

# **ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA: EFECTOS DEL INGRESO Y DE LA DISPONIBILIDAD DE PROVEEDORES SOBRE EL USO DE SERVICIOS MÉDICOS EN SIETE CIUDADES**

## **RESUMEN EJECUTIVO**

Trabajo Completo winzip
-------------------------------

### **Antecedentes**

En 1992 el gobierno encontró que a pesar de los esfuerzos de varias décadas el sector de la salud era insuficiente, ineficiente e inequitativo. Para combatir esta situación propuso al Congreso de la República un sistema de salud en el cual los subsidios llegaban a las personas en forma de afiliaciones y el cual fue aprobado en Diciembre de 1993 (Ley 100 del 93). Adicionalmente, la Ley 100 desmontó el sistema de subsidios a la oferta que prevalecía hasta entonces.

El supuesto fundamental de este sistema de subsidios a la demanda era que la principal barrera al acceso equitativo a los servicios era el ingreso de las personas y por medio de este, su capacidad de comprar servicios de salud.

### **Pregunta del Estudio**

Es el supuesto fundamental del nuevo sistema correcto (el ingreso de las personas es el principal determinante de uso de servicios)? Por lo tanto, cual de las políticas tiene mayor probabilidad de mejorar el acceso y la equidad en este: los subsidios a la oferta o los subsidios a la demanda?

### **Objetivos Específicos**

1. Describir las relaciones entre el uso de servicios médicos y características seleccionadas de la población.
2. Estimar el efecto de las características de los individuos que habilitan el uso, después de controlar las variables de necesidad y predisposición.
3. Describir las relaciones entre el uso de servicios médicos y la disponibilidad de servicios médicos hospitalarios y ambulatorios.

4. Estimar el efecto de la disponibilidad de servicios médicos sobre el uso de servicios, después de controlar las variables de capacidad, necesidad y predisposición.

### **Modelo Analítico**

Para operacionalizar los conceptos de acceso y de utilización de servicios de salud, Aday y Andersen desarrollaron el "Expanded Behavioral Model". Este modelo tiene 5 componentes: las políticas de salud, las características del sistema de provisión de servicios de salud (lo cual incluye tanto su disponibilidad como su organización), las características de la población en riesgo (diferenciadas como variables de predisposición al uso, variables que habilitan el uso y variables de necesidad del servicios), la utilización de servicios de salud y la satisfacción del usuario. Este modelo fue aplicado en este estudio.

### **Fuentes de Datos**

#### Individuos:

ENH'83 Ciudades: Pasto, Manizales, Bucaramanga, Barranquilla, Medellín, Cali y Bogotá.

#### Proveedores de Servicios:

*MD:* Directorio telefónico páginas blancas y amarillas, lista de miembros de sociedades médicas, Censo de Ascofame y los médicos registrados por Confecamaras.

*Instituciones:* Listado de instituciones del DANE, Listado de instituciones de la Superintendencia Nacional de Salud, listado nacional de instituciones del Ministerio de Salud, Instituciones de salud registradas en Confecamaras, páginas blancas y amarillas de los directorios telefónicos y un censo de instituciones(recolección de datos primarios).

## **Variables**

### Independientes/Control

#### *Necesidad*

- Estado de Salud Percibido
- Incapacidad/Días de Incapacidad

#### *Predisposición*

- Edad
- Sexo
- Educación
- Empleo
- Estado Civil
- Tamaño Hogar

#### *Capacidad*

- Ingreso familiar per capita
- Tenencia de seguro

#### *Disponibilidad de Servicios*

- Densidad de proveedor alrededor del individuo por categoría
- Distancia al proveedor más cercano por categoría

### Dependientes

#### *Utilización de Servicios*

- Uso de consulta médica
- Uso de hospitalización

## **Recolección de la Información del Censo de Proveedores de Servicios**

1. Se elaboraron las listas de instituciones a las cuales se enviarían los cuestionarios a partir de los listados existentes, se limpiaron y eliminaron duplicados e inconsistencias.
2. Se enviaron los cuestionarios por correo. Se incluyeron sobres autodirigidos y se obtuvo una respuesta espontánea del 11.3%.
3. Se encuestaron por teléfono y por medio de visitas a las demás instituciones durante un periodo de 2 años hasta obtener una respuesta del 100%.

## **Procesamiento Información**

### Médicos:

Se digitaron los datos, se unieron los listados de diferentes fuentes, se eliminaron los duplicados y verificaron inconsistencias por medio de llamadas telefónicas.

### Instituciones:

1. Se desarrolló un sistema de captura de los datos en el programa Access.
2. Se digitaron los cuestionarios de todas las instituciones.
3. Se desarrolló un software geográfico especializado para la generación de las variables de proveedores de servicios basado en los programas MapInfo, SQL y Crystal Reports, (Geoanálisis).
4. Se creó una base de datos con la información de los individuos de la ENH´83, la de las instituciones y la de los médicos y se integró al sistema de información geográfica - Geoanálisis.
5. Con todos los datos de médicos e instituciones integrados en una sola base de datos, se volvió a limpiar y a eliminar duplicados e inconsistencias.
6. Por medio de Geoanálisis se categorizaron los médicos en tres categorías y las instituciones en cuatro categorías, por nivel de complejidad.
7. Se generaron las variables de distancia entre cada individuo en la encuesta y el proveedor más cercano por categoría en cada ciudad.
8. Se generaron las variables de densidad de proveedores alrededor de cada individuo en la encuesta con tres radios diferentes por categoría en cada ciudad.
9. Se corrieron modelos analíticos para probar las variables de densidad con radios diferentes y se escogió la densidad con radio de 2 kilómetros, por las que mostraron un mayor poder predictivo.

## **Análisis Estadístico**

Se empleó la regresión logística en análisis separados del uso de consulta médica y de hospitalización, tanto de los datos agregados de todas las ciudades como de análisis de los datos para cada ciudad.

Primero se corrieron modelos completos con las variables de características de los individuos y de disponibilidad de proveedores. Posteriormente se realizaron pruebas de fortaleza de los efectos, por medio de la comparación del ajuste al modelo entre modelos parciales con las variables de características de los individuos en el modelo y modelos parciales con las variables de disponibilidad de proveedores.

## **Resultados**

### Relaciones entre el uso de servicios médicos y características seleccionadas de la población (objetivo 1):

El uso de servicios está asociado con múltiples características de los individuos. La edad de las personas influencia el uso en un patrón que sigue una U con una cola más larga al final de la vida. Las mujeres son usuarias más frecuentes que los hombres. A mayor educación menor uso de servicios. Las personas viudas eran los más frecuentes usuarios de servicios y los solteros los menos frecuentes. A menor tamaño de familia mayor uso de servicios. Los usuarios de servicios tenían medidas de estado de salud marcadamente más bajas que los no-usuarios. El ingreso tenía un efecto en forma de U sobre el uso de hospitalización. Los individuos asegurados eran usuarios más frecuentes de servicios, especialmente entre los afiliados a una Caja de Previsión. Las personas empleadas eran usuarios menos frecuentes que los desempleados.

### Relaciones entre el uso de servicios médicos y la disponibilidad de proveedores (objetivo 3):

La asociación entre la disponibilidad de proveedores y el uso de servicios no fue consistente. Los usuarios de consulta médica tenían distancias más cortas a los

proveedores en todas las categorías. Los usuarios de consultas médicas y hospitalizaciones vivían en áreas con densidades de proveedores mas altas tan solo en las categorías de médico 3, hospital I y hospital III.

Efecto de las características de los individuos que habilitan el uso, después de controlar las variables de necesidad y predisposición (objetivo 2):

La variable que más impacto tiene sobre el uso de consulta médica y hospitalización es el estado de salud de las personas. Existe también un “efecto de dosis”: a peor estado de salud, mayor uso de servicios. Este efecto está presente en el modelo con los datos agregados y en los modelos de todas las ciudades. Las características socioeconómicas fueron determinantes del uso de consulta médica: Los hombres usaron menos consulta médica. Este efecto puede atribuirse a las necesidades obstétricas de las mujeres y a la percepción de que socialmente es más aceptable que las mujeres se enfermen y usen servicios. La edad tiene un efecto de U sobre el uso de consulta médica y de hospitalización. La literatura muestra que este efecto está determinado por el determinante biológico. Los niños y los ancianos están en menores condiciones de salud que los adultos jóvenes. A mayor educación, mayor probabilidad de uso de consulta médica, lo cual probablemente refleja la capacidad de las personas de navegar el sistema. A mayor tamaño del hogar, menor uso, lo cual se explica por que los proveedores de cuidados en el hogar deben repartir su tiempo y esfuerzos entre mas personas. Los empleados tienen mayor probabilidad de usar servicios. Las encuestas anteriores sugerirían que es debido a que los empleadores no les permiten salir del trabajo. A mayor ingreso, mayor probabilidad de uso, lo cual refleja el efecto de la capacidad de compra de los individuos sobre su uso de un servicio. Los asegurados tienen mayor probabilidad de uso, con un efecto mayor para los afiliados a Cajas de Previsión. Este efecto se explica porque los seguros disminuyen el precio de los servicios.

Efecto de la disponibilidad de servicios médicos sobre el uso de servicios, después de controlar las variables de capacidad, necesidad y predisposición (objetivo 4):

La probabilidad de uso de consulta médica aumenta con la disponibilidad de proveedores. No hay efecto de la disponibilidad de servicios sobre el uso de hospitalización. Las variables socioeconómicas tienen un modelo con mejor ajuste que el de disponibilidad de servicios en el uso de consulta médica.

### **Conclusiones**

Basado en los resultados que muestran un efecto directo entre el ingreso y el uso de consulta médica y las hospitalizaciones, un efecto directo de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de consulta médica pero ningún efecto sobre las hospitalizaciones, y la mayor fortaleza del efecto del ingreso en comparación con el de la disponibilidad de proveedores, es posible concluir que el supuesto principal de la reforma es correcto. Por lo tanto, Colombia debe continuar con la política de subsidiar el acceso a los servicios de salud a través de los subsidios a la demanda.

Sin embargo, el efecto positivo de la disponibilidad de proveedores sugiere que una política de aumentar la provisión de servicios ambulatorios también debería ser implementada para aumentar el acceso a estos servicios.

### **Investigación Futura**

Este estudio deja múltiples preguntas sin contestar e hipótesis para ser probadas, entre ellas se encuentran:

1. Determinantes del Acceso en las Zonas Rurales: Las personas que viven en comunidades rurales tienen los ingresos más bajos y la oferta de servicios más baja también. Es primordial identificar las barreras al uso de servicios existentes en las zonas rurales para ajustar el sistema de salud.

2. Evaluación del Impacto de la Reforma sobre el Acceso de los Individuos a los Servicios de Salud: El estudio aquí resumido representa una línea de base sobre la cual debe compararse la evolución del uso a los servicios y sus determinantes para juzgar el impacto de la reforma.
  
3. Efectos de los Factores Comunitarios y Organizacionales sobre el Acceso: Un estudio de los efectos de las características de la comunidad como las condiciones generales de pobreza, de aseguramiento, de presencia estatal y de distribución del ingreso, al igual que de las condiciones en que los servicios se encuentran organizados (servicios ambulatorios como centros de salud independientes o como consulta externa de un hospital..) proveerá una mayor comprensión de las condiciones en las cuales se deben ofrecer los servicios, para aumentar su uso entre quienes mas los necesitan.
  
4. Determinación del Costo para el Sistema de Proveer Afiliación Vs. Proveer Servicios de Salud: Una reforma al sistema de salud debe ser evaluada en relación a su efecto sobre el acceso a servicios de salud, como lo hizo este estudio, y también sobre la base de su costo económico para la sociedad. Colombia debe estimar cual es la manera mas eficiente de invertir sus recursos.