos de afiliación de los encuestados es la de ir a otra institución que brinde el servicio médico. Al parecer el no contar con algún tipo de afiliación hace menos probable que un individuo denuncie el caso al tiempo que la proporción de los que se automedican es más alta en este segmento de encuestados. Ver figura 14.

Figura 14. Alternativas de los encuestados ante la negación del servicio, según condición de afiliación. 2006.



1.5. ANALISIS ECONOMETRICO.

Con el propósito de determinar si las características planteadas en la hipótesis determinan el acceso al sistema formal de salud, se desarrolló un modelo de regresión Logístico binario debido a que estos son más apropiados para estudios observacionales, como es el caso, reportando odds ratios (razón de ventaja). Los odds ratios o razones de ventaja muestran la distancia entre las probabilidades (u oportunidades) que hay entre las categorías de una misma variable. De esta manera, estos modelos son formulados con el fin de encontrar asociaciones entre las variables respuesta y estimar las ventajas y desventajas entre las variables independientes. Se usa en situaciones en que las variables predictoras no están distribuidas normalmente y en las que las variables son discretas o categóricas.

Para probar la significación del modelo se utilizó el estadístico Hosmer y Lemeshow que contrasta la hipótesis nula de que el modelo predice los datos de manera adecuada.

Las variables de los modelos fueron dicotomizadas como se muestra en la tabla siguiente. Así mismo se llevaron a cabo regresiones logísticas con el fin de explicar la utilización de los servicios de consulta médica y urgencias.

Tabla 7. Codificación de las variables.

Variable	Clasificación	Dummy
Acceso al sistema de salud	Si la persona accedió al sistema formal para solucionar el problema de salud	1
	No cumple la característica anterior.	0
Afilación	Si la persona está afiliada al sistema de salud	1
	No cumple la característica anterior.	0
Estado Civil	Si el estado civil de la persona es Soltero	1
	No cumple la característica anterior.	0
Posición ocupacional	Si la persona es Trabajador Independiente	1
	No cumple la característica anterior.	0
Percepción del estado de salud	Si la percepción del estado de salud que tiene la persona es Malo	1
	No cumple la característica anterior.	0
Escolaridad	Si la persona tiene un grado de escolaridad mayor que secundaria. Es decir, estudios técnicos, universitarios si es profesional o profesional con postgrado	1
	No cumple la característica anterior.	0
Utilización de la consulta medica	Si la persona utiliza el servicio de consulta medica	1
	No cumple la característica anterior.	0
Utilización del servicio de urgencia	Si la persona utiliza el servicio de urgencia	1
	No cumple la característica anterior.	0
Utilización de la consulta odontológica	Si la persona utiliza el servicio de consulta odontológica	1
	No cumple la característica anterior.	0

1.5.1. Accesibilidad a los servicios de salud del sistema formal

En síntesis, el modelo estimado alcanza a predecir correctamente el 84% de las observaciones. Ver tabla 8. Así mismo, al aplicar la prueba de Hosmer y Lemeshow

se da como resultado que el modelo si predice de forma adecuada ($p>0,05$), ver tabla 24 de capitulo de anexos.

Tabla 8. Clasificación del Modelo de acceso al sistema de salud.

Observado			Predicho		
			accedió o no al sistema formal para solucionar el problema de salud		Porcentaje Correcto
			no	si	
Paso 1	accedió o no al sistema formal para solucionar el problema de salud	no	26	41	38,8
		si	3	205	98,6
	Porcentaje Global				84,0

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

En la tabla 9 se puede decir acerca de la variable aseguramiento del jefe del hogar que mantiene una relación positiva con el acceso al sistema formal de salud. Un asegurado (ya sea del régimen subsidiado o contributivo) tiene entre 3 y 11 veces más oportunidad (o chance) de acceder al sistema que un no asegurado; Esta estimación resulta ser significativa con un nivel de confianza del 95%.

Mientras que parece ser que el hecho de ser soltero reduce las posibilidades de acceder al sistema formal de salud y esto según el modelo resulta ser significativo con un nivel de confianza del 95%.

Por otro lado, aunque pareciera que los trabajadores independientes tienen menos chance de acceder a los servicios de salud que aquellos que no son independientes, este resultado no es confiable puesto que en algunas ocasiones los independientes presentaran menor oportunidad de acceder y en otras ocasiones mayor oportunidad de acceder. Ver tabla 9.

Es de aclarar que aunque la oportunidad para acceder al sistema de salud parecer ser mayor para los que reportan tener estudios posteriores a los de secundaria y los

que perciben tener un mal estado de salud, dicha estimación no resulta ser significativa. Ver tabla 9.

Tabla 9. Modelo logit del acceso al sistema formal de salud.

Variable	OR	95,0% C.I. for OR	
		Inf.	Sup.
Asegurado	6,620	3,707	11,822
Percepción de un mal estado de salud	1,753	0,156	19,658
Trabajador independiente	0,643	0,355	1,165
Estudios después de secundaria	1,956	0,956	3,999
Estado civil soltero	0,517	0,268	0,997

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

De igual manera, en la tabla 10 se observa la significación de cada una de las variables del modelo. Como se dijo anteriormente, las variables con significación estadística son la condición de asegurado y el ser soltero.

Tabla 10. Variables in la Ecuación del modelo de acceso al sistema formal de salud.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1(a) asegurado	1,890	,296	40,806	1	,000	6,620	3,707	11,822
saludmala	,561	1,233	,207	1	,649	1,753	,156	19,658
independiente	-,442	,303	2,122	1	,145	,643	,355	1,165
estudiospostsecundaria	,671	,365	3,377	1	,066	1,956	,956	3,999
soltero	-,660	,335	3,872	1	,049	,517	,268	,997

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

1.5.2. Utilización del servicio de consulta medica

En este modelo se intenta determinar las variables que determinan la utilización del servicio de consulta médica. El modelo clasifica correctamente el 76% de las observaciones y resulta predecir. Ver tabla 11. Al aplicar la prueba de Hosmer y Lemeshow se da como resultado que el modelo si predice de forma adecuada ($p > 0,05$). Ver tabla 26 del capítulo de anexos.

Tabla 11. Modelo de utilización de la consulta medica.

Observado			Predicho		
			Utilización consulta medica		Porcentaje Correcto
			0	1	
Step 1	utilización consulta medica	0	7	58	10,8
		1	6	204	97,1
	Porcentaje Global				76,7

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

El aseguramiento hace que el individuo que lo posea tenga entre 2 y 7 veces más probabilidad de utilizar el servicio de consulta médica que aquel que no cuenta con seguro. Las otras variables del modelo resultaron ser no significativas, es decir los resultados no son confiables por su imprecisión teniendo en cuenta los intervalos de confianza. Ver tabla 12.

Tabla 12. Modelo logit de la utilización de la consulta médica

Variable	OR	95,0% C.I. for OR	
		Inf.	Sup.
Asegurado	4,173	2,465	7,064
Percepción del estado de salud como malo	0,349	0,041	2,992
Trabajador independiente	0,730	0,426	1,252
Estudios después de secundaria	1,035	0,557	1,925
Soltero	1,674	0,874	3,209

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

Del mismo modo, en la tabla 13 se relaciona la significación estadística de cada una de las variables de este modelo. Solo el aseguramiento resulta ser significativa a un nivel de significación del 5%. Las otras variables del modelo resultaron ser no significativas.

Tabla 13. Significación de las Variables en la Ecuación del modelo de utilización de la consulta médica.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1(a) asegurado	1,429	,269	28,306	1	,000	4,173	2,465	7,064
saludmala	-	1,096	,921	1	,337	,349	,041	2,992
independiente	-,314	,275	1,308	1	,253	,730	,426	1,252
estudiospostsecundaria	,034	,317	,012	1	,913	1,035	,557	1,925
soltero	,515	,332	2,411	1	,121	1,674	,874	3,209

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

1.5.3. Utilización del servicio de urgencias

El modelo aquí propuesto clasifica el 81% de las observaciones. Ver tabla 13. Al aplicar la prueba de Hosmer y Lemeshow se da como resultado que el modelo si predice de forma adecuada ($p>0,05$). Ver capítulo de anexos.

Tabla 14. Modelo de utilización de la consulta médica.

Observado			Predicho		Porcentaje Correcto
			Utilización del servicio de urgencia		
			0	1	
Step 1	Utilización del servicio de urgencia	0	219	11	95,2
		1	41	4	8,9
	Porcentaje Global				81,1

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

El aseguramiento reduce la probabilidad de utilizar los servicios de urgencia. El estado de salud percibido como malo resulta no ser significativo al 5% aunque presenta una probabilidad menor que aquel que percibe su salud de una manera distinta. El ser soltero es otra variable que reduce la probabilidad de utilizar con más frecuencia el servicio de urgencias. El hecho de que una persona sea trabajador independiente no influye en la utilización del servicio de urgencias. Del mismo modo, el contar con estudios superiores al nivel de secundaria aunque aparecen con una probabilidad menor de utilizar el servicio de urgencias esto no resulta confiable. Ver tabla 15.

En este modelo el aseguramiento y el estado civil son las variables que parecen influir en la utilización del servicio de urgencia.

Tabla 15. Modelo logit de la utilización del servicio de urgencias

Variable	OR	95,0% C.I.for EXP(B)	
		Inf.	Sup
Asegurado	0,184	0,103	0,329
Percepción del estado de salud como malo	5,310	0,564	49,985
Trabajador independiente	1,067	0,588	1,936
Estudios después de secundaria	0,823	0,405	1,673
Soltero	0,450	0,210	0,963

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

En la tabla 16 las variables que resultan significativas en el modelo de utilización del servicio de urgencia son el aseguramiento y el estado civil.

Tabla 16. Variables en la Ecuación del modelo de utilización del servicio de urgencias.

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1(a) asegurado	-1,691	,296	32,731	1	,000	,184	,103	,329
saludmala	1,670	1,144	2,130	1	,144	5,310	,564	49,985
independiente	,065	,304	,046	1	,830	1,067	,588	1,936
estudiospostsecundaria	-,195	,362	,289	1	,591	,823	,405	1,673
soltero	-,799	,388	4,235	1	,040	,450	,210	,963

2. DISCUSION

El seguro de salud es un medio para un fin: mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud, por parte de los más pobres, mediante la reducción de las barreras financieras que éstos enfrentan, y proveer protección frente a los riesgos financieros de la enfermedad y el trauma¹⁵.

En la población de estudio no solo se encontró asociación entre la condición de afiliación y el acceso al sistema formal de salud sino que se halló una mayor utilización de los servicios de salud formales que ofrece un sistema de salud por parte de los encuestados asegurados en contraste con aquellos que no cuenta con ninguna clase de afiliación lo cual es consistente con lo reportado en otros estudios realizados en el país¹⁶. Es así como el aseguramiento se constituye en un determinante de la accesibilidad a los servicios de salud del sistema formal y en la utilización del servicio de consulta médica dentro de la población de estudio.

En el plano nacional se dice que ocho de cada 10 personas califican su estado de salud de manera favorable (excelente, muy bueno, bueno). Mientras que un 20% de los colombianos reconoce que su salud debe mejorar¹⁷. Entre los encuestados en la ciudad de Cartagena en la presente investigación se hallaron cifras similares pues cerca del 15% de ellos consideraron la salud de una manera no adecuada (es decir, regular o mala).

Entre los resultados encontrados en el presente estudio se observa que el aseguramiento produce un efecto en la salud de aquellos que gozan de él reflejado en las diferencias encontradas en la percepción entre los que lo poseen y aquellos que no. Este hallazgo es similar a lo reseñado por otros autores en el plano

¹⁵ Hsiao W. What Macroeconomists should know about health care policy? A primer. IMF Working paper WP/00/136. International Monetary Fund. (2000)

¹⁶ ASSALUD. Universidad del Rosario - Facultad de Economía. Secretaria Distrital de salud de Bogotá. Análisis de alternativas de políticas para ampliar la cobertura de aseguramiento en salud de la población excluida del seguro de salud en Bogotá. Septiembre 23 de 2005

¹⁷ Profamilia. Estudio Nacional de Demografía y Salud-ENDS. 2005.

nacional¹⁸. Lo anterior es resultante de la efectividad del seguro más no de una actitud psicológica pues en el mercado de los seguros hasta ahora solo se reconoce el riesgo moral como el único comportamiento que está relacionado con el aseguramiento¹⁹.

Los resultados del presente estudio son consistentes con el estudio nacional de demografía y salud, llevado a cabo en el año 2005, en donde se indagaban las razones por las cuales la gente no solicita atención médica cuando están enfermos. En dicho estudio las dos principales razones enunciadas por la población de estudio fueron: el considerar el caso como leve y la falta de dinero²⁰; Aspectos muy semejantes a lo hallado en esta investigación.

La principal razón de no acceso al sistema formal de salud señalada por los encuestados es la consideración de los casos como no leves. Esta tendencia a percibir los casos de enfermedad como leves cobra más relevancia entre los afiliados al régimen contributivo que entre los otros grupos de encuestados. Aunque no se puede afirmar con total seguridad la percepción de los usuarios acerca de lo que consideran que requiere tratamiento médico puede llegar a constituirse en una barrera de acceso de tipo cultural y señala la puerta hacia la práctica de la automedicación. Esta problemática ha sido identificada por entidades por instituciones internacionales que indican que los grupos de bajos ingresos expresan una demanda de los servicios de salud inferior a sus necesidades reales²¹.

Por otro lado, los hallazgos sugieren que entre mayor sea el grado de escolaridad de un individuo mayor será la probabilidad de que acceda al sistema de salud formal para solucionar sus problemas. Aquí habría que aclarar que el mayor acceso no

¹⁸ ASSALUD. Universidad del Rosario - Facultad de Economía. Las reformas de la salud a partir de la ley 100 de 1993. Los logros, las pérdidas, los problemas, acciones a recomendar. Bogotá, marzo de 2006. Disponible en: <http://www.assalud.org/>

¹⁹ Baeza Cristian, Cabezas Marcela y Oyarzo Cesar. El Gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud. Organización Interamericana de Trabajo. 1999 p. 18.

²⁰ Profamilia. ENDS. Op cit, Capítulo: Afiliación al Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud: Niveles, Percepciones y Uso de Servicios.

²¹ OPS/OMS. Programa de Organización y Gestión de Servicios de salud `División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud` y Programa Especial de Análisis de Situación de Salud. Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Guía metodológica. Versión borrador. Washington, 2000.

solo es por el hecho de que la educación se encuentre correlacionada con ingreso y afiliación en salud sino que el individuo discierne más claramente que el personal médico es el más competente para satisfacer sus necesidades. El grado de escolaridad es entonces un determinante de la accesibilidad a los servicios de salud y puede encontrarse entrelazado con las barreras culturales como la señalada anteriormente.

De igual manera, “el no tener tiempo” para acceder a los servicios de salud tiene un fuerte componente intrínseco de factores culturales y está ligado a la percepción de la levedad de la enfermedad. Las cifras encontradas en cuanto a la proporción de la población que no accede al sistema formal por esta razón son semejantes a la de otros estudios a nivel nacional²². Ahora bien, este fenómeno se encuentra enmarcado dentro de la elasticidad de ciertos servicios de salud los cuales son diferentes a los de urgencias.

La falta de dinero como razón para no acceder al sistema de salud no es tan importante entre los afiliados al régimen contributivo como si lo es para el caso de los del régimen subsidiado y aquellos que no cuentan con afiliación. En este punto habría que señalar que el aseguramiento (reflejado en el carné de afiliación) del régimen subsidiado pierde potencia, es decir, no tiene la suficiente capacidad para reducir las barreras financieras. Este panorama es similar al presentado en otras ciudades del país²³.

Por último, se identifica una barrera de calidad reflejada en la percepción de mala calidad de los servicios y del recurso humano. Aunque no existen grandes diferencias entre grupos de afiliación, sobresale el hecho de que la tendencia a calificar los servicios como de mala calidad es más común entre los afiliados al régimen contributivo que en los demás grupos. Esto no debe ser subestimado porque puede estar ocurriendo una subutilización de los servicios de salud por parte de los asegurados (sobre todo en el régimen contributivo) que señalan entre otras

²² Grupo de Economía de la Salud -GES-Centro de Investigaciones Económicas -CIE. Universidad de Antioquia. Determinantes socioeconómicos del acceso potencial y real a los servicios de salud: Régimen Subsidiado de Salud en Antioquia.

²³ ASSALUD. Universidad del Rosario - Facultad de Economía. Secretaria Distrital de salud de Bogotá. Op. Cit. Pag 32.

cosas que acudir al personal médico no genera beneficios. Por ejemplo la prescripción de medicamentos (la mayoría genéricos).

Los resultados estadísticos indican que los casos de negación del servicio pueden presentarse independientemente del tipo de afiliación de un individuo. Es decir, se sospecha de razones que hacen que el servicio sea negado tanto para asegurados o no asegurados. Mientras que en los encuestados a los que les fue negada la atención si hace la diferencia el tipo de afiliación al cual pertenece de manera que el aseguramiento reduce las barreras financieras de acceso a los servicios de salud y se convierte en un factor protector para no padecerlas.

Por otro lado, el no contar con seguro de salud hace que el servicio de urgencia tenga una mayor preponderancia en la utilización de los distintos servicios de salud debido a su demanda inelástica. De manera, que entre los no asegurados el uso de los servicios de urgencias puede llegar a ser más frecuente que la consulta médica u otros. En el presente estudio este resultado es coherente con la alta proporción de encuestados que no cuentan con seguro que utilizaron los servicios de urgencias en comparación con aquellos que si tienen seguro. Además, la naturaleza de la demanda de los servicios de urgencia hacen que la utilización de este servicio sea independiente a la educación del individuo, su posición ocupacional, su estado civil y hasta como percibe su propia salud.

Así mismo, el aseguramiento en salud no determina que el servicio satisfaga la necesidad del usuario. Esto es consistente con lo dicho anteriormente acerca de la barrera de acceso ocasionada por una percepción de mala calidad de los servicios de salud.

En cuanto a las alternativas que toman los encuestados cuando se les niega el servicio de salud demandado, el no contar con algún tipo de afiliación hace menos probable que un individuo denuncie el caso. Por el contrario en este mismo grupo la proporción de los que se automedican es más alta que en los otros grupos de encuestados.

En relación a los hallazgos en el modelo de utilización del servicio de urgencia la gran frecuencia de uso de este servicio por parte de los no asegurados distorsiona los resultados dando un OR (odds ratios) menor que la unidad.

I. CONCLUSIONES

- Las pruebas de asociación y los modelos de regresión logística binaria mostraron que el aseguramiento determina el acceso a los servicios de salud del sistema y la utilización del servicio de consulta médica.
- El grado de escolaridad es un determinante de la accesibilidad de los servicios de salud.
- La principal razón de no acceso a los servicios de salud por parte de los encuestados es la consideración de los casos de enfermedad como leve, seguido por la falta de dinero y la falta de tiempo. Un pequeño porcentaje no accede por que considera los servicios como de mala calidad.
- Son notorias las diferencias entre el régimen contributivo y los demás grupos en cuanto a proporciones de encuestados que no acceden a los servicios de salud por falta de dinero.
- Existe asociación entre el tipo de afiliación en salud y la percepción del estado de salud. Los asegurados se ven más sanos que los no asegurados.
- El servicio de salud más utilizado fue la consulta médica aunque la automedicación es más frecuente entre los no asegurados.
- El transporte más utilizado por los asegurados es el bus mientras que los no asegurados suelen llegar caminando a las instalaciones de salud.
- Entre los encuestados los casos de negación del servicio son tan frecuentes entre los no asegurados como entre los afiliados al régimen contributivo. Pero en cuanto a las razones de la negación del servicio si encuentran diferencias significativas siendo más comunes las financieras en los no asegurados.
- El aseguramiento otorga al usuario la sensación de que al ser negado un servicio le están violando un derecho. No ocurre así con los no asegurados.
- Los resultados econométricos señalan al aseguramiento y el estado civil como determinantes de la accesibilidad. La escolaridad, la percepción de la salud y la posición ocupacional resultaron ser no significativas.

II. RECOMENDACIONES

- Habiéndose encontrado evidencias acerca del beneficio percibido por el aseguramiento y la manera como este determina si el individuo accede o no al sistema formal de salud se recomiendan tomar medidas encaminadas a procurar aumentar la cobertura.
- Las barreras culturales como la consideración de la enfermedad como leve interactuando con la falta de tiempo que tienen los usuarios son una gran amenaza al sistema.
- Las mejoras en la escolaridad de los usuarios del sistema de salud son la alternativa para lograr reducir las barreras culturales que son muy reacias a caer.
- En este mismo sentido, se recomienda que el sistema de salud colombiano debe ser sensible al conocimiento y percepción que tienen los usuarios acerca de sus problemas de salud. Una estrategia sería adelantar campañas que incentiven el uso de los servicios de salud SOBRETUDO si se está asegurado.
- Es menester mejorar la calidad de los servicios no solo en cuanto a calidez de atención por parte del personal asistencial y administrativo sino también mejorar los procesos administrativos que muchas veces desestimulan el uso de los servicios de salud. Además, la calidad del recurso humano debe ser notoria al punto que la perciba el usuario.
- Adelantar políticas encaminadas a reducir las desigualdades entre los dos regímenes de afiliación en cuanto a aspectos financieros que pueden determinar la negación o no del servicio de salud.

BIBLIOGRAFIA

- Andersen, R. y Aday, A. (1974). "A theoretical framework for the Study of access to medical care". Health Services Research. Vol 9, 208-222. (1993).
- ASSALUD. Universidad del Rosario - Facultad de Economía. Las reformas de la salud a partir de la ley 100 de 1993. Los logros, las pérdidas, los problemas, acciones a recomendar. Bogotá, marzo de 2006. Disponible en: <http://www.assalud.org/>
- ASSALUD. Universidad del Rosario - Facultad de Economía. Secretaria Distrital de salud de Bogotá. Análisis de alternativas de políticas para ampliar la cobertura de aseguramiento en salud de la población excluida del seguro de salud en Bogotá. Septiembre 23 de 2005.
- Baeza Cristian, Cabezas Marcela y Oyarzo Cesar. El Gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud. Organización Interamericana de Trabajo. 1999 p. 18.
- Donabedian A. "Aspects of medical care administration. Specifying requeriments for health care. Cambridge MA: Harvard University Press; 1973.
- Donabedian A. "Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización médica". Biblioteca de la salud. México D.F., Fondo de Cultura Económica. 1988.
- Echeverri López Esperanza La salud en Colombia: Abriendo el siglo... Y la brecha de las inequidades. Revista Gerencia y Políticas de Salud. No. 3. Diciembre 2002 Pp. 91.
- Frenk, Julio. "El Concepto Y Medición De La Accesibilidad". Salud Pública de México. 1985.
- Grupo de Economía de la Salud -GES-Centro de Investigaciones Económicas -CIE. Universidad de Antioquia. Determinantes socioeconómicos del acceso potencial y real a los servicios de salud: Régimen Subsidiado de Salud en Antioquia.

- Hsiao W. What Macroeconomists should know about health care policy? A primer. IMF Working paper WP/00/136. International Monetary Fund. (2000).
- Le Grand D. Equidad, salud y atención sanitaria. VIII Jornada de Economía de la Salud; 1988 Mayo 25 – 27; Las Palmas de Gran Canaria, España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 1988. p 55 – 68.
- OPS/OMS. Programa de Organización y Gestión de Servicios de salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud y Programa Especial de Análisis de Situación de Salud. Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Guía metodológica. Versión borrador. Washington, 2000.
- Organización Panamericana de la Salud. Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina – Departamento de Medicina Preventiva
- Profamilia, 2000. Salud sexual y reproductiva en Colombia. Encuesta nacional de Demografía y Salud 2000. Bogotá. Octubre. Pp. 97-98, 117.
- Profamilia. Estudio Nacional de Demografía y Salud-ENDS. 2005.
- Sousa-Fragoso María Angélica, Villarreal-Ríos Enrique. Accesibilidad de los servicios de salud en población usuaria. Gaceta Médica México. Vol. 136 No. 3, 2000.
- Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas. Grupo de Economía de la Salud, 2001. Condiciones de acceso a los servicios de salud. Observatorio de la Seguridad Social. Medellín Diciembre 2001 N. 3. Julio. Pp. 3-5.
- Universidad Nacional. Centro de Investigación y Desarrollo. La Seguridad Social en la encrucijada. Tomo I ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del Régimen Subsidiado. 2002. Pág. 164.
- Velandia Freddy, Ardón Nelson, Cárdenas José Miguel, Jara María Inés, Pérez Nicolás. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. Colombia Médica. 2001 32:4 – 9.
- Facultad Nacional de Salud Pública. Análisis de la situación de salud de la población desplazada y de estrato 1 en Medellín, 2002.

ANEXOS

Tabla 17. Prueba Chi Square Aseguramiento en salud y Acceso al sistema de salud

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	73,983(b)	1	,000		
Continuity Correction(a)	70,643	1	,000		
Likelihood Ratio	63,780	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	73,715	1	,000		
N of Valid Cases	276				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,10.

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

Tabla 18. Chi Square Tests Escolaridad y Acceso al sistema de salud

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,085(a)	8	,001
Likelihood Ratio	29,936	8	,000
Linear-by-Linear Association	25,103	1	,000
N of Valid Cases	276		

a 5 cells (27,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,49.

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

Tabla 19. Chi Square Tests tipo de afiliación y razones de no Acceso

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,773(a)	6	0,135
Likelihood Ratio	10,185	6	0,117
Linear-by-Linear Association	0,105	1	0,746
N of Valid Cases	276		

a 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,23.

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

Tabla 20. Chi Square Tests Condición de asegurado en salud y percepción del estado de salud.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,297(a)	3	,026
Likelihood Ratio	8,062	3	,045
Linear-by-Linear Association	2,424	1	,119
N of Valid Cases	276		

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

Tabla 21. Chi Square Tests Tipo de afiliación en salud y persona a quien acude en caso de enfermar

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43,785(a)	10	,000
Likelihood Ratio	35,562	10	,000
Linear-by-Linear Association	13,357	1	,000
N of Valid Cases	276		

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

Tabla 22. Chi Square Tests Tipo de afiliación en salud y tipo de transporte que utiliza para ir las instituciones prestadoras de servicios de salud

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	71,704(a)	8	,000
Likelihood Ratio	75,978	8	,000
Linear-by-Linear Association	49,119	1	,000
N of Valid Cases	276		

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

Tabla 23. Chi Square Tests condición de asegurado en salud y negación de la atención en salud

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,443(b)	1	,506		
Continuity Correction(a)	,176	1	,674		
Likelihood Ratio	,421	1	,516		
Fisher's Exact Test				,469	,325
Linear-by-Linear Association	,441	1	,506		
N of Valid Cases	276				

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

Tabla 24. Chi Square Tests Tipo de afiliación en salud y razones de la negación de la atención en salud

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,831(a)	4	,029
Likelihood Ratio	11,702	4	,020
Linear-by-Linear Association	1,198	1	,274
N of Valid Cases	36		

a 5 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

Tabla 25. Prueba Chi cuadrado (χ^2) Tipo de afiliación en salud y solución de la necesidad

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,510(a)	2	,173
Likelihood Ratio	4,373	2	,112
Linear-by-Linear Association	3,350	1	,067
N of Valid Cases	33		

a 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,06.

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

Tabla 26. Chi Square Tests Condición de aseguramiento en salud y los servicios de salud utilizados

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,305(a)	3	,000
Likelihood Ratio	20,730	3	,000
Linear-by-Linear Association	15,834	1	,000
N of Valid Cases	276		

a 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

Tabla 27. Hosmer and Lemeshow Test del modelo de acceso al sistema formal de salud

Step	Chi-square	df	Sig.
1	9,644	6	,140

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

Tabla 28. Hosmer and Lemeshow Test del modelo de utilización de la consulta médica

Step	Chi-square	df	Sig.
1	1,549	6	,956

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®

Tabla 29. Hosmer and Lemeshow Test del modelo de utilización de urgencias

Step	Chi-square	df	Sig.
1	6,394	6	,381

Fuente: Cálculos de los autores en el programa SPSS 12.0®