

Aseguramiento versus acceso con equidad: ¿qué muestran las encuestas ENDS?

Ramón Abel Castaño MD, PhD
Victoria Eugenia Soto, PhD



Resumen

El nuevo gobierno en Colombia, que inició su período en agosto de 2022, ha planteado la necesidad de reformar el sistema de salud, por dos razones, entre otras: 1) el aseguramiento no necesariamente mejora el acceso, y 2) persisten inequidades en el acceso efectivo a los servicios de salud. La presente nota de política busca analizar estos planteamientos a la luz del indicador de acceso a control prenatal, utilizando la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en sus versiones de 1990 a 2015. Los análisis bivariados de número de controles prenatales muestran un

crecimiento en todos los niveles de riqueza, educación y urbano/rural, y un cierre de las brechas de inequidad. Este efecto es mayor entre 1995 y 2010, que es el período en el cual crece en mayor medida la cobertura de aseguramiento de la población pobre. En conclusión, al observar la tendencia histórica, los hallazgos sugieren que la cobertura de aseguramiento sí ha mejorado el acceso a control prenatal y disminuido las brechas de inequidad. Estos avances deberían ser tenidos en cuenta en el diseño de una reforma de sistema de salud de forma que sean potenciados y las ganancias en acceso continúen.

Introducción

El debate público sobre la necesidad de reformar el sistema de salud en Colombia se ha iniciado formalmente con la llegada del nuevo gobierno en agosto de 2022. Desde la presidencia de la república, hasta el ministerio de salud y otras instancias del gobierno se ha planteado la necesidad de reformar a fondo el sistema de salud actual, porque, según sus planteamientos, en sus casi 30 años de existencia no ha logrado resolver sus problemas estructurales de fondo¹. Dos de los problemas que señalan los promotores de la reforma son: 1) el problema del acceso efectivo a los servicios de salud, que no es lo mismo que estar asegurado, y 2) las inequidades en el acceso efectivo a los servicios de salud.

En cuanto al primer problema se ha señalado que el logro de la cobertura de aseguramiento en salud, de casi un 98% de la población total, no implica necesariamente que haya un mejor acceso a los servicios de salud, pues, según los planteamientos de los promotores de la reforma, las aseguradoras interponen barreras de acceso que limitan el goce efectivo del derecho a la salud. Y en cuanto al segundo problema, se ha señalado que hay grandes inequidades en el acceso entre los más favorecidos y los menos favorecidos, y que el aseguramiento es un factor que profundiza estas inequidades

en vez de reducirlas, porque los afiliados al régimen subsidiado tienen menos probabilidad de acceder a los servicios de salud que los afiliados al régimen contributivo.

El presente análisis busca responder a la pregunta del acceso efectivo con equidad, a través del lente de los servicios de atención prenatal. Sobre este particular, el Ministerio de Salud señaló en rueda de prensa del 27 de septiembre de 2022 que 100.000 gestantes no recibieron atención prenatal adecuada en 2022 y al menos 30.000 no recibieron ningún control prenatal². Aunque estas cifras sin duda son preocupantes, es necesario llevar a cabo un análisis de tendencia y de las diferencias entre los grupos menos favorecidos y los más favorecidos, para evidenciar si el problema viene mejorando o no.

Esta y otras aseveraciones sobre el aseguramiento y las tendencias en las brechas el acceso con equidad, se pueden analizar usando la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). La presente nota de política analiza las encuestas desde 1990 hasta 2015 para el indicador de número de controles prenatales realizados en mujeres, para el último hijo nacido vivo que tuvieron durante los cinco años previos a la encuesta.

¹ Palomino, S. 2022. Artículo "La reforma del sistema de salud no es un asunto tan catastrófico como lo han planteado" publicado en el Diario el País. <https://elpais.com/america-colombia/2022-07-11/carolina-corcho-la-reforma-del-sistema-de-salud-no-es-un-asunto-tan-catastrofico-como-lo-han-planteado.html> Fecha de acceso: octubre 4-2022.

² Foro virtual "Reforma a la Salud; un diálogo nacional necesario Septiembre 27-2022.". Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=AzkYbMjQt8g>. Fecha de acceso: octubre 4-2022.

Para abordar esta pregunta, esta nota está organizada en las siguientes cinco secciones, así: en la sección 2 se analizan algunos estudios previos sobre esta pregunta, en la sección 3 se describen los materiales y métodos, en la sección 4 se presentan los hallazgos, en la sección 5 se discuten los hallazgos y en la sección 6 se presentan las conclusiones.

Antecedentes

El aseguramiento en salud es una forma en que los sistemas de salud puedan garantizar la protección financiera de los hogares frente a las necesidades de atención en salud. El efecto de protección financiera del sistema de aseguramiento en salud en Colombia parece ser positivo si se compara el gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud de países de ingreso similar al de Colombia. Según el grupo de estudio de Carga Global de la Enfermedad, el gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud en Colombia era del 20,6% en 2016³. Este indicador ubica a Colombia por debajo del promedio de países de ingreso medio y bajo, y por debajo del promedio de América Latina, donde solo es superada por Cuba (9,3%), Bermuda (10,2%), Argentina (14,8%), Uruguay (17,2%) y Saint Vincent y Grenadines (18,7%).

Ahora bien, el aseguramiento per-se, no necesariamente implica un mejor acceso a los servicios de salud. Aunque el gasto de bolsillo para los hogares se reduce para aquellos servicios que están cubiertos en el plan de beneficios, si la cobertura de beneficios es incompleta, todas aquellas prestaciones o tecnologías en salud que no estén cubiertas causan un mayor gasto de bolsillo. En este punto el sistema de salud colombiano tiene un alto desempeño pues, como resultado de un proceso continuo de incorporación de tecnologías en salud al plan de beneficios, es cada vez menor la proporción de estas que deben ser pagadas directamente por los hogares.

Pero aún quedan otros factores que influyen sobre el acceso y que explican por qué el aseguramiento per-se no equivale a un mejor acceso. Entre estos se cuentan factores como los gastos de transporte, el ingreso no percibido mientras se recibe atención en salud (esto es relevante para el régimen subsidiado, en el cual no hay prestaciones económicas por incapacidad temporal o permanente), otras barreras de tipo cultural y la insuficiente oferta de servicios. Por último, además de estas barreras de acceso quedan las que impone directamente el asegurador o

³ Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2019), 'Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995-2050', The Lancet, 393: 2233-60.

el prestador cuando no autoriza prestaciones o tecnologías en salud, o cuando limita la disponibilidad de agendas o impone tiempos de espera injustificados.

En cuanto a la equidad en el acceso a los servicios de salud, este es uno de los ejes fundamentales de las reformas a la salud, que se inscribe dentro de dos de los cinco objetivos generales de los sistemas de salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud⁴: la protección financiera, centrado en el individuo y la equidad de los sistemas de salud propiamente. El acceso equitativo a los servicios de salud implica que no debe haber diferencias en la probabilidad de recibir atención en salud dada una necesidad, que estén asociadas a nivel socioeconómico (lugar de residencia, situación de pobreza, grupos poblacionales particulares, entre otros).

Al respecto, Florez et al⁵ analizaron las encuestas ENDS entre 1990 y 2010 y muestran reducciones sustanciales en las diferencias en acceso entre quintiles bajos y altos de riqueza, tanto para consultas prenatales como para atención institucional del parto. Por su parte, Miller et al⁶ comparan la Encuesta de Calidad de Vida de 2003 con la ENDS 2005 y muestran incrementos significativos en el uso de servicios preventivos tales como consulta por prevención (75% de incremento) y en

consultas de crecimiento y desarrollo (50% de incremento) en comparación con personas no aseguradas.

Con respecto al control prenatal adecuado, aunque en las guías del Ministerio de Salud desde los años 90 se consideraba que este debería tener al menos cuatro controles prenatales, en la resolución 3280 de 2018 se adoptó la recomendación de la OMS de tener un mínimo de 8 contactos con el sistema de salud⁷. Cabe aclarar que el término “contactos” en dichas recomendaciones no se refiere exclusivamente a una consulta típica en un centro ambulatorio, sino que incluye otros tipos de seguimiento, como por ejemplo, contactos en el contexto comunitario de la gestante.

El estudio de Flórez et al utilizó como estándar de adecuado control prenatal el de 4 o más controles durante el embarazo del último nacido vivo en los cinco años previos a la encuesta. Como el nuevo estándar de OMS es de 8 o más controles, es oportuno revisar estas estadísticas utilizando diferentes puntos de corte.

⁴ Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. (2022) Health system performance assessment: a framework for policy analysis. Geneva: World Health Organization; Health Policy Series, No. 57. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

⁵ Florez CE, Camacho A (2012). Dos décadas de cambios en la equidad del sistema de salud colombiano: 1990-2010. CEPAL. Serie Financiamiento del Desarrollo. No 242.

⁶ Miller, G. Pinto, D. Vera, M (2013), 'Risk protection, service use, and health outcomes under Colombia's health insurance program for the poor'. American Economic Journal: Applied Economics. 5(4): 61-91. doi:10.1257/app.5.4.61.

⁷ World Health Organization (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>. Fecha de acceso: Septiembre 26 de 2022.

Metodología

Se tomaron las ENDS realizadas en 1990, 1995, 2000, 2005, 2010 y 2015. Estas encuestas se caracterizan porque tienen cobertura nacional, y se concentran en temas relacionados con salud sexual y reproductiva. Dentro de las encuestas ENDS, y en relación con el número de controles prenatales realizados durante el embarazo del último nacido vivo en los cinco años precedentes a la realización de la encuesta, se realiza la siguiente pregunta: ¿Cuántos controles prenatales tuvo usted (la madre) durante ese embarazo? La misma pregunta se realiza desde 1990 y quinquenalmente hasta 2015.

El número de controles prenatales realizados se analizó en cinco categorías: ninguno, solo uno, dos o tres, cuatro o más, ocho o más.

Se realizó un análisis bivariado cruzando estas cinco categorías con las variables que usualmente se analizan para evidenciar inequidades:

- Nivel de riqueza: se utilizó la clasificación socioeconómica de los hogares realizada a partir de la metodología de componentes principales desarrollada por el Banco Mundial⁸ y la cual se basa en la posesión de bienes de consumo duradero y las

condiciones habitacionales de la vivienda. Esta variable se analizó por quintiles.

- Nivel educativo: Se utilizó la pregunta sobre el último año de estudios aprobado por la mujer entrevistada, y se llevó a una variable dicotómica: 1) ningún año de estudio o educación primaria, y 2) educación secundaria incompleta o de mayor nivel.
- Lugar de residencia: Se utilizó la pregunta sobre lugar de residencia y se llevó a una variable dicotómica: 1) zona urbana y 2) zona rural. En la zona urbana se agrupó cabeceras municipales y centros poblados.

Una ventaja que ofrecen las ENDS es su comparabilidad, pues parten del mismo universo, y se conserva una alta consistencia de los cuestionarios y períodos de referencia de las preguntas. Esta comparabilidad permite hacer el seguimiento quinquenal a diversos indicadores, entre ellos los de acceso a atención prenatal.

⁸ Amouzou, Agbessi; Gwatkin, Davidson R; Johnson, Kiersten Blair; Rutstein, Shea; Suliman, Eldaw Abdalla; Wagstaff, Robert Adam Stephen. Socio-economic differences in health, nutrition, and population in Bolivia, (2003). Country reports on HNP and poverty Washington, D.C. World Bank group. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/233951468164360856/Socio-economic-differences-in-health-nutrition-and-population-in-Bolivia>

Resultados

Dentro del subconjunto de mujeres encuestadas que tuvieron un nacido vivo en los cinco años previos a la encuesta, la distribución porcentual por el número de controles prenatales se muestra en la tabla 1. Esta tabla muestra una clara disminución de la proporción de mujeres que no tuvieron ningún control prenatal (del 15% en 1990 al 2,4% en 2015) y un aumento significativo en la proporción de mujeres que tuvieron cuatro o más controles (del 69,7% en 1990 al 89,8% en 2015), y ocho o más controles (del 24,9% en 1990 al 42,3% en 2015).

Tabla 1. Distribución porcentual por el número de controles prenatales durante el embarazo del último nacido vivo.

Número de controles prenatales					
Año de la ENDS	Ninguno	1	2 o 3	4 o más	8 o más
1990	15,0	3,2	10,7	69,7	24,9
1995	13,5	1,9	9,8	74,5	25,3
2000	9,0	2,3	8,1	80,2	32,3
2005	6,4	1,4	7,7	83,1	30,7
2010	3,0	0,9	6,2	88,6	37,2
2015	2,4	0,8	5,3	89,8	42,3

El análisis por quintiles de riqueza muestra que la brecha entre el quintil 1 (el más pobre) y el quintil 5 (el más rico) se ha cerrado substancialmente. La tabla 2 muestra estos resultados para las cinco categorías de número de controles prenatales para el embarazo del último nacido vivo durante los cinco años previos a la encuesta.

En esta tabla 2 se observa que el quintil de riqueza más pobre disminuye 27,1 puntos porcentuales entre 1990 y 2015 en el porcentaje de mujeres que no tuvieron ningún control prenatal. Esta disminución es de 2,9 puntos porcentuales en el quintil más rico. Esto muestra que la brecha del acceso a control prenatal entre los más pobres y los más ricos se ha reducido, y de hecho muestra una diferencia entre el quintil de mayor riqueza y el de menor riqueza de 30,9 puntos porcentuales en 1990, frente a 6,7 en 2015. El mismo patrón se observa para la categoría de un control prenatal y para la categoría de dos a tres controles prenatales, aunque las diferencias son menos pronunciadas.

Para la categoría de cuatro o más controles prenatales, la brecha entre el quintil más bajo y el más alto se reduce de 47 puntos porcentuales en 1990 a 13,6 en 2015. Para la categoría de ocho o más controles prenatales, esta brecha se reduce de 38,1 a 30,6 puntos porcentuales durante el mismo período.

Ahora bien, el porcentaje de mujeres que realizan ocho o más controles prenatales, al ser un subconjunto del porcentaje que realizan cuatro o más controles, es menor que este último. Pero ¿qué tan pequeña o grande es esta razón? Un análisis sencillo de razones entre estos dos porcentajes muestra que este indicador crece para todos los quintiles de ri-

queza, entre 1990 y 2015, desde una razón de 0,36 hasta una razón de 0,47 pero con un crecimiento mucho más pronunciado para el quintil más pobre, de 0,12 a 0,36.

El hecho de que el porcentaje de mujeres que tuvieron ocho o más controles sea menos de la mitad es preocupante, pero si se analiza su tendencia histórica es evidente que este porcentaje ha mejorado, y estas mejoras son mucho mayores para los quintiles de riqueza más bajos. No obstante, cabe preguntarse si la baja proporción de mujeres con ocho o más controles se debe solamente a barreras de acceso o a otros factores de la demanda que aún no han sido modificados por el sistema de salud, tales como preferencias de las gestantes por un número de controles inferior al ideal de ocho. Estos otros factores de la demanda podrían ser explorados con métodos cualitativos.

Tabla 2. Distribución por quintiles de riqueza del número de controles prenatales para el embarazo del último nacido vivo durante los cinco años previos a la encuesta.

Ningún control prenatal						
Año de la ENDS	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
1990	15,0	33,8	18,5	11,7	5,3	2,9
1995	13,5	33,5	15,6	8,6	3,8	2,1
2000	9,0	19,6	11,7	5,6	2,0	3,1
2005	6,4	15,7	7,2	3,1	2,5	0,9
2010	3,0	7,5	2,6	1,8	1,1	1,0
2015	2,4	6,7	2,2	1,0	0,4	0,0
Sólo un control prenatal						
Año de la ENDS	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
1990	3,2	7,2	3,6	2,1	2,0	0,4
1995	1,9	4,2	1,9	1,5	0,9	0,3
2000	2,3	5,4	2,3	0,8	1,2	1,2
2005	1,4	3,2	1,3	0,9	0,9	0,4
2010	0,9	2,0	1,0	0,9	0,2	0,0
2015	0,8	1,6	1,0	0,6	0,2	0,4
2 a 3 controles prenatales						
Año de la ENDS	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
1990	10,7	17,7	11,1	9,6	7,1	7,1
1995	9,8	15,4	14,4	7,4	5,5	3,9
2000	8,1	14,7	8,5	6,5	4,6	4,9
2005	7,7	12,6	8,6	6,7	5,6	2,8
2010	6,2	11,0	6,8	5,2	3,8	1,8
2015	5,3	8,6	6,0	4,3	4,1	1,3
4 o más controles prenatales						
Año de la ENDS	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
1990	69,7	40,9	64,4	74,7	84,6	87,9
1995	74,5	46,4	67,8	82,1	89,6	93,3
2000	80,2	60,4	77,1	86,7	91,0	90,6
2005	83,1	67,1	81,2	87,5	89,9	94,5
2010	88,6	78,5	88,0	90,9	93,7	96,1
2015	89,8	82,2	89,8	92,7	92,2	95,8
8 o más controles prenatales						
Año de la ENDS	Total	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
1990	69,7	40,9	64,4	74,7	84,6	87,9
1995	74,5	46,4	67,8	82,1	89,6	93,3
2000	80,2	60,4	77,1	86,7	91,0	90,6
2005	83,1	67,1	81,2	87,5	89,9	94,5
2010	88,6	78,5	88,0	90,9	93,7	96,1
2015	89,8	82,2	89,8	92,7	92,2	95,8

En cuanto a la variable nivel educativo, aunque esta se asocia a nivel de pobreza, es útil analizar por separado su relación con el acceso a control prenatal. El análisis bivariado se muestra en la tabla 3, y allí se observa el mismo patrón: una brecha de inequidad entre el grupo con menos educación y el de más educación, que se reduce entre 1990 y 2015. Mientras en 1990 la brecha entre estos dos grupos era de 17,8 puntos porcentuales para quienes no tuvieron ningún control prenatal, para 2015 esta brecha era de 7,2 puntos porcentuales. Para el grupo de cuatro o más controles prenatales esta brecha pasó de 27,5 puntos porcentuales a 12,8 y para el grupo de ocho o más controles pasó de 23 a 15,3 puntos porcentuales.

Tabla 3. Distribución por nivel educativo del número de controles prenatales para el embarazo del último nacido vivo durante los cinco años previos a la encuesta.

Ningún control prenatal			
Año de la ENDS	Total	Ningún año de estudio o educación primaria	Educación secundaria incompleta o de mayor nivel
1990	15,0	23,6	5,8
1995	13,5	23,5	5,1
2000	9,0	16,4	3,8
2005	6,4	12,9	2,9
2010	3,0	7,4	1,5
2015	2,4	8,4	1,2
Sólo un control prenatal			
Año de la ENDS	Total	Ningún año de estudio o educación primaria	Educación secundaria incompleta o de mayor nivel
1990	3,2	4,7	1,6
1995	1,9	3,3	0,6
2000	2,3	4,0	1,1
2005	1,4	2,5	0,9
2010	0,9	2,0	0,5
2015	0,8	1,6	0,7
2 a 3 controles prenatales			
Año de la ENDS	Total	Ningún año de estudio o educación primaria	Educación secundaria incompleta o de mayor nivel
1990	10,7	13,8	7,3
1995	9,8	13,7	6,4
2000	8,1	11,1	6,0
2005	7,7	10,6	6,2
2010	6,2	10,4	4,7
2015	5,3	9,2	4,5
4 o más controles prenatales			
Año de la ENDS	Total	Ningún año de estudio o educación primaria	Educación secundaria incompleta o de mayor nivel
1990	69,7	56,4	83,9
1995	74,5	59,2	87,4
2000	80,2	68,2	88,6
2005	83,1	72,3	88,6
2010	88,6	79,0	91,9
2015	89,8	79,2	92,0
8 o más controles prenatales			
Año de la ENDS	Total	Ningún año de estudio o educación primaria	Educación secundaria incompleta o de mayor nivel
1990	24,9	13,8	36,8
1995	25,3	14,5	34,6
2000	32,3	20,4	40,6
2005	30,7	20,9	35,7
2010	37,2	23,0	42,0
2015	42,3	29,6	44,9

En cuanto a la variable lugar de residencia, el patrón nuevamente se repite, como se muestra en la tabla 4, con una diferencia de 12,9 puntos porcentuales en 1990 que se reduce a 4,9 puntos porcentuales en 2015 para el grupo que no tuvo ningún control prenatal, y dentro de este grupo también se observa una mayor disminución en la zona rural (17,9 puntos porcentuales) que en la zona urbana (9,9 puntos porcentuales). En el grupo de ocho o más controles prenatales las disminuciones de brechas son menos pronunciadas, encontrándose una diferencia de 19,2 puntos porcentuales en 1990 y de 14,1 puntos en 2015. Al comparar la brecha entre 1990 y 2015 para la zona rural, esta se reduce en 20,3 puntos porcentuales mientras que para la zona urbana se reduce en 15,2 puntos porcentuales.

Tabla 4. Distribución por lugar de residencia (rural vs urbano) del número de controles prenatales para el embarazo del último nacido vivo durante los cinco años previos a la encuesta.

Ningún control prenatal			
Año de la ENDS	Total	Rural	Urbano
1990	15,0	23,9	11,0
1995	13,5	25,7	7,8
2000	9,0	15,5	6,3
2005	6,4	12,0	4,1
2010	3,0	5,9	2,0
2015	2,4	6,0	1,1
Sólo un control prenatal			
Año de la ENDS	Total	Rural	Urbano
1990	3,2	6,7	1,6
1995	1,9	3,0	1,3
2000	2,3	4,4	1,4
2005	1,4	2,6	0,9
2010	0,9	1,8	0,6
2015	0,8	1,5	0,6
2 a 3 controles prenatales			
Año de la ENDS	Total	Rural	Urbano
1990	10,7	15,6	8,4
1995	9,8	15,0	7,3
2000	8,1	12,3	6,4
2005	7,7	10,8	6,4
2010	6,2	9,5	5,0
2015	5,3	7,9	4,4
4 o más controles prenatales			
Año de la ENDS	Total	Rural	Urbano
1990	69,7	52,3	77,5
1995	74,5	55,9	83,4
2000	80,2	67,7	85,3
2005	83,1	73,4	86,9
2010	88,6	81,4	91,2
2015	89,8	83,7	92,0
8 o más controles prenatales			
Año de la ENDS	Total	Rural	Urbano
1990	24,9	11,7	30,9
1995	25,3	15,2	30,2
2000	32,3	19,1	37,6
2005	30,7	22,3	34,0
2010	37,2	25,3	41,4
2015	42,3	32,0	46,1

Discusión

La comparación entre 1990 y 2015 del número de controles prenatales recibidos durante el embarazo del último nacido vivo durante los cinco años previo a la encuesta muestra que hay un claro fenómeno de cierre de brechas de inequidad. En las categorías de cero a tres controles prenatales se evidencia una disminución substancial del porcentaje de mujeres y entre estas se evidencia una reducción substancial de las brechas entre los grupos de menos y más riqueza, los de menor y mayor nivel de educación, y los de zonas rurales y urbanas. En el sentido opuesto, en las categorías de cuatro o más, y ocho o más controles prenatales se encuentra un incremento substancial del porcentaje de mujeres y una reducción substancial de las brechas entre los grupos de menos y más riqueza, los de menor y mayor nivel de educación, y los de zonas rurales y urbanas.

Estas cifras sugieren que el efecto del aseguramiento sobre la probabilidad de acceder al control prenatal ha sido positivo, pues entre 1990 y 2015, y más específicamente, entre 1995 y 2010, es el período de tiempo en el que el país logra el mayor avance en cobertura de aseguramiento, avance que tuvo dos períodos de crecimiento más rápido: la ampliación de la cobertura de régimen contributivo al grupo familiar del cotizante en 1995, y la aceleración de la afiliación al régimen subsidiado

entre 2000 y 2010. Aunque para el régimen subsidiado aún había una brecha importante para 2010 en términos de coberturas del plan de beneficios, los servicios de atención materno-perinatal, dentro de los cuales está el control prenatal, estaban cubiertos desde sus inicios en 1995. En las tablas 2, 3 y 4 se puede observar que la proporción de mujeres que no tienen ningún control prenatal mejora muy poco entre 1990 y 1995, y las mejoras más importantes se empiezan a notar entre 1995 y 2000, que es precisamente el período en el que crece más rápido la afiliación al régimen contributivo y en el que se inicia la afiliación al régimen subsidiado con un mayor énfasis en mujeres y niños.

Una pregunta interesante es por qué los avances en cierres de brechas muestran unas ganancias menores los últimos dos períodos del análisis. Este hallazgo podría explicarse porque después de lograr los mayores avances en los primeros tres quinquenios se enfrentan rendimientos decrecientes porque resulta más difícil incrementar la cobertura de aseguramiento y el acceso de personas que se encuentran cada vez más distantes de los centros de atención o que por razones diferentes a las barreras de acceso monetarias o geográficas no se acude a los controles prenatales. Estas menores ganancias pueden sugerir que a pesar de que el aseguramiento reduce las barreras de acceso relacionadas con el pago directo de bolsillo de los hoga-

res a los centros de atención, aún permanecen otras barreras de acceso tales como los costos de transporte, de ingreso no percibido mientras se recibe atención, barreras culturales o incluso barreras por razones asociadas al conflicto armado en algunas regiones del país. Estas barreras de acceso residuales no pueden ser superadas solamente con el aseguramiento, o con el sistema de salud, sino que se requieren acciones intersectoriales que aborden otros determinantes del acceso, como políticas de protección social, educativas, de trabajo, entre otras.

Ahora bien, cabe preguntarse: ¿cuál es el contrafactual de estos hallazgos? ¿Se habrían logrado los mismos cierres de brechas de inequidades si no hubiera habido reforma en 1993? ¿O los cierres habrían sido mayores y más rápidos si se hubiera optado por un sistema de salud diferente? ¿Qué hubiera pasado si el diseño del sistema hubiera sido el que hoy propone el gobierno? ¿Se habría reducido la inequidad residual atribuible a otros determinantes? Estas preguntas pueden analizarse comparando estos hallazgos con un país similar a Colombia que haya intentado una reforma diferente en un período similar, como por ejemplo Brasil. Sin embargo, este análisis escapa al alcance del presente trabajo y debe ser objeto de estudios futuros.

Un último hallazgo que llama la atención es el hecho de que el quintil más alto de riqueza aún muestre un porcentaje bajo de ocho o más controles prenatales. Este hallazgo sugiere que la recomendación de la OMS, aunque es ideal y soportada en evidencia, seguramente exige superar otras causas de no acceso diferentes al gasto de bolsillo, tales como barreras culturales, o de aceptabilidad de los servicios de salud, que se reflejan en la preferencia de muchas gestantes de tener menos de ocho controles prenatales.

Conclusiones

Los hallazgos de esta nota de política permiten concluir que en Colombia entre 1990 y 2015 se ha aumentado sustancialmente el número de controles prenatales durante el embarazo y se han reducido sustancialmente las brechas de número de controles prenatales entre las mujeres más pobres y las más ricas, entre las menos educadas y las más educadas, y entre la zona rural y la urbana. La coincidencia de estos incrementos en número de controles prenatales y de los cierres de brechas de inequidades con el crecimiento del aseguramiento público, sugiere que el aseguramiento ha sido un factor clave en el logro de estas mejoras. Lo anterior, debería ser tenido en cuenta por el Ministerio de Salud en el diseño de una reforma al Sistema de Salud colombiano de forma que se garantice continuar con los avances en equidad evidenciados en el acceso al control prenatal.



**Centro de Estudios en Protección
Social y Economía de la Salud**

NOTA

POLÍTICA

Serie Políticas en breve #9, ISSN 2256-4063 (en línea).
Oct 25,2022. PROESA (Universidad Icesi),
contacto@proesa.org.co