

CONDICIONANTES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACIÓN DE CARTAGENA DE INDIAS

NELSON ALVIS GUZMÁN*
LUIS ALVIS ESTRADA**
AURA MEDINA FUENTES***
MARIA MURILLO IBÁÑEZ****

Recibido 02 de Noviembre de 2009/Enviado para Modificación 17 de Noviembre de 2009/Aceptado 3 de Diciembre de 2009

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es estimar la relación entre el acceso a los servicios de salud, medido a partir de la utilización de los mismos, y las características socio-económicas de los cartageneros. Para ello, se realizó un 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 12.0 y Excel2000®. Las pruebas de asociación y los modelos de regresión logística binaria mostraron que el aseguramiento y el estado civil determinan el acceso a los servicios de salud del sistema. La escolaridad, la percepción de la salud y la posición ocupacional resultaron ser no significativas. El aseguramiento otorga beneficios percibidos por los usuarios de manera que se recomiendan tomar medidas encaminadas a procurar aumentar la cobertura.

Palabras Clave: Barreras, Cartagena de Indias, aseguramiento, Disparidades en atención de salud, servicios de salud.

Clasificación JEL: H75, I11, I18

ABSTRACT

The aim of this article is to estimate the relationship between access to health services, measured by the use of them, and the socioeconomics characteristics of the

* Facultad de Ciencias Económicas - Universidad de Cartagena. Director del Grupo de investigaciones en Economía de la Salud. Correo Electrónico: nalvis@yahoo.com

** Facultades de Medicina y Enfermería - Universidad de Cartagena.

*** Economista Universidad Tecnológica de Bolívar.

**** Economista Universidad Tecnológica de Bolívar.

cartageneros. For that, it was performed a explicative - transversal study about a sample of 276 people, which was divided by the type of affiliation, considering that the distribution of the inhabitants by type of affiliation is not homogeneous according to the insurance direction of the Secretaría Distrital de Salud. The data was tabulated and processed using the software SPSS 12.0 y Excel2000®. The tests of association and the logistic models showed that the insurance and the marital status determine the access to health services of the system. The education, the health perception and the occupational position turned out to be not significance. The insurance gives benefits perceived by the users, so that it is recommended to take measures that seek to increase the cover.

Key Words: *Barriers, Cartagena de Indias, Insurance, Disparities in health attention, health services.*

JEL Classification: *H75, I11, I18*

INTRODUCCIÓN

La equidad en el acceso y uso de servicios de salud es uno de los mayores retos de los sistemas de salud del mundo (1-4), especialmente en países con altos niveles de pobreza y desigualdad de ingresos como Colombia (5, 6).

Existen pruebas documentadas de 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 (7).

En 1993 Colombia adoptó un sistema sanitario (Ley 100 de 1993), centrado en el aseguramiento obligatorio y en el mercado regulado de prestadores y aseguradores y con miras a mejorar el acceso a los servicios y romper las barreras económicas. Sin embargo, el aumento de la cobertura en aseguramiento a la población pobre, a través de subsidios a la demanda, no es sinónimo de la eliminación de barreras para el acceso a los servicios de salud puesto que persisten condicionantes que no garantizan igualdad en el acceso (8) al tiempo que generan una falsa sensación de progresividad.

Por otro lado, el aseguramiento en salud enfrenta dificultades ligadas a la transformación laboral inherente al nuevo modelo de desarrollo. En Colombia, ha aumentado lo que muchos técnicos llaman población “sándwich” (personas que por perder el empleo salen del régimen contributivo y carecen de algún tipo de afiliación, pues su situación de

pobreza no le alcanza para calificar como beneficiario de un subsidio) y que poseen peores condiciones de acceso a salud que los pobres. El 73% de los individuos que hacen parte de este grupo no acceden a los servicios por falta de dinero (9).

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 casos.

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 desincentivan la utilización de servicios debido a la exigencia de trámites y la gran distancia entre las IPS y los usuarios.

Al gozar del estatus de derecho humano, la atención en salud se caracteriza por su demanda inelástica, lo que aumenta las presiones sobre la restricción presupuestal del sistema generando fuertes debates. Durante los últimos años 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 existentes), que han generado efectos graves sobre la salud de la población. 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. En principio se creería 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.

El tema de equidad en el acceso a los servicios de salud lleva a formular dos interrogantes: ¿Quién accede a los servicios? y ¿a que accede? Estos interro-

gantes tienen una respuesta simple: debe acceder cualquiera que lo necesite (10). 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 salud (11). Sin embargo, se considera que frente al acceso a los servicios influyen diversos factores como los geográficos, la capacidad financiera, los aspectos organizativos e incluso los socioculturales (12). 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, como el tiempo de espera, los trámites, la disponibilidad de médicos, entre otros. Así mismo, los factores culturales 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.

El análisis en el cual se estudió el problema de acceso y utilización a los servicios de salud gira en torno a la estructura empírica propuesta por Aday y Andersen, (13) y por Frenk (14) que da cuenta de la evolución del problema, recogiendo desde la necesidad percibida hasta la utilización de servicios. Estas estructuras de análisis consideran que el proceso de búsqueda y obtención de la atención 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 el presente estudio se fundamenta en el dominio amplio del concepto de "accesibilidad" solo está enfocado a características propias de los individuos.

METODOLOGÍA

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.

El modelo que se desarrolló es el siguiente:

$$Acc_i = \alpha_1 EC_i + \alpha_2 EDU_i + \alpha_3 PO_i + \alpha_4 AS_i + \alpha_5 PS_i + \mu_i \quad [1]$$

constante. $\alpha_1, \alpha_2, \alpha_3, \alpha_4$ y α_5 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.

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

TABLA No. 1. CATEGORÍAS DE LAS VARIABLES DE ANÁLISIS.

	Variable	Clasificación
1	Acceso al sistema de salud	¿Accedió o no al sistema formal para solucionar el problema de salud?
2	Razón 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.
3	Escolaridad	Sin escolaridad, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnico, universitario, postgrado
4	Estrato	Estrato de residencia: 1, 2, 3, 4, 5, y 6
5	Estado Civil	Viudo, Soltero, Casado, Unión Libre
6	Afiliación	Sin afiliación, régimen subsidiado y régimen contributivo
7	Posición ocupacional	Trabajador independiente, jubilado y trabajador dependiente
8	Percepción del estado de salud	Malo, regular, bueno, muy bueno
9	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
10	Transporte utilizado para acudir a la institución de salud	Caminando, bus, colectivo, mototaxi, taxi.
11	Ubicación de la institución de salud	Dentro del barrio, otro barrio de la zona, otra zona de la ciudad.
12	Estado de salud después de la atención	Peor, igual, mejor.
13	Negación del servicio	Si, no.
14	Resolución de la necesidad	Si, no.
15	Razón de la negación	Requisitos administrativos, razones económicas
16	Servicio más utilizado	Consulta médica, consulta odontológica, urgencias, otro.
17	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.

El universo de estudio lo constituyen los habitantes de Cartagena de Indias distribuidos por condición de afiliación en salud. Se definió una muestra de 276 personas a encuestar con un nivel de confianza del 95% y un error esperado fijado en un 6%. La muestra fue estratificada según tipo de afiliación teniendo en cuenta que la distribución de los habitantes por su tipo de afiliación no es homogénea. 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 No. 2. PONDERACIÓN DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS.

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

Para la recolección de los datos se utilizó una encuesta que integró las variables en estudio la cual fue aplicada a los hogares seleccionados en la muestra escogida. 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.

Se desarrollaron modelos Logísticos de elección binaria con el fin de estimar las variables que explican el acceso o no al sistema formal de salud, 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).

Para probar la significación de los modelos se utilizó el estadístico Hosmer y Lemeshow que contrasta la hipótesis nula de que el modelo predice los datos de manera adecuada. Así mismo se llevaron a cabo regresiones logísticas con el fin de explicar la utilización de los servicios de consulta médica y urgencias.

RESULTADOS

Los encuestados no afiliados se encuentran mayormente en el estrato 1, así como los del régimen subsidiado pero en menor proporción. A su vez, los individuos encuestados del estrato 3 constituyen el 44% de los afiliados al régimen contributivo.

Accesibilidad a los servicios de salud por parte de los encuestados: 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 sólo 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).

TABLA No. 3. 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	0,0	2,2	0,7
6	N	0	0	2	2
	%	0,0	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

A medida que aumenta el nivel de escolaridad de los encuestados disminuye el porcentaje de ellos que no accede al sistema formal. 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).

TABLA No. 4. ACCESO AL SISTEMA FORMAL EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD DE LOS HOGARES ENCUESTADOS SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIACIÓN EN SALUD Y SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD. 2006.

Tipo de afiliación	No	%	Si	%	Total
Régimen Contributivo	14	15,1	79	84,9	93
Régimen Subsidiado	22	15,5	120	84,5	142
Sin afiliación	32	78,0	9	22,0	41
NIVEL EDUCATIVO	NO	%	SI	%	TOTAL
Sin escolaridad	4	57,1	3	42,9	7
Primaria incompleta	6	50,0	6	50,0	12
Primaria completa	11	35,5	20	64,5	31
Secundaria incompleta	19	36,5	33	63,5	52
Secundaria completa	14	23,0	47	77,0	61
Técnico o tecnológico	11	20,8	42	79,2	53
Universitario	2	5,1	37	94,9	39
Profesional	1	5,3	18	94,7	19
Postgrado		0,0	2	100,0	2
Total	68	24,6	208	75,4	276

Fuente: Cálculos de los autores

Al indagar acerca de las razones por las cuales 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 No. 5. RAZONES POR LA CUAL NO ACCEDEN A LOS SERVICIOS DE SALUD LOS ENCUESTADOS. 2006

RAZÓN 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. 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 dicha proporción es considerablemente menor a los grupos mencionados anteriormente. Ver tabla 6.

TABLA 6. RAZONES POR LA CUAL LOS HOGARES ENCUESTADOS NO ACCEDEN A LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN TIPO DE AFILIACIÓN EN SALUD. 2006.

Razón de no acceso	Régimen contributivo	%	Régimen subsidiado	%	Sin afiliación	%	Total
Considera que el caso es leve	50	53,8	57	40,1	18	43,9	125
El servicio es malo y no confía en los médicos	7	7,5	6	4,2	2	4,9	15
Falta de dinero	12	12,9	37	26,1	12	29,3	61
No tuvo tiempo	24	25,8	42	29,6	9	22,0	75
Total	93	100,0	142	100,0	41	100,0	276

Fuente: Cálculos de los autores

El no acceso a los servicios de salud producto de la falta de tiempo es más común entre los no afiliados que en los otros grupos. 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, $p > 0,05$).

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. 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 tabla 7.

TABLA No. 7. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO POR LOS ENCUESTADOS SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIACIÓN. 2006.

Estado de salud	Régimen Contributivo	%	Régimen subsidiado	%	Sin afiliación	%
Malo	0	0,0	3	2,1	1	2,4
Regular	11	11,8	12	8,5	10	24,4
Bueno	77	82,8	119	83,8	26	63,4
Muy bueno	5	5,4	8	5,6	4	9,8
Total	93	100,0	142	100,0	41	100,0

Fuente: Cálculos de los autores

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, 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, $p > 0,05$).

TABLA No. 8. ESTADO DE SALUD PERCIBIDO POR LOS ENCUESTADOS SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIACIÓN. 2006.

A quien acude	Régimen contributivo	%	Régimen subsidiado	%	Sin afiliación	%
Boticario, farmacéuta	1	1,1	1	0,7	4	9,8
Profesional o institución de salud	82	88,2	124	87,3	21	51,2
Promotor o enfermera		0,0		0,0	1	2,4
Se aplico remedios caseros	1	1,1	5	3,5	3	7,3
Se autorecetó	9	9,7	10	7,0	12	29,3
Terapias alternativas		0,0	2	1,4		0,0
Total	93	100,0	142	100,0	41	100,0

Fuente: Cálculos de los autores

Condiciones de accesibilidad geográfica 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. 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. Por su parte, cerca de la mitad de los encuestados que no cuentan con afiliación 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, $p < 0,05$).

TABLA No. 9. TRANSPORTE QUE UTILIZAN LOS ENCUESTADOS PARA ACUDIR A LAS INSTITUCIONES DE SALUD, SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIACIÓN. 2006.

Transporte	Régimen contributivo	%	Régimen subsidiado	%	Sin afiliación	%
Bus	41	44,1	42	29,6	15	36,6
Caminando	12	12,9	60	42,3	20	48,8
Colectivo	4	4,3		0,0		0,0
Mototaxi	12	12,9	37	26,1	6	14,6
Taxi	24	25,8	3	2,1		0,0
Total	93	100,0	142	100,0	41	100,0

Fuente: Cálculos de los autores

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.

TABLA No. 10. UBICACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD A LAS QUE ACUDEN LOS ENCUESTADOS, SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIACIÓN. 2006.

Ubicación de las instalaciones	Régimen Contributivo	%	Régimen subsidiado	%	Sin afiliación	%
Dentro del barrio	6	6,5	47	33,1	16	39,0
En otra zona de la ciudad	2	2,2	14	9,9	2	4,9
Otro barrio de la zona	85	91,4	81	57,0	23	56,1
Total	93	100,0	142	100,0	41	100,0

Fuente: Cálculos de los autores

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. 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 y solo el 9% de los encuestados demora más de 30 minutos en llegar a las instituciones de salud que le prestan servicios. Ver tabla 11.

TABLA No. 11. 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

Características de la atención 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. 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 tabla 12.

TABLA No. 12. PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LOS ENCUESTADOS DESPUÉS DE RECIBIR EL SERVICIO, SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIACIÓN. 2006.

Estado de salud después de la atención	Régimen contributivo	%	Régimen subsidiado	%	Sin afiliación	%
Peor	1	1,1	3	2,1	1	2,4
Igual	5	5,4	3	2,1	2	4,9
Mejor	87	93,5	136	95,8	38	92,7
Total	93	100,0	142	100,0	41	100,0

Fuente: Cálculos de los autores

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 régimen subsidiado reporten una menor frecuencia de casos de negación de la atención que los usuarios del régimen contributivo. La condición de afiliación no se encuentra asociada a la negación de la atención en salud (chi cuadrado=0,443, $p>0,05$).

TABLA No. 13. NEGACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD CUANDO HA SIDO SOLICITADA POR LOS ENCUESTADOS, SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIACIÓN. 2006.

Tipo de afiliación	No	%	Si	%
Régimen contributivo	77	82,8	16	17,2
Régimen Subsidiado	127	89,4	15	10,6
Sin afiliación	34	82,9	7	17,1
Total	238	86,2	38	13,8

Fuente: Cálculos de los autores

Por otro lado, se encontró asociación entre la afiliación y las razones de negación ($\chi^2=10,831$, $p<0,05$). Entre los no asegurados es más frecuente encontrar como razón de negación aquellas de tipo financiera. Mientras que el régimen contributivo presenta menor frecuencia de casos de negación del servicio por razones financieras.

TABLA No. 14. RAZÓN DE NEGACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD, SEGÚN AFILIACIÓN. 2006.

Razón de negación	Régimen contributivo	%	Régimen subsidiado	%	Sin afiliación	%
Requisitos administrativos	10	66,7	9	64,3	1	14,3
Requisitos financieros	3	20,0	5	35,7	6	85,7
Otro	2	13,3		0,0		0,0
Total	15	100,0	14	100,0	7	100,0

Fuente: Cálculos de los autores

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 afiliados al régimen contributivo mostraron mayor inconformidad con la atención mientras que los no asegurados presentan 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 ($\chi^2=3,510$, $p>0,05$). Ver tabla 15.

TABLA No. 15. SOLUCIÓN DE LA NECESIDAD LUEGO DE HABER RECIBIDO LA ATENCIÓN EN SALUD, SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIACIÓN. 2006.

Tipo de afiliación	NO	%	SI	%	Total
Régimen Contributivo	5	35,7	9	64,3	14
Régimen Subsidiado	2	14,3	12	85,7	14
Sin afiliación	0	0,0	5	100,0	5
Total	7	21,2	26	78,8	33

Fuente: Cálculos de los autores

En todos los grupos de afiliación se utiliza 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 tabla 17. Se encontró asociación entre la condición de aseguramiento y la utilización del servicio de salud ($\chi^2=27,305$, $p<0,05$).

TABLA No. 16. SERVICIO MÁS UTILIZADO POR LOS ENCUESTADOS, SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIACIÓN. 2006.

Servicio utilizado	Régimen contributivo	%	Régimen subsidiado	%	Sin afiliación	%
Consulta medica	78	83,9	109	76,8	24	58,5
Consulta odontológica	4	4,3	12	8,5	1	2,4
Otro	0	0,0	0	0,0	3	7,3
Urgencia	11	11,8	21	14,8	13	31,7
Total	93	100,0	142	100,0	41	100,0

Fuente: Cálculos de los autores

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. Tabla 17.

TABLA No. 17. ALTERNATIVAS DE LOS ENCUESTADOS ANTE LA NEGACIÓN DEL SERVICIO, SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIACIÓN. 2006.

Alternativas	Régimen contributivo	%	Régimen subsidiado	%	Sin Afiliación	%
Buscar el reconocimiento y reclamo de derechos	3	3,2	2	1,4	1	2,4
Denunciar	8	8,6	20	14,1	2	4,9
Insistir		0,0	1	0,7		0,0
Ir a otra institución de salud	78	83,9	110	77,5	25	61,0
No resolver el problema	2	2,2	3	2,1	3	7,3
Resolver el problema fuera de la institución de salud	1	1,1		0,0	1	2,4
Usar automedicación	1	1,1	6	4,2	9	22,0
Total	93	100,0	142	100,0	41	100,0

Fuente: Cálculos de los autores

Análisis econométrico de la Accesibilidad a los servicios de salud del sistema formal: En síntesis, el modelo estimado alcanza a predecir correctamente el 84% de las observaciones. Ver anexos. Así mismo, al aplicar la prueba de Hosmer y Lemeshow se da como resultado que el modelo si predice de forma adecuada ($p > 0,05$).

La variable aseguramiento del jefe del hogar 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.

Según el modelo, el 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. Los resultados de las variables relacionadas con la condición de trabajar independiente, la tenencia de estudios posteriores a los de secundaria y la percepción de un mal estado de salud no son confiables pues los intervalos de confianza contienen la unidad. Ver tabla 18.

TABLA No. 18. MODELO LOGIT DEL ACCESO AL SISTEMA FORMAL DE SALUD.

Variable	OR	95,0 C.I. for OR	
		Inferior	Superior
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®

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

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 trauma (15).

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 país (16, 17). 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 mejorar (18). 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 nacional (19).

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 dinero (18); 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 reales (20).

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 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. 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 país (19, 21).

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 (22). 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 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.

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 debe procurar aumentar la cobertura.

Las mejoras en la escolaridad de los usuarios del sistema de salud son la alternativa para lograr reducir las barreras culturales como la consideración de la enfermedad como leve que cuando interactúa con la falta de tiempo que tienen los usuarios son una gran amenaza al sistema. Lo anterior puede estar acompañado de campañas que incentiven el uso de los servicios de salud SOBRE TODO 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.

REFERENCIAS

1. Asada Y., Kephart G. Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res.* 2007; 7: 41.
2. Goddard M., Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med.* 2001; 53(9): 1149-62.
3. Onwujekwe O., et al. Improving equity in malaria treatment: relationship of socio-economic status with health seeking as well as with perceptions of ease of using the services of different providers for the treatment of malaria in Nigeria. *Malar J.* 2008; 7: 5.
4. Regidor E., et al. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *BMC Health Serv Res.* 2008; 8: 183.
5. Mejia A., Sanchez A.F., Tamayo J.C. Equity in access to health-services in Antioquia, Colombia. Bogotá: *Revista de Salud Pública.* 2007; 9(1): 26-38.

6. Cespedes J.E., Jaramillo I., Castano R.A. The impact of social security system reform on health services equity in Colombia. *Cad Saude Pública*. 2002; 18(4): 1003-24.
7. Sousa M.A., Villarreal E. Accessibility of health services for users. *Gac Med Mex*. 2000; 136(3): 213-19.
8. Echeverri E. La salud en Colombia: Abriendo el siglo Y la brecha de las inequidades. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2002; 3: 91-93.
9. Fresneda O. La visión de la población sobre el sistema de salud: resultados de la encuesta a la población de los estratos 1, 2 y 3 de las principales ciudades., in *La Seguridad Social en la encrucijada” Tomo I ¿Ha mejorado el acceso en salud? Evaluación de los procesos del Régimen Subsidiado. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-PARS*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social-MPS. 2007; 06-210.
10. Le D. Equidad, salud y atención sanitaria, in *VIII Jornada de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria, España. 1988
11. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *Jama*. 1988; 260(12): 1743-8.
12. Donabedian A. An examination of some directions in health care policy. *Am J Public Health*. 1973; 63(3): 243-6.
13. Aday L.A. Andersen R. Framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974; 9(3): 208-20.
14. Frenk J. Concept and measurement of accessibility. *Salud Pública Mex*. 1985; 27(5): 438-53.
15. Hsiao W. What Macroeconomists should know about health care policy? A primer, in *IMF Working paper 2000, International Monetary Fund*.
16. Asociación Colombiana de la Salud ASSALUD. Barreras Económicas en el acceso a los servicios de salud para los niños de 1 a 4 años de edad en la ciudad de Bogotá en los estratos uno, dos, tres y cuatro. Bogotá. 2003: 35-36.
17. Asociación Colombiana de la Salud-ASSALUD, U.d.R.-F.d.E.S.D.d.s.d.B., Análisis de alternativas de políticas para ampliar la cobertura de aseguramiento en salud de la población excluida del seguro de salud en Bogotá. Bogotá. 2005; 53-57.
18. Profamilia, Estudio Nacional de Demografía y Salud-ENDS. 2005. 2005: Bogotá D.C. 346-347.
19. Asociación Colombiana de la Salud-ASSALUD and Universidad del Rosario, Los logros, las pérdidas, los problemas, acciones a recomendar. Bogotá. 2006.
20. Organización Panamericana de la Salud-OPS y Organización Mundial de la Salud- OMS, Guía metodológica. Versión borrador. 2000, Organización Panamericana de la Salud-OPS, Organización Mundial

de la Salud- 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. Washington.

21. Restrepo J., Vásquez J. Condiciones de acceso a los servicios de salud., in Observatorio de la Seguridad Social, Centro de Investigaciones Economicas-CIE. Grupo de Economía de la Salud, Editor. Medellín:Universidad de Antioquia. 2001; 1-9.
22. Velandia F., Cárdenas J., Jara M., Pérez N. 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.