

Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia

Equity in access to health-services in Antioquia, Colombia

Aurelio Mejía-Mejía, Andrés F. Sánchez-Gandur y Juan C. Tamayo-Ramírez

Centro de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia, Colombia. aemejiamejia@yahoo.com, afsanchezgandur@gmail.com, tamayoram@gmail.com

Recibido 30 Agosto 2006/Enviado para Modificación 2 Enero 2007/Aceptado 11 Febrero 2007

RESUMEN

Objetivo Analizar la equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia así como sus principales determinantes.

Metodología para el análisis descriptivo se discriminan variables de acceso a servicios de salud por nivel socioeconómico y tipo de afiliación. Para identificar los determinantes del acceso a servicio de salud se construye un modelo Logit cuyas variables explicativas son el estatus socioeconómico, edad, educación, género, ubicación urbano/rural, estado de salud autorreportado y tipo de afiliación a la seguridad social.

Resultados Ante la necesidad de buscar atención no se observan diferencias entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero sí entre éstos y los no afiliados. Las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para no acceder a servicios de salud para los afiliados al régimen subsidiado y los no afiliados. Se evidencian inequidades entre afiliados y no afiliados, en tanto los del régimen contributivo tienen mayores facilidades para continuar con la atención. Existe un sesgo positivo en el acceso a servicios de salud preventivos que favorece los de mejor situación económica.

Conclusiones La educación, edad y tipo de afiliación a la seguridad social son los principales factores que inciden sobre el acceso a servicios curativos y preventivos. El género, estado de salud autorreportado y ubicación geográfica son factores adicionales para explicar el acceso a servicios preventivos, pero que no inciden en el acceso a servicios curativos.

Palabras Clave: Acceso y evaluación de servicios de salud, equidad en salud, equidad en el acceso, accesibilidad a servicios de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Analysing equity in access to health care in Antioquia, Colombia. Methods Poorer and richer groups' access to health-care was evaluated, as was that of people with insurance and those without it. A Logit model was estimated for analysing the main determinants of access to curative and preventative health-care services; explanatory variables were socioeconomic status, education level, self-reported health

status, age, gender, urban/rural location and social security affiliation.

Results There was no difference in health-care service access amongst people affiliated to contribution-based and subsidised regimes. However, financial constraints represented important obstacles for subsidised regime members and those having no affiliation. Contribution-based regime members had greater resources for continuing to receive attention. There was positive bias in using preventative services thereby favouring people having higher socioeconomic status.

Conclusions Educational level, age and being affiliated to social security were the main factors explaining health-care service access. Gender, self-reported health status and geographical location were additional factors explaining preventative health-service access.

Key Words: Health care quality, access, evaluation, health-care access, equity in health, equitable access (*source: MeSH, NLM*).

La salud no sólo es la ausencia de enfermedad sino también la capacidad de las personas para desarrollar todo su potencial a lo largo de la vida. Desde una perspectiva más general se reconoce la salud como un activo que los individuos poseen y que a la vez es un factor importante para el desarrollo económico (1); si los agentes pueden acceder a los recursos que les permita aprovechar todo su potencial en salud las posibilidades de generar bienestar y rendimientos futuros en la economía se incrementan (2).

Las consideraciones de equidad han estado presentes frecuentemente en las discusiones sobre salud y los avances en los indicadores de los sistemas de seguridad social, ya que a pesar de los progresos persisten inaceptables desigualdades entre muchos grupos de población (1-3). Las inequidades en salud pueden limitar las oportunidades de muchas personas de llevar la vida que desean, puesto que ven restringidas sus capacidades de participar en la vida pública y de obtener los mismos retornos por esfuerzos similares. Una de las dimensiones en las cuales se observan mayores desigualdades es en el acceso a servicios, ya que el proceso de búsqueda de atención en salud muchas veces no se completa, o incluso no inicia, debido a barreras desde el lado de la oferta o de la demanda.

En Antioquia, el panorama actual de desarrollo social en términos de equidad es preocupante. La iniciativa de la Alianza de Antioquia por la Equidad reconoce la inequidad y el bajo desarrollo humano integral de la población como el macroproblema del Departamento (4). Para el caso de salud, se ha verificado la existencia de grandes disparidades en materia de morbilidad evitable,

nutrición, mortalidad infantil y esperanza de vida (5). En el régimen subsidiado las barreras económicas y geográficas suponen un obstáculo importante para el acceso a servicios de salud, de modo que aunque la persona pueda llegar a consulta médica, tiene dificultades para continuar y finalizar de forma adecuada el proceso (6).

Ahora bien, determinar cuándo un acuerdo o resultado social es o no equitativo depende de la concepción sobre justicia social que adopten los individuos, grupos o gobiernos. El presente trabajo adopta el planteamiento presentado por Sen (7) según el cual los acuerdos sociales deben evaluarse en función de las capacidades para hacer cosas y en la libertad para llevar la vida que se desea. De esta forma, el análisis de la equidad se preocupa por los procesos de elección, la libertad de actuar y el bienestar que alcanzan las personas con cada elección. Por su parte, en salud Whitehead plantea que las inequidades deben ser entendidas como desigualdades innecesarias, evitables e injustas (8), las cuales descansan sobre la existencia de barreras para que las personas obtengan condiciones favorables, impidiendo el logro del potencial en salud a partir de acuerdos sociales que restringen la libertad.

Entendiendo el acceso a servicios de salud como el "proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente" (9), se pueden distinguir tres dominios o alcances para su estudio: 1) estrecho, que comprende la búsqueda de atención y el inicio de ésta; 2) intermedio, que además de lo anterior, adiciona la continuación de la atención; 3) amplio, que agrega el deseo por la atención y por ende comprende el proceso en su conjunto (10).

Completando esta concepción, Aday y Andersen (11) distinguen tres niveles de acceso que se relacionan a través de determinantes individuales, organizacionales y sociales: 1) Político: acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud. Muchas de las barreras que se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos, o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios; 2) Acceso potencial: interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial, y a la salida del

sistema. Respecto a la demanda intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes; y 3) Acceso real: relaciona determinantes objetivos -cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios, y subjetivos de la utilización de servicios -satisfacción- (9).

Considerando lo anterior, el objetivo de este trabajo es presentar un análisis del departamento de Antioquia en términos de equidad en el acceso a servicios de salud.

METODOLOGÍA

Para el análisis descriptivo se construyen tablas de contingencia para variables de acceso a servicios de salud disponibles en la Encuesta de Calidad de Vida 2003, discriminando por tipo de afiliación a la seguridad social y nivel socioeconómico. Se realizan pruebas de hipótesis de diferencia de medias para verificar la existencia de diferencias sistemáticas entre grupos. En el dominio estrecho se emplean indicadores como la consulta en caso de enfermedad y las razones de no acceso a servicios. En el dominio intermedio se tiene en cuenta la remisión a especialista, la demora en la remisión y la entrega de medicamentos. El dominio amplio adiciona la consulta por prevención.

Para realizar la estimación de los determinantes del acceso a servicios de salud curativos en Antioquia se construyó un modelo Logit (12-13) cuya variable endógena corresponde a la respuesta de la pregunta "¿Para tratar ese problema de salud, qué hizo principalmente?". Para estimar el modelo se construyó una variable dicotómica que toma el valor de uno si la persona asiste a un médico o institución de salud y cero en otro caso. Adicionalmente, se realizó una estimación para conocer el acceso a servicios de prevención cuando no se está enfermo. Se utilizó la respuesta a la pregunta "Sin estar enfermo y por prevención, consulta por lo menos una vez al año", construyendo una variable dicotómica que toma el valor de uno si la persona asiste a consulta por prevención, ya sea donde un médico, odontólogo o ambos, y cero en otro caso. No se realizan estimaciones para el dominio intermedio debido a la limitación en los datos. Todos los cálculos y pruebas se realizaron con el paquete econométrico STATA 9 (14).

Las variables incluidas en los modelos son: gasto total agregado (alto, medio y bajo), tipo de afiliación a la seguridad social (régimen contributivo, régimen subsidiado y ninguna afiliación), edad, sexo, ubicación geográfica (zona urbana

y zona rural), educación (ninguna, primaria, bachillerato y superior), estado de salud autorreportado (malo o regular y bueno o muy bueno). En las estimaciones solo se trabaja con las personas mayores de 15 años para evitar el problema de sesgo que se presenta con la variable educación, debido a que los menores no han tenido la posibilidad de decidir hasta donde educarse y por lo tanto en esta cohorte no existe suficiente variación de esta variable explicativa para que sea de verdad un determinante. Las categorías de referencia para interpretar los valores de los Odds Ratio son ninguna educación, gasto bajo, ubicación rural, no afiliado, estado de salud malo o regular y sexo femenino. Se emplea la prueba de Hosmer y Lemeshow para probar la bondad del ajuste del modelo (12).

RESULTADOS

En el percentil superior del gasto es más alto el porcentaje de personas en el régimen contributivo (52,7 %), y al mismo tiempo, conforme aumenta el estatus socioeconómico decrece el aseguramiento en el régimen subsidiado (66,4 % para el nivel bajo y 9,5 % para el nivel alto), acompañado de una disminución significativa de la población no asegurada (44,3 % para el nivel bajo y 20,4 % para el alto). En los niveles más bajos aproximadamente la mitad de la población no cuenta con ningún tipo de seguro, lo cual da cuenta de la inequidad en la afiliación en el Departamento. También se evidencia que las estrategias de focalización no han sido lo suficientemente efectivas, pues un 9,5 % de las personas del percentil superior de gasto se encuentran afiliadas en el régimen subsidiado. Los resultados del análisis descriptivo se resumen en la Tabla 1.

En cuanto al estado de salud, el 75 % de la población reporta un estado de salud bueno o muy bueno, mientras el 22 % reporta un estado regular y 3 % asegura que es malo. Se observa que existen diferencias entre la percepción sobre el estado de salud del individuo y el régimen al cual pertenece; así, las personas afiliadas al régimen contributivo tienen una mayor probabilidad de tener un muy buen estado de salud, mientras las pertenecientes al régimen subsidiado o sin ningún tipo de afiliación tienen mayor probabilidad de reportar regular o mal estado de salud comparado con el contributivo. Sin embargo, se presenta una mayor proporción de personas que padecen enfermedades crónicas en el régimen contributivo, aunque en el subsidiado es mayor la proporción que padece algún tipo de enfermedad crónica pero no consultan periódicamente.

Finalmente, la población del percentil inferior del gasto reporta con mayor probabilidad sentirse con un estado de salud regular o malo, por lo que se esperaría

que sean quienes empleen en mayor medida los servicios de salud, y, como consecuencia realicen más pagos como porcentaje de su renta en forma de copagos o pólizas de seguro. En efecto, las personas que no tienen afiliación presentan un mayor gasto de bolsillo en hospitalización, consultas y medicamentos comparados con quienes se encuentran en el régimen contributivo -con los afiliados al subsidiado no existe diferencia significativa-, lo cual es evidencia de rezagos en la equidad en Antioquia en lo relacionado con financiamiento.

Tabla 1. Antioquia: indicadores de acceso según afiliación y estatus socioeconómico

Variable	Afiliación			Nivel de gasto		
	Contributivo	Subsidiado	Ninguna	Alto	Medio	Bajo
Estado de salud						
Muy bueno/bueno	0,7847	0,6672	0,7529	0,8193	0,7506	0,6837
Regular/Malo	0,2153	0,3328	0,2471	0,1807	0,2494	0,3163
Problema en los últimos 30 días						
Si	0,1606	0,0952	0,1004	0,1592	0,1327	0,0878
No	0,8394	0,9048	0,8996	0,8408	0,8673	0,9122
Consulta prevención						
Si	0,6208	0,3914	0,2992	0,6471	0,4341	0,3065
No	0,3792	0,6086	0,7008	0,3529	0,5659	0,6935
Acceso a servicios						
Si	0,8224	0,8291	0,5739	0,8250	0,6820	0,7313
No	0,1776	0,1709	0,4261	0,175	0,318	0,2687
Remisión especialista						
Si	0,2597	0,1416	0,1835	0,2665	0,2233	0,106
No	0,7403	0,8584	0,8165	0,7335	0,7767	0,894
Entrega medicinas						
Todos	0,5510	0,4303	0,0116	0,4373	0,47	0,1834
Algunos	0,2130	0,2756	0,0000	0,2005	0,1221	0,2107
Ninguno	0,2360	0,2942	0,9884	0,3622	0,4079	0,6059
Proporción gasto en salud / gasto total						
	0,0664	0,1386	0,1815	0,0820	0,0523	0,2254
Razones no acceso						
Caso leve	0,5661	0,3555	0,2062	0,4805	0,3262	0,3154
Dinero	0,1294	0,4059	0,6569	0,2583	0,4927	0,4590
Otras causas	0,3045	0,2387	0,1368	0,2612	0,1810	0,2258

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2003. Cálculos de los autores.

En lo referente al dominio estrecho, podemos reconocer que no existen diferencias en la probabilidad de acceder a un médico o institución de salud entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado. Sin embargo, existe un sesgo positivo en el acceso que favorece a las personas en mejor posición

socioeconómica y a los afiliados con respecto a los no asegurados. Al evaluar las razones por las cuales las personas no acuden al médico, en Antioquia la principal causa está asociada con la falta de dinero -41,6 %-, seguida por considerar el caso como leve -36,9 %-. Así, el 46 % de las personas del percentil inferior del gasto perciben que la falta de dinero es el principal obstáculo al acceso al servicio de salud. Al diferenciar la falta de dinero por estrato económico, se encuentra que a medida que éste aumenta dicha razón empieza a disminuir, llegando a representar un 26 % para los de mejor posición. Otras razones por las que las personas que reportaron haber estado enfermas y no accedieron al servicio -centro de atención lejos, trámites excesivos para la cita, había consultado antes y no encontró solución del problema, no confía en los médicos- representan el 21,6 % restante. Según el tipo de afiliación, el motivo principal por el cual no acudieron al médico los no asegurados se explica en gran medida por la falta de dinero, mientras en el régimen contributivo la principal razón es por tratarse de un caso leve seguida de la falta de dinero. Finalmente, la principal barrera de las personas afiliadas al régimen subsidiado es la falta de dinero.

Respecto a la continuidad en el servicio no se evidencian diferencias significativas en la remisión a especialista entre grupos socioeconómicos; además, si analizamos el promedio de días que transcurrieron entre el momento de pedir la cita y la consulta con el especialista, no se reconocen diferencias importantes. No obstante, entre más bajo el nivel de gasto de las personas, más probable que no reciba los medicamentos por parte de la institución. Ahora bien, el panorama es distinto cuando se discrimina por régimen de afiliación, pues se favorece la continuidad de las personas del contributivo en el sentido que llegan con mayor facilidad a consulta con el especialista. Entre regímenes tampoco se observan diferencias significativas en la demora en la remisión, aunque el período de espera tiende a ser menor en el régimen contributivo y tienen mayor probabilidad de recibir todos los medicamentos recetados por parte de la institución, facilitando de esta forma la continuidad en el servicio.

Finalmente, respecto al dominio amplio, se observa que la búsqueda de servicios por prevención está bastante sesgada al régimen contributivo. Las diferencias son más marcadas en la población del percentil inferior del gasto, quienes en un 69 % no realizan ningún tipo de consulta preventiva.

Los resultados de las estimaciones se presentan en las Tablas 2 y 3. La prueba de Hosmer y Lemeshow de ambos modelos indica que no se puede rechazar la

hipótesis de que el modelo se ajusta adecuadamente a los datos (valor $p > 0,05$). Adicionalmente no se presentan indicios de heteroscedasticidad ni problemas de sesgo de selección.

En el modelo de determinantes del acceso a servicios curativos, se observa que la probabilidad de acceder a servicios curativos aumenta cuando mayor es el grado de escolaridad alcanzado por persona. De acuerdo con la Tabla 2, una persona con educación superior tiene una probabilidad 6,3 veces mayor de acceder que aquella que no tiene. Por su parte, se observa que el sistema de afiliación tiene un efecto positivo sobre el acceso, ya que el seguro remueve barreras para que las personas tengan contacto con el sistema de salud a la hora de demandar servicios. La probabilidad de acceso es mayor para las personas que tienen seguro sobre las que no lo tienen: alrededor de tres veces más para el asegurado, pero sin diferencias significativas entre quienes pertenecen al régimen subsidiado y al contributivo.

Tabla 2. Antioquia: determinantes del acceso a servicios en caso de enfermedad (Número de observaciones: 449; tamaño de la población: 5 608 829)

Variable	Razón de disparidad	Estadístico t (valor p)	Intervalo de confianza (95%)
Gasto			
Medio	1,148	0,37 (0,712)	(0,551 - 2,392)
Alto	1,001	0,00 (0,998)	(0,433 - 2,316)
Edad	1,027	2,82 (0,005)	(1,008 - 1,046)
Educación			
Primaria	1,585	1,01 (0,312)	(0,648 - 3,873)
Secundaria	3,454	2,30 (0,022)	(1,2 - 9,942)
Superior	6,269	2,61 (0,009)	(1,573 - 24,989)
Afiliación			
Contributivo	3,287	3,91 (0,000)	(1,806 - 5,981)
Subsidiado	3,465	3,22 (0,001)	(1,621 - 7,405)
Ubicación			
Zona Urbana	1,33	0,88 (0,379)	(0,704 - 2,513)
Género			
Masculino	0,892	-0,40 (0,687)	(0,51 - 1,559)
Estado de salud			
Bueno/Muy bueno	0,976	-0,08 (0,935)	(0,543 - 1,754)

La variable edad es significativa y su efecto sobre el acceso después de superados los 15 años es positivo. A medida que aumenta la edad se incrementa la probabilidad de acceso dado que las personas en edad avanzada presentan

mayores deterioros físicos, mentales, así como enfermedades características del envejecimiento que conducen a un incremento en la demanda de los servicios de salud con respecto a la demanda que realiza los jóvenes. Variables que en teoría están asociadas al acceso de servicios de salud como el gasto per cápita, la ubicación geográfica y el sexo no resultaron ser significativas en esta estimación. La variable estado de salud autorreportado tampoco es significativa.

En el modelo de prevención de la Tabla 3, las variables consideradas resultan ser significativas, excepto la ubicación geográfica. Las personas de mayor nivel socioeconómico son quienes más utilizan los servicios de prevención, tal que, una persona del nivel alto tiene el doble de probabilidad de acceder que una del nivel bajo. Para afiliación, se observan impactos positivos sobre el uso de servicios preventivos para las personas que tiene seguro sobre las que no. En este sentido, se observa que los del contributivo tienen una probabilidad 2,6 veces superior de acceder que aquellos que no tienen ninguna afiliación, mientras que en el subsidiado esta probabilidad es de 1,8 veces superior, lo que confirma que el aseguramiento es una estrategia importante para obtener atención.

Tabla 3. Antioquia: determinantes del acceso a servicios de prevención
(Número de observaciones: 3 856; Tamaño de la población: 5 608 829)

Variable	Razón de disparidad	Estadístico t (valor p)	Intervalo de confianza (95%)
Gasto			
Medio	1,276	2,28 (0,022)	(1,035 - 1,572)
Alto	2,254	6,32 (0,000)	(1,752 - 2,901)
Edad	1,009	2,76 (0,006)	(1,002 - 1,015)
Educación			
Primaria	1,098	0,62 (0,533)	(0,818 - 1,474)
Secundaria	2,001	4,08 (0,000)	(1,434 - 2,794)
Superior	2,892	4,79 (0,000)	(1,872 - 4,467)
Afiliación			
Contributivo	2,557	8,59 (0,000)	(2,064 - 3,168)
Subsidiado	1,795	5,1 (0,000)	(1,433 - 2,247)
Ubicación			
Zona Urbana	1,002	0,02 (0,987)	(0,838 - 1,196)
Genero			
Masculino	0,604	-5,69 (0,000)	(0,508 - 0,719)
Estado de salud			
Bueno/Muy bueno	1,189	1,71 (0,088)	(0,975 - 1,451)

Respecto a otras variables explicativas, en educación se observa que entre más alto sea el nivel alcanzado mayor es el impacto sobre la probabilidad de

acceder a servicios de prevención. Para el caso de estado de salud se cumple que las personas con un buen estado de salud demandan con mayor probabilidad servicios de prevención, que puede interpretarse como el deseo de evitar el deterioro del capital salud (2). Por último, las mujeres presentan una mayor tendencia a utilizar servicios preventivos, como se esperaría debido a la atención prenatal y a la asistencia a programas de detección temprana de cáncer cervical y de mama.

DISCUSIÓN

El trabajo analiza, desde un punto de vista cuantitativo, la situación de equidad en el acceso a servicios de salud desde una perspectiva regional, considerando el acceso como un proceso más allá del contacto inicial con el sistema de salud e incluye la continuidad del tratamiento y el deseo por la atención. En este sentido, busca colaborar con la política de salud en el Departamento, en tanto permite conocer los factores que más inciden sobre las decisiones de las personas respecto al uso de servicios, lo cual facilita el diseño de mecanismos que buscan lograr una mayor cobertura y reducir las inequidades más apremiantes. Además, pretende motivar la realización de este tipo de análisis para otros departamentos del país, con el fin de convertirse en insumo para la política de salud de cada departamento al tiempo que serviría como herramienta para su monitoreo y evaluación. Así mismo, es un esfuerzo que requiere y amerita continuidad además del uso de otras fuentes de información, como la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005 de Profamilia, para dar respuesta a los interrogantes que se plantearon y en especial para contrastar los resultados del modelo econométrico.

El análisis de los datos proporcionados por la Encuesta de Calidad de Vida 2003 permite concluir que ante la necesidad de buscar atención no se observan diferencias entre afiliados al régimen contributivo y subsidiado, pero sí existen grandes diferencias entre éstos y los no afiliados; además, las personas de mejor nivel socioeconómico tienden a acceder con mayor facilidad. Al analizar los motivos por los cuales no se asiste a un médico o institución de salud, las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para los afiliados al régimen subsidiado y los no afiliados. En cuanto a la continuidad del tratamiento, se evidencian inequidades entre afiliados y no afiliados, en tanto los afiliados al régimen contributivo tienen mayores facilidades para continuar con la atención. Adicionalmente, los no afiliados y los de menor nivel de gasto presentan un mayor gasto de bolsillo en medicamentos y hospitalización como porcentaje del gasto, lo cual se reconoce como uno de los mayores generadores de inequidad (15). En cuanto a la atención preventiva, existe un sesgo positivo que favorece

los de mejor situación económica, lo cual puede ocasionar graves consecuencias en cuanto a estado de salud de las clases más desfavorecidas.

Las estimaciones del modelo de acceso en caso de enfermedad indican que el seguro es una estrategia importante para facilitar el acceso a los servicios de salud, ya que se remueven barreras para que las personas tengan contacto con el sistema de salud. En este sentido, no se observan diferencias significativas entre regímenes para el contacto inicial con el sistema. Así, la mayor equidad en el acceso y uso de los servicios de salud puede asociarse con los efectos del subsidio de salud traído por la reforma del sistema de seguridad social, que sirve a los grupos de menor nivel socioeconómico, conclusión coherente con las obtenidas por Flórez (16) y Tono (17) para el país y por Restrepo (9) para el régimen subsidiado.

La baja significancia estadística del gasto per cápita, la ubicación geográfica y el sexo en este modelo puede indicar que en Antioquia estas variables no son determinantes para explicar el primer contacto de las personas con el sistema de salud o que variables como la afiliación o la educación estén capturando el efecto del gasto, aunque dichos resultados deben corroborarse, ya sea empleando métodos alternativos de estimación u otras fuentes de información. Para el caso de la variable de estado de salud autorreportado, ello se puede explicar por el hecho que la variable dependiente está condicionada a las personas con algún problema de salud o debido a que inciden más los factores objetivos -necesidad real- que subjetivos - necesidad percibida-.

En cuanto al modelo de acceso a servicios de prevención, se observan diferencias por el nivel de gasto y la afiliación, tal que las personas del régimen contributivo tienen una mayor probabilidad de acceso que las del subsidiado. Estas diferencias pueden estar asociadas a barreras de acceso potencial, dado que las personas del contributivo están más concentradas en zonas donde hay mayores facilidades para obtener atención, y a barreras financieras asociadas con el costo de desplazarse hasta donde están los servicios, que en este caso son por prevención y no representan una prioridad. Dado que en el régimen subsidiado se concentra población pobre y que enfrenta mayores factores de riesgo, estas inequidades en el acceso a consulta de prevención puede eventualmente traducirse en una mayor carga de morbilidad que les impida lograr todo su potencial de salud y se produzca el círculo vicioso entre mala salud y pobreza (18). Para variables como educación, estado de salud y género se observan los resultados esperados, ya que se fortalece la idea que un nivel de educación más alto mejora las probabilidad de acceso y la tendencia que al mejorar el estado de salud se

busca mayor atención por prevención como una forma de demanda por capital salud.

El efecto positivo de una mayor educación sobre la probabilidad de acceso a servicios curativos y preventivos puede explicarse no solo a través del efecto indirecto derivado de un mayor nivel de ingresos de los hogares sino también de forma directa, puesto que tienen mayor disponibilidad de información acerca del control y tratamiento de enfermedades.

Las diferencias entre niveles socioeconómicos confirma que las condiciones de acceso son insuficientes e inequitativas, ya que la mayoría de las personas de bajos recursos que no accedieron al servicio de salud frente a una necesidad no lo hacían por su incapacidad de cubrir los costos de los servicios, lo cual hace pensar que si bien existen los mecanismos para llevar a cabo la atención médica para todas las personas sin importar su nivel socioeconómico, éstos en realidad son puramente formales.

De lo anterior se deduce que la solución de las problemáticas en salud precisa de estrategias que superan el ámbito de las intervenciones propiamente sanitarias. La educación es un ejemplo claro, ya que representa una acción que nace en otros sectores y que afecta directamente la salud de las personas, sea de forma indirecta por el nivel de ingresos y la calidad de vida, como de forma directa por la disposición a buscar y demandar atención ya sea por motivos curativos o preventivos. De esta manera, es importante recordar que la disminución o eliminación de las inequidades en el acceso a servicios de salud exige una política integral enfocada no solo en brindar una atención adecuada cuando se presenta la enfermedad sino también a propiciar condiciones que mejoren el estado de salud de las personas. Así, es necesario para el Departamento contar con un monitoreo permanente, con el objetivo de conocer las condiciones de acceso así como la calidad en la prestación de los servicios, que le permita garantizar una inversión sostenida y así facilitar a las personas acceder a los recursos necesarios para aprovechar todo su potencial en salud y de esta forma incrementar las posibilidades de generar bienestar y rendimientos futuros en la región ♦

Agradecimientos. A Jairo Restrepo, docente de la Universidad de Antioquia, y Andrés Zambrano, docente de la Universidad del Rosario, así como los comentarios de los evaluadores de la revista. Cualquier error u omisión es responsabilidad de los autores.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico. Ginebra: OMS; 2001.
2. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy* 1972;80(2):223-255.
3. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002;11(5/6):316-326.
4. Gobernación de Antioquia. La equidad social en Antioquia. Informe preliminar 2004. Medellín;2005.
5. Grupo de Economía de la Salud. Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia. *Observatorio seguridad social* 2005;(10):1-12.
6. Restrepo J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia. *Revista de Gerencia y Políticas de Salud* 2003;2(4):34-57.
7. Sen A. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Ediciones Planeta;1999.
8. Whitehead M. The Concepts and principles of equity and Health. *International Journal of Health Services* 1992;22(3):429-45.
9. Restrepo J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006.
10. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Revista de Salud Pública de México* 1985;27(5):438-53.
11. Aday L, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* 1974;9(3):208-20.
12. Hosmer D, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. Second Edition. John Wiley & Sons, Inc.;2000.
13. Maddala GS. *Limited-dependent and qualitative variables in Econometrics*. Cambridge University Press;1983.
14. StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 9.0*. Stata Corporation, College Station, TX;2005.
15. Vargas I, Vásquez M, Jané E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cadernos de saúde pública* 2002;18(4):927-937.
16. Flórez CE. *La equidad en el sector salud: una mirada de diez años*. Bogotá D.C.: Fundación Corona-Fundación Ford;2002.
17. Tono T. Acceso a los servicios de salud en Colombia: Efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos. *Coyuntura Social* 2000;(23):143-167.
18. Wagstaff A. The demand for health: an empirical reformulation of the Grossman model. *Health Economics* 1993;(2):189-198.