

# BOLETÍN DEL Observatorio

Para la equidad en calidad de vida y salud en Bogotá D.C.

15

NOVIEMBRE DE 2012



**BOGOTÁ**  
HUMANANA

**Guillermo Alfonso Jaramillo**  
SECRETARIO DISTRITAL DE SALUD  
Secretaría Distrital de Salud

**Martha Liliana Cruz Bermúdez**  
DIRECTORA DE PLANEACIÓN Y SISTEMAS  
Secretaría Distrital de Salud

**Alix Solangel García Ruiz**  
GRUPO DE INVESTIGACIONES  
Secretaría Distrital de Salud



**José Guillermo García Isaza**  
DECANO FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
Universidad Nacional de Colombia

**Jorge Armando Rodríguez Alarcón**  
DIRECTOR CID  
Universidad Nacional de Colombia

**Mario Hernández Álvarez**  
DIRECTOR OBSERVATORIO

**CID** Centro de  
Investigaciones  
para el Desarrollo

## Evaluación de la política de Gratuidad en hospitales públicos para poblaciones prioritarias definidas

*Félix León Martínez<sup>1</sup>  
Oscar Rodríguez<sup>2</sup>*

*Miembros del Grupo de Protección Social - CID/UNAL*

### Antecedentes

El Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas de Bogotá, D. C., para el periodo 2008 – 2012 “BOGOTÁ POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR” estableció la gratuidad en la atención en salud para la población menor de 5 años, mayor de 65 años y con discapacidad severa de los niveles 1 y 2 del Sisben.

El Acuerdo 308 del Concejo De Bogotá, D.C. (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<sup>1</sup>, específica en el Título II,

<sup>1</sup> Médico, Magíster en Salud Pública, investigador del Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia

<sup>2</sup> 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



en los Objetivos Estructurantes - Ciudad de Derechos, Artículo 33 estableció la meta de “Garantizar al 2012 el acceso a los servicios de salud de manera gratuita al 100% de la población de niños entre 1 a 5 años, mayores de 65 años y a la población en condición de discapacidad severa, afiliada al régimen subsidiado y con clasificación en nivel 1 y 2 de SISBEN de manera gradual incluyendo las actividades del NO POS-S”.

Según la Dirección de Aseguramiento, con esta meta “se buscó que la propuesta de gratuidad en salud apunte fundamentalmente a la universalización de la salud y el acceso oportuno a los servicios, pretendiendo eli-

minar progresivamente, antes del 2012, las barreras de acceso de tipo económico que tiene la población Objeto del proyecto, para la atención en salud; impactando en una mayor oportunidad al acceso de citas médicas en acciones de promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación, mantenimiento de la salud, medicamentos, exámenes de laboratorio y en general el acceso a los servicios a la población del Régimen Subsidiado definida en este proyecto sean de manera gratuita”.

La población definida en el programa gratuidad se estimó así:

Tabla 1

Régimen	Población	Proyección de la población			
		2008	2009	2010	2011
SISBEN 1	Menores 5 años	48,574	57,786	65,463	70,683
	Mayores 65 años	57,371	68,251	77,318	83,484
SISBEN 2	Menores 5 años	38,964	46,354	52,512	56,699
	Mayores 65 años	59,893	71,252	80,718	87,154
TOTAL		204,802	243,643	276,011	298,021

Fuente: Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas de Bogotá, D. C., 2008 – 2012

Para la sostenibilidad de esta propuesta de gratuidad en salud, la Administración Distrital – Secretaría Distrital de Salud de Bogotá invertirá alrededor de 125 mil millones durante los 4 años (2008 - 2012) de la fuente Aporte Ordinario del Distrito Capital en que se desarrollará el Plan de Desarrollo, además de lo contemplado por la Ley 1122 de 2007 para el Régimen Subsidiado en lo referente a gratuidad en copagos para la atención de toda la población nivel 1 de dicho Régimen.

Según el Análisis de la Situación de Salud de Bogotá 2009<sup>ii</sup>: “Para los afiliados al Régimen Subsidiado del Nivel 1 del SISBEN la gratuidad cubrirá eventos no POS como por ejemplo las atenciones en unidad de cuidados intermedios, atenciones de especialidades

tales como: Otorrinolaringología, Gastroenterología y Medicina Interna. Estos pacientes afiliados al Régimen Subsidiado no pagarán cuota de recuperación. Anteriormente estos pacientes debían cancelar el 5% del valor de las atenciones. Para los afiliados al Nivel 2 del Sisben, la gratuidad consistirá en no efectuar pago por todos los servicios del Plan Obligatorio de Salud como por ejemplo: consulta general, medicamentos, ayudas diagnósticas, tratamientos y rehabilitación. Anteriormente los pacientes pagaban un 10%.”

La ambiciosa meta de gratuidad, correspondiente a la estrategia de “Eliminar de manera progresiva las barreras físicas, económicas y culturales que impiden el acceso oportuno y equitativo a los servicios sociales, am-

bientales y de vivienda.” ha debido por tanto generar resultados de impacto social, que es necesario evaluar.

El Objetivo general de la investigación 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 establecer si la política de gratuidad se tradujo en una mayor demanda y acceso a los servicios de salud de estos grupos poblacionales se planteó el análisis de las fuentes de información en dos periodos anuales, 2007 y 2010, uno previo a la puesta en marcha de la política y el otro el último año completo de informa-

ción disponible al momento de iniciar el proyecto y ya ejecutada la política de gratuidad.

Dadas las dificultades para el análisis de cobertura en consulta externa, urgencias, y hospitalización, por la dificultad real de determinar el denominador poblacional, el estudio se concentra en observar si aumentó la participación de los grupos poblacionales de 1 a 5 años y de mayores de 65 en el total de servicios prestados y pagados por el Distrito.

La segunda parte del análisis se realiza a partir de las encuestas de Calidad de Vida 2007 y la Encuesta Multi-propósito de 2011 para la ciudad de Bogotá.

### **Análisis de resultados y evaluación de impacto de la política de gratuidad.**

En el periodo estudiado se presentó la ampliación del Plan de Beneficios para uno de los grupos de edad estudiados, el de 1 a 5 años, por Acuerdo 5 de 2009<sup>iii</sup>, expedido por la Comisión de Regulación en Salud en cumplimiento de la sentencia T – 760 de la Corte Constitucional, que ordenó la igualación de los planes de salud del Régimen Subsidiado y Contributivo. Este acuerdo supone una disminución de los servicios especializados con cargo al Fondo Distrital de Salud, a partir de Octubre de 2009. De tal modo que si la base de datos estudiada sólo incluye la facturación contra el Fondo Distrital de Salud (FDS), estos servicios ya serán facturados contra las EPS del Régimen Subsidiado y se debe esperar una reducción sustantiva de los mismos, pues tan sólo la atención de los menores no asegurados quedaría a cargo del Distrito.

Ahora bien, se confirma que aparte de servicios no POS a la población del Régimen Subsidiado, están incluidos en la base de RIPS los servicios por atención de vinculados de los Niveles 1 y 2 del SISBEN. Se supone que esta población es un porcentaje inferior en la ciudad y su proporción también debe ser inferior en estos registros,

pero no se proporcionó información precisa al respecto.

Por tal razón, no es posible a partir de la base de datos de los servicios a cargo del Distrito evaluar la mayor accesibilidad, demanda y prestación efectiva de servicios al grupo de 1 a 5 años, a partir de la política de gratuidad, pues la facturación de servicios pasa a las EPS y esta no hace parte de las bases de datos que reúne el Distrito.

Es importante cuestionar aquí el hecho de que la Secretaría Distrital de Salud y, en general, todas las direcciones territoriales de salud del país, departamentales, distritales y municipales, no tengan acceso a la información necesaria para cumplir sus responsabilidades.

El flujo de información de los hospitales a las direcciones territoriales en salud, que hacía parte del Sistema de Información en Salud (SIS) en el Sistema Nacional de Salud, y que permitía la planeación de la salud pública y de la oferta de servicios, fue eliminado por el Ministerio de Salud, para proponer un flujo de información de las IPS a las EPS y de estas a la Dirección del Sistema. Desprovistas de la información básica para la



planeación en salud y para la vigilancia en salud pública, las autoridades territoriales de salud siguen actualmente atadas de pies y manos para ejercer su responsabilidad con la salud de sus ciudadanos.

El Ministerio, al crear el nuevo flujo de información, había 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. El hecho de que las autoridades territoriales quedaran sin información sobre lo acaecido en servicios de salud en su territorio e incluso sobre morbilidad atendida, que explica en buena parte la crisis de la salud pública del país, no fue entonces un efecto colateral de la nueva organización del Sistema, sino una decisión intencional para que las autoridades de salud no tuvieran ningún control sobre las EPS que operaban en su territorio. 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.

Es preciso aclarar que se dejó una porción de la información a las Direcciones Territoriales de Salud, claro

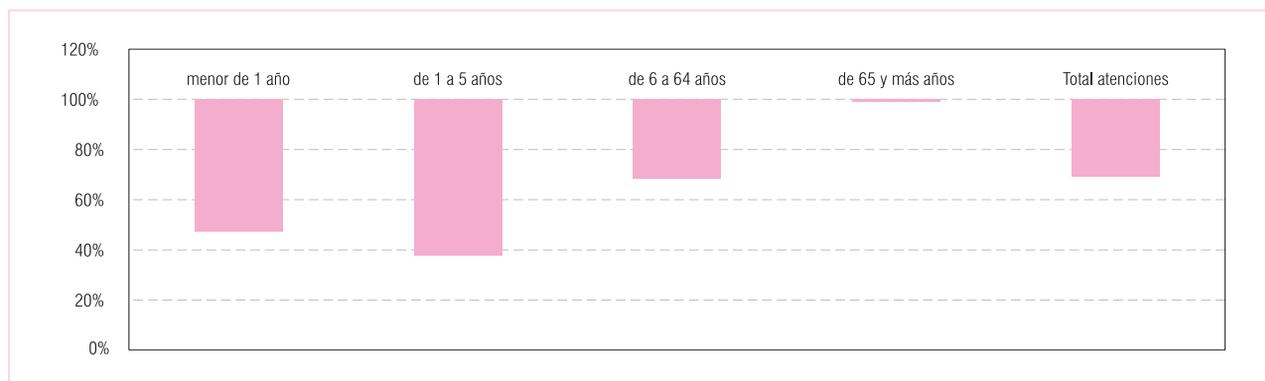
está, de los servicios prestados por las IPS a la población no asegurada o a la asegurada parcialmente, que acabarían pagando, donde la dirección territorial actúa como si fueran un asegurador más.

### La información disponible de servicios con cargo al FDS

La reducción 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 de los menores de 18 años a las EPS y quizá también por algún grado de subregistro.

Por ello comienzan a ser importantes las proporciones entre los grupos de edad que considera el análisis. Puede observarse como el grupo de 1 a 5 años muestra una reducción del 62% en personas atendidas, contra tan sólo un 1.1% de reducción en los mayores de 65 años, grupo este último que no debiera presentar reducción de las personas atendidas (gráfica 1). Tampoco debería presentarse una reducción importante en menores de un año, pues estos ya contaban con cobertura completa en el Régimen Subsidiado en 2007.

**Gráfica 1. Incremento/Decremento personas atendidas financiadas por oferta, según RIPS, en la red hospitalaria del distrito por grupos de edad. Sept.2007 - Sept 2010.**

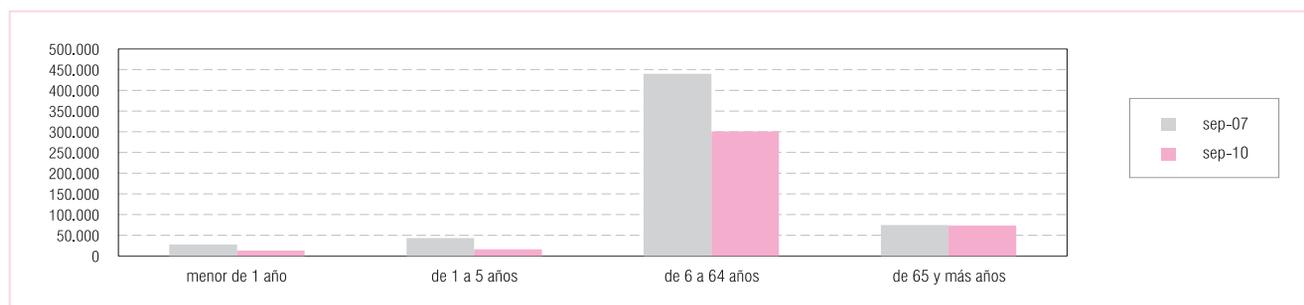


Fuente: Cálculos propios con bases en RIPS atención no asegurados Sept 2007 y Sept 2010. ESE del Distrito

En números, la reducción de pacientes atendidos en la base de datos es muy importante entre Septiembre de 2007 y Septiembre de 2010 para los menores de 1 a 5 (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 2)

**Gráfica 2. Total personas atendidas registradas por grupos de edad financiadas por oferta en la red hospitalaria del distrito. Sept.2007 - Sept 2010.**

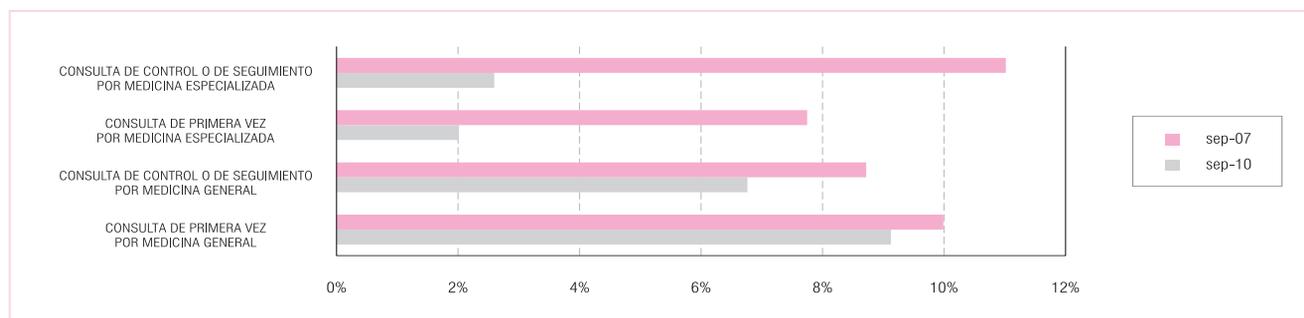


Fuente: Cálculos propios con bases en RIPS atención no asegurados Sept 2007 y Sept 2010. ESE del Distrito

Si bien el número total de personas mayores de 65 años no aumenta en Septiembre de 2010, en comparación con el mismo mes de 2007, si puede decirse que a los pacientes atendidos en 2010 se le realizaron en promedio más procedimientos que a los pacientes atendidos en 2007 y ello puede tener relación con la eliminación de las cuotas de recuperación.

La participación del grupo de 1 a 5 años 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 3)

**Gráfica 3. Porcentaje de servicios de consulta externa financiados por oferta prestados a niños de 1 a 5 años. Sept.2007 - Sept 2010.**

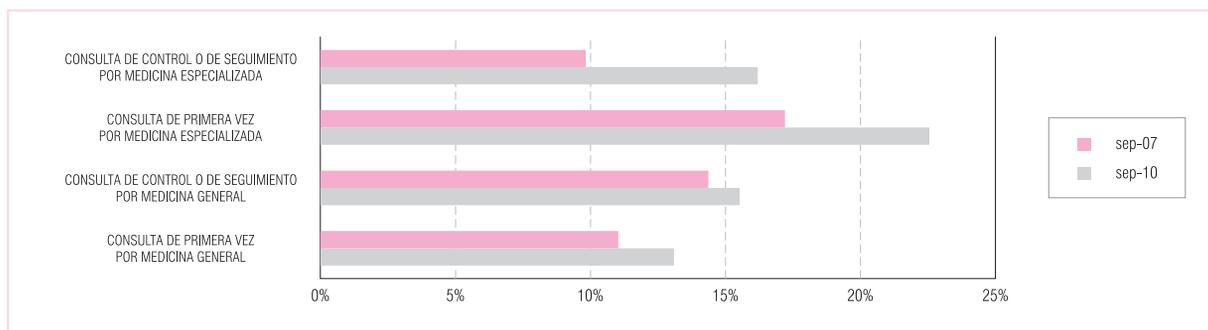


Fuente: Cálculos propios con bases en RIPS atención no asegurados Sept 2007 y Sept 2010. ESE del Distrito

Por el contrario aumenta la participación porcentual en consulta externa de los mayores de 65 años, modera-

damente en consulta general y en forma más importante en consulta especializada. (gráfica 4)

**Gráfica 4. Porcentaje de servicios de consulta externa financiados por oferta prestados a mayores de 65 años. Sept.2007 - Sept 2010.**



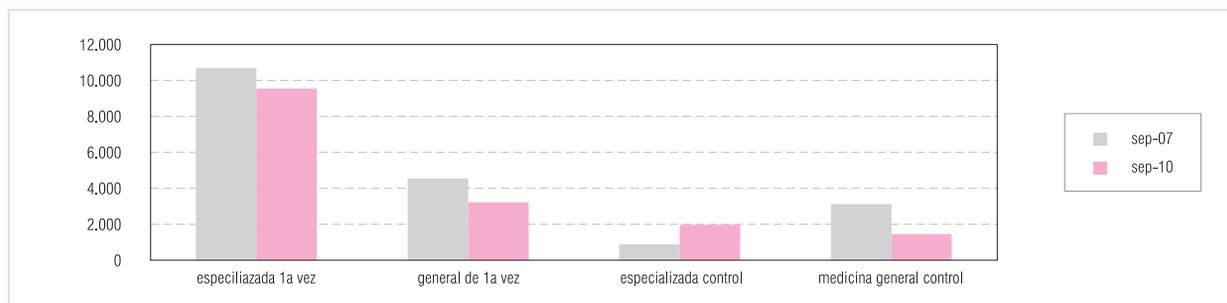
Fuente: Cálculos propios con bases en RIPS atención no asegurados Sept 2007 y Sept 2010. ESE del Distrito

El incremento de la participación en el total de consultas fue del 17,2 al 22,6% en consulta de primera vez por medicina especializada y del 9,8 al 16,2% en consulta especializada de control, lo que supone un mayor incremento de los controles en términos porcentuales.

En cifras totales, sin embargo, se observa una disminución de las consultas especializadas realizadas a los mayores de 65 años en un 10,6% entre Septiembre de 2007 y Septiembre de 2010 (de 10.687 a 9.548), mien-

tras que los controles por médico especialista aumentan un 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 5)

**Gráfica 5. Número de consultas generales especializadas registradas para la población mayor de 65 años con cargo al FDS. Sept.2007 - Sept 2010.**

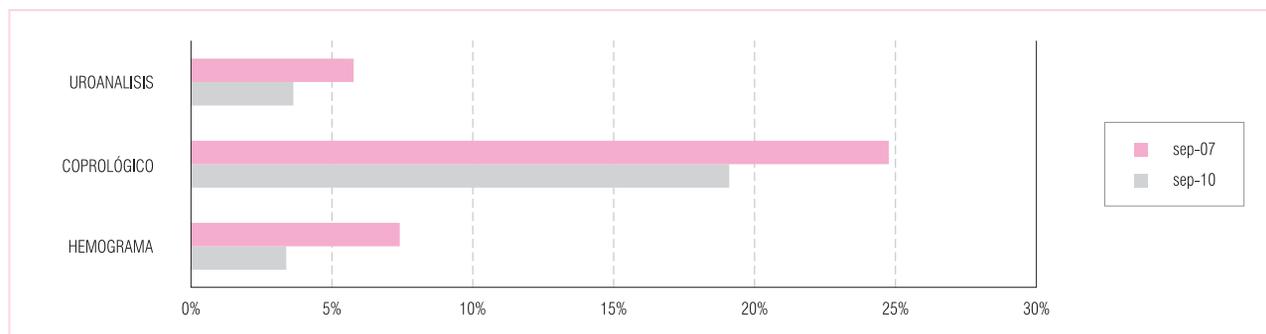


Fuente: Cálculos propios con bases en RIPS atención no asegurados Sept 2007 y Sept 2010. ESE del Distrito

Se revisan a continuación algunos servicios de laboratorio básico, que al igual que la consulta muestran 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 6)

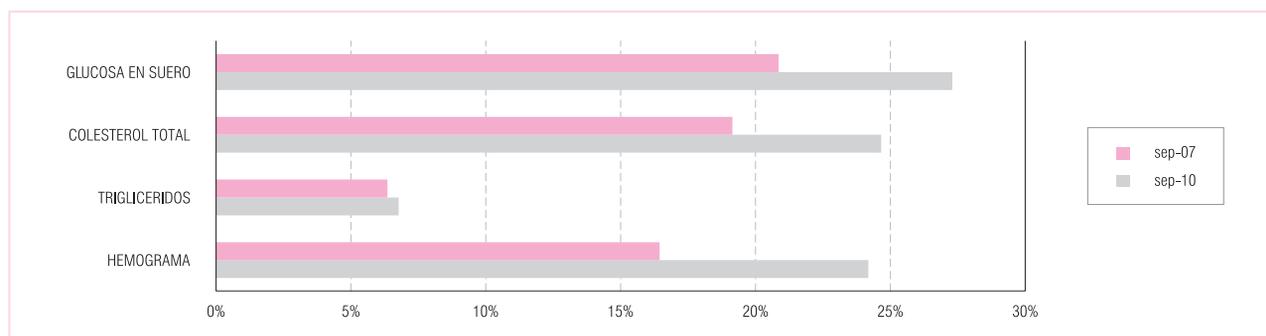
La población mayor de 65 años igualmente aumenta su participación en este grupo de servicios registrados en la base de datos de la Secretaría Distrital. (gráfica 7)

**Gráfica 6. Porcentaje de servicios de laboratorio básico financiados por oferta prestados a niños de 1 a 5 años. Sept.2007 - Sept 2010.**



Fuente: Cálculos propios con bases en RIPS atención no asegurados Sept 2007 y Sept 2010. ESE del Distrito

**Gráfica 7. Porcentaje de servicios de laboratorio básico financiados por oferta prestados a mayores de 65 años. Sept.2007 - Sept 2010.**



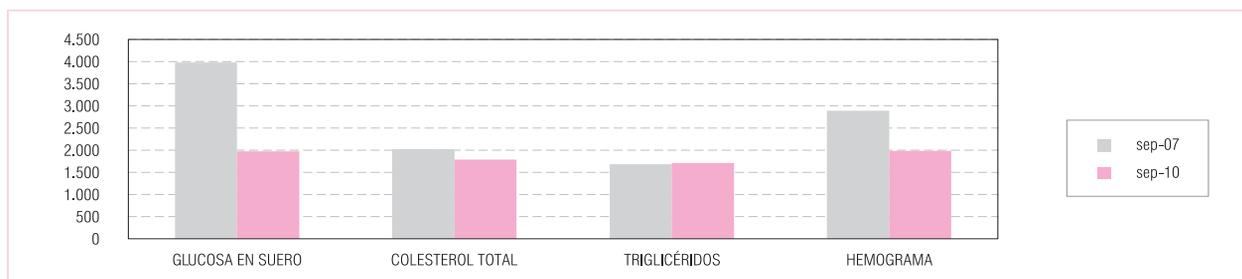
Fuente: Cálculos propios con bases en RIPS atención no asegurados Sept 2007 y Sept 2010. ESE del Distrito

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 mode-

radamente, 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 8)



**Gráfica 8. Número de exámenes de laboratorio básico registrados para la población mayor de 65 años con cargo al FDS. Sept.2007 - Sept 2010.**



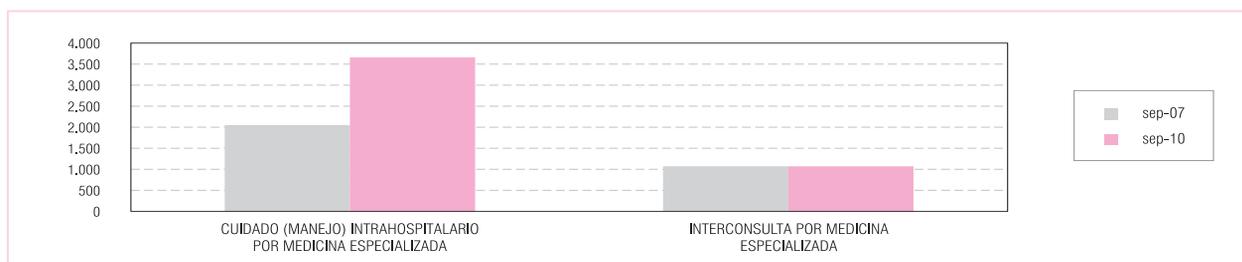
Fuente: Cálculos propios con bases en RIPS atención no asegurados Sept 2007 y Sept 2010. ESE del Distrito

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.

Sin embargo, para los servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad, a diferencia de todos los an-

teriores, se presenta un incremento importante (78%) de la cifra de atenciones hospitalarias, aunque no acompañada de un incremento similar en el número de interconsultas realizadas. (gráfica 9)

**Gráfica 9. Número de hospitalizaciones e interconsultas de medicina y alta complejidad registradas para la población mayor de 65 años con cargo al FDS. Sept.2007 - Sept 2010.**



Fuente: Cálculos propios con bases en RIPS atención no asegurados Sept 2007 y Sept 2010. ESE del Distrito

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 de la Secretaría Distrital, con cargo al FDS, por ser servicios no POS o no afiliados al Sistema, 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.

Por el contrario, muestra 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, considerada 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 (con 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 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 2. Consolidado por tipos de barreras de acceso, de los motivos 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 barreras de acceso	Total	%
Administrativa	12.042	85,56
Geográfica	1.277	9,07
Económica	567	4,03
Cultural	188	1,34
<b>TOTAL</b>	<b>14.074</b>	<b>100,00</b>

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

### **Análisis comparado de las encuestas de calidad de vida 2007 y 2011, en las preguntas básicas de acceso a los servicios contenidas en las mismas.**

Un segundo abordaje para evaluar la política de gratuidad se realizó a través de las variables de acceso contenidas en las Encuesta Nacional de Calidad de Vida para Bogotá 2007 y la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Se trata de observar en algunas preguntas relacionadas con acceso que tienen estas encuestas, las variaciones entre 2007 y 2011 en la utilización de algunos servicios ambulatorios claves, es decir, antes y después de puesta en marcha la política de gratuidad.

Es de esperar, teóricamente, que la eliminación de cuotas de recuperación beneficien más a los adultos ma-

yores enfermos del Régimen Subsidiado, por definición pobres y sin ingresos por pensión, pues al necesitar controles y atenciones repetidas, las cuotas se convierten en una carga para la familia, al igual que el transporte permanente en busca de servicios.

En primer lugar se observan las variaciones en los servicios utilizados para tratar el problema de salud en los últimos 30 días, pregunta que se encuentra en ambas encuestas, aunque con pequeñas diferencias en las categorías de servicios, que no impiden la comparación buscada.

Puede observarse en el Gráfico 10 que mayor porcentaje de la población mayor de 65 años, afiliada al Régimen Subsidiado, acudió en busca de servicios médicos en las respectivas EPS, al igual que aumentó el porcentaje atendido en las Empresas Sociales del Estado



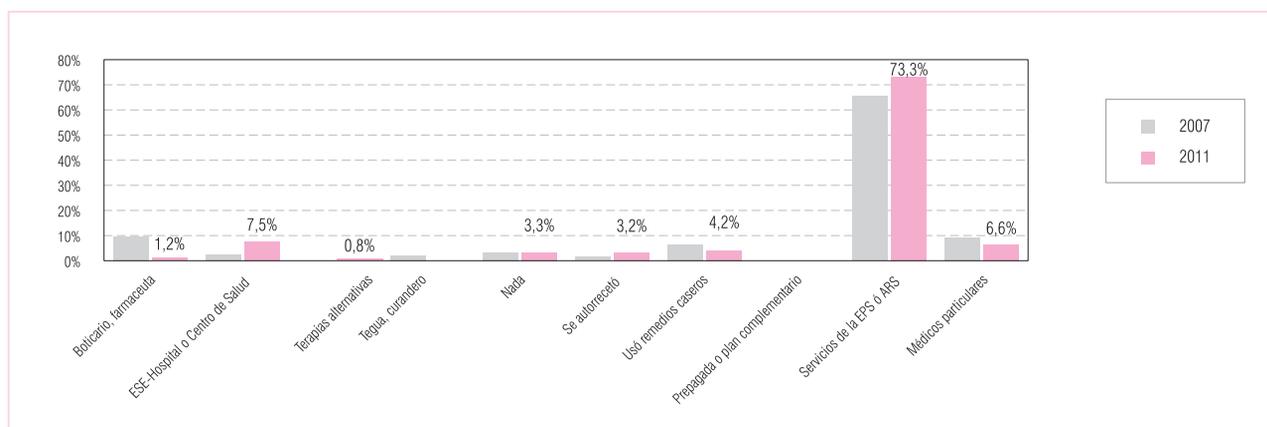
(hospital o centro de salud del Distrito). En conjunto, utilizaban el servicio de las EPS para tratar el problema de salud un 65,5 de los afiliados mayores de 65 años en el 2007, porcentaje que aumentó al 73,3% en 2011.

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 10)

No permiten aclarar las encuestas el sitio de atención cuando la respuesta dada es por parte de la EPS, pero es de suponer que en su mayoría corresponde a las ESE del Distrito por la norma de contratación que obliga a la contratación por capitación entre las EPS del régimen subsidiado y las ESE.

**Gráfica 10. Servicios utilizados para tratar problemas de salud en los últimos 30 días por mayores de 65 años afiliados al régimen subsidiado, comparación ENCV 2007 y encuesta multipropósito 2011.**

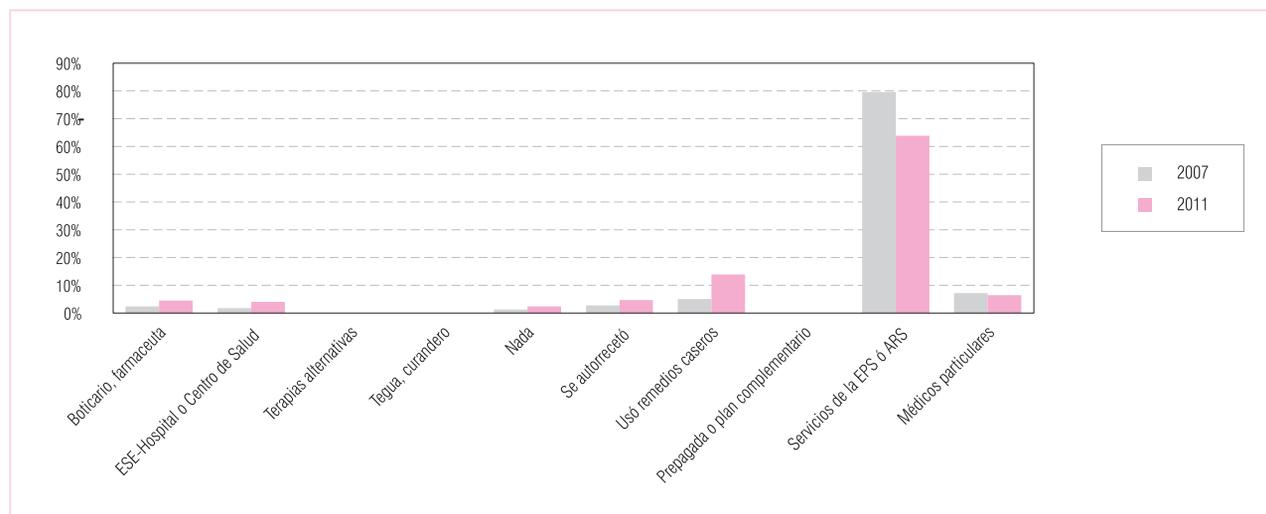


Fuente: Cálculos propios con base en ENCV 2007 y Encuesta Multipropósito 2011 para Bogotá. D.C.

En consecuencia, el resultado de las encuestas estaría mostrando un mayor nivel de utilización y acceso en 2011, 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 3,2% de los afiliados al régimen subsidiado mayores de 65 años.

Estos resultados bastante positivos no se encuentran para los afiliados al régimen subsidiado menores de cinco años, al revisar las preguntas de acceso y utilización en las grandes encuestas de 2007 y 2011 para Bogotá. El porcentaje de niños menores de 5 años que utilizó el servicio de las EPS o ARS, 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 11)

**Gráfica 11. Servicios utilizados para tratar problema de salud en los últimos 30 días por menores de 5 años afiliados al régimen subsidiado, comparación ENCV 2007 y encuesta multipropósito 2011.**



Fuente: Cálculos propios con base en ENCV 2007 y Encuesta Multipropósito 2011 para Bogotá. D.C.

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).

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 de incremento de cada tipo de servicios, los reportados en las ESE del Distrito alcanzan un 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.

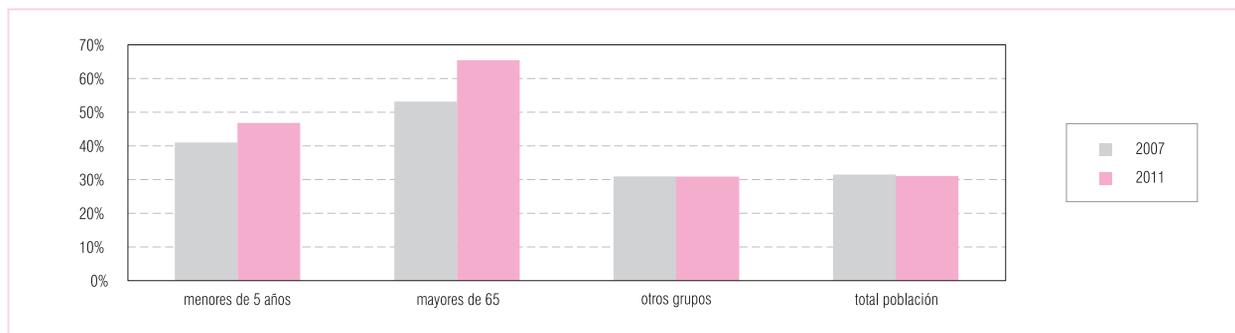
En segundo lugar se revisa la pregunta sobre utilización de servicios en los últimos 30 días (por cualquier problema de salud nuevo o viejo u otra razón) en las

dos encuestas para el Distrito. El resultado es un incremento general de servicios para los afiliados al régimen subsidiado de los dos grupos estudiados, entre el 2007 y el 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 los copagos, dado que estos afectan en mayor medida a los pacientes enfermos, pobres por definición, dada su afiliación al régimen subsidiado, 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 régimen subsidiado (31,5% atendidos en los últimos 30 días en 2007, contra 31% en 2011). (gráfica 12)



**Gráfica 12. Población con servicios de medicina general o especializada en los últimos 30 días. Régimen subsidiado Bogotá ECV 2007 – EM 2011.**



Fuente: Cálculos propios con base en ENCV 2007 y Encuesta Multipropósito 2011 para Bogotá, D.C.

El incremento de población atendida alcanza el 14,3% para los menores de 5 años afiliados al régimen subsidiado 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 POS S.

La segunda categoría de servicios recibidos en los últimos 30 días analizada en las dos encuestas es la de apoyo diagnóstico, o servicios de laboratorio, Rx u otros exámenes, tal como reza en la respuesta de las encuestas. Sin duda servicios claves para apoyar el acceso a consulta médica notoriamente mejorado.

Los resultados en este campo no son tan halagadores como los de consulta, pues presentan una variación muy moderada entre la ECV 2007 y la EM 2011. (gráfico 29). Tan sólo ascienden del 4.3% al 4,8% los niños para los que se reportan estos servicios de apoyo diagnóstico, lo que contrasta con el 46,8% atendido en consulta.

Igualmente tan sólo aumentan del 10.8 al 12.1% las atenciones en apoyo diagnóstico para los mayores de 65 años afiliados al régimen subsidiado, diferencia notoria con el 65,4% atendido en consulta. 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.

El incremento observado entre 2007 y 2011 es cercano al 10% para los dos grupos de edad estudiados del Régimen Subsidiado, mientras que los otros grupos, muestran un incremento de servicios del 24%, aunque sobre una base de atenciones muy inferior, del 4% al 5% y la población general del régimen subsidiado incrementa sus servicios de apoyo diagnóstico en un 21.8% entre 2007 y 2011.

## Referencias

<sup>i</sup> Acuerdo 308 del Concejo De Bogota, D.C. (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.

<sup>ii</sup> Análisis de la Situación de Salud de Bogotá 2009. Serie Documentos Técnicos. Secretaría Distrital de Salud. Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010. ISBN 978-958-99558-0-2

<sup>iii</sup> Acuerdo 005 de Septiembre 30 de 2009. Comisión de Regulación en Salud (CRES)