

**Evaluación de la política de gratuidad para poblaciones prioritarias en hospitales
públicos de Bogotá**

Félix León Martínez Martín

Médico, Magister en Salud Pública. Investigador y miembro del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo - CID, Universidad Nacional de Colombia. Calle 44 No. 45-67 Bloque B4 oficina 701- Unidad Camilo Torres.
felixleonmm@gmail.com

Oscar Rodríguez Salazar.

Economista, Doctor en Ciencias Económicas, Doctor en Sociología, Director del Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia.

Orosrod@hotmail.com

Agradecimientos a Leonardo Montaña por la preparación de la base de datos para el estudio, a Daniel Garavito por el procesamiento de las encuestas de calidad de vida y al equipo de profesionales de la Secretaría Distrital de Salud, especialmente a Jairo Ternera, por los aportes en la planeación de la investigación.

Resumen

Se presenta un ejercicio de evaluación de la política de eliminación de cuotas moderadoras, o copagos para la población mayor de 65 años y menor de 5 años, clasificada en el Sistema de Información de Beneficiarios del Estado (Sisben) 1 y 2, en los hospitales de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, adoptada desde 2008. Para este objetivo se utilizaron dos vías metodológicas: primero, se examinó la base de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) antes y después de la decisión, esto es, septiembre de 2007 y septiembre de 2010, con el fin de verificar si ella afectó el uso de servicios por parte de estas poblaciones; segundo, se comparó el componente de uso de servicios de salud de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2007 y la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2011 para las dos poblaciones. En suma, el análisis a través de los RIPS no es concluyente, por las limitaciones de información sobre la totalidad de servicios recibidos por los grupos estudiados. Sin embargo, el análisis a través de las encuestas sí muestra una mejoría en el acceso a la consulta médica general y especializada, pero no se encuentra un efecto similar en los servicios de apoyo. El moderado resultado obtenido en términos de acceso se explica en razón de que las barreras económicas significan tan sólo el 4% de las barreras de acceso a los servicios de salud, según análisis de la propia Secretaría Distrital de Salud.

Palabras clave: accesibilidad a servicios de salud, evaluación de política, gratuidad, personas mayores, menores de 5 años.

Abstract

It presents an assessment of the policy adopted since 2008 about elimination of health care services fees and co-payments for the population older than 65 and younger than 5 years, rated 1 and 2 levels in the *Sistema de Información de Beneficiarios del Estado* (Sisben), in hospital network attached to the District Secretary of Health of Bogotá. Two methodological strategies were used to this objective: first, comparing the database of the *Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud* (RIPS) before and after the decision, i.e., September 2007 and September 2010, in order to verify if it affected the use of services by these populations; Second, comparing the health care services utilization components of the Quality of Life National Survey 2007 and the Bogota Multipurpose Survey 2011 for the two populations. The results show that the population older than 65 years was benefited by far, while the population under five years does not seem to have impact. The explanation of this apparent paradox is related to the range and the quality of the RIPS information as well as the increase of affiliation of minors to both regimes (Contributive and Subsidized) in the period in question, given that the *empresas promotoras de salud* (EPS) tend to derive the attention to private providers rather than to the public network providers. The above does not imply a negative assessment of the policy nor a recommendation for suspension of the measure.

Key Words: health-care services accessibility, policy assessment, free of charge services, senior citizens, under-fives.

Introducción

Dada la importancia de las barreras económicas para el acceso a los servicios de salud, en especial para los más pobres, el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas de Bogotá, D. C., para el periodo 2008 – 2012 *Bogotá positiva: para vivir mejor* (1) estableció la gratuidad en la atención en salud para la población menor de 5 años y la mayor de 65 años, así como para la población con discapacidad severa de los niveles 1 y 2 del Sistema de Identificación de Beneficiarios del Estado (Sisben). Esta decisión implicaba cubrir con recursos distritales el valor de las cuotas moderadoras, cuotas de recuperación o copagos, por los servicios incluidos o no en el plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado, en las atenciones recibidas en la red pública hospitalaria adscrita a la Secretaría Distrital de Salud (SDS) (2). Con base en el cálculo de la población beneficiaria, se esperaba que para 2010 la decisión cubriera a un número aproximado de 528 mil personas. Los recursos reservados para esta decisión sumaban 125 mil millones de pesos (aprox. US69,5 millones) para el período 2008-2012, a través del pago a los hospitales por parte del Fondo Financiero Distrital de Salud (FDS). La medida comenzó a operar oficialmente en octubre de 2008.

La propuesta de gratuidad en salud, comenzando por la población más pobre, fue adoptada por la administración distrital como una respuesta a las falencias estructurales del sistema de salud construido a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993. Entre los supuestos que tuvo la reforma en salud, se incluía que la apertura económica generaría mayor crecimiento económico, ampliaría el mercado laboral y, por ende, la afiliación al Régimen Contributivo (RC). Sin embargo, a partir del 2004 el Régimen Subsidiado (RS) comenzó a superar en número de afiliados al RC. Para 2010, la familias con al menos un trabajador con pago de

la seguridad social derivada de su actividad laboral, es decir afiliados al RC, representaban tan sólo el 47.5% del total de la afiliación. Adicionalmente, los planes de beneficios de los dos regímenes seguían siendo desiguales, a pesar del compromiso de su igualación a partir de 2001. En estas condiciones, las poblaciones más pobres, afiliadas al RS y no afiliadas, seguían siendo afectadas por una barrera económica relacionada con el pago de cuotas de recuperación o cuotas moderadoras para acceder a los servicios ambulatorios, o copagos en el caso de hospitalización.

Desde una perspectiva realista de evaluación de políticas públicas, según la cual se acepta la incertidumbre y la falta de correspondencia entre lo planeado, lo ejecutado y los resultados (3), el objetivo general del estudio fue evaluar si la disminución de la barrera económica se tradujo en un incremento efectivo del acceso a los servicios para estos grupos poblacionales. Para ello, se decidió revisar las estadísticas de la red pública distrital de servicios de salud en dos momentos: uno previo al plan de desarrollo y otro tras su implementación, para determinar si se incrementó en términos proporcionales la demanda y el acceso de servicios de estos grupos poblacionales. Como un segundo procedimiento de evaluación, se incluyó una revisión de los resultados de las encuestas poblacionales previas al plan de desarrollo y tras su implementación, para lo cual se utilizaron la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2007 (ENCV-2007) y la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2011 (EMB-2011). Los resultados se muestran dispares, pero en conjunto señalan una moderada mejoría en el acceso, en especial para la población mayor de 65 años.

Materiales y métodos

El análisis a partir de los registros estadísticos de la SDS se hizo siguiendo los siguientes pasos:

1. Identificación de la población objeto de la política de gratuidad para los años 2008 y 2010 a partir de la información demográfica y la base de datos del Sisben. Se tomó la población mayor de 65 años y menor de 5 años, clasificada como Sisben 1 y 2.
2. Identificación de las bases de datos disponibles sobre servicios prestados en consulta externa general y especializada, urgencias, servicios de apoyo diagnóstico y hospitalización por la red pública del distrito para los años 2007 y 2010, según el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS).
3. Verificación de la calidad de los datos y específicamente de la información sobre edad, sexo, nivel Sisben y diagnóstico de los registros de prestación de servicios.
4. Construcción de la base de datos para el análisis, con todos los servicios prestados a la población mayor de 65 años y menor de 5 años afiliada al RS y no afiliada.
5. Identificación del volumen de servicios de consulta externa general y especializada, urgencias, servicios diagnósticos y hospitalización demandados y utilizados por las poblaciones objeto de la política en septiembre de 2007 y septiembre de 2010, según la variable de afiliación a la seguridad social en salud.
6. Análisis de utilización de servicios de estos grupos poblacionales en relación con el total de servicios utilizados por toda la población estudiada en los dos cortes temporales, y determinación de los cambios en la participación de estos grupos sobre el total de servicios, atribuible a la política de gratuidad, discriminando según variable de afiliación a la seguridad social en salud.

Dadas las limitaciones para el análisis de cobertura en consulta externa, urgencias, y hospitalización, por la dificultad real de determinar el denominador poblacional, el estudio se concentró en observar si aumentó la participación de los grupos poblacionales de 1 a 5 años y de mayores de 60 en el total de servicios prestados y pagados por el Distrito.

El análisis a partir de la ENCV-2007 y la EMB-2011 adoptó los siguientes pasos:

1. Análisis de las preguntas relacionadas con utilización de servicios de salud para los grupos poblacionales en estudio:
 - a. ¿Qué hizo para tratar el problema de salud de los últimos 30 días?
 - b. ¿Cuáles de los servicios de salud utilizó ... durante los últimos 30 días?
 - c. ¿Para controlar la enfermedad crónica recibe asistencia o va a la institución de salud?
2. Para la segunda pregunta se analizaron los resultados de las variables “consulta médica” y “servicios de apoyo diagnóstico”.

Las respuestas de la tercera pregunta sobre atención de enfermedades crónicas no resultaron comparables entre ambas encuestas, pues en la ENCV-2007 las respuestas se refieren a frecuencia de atención y en la EMB-2011 es una respuesta categórica, sobre si fue o no atendido.

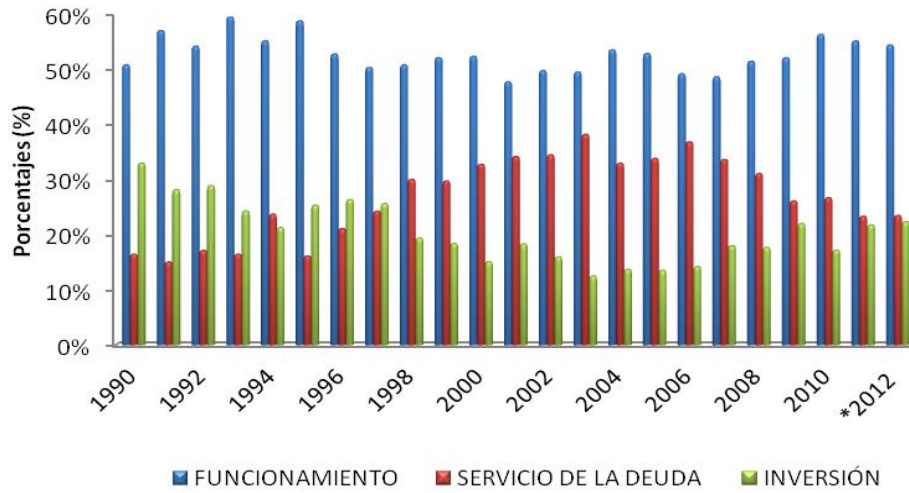
Resultados

Análisis de la información de servicios disponible en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)

En primer lugar, se encontró una notoria disminución en el volumen de servicios prestados por los hospitales de la red adscrita en el período en estudio (septiembre de 2007 y septiembre de 2010) con cargo al Fondo Distrital de Salud. Una explicación preliminar de esta reducción puede ser el aumento en la afiliación a los dos regímenes en este período, en especial al RC, y es sabido que las EPS contributivas no contratan con la red pública, mientras las EPS del RS apenas cumplen con el 60% de contratación establecido en la normatividad vigente, pero la información sobre estos servicios la reportan los hospitales a dichas entidades y no a la Secretaría Distrital. La reducción, por tanto, del número de personas atendidas con cargo al FDS alcanza un 31% entre septiembre de 2009 y septiembre de 2010, lo que puede explicarse por la transición de las cuentas y reportes de los menores de 18 años a las EPS, dada la ampliación del plan de beneficios cubierto por el aseguramiento para esta población en 2010, en respuesta a la orden de igualación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado proferida por la Corte Constitucional, mediante la Sentencia T-760 de 2008.

El análisis muestra una reducción importante personas atendidas (31%), entre septiembre de 2007 y septiembre de 2010: el grupo de 1 a 5 años muestra una reducción del 62% en número de personas atendidas, contra tan sólo un 1.1% de reducción en los mayores de 65 años (gráfica 1).

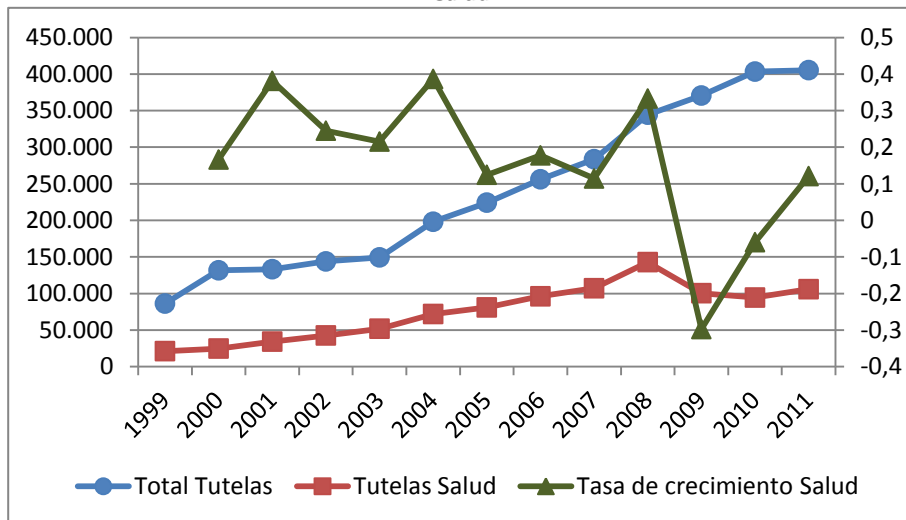
Gráfico 1. Histórico de ejecución presupuestal 1990 – 2012



Fuente: Cálculos propios con base en datos Dirección General de Presupuesto Público Nacional. Subdirección Presupuesto.

Igualmente, el número de atenciones totales se reduce 28% entre septiembre de 2009 y septiembre de 2010. Nuevamente son las atenciones para el grupo de 1 a 5 años de edad las que se reducen en mayor medida, un 60% aproximadamente, mientras que las correspondientes al grupo de mayores de 65 años, por el contrario, se incrementan en un 5,2% (gráfica 2).

Gráfico 2. Número total de tutelas interpuestas y tasa de crecimiento de las tutelas en salud

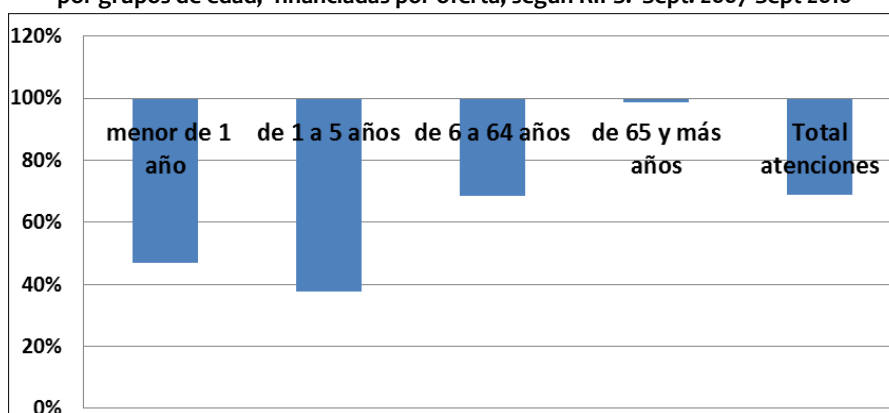


Fuente: Defensoría del Pueblo. Datos tomados de la Corte Constitucional.

Es posible, por tanto, analizar si la política de gratuidad se tradujo efectivamente en mayor prestación de servicios para los mayores de 65 años, que permanecen bajo responsabilidad del Distrito para los servicios no POS en septiembre de 2010, atendidos con cargo al FDS, mientras que no es posible determinar resultado positivo alguno para los niños de 1 a 5 años, que perdieron participación en el total los servicios con cargo a esta fuente de financiación, mientras no se tenga acceso a la base de datos complementaria de las EPS.

En números, la reducción en la base de datos de pacientes atendidos es muy importante entre septiembre de 2007 y septiembre de 2010 para los menores de 1 a 5 años (cerca de 27.000 niños) y no alcanza un número significativo para los mayores de 65, apenas unas 850 personas. De hecho esta disminución de las personas mayores de 65 años atendidas en septiembre de 2010 parece ser un primer argumento negativo para sostener la presunción de que la política de gratuidad facilitó el acceso real a los servicios (gráfica 3).

Gráfico 3. Incremento/decremento de personas atendidas en la red hospitalaria del Distrito, por grupos de edad, financiadas por oferta, según RIPS. Sept. 2007-Sept 2010

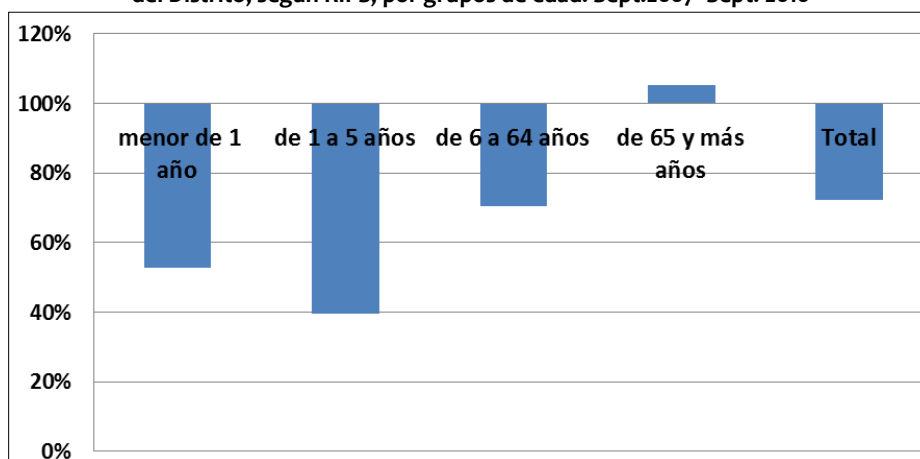


Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

En términos de atenciones (expresadas en procedimientos realizados de todo tipo en el mes, consultas, exámenes, tratamientos, etc.), la reducción para la población de 1 a 5 años en las bases de datos es de aproximadamente 32.000 procedimientos entre septiembre de 2007 y

septiembre de 2010, mientras que para el grupo mayor de 65 años aumentan en 5.500 aproximadamente. Esta cifra sería el primer argumento a favor de la presunción de que la política de gratuidad tuvo impacto y permitió mayor accesibilidad a servicios de los mayores de 65 años (gráfica 4).

Gráfico 4. Incremento/Decremento atenciones financiadas por oferta en la red hospitalaria del Distrito, según RIPS, por grupos de edad. Sept.2007- Sept. 2010

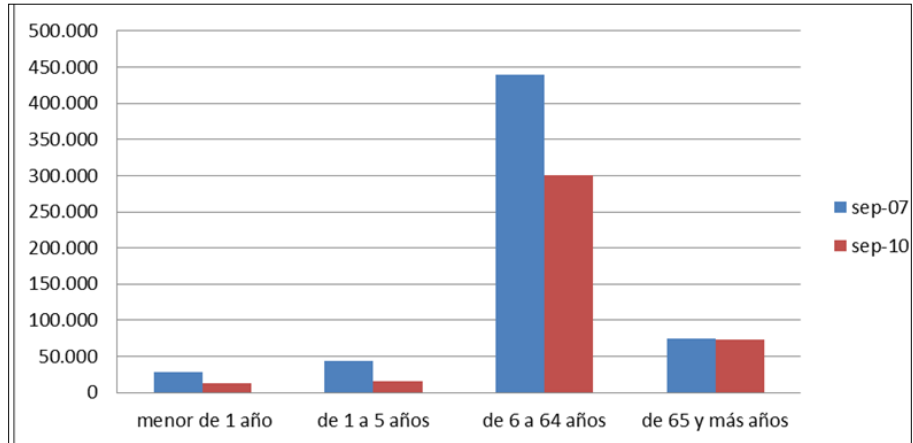


Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

Por otra parte, la concentración¹ aumentó para toda la población atendida de 1,25 a 1,31 procedimientos entre septiembre de 2007 y septiembre de 2010, lo que quiere decir que a los pacientes atendidos, en conjunto, se les realizaron más procedimientos en este último mes. Para los niños de 1 a 5 años la concentración aumentó de 1,21 a 1,27, algo menor que la del promedio de la población en ambos periodos (un 3% inferior en ambos casos), mientras que para los mayores de 65 aumentó de 1,39 a 1,47, es decir paso de 11% por encima del promedio en 2007 a 13% en 2010. Nuevamente, aunque ambos grupos de pacientes atendidos mejoraron en número de procedimientos realizados, es mayor el incremento en los mayores de 65 años (gráfica 5).

¹ La relación entre el número de personas atendidas y el número de atenciones o procedimientos registrados en un año se definen como concentración. Aquí se utiliza como número atenciones promedio por persona en un mes, que incluye todo tipo de procedimientos realizados.

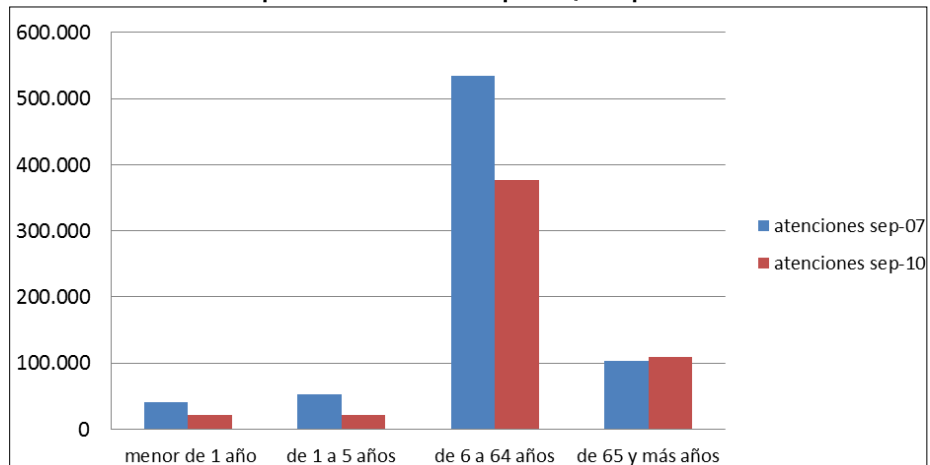
Gráfico 5. Total personas atendidas, registradas por grupos de edad, financiadas por oferta en la red hospitalaria del Distrito. Sept. 2007. – Sept. 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

La participación del grupo de 1 a 5 años de edad en los servicios de consulta externa disminuye entre septiembre de 2007 y septiembre de 2010, de forma moderada en los servicios de medicina general y abruptamente en los servicios de medicina especializada, lo que es explicable en función de la cobertura de estos servicios por parte de las EPS a partir de Octubre de 2009 (gráfica 6).

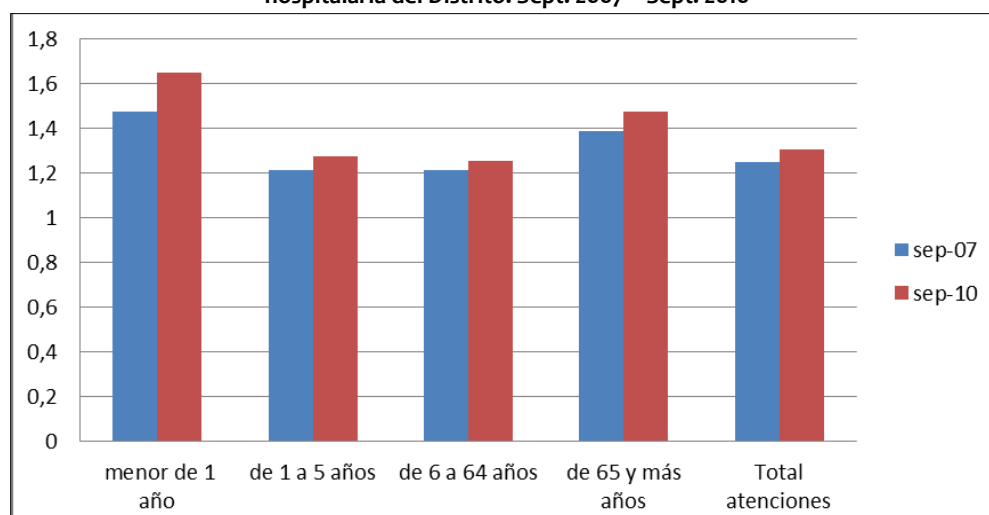
Gráfico 6. Total atenciones registradas, por grupo de edad, financiadas por oferta en la red hospitalaria del Distrito. Sept. 2007 – Sept. 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

Por el contrario, aumenta la participación porcentual en consulta externa de los mayores de 65 años, moderadamente en consulta general y en forma más importante en consulta especializada (gráfica 7).

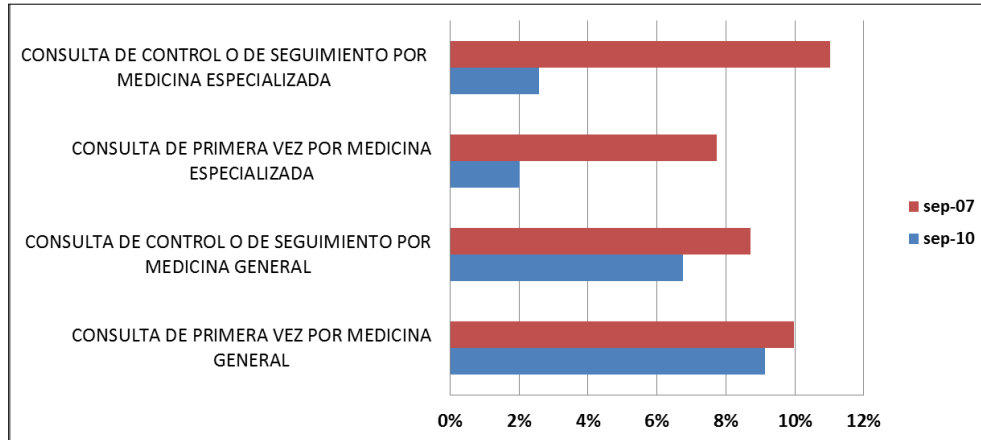
Gráfico 7. Concentración de atenciones en el mes, por paciente, según grupos de edad, en la red hospitalaria del Distrito. Sept. 2007 – Sept. 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

En cifras totales, sin embargo, se observa una disminución del número de consultas especializadas realizadas a los mayores de 65 años en 10,6% entre septiembre de 2007 y septiembre de 2010 (de 10.687 a 9.548), mientras que los controles por médico especialista aumentan en 124% (de 883 a 1974). En este punto se confirma que aunque aparecen menos personas mayores de 65 años atendidas y por tanto menos consultas especializadas de primera vez para este grupo de edad, las personas atendidas tuvieron mayor acceso a controles. Las cifras totales de consultas especializadas permanecen sensiblemente iguales en los dos periodos analizados, alrededor de 11.500 consultas (gráfica 8).

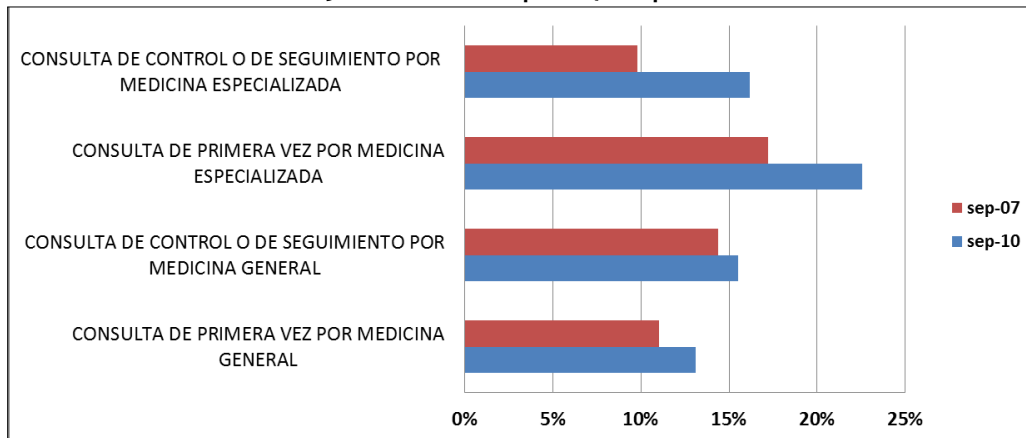
Gráfico 8. Porcentaje de servicios de consulta externa, financiados por oferta, prestados a niños de 1 a 5 años de edad . Sept. 2007 – Sept. 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

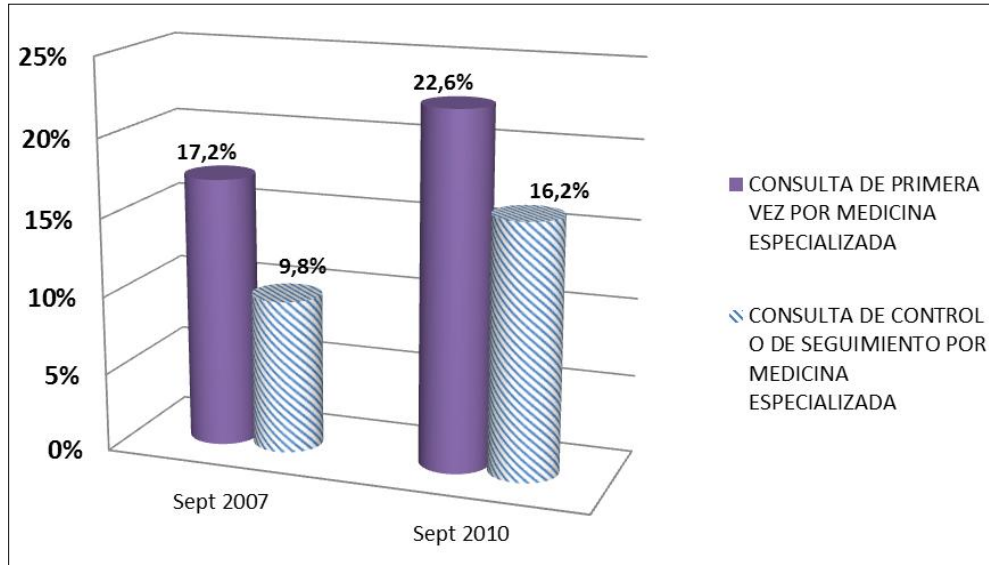
Algunos servicios de laboratorio básico muestran también una menor participación para el grupo de 1 a 5 años, lo que se atribuye igualmente a la migración de estas facturas y registros a las EPS (gráfica 9). La población mayor de 65 años igualmente aumenta su participación en este grupo de servicios registrados en la base de datos de la Secretaría Distrital (gráfica 10).

Gráfico 9. Porcentaje de servicios de consulta externa, financiados por oferta, prestada a mayores de 65 años de edad . Sept. 2007 – Sept. 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

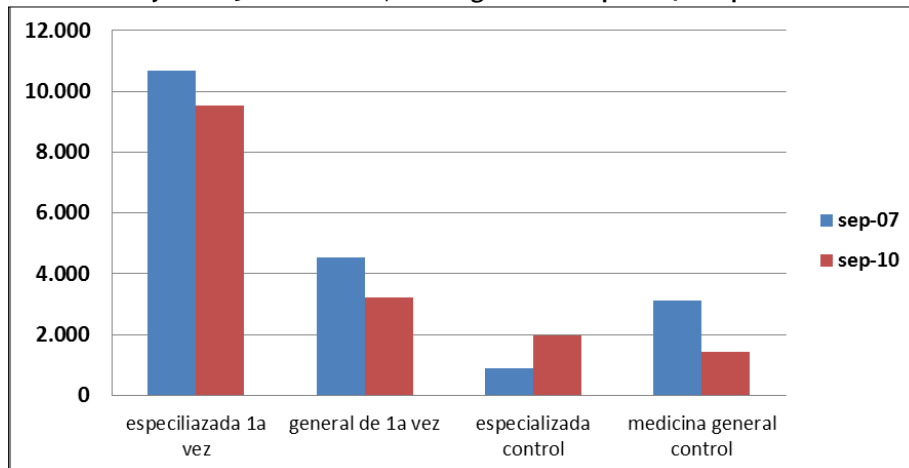
Gráfico 10. Consulta medicina especializada. Incremento de participación en mayores de 65 años de edad.



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

Sin embargo, en cifras totales se reducen en un 50% los exámenes de glucemia, en un 31% los hemogramas y en un 11% los exámenes de colesterol, mientras únicamente los triglicéridos aumentan, aunque muy moderadamente, un 1,5%. Este comportamiento del laboratorio básico resulta un fuerte argumento negativo para sostener la presunción de que la política de gratuidad facilitó el acceso real a los servicios (gráfica 11).

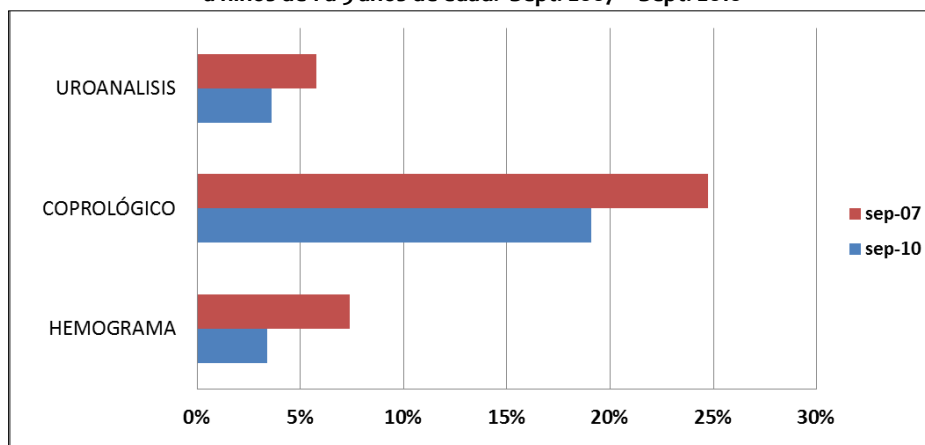
Gráfico 11. Número de consultas generales y especializadas registradas para la población mayor de 65 años de edad, con cargo al FDS. Sept. 2007 – Sept. 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

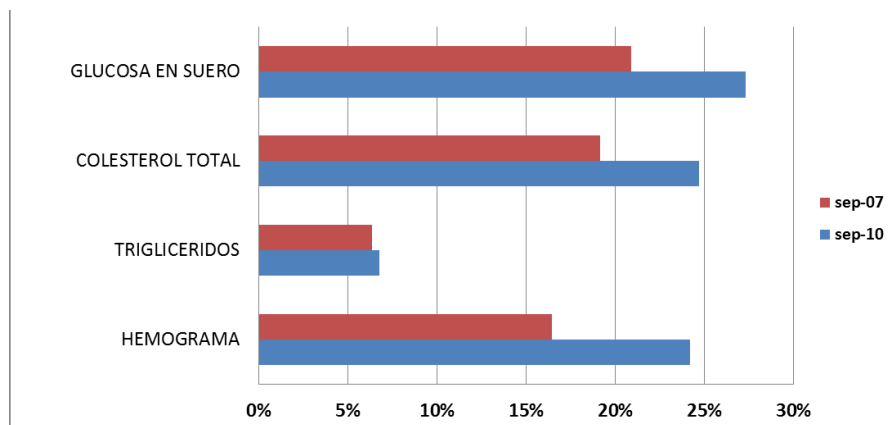
En el caso de los exámenes de radiología básica, al igual que en la consulta, se observa una menor participación para el grupo de 1 a 5 años de edad, lo que se atribuye igualmente a la migración de estas facturas y registros a las EPS (gráfica 12). La población mayor de 65 años igualmente aumenta su participación en este grupo de servicios registrados en la base de datos de la SDS (gráfica 13).

Gráfico 12. Porcentaje de servicios de laboratorio básico, financiados por las ofertas prestadas a niños de 1 a 5 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

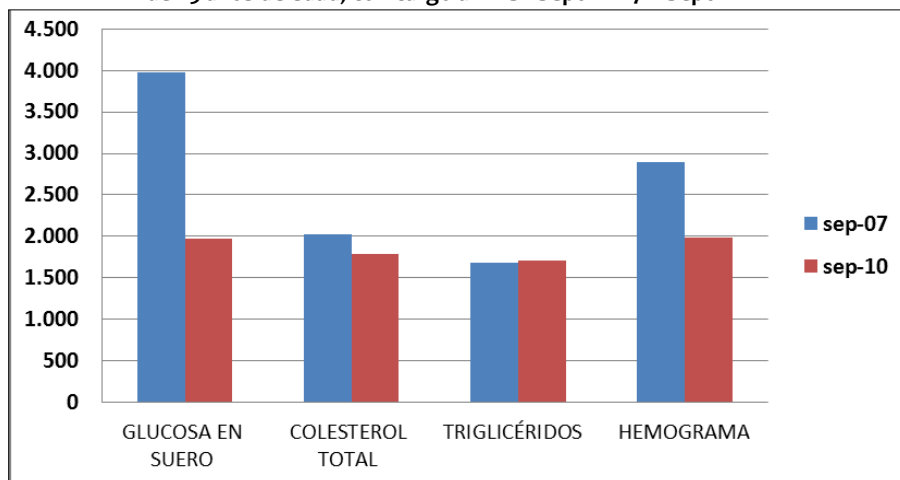
Gráfico 13. Porcentaje de servicios de laboratorio básico, financiados por oferta prestados a mayores de 65 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

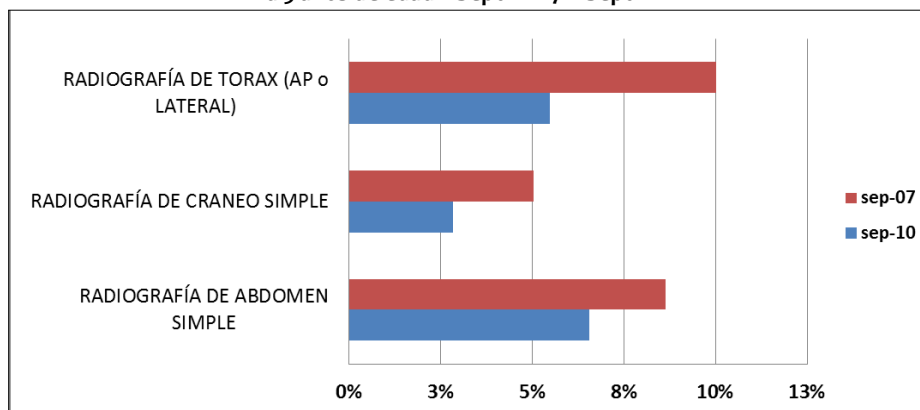
Pero también se observa que el número de radiografías básicas practicadas a los pacientes mayores de 65 años prácticamente no tiene cambio. Este comportamiento puede ser también un argumento negativo para sostener la política de gratuidad (gráfica 14). Si se pasa al campo de exámenes más especializados, definitivamente no cubiertos por el POS para los mayores de 65 años, pero sí para los menores de 1 a 5 años, se encuentra claramente la diferencia, pues la reducción de la participación de los menores es muy sensible, mientras que para los mayores de 65 años se observa un incremento moderado en la participación (gráficas 15 y 16).

Gráfico 14. Número de exámenes de laboratorio básico, registrados para la población mayor de 65 años de edad, con cargo al FDS. Sept. 2007 – Sept. 2010.



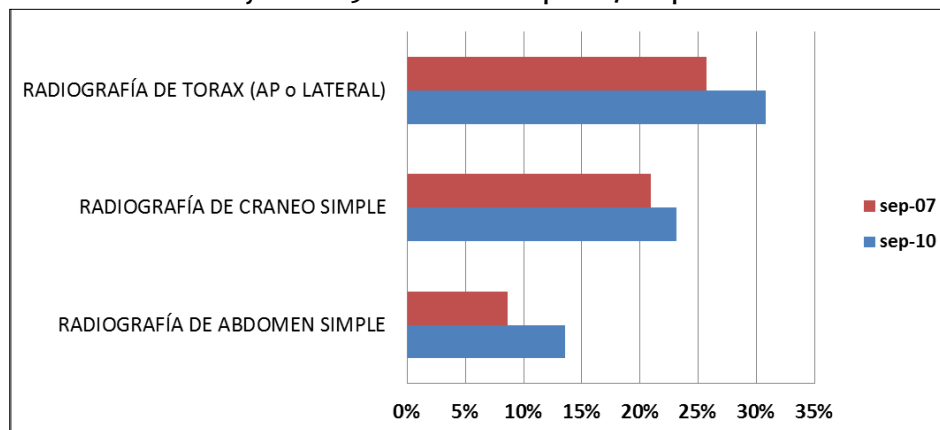
Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

Gráfico 15. Porcentaje de servicios básicos de Rx financiados por oferta, prestados a niños de 1 a 5 años de edad . Sept. 2007 – Sept. 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

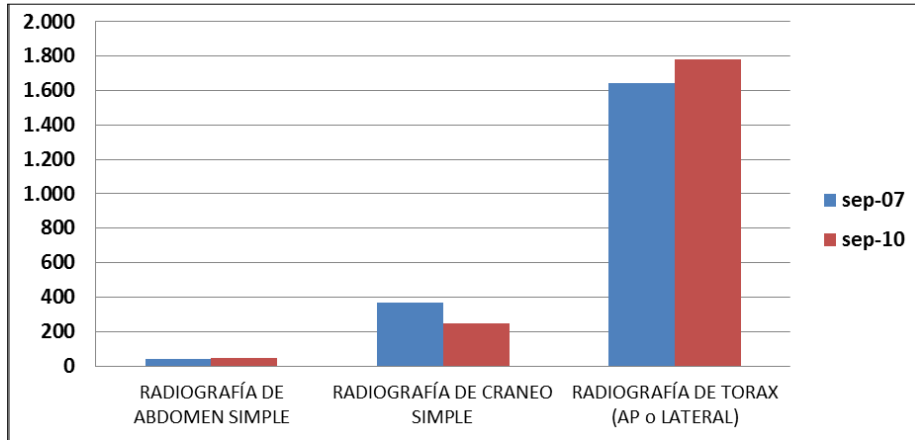
Gráfico 16. Porcentaje de servicios básicos de Rx financiados por oferta, prestados a mayores de 65 años de edad. Sept. 2007 – Sept. 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

En cifras, sin embargo, se observa un incremento muy moderado de este tipo de exámenes de media y alta complejidad para la población mayor de 65 años, con aumento en algunos exámenes y disminución en otros. El resultado tampoco apuntala la presunción de mayor acceso a servicios de mediana y alta complejidad para estos servicios no POS en el grupo mayor de 65 años (gráfica 17).

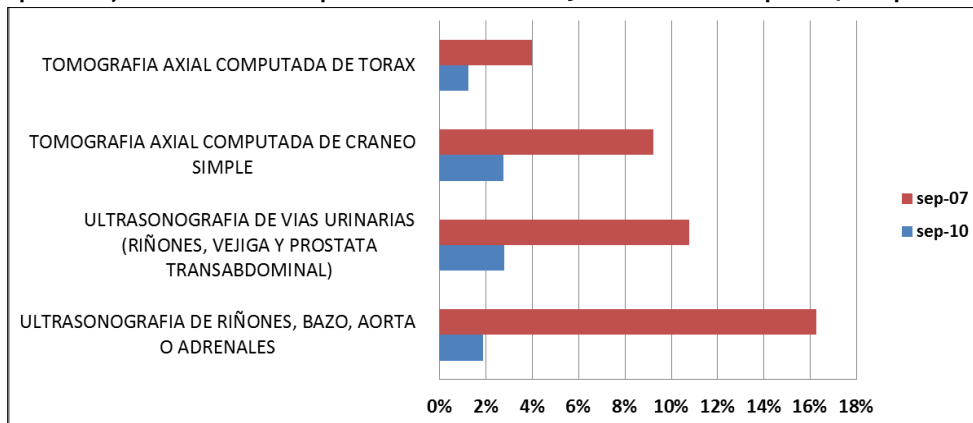
Gráfico 17. Número de exámenes radiológicos básicos, registrados para la población mayor de 65 años de edad, con cargo al FDS. Sept. 2007 – Sept.2010



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

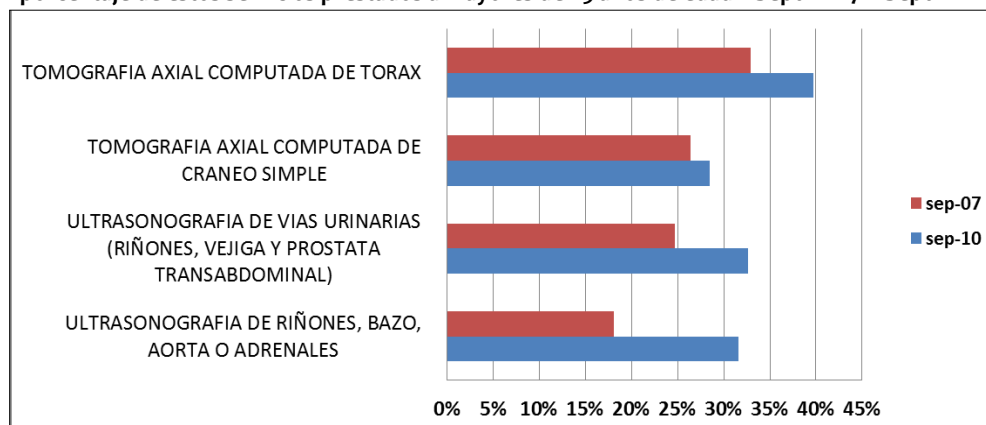
En servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad igualmente aumenta la participación en el total de servicios de los mayores de 65 años, seguramente por las causas señaladas anteriormente (gráfica 18). Sin embargo, en los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad, a diferencia de todos los anteriores, se presenta un incremento importante (78%) de la cifra de pacientes atendidos, aunque no acompañado de un incremento similar en el número de interconsultas realizadas (gráfica 19).

Gráfico 18. Imágenes Dx de mediana y alta complejidad, financiados por oferta en el Distrito y , porcentaje de estos servicios prestados a niños de 1 a 5 años de edad . Sept. 2007 – Sept. 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

Gráfico 19. Imágenes Dx de mediana y alta complejidad, financiados por oferta en el Distrito, y porcentaje de estos servicios prestados a mayores de 65 años de edad . Sept. 2007 – Sept. 2010



Fuente: Cálculos propios a partir de información de RIPS servicios financiados por oferta SDS

En suma, el análisis de las cifras de atenciones registradas en la base de datos de RIPS de los servicios prestados por los hospitales a la población a cargo del FDS (servicios no POSS y no afiliados) muestra una participación menor del grupo de 1 a 5 años en los servicios registrados en septiembre de 2010, en comparación con septiembre de 2007. Esto se explica porque estos servicios dejaron de estar a cargo de la Secretaría en función de la unificación del POS para menores de 12 años por Acuerdo 005 de 2009 (4). Por el contrario, en el mismo intervalo se produjo un incremento de la participación del grupo mayor de 65 años, cuya cobertura del POS sigue limitada en 2010 para servicios de mediana y alta complejidad y por tanto dependen de la red pública del Distrito para su atención, con cargo al FDS. Sin embargo, dicha mayor participación, en el marco de una disminución global de los servicios registrados (en función del aseguramiento y quizás también del subregistro), no se traduce en un aumento importante de las atenciones para este grupo poblacional, por lo que no es posible concluir que la política de gratuidad, mediante la eliminación de las cuotas de recuperación, se haya traducido en un mayor acceso a los servicios.

Tan sólo dos resultados son positivos, un ligero incremento del número de procedimientos por paciente ambulatorio, sin que aumente el número de personas mayores de 65 años de edad que acuden al servicio y el doble de hospitalizaciones registradas. Sin embargo el mayor número de hospitalizaciones puede significar, por el contrario, que persisten graves barreras para el acceso a los servicios ambulatorios en este grupo no asegurado. Quizá este mínimo o nulo impacto de la política de gratuidad, observado en el presente análisis, pueda explicarse con el análisis de la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano, de la Secretaría Distrital de Salud, que señala como las barreras económicas explican tan sólo el 4% de las barreras de acceso a los servicios de salud (Tabla 1).

Tabla 1. Consolidado de los tipos de barreras de acceso identificados a través del proceso de orientación e información a la ciudadanía de SDS y Red CADE. SUPERCADE 2008

TIPO DE BARRERA DE ACCESO	TOTAL	%
ADMINISTRATIVA	12.042	85,56
GEOGRÁFICA	1.277	9,07
ECONÓMICA	567	4,03
CULTURAL	188	1,34
TOTAL	14.074	100,00

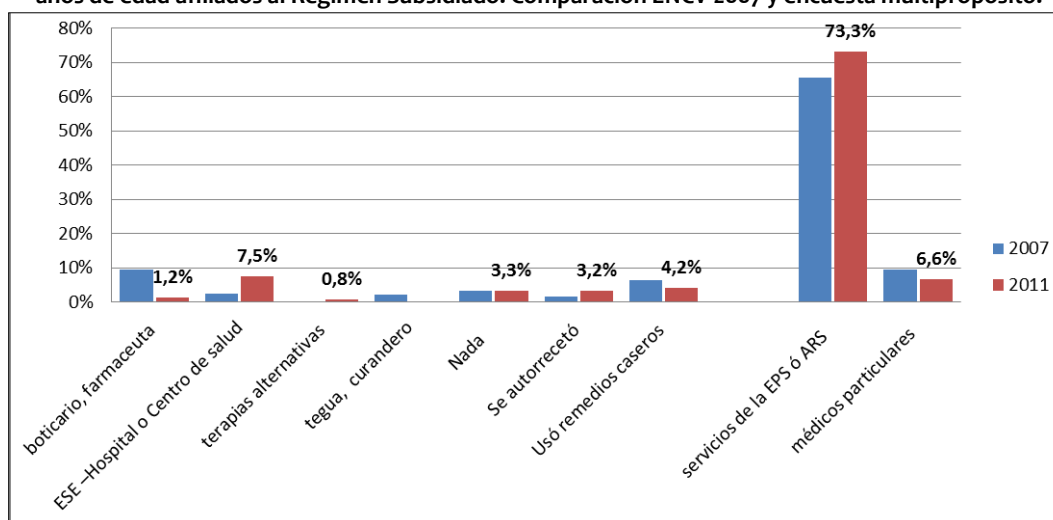
Fuente: Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano. Secretaría Distrital de Salud

Análisis comparado de las encuestas poblacionales de 2007 y 2011

Al comparar las respuestas a las preguntas sobre utilización de servicios en la ENCV-2007 y en la EMB-2011, se encuentra que aumenta el porcentaje de la población mayor de 65 años, afiliada al Régimen Subsidiado, que acudió a servicios médicos en las respectivas EPS, al igual que aumentó el porcentaje atendido en las Empresas Sociales del Estado (hospital o centro de salud del Distrito). En conjunto, utilizaban el servicio de las EPS para tratar el problema de salud un 65,5 de los afiliados mayores de 65 años en el 2007, porcentaje que aumentó al 73,3% en 2011. Al mismo tiempo utilizaban el servicio de las ESE para tratar el problema de salud un 2,5 de los afiliados mayores de 65 años en el 2007

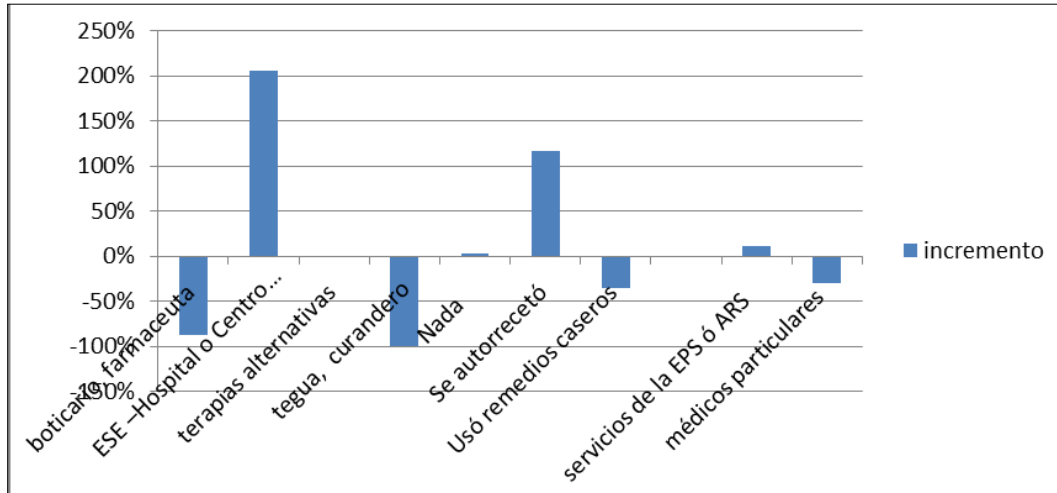
y este porcentaje aumentó al 7,5%. En conjunto recibieron atención para tratar su problema de salud de los últimos 30 días, por parte de las EPS u hospitales del Distrito, el 68% de los mayores de 65 años en 2007 y el 80,8% en 2010 (gráfica 21). En consecuencia, el resultado de las encuestas estaría mostrando un mayor nivel de utilización y acceso, atribuible probablemente a la eliminación de las barreras económicas. Es importante, que en términos de incremento de cada tipo de servicios, el reportado en las ESE del Distrito es el de mayor crecimiento, mientras disminuye el porcentaje de personas que buscó atención de boticarios y teguas, así como de médicos particulares. Preocupa, sin embargo, el incremento de la respuesta “se autorecetó”, que alcanzó un 3,3% de los afiliados al régimen subsidiado mayores de 65 años (gráfica 22).

Gráfico 21. Servicios utilizados para tratar problemas de salud en los últimos 30 días, por mayores de 65 años de edad afiliados al Régimen Subsidiado. Comparación ENCV 2007 y encuesta multipropósito.



Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

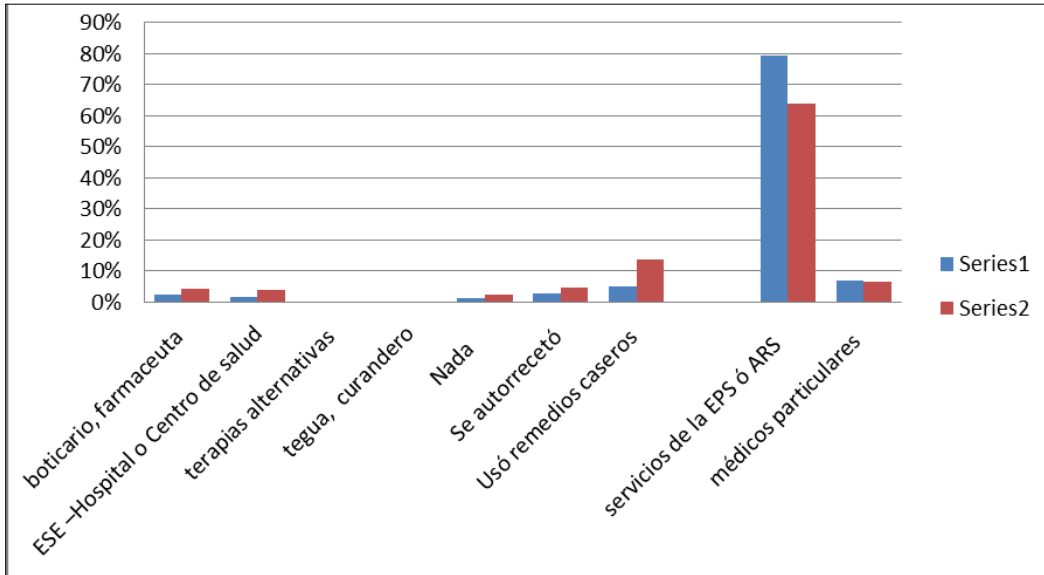
Gráfico 22. Incremento de atenciones, por servicio utilizado para tratar problemas de salud en los últimos 30 días, en mayores de 65 años de edad, afiliados al Régimen Subsidiado



Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

Para el caso de los niños menores de 5 años, el porcentaje que utilizó el servicio de las EPS subsidiadas para la atención del problema de salud de los últimos 30 días disminuyó del 79,6 al 63,8% en este periodo, mientras que el que utilizó las ESE del Distrito aumentó del 1,7 al 4%. En conjunto, las dos respuestas suman un 81,3% en 2007 contra un 67,8% en 2011, una caída significativa (gráfica 23). Este resultado coincide con el de la población vinculada, para el mismo grupo de edad, lo que hace suponer problemas de acceso distintos a la barrera económica, como los encontrados en el análisis de oferta de servicios y accesibilidad geográfica en la investigación simultánea del Observatorio. Los servicios pediátricos son casi inexistentes para las grandes localidades del sur y occidente de Bogotá, donde habitan precisamente la mayoría de los niños de la ciudad. Preocupa mucho más, en el caso de los menores de 5 años, afiliados al Régimen Subsidiado, el crecimiento de todas las formas de atención consideradas inadecuadas (se auto-recetó, boticario, remedios caseros, nada).

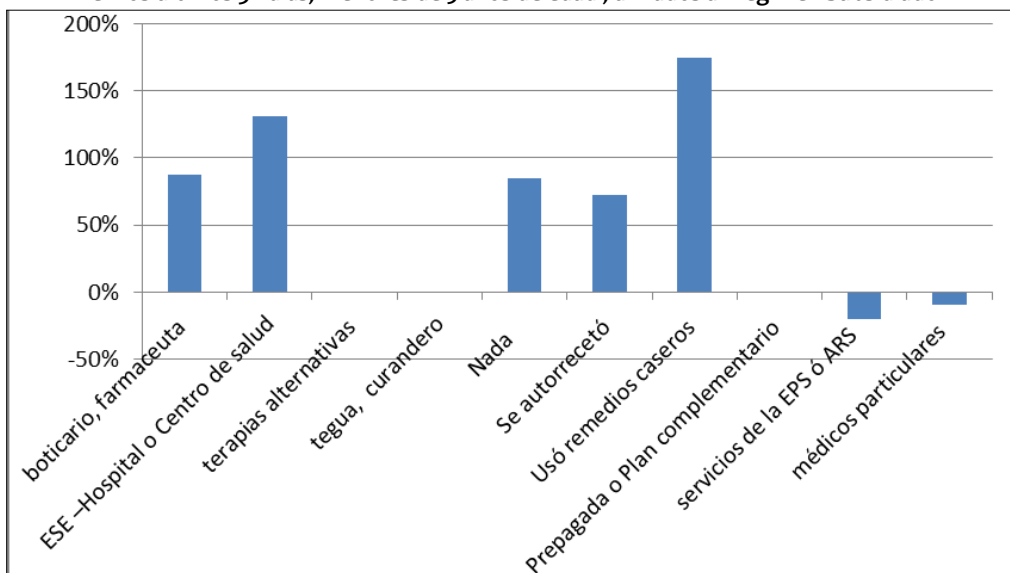
Gráfico 23. Servicios utilizados para tratar problemas de salud en los últimos 30 días por menores de 5 años de edad, afiliados al Régimen Subsidiado. Comparación ENCV 2007 y encuesta multipropósito 2011



Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

Por los hallazgos anteriores, el resultado de las encuestas no muestra un mayor nivel de utilización y acceso, atribuible a la eliminación de las barreras económicas en los menores de 5 años afiliados al régimen subsidiado. Es importante que, en términos del incremento de cada tipo de servicios, los reportados en las ESE del Distrito alcanzan 131%, mientras aumenta notoriamente el porcentaje que usó remedios caseros, se autorecetó, no hizo nada o buscó atención de boticarios y teguas, así como de médicos particulares (gráfica 24).

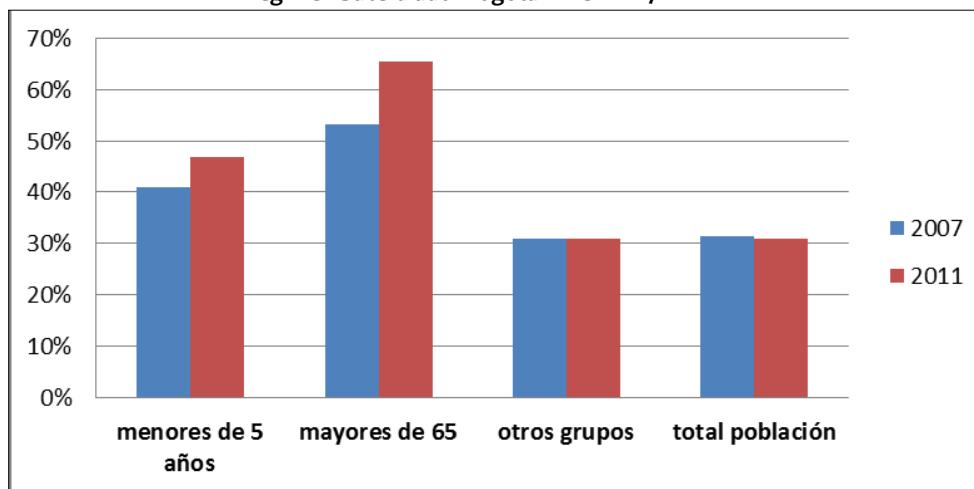
Gráfico 24. Incremento de atenciones, por tipo de servicio utilizado para tratar problemas de salud en los últimos 30 días, menores de 5 años de edad , afiliados al Régimen Subsidiado



Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

Respecto de la pregunta sobre utilización de servicios en los últimos 30 días (por cualquier problema de salud nuevo o viejo, u otra razón) en las dos encuestas para el Distrito, el resultado es un incremento general de servicios para los afiliados al RS de los dos grupos estudiados, entre 2007 y 2011. Los menores de 5 años atendidos en los últimos 30 días aumentan del 41 al 46,8%, mientras que el porcentaje de mayores de 65 años, atendido en los últimos 30 días, aumenta del 53,1 en 2007 al 65,4 en 2011, un incremento muy significativo, que definitivamente puede ser explicado por la eliminación de la barrera económica o supresión de las cuotas y copagos, dado que estos afectan en mayor medida a los pacientes enfermos, pobres por definición, dada su afiliación al RS, que requieren atención continuada. La diferencia del incremento en estos dos grupos es notoria con respecto a los otros grupos de edad y al promedio general para la población del RS (gráfica 25).

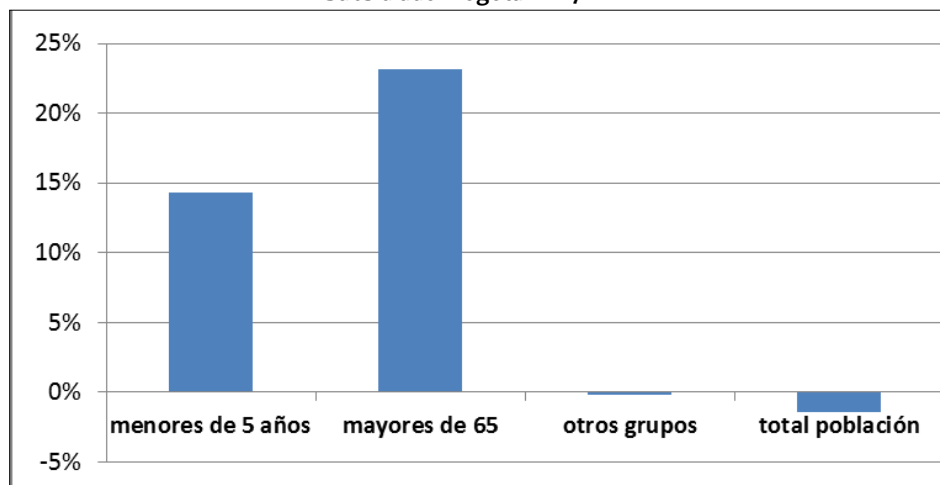
**Gráfico 25. Población con servicios de medicina general o especializada en los últimos 30 días
Régimen Subsidiado. Bogotá. ENCV 2007 . EM 2011**



Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

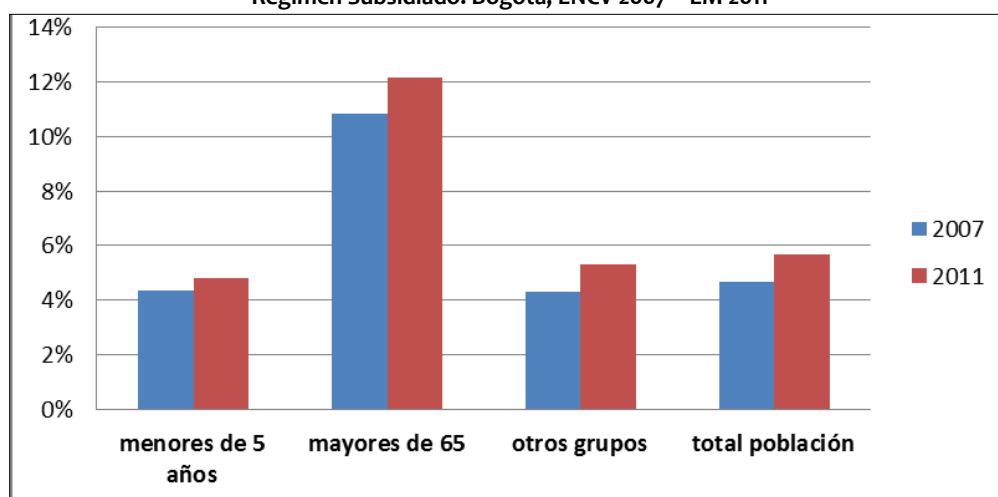
El incremento de población atendida alcanza el 14,3% para los menores de 5 años afiliados al RS y un notorio 23.1% para los mayores de 65 años, entre 2007 y 2011, cuando aún no habían sido incluidos todos sus servicios en el POSS (gráfica 26). Respecto de los servicios de apoyo diagnóstico, los resultados no son tan halagadores, pues tan sólo ascienden de 4.3% a 4,8% en los niños y de 10.8 a 12.1% para los mayores de 65 años afiliados al RS. Para los otros grupos de edad el incremento es similar o incluso algo mayor, lo que descarta cualquier efecto de la política de gratuidad y de la eliminación de barreras económicas en estos servicios (gráfica 27).

Gráfico 26. Incremento servicios de medicina general o especializada para afiliados al Régimen Subsidiado. Bogotá. 2007- 2011



Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

Gráfico 27. Población con servicios de laboratorio, Rx u otros exámenes en los últimos 30 días. Régimen Subsidiado. Bogotá, ENCV 2007 – EM 2011



Fuente: Cálculos propios a partir de ENCV 2007 y Encuesta multipropósito 2011 para Bogotá

Discusión

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) adoptado por la Ley 100 de 1993 clasificó a los ciudadanos en dos tipos: quienes tienen capacidad de pago y quienes demuestran no tener poder adquisitivo. Esta lógica sostiene los dos regímenes principales de afiliación, esto es, Contributivo y Subsidiado, amén de los regímenes especiales y de la

población no afiliada o mal llamada “vinculada”. Este último grupo no cuenta con los recursos suficientes para mantener su cotización, pero tampoco es clasificado como pobre, para recibir el subsidio. Esta forma de organización del Sistema sigue atando el derecho a la atención a la propiedad de las personas y no a la condición de ciudadano. Con base en la convicción de la protección financiera del seguro, el Sistema deja de lado una serie de barreras económicas que aún requieren mejor identificación. Una de ellas es la de las cuotas moderadoras y los copagos que, para este sector de la población, constituye un franco obstáculo, que se expresa finalmente en menor acceso, peor oportunidad y peor calidad de atención para la población más pobre.

Optar por una política de gratuidad parte de reconocer que el régimen de acumulación desarrollado en el conjunto de la economía colombiana es generador de pobreza y de exclusión social, en la medida en que este régimen, caracterizado como de “financiarización”²(4), informaliza y hace más precario el trabajo. Un porcentaje substancial de la población se encuentra en condiciones de pobreza laboral. Pero el subsidio a la demanda de los pobres tiene sus límites. De allí que se haya adoptado, como un imperativo moral, contribuir con recursos distritales a la disminución de las barreras que el sistema sostiene a pesar de alcanzar altos porcentajes de cobertura del aseguramiento.

A pesar de lo anterior, los resultados de la política de gratuidad son ambivalentes. Y lo son por varias razones. La primera es la calidad de la información disponible en la SDS sobre las atenciones individuales. Es importante cuestionar el hecho de que la SDS y, en general, todas las direcciones territoriales de salud del país (departamentales, distritales y municipales) no tienen acceso a la información necesaria para cumplir sus

² Esta categoría expresa que en el proceso económico la lógica financiera se sobrepone a la productiva.

responsabilidades. Poco tiempo después de la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993, el Ministerio de Salud puso fin al Sistema Nacional de Información en Salud, creado con el Sistema Nacional de Salud en 1975, mediante el cual se contaba con información de las actividades de salud del país en el sistema público. Este sistema no sólo registraba sistemáticamente la morbilidad, sino todas las acciones de prevención y atención en salud, además de ser la base para la planeación, formulación de políticas, programación y presupuestación. A pesar de la decisión adoptada posteriormente, mediante la Ley 715 de 2001 de devolver la dirección del sistema de información en salud a las autoridades territoriales, el Ministerio de la Protección Social se negó a implementar ese mandato. Con estas decisiones, el flujo de información de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) va a las EPS y, de éstas, a la Dirección del Sistema. Los entes territoriales quedan así desprovistos de una información fundamental para la planeación en salud, como es la morbilidad y la prestación de servicios individuales. El Ministerio hubiera podido ordenar a las IPS que, al mismo tiempo que entregaban la información sobre servicios prestados a cada EPS, entregaran el consolidado de su información a las direcciones territoriales de salud respectivas. Fue ésta, entonces, una decisión intencional que limitó la gobernabilidad territorial sobre el sistema de aseguramiento. El proceso de privatización en marcha exigía que a los entes privados sólo los vigilara una instancia nacional y esta exigencia se impuso sobre las necesidades de salud pública de los colombianos. De lo anterior se deriva la imposibilidad de contar con los registros de las atenciones individuales a la población objeto de la política, lo que limitó los alcances del estudio.

El segundo elemento explicativo tiene que ver con la forma como el sistema fragmenta las poblaciones según el tipo de aseguramiento, sin importar su proximidad a los servicios de

salud que necesitan. El estudio muestra cómo las personas mayores fueron más favorecidas por la política de gratuidad porque entraron con posterioridad a ser cubiertos en los servicios especializados por el RS y accedían más a la red pública hospitalaria, mientras los niños menores de cinco años, afiliados y cubiertos en mayor proporción por los dos regímenes y sus EPS no garantizan el acceso a las atenciones que necesitan, aunque las IPS estén igualmente próximas a sus domicilios. Esto hace parte de la ingobernabilidad territorial del sistema de aseguramiento colombiano.

Conclusiones

Según los resultados de la investigación, el análisis de las cifras de atenciones registradas en la base de datos de RIPS de los servicios prestados por los hospitales a la población a cargo de la SDS, muestra una participación menor del grupo de 1 a 5 años en los servicios registrados en septiembre de 2010, en comparación a septiembre de 2007, explicada en función de que estos servicios dejaron de estar a cargo de la Secretaría en función de la unificación del POS para menores de 12 años por Acuerdo 005 de 2009. En sentido contrario, se observa en el mismo intervalo un incremento de la participación del grupo mayor de 65 años, cuya cobertura del POS sigue limitada en 2010 para servicios de mediana y alta complejidad y por tanto dependen de la red pública del Distrito para su atención, con cargo al FDS. Sin embargo, dicha mayor participación no se traduce en un aumento importante de las atenciones para este grupo poblacional, por lo que no es posible concluir que la política de gratuidad, basada en la eliminación de las cuotas de recuperación, se haya traducido en un mayor acceso a los servicios. Al mismo tiempo, se reconoce que estos resultados no dependen de la política misma, sino de la precariedad de

la información disponible en el ente territorial sobre las atenciones individuales y de la fragmentación de la población generada por el sistema actual de aseguramiento en salud.

El análisis a través de las encuestas, por otra parte, muestra un incremento general de servicios para los afiliados al régimen subsidiado de los dos grupos estudiados, entre el 2007 y el 2011, más notorio para los mayores de 65 años. Esto puede ser explicado por la eliminación de la barrera económica o supresión de los copagos, dado que estos afectan en mayor medida a los adultos mayores, con enfermedades crónicas, pobres por definición, dada su afiliación al RS, que requieren atención continuada.

En suma, el análisis a través de los RIPS no es concluyente, por las limitaciones de información sobre la totalidad de servicios recibidos por los grupos estudiados. Sin embargo, el análisis a través de las encuestas sí muestra una mejoría en el acceso a la consulta médica general y especializada, pero no se encuentra un efecto similar en los servicios de apoyo. Dada la complejidad del actual sistema de aseguramiento, parece no ser suficiente este tipo de medidas parciales. Al contrario, deberá discutirse nuevamente la importancia del ente territorial en la dirección y orientación del sistema en función de las necesidades de la población.

Referencias bibliográficas

(1) Concejo de Bogotá. Acuerdo Número 308 (9 de junio de 2008), por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2008 – 2012. Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor.

<http://www.bogota.gov.co/secretariageneral/imadocumentos/Plan%20de%20desarrollo%20BOGOTA%20FINAL%20web.pdf> 15-07-12.

(2) Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Análisis de la Situación de Salud de Bogotá 2009. Serie Documentos Técnicos. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá; 2010.

(3) Feinstein O. Evaluación pragmática de políticas públicas. Evaluación de Políticas Públicas, ICE 2007; 836: 19-31.

(4) Colombia, Comisión de Regulación en Salud (CRES). Acuerdo 005 (diciembre 30 de 2009), por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado en cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008. http://www.cres.gov.co/Portals/0/acuerdos2009/ACUERDO_05_09.pdf 14-10-12.

(5) Giraldo C. ¿Protección o desprotección social? Bogotá, Desde abajo, Universidad Nacional de Colombia; 2007.