

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**  
**Facultad de Ciencias Económicas**  
**Centro de Investigaciones para el Desarrollo**



**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD**

**Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá**

**DESIGUALDAD EN LA RESPUESTA SOCIAL EN SALUD**

---

Bogotá, Diciembre de 2009

---

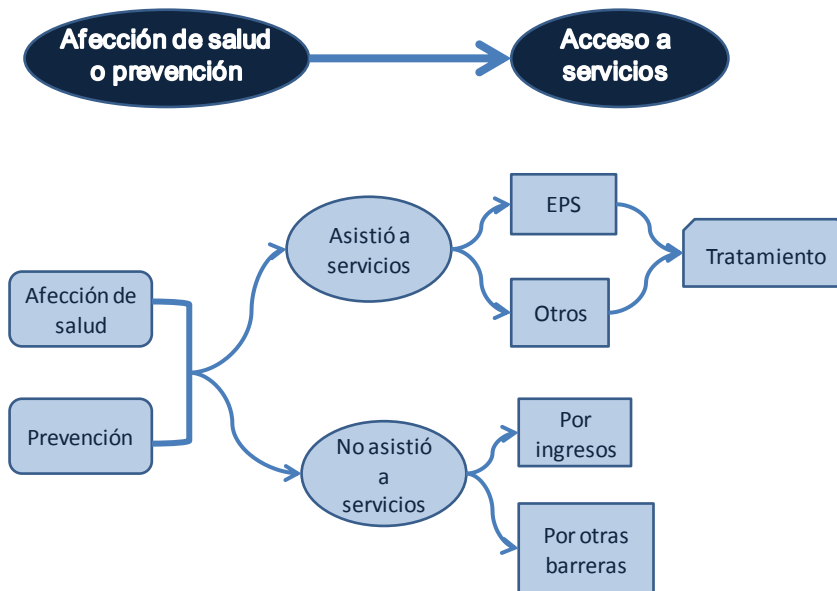
Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Económicas  
Centro de Investigaciones para el Desarrollo-CID

# DESIGUALDAD EN LA RESPUESTA SOCIAL EN SALUD

Decsi Astrid Arevalo

Un primer paso para observar las desigualdades en la respuesta social es concebirla como un proceso en el cual la sociedad brinda a los individuos que la componen las posibilidades de acceder a la atención en salud. Tal proceso, en términos operativos puede ser considerado como una cadena en la que existen distintos momentos críticos, que para este análisis están referidos a los pasos que se siguen en el acceso a la atención. Así, lo que se observa es la desigualdad en la conexión que existe entre la presencia de una afección en salud (o una intención de prevenir la enfermedad) y el acceso a los servicios. Sin embargo, esa conexión tiene que ver con varias fases (o momentos críticos), que pueden agruparse en tres: la primera es la cobertura en seguridad social, dado que nuestro sistema de salud tiene este mecanismo como la principal forma de acceso a los servicios de salud; la segunda tiene que ver con recibir la atención por parte de un profesional de la salud; y la última con el tratamiento que permite lograr los objetivos fijados por el profesional.

Gráfico 1 Pasos en el acceso a los servicios de salud



El objetivo de este informe no es sólo ilustrar la manera como se presentan las desigualdades en los momentos críticos señalados, sino también observar algunos de los elementos que pueden dar indicios de la gravedad de la situación de desigualdad. Para ello, tomando como fuente la base de datos de la encuesta de calidad de vida de 2007 para Bogotá, se seleccionan dos áreas relacionadas con la demanda de servicios de salud: la prevención y la presencia de una afección de salud. A partir de allí se distinguen las personas que asistieron a los servicios de aquellas que no asistieron y se establecen las diferencias en las razones por las cuales éstas últimas se quedaron al margen de la prestación de servicios profesionales, finalmente, se aborda la fase de tratamiento de la enfermedad.

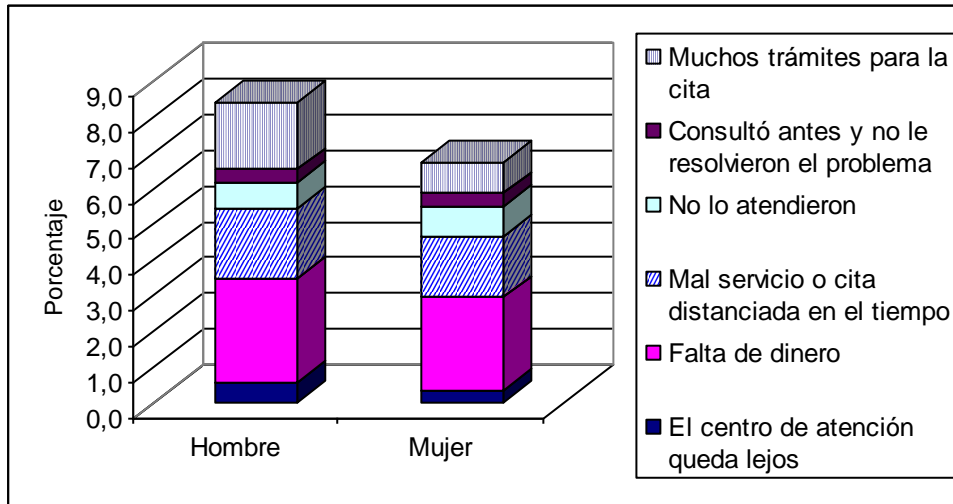
## 1. Planteamiento del problema - Desigualdad en acceso a la prestación profesional de servicios

De tiempo atrás la sociedad colombiana ha mantenido como uno de los pilares de su discurso de protección social la búsqueda de la atención universal en el sistema de salud, combinando el mecanismo de aseguramiento con la provisión de servicios por la vía de la oferta, a través de los servicios seccionales y municipales de salud. Sin embargo, los resultados de dichos esfuerzos pueden evaluarse de distintas maneras, dado que no todos se conjugaron en la misma dirección, particularmente los referidos al financiamiento.

En el caso de Bogotá, y a través de la encuesta de calidad de vida de 2007, se puede tener una aproximación a los resultados, pero, como hemos señalado, se hará desde la perspectiva de la desigualdad. Para ello se fijan las diferencias en el porcentaje de personas que habiendo sufrido alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud no asistió a servicios prestados por profesionales de la salud (EPS, medicina prepagada, particular, ESE), Por supuesto, de estas cifras se han descontado las personas que no asistieron porque consideraban que la dolencia era leve, o que no tuvieron tiempo o que no confían en los médicos, pues son razones que no se podrían imputar como responsabilidad de la oferta de servicios. No entran en esta contabilidad los establecimientos como farmacias, yerbateros, curanderos y la automedicación, que son otras formas a través de las cuales las personas intentan resolver sus problemas de salud.

Una primera forma de capturar las diferencias es a través de la categoría género. De los registros mencionados se deduce que existe una ligera disparidad en los porcentajes de personas que resultan excluidas del acceso a los servicios de salud, en el caso de los hombres el porcentaje de quienes sufrieron barreras al acceso llega al 8,4% y en el de las mujeres al 6,7%. Mayor afinidad existe en el tipo de barreras, para mujeres y hombres el principal obstáculo es la falta de dinero, seguido del mal servicio o la cita distanciada en el tiempo y los trámites que deben realizar con el fin de acceder a la prestación de los servicios. Vale la pena destacar que cerca del 1% de las mujeres y el 0,7% de los hombres reportan haber asistido a un centro de atención médica y no haber sido atendidos, si este porcentaje se traduce en valores se encuentra que esta situación afectó, en conjunto, a cerca de cuatro mil personas (ver gráfico 2)

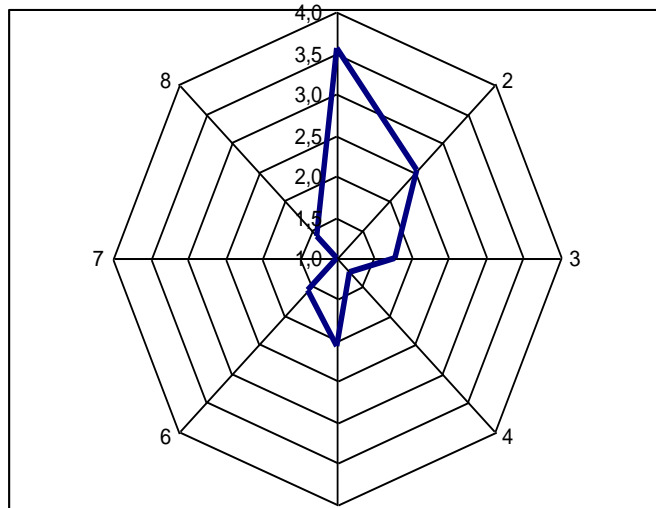
Gráfico 2. Desigualdad por género en acceso a la prestación profesional de servicios



Una desigualdad que parece más notoria está en el acceso por edad. En esta forma de agrupación se encuentra que el grupo de 50 a 54 años registra el mayor proporción de personas que deben enfrentar barreras al acceso de los servicios de salud (12,47%), a ellos le siguen grupos como los de 60 a 64 años, 40 a 44 y 15 a 19, que registran proporciones de exclusión alrededor del 10%. Por el contrario, el grupo de 0 a 4 años es el que refleja una menor grado de exclusión (3,4%).

El nivel de desigualdad en edades se hace evidente cuando se calculan las diferencias entre los grupos, al estimar una razón de tasa, en este caso, el número de veces en que los grupos mejoran su condición respecto al que presenta la más alta exclusión, se encuentra que el grupo de 0 a 4 años está 3,6 veces en mejor posición que el grupo de 50 a 54 años que es el que proporcionalmente enfrenta mayores barreras. Por su parte los grupos de 15 a 19, 40 a 44 y 55 a 64, estarían en la penúltima posición en términos de contar con garantías para el acceso (gráfico 3).

Gráfico 3 Desigualdad por edad en el acceso a la prestación profesional de servicios



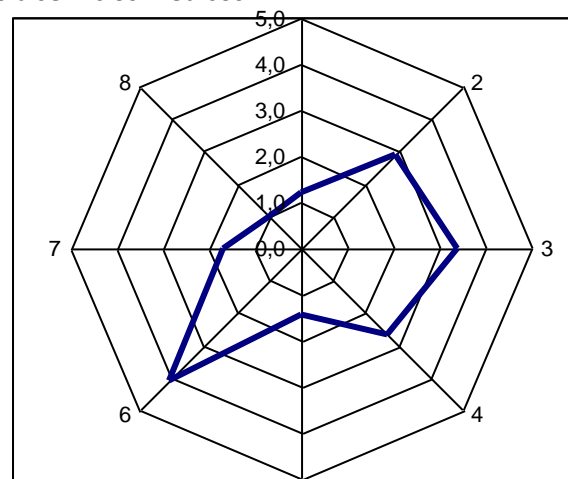
Código	Grupos de Edad (años)	Razón de tasa
1	0 a 4	3,6
2	5 a 9; 25 a 29	2,5
3	10 a 14; 20 a 24; 65 a 69	1,8
4	15 a 19; 40 a 44; 55 a 64	1,3
5	30 a 39	2,1
6	45 a 49	1,6
7	50 a 54	1,0
8	70 y más	1,4

5

Si se consideran los grados de escolaridad como referencia para observar las desigualdades en las barreras de acceso se encuentra que los que tienen hasta el grado de tecnólogos, así como los que han cursado primaria registrar las más altas proporciones, mientras que los posgraduados y los menores de cinco años logran el mejor acceso. Como en los otros casos la principal razón aducida para no asistir a los servicios médicos profesionales es la falta de dinero, seguida por las citas distanciadas en el tiempo. La desigualdad en esta característica social implica que los tecnólogos superan en 4,1 veces la proporción de posgraduados que enfrentan barreras de acceso y los de primaria los superan en 3,4 veces (gráfico 4).

Gráfico 4. Desigualdad por escolaridad en el acceso a servicios médicos

Escolaridad	% No asiste	Razón de tasa
1 No se puede establecer o menor de 5 años	4,0	1,2
2 Ninguno/preescolar	9,4	2,9
3 Primaria	11,2	3,4
4 Secundaria	8,7	2,7
5 Técnico	4,6	1,4
6 Tecnólogo	13,5	4,1
7 Universitario	5,6	1,7
8 Posgrado	3,3	1,0



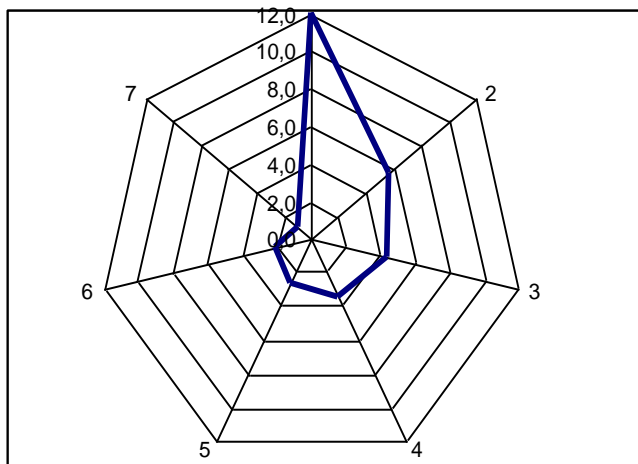
A pesar de que por edad y escolaridad existen importantes desigualdades, estas se profundizan al considerar las diferencias por localidad. Localidades como San Cristóbal, Usme, La Candelaria,

Rafael Uribe Uribe, registran proporciones superiores al 12% en las personas que no pudieron asistir a los servicios médicos profesionales en razón de las barreras de acceso aquí estudiadas. Tienen particular relevancia la falta de dinero, las citas distanciadas en el tiempo y la no atención.

El caso más sobresaliente en términos de la presencia de barreras es el de Sumapaz en donde la proporción alcanza el 30%, allí cobra particular importancia la escasez de centros de atención que incide en las altas distancias que deben cubrir los habitantes para llegar a un centro médico, a ello se suma la falta de dinero y las citas distanciadas en el tiempo. Este conjunto de características conducen a que la localidad de Sumapaz se encuentre en el extremo más bajo de la línea de desigualdad que tendría en Barrios Unidos su punto más alto (2,24%), en esta localidad no se presenta ningún registro en barreras como citas distanciadas en el tiempo, no lo atendieron y consultó antes y no le solucionaron el problema, la falta de dinero es la principal causa.

La diferencia entre las localidades es tan significativa que al calcular la razón de tasa se encuentra que Sumapaz supera en 12 veces el porcentaje de restricción al acceso que tienen los habitantes de Barrios Unidos; Usme y San Cristóbal lo superan en 5,6 veces; y La Candelaria, Rafael Uribe Uribe y Kennedy en 4,4 veces. En estos lugares el porcentaje de personas que no puede acceder a los servicios médicos supera (en algunos casos ampliamente) el promedio que se encuentra en Bogotá

Gráfico 5. Desigualdad por localidad en el acceso a la prestación profesional de servicios

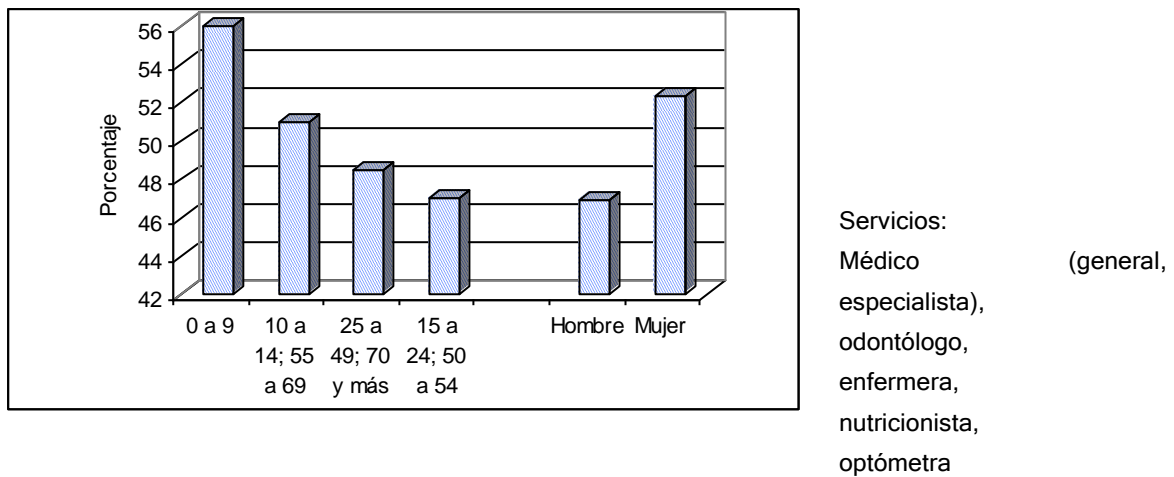


Código	Localidad	Razón de tasa
1	Sumapaz	12,0
2	Usme, SanCristobal	5,6
3	La Candelaria, Rafael Uribe Uribe, Kennedy	4,4
4	Ciudad Bolívar, Santafé, Tunjuelito	3,4
5	Antonio Nariño, Bosa, Los Mártires, Suba, Puente Aranda	2,6
6	Fontibón, Usaquén, Teusaquillo, Chapinero, Engativa	2,0
7	Barrios Unidos	1,0

Respecto a la asistencia a servicios médicos como medida de prevención de la enfermedad y promoción de la salud se evidencia una muy baja proporción de personas que adoptan esas prácticas. El porcentaje mejora ligeramente en el caso de las mujeres y en los niños menores de 9 años. En el caso de los hombres menos del 50% consulta los servicios médicos por motivos de prevención, al tomar las personas por rango de edad, se aprecia que las proporciones en asistencia

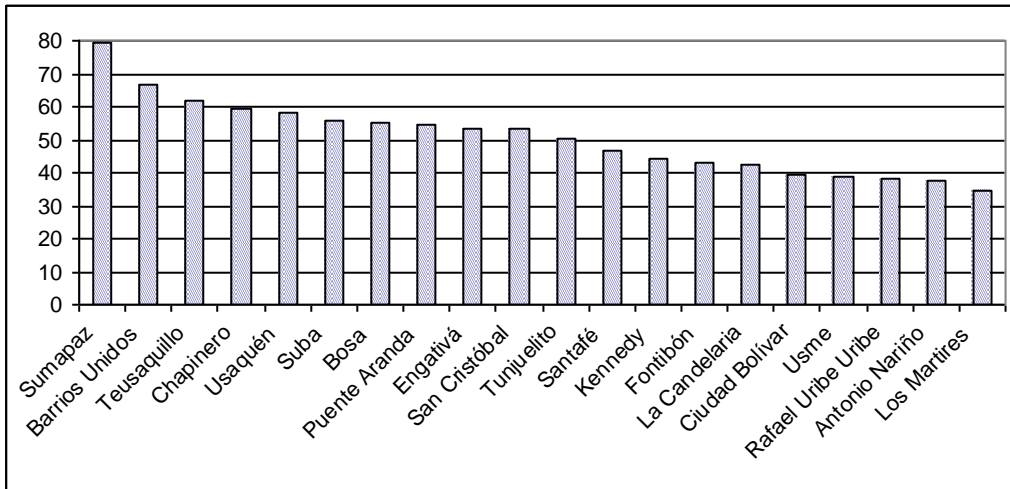
a servicios preventivos no difiere sustancialmente y que los grupos de 15 a 19 años y 50 a 54 años son los que menos concurrencia a los servicios registran, además, como ya se señaló, son estos dos grupos los que tienen el porcentaje más elevado de personas que enfrentan barreras de acceso a los servicios (ver gráfico 6). Los bajos niveles de frecuencia en los programas de promoción y prevención muestran la distancia que nos separa de las prácticas de cuidado de la salud y anticipación al riesgo de eventos adversos, pero sobre todo ilustra sobre la gran tarea que espera para que los sectores de bajos ingresos se inserten en una dinámica de prevención.

Gráfico 6. Porcentaje de personas que asistió al menos a un servicio preventivo, según edad y sexo



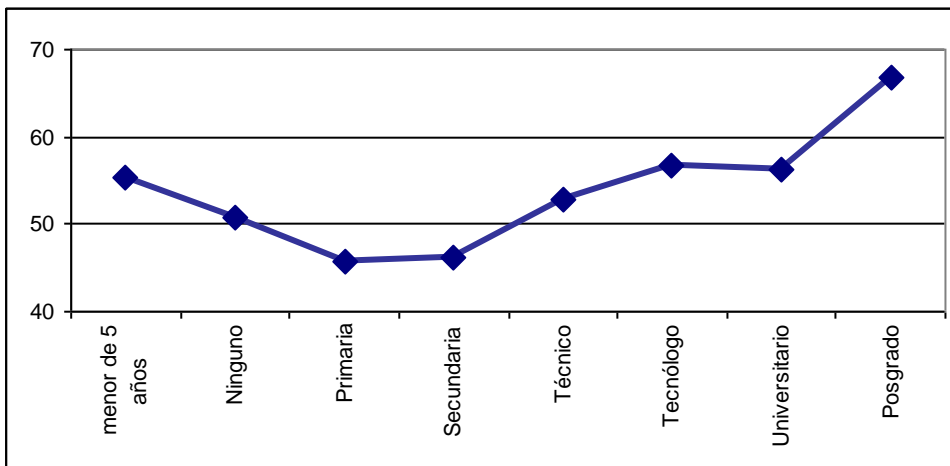
Al observar la asistencia a citas de prevención por localidad se observa que las localidades con menor nivel de barreras de acceso (Barrios Unidos, Teusaquillo, Chapinero y Usaquén) son también las que registran la mayor proporción de personas que concurren a servicios de prevención. Un dato distinto lo ofrece Sumapaz, que como lo habíamos mencionado tiene fuertes barreras al acceso, como la distancia de los centros de atención y lo distanciado de las citas, pero, quizá por compensación, tiene un elevado grado de asistencia a consultas por prevención. De otro lado, localidades como Usme, Rafael Uribe Uribe y Los Mártires, muestran una tendencia preocupante, no sólo por sus bajos registros de prácticas de prevención sino también porque exhiben altas barreras de acceso a los servicios.

Gráfico 7. Porcentaje de personas que asistió al menos a un servicio preventivo, según localidad



Entre el nivel de escolaridad y las prácticas de prevención parece existir una clara relación, especialmente si se consideran los escalones entre primaria y posgrado, a mayor escolaridad mayor proporción de asistencia a servicios de prevención. El nivel de ningún grado (o preescolar) corresponde en su mayoría a niños, con lo cual no deben entrar en la consideración anterior; de todas maneras para los menores de cinco años y en el segmento de ningún grado se aprecia un porcentaje de asistencia mayor que los de niveles de primaria y secundaria.

Gráfico 8. Porcentaje de personas que asistió al menos a un servicio preventivo, según escolaridad



En conjunto se puede afirmar que en términos del acceso a los servicios y a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad existen fuertes desigualdades, particularmente observables en las localidades, situación que puede ser un indicador fuerte de la incidencia del nivel de ingresos sobre el acceso a los servicios de salud.



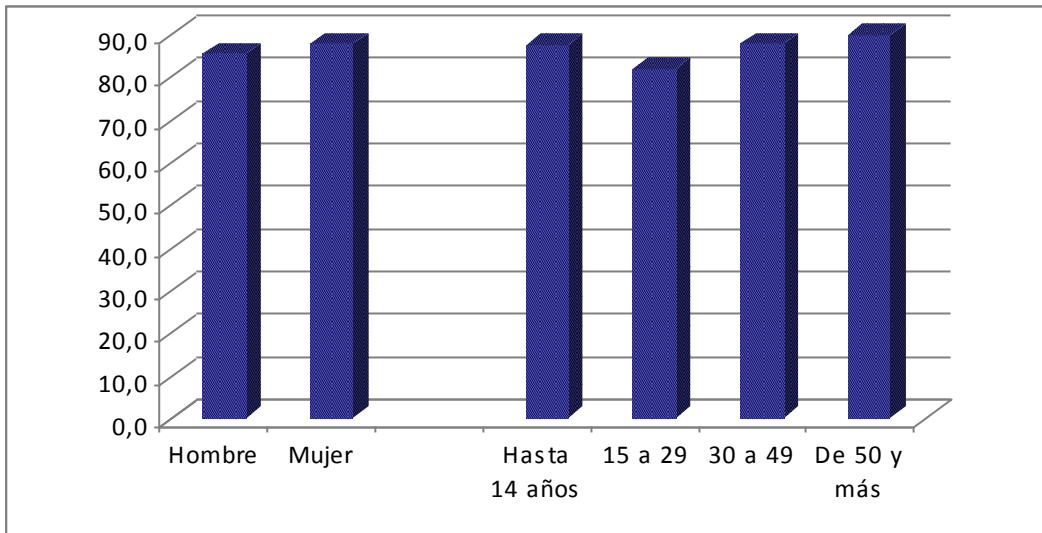
## 2. Desigualdades en afiliación al sistema general de seguridad social en salud

El momento de la se puede considerar como crítico en tanto constituye la puerta de entrada, elegida por nuestro sistema de salud, a la protección. Según las previsiones señaladas en la Ley 100 de 1993, el objetivo de la cobertura universal de aseguramiento se lograría en el año 2000, dicha meta **fue** ampliada en una reforma posterior, pero aún no se ha alcanzado y es una de las principales evidencias de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Si bien uno de los mayores avances del sistema se ha producido en este campo, aún estamos lejos de conseguir la universalidad en la cobertura de afiliación, con el agravante de que sus fallas afectan con mayor severidad a la población de bajos ingresos.

9

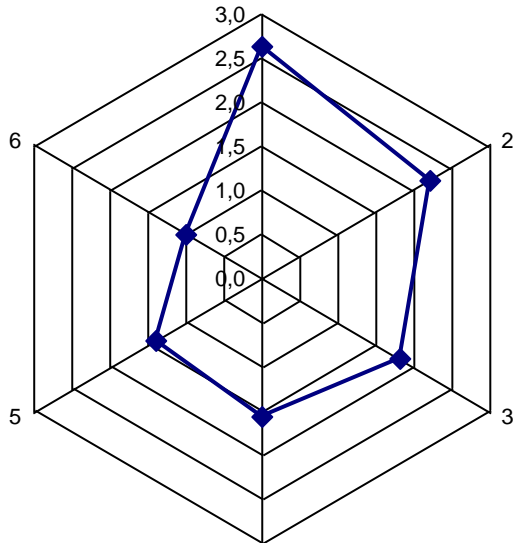
En Bogotá la cobertura de afiliación al sistema de seguridad social en salud, en general, supera el 80% de la población. Si se compara la afiliación entre hombres y mujeres no se aprecia una significativa diferenciación en su cobertura, lo es en algún grado importante en el caso de los jóvenes de 20 a 24 años, quienes registran un porcentaje de cobertura de 80% y los de 15 a 19 con el 82%. Sin duda, tanto los mayores esfuerzos en afiliación como en el interés de la población por protegerse están en los extremos de los menores de 14 años y los mayores de 50.

Gráfico 9. Cobertura de afiliación por sexo y edad.



Las desigualdades más notorias se hallan al considerar las diferencias por localidad, las de Los Mártires y Rafael Uribe Uribe registran tasas de afiliación de apenas el 80%, lo que muestra una desigualdad muy fuerte con Teusaquillo, Chapinero y Usaquén, que reportan un nivel de afiliación del 92%. En términos del déficit de afiliación estas últimas localidades son superadas en 2,6 veces por las de Los Mártires y Rafael Uribe Uribe.

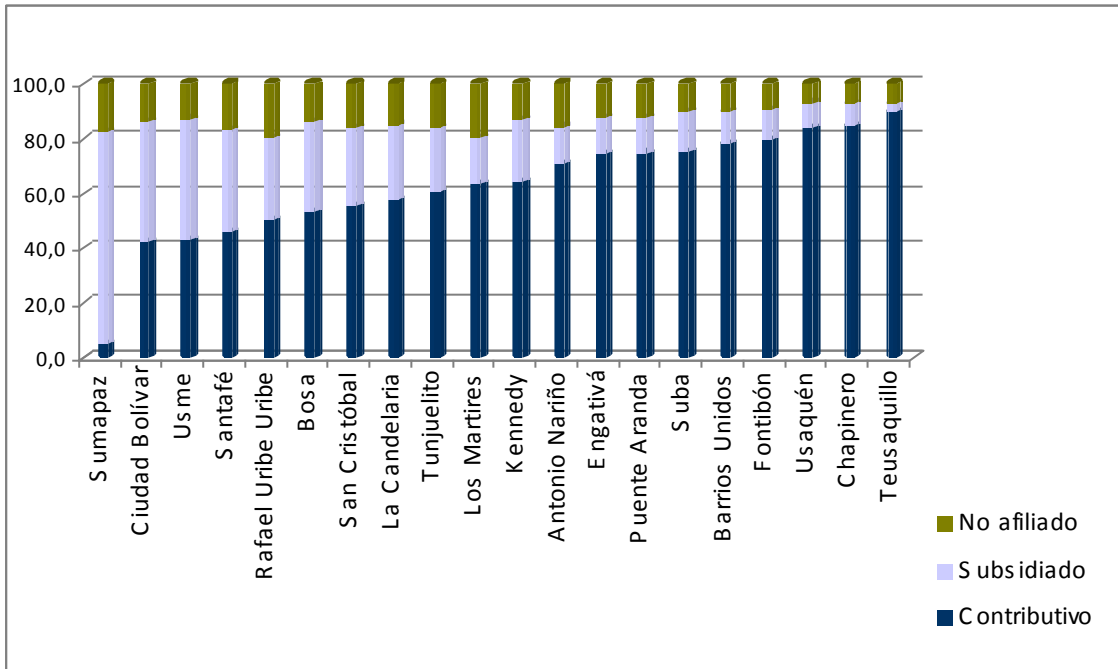
Gráfico 10. Desigualdad en el porcentaje de no afiliados según localidad



Localidad	Razón de tasa
1 Los Mártires, Rafael Uribe Uribe	2,6
2 Sumapaz, Santafé, Tunjuelito, San Cristobal, La Candelaria, Antonio Nariño	2,2
3 Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy, Usme	1,8
4 Engativá, Puente Aranda, Fontibón	1,6
5 Suba, Barrios Unidos	1,4
6 Teusaquillo, Chapinero, Usaquén	1,0

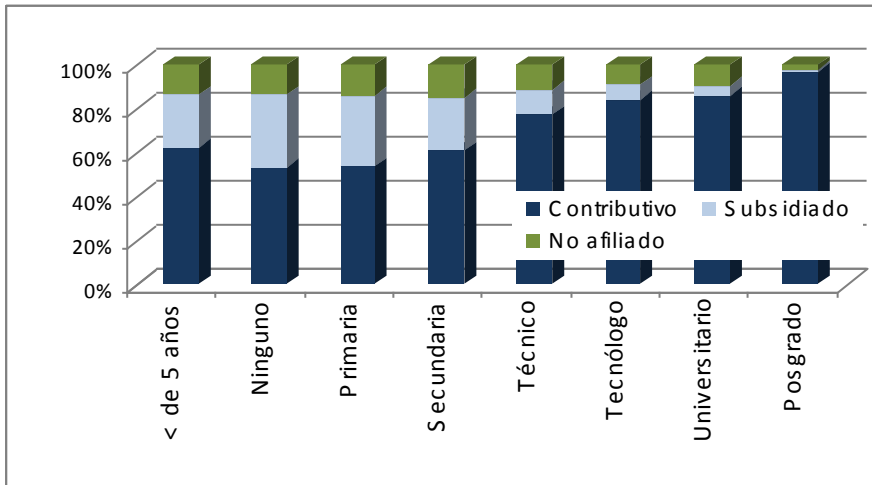
Los problemas de desigualdad en la afiliación son parcialmente resueltos a través del régimen subsidiado. A través de este régimen se amplía la cobertura, pero, como se sabe, se trata de un paquete de servicios que está por debajo del que se ofrece en el régimen contributivo, de modo que si bien se amplía la cobertura ello no significa un igual acceso a los servicios de salud. Esta tendencia se observa claramente en el caso de Sumapaz que tiene una muy baja afiliación al régimen contributivo (el 4,8% de la población está afiliada a este régimen) y se compensa ampliamente con el régimen subsidiado que cubre el 77% de la población de la localidad; situación que contrasta con la presentada en Teusaquillo, Chapinero y Usaquén, en las que el régimen contributivo asciende a más del 80% de la población (gráfico 11).

Gráfico 11. Afiliación y no afiliación al sistema de seguridad social en salud por localidad



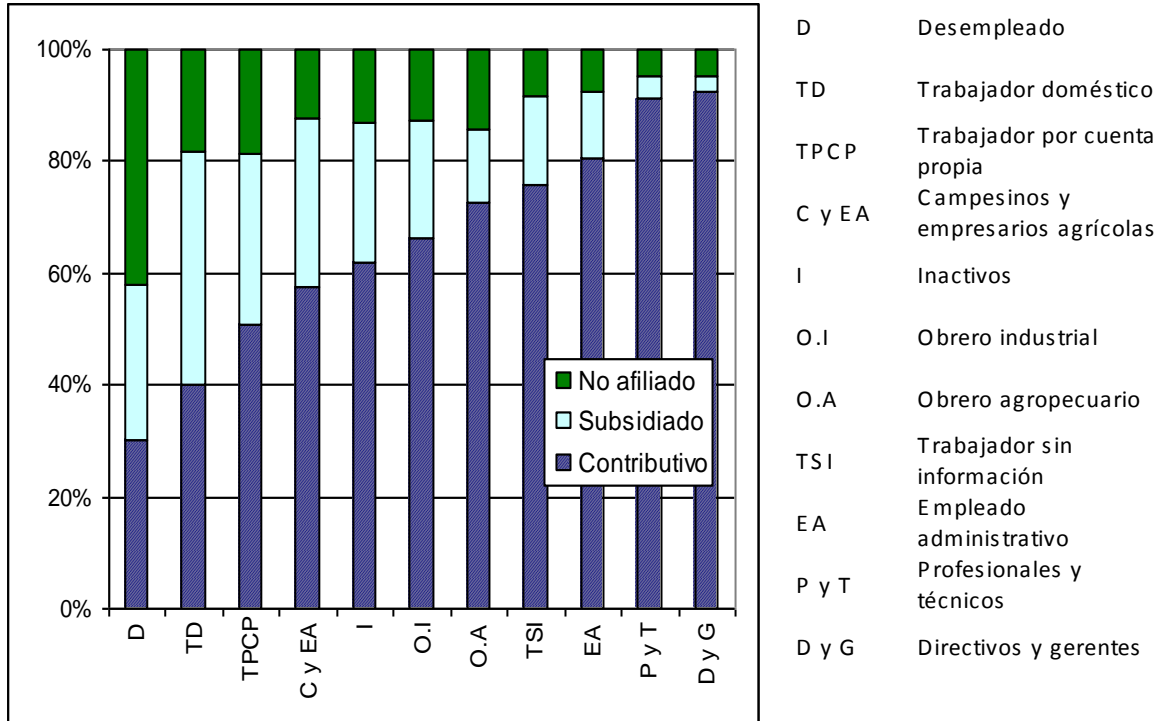
Las diferencias también son bastante notorias en el análisis por escolaridad como se puede apreciar en el gráfico 12, hay una estrecha relación directamente proporcional entre la escolaridad y la afiliación al régimen contributivo. En los grados más bajos de escolaridad se presenta una importante compensación del régimen subsidiado, aunque persiste la relación inversa entre escolaridad y no afiliación, es decir los mayores porcentajes de desafiliación se encuentran en los niveles más bajos de escolaridad.

Gráfico 12. Afiliación y no afiliación al sistema de seguridad social en salud por escolaridad



Hay que tener en cuenta que la señalada dinámica entre escolaridad y afiliación al sistema de seguridad social se encuentra ligada a la vinculación al mercado laboral, no sólo en términos de un mayor número de personas empleadas sino también la clase de empleo con que cuenta. Siguiendo la clasificación de clase social desarrollada en esta investigación, se encuentran importantes desigualdades, tal como se puede derivar del gráfico 13, en el que se puede establecer una jerarquía según la cobertura que refleje la afiliación al régimen contributivo. Allí claramente se distingue como los desempleados, el trabajador doméstico y los trabajadores por cuenta propia son los más vulnerables, en tanto el régimen subsidiado débilmente compensa la falta de afiliación al régimen contributivo. Especial relevancia cobran los desempleados dado que en este segmento la afiliación del régimen subsidiado juega un limitado papel, con lo cual un elevado porcentaje de personas quedan sin protección.

Gráfico 13. Afiliación y no afiliación al sistema de seguridad social en salud por clase social



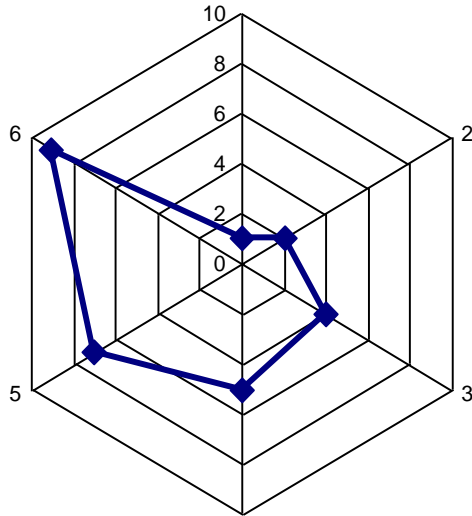
La situación puede ser aún más desigual si se considera que algunas de las personas que enfermaron y asistieron a los servicios profesionales de salud no pudieron acceder al sistema de seguridad por la falta de afiliación (cuadro 1). Esta razón es la que más se destaca tanto, para hombres como para mujeres, entre las razones que expusieron quienes asistieron a servicios profesionales médicos pero no a una EPS. Una proporción, también significativa, de esta respuesta se encuentra en los niveles más bajos de escolaridad y en el nivel técnico (36,6%); sorprende que cerca del 30% de los menores de 5 años que asistieron a servicios médicos no lo hicieran a una EPS por no estar afiliados, dados los ingentes esfuerzos que se han hecho por cubrir a este segmento de población. Al contrario, esta es una situación que no parece afectar especialmente a los grados de tecnólogo y universitario, en los que la respuesta apenas cubrió el 3%, en tanto que los de grado universitario registraron el 18% en esta razón de no asistencia.

**Cuadro 1. Razones de no asistencia a una EPS para recibir servicios de salud, por sexo y escolaridad**

Razón de no asistencia a una EPS	Hombre	Mujer	< 5 años	Ninguno	Primaria	Secundaria	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Posgrado
No está afiliado	21,7	23,25	29,54	21,82	25,37	24,7	36,61	3,47	18,19	3,09
El centro de atención queda lejos	5,28	2,47	1,22	11,95	5,62	4,03	0,89	5,33	2,95	0
Falta de dinero para desplazarse	1,66	0,51	0	1,86	2,14	1,62	0,11	0	0,23	0
Falta dinero para cuota moderadora	1,2	1,53	0,09	3,46	2,78	0,83	2,94	0	0,9	0,86
Mal servicio	18,72	22,26	20,29	12,99	19,73	18,03	15,09	38,41	21,31	37,25
Cita distanciada en el tiempo	11,34	9,24	6,19	15,16	9,36	15,09	7,42	10,1	7,49	5,56
No lo atendieron	2,81	3,79	1,74	0,81	5,44	4,4	6,16	4,31	0,64	3,08
Muchos trámites para la cita	10,15	7,86	3,94	17,61	11,23	7,46	4,77	3,43	11,62	7,49
Prefiere medicina prepagada o particular	19,58	21,5	29,27	11,65	8,53	14,19	10,88	18,67	33,06	42,58
Otros - NS-NR	7,56	7,59	7,72	2,69	9,8	9,65	15,13	16,28	3,61	0,09
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Si esta razón de no asistencia se estudia por localidad se encuentra que las diferencias se acrecientan, pues mientras en localidades como Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar cerca del 50% de quienes fueron a servicios médicos profesionales no asistió a la EPS por no estar afiliado, en sectores como Usaquén y Chapinero este porcentaje es cercano al 5,5%. Es preciso recordar que estas últimas localidades son las que acusan los más elevados niveles de afiliación al régimen contributivo, mientras que las primeras tienen muy baja proporción de afiliados al régimen contributivo y unas de las más altas tasas de desafiliación. Con estos resultados se observa que las desigualdades son enormes, pues la proporción de quienes no asisten por no estar afiliados es nueve veces superior en Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar a las de Usaquén y Chapinero (gráfico 14).

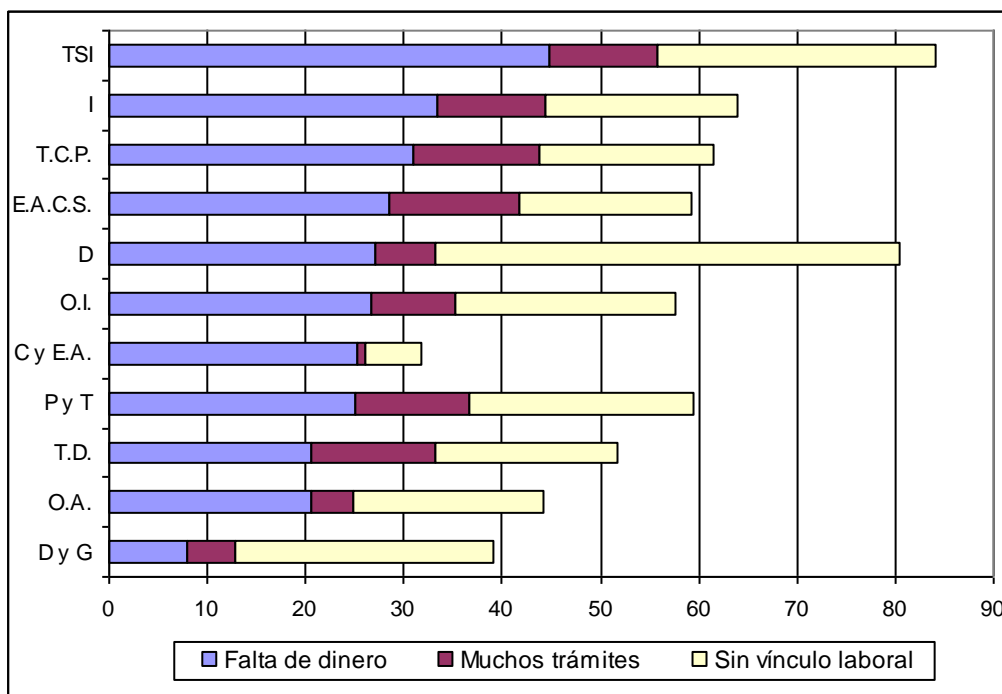
Gráfico 14. Desigualdad en la proporción de personas que aduce la falta de afiliación para no asistir a los servicios brindados a través de la EPS



Localidad	Razón de tasa
1 Usaquén, Chapinero	1
2 Teusaquillo, Fontibón, Barrios Unidos	2
3 Puente Aranda, Suba, Sumapaz, Engativá	4
4 Kennedy, Antonio Nariño, La Candelaria, San Cristobal, Los Mártires, Bosa, Usme	5
5 Tunjuelito, Santafé	7
6 Rafael Uribe Uribe, Ciudad Bolívar	9

Es preciso señalar que la relación laboral se ha convertido en una de las razones centrales por las cuales las personas no cuentan con afiliación a la seguridad social. Si se estudia la desigualdad por medio de la estructura de clase se encuentra que la falta de dinero está relacionada de manera inversa con la posición de clase en la jerarquía social, los inactivos, los trabajadores por cuenta propia tienen esa razón como una de las principales, mientras que para los directivos y gerentes este motivo no tiene papel importante. De igual manera, un segundo motivo es la ausencia de vínculo laboral, que como resulta evidente es la principal causa aducida por los desempleados (47%), pero también es significativa para profesionales y técnicos, directivos y gerentes (26%), y en proporciones más o menos similares para trabajadores por cuenta propia, inactivos y empleados administrativos y del comercio (alrededor del 17%).

Gráfico 15. Porcentaje de personas por razones de no afiliación por clase social



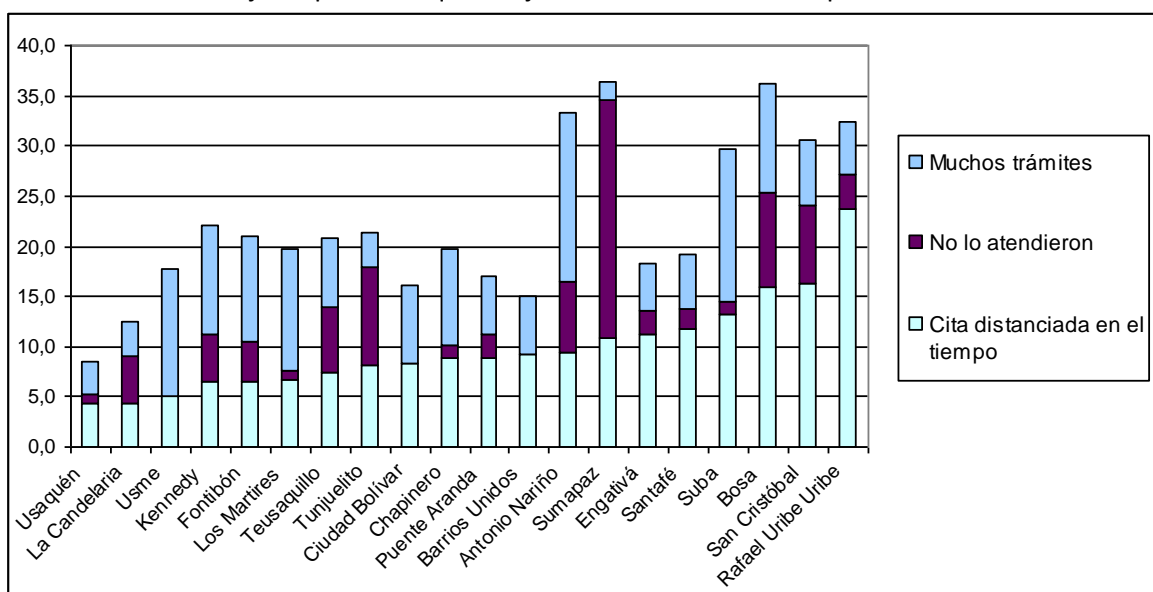
- O.I. Obreros industriales
- O.A. Obreros agropecuarios
- T.D. Trabajadores domesticos
- E.A.C.S. Empleados administrativos del comercio y los servicios
- P y T Profesionales y tecnicos
- D y G Directivos y gerentes
- T.C.P. Trabajadores por cuenta propia, pequeños y medianos
- C y E.A. Campesinos y empresarios agropecuarios
- TSI Trabajadores sin Informacion
- D Desempleados
- I Inactivos

Además de la afiliación existen otras barreras que inhiben el acceso a la atención prestada como parte del aseguramiento en salud. Al revisar el conjunto de motivos de no asistencia a EPS registradas en la encuesta de calidad de vida de 2007 en Bogotá, se evidencia que la falta de dinero sigue siendo el mejor elemento diferenciador entre los grupos de población. Una de las



observaciones interesantes es que la multiplicidad de trámites para obtener una cita o la práctica de exámenes así como las citas distanciadas en el tiempo están entre las razones más importantes para desestimular la asistencia a los servicios por la EPS. Las citas distanciadas en el tiempo y los trámites son una constante en todas las localidades, siendo una situación especialmente difícil en las localidades de Bosa, San Cristóbal y Rafael Uribe Uribe, en las que es una barrera para más del 15% de quienes asistieron a servicios médicos profesionales. Igualmente, es preciso destacar el tema de la no atención, que resulta particularmente grave en el caso de la localidad de Sumapaz, que como ya se mencionó atrás tiene una fuerte barrera al acceso en la oferta de servicios. En contraposición se puede observar el caso de Barrios Unidos, en el que no se registra ninguna exclusión directa y, como ya se dijo, es la localidad que menos barreras al acceso reporta.

Gráfico 16. Porcentaje de personas que adujeron barreras de acceso por localidad

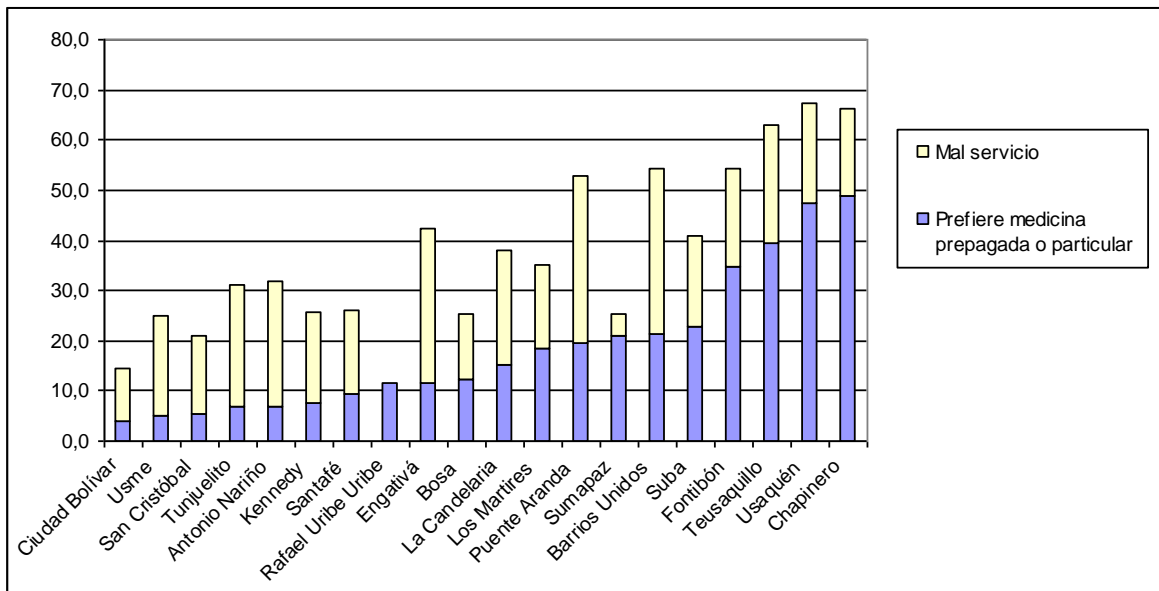


Resulta evidente (como se observa en el gráfico 16) que la preferencia por medicina prepagada o por médicos particulares es un elemento fuertemente diferenciador entre las localidades, en las localidades con mayor exclusión por razones de afiliación dicha preferencia no juega un papel preponderante, mientras que si lo es para las localidades con mayores niveles de afiliación. También resulta importante destacar que la percepción de mala prestación de los servicios de salud brindados a través de las entidades aseguradoras se presenta en las diferentes localidades (gráfico 16).

Esta percepción se complementa con la calificación dada a los servicios prestados a través del sistema de aseguramiento, cerca del 60% de los afiliados en Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar los califican como buenos y, en el otro extremo, alrededor del 75% de los afiliados en Chapinero le otorga esta calificación. Circunstancia que no sorprende dados los comentarios realizados en páginas anteriores. De otra parte con porcentajes oscilando en rangos más estrechos pero alrededor de 65% de personas por nivel educativo califican como buenos los servicios de salud.

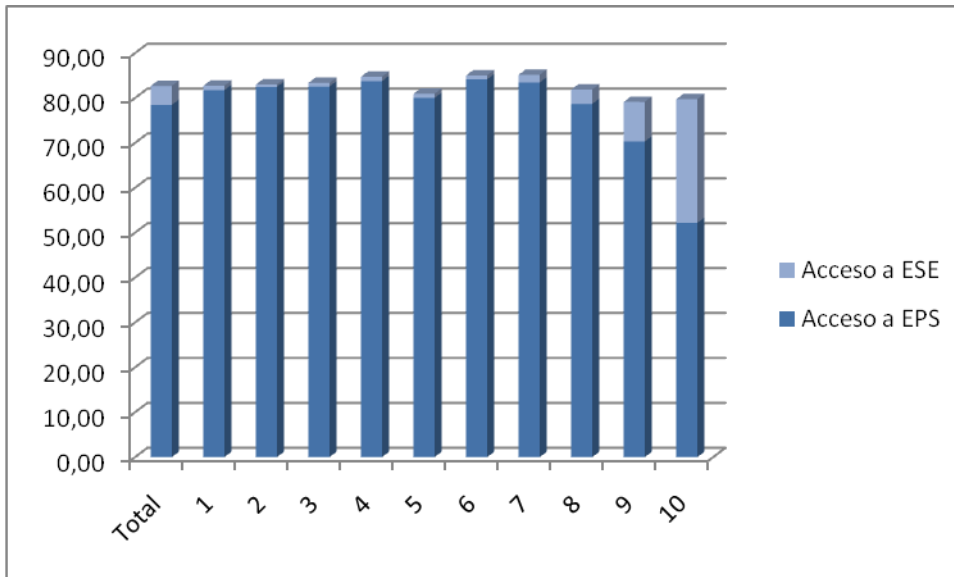
Una circunstancia similar se podría anotar respecto al agrupamiento de la población por rangos de edad.

Gráfico 17. Porcentaje de personas que aducen mal servicio y otras preferencias para no asistencia a EPS por localidad



Si se consideran solamente aquellas personas que asistieron a la prestación de servicios profesionales resulta curioso que el aporte de los recursos de oferta no parece generar una tendencia importante en reducir la desigualdad en el acceso. Para los menores niveles de ingreso resulta determinante contar con la afiliación a la seguridad social, mientras que el acceso a servicios a través de la ESE se presenta con mayor énfasis en los sectores de altos ingresos (gráfico 13). Sin embargo, como se ha señalado al principio esta evidencia no permite concluir sobre inequidad, pues sólo contempla la desigualdad vista a través de los ingresos.

Gráfico 18. Porcentaje de asistentes a servicios profesionales según mecanismo

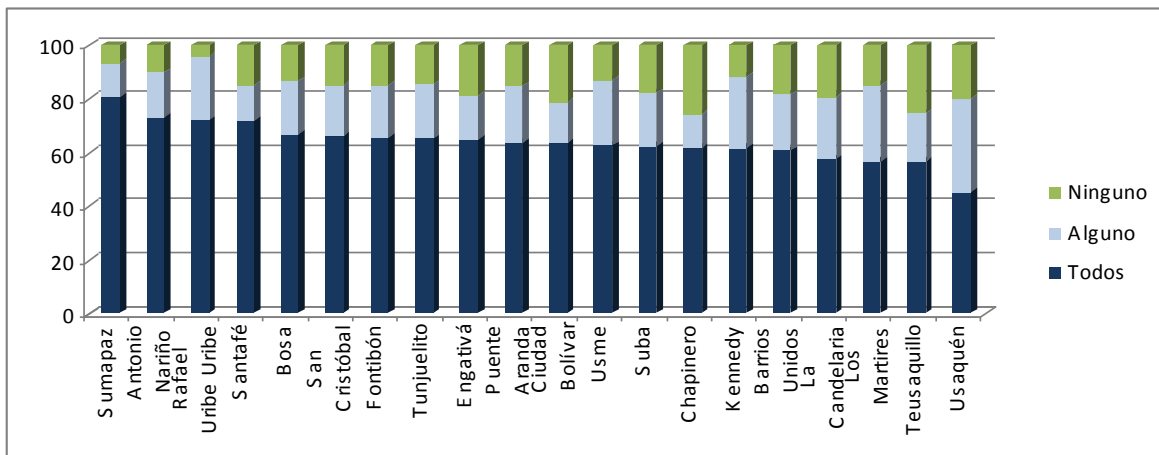


### 3. Desigualdades en tratamiento

El último momento crítico en el proceso de respuesta social es el acceso al tratamiento. Una manera de aproximarse a esta fase a partir de la encuesta de calidad de vida es por medio de los medicamentos, en particular con su entrega. Al estudiar los resultados provistos por la encuesta se aprecian importantes diferencias entre las distintas localidades (gráfico 19). Sin embargo, las diferencias no parecen guardar concordancia con los niveles de afiliación o de barreras de acceso a la prestación de servicios de salud. Como se recuerda las localidades de Usaquén y Teusaquillo están entre las que mayor nivel de afiliación reportan, e igualmente entre las que presentan

menores barreras, no obstante, son las que exhiben menor porcentaje de personas a las que les son entregados todos los medicamentos. Por el contrario la localidad de Sumapaz, que tiene el más alto nivel de afiliación al régimen subsidiado es la que menos sufre la falta de medicamentos. Sorprende también que Barrios Unidos, uno de los que expresa las mejores condiciones de atención en salud comparta los mismos niveles con localidades como Los Mártires y La Candelaria, que ocupan los últimos lugares de la tabla.

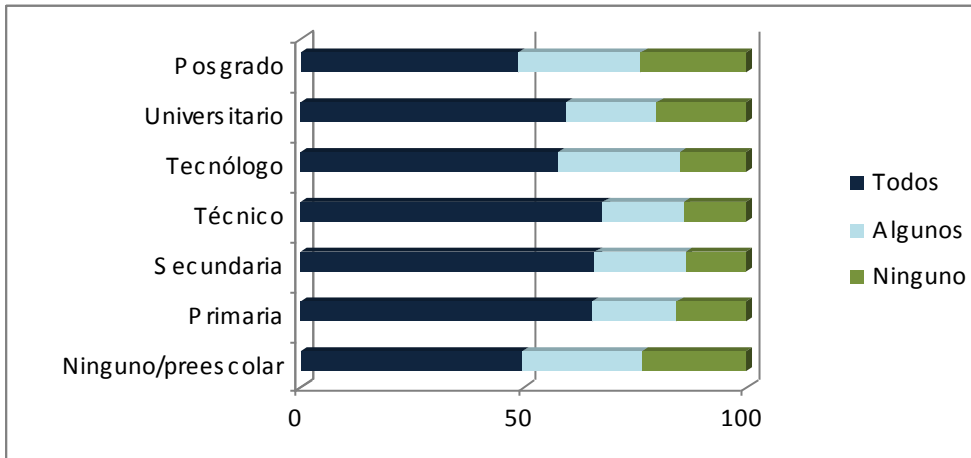
Gráfico 19. Porcentaje de personas a quienes les entregan medicamentos por localidad



Tampoco parece existir mucha concordancia entre el nivel educativo y la entrega de medicamentos. El nivel de postgrado y el de ninguna escolaridad registran igual porción de personas a las que les fueron entregados todos los medicamentos (inferior a 50%), mientras que los niveles de primaria, secundaria y técnico reportan los porcentajes más altos (entre el 65 y el 67%). Lo que se observa es consistencia en las proporciones de diferenciación en la entrega de todos los medicamentos, algunos de ellos o ninguno.

En el caso de las diferencias por género, prácticamente se encuentra igualdad en la condición de acceso a los medicamentos, el 62% de los hombres y el 63% de las mujeres pueden contar con la entrega de todo aquello que les recetaron. Respecto a la edad se notan algunas diferencias, que de manera sorpresiva afectan más a los menores de nueve años y a la población mayor de 50 años.

Gráfico 20. Porcentaje de personas a quienes les entregan medicamentos por escolaridad



Otra forma de conocer el problema del tratamiento es a través de los enfermos crónicos que lo reciben o que asisten a consultas. En la encuesta de calidad de vida se observa un importante porcentaje de asistencia, sin embargo, se notan diferencias significativas entre los deciles de ingreso. Si se consideran estos resultados como tendencia más que como registro puntual se concluye que efectivamente la población de menores ingresos presenta una mayor proclividad a permanecer por fuera del tratamiento que quienes se encuentran ubicados en los altos deciles (gráfico 15).

Gráfico 15. Porcentaje de personas con enfermedad crónica que no recibe tratamiento



