

financiamiento del desarrollo

Dos décadas de cambios en la equidad del sistema de salud colombiano: 1990-2010

Carmen Elisa Flórez
Adriana Camacho



NACIONES UNIDAS

CEPAL



financiamiento del desarrollo

Dos décadas de cambios en la equidad del sistema de salud colombiano: 1990-2010

Carmen Elisa Flórez

Adriana Camacho



NACIONES UNIDAS



División de financiamiento para el desarrollo
Santiago, septiembre de 2012



Asdi

Este documento fue preparado por Carmen Elisa Florez, consultora de la División de Financiamiento para el Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), y Adriana Camacho, en el marco de las actividades del proyecto "Social protection and social inclusion in Latin America and the Caribbean" (SWE/09/001), ejecutado por la CEPAL con el apoyo financiero de la Swedish International Development Cooperation Agency (ASDI). Las autoras agradecen a Román David Zárate por la excelente labor realizada como asistente de investigación.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1564-4197

LC/L.3512

Copyright © Naciones Unidas, septiembre de 2012. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Introducción	7
I. Marco conceptual e indicadores	9
A. Fuente de datos.....	10
B. Indicadores de salud	10
II. Aseguramiento	13
III. Uso de los servicios de salud	19
A. Servicios de salud general	19
B. Servicios de salud infantil	24
C. Servicios en salud sexual y reproductiva.....	27
D. La situación actual en las inequidades en servicios de salud....	35
IV. Estado de salud	37
A. Salud infantil	37
B. Salud materna	44
C. La situación actual en las inequidades en el estado de salud materno infantil	46
IV. Conclusiones	49
Bibliografía	51
Anexo	53
Metodología para la construcción de los indicadores.....	54
Serie Financiamiento del desarrollo: números publicados	59

Índice de cuadros

CUADRO 1	INDICADORES DE SALUD SEGÚN COMPONENTE DEL ACCESO.....	11
CUADRO 2	INEQUIDADES EN AFILIACIÓN AL SGSSS, 1995 - 2010.....	15
CUADRO 3	AFILIACIÓN AL SGSSS POR TIPO DE RÉGIMEN, 2000 – 2010	16
CUADRO 4	INEQUIDADES EN ATENCIÓN PROFESIONAL EN SALUD DADA UNA NECESIDAD, 2000-2010.....	20
CUADRO 5	ATENCIÓN PROFESIONAL EN SALUD POR TIPO DE RÉGIMEN, 2000-2010.....	22
CUADRO 6	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO USA SERVICIOS DE SALUD POR RAZÓN DE NO USO, 2000-2010.....	23
CUADRO 7	INEQUIDADES EN LOS ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACIÓN, 1990-2010.....	25
CUADRO 8	ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN POR TIPO DE RÉGIMEN, 2000-2010	27
CUADRO 9	INEQUIDADES EN ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA, 1990-2010	28
CUADRO 10	INEQUIDADES EN ATENCIÓN MÉDICA AL PARTO, 1990-2010	28
CUADRO 11	ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA POR TIPO DE RÉGIMEN, 2000-2010	31
CUADRO 12	ATENCIÓN MÉDICA AL PARTO POR TIPO DE RÉGIMEN, 2000-2010	31
CUADRO 13	INEQUIDADES EN EXÁMENES DE CITOLOGÍA Y MAMOGRAFÍA, 2005-2010	32
CUADRO 14	EXAMEN DE CITOLOGÍA Y MAMOGRAFÍA POR TIPO DE RÉGIMEN, 2005-2010	35
CUADRO 15	INEQUIDADES EN LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, 1995-2010	38
CUADRO 16	INEQUIDADES EN DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, 1995-2010.....	40
CUADRO 17	INEQUIDADES EN EDA E IRA, 1995-2010.....	43
CUADRO 18	INEQUIDADES EN COMPLICACIONES AL PARTO Y POSPARTO, 2000-2010	44
CUADRO A.1	ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACIÓN PARA NIÑOS DE 12-23 MESES.....	55

Índice de gráficos

GRÁFICO 1	AFILIACIÓN AL SGSSS, 1990-2010.....	14
GRÁFICO 2.A	AFILIACIÓN POR ZONA, 1995-2010	14
GRÁFICO 2.B	QUINTIL DE RIQUEZA, 1995-2010.....	14
GRÁFICO 3.A	TIPOS DE INEQUIDADES EN AFILIACIÓN AL SGSSS, 1995.....	16
GRÁFICO 3.B	TIPOS DE INEQUIDADES EN AFILIACIÓN AL SGSSS, 2010.....	16
GRÁFICO 4.A	INEQUIDADES EN ATENCIÓN PROFESIONAL EN SALUD, 2000.....	21
GRÁFICO 4.B	INEQUIDADES EN ATENCIÓN PROFESIONAL EN SALUD, 2010.....	21
GRÁFICO 5	RAZÓN DE NO USO DE SERVICIOS DE SALUD POR TIPO DE RÉGIMEN, 2000-2010	24
GRÁFICO 6.A	INEQUIDADES EN ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACIÓN, 1990.....	26
GRÁFICO 6.B	INEQUIDADES EN ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACIÓN, 2010.....	26
GRÁFICO 7	ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACIÓN POR QUINTIL DE RIQUEZA, 1990 – 2010	26
GRÁFICO 8.A	INEQUIDADES EN ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA, 1990	29
GRÁFICO 8.B	INEQUIDADES EN ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA, 2010	29
GRÁFICO 9.A	INEQUIDADES EN ATENCIÓN MÉDICA AL PARTO, 1990	30
GRÁFICO 9.B	INEQUIDADES EN ATENCIÓN MÉDICA AL PARTO, 2010	30
GRÁFICO 10.A	ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA AL PARTO POR QUINTIL DE RIQUEZA, 1990.....	30
GRÁFICO 10.B	ATENCIÓN PRENATAL MÉDICA AL PARTO POR QUINTIL DE RIQUEZA, 2010	30
GRÁFICO 11.A	INEQUIDADES EN EL EXAMEN DE CITOLOGÍA, 2005.....	33
GRÁFICO 11.B	INEQUIDADES EN EL EXAMEN DE CITOLOGÍA, 2010.....	33
GRÁFICO 12.A	INEQUIDADES EN EL EXAMEN DE MAMOGRAFÍA, 2005	34
GRÁFICO 12.B	INEQUIDADES EN EL EXAMEN DE MAMOGRAFÍA, 2010.....	34
GRÁFICO 13.A	EXAMEN DE CITOLOGÍA POR QUINTIL DE RIQUEZA, 2005-2010	34
GRÁFICO 13.B	EXAMEN DE MAMOGRAFÍA POR QUINTIL DE RIQUEZA, 2005-2010	34
GRÁFICO 14.A	INEQUIDADES REGIONALES EN EL USO DE SERVICIOS DE SALUD, 2010.....	36
GRÁFICO 14.B	INEQUIDADES ECONÓMICA EN EL USO DE SERVICIOS DE SALUD, 2010	36

GRÁFICO 15	TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR ZONA, 1995-2010	39
GRÁFICO 16.A	INEQUIDADES EN MORTALIDAD INFANTIL, 1995.....	39
GRÁFICO 16.B	INEQUIDADES EN MORTALIDAD INFANTIL, 2010.....	39
GRÁFICO 17.A	DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL POR ZONA,1995-2010	41
GRÁFICO 17.B	DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL POR QUINTIL DE RIQUEZA, 1995-2010	41
GRÁFICO 18.A	INEQUIDADES EN DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, 1995	41
GRÁFICO 18.B	INEQUIDADES EN DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, 2010	41
GRÁFICO 19.A	INEQUIDADES EN EDA EN MENORES DE 5 AÑOS, 1995	42
GRÁFICO 19.B	INEQUIDADES EN EDA EN MENORES DE 5 AÑOS, 2010	42
GRÁFICO 20.A	INEQUIDADES EN IRA EN MENORES DE 5 AÑOS, 2000	43
GRÁFICO 20.B	INEQUIDADES EN IRA EN MENORES DE 5 AÑOS, 2010	43
GRÁFICO 21.A	INEQUIDADES EN COMPLICACIONES AL PARTO, 2000	45
GRÁFICO 21.B	INEQUIDADES EN COMPLICACIONES AL PARTO, 2010	45
GRÁFICO 22.A	INEQUIDADES EN COMPLICACIONES POSPARTO, 2000	46
GRÁFICO 22.B	INEQUIDADES EN COMPLICACIONES POSPARTO, 2010	46
GRÁFICO 23.A	INEQUIDADES REGIONALES EN INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD, 2010.....	47
GRÁFICO 23.B	INEQUIDADES ECONÓMICAS EN INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD, 2010.....	47

Introducción

Colombia, como otros países de la región Latinoamericana, reformó su sistema de salud a principios de los años noventa. La Ley 100 de 1993 cambió completamente la organización, financiamiento y entrega de los servicios de salud, mediante la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El nuevo sistema surgió de la transformación de un sector con tres subsistemas independientes, con diferentes formas de organización, financiamiento y entrega de servicios, en una sola estructura que combinó los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.

Uno de los principales objetivos de la reforma fue mejorar el estado de salud de la población a través del aumento en el acceso a los servicios de salud (Flórez y Hernández, 2005; Grupo de Economía de la Salud, 2005; Flórez y Tono, 2002). Con ese objetivo, la Reforma de 1993 definió dos regímenes paralelos para proveer los servicios de salud. El Régimen Contributivo, con afiliación obligatoria para todos los trabajadores; y el Régimen Subsidiado para aquellos sin capacidad de pago. En ambos casos, la afiliación se extiende al grupo familiar como beneficiarios del paquete de servicios.

El seguimiento a la cobertura y equidad en el acceso y uso de los servicios de salud en Colombia ha sido un tema central desde la implementación de la Ley 100 de 1993. Varios estudios han tratado de inferir el impacto de la reforma del Sistema de Seguridad Social de 1993 sobre la equidad en el estado y el uso de los servicios de salud en el país (Castaño R., et al, 2001; Flórez y Nupia, 2001; Céspedes, et al, 2000; Grupo de Economía de la Salud, 2001; Flórez, 2002; Flórez, Acosta et al., 2007).

Sus resultados consistentemente indican que a pesar de los grandes avances en afiliación logrados con la reforma al sistema de salud, al 2005 aún existían inequidades en cobertura en contra de las zonas rurales y en contra de los grupos pobres, como también existían problemas de calidad de los servicios, y de acceso al uso de servicios de salud, especialmente marcado en aquellos relacionados con la salud sexual y reproductiva, como son la mamografía y la citología (Flórez y Nupia, 2001; Profamilia, 2000; Flórez, 2002; Flórez, Acosta et al., 2007).

Entre los estudios realizados es importante mencionar el realizado por Flórez (2002), quien estimó las tendencias para un conjunto de indicadores sobre el acceso y uso de los servicios de salud y el estado de salud de la población colombiana entre 1990 y 2000. Posteriormente, Flórez y Acosta (2007) actualizan los indicadores al 2005. Estos dos estudios evidenciaron, entre 1990 y 2005, una mejora importante en el acceso potencial (afiliación) a los servicios de salud, tanto en su incidencia como en su equidad. Los cambios hacia una mayor cobertura se explican, en periodos iniciales, por un incremento en la afiliación al Régimen Subsidiado y Contributivo, mientras que las mejoras adicionales posteriores en la cobertura se dan vía incrementos en la afiliación al Régimen Subsidiado, especialmente entre la población más pobre. Esto llevó a avances en la equidad económica en el aseguramiento.

En cuanto al uso de servicios, estos estudios evidenciaron avances en el uso de servicios de salud reproductiva y desmejoras o estancamientos en la cobertura en vacunación en niños e infantes, con avances hacia la equidad en la prestación de todos los servicios. Se midieron las inequidades económicas, regionales, zona y género, siendo las económicas las de mayor importancia. En el estudio de Flórez y Acosta (2007), se confirmó una tendencia, a lo largo de todo el periodo, hacia mejores condiciones (promedio) y mayores equidades (menor varianza) en los indicadores de acceso y estado de salud, pero aún en el 2005 se observaban inequidades, en prácticamente todos los indicadores, a favor de las zonas urbanas y de los grupos de mayor nivel socioeconómico.

Los resultados de estos dos estudios, que han sido de gran utilidad y uso en diferentes instancias, hacen referencia al periodo 1990-2005, con representatividad a nivel nacional, urbano - rural, y algunas regiones geográficas. El objetivo de este documento es utilizar información reciente de la ENDS-2010 para actualizar las estimaciones sobre la incidencia e inequidades – geográficas, de género y económicas - en el estado de salud, acceso y uso de los servicios de salud, y sus tendencias durante las últimas dos décadas. Se trata de un análisis descriptivo, y no de un análisis multivariado de determinantes.

El documento está dividido en seis capítulos, incluyendo esta introducción. El segundo capítulo describe el marco conceptual y los indicadores utilizados. Los siguientes tres capítulos presentan los resultados agrupados según acceso, uso de servicios y estado de salud. El último capítulo presenta unas reflexiones como conclusiones.

I. Marco conceptual e indicadores

En la literatura existe consenso sobre la definición de equidad en salud propuesta por Whitehead como las “diferencias en salud que son no solo innecesarias y evitables, sino que, además, son consideradas injustas” (Whitehead, 1992: pp. 430). Sin embargo, en la literatura también se reconoce que esta definición tiene problemas operativos dado que incorpora juicios de valor sobre lo que significa “injusto”. Por este motivo, la tendencia ha sido a utilizar la definición adoptada por la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud, según la cual: “Equidad en salud es la ausencia sistemática y potencialmente remediable de diferencias en uno o más aspectos de salud, entre poblaciones o grupos de poblaciones definidos social, demográfica, o geográficamente” (Starfield, 2006: pp. 13). Esa es la definición de equidad en salud que se adopta en este documento.

Se pueden identificar dos formas de equidad en salud: equidad vertical (tratamiento preferencial para aquellos con mayor necesidad; mayor pago por quienes tienen mayor capacidad de pago) y equidad horizontal (igual tratamiento para igual necesidad; igual pago para igual capacidad de pago) (Starfield, 2001; Wagstaff, Kakwani y Doorslaer, 1997). La equidad horizontal es la más ampliamente estudiada en la literatura, y es en la que se enfoca este documento. Por otra parte, no se incluyen en el análisis las inequidades en la financiación de la salud porque su dimensión y complejidad ameritan un estudio especial.

Las inequidades en salud se analizan desde el punto de vista socioeconómico, zona urbana-rural, región, y género. Dado que las fuentes de información de este estudio no incluyen gasto ni ingreso de los

hogares, se emplea como indicador socioeconómico el Índice de Riqueza desarrollado por Macro Internacional, el cual se basa en la posesión de activos físicos y en las condiciones de la vivienda y del hogar¹.

Existen algunos indicadores disponibles para medir inequidades en salud por condición socioeconómica (Wagstaff, Kakwani y Doorslaer, 1997; Dachs et al. 2002). De las medidas disponibles para medir las inequidades por zona, región y género, se utiliza la relación de extremos (entre la mejor y la peor situación²). En todos los casos se estima la incidencia del indicador de salud para el nivel de desagregación específico.

A. Fuente de datos

El estudio hace uso de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) de 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010, implementadas por Profamilia, las cuales hacen parte del conjunto de Encuestas de Demografía y Salud (DHS³) que Macro International ha venido desarrollando en el mundo desde la década de los setenta, con el objetivo principal de recoger información sobre planificación familiar y salud materna e infantil, sobrevivencia infantil y otros temas de salud reproductiva. Las ENDS colombianas tienen un tamaño muestral promedio de 10.000 hogares y 11.000 mujeres en edad reproductiva, con un diseño probabilístico y multietápico de hogares, representativo en los ámbitos nacional, regional y subregional, que incluye los tres grandes centros urbanos. Tanto la ENDS-2005 como la ENDS-2010 tienen un mayor tamaño muestral, siendo representativo a nivel departamental.

B. Indicadores de salud

Siguiendo los estudios de Flórez (2002) y Flórez y Acosta (2007), que toman como marco el modelo de Anderson y Aday (1974), se construyeron indicadores asociados a los componentes de capacidad y necesidad de uso, uso de los servicios y estado de salud. El cuadro 1 resume los indicadores con su respectiva población de referencia.

Cada una de las variables insumo para los indicadores fue analizada en cuanto a su calidad y comparabilidad en el tiempo. En caso necesario, se ajustaron los indicadores estimados previamente a este estudio, con el fin de garantizar comparabilidad entre encuestas. El anexo 1 detalla la metodología de medición de cada indicador.

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

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

³ Por su sigla en inglés DHS corresponde a Demographic and Health Survey.

CUADRO 1
INDICADORES DE SALUD SEGÚN COMPONENTE DEL ACCESO

Componente del acceso	Variable de salud	DHS	Categorías	Aclaraciones
Capacidad de uso	Afilación	1995	Sí/no	Para todos los miembros del hogar
		2000		
		2005		
Necesidad de uso	Enfermedad declarada últimos 30 días	2000	Sí/no	Para todos los miembros del hogar
		2005		
		2010		
	Atención profesional de salud	2000	Sí/no	Para los miembros del hogar con enfermedad declarada.
		2005		
		2010		
	Esquema completo de vacunación	1990	Sí/no	Todas las vacunas para el primer año, entre niños(as) de 12 a 23 meses de edad
		1995		
		2000		
	Atención prenatal adecuada	2005	Sí/no	Para el último hijo nacido vivo en mujeres de 15 a 49 años que han tenido un hijo en los últimos cinco años: > =4 controles durante el embarazo
		2000		
		2005		
	Atención médica al parto	2010	Sí/no	Para el último hijo nacido vivo en mujeres de 15 a 49 años que han tenido un hijo en los últimos cinco años: atención médica profesional
		1990		
		1995		
	Citología vaginal alguna vez	2005	Sí/no	Para mujeres de 18 a 69 años que alguna vez han tenido relaciones sexuales
		2010		
		2005		
	Mamografía alguna vez	2010	Sí/no	Para mujeres de 40 a 69 años
		1990		
		1995		
	Tasa de Mortalidad infantil (menores de un año)	2000	Sí/no	Para hijos nacidos en los últimos cinco años: edad al morir <1año (1q0 de la Tabla de vida, calculada para los últimos 10 años)
		2005		
		2010		
Estado de salud	EDA	1995	Sí/no	Para los niños menores de 5 años sobrevivientes: Tuvo diarrea en las últimas 2 semanas
		2000		
		2005		
	IRA	2010	Sí/no	Para los niños menores de 5 años sobrevivientes: Tuvo tos y respiración corta y rápida en las últimas 2 semanas
		2000		
		2005		

(continúa)

Cuadro 1 (conclusión)

Componente del acceso	Variable de salud	DHS	Categorías	Aclaraciones
Estado de salud	Estatura para la edad en menores de 5 años (desnutrición crónica)	1995	Abajo/arriba	De - 2 desviaciones estándar respecto a la mediana del puntajes internacional. Para los niños menores de 5 años sobrevivientes (madres de 15-49 años)
		2000		
		2005		
		2010		
	Complicaciones en el parto	2000	Sí/no	Para el último hijo nacido vivo en mujeres (15-49) que han tenido un hijo en los últimos cinco años. Excluyendo sangrado excesivo.
		2005		
Complicaciones posparto	2000	Sí/no	Para el último hijo nacido vivo en mujeres (15-49) que han tenido un hijo en los últimos cinco años. Excluyendo depresión postparto.	
	2005			
	2010			

Fuente: Cálculos propios.

El primer grupo de indicadores hace referencia a la capacidad de uso del sistema de salud, definida por la afiliación al sistema, en la cual se tiene en cuenta el tipo de régimen (Contributivo/Subsidiado).

Un segundo grupo de indicadores se refiere al uso de los servicios de salud dada una necesidad, es decir al acceso real al sistema, y se analiza a través de indicadores de salud general (atención profesional en salud⁴), salud sexual y reproductiva para mujeres de 15-49 años (atención prenatal adecuada⁵, atención médica al parto, exámenes de citología y mamografía⁶), y salud infantil (esquemas completos de vacunación en niños de 12-23 meses⁷).

El tercer grupo se encuentra los indicadores sobre el estado de salud, el cual se limita a la salud materno-infantil. Para los niños se analiza mortalidad, morbilidad (Enfermedad Diarreica Aguda-EDA, Infección Respiratoria Aguda -IRA), y desnutrición crónica⁸. Para la población femenina adulta se analizan dos indicadores de salud materna: incidencia de complicaciones al parto y posparto⁹.

⁴ Dado un problema de salud, se acude a un doctor o terapia alternativa (homeopatía y/o acupuntura) (Ver anexo 1).

⁵ Por lo menos 4 visitas prenatales (Ver anexo 1).

⁶ Se refiere a exámenes hechos alguna vez, sin referencia temporal debido al alto no informa en la fecha de la última citología (16% en el total, 26% en las zonas rurales) (Ver anexo 1).

⁷ Vacunas BCG, Polio (3 dosis) y DPT (3 dosis) aplicadas en cualquier momento antes de los 12 meses de edad (Ver anexo 1).

⁸ Desnutrición crónica se define como por debajo de 2 desviaciones estándar de la mediana de un patrón internacional de referencia de altura para la edad. El No informa en esta variable es del 16% en los menores de 5 años, por lo que los resultados deben tomarse con precaución (Ver anexo 1).

⁹ Complicaciones al parto excluye sangrado excesivo debido a posibles sesgos de percepción. Con fines comparativos, la depresión se excluye como complicación posparto (Ver anexo 1).

II. Aseguramiento

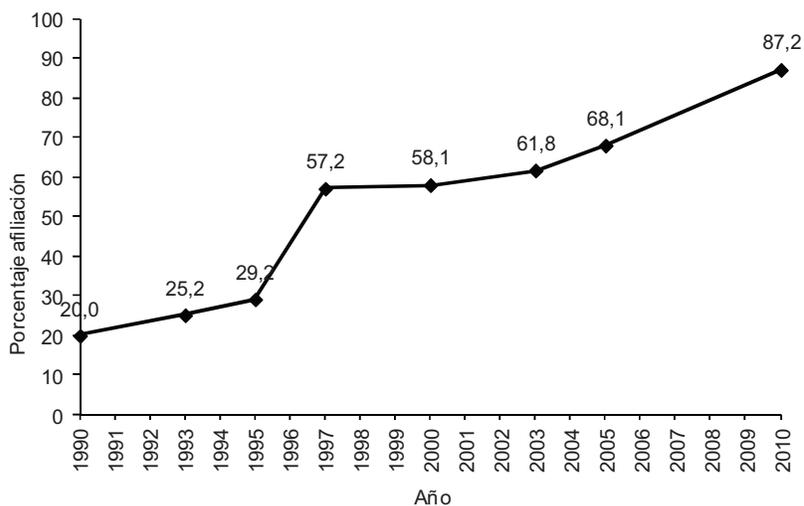
El país ha tenido un rápido e importante crecimiento en la afiliación al sistema de salud: estudios indican que el aseguramiento era 20% en 1990 (Giedion y Acosta, 1998), mientras hoy en día esta cifra llega casi al 90% de la población (Gráfico 1). Los mayores aumentos se dan al inicio de la implementación de la reforma, a partir de 1995, debido al efecto de la incorporación del grupo familiar al Régimen Contributivo y al inicio del Régimen Subsidiado. Entre 2003 y 2010 se observa un nuevo aceleramiento en el aseguramiento que podría relacionarse con mayores esfuerzos para ampliar el Régimen Subsidiado y la asignación de subsidios parciales a partir de 2005.

La ampliación de cobertura del sistema de salud se ha dado en todos los estratos sociales, zonas y regiones geográficas, pero ha favorecido más a los de menor nivel social, llevando a un descenso en todas las inequidades (Cuadro 2).

Es importante destacar que, en afiliación al sistema de salud, los principales beneficiados de la ampliación de cobertura en salud han sido las zonas rurales, las regiones menos desarrolladas y los quintiles más bajos de la población, lo cual ha cerrado las brechas de inequidad por zona de residencia, región geográfica y quintil de riqueza. Como se puede observar en el gráfico 2, la diferencia en afiliación entre áreas urbanas y rurales prácticamente desaparece: en 1990 el cubrimiento era de 38,8% y 8,6% en áreas urbana y rural respectivamente, hoy en día la afiliación es de 87,6% y 86,3% respectivamente. Este patrón de cierre de las brechas en la afiliación al sistema de salud es mucho más marcado si se analiza la evolución por quintil de riqueza: los quintiles más pobres presentaban una afiliación muy baja a principios de la década de los noventa y

actualmente cuentan con una afiliación más cercana a la de los quintiles más altos. Este marcado descenso en la inequidad por riqueza se evidencia también en el comportamiento de la relación de extremos, la cual baja drásticamente de 21,2 en 1995 a 1,1 en 2010 (Cuadro 2).

GRÁFICO 1
AFILIACIÓN AL SGSSS, 1990-2010



Fuente: Cálculos propios con base en ECV-93, ECV-97, ENDS-95, ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

GRÁFICO 2.A
AFILIACIÓN POR ZONA, 1995-2010
(En porcentajes)

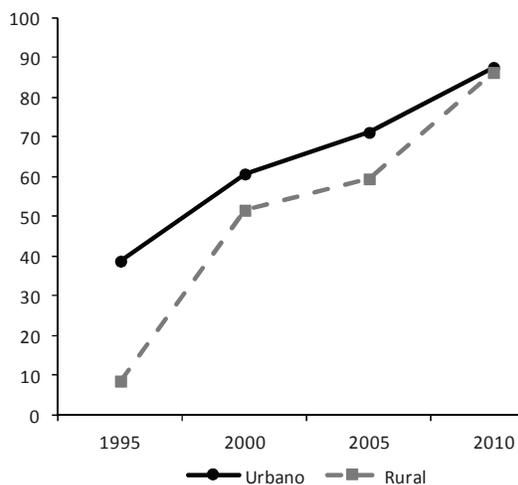
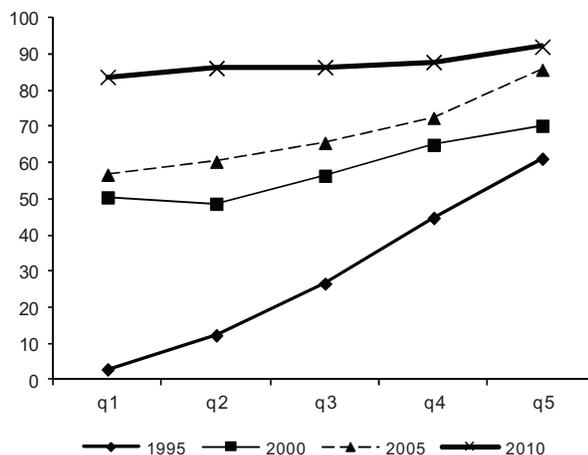


GRÁFICO 2.B
QUINTIL DE RIQUEZA, 1995-2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-95, ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

CUADRO 2
INEQUIDADES EN AFILIACIÓN AL SGSSS, 1995 - 2010

Tipo de inequidad	Nivel de incidencia (porcentajes)			
	1995	2000	2005	2010
Zona				
Urbano	38,8	60,7	71,2	87,6
Rural	8,6	51,6	59,5	86,3
Urbano/Rural	4,50	1,18	1,20	1,02
Región				
Atlántica	20,9	45,1	59,0	81,0
Oriental	23,3	57,4	71,0	89,6
Central	30,3	62,1	66,6	88,6
Pacífica	28,5	58,9	67,7	86,4
Bogotá	50,1	71,9	79,9	90,7
Mejor/Peor	2,40	1,59	1,35	1,12
Género				
Hombre	29,0	56,3	66,0	85,6
Mujer	29,3	59,8	70,0	88,8
Mujer/Hombre	1,01	1,06	1,06	1,04
Económica (Quintil de riqueza)				
q1	2,9	50,4	56,7	83,7
q2	12,3	48,7	60,3	86,2
q3	26,6	56,4	65,5	86,4
q4	44,7	65,0	72,4	87,9
q5	61,1	70,2	85,7	92,0
q5/q1	21,22	1,39	1,51	1,10
Total	29,2	58,1	68,1	87,2

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-95, ENDS-00, ENDS-05 y ENDS-10.

No menos importante, aunque menos fuerte, es el cierre en brechas de equidad en afiliación por región geográfica. A mediados de la década de los noventa, Bogotá tenía casi el doble de afiliación que la región Atlántica (50% vs. 21%), mientras que actualmente la afiliación de Bogotá es solo 10% mayor a la de la región Atlántica (91% vs. 81%) (Cuadro 2). Por género, la afiliación no ha mostrado inequidades importantes a lo largo del tiempo, y la poca diferencia prácticamente se ha mantenido, siendo favorable a las mujeres.

El gráfico 3 contrasta los diferentes tipos de inequidades en afiliación observados en 1995 con los actuales. Claramente, no solo el nivel promedio de cobertura de aseguramiento aumenta de manera importante en la población (de 30% a 90%), llegando a ser casi universal, sino que los diferentes tipos de inequidades prácticamente desaparecen.

GRÁFICO 3.A
TIPOS DE INEQUIDADES EN
AFILIACIÓN AL SGSSS, 1995
(En porcentajes)

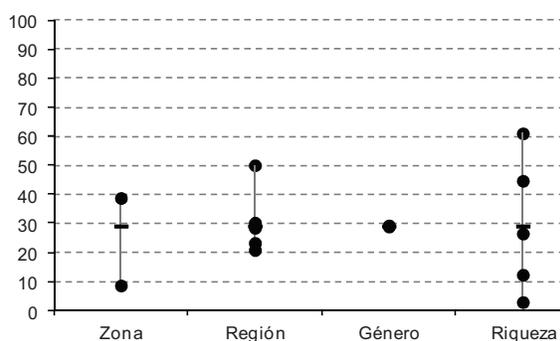
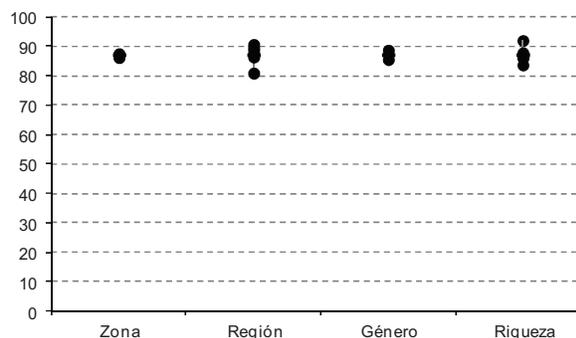


GRÁFICO 3.B
TIPOS DE INEQUIDADES EN
AFILIACIÓN AL SGSSS, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-95 y ENDS-10.

La eliminación de las brechas en afiliación al sistema entre grupos socioeconómicos y geográficos se da gracias a la Ley 100 de 1993 que transforma el sistema de salud. En todos los grupos más desfavorecidos, los avances en aseguramiento se dan principalmente a través del Régimen Subsidiado (RS) introducido por la Reforma (Cuadro 3). Así, entre 2000 y 2010, la afiliación al RS aumenta de 36% a 69% en la zona rural, mientras que pasa de 17% a 35% en la urbana. Por su parte, la afiliación al Régimen Contributivo (RC) permanece casi igual en la zona rural (alrededor de 16%), pero aumenta en la urbana de 44% a 52%. Este patrón de cambio en el aseguramiento por tipo de régimen se observa también por quintil de riqueza, zona y región: los más pobres, las áreas rurales y las regiones menos desarrolladas aumentan su nivel de aseguramiento por el RS mientras que en los grupos sociales más altos, zona urbana y regiones más desarrolladas, aumenta la afiliación por el RC.

CUADRO 3
AFILIACIÓN AL SGSSS POR TIPO DE RÉGIMEN, 2000 – 2010
(Porcentajes)

Nivel	2000			2005			2010		
	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado
Zona (porcentaje fila)									
Urbano	43,7	17,1	39,3	47,1	24,1	28,8	51,8	35,7	12,4
Rural	15,6	36,0	48,4	13,7	45,8	40,5	16,8	69,4	13,7
Región (porcentaje fila)									
Atlántica	26,9	18,2	54,9	27,4	31,6	41,0	28,9	52,0	19,0
Oriental	30,0	27,5	42,6	34,3	36,7	29,0	40,6	49,0	10,4
Central	39,3	22,8	37,9	40,4	26,3	33,4	43,7	44,9	11,4
Pacífica	32,3	26,6	41,1	35,1	32,6	32,3	37,4	49,1	13,6
Bogotá	55,1	16,8	28,2	58,4	21,5	20,1	69,6	21,1	9,3

(continúa)

Cuadro 3 (conclusión)

Nivel	2000			2005			2010		
	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado
Quintil de riqueza									
Incidencia en el quintil (porcentaje fila)									
q1	8,9	41,5	49,6	6,0	50,6	43,4	7,1	76,6	16,3
q2	19,5	29,3	51,2	17,2	42,6	40,2	26,4	59,7	13,8
q3	32,5	23,9	43,7	32,3	33,2	34,5	40,3	46,1	13,6
q4	53,3	11,6	35,1	52,7	19,3	28,1	60,7	27,2	12,1
q5	63,9	6,2	29,9	80,5	5,2	14,4	80,9	11,1	8,0
Total	35,6	22,5	41,9	38,3	29,8	31,9	43,3	44,5	12,2

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

En resumen, la evidencia indica que durante las últimas dos décadas, y gracias a la implementación de la reforma en salud de 1993, prácticamente se ha logrado la universalidad y la equidad socioeconómica y regional en la cobertura en aseguramiento.

III. Uso de los servicios de salud

El aseguramiento mide el acceso potencial al sistema de salud pero no refleja el acceso real a los servicios de salud. Este depende de múltiples factores, de oferta y de demanda. Como se evidenció en la sección anterior, es innegable el avance que se ha tenido en cobertura en el país, pero es importante identificar falencias del sistema por las cuales las personas no usan los servicios de salud. En este capítulo nos centramos en evaluar la incidencia e inequidades en el uso de los servicios de salud general y materno-infantil.

A. Servicios de salud general

La necesidad de atención profesional en salud está determinada por la presencia de una enfermedad u hospitalización. Se observa una reducción aproximadamente de un 33% en la necesidad de atención profesional en el país en los últimos diez años: en el 2010, un poco más del 12% de la población tiene una necesidad sentida de atención profesional en salud (Cuadro 4). Esta reducción se puede deber a mejoras en el acceso y uso de cuidados preventivos, a mejores condiciones de vida medidas por el acceso a servicios básicos, a mayores niveles de educación que permite unos mejores hábitos en cuidados y previenen enfermedades infecto-contagiosas especialmente en los niños, entre otras.

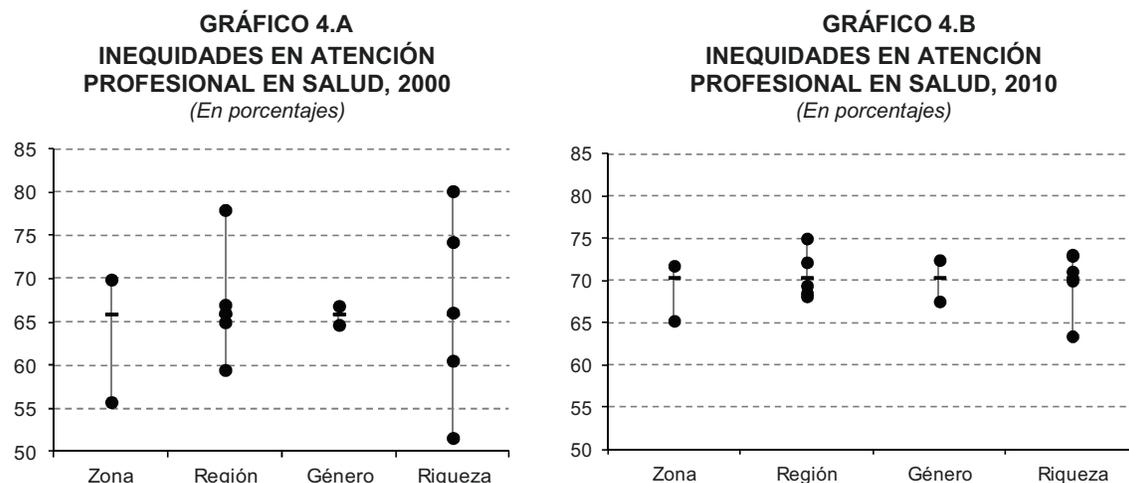
Por otra parte, en los últimos diez años, el uso de atención profesional entre las personas que tienen una necesidad médica sentida aumenta poco, de 66% a 70%. Sin embargo, las brechas que se presentaban al principio de esta década en términos de uso de atención profesional se han cerrado tanto entre áreas rural y urbana, entre regiones,

como entre quintiles de riqueza. Los grupos menos favorecidos socialmente – rurales, pobres y de regiones menos desarrolladas – mejoraron relativamente más en el uso de atención médica dada una necesidad. Los mayores avances en equidad se dan entre grupos socioeconómicos, en donde la brecha entre los más ricos y los más pobres baja de 1,56 a 1,15. Este resultado es evidente en el gráfico 4 que compara los diferentes tipos de inequidades en 2000 y 2010. Claramente, el nivel promedio de atención profesional en salud dada una necesidad aumenta poco en la población pero todas las inequidades bajan, especialmente aquellas entre grupos por nivel de riqueza.

CUADRO 4
INEQUIDADES EN ATENCIÓN PROFESIONAL EN SALUD DADA UNA NECESIDAD, 2000-2010
(En porcentajes)

Tipo de inequidad	Necesidad			Atención profesional		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010
Zona						
Urbano	15,6	13,6	12,7	69,9	70,9	71,8
Rural	15,1	12,3	10,1	55,7	57,1	65,2
Urbano/Rural	1,03	1,10	1,25	1,26	1,24	1,10
Región						
Atlántica	15,3	12,3	10,1	66,0	69,7	72,2
Oriental	18,7	19,2	9,4	59,4	52,3	75,0
Central	14,5	11,5	14,7	67,0	71,9	69,4
Pacífica	15,3	10,6	13,2	65,0	73,6	68,2
Bogotá	13,3	13,3	12,4	78,0	77,3	68,5
Mejor/Peor	1,40	1,81	1,56	1,31	1,48	1,10
Género						
Hombre	13,5	11,5	10,6	64,7	64,8	67,5
Mujer	17,3	14,8	13,4	66,9	69,4	72,5
Mujer/Hombre	1,28	1,29	1,27	1,03	1,07	1,07
Económica (Quintil de riqueza)						
q1	15,5	12,7	10,2	51,6	52,8	63,4
q2	17,2	13,1	11,9	60,5	65,9	70,0
q3	16,5	13,7	12,9	66,1	68,7	71,1
q4	14,8	13,3	12,4	74,3	71,2	73,1
q5	13,4	13,2	12,9	80,2	78,3	72,9
q5/q1	0,87	1,04	1,27	1,56	1,48	1,15
Total	15,5	13,2	12,1	65,9	67,5	70,4

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-00, ENDS-10.

A pesar de los marcados descensos en las inequidades en el uso de servicios de salud general dada una necesidad, es necesario mirar diferencias por tipo de régimen debido a que los dos regímenes paralelos introducidos por la Reforma, el Régimen Contributivo (RC) y el Régimen Subsidiado (RS), tienen planes de beneficios diferentes. Los afiliados al RS gozan de un plan de beneficios mínimo (POS-S), mientras que los afiliados al RC tienen beneficios adicionales que lo hacen más completo (POS). El plan de beneficios es igual en los dos Regímenes en intervenciones en el primer nivel de complejidad, pero es más completo en el RC en términos preventivos y de las intervenciones de los niveles II y III de complejidad (Pinto, 2006). Por lo tanto, el acceso a los servicios es de partida desigual por tipo de Régimen, en contra de los asegurados bajo el RS. El cuadro 5 muestra el uso de servicios profesionales de salud dada una necesidad por condición de aseguramiento. La población afiliada al Régimen Contributivo es la que más usa los servicios, seguida por la población del Régimen Subsidiado y por último se encuentran los no asegurados. En promedio, los del Régimen Contributivo usan 12% más los servicios que los del Subsidiado, y éstos a su vez usan casi un 50% más los servicios que los no asegurados. Esta diferencia se observa para cualquier nivel de estratificación: zona, región, quintil de riqueza. Sin embargo, el diferencial es mucho más marcado en el caso de Bogotá en 2010, en donde el uso de servicios entre los afiliados al RS es casi el doble que entre los no afiliados. Uno de los objetivos de la Reforma del sistema de salud de 1993 era facilitar el acceso y uso de los servicios de salud en la población pobre a través del aseguramiento en el Régimen Subsidiado. Estos resultados sugieren entonces que el Régimen Subsidiado efectivamente ha facilitado el uso de los servicios de salud.

El cuadro 6 cuantifica las razones de no uso de los servicios de salud por parte de la población con necesidad sentida. Las razones se agruparon en categorías relacionadas con: problemas de oferta, falta de tiempo, costo, mala calidad y otras. Para efectos de comparabilidad y debido al cambio de las categorías de la pregunta, para el año 2010 se creó una categoría adicional de falta de información sobre servicios.

En general, se observa que el reporte de costos como un problema de no uso de los servicios de salud ha caído en el tiempo, pasando de 66,8% en el 2000 a 30% en el 2010. De todas formas, este problema sigue siendo la razón más importante de las categorías reportadas. Por otra parte, las razones de no uso que han presentado un mayor aumento corresponden a la falta de tiempo y la calidad de los servicios de salud. En términos de la calidad del servicio esta correspondía al 11,7% de las razones de no uso en 2000 y pasa a ser del 25% en 2010.

CUADRO 5
ATENCIÓN PROFESIONAL EN SALUD POR TIPO DE RÉGIMEN, 2000-2010
(En porcentajes)

Nivel	2000			2005			2010		
	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado
Zona									
Urbano	82,4	75,2	53,9	79,6	71,2	53,8	77,4	70,7	47,8
Rural	76,3	57,9	47,6	75,1	62,5	42,6	73,3	65,6	48,4
Región									
Atlántica	84,2	75,6	52,7	83,7	71,5	55,5	78,0	74,1	55,4
Oriental	81,0	56,1	48,4	66,2	54,7	32,6	81,4	73,9	53,0
Central	80,0	68,4	51,1	80,0	74,4	56,7	76,8	65,8	46,5
Pacífica	79,9	69,0	51,7	83,9	78,5	54,4	76,8	66,9	45,5
Bogotá	84,1	82,1	62,9	84,5	71,7	60,8	74,5	62,6	33,4
Quintil de riqueza									
q1	66,9	59,6	41,9	70,7	59,4	39,8	75,1	65,1	47,0
q2	81,7	67,6	49,0	74,9	71,9	52,4	74,8	72,0	50,3
q3	79,6	73,2	50,4	79,2	72,6	53,1	77,7	71,2	47,6
q4	79,1	81,8	62,6	79,0	71,3	54,1	78,2	69,1	50,8
q5	87,3	73,7	66,8	80,8	70,3	59,4	76,6	65,0	41,6
q5/q1	1,3	1,2	1,6	1,1	1,2	1,5	1,0	1,0	0,9
Total	81,7	67,6	51,9	79,2	67,8	50,2	77,0	68,9	47,9

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

Por tipo de régimen (Gráfico 5), como era de esperarse, el no uso por costos es predominante entre los no afiliados. Sin embargo, esta razón disminuye en el tiempo para todas las condiciones de aseguramiento, siendo mayor el descenso entre los afiliados al RS.

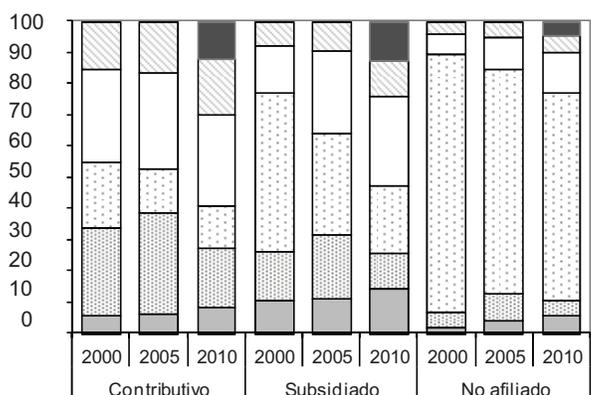
Por otra parte, el incremento en el reporte de no uso debido a la calidad es también común a todos los grupos, siendo mayor dentro del Régimen Subsidiado y los No Afiliados. En 2010, un 30% de los afiliados al RC y al RS con necesidad sentida de atención profesional en salud, no usaban los servicios debido a la mala calidad. Entre los No Afiliados, eran el 13%.

CUADRO 6
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE NO USA SERVICIOS DE SALUD POR RAZÓN DE NO USO, 2000-2010
(En porcentajes)

Nivel	2000						2005						2010						
	Oferta	Dda: tiempo	Dda: dinero	Mala calidad	Otra	Total	Oferta	Dda: tiempo	Dda: dinero	Mala calidad	Otra	Total	Oferta	Dda: tiempo	Dda: dinero	Mala calidad	Infor nación	Otra	Total
Zona																			
Urbano	1,6	12,9	64,9	13,1	7,5	100,0	1,9	21,5	45,0	20,8	10,7	100,0	2,5	29,8	27,6	26,5	1,2	12,5	100,0
Rural	8,5	7,3	69,6	9,8	4,8	100,0	14,4	9,3	54,5	17,0	4,7	100,0	19,8	12,8	35,5	21,6	0,3	9,9	100,0
Región																			
Atlántica	2,9	7,9	75,8	7,8	5,6	100,0	4,8	11,5	59,7	17,2	6,8	100,0	3,9	20,5	39,5	19,3	1,4	15,3	100,0
Oriental	6,3	12,2	66,5	11,0	4,0	100,0	7,7	22,4	43,7	19,0	7,1	100,0	13,0	25,9	26,5	22,3	0,2	12,1	100,0
Central	4,2	11,1	62,5	13,6	8,6	100,0	5,9	11,3	52,3	20,9	9,6	100,0	6,7	24,2	30,3	27,7	0,3	10,8	100,0
Pacífica	4,5	8,3	67,9	11,7	7,6	100,0	9,5	14,2	51,3	17,0	8,0	100,0	9,9	21,4	32,6	22,2	0,3	13,6	100,0
Bogotá	1,6	19,6	46,6	24,1	8,1	100,0	3,6	19,4	36,7	24,9	15,3	100,0	3,9	36,4	19,0	29,9	3,5	7,4	100,0
Género																			
Hombre	3,8	10,0	67,8	12,6	5,9	100,0	6,3	16,6	46,9	22,0	8,2	100,0	7,7	25,4	31,7	22,8	1,0	11,5	100,0
Mujer	4,9	11,2	66,0	11,1	6,8	100,0	6,7	17,3	49,9	17,4	8,7	100,0	7,5	24,2	28,5	26,9	0,9	11,9	100,0
Quintil de riqueza																			
q1	9,7	5,9	69,9	9,6	4,9	100,0	13,9	8,2	58,4	14,5	5,1	100,0	19,1	11,8	37,0	21,0	0,6	10,5	100,0
q2	2,2	9,2	75,7	7,3	5,6	100,0	5,0	17,3	50,7	19,8	7,3	100,0	6,6	25,4	29,9	27,1	0,6	10,4	100,0
q3	0,8	14,5	62,7	15,9	6,2	100,0	3,2	19,1	44,1	22,7	10,9	100,0	2,4	26,8	28,5	28,6	1,7	12,0	100,0
q4	1,1	18,1	52,8	17,6	10,3	100,0	1,0	28,6	43,3	18,8	8,2	100,0	2,8	27,2	29,7	25,1	1,2	14,0	100,0
q5	4,1	14,9	54,1	16,8	10,1	100,0	0,9	23,8	26,8	29,8	18,7	100,0	2,0	40,6	20,3	23,7	0,6	12,9	100,0
Régimen																			
Contributivo	5,4	28,6	20,7	29,8	15,5	100,0	6,1	32,4	14,1	30,9	16,5	100,0	8,1	19,1	13,4	29,3	12,3	17,8	100,0
Subsidiado	10,7	15,2	51,0	15,4	7,6	100,0	10,8	21,1	32,1	26,8	9,3	100,0	14,4	11,4	21,5	28,7	12,8	11,2	100,0
No afiliado	1,8	5,0	83,0	6,4	3,9	100,0	3,9	8,5	72,4	10,2	5,0	100,0	5,8	4,9	66,4	13,0	4,7	5,2	100,0
Total	4,4	10,7	66,8	11,7	6,4	100,0	6,5	17,0	48,5	19,4	8,5	100,0	7,6	24,8	30,0	25,0	0,9	11,7	100,0

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-00, ENDS-05, ENDS-1.

GRÁFICO 5
RAZÓN DE NO USO DE SERVICIOS DE SALUD POR TIPO DE RÉGIMEN, 2000-2010



■ Oferta ■ Dda: Tiempo ■ Dda: Dinero ■ Mala calidad ■ Otra ■ Información

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

En resumen, puede afirmarse que la reforma, a través de la implementación del Régimen Subsidiado, ha jugado un papel positivo durante las últimas dos décadas en el aumento en el uso de servicios de salud general, y en especial en el descenso en las inequidades geográficas y socioeconómicas. Sin embargo, continúa la tendencia creciente del no uso de servicios por razones de calidad, lo cual se ha mencionado también en estudios previos. En particular, el Proyecto “Bogotá como vamos” de la Administración Distrital indica que “la percepción de calidad de los servicios de salud disminuyó durante el 2005” (Casa Editorial El Tiempo, Fundación Corona, Cámara de Comercio, 2005, pp. 10).

B. Servicios de salud infantil

El uso de servicios de salud infantil se evalúa con la cobertura en vacunación, para lo cual se construyó un indicador del esquema completo para niños entre 12 y 23 meses de edad, tomando en cuenta las dosis requeridas de BCG, Polio, y DPT que deben ser aplicadas antes de cumplir el primer año de edad¹⁰. Los resultados indican que los esquemas de vacunación se deterioraron entre 1990 y 2000, para luego empezar a recuperar cobertura en 2005 y mantenerse en 2010 (Cuadro 7). Estudios previos atribuyen el deterioro en la cobertura en vacunación a un efecto combinado del proceso de descentralización y de implementación de la reforma a la salud de 1993 (Muñoz, 1999; Málaga et al, 2000; Glassman, 2004), lo cual se ha tratado de superar con esfuerzos estatales en acciones relacionadas con normas, recursos, capacitación y asistencia técnica (Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006).

A pesar de la mejora reciente en vacunación, hoy día no se han logrado recuperar los niveles de cobertura de hace dos décadas: en 1990, la cobertura en vacunación correspondía al 77,9% de la población, mientras hoy en día corresponde al 70,5%. Ninguno de estos niveles es cercano a los estándares aceptables para prevenir epidemias, el cual corresponde al 85%¹¹.

¹⁰ Para mayor detalle de construcción del indicador, ver anexo 1.

¹¹ Niveles de vacunación entre el 80% y 92% permiten erradicar una enfermedad. De otra parte, el nivel óptimo de cobertura de vacunación es inferior al 100%, dado los costos y riesgos que la vacuna implica para los individuos (Glassman, 2004).

CUADRO 7
INEQUIDADES EN LOS ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACIÓN, 1990-2010

Tipo de inequidad	Nivel de incidencia (porcentajes)				
	1990	1995	2000	2005	2010
Zona					
Urbano	81,0	74,5	69,0	73,9	71,5
Rural	71,7	66,0	59,7	65,6	68,0
Urbano/Rural	1,13	1,13	1,16	1,13	1,05
Región					
Atlántica	70,5	72,8	56,4	64,3	68,0
Oriental	79,6	74,3	67,6	71,3	67,9
Central	78,0	71,8	69,1	71,7	75,9
Pacífica	82,8	70,9	65,1	76,0	70,5
Bogotá	83,2	65,7	72,5	75,1	69,7
Mejor/Peor	1,18	1,13	1,29	1,18	1,12
Género					
Hombre	76,7	75,0	66,6	73,2	73,2
Mujer	79,2	67,6	65,4	68,9	67,6
Mujer/Hombre	1,03	0,90	0,98	0,94	0,92
Económica (Quintil de riqueza)					
q1	67,1	60,2	52,6	63,7	66,6
q2	73,0	72,5	66,6	67,0	69,6
q3	83,4	73,4	70,9	77,4	73,2
q4	86,5	77,8	74,2	74,6	69,9
q5	84,5	79,3	71,0	82,7	68,9
q5/q1	1,26	1,32	1,35	1,30	1,04
Total	77,9	71,5	66,0	71,2	70,5

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-90, ENDS-95, ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

El patrón de deterioro y posterior recuperación en la cobertura en vacunación entre 1990 y 2010 es común por zona, región y nivel de riqueza. Sin embargo, al final de las dos décadas, se observa una mejora en la equidad, en todas las dimensiones (Gráfico 6). Los diferenciales entre grupos sociales disminuyen, cualquiera sea la variable de estratificación. Por una parte, el deterioro de la cobertura en vacunación entre 1990 y 2000 estuvo acompañado por un aumento en la inequidad por zona, región y nivel de riqueza. Es decir, los más desfavorecidos socialmente fueron los que experimentaron mayor descenso en la cobertura en vacunación (Cuadro 7). Por el contrario, la recuperación entre 2000 y 2010 favoreció más a los más pobres y de regiones más atrasadas, contrarrestando el efecto de la década anterior, y llevando incluso a una mayor equidad en 2010 que en 1990. Este comportamiento es especialmente marcado por nivel de riqueza (Gráfico 7), en donde las inequidades prácticamente desaparecen, todos los grupos muestran niveles de cobertura en vacunación similares (alrededor de 70%) pero por debajo de las coberturas ideales (85%).

GRÁFICO 6.A
INEQUIDADES EN ESQUEMAS
COMPLETOS DE VACUNACIÓN, 1990
(En porcentajes)

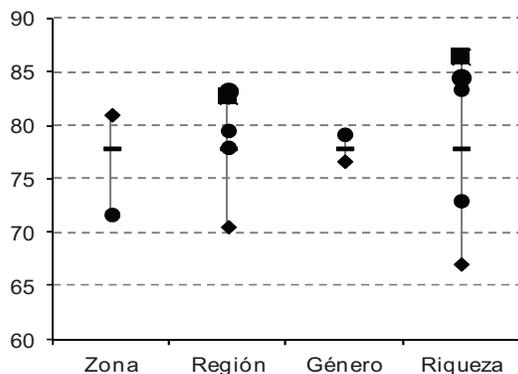
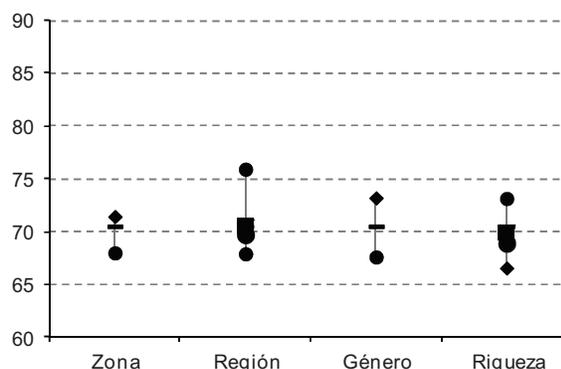
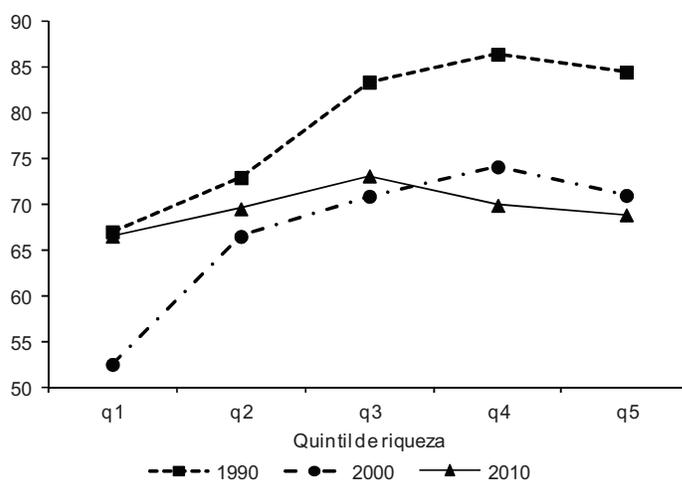


GRÁFICO 6.B
INEQUIDADES EN ESQUEMAS
COMPLETOS DE VACUNACIÓN, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-90, ENDS-10.

GRÁFICO 7
ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACIÓN POR QUINTIL DE RIQUEZA, 1990 – 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-90, ENDS-00, ENDS-10.

A pesar de las bajas coberturas en vacunación, el aseguramiento parece facilitar el uso de estos servicios. En todos los grupos por zona, región o quintil de riqueza, la cobertura en vacunación es mayor en la población afiliada que en la No Afiliada, siendo mayor para aquella en el RC que en el RS (Cuadro 8).

CUADRO 8
ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN POR TIPO DE RÉGIMEN, 2000-2010
(En porcentajes)

Nivel	2000			2005			2010		
	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado
Zona									
Urbano	74,3	60,9	67,7	77,3	70,1	73,6	72,9	68,8	63,1
Rural	60,9	68,8	52,6	65,3	69,8	60,5	68,0	69,2	61,4
Región									
Atlántica	65,5	55,4	52,5	66,8	66,0	61,8	76,5	65,0	61,4
Oriental	67,9	71,7	64,0	74,2	71,0	68,7	68,6	68,0	55,7
Central	79,0	62,9	61,3	79,5	71,4	65,8	75,8	77,4	73,4
Pacífica	68,5	65,1	63,5	85,7	72,3	72,5	70,7	68,9	55,3
Bogotá	72,4	64,5	81,6	73,7	68,2	89,2	70,4	59,5	75,0
Quintil de riqueza									
q1	58,9	62,3	44,2	67,8	67,8	58,9	74,5	67,9	55,7
q2	66,2	69,0	65,3	66,9	66,6	66,8	63,7	73,1	67,6
q3	82,4	55,6	70,7	79,8	73,6	77,0	78,3	67,1	74,0
q4	72,1	75,4	76,2	68,0	80,1	79,6	73,6	64,9	55,0
q5	73,3	63,1	69,7	83,5	78,8	78,7	70,4	66,6	40,6
q5/q1	1,24	1,01	1,58	1,23	1,16	1,34	0,94	0,98	0,73
Total	72,4	64,3	61,6	75,6	70,0	68,6	72,8	70,6	64,6

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

C. Servicios en salud sexual y reproductiva

El uso de servicios en salud sexual y reproductiva se analiza a través de los indicadores de atención prenatal adecuada¹², atención médica al parto, y exámenes de citología cervicouterina y mamografía¹³. Los dos primeros son importantes en cuanto influyen tanto en la mortalidad infantil como en la mortalidad materna. Los dos últimos son preventivos de detección de cáncer de cuello uterino y de mama, respectivamente.

En los indicadores de atención prenatal y atención médica en el parto se refieren al último hijo nacido vivo entre los hijos nacidos en los últimos cinco años en mujeres de 15-49 años. En general, se observa una tendencia consistente al alza. Hoy en día, 90% de las mujeres reportan una atención prenatal adecuada, comparado con un 70,7% reportado en 1990 (Cuadro 9). Igualmente, la atención médica al parto aumenta de 72,8% a 93,8% en el mismo periodo de veinte años (Cuadro 10). En ambos casos, los aumentos se dan en todos los niveles de estratificación, por zona, región y quintil de riqueza, siendo mayor los aumentos en los grupos menos favorecidos socialmente: rurales, regiones menos desarrolladas y pobres. Esto indudablemente ha generado una mejora en la equidad en todas las dimensiones.

¹² Por lo menos 4 visitas médicas de control prenatal.

¹³ Los exámenes se refieren a alguna vez en la vida. Para mayor detalle ver anexo 1.

CUADRO 9
INEQUIDADES EN ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA, 1990-2010

Tipo de inequidad	Nivel de incidencia (porcentajes)				
	1990	1995	2000	2005	2010
Zona					
Urbano	78,7	83,6	85,8	88,3	92,6
Rural	53,1	56,1	67,7	74,2	82,9
Urbano/Rural	1,48	1,49	1,27	1,19	1,12
Región					
Atlántica	59,7	69,0	77,5	79,4	88,9
Oriental	74,9	72,8	81,6	84,4	89,1
Central	71,3	75,8	78,6	85,1	91,4
Pacífica	63,9	70,9	78,5	83,3	88,4
Bogotá	87,5	89,8	89,3	90,9	93,5
Mejor/Peor	1,47	1,30	1,15	1,14	1,06
Económica (Quintil de riqueza)					
q1	41,5	46,5	60,4	68,8	79,4
q2	66,1	68,0	77,1	82,9	89,7
q3	77,7	82,3	87,1	89,0	92,6
q4	81,9	89,9	92,1	91,2	95,1
q5	90,6	94,0	90,9	95,9	97,3
q5/q1	2,18	2,02	1,50	1,39	1,23
Total	70,7	74,7	80,6	84,3	90,0

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-90, ENDS-95, ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

CUADRO 10
INEQUIDADES EN ATENCIÓN MÉDICA AL PARTO, 1990-2010

Tipo de inequidad	Nivel de incidencia (porcentaje)				
	1990	1995	2000	2005	2010
Zona					
Urbano	82,7	88,1	92,3	95,5	97,1
Rural	50,9	55,5	66,4	74,3	84,6
Urbana/Rural	1,62	1,59	1,39	1,28	1,15
Región					
Atlántica	62,1	74,1	82,8	87,2	93,6
Oriental	71,3	79,9	86,6	91,9	94,7
Central	75,0	75,3	84,5	88,8	94,5
Pacífica	67,7	69,0	75,3	82,5	88,4
Bogotá	91,2	95,1	96,0	97,8	98,4
Mejor/Peor	1,47	1,38	1,28	1,19	1,05

(continúa)

Cuadro 10 (conclusión)

Tipo de inequidad	Nivel de incidencia (porcentaje)				
	1990	1995	2000	2005	2010
Económica (Quintil de riqueza)					
q1	39,1	44,1	60,7	70,1	82,8
q2	65,0	73,3	82,2	91,2	94,3
q3	81,5	85,8	91,7	95,3	98,0
q4	87,7	94,6	96,9	97,3	98,3
q5	95,2	97,3	97,9	98,9	98,5
q5/q1	2,44	2,21	1,61	1,41	1,19
Total	72,8	77,6	84,8	89,5	93,8

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-90, ENDS-95, ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

El gráfico 8 y 9 comparan los diferentes tipos de inequidades en atención prenatal adecuada y atención médica al parto, respectivamente, en 1990 y 2010. Es evidente el avance en el nivel de incidencia, pero especialmente marcado es el descenso en las inequidades durante las dos décadas. Por región, prácticamente se eliminaron las inequidades. Por nivel de riqueza, en 2010 persisten algunas inequidades pero se han cerrado las brechas amplias que existían en 1990. Mientras en 1990, el quintil más rico tenía 2,2 veces más atención prenatal adecuada y 2,4 más atención médica al parto que el quintil más pobre, este diferencial en 2010, en ambos casos, es de solo 1,2 veces. El gráfico 10 muestra claramente cómo, a través del tiempo, los niveles de uso de estos dos servicios de salud materna se van haciendo similares entre grupos por quintil de riqueza.

GRÁFICO 8.A
INEQUIDADES EN ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA, 1990
(En porcentajes)

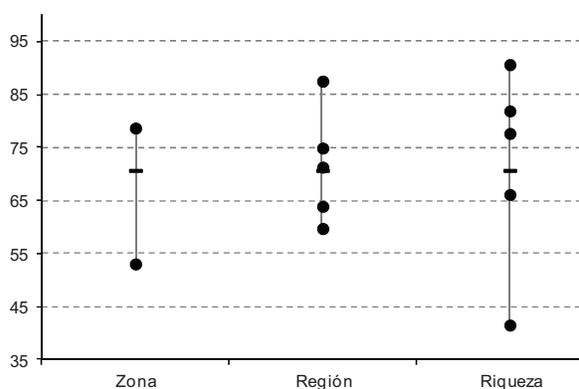
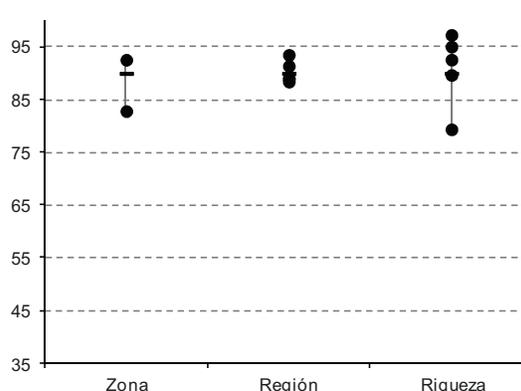


GRÁFICO 8.B
INEQUIDADES EN ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-90, ENDS-10.

GRÁFICO 9.A
INEQUIDADES EN ATENCIÓN
MÉDICA AL PARTO, 1990
(En porcentajes)

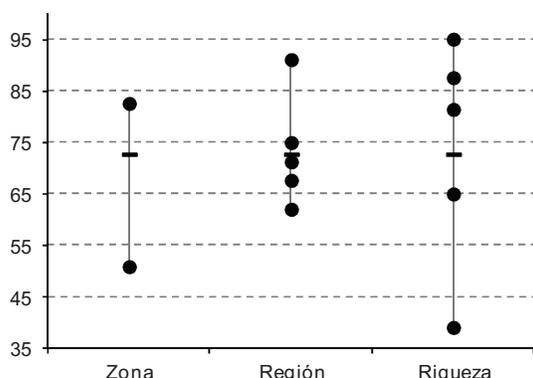
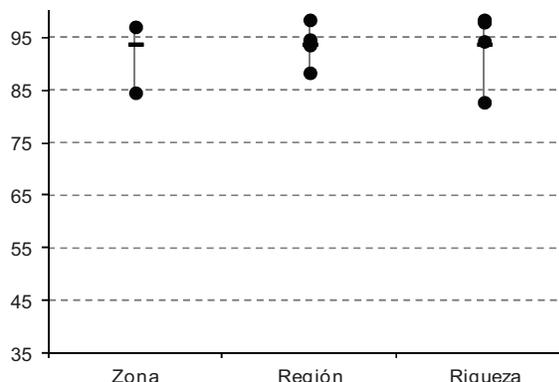


GRÁFICO 9.B
INEQUIDADES EN ATENCIÓN
MÉDICA AL PARTO, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-90, ENDS-10.

GRÁFICO 10.A
ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA AL PARTO
POR QUINTIL DE RIQUEZA, 1990
(En porcentajes)

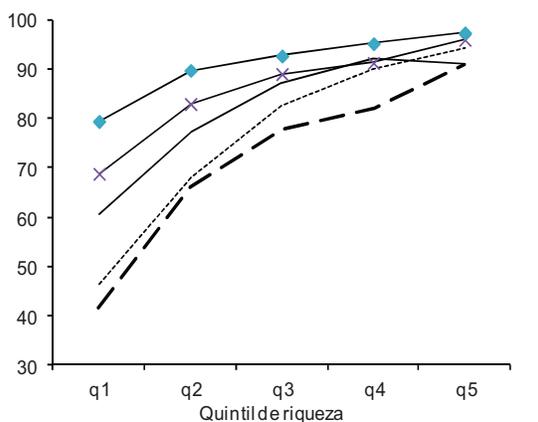
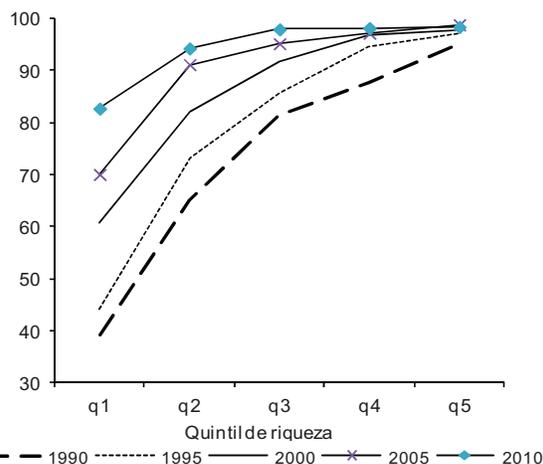


GRÁFICO 10.B
ATENCIÓN PRENATAL MÉDICA AL PARTO
POR QUINTIL DE RIQUEZA, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-90, ENDS-95, ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

La atención prenatal adecuada por tipo de régimen indica que el aseguramiento facilita la utilización de este servicio: las mujeres aseguradas tienden a usar más los servicios que las No-Afiliadas, siendo mayor el uso entre aquellas en el RC que en el RS (Cuadro 11). El diferencial en el uso de este servicio entre las del RS y No-afiliadas es más acentuado en los grupos más desfavorecidos socialmente - rurales, regiones menos desarrolladas y pobres, lo cual sugiere que el RS favoreció el uso de este servicio entre los grupos de población que son su objetivo.

La atención médica al parto por tipo de régimen muestra, a nivel agregado, un mayor uso en la población afiliada al RC y una tendencia a mayor uso entre las No-afiliadas que entre las afiliadas al RS. Sin embargo, entre los grupos menos favorecidos socialmente (zona rural y quintil 1) es mayor el uso en las mujeres afiliadas al RS que en las no afiliadas (Cuadro 12). Este diferencial se observa a pesar de que

este servicio está incluido en el Plan Básico de Salud, por lo que tiene derecho a él toda la población, independientemente de su condición de aseguramiento.

CUADRO 11
ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA POR TIPO DE RÉGIMEN, 2000-2010
(En porcentajes)

Nivel	2000			2005			2010		
	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado
Zona									
Urbano	94,1	80,3	80,7	95,1	85,0	81,9	95,2	89,5	88,2
Rural	75,8	66,7	65,9	90,5	77,2	65,0	90,4	82,8	70,3
Región									
Atlántica	90,3	75,0	72,4	93,1	78,9	71,1	95,5	87,5	79,3
Oriental	90,8	76,3	79,0	94,2	79,8	80,2	92,2	87,2	83,2
Central	87,7	68,9	77,7	95,4	84,2	76,2	95,6	87,3	85,5
Pacífica	94,7	73,5	72,9	95,5	84,2	70,3	94,5	88,5	89,7
Bogotá	94,9	85,3	82,2	94,7	83,8	91,4	95,6	85,2	78,8
Quintil de riqueza									
q1	61,1	63,3	57,7	85,5	72,9	58,5	86,7	80,5	69,7
q2	86,3	73,6	76,6	92,3	84,6	76,4	91,3	89,7	84,7
q3	92,1	84,6	84,3	92,3	88,4	86,5	94,2	91,4	85,8
q4	95,2	92,3	87,9	95,0	87,1	85,9	95,4	92,3	95,9
q5	96,5	81,7	83,0	97,5	84,7	92,2	97,5	94,5	97,1
q5/q1	1,58	1,29	1,44	1,14	1,16	1,58	1,12	1,17	1,39
Total	91,3	74,5	76,1	94,6	81,9	76,0	94,9	87,1	83,3

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

CUADRO 12
ATENCIÓN MÉDICA AL PARTO POR TIPO DE RÉGIMEN, 2000-2010
(En porcentajes)

Nivel	2000			2005			2010		
	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado
Zona									
Urbano	96,8	89,3	89,5	98,2	94,7	92,2	98,4	95,4	96,6
Rural	82,7	62,1	64,4	92,8	76,5	65,6	95,0	82,4	81,0
Región									
Atlántica	93,2	78,4	79,4	97,1	85,6	82,1	98,1	91,5	91,5
Oriental	95,5	79,5	85,7	98,1	88,7	89,8	97,5	92,5	93,4
Central	91,5	78,0	83,1	97,1	87,6	82,0	97,9	91,5	93,6
Pacífica	95,3	66,8	70,2	96,5	81,9	69,5	96,4	83,7	85,5
Bogotá	98,6	92,6	94,3	99,0	95,9	97,8	99,1	96,1	98,6

(continúa)

Cuadro 12 (conclusión)

Nivel	2000			2005			2010		
	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado	Contributivo	Subsidiado	No afiliado
Quintil de riqueza									
q1	71,7	60,9	58,7	87,1	74,1	59,3	94,7	82,0	79,8
q2	91,3	78,0	81,6	95,7	92,2	87,8	96,0	93,3	95,1
q3	94,9	90,4	89,8	96,7	94,3	94,2	98,4	97,3	98,8
q4	97,4	97,7	95,5	98,9	97,0	94,7	98,8	97,1	97,3
q5	98,8	100,0	95,8	99,0	97,0	97,1	98,6	96,1	100,0
q5/q1	1,38	1,64	1,63	1,14	1,31	1,64	1,04	1,17	1,25
Total	94,7	77,8	81,7	97,6	87,5	83,0	98,0	90,2	92,0

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

CUADRO 13
INEQUIDADES EN EXÁMENES DE CITOLOGÍA Y MAMOGRAFÍA, 2005-2010
(En porcentajes)

Tipo de inequidad	Citología ^a		Mamografía ^b	
	2005	2010	2005	2010
Zona				
Urbano	92,4	91,1	30,9	45,3
Rural	83,5	89,7	10,3	23,6
Urbano/Rural	1,11	1,02	2,99	1,92
Región				
Atlántica	87,0	86,8	20,7	31,9
Oriental	89,0	89,9	23,3	37,0
Central	91,8	92,9	25,2	42,5
Pacífica	89,4	91,1	24,0	39,5
Bogotá	96,3	92,6	42,3	54,9
Mejor/Peor	1,11	1,07	2,04	1,72
Económica (Quintil de riqueza)				
q1	79,8	88,6	5,9	17,1
q2	83,9	89,0	13,4	25,8
q3	91,1	90,4	18,2	33,1
q4	93,6	91,8	27,4	44,9
q5	97,6	93,4	51,7	63,2
q5/q1	1,22	1,05	8,81	3,69
Total	90,5	90,8	26,5	41,5

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-05, ENDS-10.

^a Citologías para mujeres entre 18 y 69 años que han tenido relaciones sexuales.

^b Mamografías para mujeres entre 40 y 69 años.

Las estimaciones del uso del servicio de examen de citología cervicouterina se refieren a las mujeres de 18 a 69 años que alguna vez han tenido relaciones sexuales, mientras que, con fines comparativos, la mamografía se limita solo a las mujeres de 40 a 69 años. Durante los últimos cinco años, los niveles de cobertura del examen de citología no cambiaron, permaneciendo alrededor de 90%, mientras que la cobertura de la mamografía aumentó de 26,5% a 41,5% (Cuadro 13). Así, mientras que la cobertura de la citología es hoy día relativamente alta, la de mamografía es muy baja.

Por otra parte, ambos exámenes muestran inequidades favorables a la zona urbana, regiones más desarrolladas y grupos de nivel económico alto, aunque las inequidades en citología son, y han sido, significativamente menores a las observadas en mamografía (Cuadro 13). Por zona, hoy en día la toma del examen de mamografía es 2 veces mayor en la zona urbana que en la rural, mientras que en el examen de citología el diferencial es máximo del orden del 10%. Estas grandes brechas en mamografía por zona se podrían relacionar con los requerimientos de equipos especializados para este examen, no disponibles en zonas rurales. Entre regiones y por nivel de riqueza, los diferenciales son aún más marcados en mamografía que en citología. En 2005, por ejemplo, la relación de extremos en mamografía era 8.8 mientras que en citología era 1,2 (Cuadro 13). Estos resultados indican que el examen de mamografía no solo tiene una menor cobertura (menor uso del servicio) que la citología, sino que tiene unas inequidades mucho más marcadas, especialmente por nivel de riqueza.

Entre 2005 y 2010, las inequidades en los exámenes de citología y mamografía disminuyeron, especialmente en citología (Gráfico 11 y 12). Las inequidades por zona y nivel de riqueza en el examen de citología casi desaparecen (Gráfico 13), mientras que aún se observan algunas inequidades por región geográfica (Gráfico 11). Por el contrario, aunque mejora la equidad en el examen de mamografía, hoy día se observan inequidades altas, en todas las variables de estratificación pero especialmente por nivel de riqueza (Gráfico 12 y 13). En 2010, el 63,2% de las mujeres del estrato más alto (quintil 5 de riqueza) se había hecho al menos un examen de mamografía, mientras que este porcentaje es de tan solo 17% entre las más pobres (quintil 1) (Cuadro 13).

GRÁFICO 11.A
INEQUIDADES EN EL EXAMEN
DE CITOLOGÍA, 2005
(En porcentajes)

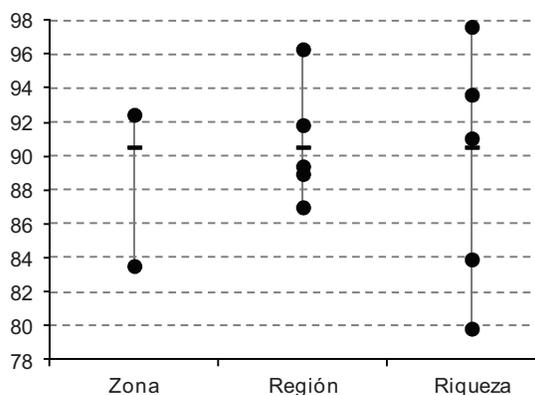
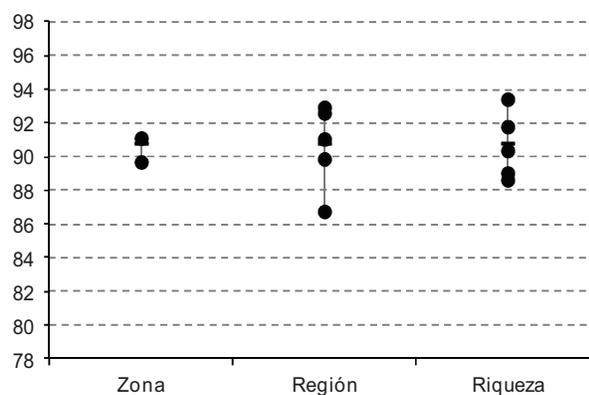


GRÁFICO 11.B
INEQUIDADES EN EL EXAMEN
DE CITOLOGÍA, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-10.

Nota: Citologías para mujeres entre 18 y 69 años que han tenido relaciones sexuales.

GRÁFICO 12.A
INEQUIDADES EN EL EXAMEN
DE MAMOGRAFÍA, 2005
(En porcentajes)

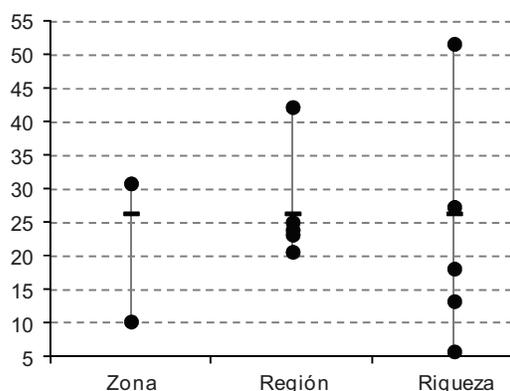
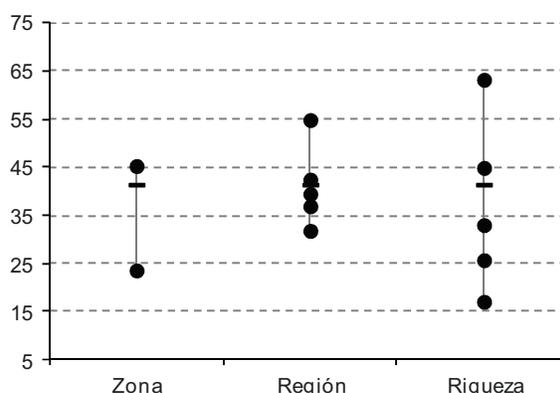


GRÁFICO 12.B
INEQUIDADES EN EL EXAMEN
DE MAMOGRAFÍA, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-10.

Nota: Citologías para mujeres entre 18 y 69 años que han tenido relaciones sexuales.

GRÁFICO 13.A
EXAMEN DE CITOLOGÍA^a POR QUINTIL
DE RIQUEZA, 2005-2010
(En porcentajes)

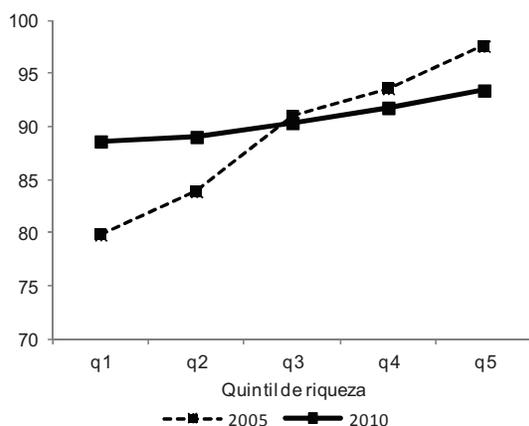
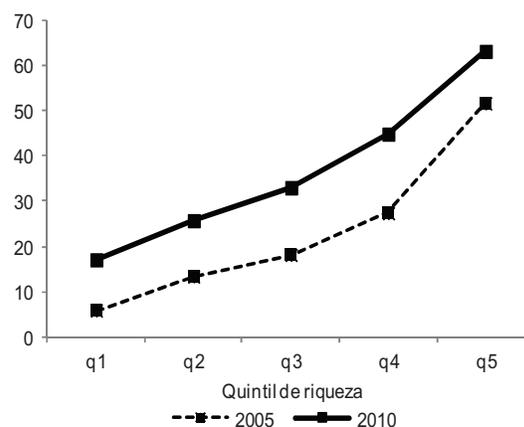


GRÁFICO 13.B
EXAMEN DE MAMOGRAFÍA^b POR QUINTIL
DE RIQUEZA, 2005-2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-05, ENDS-10.

^a Citologías para mujeres entre 18 y 69 años que han tenido relaciones sexuales.

^b Mamografías para mujeres entre 40 y 69 años.

En términos generales, puede decirse que el aseguramiento favorece una mayor utilización de los exámenes de citología y mamografía: con excepción de mamografía en 2010, las mujeres aseguradas muestran mayores porcentajes con estos exámenes que las no aseguradas. El uso es mayor entre las afiliadas al Régimen Contributivo, luego al Subsidiado y por último las no afiliadas. Por ejemplo, en el 2010, el 91,1% de las mujeres afiliadas al RC se han hecho una citología, mientras entre las del Subsidiado era el 88,5% y el 85,8% entre las no afiliadas (Cuadro 14). En el caso de la mamografía, estos mismos diferenciales se observan en el 2005 pero no en el 2010. En este último año, las mujeres afiliadas al RC tienen las mayores tasas de uso (54,4%), seguidas de lejos por las no afiliadas (28,8%) y luego están las mujeres en el RS (22,8%). El gran diferencial en la mamografía por tipo de régimen (entre RC y RS o No afiliadas) podrían explicarse en términos de su inclusión en el POS (Resolución

#3384 del 2000, Artículo 3) pero no así en el POS-S. También son factores importantes los costos asociados a este examen, y la falta de una cultura sobre la importancia de la mamografía como medida preventiva del cáncer de mama.

CUADRO 14
EXAMEN DE CITOLOGÍA Y MAMOGRAFÍA POR TIPO DE RÉGIMEN, 2005-2010
(En porcentajes)

Nivel	Citología ^a						Mamografía ^b					
	2005			2010			2005			2010		
	Contri- butivo	Subsi- diado	No afiliado	Contri- butivo	Subsi- diado	No afiliado	Contri- butivo	Subsi- diado	No afiliado	Contri- butivo	Subsi- diado	No afiliado
Zona												
Urbano	97,2	86,9	83,9	91,1	88,0	86,5	44,1	23,7	16,7	55,5	25,7	30,6
Rural	94,1	85,6	74,0	90,8	89,3	83,4	24,5	9,5	6,3	42,2	17,0	17,4
Región												
Atlántica	95,8	84,5	77,6	88,1	84,0	80,9	39,3	14,3	12,1	46,2	19,3	22,8
Oriental	97,4	85,4	78,6	89,6	88,1	86,7	37,8	17,9	13,1	49,7	21,0	27,1
Central	97,0	87,8	83,8	92,4	91,7	88,8	37,7	19,9	13,6	55,5	24,5	28,1
Pacífica	95,8	86,1	79,5	91,0	89,5	86,1	41,3	19,0	11,4	53,0	20,8	29,7
Bogotá	98,6	91,6	87,8	92,3	88,8	88,6	55,3	30,4	21,8	60,9	33,2	36,4
Quintil de riqueza												
q1	91,8	83,0	70,9	88,7	89,1	82,3	6,2	7,0	3,7	35,6	14,5	14,5
q2	92,4	85,8	75,5	90,6	87,4	83,5	22,0	13,0	10,3	37,9	19,7	18,8
q3	96,5	89,0	84,4	90,4	87,8	87,2	27,1	16,1	13,6	41,4	24,7	28,1
q4	96,5	88,4	87,8	90,8	89,7	88,9	34,8	23,3	19,6	51,8	28,5	36,9
q5	98,2	94,1	93,2	92,1	90,5	88,2	55,9	44,6	36,3	65,2	47,1	41,0
q5/q1	1,07	1,13	1,31	1,04	1,02	1,07	8,99	6,36	9,88	1,83	3,24	2,82
Total	97,0	86,4	80,8	91,1	88,5	85,8	42,7	19,5	13,5	54,4	22,8	28,2

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-05, ENDS-10.

^a Citologías para mujeres entre 18 y 69 años que han tenido relaciones sexuales.

^b Mamografías para mujeres entre 40 y 69 años.

D. La situación actual en las inequidades en servicios de salud

El gráfico 14 resume las inequidades regionales y económicas del conjunto de indicadores relacionados con el uso de servicios de salud para el año 2010. El uso, que va de 0 a 100%, se mide del centro a cada uno de los vértices del hexágono, y las inequidades en salud por región o quintil de riqueza se interpretan como la dispersión de las líneas en el gráfico para un determinado vértice del hexágono. Los niveles de uso de servicios en salud sexual y reproductiva, especialmente atención prenatal, atención médica al parto y examen de citología, son altos para todos los grupos, con coberturas entre 94% y 90%, y se presentan pocas inequidades entre quintiles o entre regiones. El uso de servicios de salud general (atención profesional dada una necesidad) e infantil (vacunación) indica niveles intermedios de cobertura, alrededor de 70%, con bajas inequidades tanto regionales como de riqueza. En el examen de mamografía, por el contrario, además de que existen grandes inequidades regionales y económicas, hay bajo uso de este servicio en todos los quintiles y regiones geográficas. El uso promedio de este examen escasamente supera el 40% a nivel nacional agregado, siendo 7,6 veces mayor entre el grupo más alto de riqueza que entre el más pobre. En áreas menos desarrolladas y apartadas, esto podría estar relacionado con los requerimientos de equipos especializados para el examen de mamografía y sugeriría la necesidad

de generar mecanismos que hagan posible aumentar su cobertura, especialmente en zonas rurales, regiones menos desarrolladas y grupos pobres de la población.

GRÁFICO 14.A
INEQUIDADES REGIONALES EN EL USO
DE SERVICIOS DE SALUD, 2010

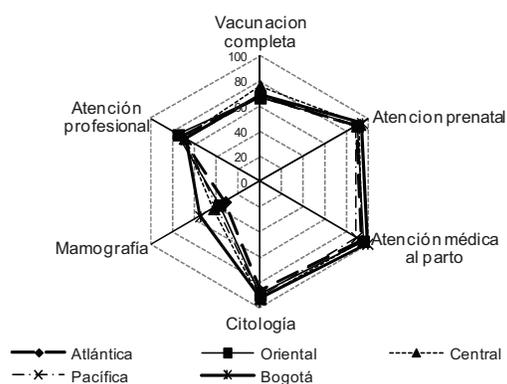
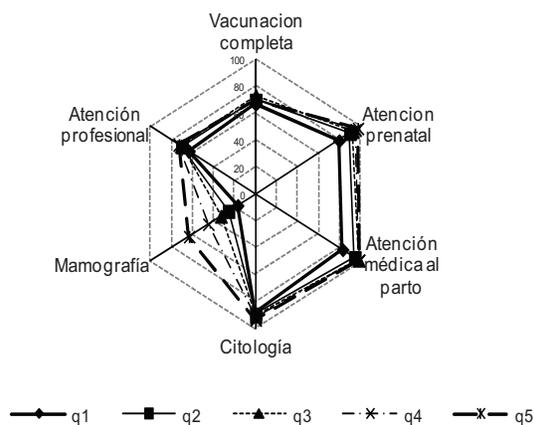


GRÁFICO 14.B
INEQUIDADES ECONÓMICAS EN EL USO
DE SERVICIOS DE SALUD, 2010



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-10.

En general, los resultados evidenciaron avances en equidad económica y geográfica en el uso de servicios de salud, general, infantil y de salud sexual y reproductiva, los cuales han estado relacionados con la Reforma al Sistema de Salud, y en particular con la implementación de Régimen Subsidiado que ha facilitado el acceso real a los servicios de salud en los grupos más pobres y de regiones menos desarrolladas.

IV. Estado de salud

El estado de salud es el objetivo último de todo sistema de salud. Sin embargo, la salud no solo depende del sistema de salud, sino de muchos otros factores, entre los cuales están factores biológicos, socioeconómicos, contextuales, del medio ambiente, entre otros. En esta sección, se analizan la mortalidad infantil, la desnutrición crónica infantil y la morbilidad infantil - EDA e IRA - como indicadores de salud infantil, y las complicaciones al parto y posparto como indicadores de salud materna.

A. Salud infantil

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) es uno de los indicadores del estado de salud más comúnmente utilizados. La TMI, estimada para los diez años previos a la encuesta¹⁴, ha disminuido consistentemente en los últimos 15 años, llegando en 2010 a 17,8 por mil, cuando en 1995 estaba en 31,3 por mil nacimientos (Cuadro 15). Es decir, se redujo a casi la mitad durante este periodo. Es de notar que el descenso en la mortalidad infantil se ha dado por zona, región y nivel de riqueza, con un cierre en las brechas entre grupos. El gráfico 15 muestra cómo se cierra la brecha entre zona urbana y rural, especialmente en el último quinquenio.

¹⁴ La TMI es la probabilidad de morir entre el nacimiento y el primer año de vida, y corresponde al valor ${}_1q_0$ en la tabla de vida. Para mayor detalle ver anexo 1.

CUADRO 15
INEQUIDADES EN LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL^a, 1995-2010
(En porcentajes)

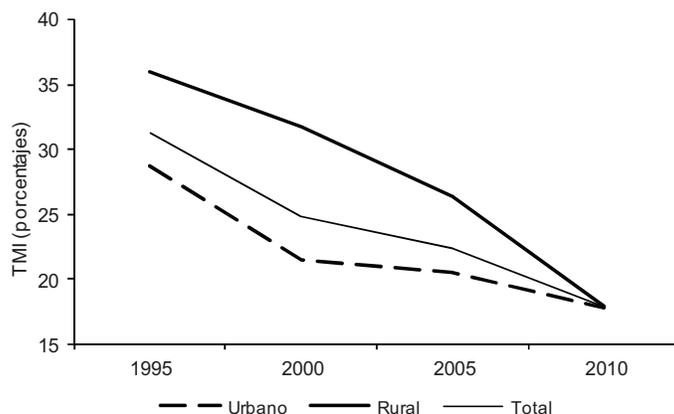
Tipo de inequidad	Nivel de incidencia			
	1995	2000	2005	2010
Zona				
Urbano	28,7	21,5	20,5	17,8
Rural	36,0	31,7	26,4	18,0
Rural/Urbana	1,25	1,47	1,29	1,01
Región				
Atlántico	33,9	30,2	23,6	22,0
Oriental	23,6	25,6	19,6	15,3
Central	30,4	20,0	19,8	16,3
Pacífico	39,7	29,4	27,8	17,7
Bogotá	26,8	17,4	21,9	18,8
Peor/Mejor	1,68	1,74	1,42	1,44
Género				
Hombre	35,3	28,9	26,4	20,4
Mujer	27,1	20,5	18,1	16,3
Hombre/Mujer	1,30	1,41	1,46	1,25
Económica (quintil de riqueza)				
q1	42,0	32,7	32,3	21,8
q2	31,8	32,3	24,3	18,9
q3	26,8	22,0	20,6	17,8
q4	22,2	12,1	14,3	16,7
q5	16,6	17,6	14,8	11,9
q1/q5	2,53	1,86	2,18	1,83
Total	31,3	24,8	22,3	17,8

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-95, ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

^a Para los 10 años previos a la encuesta.

El gráfico 16 muestra las inequidades por tipo prevalecientes en 1995 y 2010. Claramente, con excepción del género, hay una fuerte tendencia a un descenso en los diferenciales por zona, región y nivel de riqueza. Es decir, se evidencia una tendencia no solo a un menor nivel promedio de mortalidad infantil sino a una menor brecha entre grupos, especialmente marcado en el caso del nivel de riqueza. La relación de extremos en la TMI entre el grupo más rico y el más pobre baja de 2,53 en 1995 a 1,83 en 2010 (Cuadro 15). A pesar de este fuerte descenso en la inequidad económica, aún es el mayor diferencial que se observa en 2010. Esto podría probablemente relacionarse, en parte, con conductas más saludables de los grupos más ricos frente a los más pobres, como por ejemplo uso apropiado de los servicios preventivos y curativos, prácticas sanitarias y alimentarias adecuadas, mejor cuidado de los niños, acceso a servicios sanitarios apropiados, entre otras.

GRÁFICO 15
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL POR ZONA, 1995-2010



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-95, ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

Nota: Para los 10 años previos a la encuesta.

Vale la pena mencionar que, debido a factores biológicos, la mortalidad infantil siempre es mayor entre los niños que las niñas, por lo que no puede afirmarse que un diferencial favorable a las mujeres indique inequidad. En el caso de Colombia, los resultados en 2010 indican una TMI 25% mayor entre los niños que las niñas, lo cual probablemente se deba tanto a factores biológicos como socioeconómicos. La información aquí analizada no permite diferenciar estos factores, para lo cual se requeriría un estudio diferente.

GRÁFICO 16.A
INEQUIDADES EN MORTALIDAD INFANTIL^a, 1995
(En porcentajes TMI)

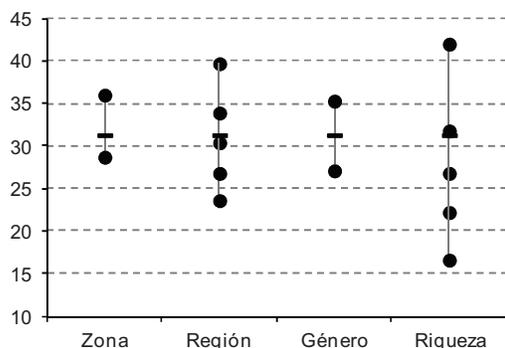
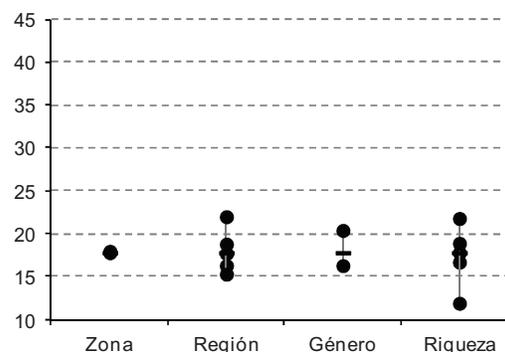


GRÁFICO 16.B
INEQUIDADES EN MORTALIDAD INFANTIL^a, 2010
(En porcentajes TMI)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-95, ENDS-10.

^a Para los 10 años previos a la encuesta.

El diferencial en la TMI por región que aún se observa en el 2010 podría explicarse por el contexto desfavorable en las regiones menos desarrolladas en cuanto a disponibilidad de servicios sanitarios, fuente de abastecimiento de agua para consumo humano, condiciones de vivienda, entre otros factores, que constituyen el hábitat de los niños y que han demostrado ser determinantes importantes del nivel de mortalidad infantil (Flórez y Nupia, 2001). Sin embargo, entender los diferenciales por nivel de riqueza, región y género que aún permanecen en el 2010 requeriría de un estudio sobre determinantes de

la mortalidad infantil, en donde se incluyan factores del sistema de salud como de los hogares, contextuales y biológicos.

La desnutrición crónica infantil se mide para menores de cinco años como desviaciones estándar de la mediana de un patrón internacional de referencia de altura para la edad. Su nivel de incidencia disminuye a nivel nacional de 13,1% en 1995 a 8,2% en 2010 (Cuadro 16). Aunque la desnutrición crónica disminuye en todas las categorías de estratificación - zona, región, género y nivel de riqueza-, el descenso no es homogéneo entre grupos. Los mayores descensos se dan en la zona rural y en los grupos del quintil más pobre de riqueza, en donde disminuyen las inequidades. El gráfico 17 muestra, entre 1995 y 2010, un cierre en la brecha urbana/rural, y un menor gradiente por nivel de riqueza. Por el contrario, las inequidades por región y género no disminuyen a pesar de los descensos en el nivel de incidencia del indicador en todas las categorías.

CUADRO 16
INEQUIDADES EN DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL, 1995-2010
(En porcentajes)

Tipo de inequidad	1995	2000	2005	2010
Zona				
Urbano	10,8	9,7	7,6	7,1
Rural	17,3	17,4	14,9	11,0
Rural/Urbana	1,59	1,79	1,96	1,55
Región				
Atlántico	13,7	10,3	12,1	9,9
Oriental	11,8	11,2	9,1	6,8
Central	12,1	13,2	8,5	6,8
Pacífico	15,0	13,7	10,1	7,8
Bogotá	13,4	12,4	9,5	9,5
Peor/Mejor	1,28	1,33	1,42	1,47
Género				
Hombre	14,1	12,2	10,4	8,6
Mujer	12,2	12,0	9,4	7,8
Hombre/Mujer	1,15	1,02	1,11	1,10
Índice de riqueza				
q1	21,2	19,6	16,9	13,1
q2	15,0	14,6	10,8	8,3
q3	12,0	10,3	8,1	7,0
q4	6,2	6,6	5,3	5,4
q5	5,1	4,4	2,1	3,7
q1/q5	4,16	4,47	8,04	3,55
Total	13,1	12,1	9,9	8,2

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-95, ENDS-00, ENDS-05 y ENDS-10.

GRÁFICO 17.A
DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL
POR ZONA, 1995-2010
(En porcentajes)

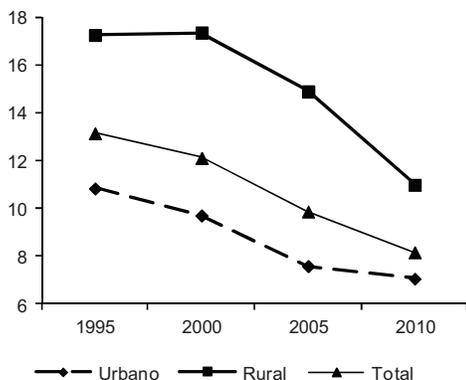
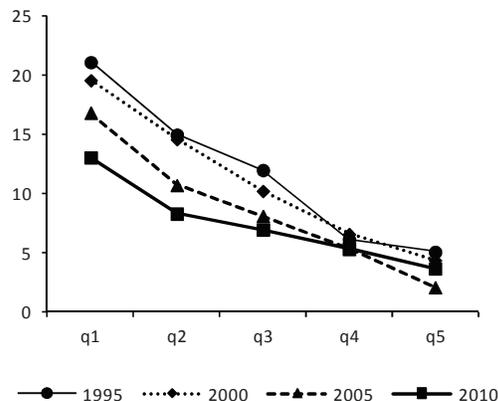


GRÁFICO 17.B
DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL POR
QUINTIL DE RIQUEZA, 1995-2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-95, ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

El gráfico 18 compara las inequidades por tipo observadas en 1995 y las del 2010. Claramente hay un descenso importante en el nivel promedio de incidencia de la desnutrición crónica al mismo tiempo que un descenso marcado en las inequidades por zona y nivel de riqueza, mientras que las inequidades por región y género ya en 1995 tenían niveles bajos, los cuales permanecen.

GRÁFICO 18.A
INEQUIDADES EN DESNUTRICIÓN
CRÓNICA INFANTIL, 1995
(En porcentajes)

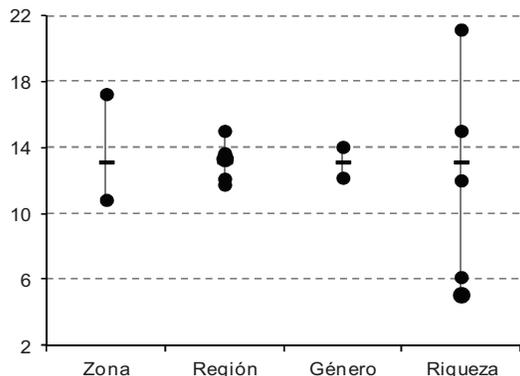
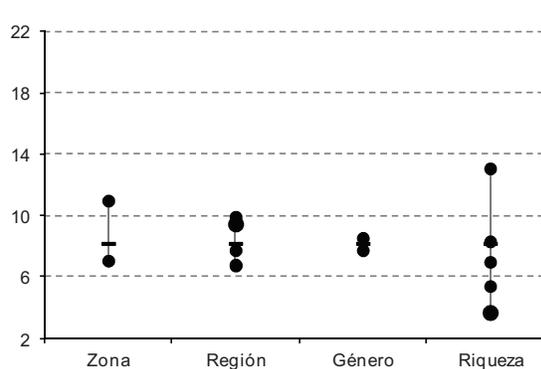


GRÁFICO 18.B
INEQUIDADES EN DESNUTRICIÓN
CRÓNICA INFANTIL, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-95, ENDS-10.

Los indicadores de morbilidad infantil utilizados son la incidencia de Enfermedad Diarreica Aguda, EDA, e Infección Respiratoria Aguda, IRA, para menores de 5 años¹⁵. Entre 1995 y 2010, los dos indicadores de morbilidad disminuyen consistentemente durante el periodo: el nivel promedio de

¹⁵ Aunque todas las encuestas ENDS desde 1990 incluyen preguntas sobre EDA e IRA, la forma de preguntar y el periodo de referencia son diferentes. Por lo tanto, con fines de comparabilidad, aquí se excluye EDA en 1990, e IRA en 1990 y 1995. Se define EDA como la presencia de episodios de diarrea en las últimas dos semanas anteriores a la encuesta. IRA incluye niños que han tenido tos en las últimas dos semanas acompañada de respiración corta y rápida. Para mayor detalle ver Anexo 1.

incidencia de EDA baja de 17% a 12,8%, y el de IRA pasa de 9,7% a 6,3% (Cuadro 17). La incidencia de EDA siempre ha sido mayor, casi el doble que la de IRA.

Las inequidades por zona en la incidencia de IRA son prácticamente inexistentes a lo largo de todo el periodo. En las demás variables de estratificación, las inequidades existentes son favorables a las regiones más desarrolladas, las mujeres y los grupos más ricos por riqueza.

Contrario a los indicadores previos de estado de salud y de uso de servicios de salud, las inequidades de EDA e IRA no muestran mejora durante las últimas dos décadas. En algunos casos, inclusive, se observa un deterioro en las inequidades. Este es el caso de las inequidades por nivel de riqueza tanto en EDA como en IRA, pero especialmente marcado en el caso de EDA, en donde la relación de extremos aumenta de 1,87 a 2,19 (Cuadro 17).

El gráfico 19 compara las inequidades en EDA en 1995 y 2010, y el gráfico 20 las inequidades en IRA en 2000 y 2010. En ambos casos, se observa un descenso importante en el nivel de incidencia de la morbilidad infantil pero sin ganancias importantes en la equidad. Este hecho sugeriría que, además del acceso a servicios de salud, en los cuales se ha avanzado, existen otros determinantes, probablemente más importantes que el aseguramiento, como factores socioeconómicos (condiciones de la vivienda, hogar y contexto) que influyen sobre la incidencia de estas dos enfermedades. Sin embargo, se requieren estudios multivariados para poder inferir sobre estos aspectos.

GRÁFICO 19.A
INEQUIDADES EN EDA EN MENORES
DE 5 AÑOS, 1995
(En porcentajes)

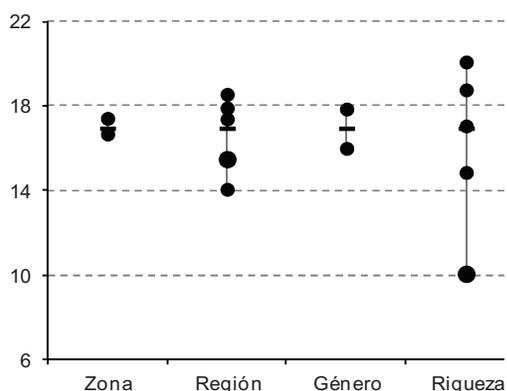
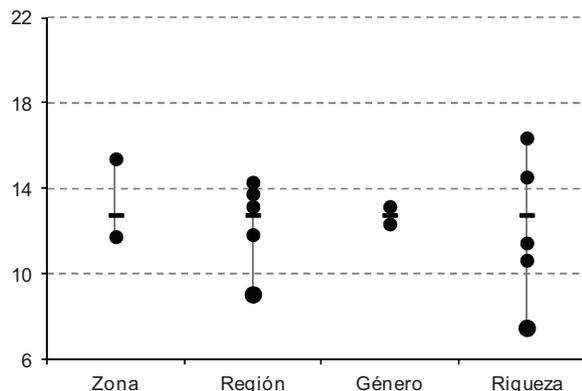


GRÁFICO 19.B
INEQUIDADES EN EDA EN MENORES
DE 5 AÑOS, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-95, ENDS-10.

CUADRO 17
INEQUIDADES EN EDA E IRA, 1995-2010
(En porcentajes)

Tipo de inequidad	EDA				IRA		
	1995	2000	2005	2010	2000	2005	2010
Zona							
Urbano	16,7	13,4	13,5	11,7	9,9	7,4	6,4
Rural	17,4	15,8	16,4	15,4	9,4	7,3	6,1
Rural/Urbana	1,04	1,18	1,22	1,31	0,95	0,99	0,94
Región							
Atlántica	17,9	11,7	16,2	13,8	15,2	9,4	8,7
Oriental	14,1	15,1	13,5	13,2	7,4	5,7	4,7
Central	18,6	15,8	14,3	14,3	7,7	7,4	6,7
Pacífica	17,4	16,5	13,1	11,8	10,3	6,1	6,8
Bogotá	15,5	11,1	14,1	9,0	7,2	7,8	3,9
Peor/Mejor	1,32	1,48	1,24	1,58	2,13	1,64	2,20
Género							
Hombre	17,9	15,4	15,0	13,2	10,4	7,6	6,8
Mujer	16,0	12,8	13,7	12,3	9,0	7,2	5,8
Hombre/Mujer	1,12	1,20	1,10	1,07	1,17	1,06	1,17
Económica (Quintil de riqueza)							
q1	18,8	17,8	17,6	16,4	10,6	7,8	6,9
q2	20,1	16,4	17,2	14,5	11,2	7,8	7,2
q3	17,1	13,0	12,7	11,5	9,1	5,7	7,3
q4	14,9	10,4	11,2	10,6	8,9	8,8	4,9
q5	10,1	10,3	9,0	7,5	7,7	6,5	3,9
q1/q5	1,87	1,72	1,95	2,19	1,37	1,20	1,76
Total	17,0	14,1	14,4	12,8	9,7	7,4	6,3

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-95, ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

GRÁFICO 20.A
INEQUIDADES EN IRA EN MENORES DE 5 AÑOS, 2000
(En porcentajes)

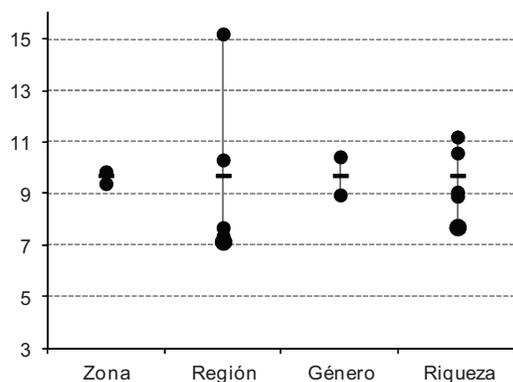
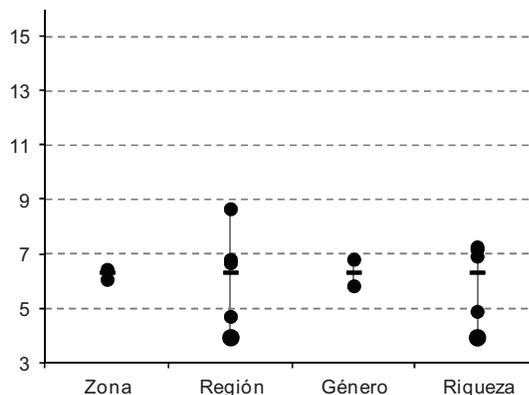


GRÁFICO 20.B
INEQUIDADES EN IRA EN MENORES DE 5 AÑOS, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-95, ENDS-10.

B. Salud materna

Como indicadores de salud materna se consideran las complicaciones al parto¹⁶ y posparto¹⁷, referidos al último hijo nacido vivo en las madres con hijos nacidos vivos durante los cinco años previos a la encuesta. Los niveles de incidencia no son muy diferentes entre los dos indicadores, y en ambos casos el nivel ha disminuido consistentemente durante la última década, aunque no de manera marcada, siendo mayor el descenso en las complicaciones posparto. Las complicaciones al parto bajan de 30% a 27,6%, mientras que las complicaciones posparto pasan de 36,6% a 32% (Cuadro 18). Esta leve tendencia descendente se da a pesar de la alta incidencia de la atención prenatal adecuada (90%) y de la atención médica (institucional) al parto (93,8%) reportadas en 2010 y mencionadas anteriormente en este documento.

Las zonas rurales muestran mayor incidencia de las complicaciones parto y posparto que las zonas urbanas, siendo mayor los diferenciales en las complicaciones posparto. Por región, no hay relación clara entre nivel de desarrollo socioeconómico de la región y la incidencia de estas variables de salud materna. Así, en 2000 y 2005, Bogotá no era la región de menor incidencia de estos indicadores. Por el contrario, en el 2010, logra posicionarse como la de menor incidencia en ambos indicadores. De igual forma, no hay una tendencia clara en los diferenciales entre regiones a lo largo del tiempo, aunque la brecha regional tiende a disminuir entre 2000 y 2010 en las complicaciones posparto.

Por nivel de riqueza, en general se observan niveles de incidencia similares entre los tres primeros quintiles, y un menor nivel en los dos últimos. Esto se refleja en unas inequidades en contra de los grupos más pobres, evidente en la relación de extremos. Entre 2000 y 2010, las inequidades por nivel de riqueza tienden a ampliarse en las complicaciones al parto, pasando de una relación de extremos 1,1 a 1,44, en contra de los grupos más pobres, mientras que la relación de extremos se mantiene en 1,3 para las complicaciones al posparto (Cuadro 18).

El gráfico 21 compara los diferentes tipos de inequidades en complicaciones al parto en 2000 con las del 2010. El gráfico 22 lo hace para complicaciones posparto. Claramente, el nivel de incidencia disminuye en ambos casos, más en complicaciones posparto, mientras las inequidades tienden a disminuir en complicaciones posparto pero no así en complicaciones al parto. En 2010, aún hay una marcada brecha entre regiones y entre niveles de riqueza en ambos indicadores, y además entre zonas urbana/rural en complicaciones posparto. Esto sugiere que no solo el aseguramiento y el acceso a servicios de atención prenatal adecuada y atención médica al parto son determinantes importantes de la salud materna, sino que hay otros factores que inciden y que deben tenerse en cuenta en el diseño de política, para lo cual se requieren estudios específicos.

CUADRO 18
INEQUIDADES EN COMPLICACIONES AL PARTO Y POSPARTO, 2000-2010
(En porcentajes)

Tipo de inequidad	Complicaciones al parto			Complicaciones posparto		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010
Zona						
Urbano	29,0	29,7	27,2	35,2	35,0	30,7
Rural	32,5	31,1	28,7	40,2	37,4	35,6
Rural/Urbana	1,12	1,05	1,05	1,14	1,07	1,16
Región						
Atlántica	32,9	28,3	26,8	39,0	32,4	31,8

(continúa)

¹⁶ Excluye sangrado excesivo debido a posibles sesgos de percepción. Para mayor detalle, ver anexo 1.

¹⁷ Con fines de comparabilidad, se excluye depresión posparto. Para mayor detalle, ver anexo 1.

Cuadro 18 (conclusión)

Tipo de inequidad	Complicaciones al parto			Complicaciones posparto		
	2000	2005	2010	2000	2005	2010
Oriental	25,4	31,7	28,6	37,3	35,8	35,5
Central	29,2	31,4	30,5	32,6	37,9	32,7
Pacífica	33,4	26,4	28,2	46,5	32,5	34,4
Bogotá	29,3	32,9	23,3	28,5	40,0	25,4
Peor/Mejor	1,32	1,25	1,31	1,63	1,23	1,40
Económica (Quintil de riqueza)						
q1	31,6	31,5	29,8	43,3	36,7	35,1
q2	31,5	30,9	29,5	37,6	35,6	34,9
q3	30,5	30,3	28,2	35,4	36,9	32,6
q4	26,6	30,4	27,0	32,4	34,7	27,7
q5	28,7	25,8	20,6	32,6	33,4	26,8
q1/q5	1,10	1,22	1,44	1,33	1,10	1,31
Total	30,0	30,1	27,6	36,6	35,6	32,0

Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-00, ENDS-05, ENDS-10.

GRÁFICO 21.A
INEQUIDADES EN COMPLICACIONES
AL PARTO, 2000
(En porcentajes)

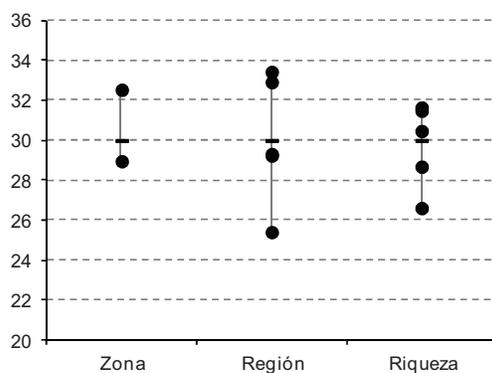
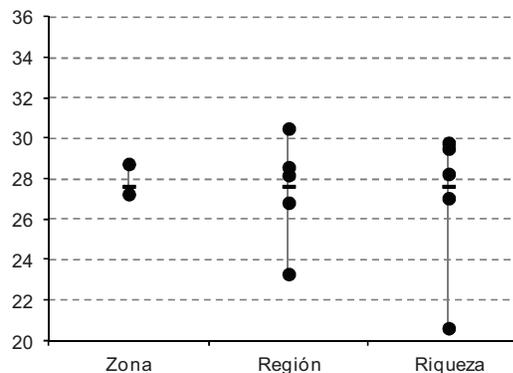


GRÁFICO 21.B
INEQUIDADES EN COMPLICACIONES
AL PARTO, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-00, ENDS-10.

GRÁFICO 22.A
INEQUIDADES EN COMPLICACIONES
POSPARTO, 2000
(En porcentajes)

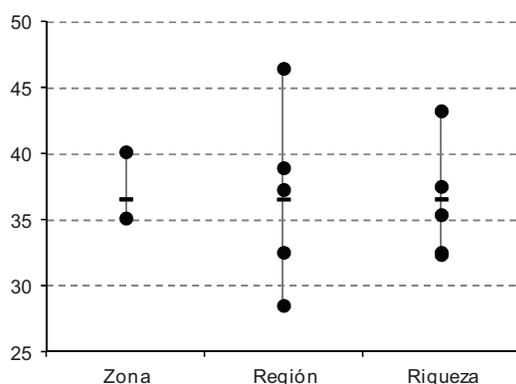
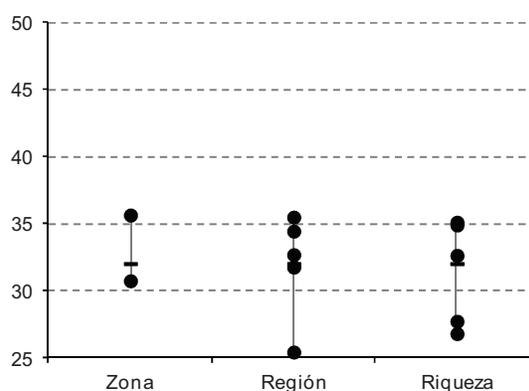


GRÁFICO 22.B
INEQUIDADES EN COMPLICACIONES
POSPARTO, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-00, ENDS-10.

C. La situación actual en las inequidades en el estado de salud materno infantil

El gráfico 23 resume las inequidades regionales y económicas del conjunto de indicadores relacionados con el estado de salud materno-infantil para el año 2010. El estado de salud, que va de 0 a 40% (valor más alto de los indicadores considerados), se mide del centro a cada uno de los vértices del hexágono, y las inequidades en estado de salud por región o quintil de riqueza se interpretan como la dispersión de las líneas en el gráfico para un determinado vértice del hexágono.

Los niveles incidencia de problemas de salud materna son mayores a los de problemas de salud infantil, mientras que las inequidades regionales y económicas tienden a ser mayores en la morbi-mortalidad infantil que en la morbilidad materna. Las complicaciones al parto y posparto son altas para todos los grupos, excepto para la región Bogotá y el quintil más alto de riqueza. En términos de EDA e IRA, mortalidad infantil y desnutrición crónica, los niveles de prevalencia son bajos aunque se presentan inequidades importantes entre quintiles y regiones. En todos los indicadores de salud materno-infantil, las inequidades por nivel de riqueza son más pronunciadas que las regionales, siendo mayores las inequidades en EDA y desnutrición crónica.

GRÁFICO 23.A
INEQUIDADES REGIONALES EN
INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD, 2010

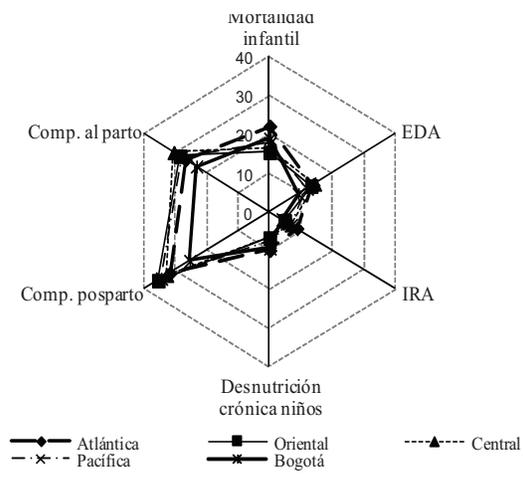
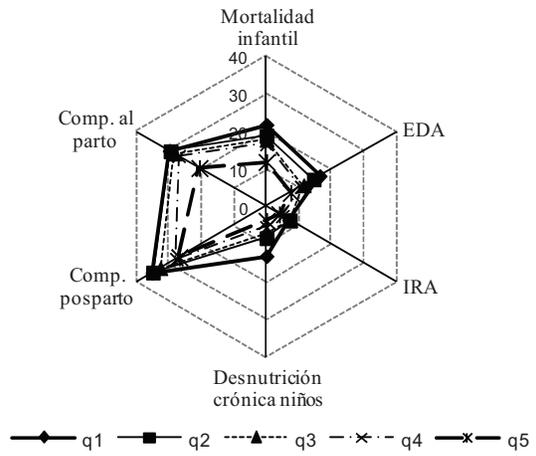


GRÁFICO 23.B
INEQUIDADES ECONÓMICAS EN INDICADORES
DEL ESTADO DE SALUD, 2010



Fuente: Cálculos propios con base en ENDS-00, ENDS-10.

V. Conclusiones

La reforma del Sistema General de Salud se dio mediante la Ley 100 de 1993, pero solo se empezó a implementar hacia 1995. Hoy día, dos décadas después del inicio de su implementación, se observan grandes avances en los niveles de incidencia y en las equidades por zona, región geográfica, género y nivel de riqueza, en el aseguramiento y en el uso de los servicios de salud general, salud infantil y salud sexual y reproductiva. En términos generales, en el 2010, prácticamente se alcanza la cobertura universal y se logra la equidad en aseguramiento. De igual forma, puede decirse que la reforma, a través de la creación del Régimen Subsidiado, permitió avanzar en el acceso a los servicios de salud y a eliminar las inequidades en todos los indicadores analizados del uso de servicios de salud. Entre las razones de no uso de los servicios de salud general cada vez cobra más importancia la calidad del servicio, por lo que se requieren acciones encaminadas a mejorar la calidad, al mismo tiempo que se mantiene la cobertura.

Sin embargo, con excepción de mortalidad infantil, en los indicadores del estado de salud infantil y materna no se observan mejoras significativas en los niveles de incidencia ni en las equidades. Llama la atención el poco avance en los indicadores de salud materna, complicaciones al parto y posparto, cuando al mismo tiempo se han dado grandes avances en la cobertura de los servicios materno-infantiles, como atención prenatal adecuada y atención médica al parto. Estos resultados probablemente se deben a que el sistema de salud no es el único determinante del estado de salud, sino que también influyen otros factores del contexto social, ambiental, y de calidad de vida de la población. Se requieren entonces intervenciones, paralelas a las del sistema de salud,

encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población con el fin de poder lograr avances en los indicadores del estado de salud de la población.

Por otra parte, es importante llamar la atención sobre los niveles de cobertura en vacunación. Estos son lejanos a los estándares aceptables para prevenir epidemias, el cual corresponde al 85%. Estudios previos atribuyen el deterioro en la cobertura en vacunación a un efecto combinado del proceso de descentralización y de implementación de la reforma a la salud de 1993 (Muñoz, 1999; Málaga et al, 2000; Glassman, 2004), pero aún necesita de mayores esfuerzos estatales para alcanzar una mejor cobertura.

Por último es relevante discutir el tema en general del bajo uso del examen de diagnóstico de cáncer de mama, y adicionalmente las brechas existentes por zona y por nivel de riqueza. Estas debilidades pueden estar relacionadas con los requerimientos de equipos especializados para este examen, no disponibles en zonas rurales y con el cubrimiento de estos procedimientos por parte de los paquetes de salud.

Bibliografía

- Andersen, R. y Aday, A. 1974. "A theoretical framework for the Study of access to medical care". Health Services Research. Vol 9.
- Casa Editorial El Tiempo, Fundación Corona, Cámara de Comercio de Bogotá. Informe de evaluación los primeros dos años de la Administración Distrital 2004-2008. [En línea] http://www.fundacioncorona.org.co/descargas/Informe_Garzon_2005.pdf.
- Castañó R., et al (2001). "Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud" en serie Financiamiento para el desarrollo, CEPAL, Chile. [En línea] <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/7092/lc11526e.pdf>.
- Céspedes, et al. 2000. Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. Revista Salud Publica, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Vol.2, No2, julio, pp.145-164. [En línea] <http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v2n2/Rev223.html>.
- Dachs, N. et al. 2002. Inequalities in health in latin america and the caribbean: descriptive and exploratory results from self-reported health problems and health care in twelve countries. Revista Panamericana de la Salud. Vol 11, No. 5/6, Mayo-Junio. pp. 335-355.
- Flórez, C.E. 2002. La equidad en el sector de la salud: una mirada de diez años. Fundación Corona – Ford, Bogotá.
- Flórez, C.E. y Acosta, O.L. 2007. Avances y Desafíos de la Equidad en el Sistema de Salud Colombiano. Fundación Corona – DNP – Universidad de los Andes – Universidad del Rosario.
- Flórez, C.E y Hernández, D. 2005. Financing and the health system: Colombia case study, OMS, Noviembre.

- Flórez, C.E y Nupia, O. 2001. Inequidades en el acceso a salud: estado de salud y utilización de los servicios de atención a la salud. Utilizando datos secundarios para apoyar la toma de decisiones. Colombia. Informe Final. Estudio Multicentrico de la Organización Panamericana de la Salud, CEDE, Universidad de los Andes, Bogotá.
- Flórez, C.E y Tono, T. 2002. Determinantes del acceso y uso de los servicios de salud y del estado de salud, monografías 1 y 3, Informe a la Fundación Corona, Bogotá, CEDE y Centro de Gestión Hospitalaria.
- Giedion y Acosta, 1998, Como reorientar el sector de la salud. Retos y desafíos para los próximos 4 años, en Debates de Coyuntura Social, No. 11, Fedesarrollo- Fundación Corona.
- Glassman, Amanda. 2004. Documento conceptual de proyecto (DCP) Colombia. Proyecto Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones. IDB. [En línea] <http://www.iadb.org/exr/doc98/pro/ccol1002.pdf>
- Grupo de Economía de la Salud. 2001. Observatorio de la seguridad social, Universidad de Antioquia, Año 1 No. 3, Diciembre.
- _____. 2005. "Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia" en Observatorio de la Seguridad Social, Universidad de Antioquia, Año 4, No. 10, junio. [En línea] <http://agustinianos.udea.edu.co/~wwwmngreconomia/ges/observatorio/observatorios/Observatorio10.pdf>
- Málaga, et al, 2000. Equidad y Reforma en Salud en Colombia. [En línea] <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/v2n3/Rev231.htm>
- Muñoz, Socorro.1999. Coberturas de Vacunación. Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. Boletín fin de Milenio. [En línea] <http://www.col.ops-oms.org/pai/cobertura.htm>
- Pinto, Diana. 2006. "Comparación de los beneficios de los paquetes del RC, RS y SP". Manuscrito.
- Profamilia, 1990. Salud sexual y reproductiva en Colombia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, Resultados.
- Profamilia, 1995. Salud sexual y reproductiva en Colombia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995, Resultados.
- Profamilia, 2000. Salud sexual y reproductiva en Colombia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000, Resultados.
- Profamilia, 2005. Salud sexual y reproductiva en Colombia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, Resultados.
- Profamilia, 2010. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS 2010. Colombia.
- Rutstein, Oscar y Kiersten Johnson, 2004. The DHS Wealth Index. DHS Comparative Reports. No. 6. ORC Macro. Calverton, Maryland, USA.
- Starfield Barbara. 2001. Improving equity in health: A research agenda. International Journal of Health Services. Vol. 31. No 3. pp. 545-66.
- _____. 2006. State of the Art in Research on Equity in Health. Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 31, No. 1, February. Pp. 11-32.
- Wagstaff, Kakwani y Doorslaer. 1997. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation and statistical inference. Journal of Econometrics, Vol 77.
- Whitehead, Margaret.1992. The concepts and principles of Equity and Health. International Journal of Health Services, No. 22, pp 430-445.

Anexo

Metodología para la construcción de los indicadores

A continuación se describen los indicadores utilizados, de acuerdo con el cuadro 1 del capítulo de Metodología.

A. Capacidad de uso

La ENDS-1995 preguntó por primera vez por el tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud. A partir de la ENDS-2000 se incluyó un módulo de salud en el cuestionario de hogares que contiene preguntas sobre afiliación, enfermedad declarada en los últimos 30 días y utilización de servicios profesionales para atención de la salud.

La forma de hacer la pregunta sobre afiliación ha cambiado entre las encuestas de 1995 a 2010. La comparación de todo el periodo solo es posible hacerla a través de categorías generales. El tipo de afiliación (Régimen Contributivo o Subsidiado) puede compararse a partir del 2000. Con base en esta información, se define afiliado al Régimen Contributivo quienes sean afiliados a una EPS-Contributivo o al Régimen Especial; al Régimen Subsidiado los afiliados a ARS. Los No sabe si está afiliado se incluyen como No afiliado, dado que su porcentaje es bajo (menor al 1% en todos los años).

B. Necesidad de uso

La necesidad de uso se basa en la pregunta sobre enfermedad declarada en un periodo de referencia, en particular en los últimos 30 días (Cuadro 1). Sólo a partir del 2000, las ENDS incluyen esta pregunta. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que a partir de 2005 cambia de manera importante la forma de hacer la pregunta respecto al 2000, lo que no permite la comparación directa. La ENDS-2000 incluye todo tipo de enfermedades, incluyendo hospitalización, mientras que la ENDS-2005 y ENDS-2010 solo incluyen las enfermedades que no implicaron hospitalización. Esto hace que la necesidad de uso disminuya significativamente entre 2000 y 2005. Dado que la ENDS-2000 no permite identificar el periodo de hospitalización, no se pueden excluir las personas que fueron hospitalizadas en los últimos 30 días. Por lo tanto, con fines comparativos, es necesario agregar en la ENDS-2005 y ENDS-2010 las personas que contestaron NO a enfermedad declarada pero que SI fueron hospitalizadas durante el mismo periodo de referencia (últimos 30 días). En resumen, con fines comparativos, necesidad de uso se define como haber estado enfermo/accidente/problema de salud o haber estado hospitalizado en los últimos 30 días.

C. Uso de los servicios

El uso de los servicios de salud se aproxima desde diferentes dimensiones. Se incluye el uso de servicios por parte de la población en general (uso de atención profesional de salud dado un problema de salud en los últimos 30 días), de los niños (esquema completo de vacunación) y de las mujeres (atención prenatal adecuada, atención médica al parto, y exámenes de citología vaginal/mamografía (Cuadro 1).

1. Atención profesional de salud

Con fines analíticos, se considera que un individuo recibió atención profesional en salud si, dada una necesidad (un problema de salud u hospitalización en los últimos 30 días), acudió a un doctor o a alguna terapia alternativa, como homeopatía y/o acupuntura (Cuadro 1).

Las razones de no uso de servicios profesionales de salud dada una necesidad son comparables para los años 2000 y 2005 pero están mucho más desagregadas en la ENDS-2010. La razón “caso leve” se excluye como evidencia de una necesidad de atención en salud. Se hizo el esfuerzo de homologar las otras categorías de la mejor forma posible entre los tres años. Se agruparon en categorías relacionadas con: razones de demanda por dinero (falta de dinero, servicio o transporte muy costoso), razones de

demanda por tiempo (falta de tiempo), razones de oferta (centro queda lejos), razones de calidad del servicio (servicio malo, demoras en las citas o en la atención, no resolvieron el problema, no confía en los médicos, no lo atendieron, muchos trámites), falta de información (no sabía dónde prestan el servicio o no sabían sobre el derecho al servicio), y otras razones.

2. Esquema completo de vacunación

La ENDS recoge información sobre la fecha de vacunación de cada vacuna obligatoria en los niños menores de 5 años sobrevivientes al momento de la encuesta. La información sobre fechas (día/mes/año) de aplicación de cada una de las vacunas permite construir el cumplimiento de los esquemas completos de vacunación, el cual toma en cuenta las diferentes dosis y las edades en que deben aplicarse dichas dosis. Aquí tomamos en cuenta solo las tres vacunas más importantes: BCG, VOP y DPT (Cuadro A-1). La vacuna Antisarampiosa es también obligatoria pero su aplicación es mandataria solo al cumplir el primer año de edad, es decir puede aplicarse en cualquier momento entre los 12 y los 23 meses, por lo que no se incluye en el esquema aquí construido. A pesar de que la información de vacunación se recoge para todos los niños menores de 5 años, el indicador de esquema completo de vacunación se construye para los niños de 12-23 meses (Cuadro A-1) debido a que es en estas edades donde mejor puede identificarse el cumplimiento del esquema completo.

CUADRO A.1
ESQUEMAS COMPLETOS DE VACUNACIÓN PARA NIÑOS DE 12-23 MESES

Enfermedad	Vacuna	Edad
Tuberculosis	BCG 1 dosis	Menores de 1 año
Poliomelitis	VOP recién nacido, 3 dosis	Recién nacido, 2,4,6 meses
Difteria, tosferina y tétano	DPT 3 dosis	2,4,6 meses

Fuente: Pediatría, abril 2000.

Las fechas de vacunación se obtienen directamente del carné y si no lo tienen se recurre a la memoria de la madre, caso en el cual la calidad desmejora, especialmente en las vacunas con dosis múltiples, como polio y DPT (Flórez, Tono y Nupia, 2001). El porcentaje de los niños que presentaron el carné ha venido aumentando con el tiempo, lo que implica una mejor calidad de la información: en el 2010, un 83% de los niños mostraron su carné (Profamilia, 2011), mientras que en 1990 escasamente la mitad lo hizo (49,7%) (Profamilia, 1990).

Para la construcción del esquema completo, puede tenerse en cuenta la fecha de la aplicación de cada dosis de cada vacuna. Dado que la cobertura aquí estimada se refiere a niños entre 12-23 meses, se consideró que tener en cuenta la edad era muy restrictivo. Por lo tanto, no se tuvo en cuenta la edad en que se aplicaron las dosis de cada vacuna, sino solamente que el niño tuviera las dosis completas antes de la fecha de la encuesta.

3. Atención prenatal adecuada y atención médica al parto

La atención prenatal y la atención médica al parto se refieren al último hijo nacido vivo entre los hijos nacidos en los últimos 5 años de las mujeres de 15-49 años. Se considera que se tiene atención prenatal adecuada si el número de visitas de control prenatal es de por lo menos 4 (igual o mayor a 4). La ENDS incluye también el número de meses de gestación al primer control prenatal, con lo cual se podría construir un segundo indicador de atención prenatal adecuada. Sin embargo, la calidad de esta variable no es buena, especialmente en las zonas rurales, por el alto missing que presenta (alrededor del 25% en 1990 y 1995, y entre 10-15% en 2000 y 2005). Por lo tanto, no se utiliza en este documento.

Se utiliza el indicador de atención médica al parto, parto atendido por un médico profesional, el cual es de buena calidad por el mínimo missing que presenta en todas las ENDS.

4. Exámenes de citología vaginal y mamografía

Los exámenes de citología vaginal y mamografía son las pruebas diagnósticas para detectar tempranamente el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama, respectivamente. Las preguntas relacionadas con estas pruebas aparecen por primera vez en la ENDS-2005, y se repiten en la ENDS-2010, pero con cambios en el universo al que se aplica la pregunta sobre el examen de citología.

En la ENDS-2005, la pregunta sobre citología se aplica a las mujeres de 18-69 años pero con filtros diferentes por cohorte de edad. En el caso de las mujeres de 18-49 años, las preguntas se aplicaron solo a aquellas que habían tenido relaciones sexuales, mientras que en el caso de las mujeres de 50 a 69 años se aplicaron a todas, independientemente de si habían o no tenido relaciones sexuales (Profamilia, 2005). En la ENDS-2010, se aplica el filtro para todas las mujeres. Es decir, estas preguntas se limitan a las mujeres de 18-69 años que han tenido relaciones sexuales. Por lo tanto, con fines comparativos, el indicador de examen de citología se refiere a las mujeres de 18-69 años que alguna vez han tenido relaciones sexuales.

En cuanto al examen de mamografía, en la EDNS-2005 se pregunta de igual forma que la citología, es decir a las mujeres de 18 a 69 años pero con filtros diferentes por edad. En el caso de las mujeres de 18-49 años, las preguntas se aplicaron solo a aquellas que han tenido relaciones sexuales, mientras que en el caso de las mujeres de 50 a 69 años se aplicaron a todas, independientemente de si han o no tenido relaciones sexuales (Profamilia, 2005). Por el contrario, en la ENDS-2010 la pregunta se limita solo a las mujeres a partir de los 40 años de edad y hasta los 69 años, pero incluye a todas independientemente de si han tenido o no relaciones sexuales. Por lo tanto, con fines comparativos, el indicador del examen de mamografía se refiere a las mujeres de 40-69 años.

Tanto la ENDS-2005 como la ENDS 2010 preguntan por la fecha de la última citología y de la última mamografía. Sin embargo, debido al alto no sabe/missing en esta pregunta (más del 15% en 2005), se construye un indicador de examen de citología vaginal “alguna vez”, al igual que un indicador de examen de mamografía “alguna vez”.

D. Estado de salud

El estado de salud se aproxima a través de variables de los niños (mortalidad infantil, EDA, IRA, y desnutrición crónica), y de las madres con hijos en los últimos cinco años (complicaciones al parto y posparto).

1. Mortalidad infantil

El indicador de mortalidad infantil se basa en la edad de muerte del niño reportada por las madres. A diferencia de las demás ENDS, la ENDS- 1990 muestra un alto porcentaje (67%) de datos sobre edad al morir del niño con inconsistencia, sugiriendo una muy mala calidad de esta información en esa encuesta (Flórez, Tono y Nupia, 2001). Por esta razón, la ENDS-1990 no se usa, por lo que los estimativos de mortalidad infantil se refieren al periodo 1995-2010. Se define el indicador como la tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos, correspondiente al indicador 1q0 de la tabla de vida estimada a partir de la historia de nacimientos y sobrevivencia de los niños. Se estima para los diez años previos a la encuesta respectiva.

2. Morbilidad infantil: EDA e IRA

Las ENDS recogen información sobre morbilidad (EDA e IRA) para los menores de 5 años sobrevivientes a la fecha de la encuesta. Las encuestas preguntan sobre la prevalencia de diarrea (EDA) y sobre los síntomas de problemas respiratorios, tales como tos con respiración corta y rápida (IRA). La recolección de la información sobre EDA se realizó de forma diferente para el año 1990: se preguntó primero a las madres si el niño menor de 5 años había tenido diarrea en las últimas 24 horas. En el caso de que la respuesta fuera negativa, se preguntaba si el niño había tenido diarrea en las últimas 2 semanas. En las encuestas posteriores a 1990, la pregunta se hizo directamente sobre las últimas 2 semanas,

afectando la comparabilidad de los resultados de EDA entre encuestas: en 1990 puede generar un mayor reporte de la enfermedad en las últimas 24 horas y un subreporte en las últimas 2 semanas (Boerma, 1996 citado en Flórez, Tono y Nupia, 2001). Por este motivo, se excluye el año 1990 de los análisis de EDA. Se define la presencia de EDA si el niño tuvo diarrea en las últimas dos semanas.

En relación a las enfermedades respiratorias, la comparabilidad entre encuestas tampoco es directa. La manera como se pregunta sobre estas enfermedades cambia a partir del año 2000 con respecto a las encuestas anteriores. En la ENDS-1990 y ENDS-1995, se preguntó primero por la presencia de tos, y en caso afirmativo se interrogaba si la respiración era más agitada que otras veces, con respiración corta y rápida. A partir del 2000, se hizo una pregunta más general sobre la presencia de varios síntomas y dolencias en los últimos 15 días, entre las cuales se incluye respiración difícil y respiración corta y rápida como dos alternativas independientes. El cambio en la forma de hacer la pregunta afecta la comparabilidad de los resultados sobre la presencia de IRA. Por este motivo, se decidió no incluir en los análisis de IRA los años 1990 y 1995. Se define la presencia de IRA si el niño tuvo tos y respiración corta y rápida durante las últimas dos semanas.

3. Desnutrición infantil

Todas las ENDS han incluido un módulo de antropometría para los niños menores de cinco años sobrevivientes a la fecha de la encuesta. Aquí se utiliza el indicador de desnutrición crónica, expresado en unidades de desviación estándar (o z-scores) de la mediana de un patrón internacional de referencia de altura para la edad (Flórez, Tono y Nupia, 2001). Se define desnutrición crónica si la estatura para la edad del niño estaba por debajo de -2 desviaciones estándar del patrón internacional de referencia.

A partir de la ENDS-2005 se obtienen medidas antropométricas para hombres y mujeres de 18 a 64 años que permiten estimar indicadores como el índice de masa corporal (IMC), el cual relaciona peso en kilogramos con el cuadrado de la estatura en metros. Sin embargo, estas variables tienen un alto porcentaje (alrededor de 30%) de missing (generalizado por zona y grupos de edad) que limita su uso. Por esta razón, no se incluyen en este documento.

4. Complicaciones al parto y posparto

A partir de la ENDS-2000 se pregunta sobre problemas al parto y problemas posparto para el último hijo nacido vivo en las madres con hijos nacidos vivos en los últimos cinco años. Las encuestas indagan, de manera uniforme, si la madre presentó problemas durante el parto como labor prolongada (contracciones fuertes y regulares por más de 12 horas), sangrado excesivo, fiebre alta con sangrado vaginal de mal olor, convulsiones no causadas por fiebre, y otro problema. Dado que sangrado excesivo es una variable que puede estar influenciada por la percepción de la madre, con el fin de disminuir sesgos, se construye un indicador de complicaciones al parto que excluye sangrado excesivo.

En relación a las complicaciones posparto, a partir de la ENDS-2000 se pregunta si la madre tuvo algún problema durante los 40 días siguientes al parto de: sangrado intenso de la vagina, desmayo o pérdida de la conciencia, fiebre, temperatura alta o escalofríos, infección en los senos, dolor y ardor al orinar, flujos o líquidos vaginales o pérdida involuntaria de orina. La ENDS-2005 y la ENDS-2010 incluyen, además de estos problemas, la depresión posparto. Con el fin de no perder información, se construye el indicador: si tuvo alguno de los problemas posparto excluyendo la depresión.



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

financiamiento del desarrollo

Números publicados

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

242. Dos décadas de cambios en la equidad en el sistema de salud colombiano: 1990-2010 (LC/L.3512), 2012.
241. Conglomerados de desarrollo en América Latina y el Caribe: una aplicación al análisis de la distribución de la Ayuda Oficial al Desarrollo (LC/L.3507), 2012.
240. Reforma al sistema de pensiones chileno (LC/L.3422), 2011.
239. Equidad y solvencia del sistema de salud de cara al envejecimiento: El caso de Costa Rica (LC/L.3370), 2011.
238. La protección social en Chile, El Plan AUGÉ: Avances y desafíos (LC/L.3348), 2011.
237. El caso de las cajas de ahorro españolas en el período 1980-2010 (LC/L.3300-P), N° de venta S.11.II.G.21 (US\$10,00), 2011.
236. The European investment bank and SMEs: key lessons for Latin America and the Caribbean, (LC/L.3294-P), sales N° E.11.II.G.16 (US\$10,00), 2011.
235. El futuro de las microfinanzas en América Latina: algunos elementos para el debate a la luz de las transformaciones experimentadas (LC/L.3263-P), N° de venta S.10.II, G.68 (US\$10,00), 2010.
234. Re-conceptualizing the International aid structure: recipien-donor interactions and the rudiments of a feedback mechanism (LC/L.3262-P), N° de venta S.10.II, G.67 (US\$10,00), 2010.
233. Financiamiento a la inversión de las pymes en Costa Rica (LC/L.3261-P), N° de venta S.10.I, G.66 (US\$10,00), 2010.
232. Banca de desarrollo en el Ecuador (LC/L.3260-P), N° de venta S.1.II, G.65 (US\$10,00), 2010.
231. Política cambiaria y crisis internacional: el rodeo innecesario (LC/L.3259-P), N° de venta S.10.II, G.64 (US\$10,00), 2010.
230. Desarrollo financiero e crecimiento económico: teoría e evidencia (LC/L.3257-P), N° de venta S.10.II, G.62 (US\$10,00), 2010.
229. Financiamiento de la inversión de empresas en general y de micro, pequeñas y medianas empresas en particular: el caso de Uruguay (LC/L.3256-P), N° de venta S.10.II, G.61 (US\$10,00), 2010.
228. La banca de desarrollo en El Salvador (LC/L.3242-P), N° de venta S.10.II, G.47 (US\$10,00), 2010.
227. Acceso al financiamiento de las pymes en Argentina: estado de situación y propuestas de política (LC/L.3241-P), N° de venta S.10.II, G.46 (US\$10,00), 2010.
226. Financiamiento a las microempresas y las pymes en México (2000-2009) (LC/L.3238-P), N° de venta S.10.II, G.41 (US\$10,00), 2010.
225. Financiamiento a la inversión de las pequeñas y medianas empresas: el caso de El Salvador (LC/L.3236-P), N° de venta S.10.II, G.39 (US\$10,00), 2010.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.:.....Fax:.....E.mail:.....