

UNA APROXIMACIÓN A LA SALUD EN COLOMBIA A PARTIR DE LAS ENCUESTAS DE CALIDAD DE VIDA*

Andrés Zambrano**

Facultad de Economía. Universidad del Rosario

Manuel Ramírez***

Facultad de Economía. Universidad del Rosario

Francisco José Yepes****

Asociación Colombiana de la Salud ASSALUD

José Guerra*****

Facultad de Economía. Universidad del Rosario

David Rivera*****

Facultad de Economía. Universidad del Rosario

* Este borrador es producto del proyecto de investigación “Governance and Evidence Based Decision Making: a participatory formation process of health policies” financiado por el IDRC y realizado conjuntamente entre la Asociación Colombiana de la Salud (Assalud) y la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario. Agradecemos la colaboración y comentarios de Olga Lucía Acosta.

** jzambran@urosario.edu.co

*** maramire@urosario.edu.co

**** franciscoy@cable.net.co

***** jguerra@urosario.edu.co

***** driverap@urosario.edu.co

RESUMEN

En este documento se esbozan los principales avances en cuanto a cobertura en salud, demanda de servicios médicos y percepción del estado de salud en Colombia, por medio de las encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003. Se encuentra un aumento en la cobertura en salud de la población donde el régimen subsidiado fue el que presentó mayor incremento en cobertura; Aun así, existe una gran proporción que no cuenta con aseguramiento. También se evidencia un aumento en la consulta por prevención para 2003 y una disminución en las consultas médicas por falta de dinero. De igual manera, la tasa de hospitalización junto con el gasto que hacen los hogares en este rubro disminuyó. El análisis también muestra un pequeño mejoramiento en el estado de salud autorreportado. En general, el tipo de afiliación, la demanda de servicios y el estado de salud autorreportado difieren entre regiones, formalidad del trabajo y quintiles de ingreso.

Palabras clave: salud, cobertura, demanda de servicios médicos, estado de salud, calidad de vida.

Clasificación JEL: I11, I12, I18, I31

ABSTRACT

This paper analyzes the main progresses in terms of health coverage, health services demand and health status perception in Colombia through the Quality of Life Surveys of 1997 and 2003. We found an increase in the coverage where the subsidized regime presented the greatest raise. Even so, it exists a large proportion

that is not insured. There is an increase in the prevention for 2003 and a decrease in the demand for outpatient services because lack of money. The hospitalization rate and the respective expenditure also show a reduction. The analysis also illustrates a small improve in the self-reported health status. In general, affiliation, demand for health services and self-reported health status differ between regions, labor segment and income quintiles.

Key words: health, coverage, medical services demand, health status, quality of life.

JEL Classification: I11, I12, I18, I31

I. INTRODUCCIÓN

Según los resultados de las Encuestas de Calidad de Vida de 1993 y 1997 (DANE, 1998), la reforma del sistema de salud a través de la Ley 100 produjo avances significativos. El porcentaje de afiliados entre 1993 y 1997 pasó del 25 al 57%; el régimen subsidiado en 1997 cubría a 7.681.550 personas de bajos recursos, y el contributivo atendía a 15.072.983 colombianos. Sin embargo, se presentaban diferencias significativas en características sociodemográficas y geográficas, las áreas rurales y centros poblados mostraron índices de cobertura de servicios por debajo de las cabeceras municipales.

Algunas de estas diferencias geográficas persisten en la actualidad, las cabeceras municipales tienen una menor proporción de no asegurados. El régimen subsidiado se presenta en las zonas rurales como el mecanismo más importante de aseguramiento para 2003, el cual afilia al 35,5% de las personas del área rural, mientras que el régimen contributivo el 12%.

Es necesario conocer los avances o retrocesos del sistema, después de la grave recesión económica de finales de los noventa, para generar nuevas formulaciones de políticas. En este informe se esbozan los principales avances en cuanto a cobertura, demanda de servicios médicos y percepción del estado de salud en Colombia por medio de las encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003. A partir de estos resultados se consideran los objetivos alcanzados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

En el siguiente capítulo se expondrán aspectos metodológicos de este documento. En una tercera sección se describirán las principales variables que se

utilizarán en el análisis. Por último, se mostrarán los principales resultados derivados de la estadística descriptiva.

II. METODOLOGÍA

Para abordar el tema de los servicios de salud se utilizan probabilidades condicionales y tablas de contingencia en donde se relacionan el régimen de afiliación del individuo, variables sociodemográficas y geográficas; en cuanto a los gastos de salud se utilizan medias discriminadas por estas mismas variables, y para comparar la diferencia de las proporciones y de la media de los gastos entre los dos años se realizan pruebas de hipótesis descritas en el anexo 1. A continuación se discuten las fuentes de información en las que se basó este documento; se discutirán algunas definiciones empleadas a lo largo del artículo y la forma como se trabajan las variables.

A. Fuentes de información

Con el fin de realizar este análisis descriptivo se utilizaron las encuestas de Calidad de Vida (ECV) para los años 1997 y 2003,¹ realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). La encuesta de 1997 (ECV97) es representativa para las regiones Atlántica, Oriental, Pacífica,² Central, Antioquia, Bogotá, Amazonas y San Andrés. Para la encuesta de 2003 (ECV03) se consideraron

¹ En Acosta et al (2004a) se presenta la comparación del acceso de los hogares a los servicios sociales entre 1993, 1997 y 2003.

² Existe la opción de desagregar esta región en Valle y Pacífica.

las anteriores regiones, pero la región Pacífica se dividió en dos: Valle y el resto la región Pacífica.

Debido a que para 2003 se consideraron únicamente las observaciones de la zona urbana de San Andrés, las propias de la zona rural de esta región no fueron contempladas en la ECV97. Teniendo en cuenta esta corrección, la ECV97 consta de 38.053 observaciones que representan 39.803.905 habitantes. Por su parte, la ECV03 contiene una muestra de 81.150 observaciones que representan a una población de 43.717.578 habitantes.

B. Definiciones y variables

Para el objetivo de este documento se trabajarán, principalmente, las variables comprendidas en el módulo de salud de las dos encuestas junto con algunas variables geográficas y socioeconómicas. Entre las variables geográficas se manejan la región y la clase de municipio; entre las socioeconómicas tomamos los quintiles de ingreso, la informalidad en el trabajo y el estrato.

III. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

La mayoría de las preguntas de las dos encuestas son idénticas; sin embargo, no dejan de existir algunas diferencias entre algunas de ellas; por esta razón es necesario homogenizar las categorías en algunas preguntas. En las siguientes secciones se aclaran los aspectos metodológicos de las variables que requieren alguna transformación.

A. Regímenes de salud

El primer inconveniente surge con la definición de los regímenes de afiliación. Para el propósito de este documento trabajaremos con el régimen contributivo, el régimen subsidiado y los no asegurados.³

El sistema de salud colombiano vigente desde 1993 tuvo como grandes objetivos el cubrimiento universal, la eficiencia, calidad y acceso a los servicios médicos. Para poder cumplir con dichos objetivos se crearon dos regímenes, dependiendo del nivel de ingreso del individuo, que son: el contributivo y el subsidiado; el primero, para las personas con capacidad de pago; el segundo, para asegurar a las personas de más bajos ingresos.

Dependiendo de las condiciones laborales los afiliados al régimen contributivo están obligados a pagar entre 4 y 12% de su ingreso base de cotización. La afiliación al sistema de salud es obligatoria, de manera que las personas que devengan más de dos salarios mínimos deben hacer sus aportes a las entidades promotoras de salud, encargadas del aseguramiento en el sistema de salud.

Para 2003, se considera que pertenecen al régimen contributivo las personas afiliadas al Instituto Nacional de Seguros Sociales (ISS), Caja Nacional de Previsión (Cajanal) y otras EPS; fuerzas militares, Policía Nacional, Ecopetrol y Magisterio. Además, se tomaron las personas que estaban afiliadas a otras entidades y no hubieran sido inscritas a través del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (Sisben) (pregunta f03 del formulario).

³ En Colombia existe una categoría adicional denominada régimen especial; para este documento se agregó junto con el régimen contributivo

Para 1997, las personas que estén cubiertas por una entidad de seguridad social (pregunta f01) y sean pensionados; trabajadores cuya afiliación la paguen ellos o sus empresas; familiares de un afiliado a una EPS, caja de previsión, fuerzas militares, Policía Nacional, Magisterio o Ecopetrol que no tenga carné del Sisben (f03), se consideran del régimen contributivo.

Por otra parte, en la identificación y ordenamiento de los hogares más pobres se utiliza el Sisben. El Sisben es una importante herramienta de focalización del gasto debido a que uno de sus usos se encuentra en el acceso a los servicios de salud, éste permite la identificación de los hogares que pueden ser beneficiarios de los subsidios de demanda.

En cada una de las entidades territoriales se aplica una encuesta que tiene en cuenta diferentes aspectos referentes a condiciones socioeconómicas del hogar. Por medio de un método de cuantificación óptima, a cada hogar se le asigna un puntaje que va desde cero hasta cien. Con este puntaje, el hogar puede quedar clasificado en uno de seis niveles. A las personas que se encuentren en los niveles 1 y 2⁴ se les entrega una documentación que prueba su clasificación en el Sisben (DCS) y les otorga el derecho a ser parte del régimen subsidiado en salud.

Dada esta definición y teniendo en cuenta la ECV03, las personas que pertenezcan a las administradoras del régimen subsidiado (ARS), empresas solidarias y las inscritas en otras entidades que hubieran sido afiliadas por el Sisben se consideran del régimen subsidiado. Por su parte, en la ECV97, las personas que estén cubiertas por una entidad de seguridad social o caja de compensación y no paguen

⁴ Para Bogotá también se incluyen los que tengan nivel 3.

por dicha afiliación o sean familiares de un afiliado a una empresa solidaria u otra se considera que pertenecen al régimen subsidiado.

Las personas que no estén cubiertas por entidad de seguridad social en salud se denominan no asegurados. El DANE (2003) caracteriza esta población en tres subgrupos. El primer grupo está compuesto por personas pobres que no son identificadas por medio del Sisben; el segundo incluye a quienes a pesar de tener ingresos suficientes para cotizar en el régimen contributivo no lo hacen por falta de incentivos; el tercero involucra a las personas que no se encuentran propiamente en situación de vulnerabilidad pero que no disponen de ingresos suficientes para pagar una cotización en el régimen contributivo.

El Gráfico 1 y el Cuadro 1 muestran la evolución en términos de cobertura para los años 1997 y 2003. Allí se observa que para 2003, el 62% de la población colombiana está asegurada, el 39% de la población total se encuentra en el régimen contributivo y 23% en el régimen subsidiado. La población no asegurada representa el 38% del total. Esto quiere decir que 16.685.864 personas todavía están sin aseguramiento. Si se compara este valor con el de 1997, en donde 17.049.372 eran no asegurados, se deriva una reducción de 362.372 personas en cinco años. Las estadísticas muestran que el régimen subsidiado tuvo el mayor aumento de afiliados (2.338.519 personas) mientras el régimen contributivo creció en 1.507.614 personas.

Cuadro 1. Cobertura en salud según tipo de afiliación. Porcentaje y número de personas. 1997 y 2003

1997*

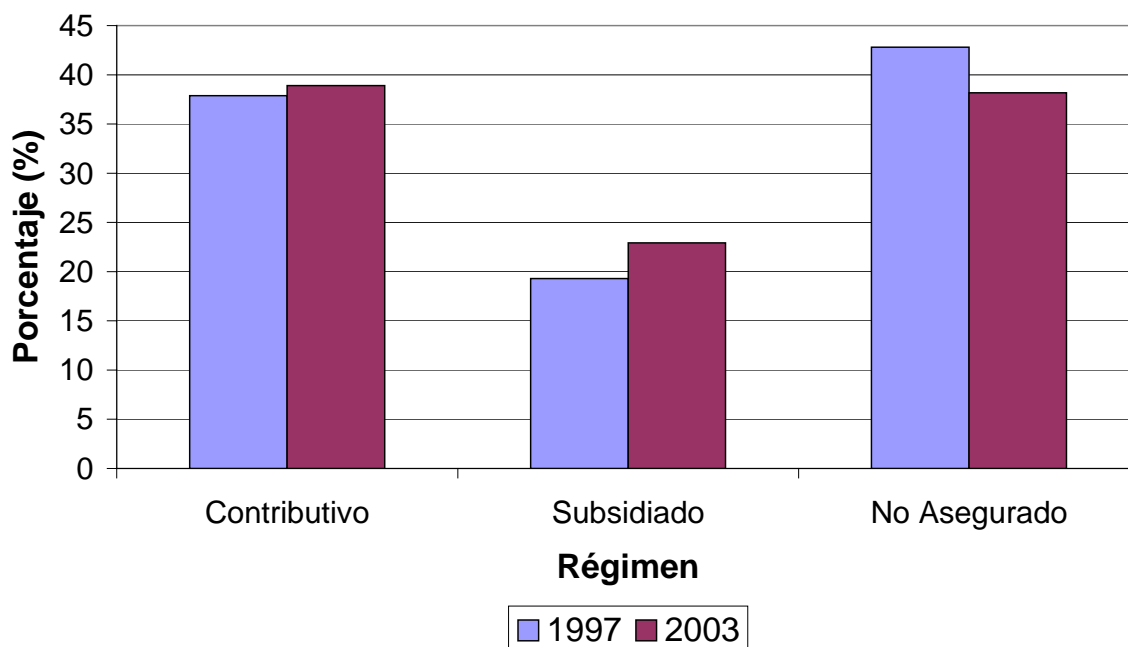
2003*

	Contributivo	Subsidiado	No asegurado	Contributivo	Subsidiado	No asegurado
Total	37,9	19,3	42,8	38,9	22,9	38,2
nacional	15.072.983	7.681.550	17.049.372	17.011.720	10.019.994	16.685.864

*Los porcentajes suman 100 horizontalmente

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

Gráfico 1. Cobertura en salud según tipo de afiliación. Porcentaje. 1997 y 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

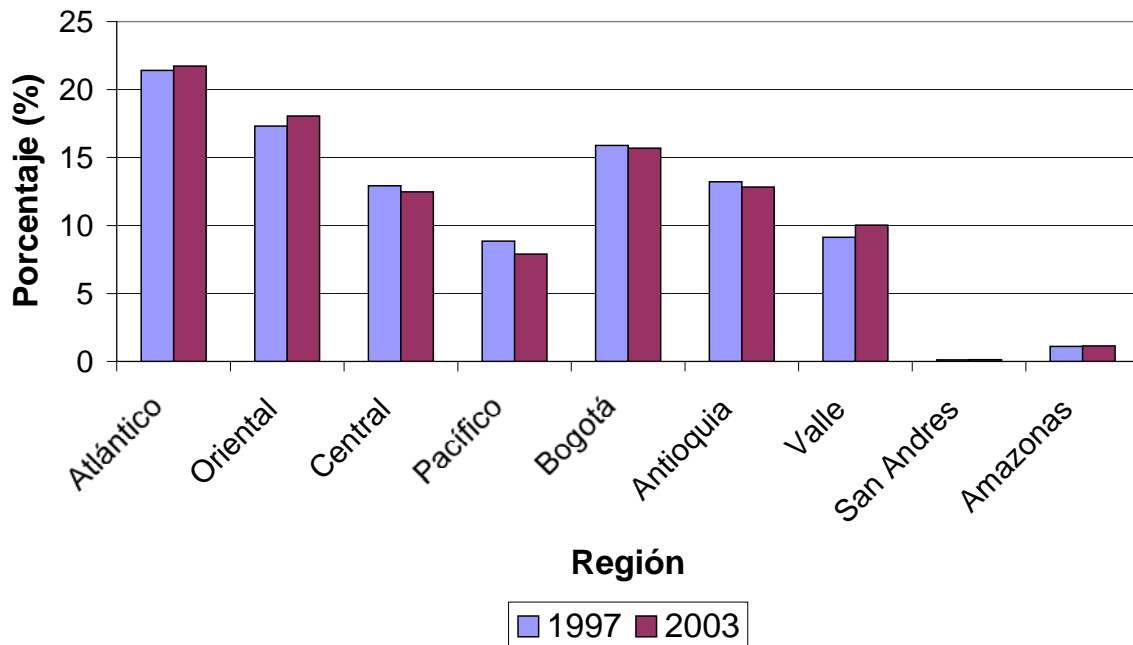
B. Regiones

Con el fin de realizar comparaciones válidas entre regiones para los dos años, y teniendo en cuenta que el departamento del Valle demuestra un comportamiento distinto a los demás departamentos de la región Pacífica, se optó por separar al Valle del resto de Pacífico en la ECV97, de la misma forma como se trabaja en el año 2003.

El

Gráfico 2 muestra que el porcentaje de población ha aumentado en las regiones Atlántica, Oriental y Valle, mientras se evidencia una disminución sensible en las regiones Central y Pacífica.

Gráfico 2. Porcentaje de población por región. 1997 y 2003

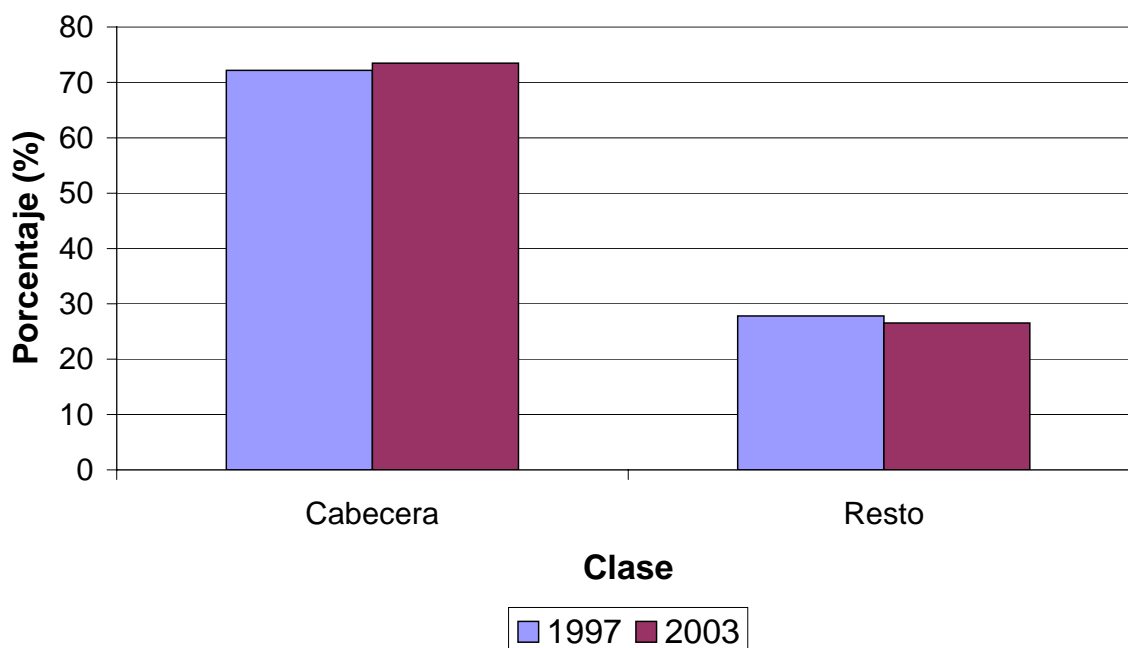


Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

C. Clase de municipio

Para las dos encuestas se manejan tres clases de municipio: cabecera municipal, centro poblado y rural disperso. De acuerdo con los objetivos de este trabajo las dos últimas clasificaciones se agruparon y se denominan como *resto*. El Gráfico 3 muestra que existe un ligero aumento del porcentaje de personas que viven en cabeceras municipales.

Gráfico 3. Porcentaje de población según clase de municipio. 1997 y 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

D. Informalidad

Un individuo se cataloga como informal si su régimen de salud es contributivo y es trabajador independiente con menos de once años de educación, o si es patrón o empleado particular de una empresa compuesta por menos de cinco personas, o si es un trabajador familiar sin remuneración, empleado doméstico o jornalero (peón), todo lo anterior restringido a que el individuo habite en cabeceras municipales y que sea catalogado como ocupado.⁵

El Cuadro 2 muestra el estado de la informalidad para los dos años. Se observa que en el total nacional el número de informales se ha incrementado en cerca

⁵ Para armar esta variable se tomó la definición utilizada por el DANE para la Encuesta Continua de Hogares.

de 948.370 personas, que en 2003 representan casi el 34% de los ocupados, porcentaje ciertamente mayor que el 31,7% presente en 1997. La informalidad se restringe para las cabeceras municipales, donde el porcentaje pasa de ser un 42,7% en 1997 a representar el 45,1%.

Cuadro 2. Informalidad por zonas geográficas. 1997 y 2003

Centro	1997			2003		
	Informal	Formal	Total	Informal	Formal	Total
Cabecera	4.721.415 42,7	6.331.775 57,3	11.053.190 100	5.669.785 45,1	6.900.762 54,9	12.570.547 100
Resto	0 0,0	3.851.325 100,0	3.851.325 100	0 0,0	4.109.081 100,0	4.109.081 100
Total	4.721.415 31,7	10.183.100 68,3	14.904.515 100	5.669.785 34,0	11.009.843 66,0	16.679.628 100

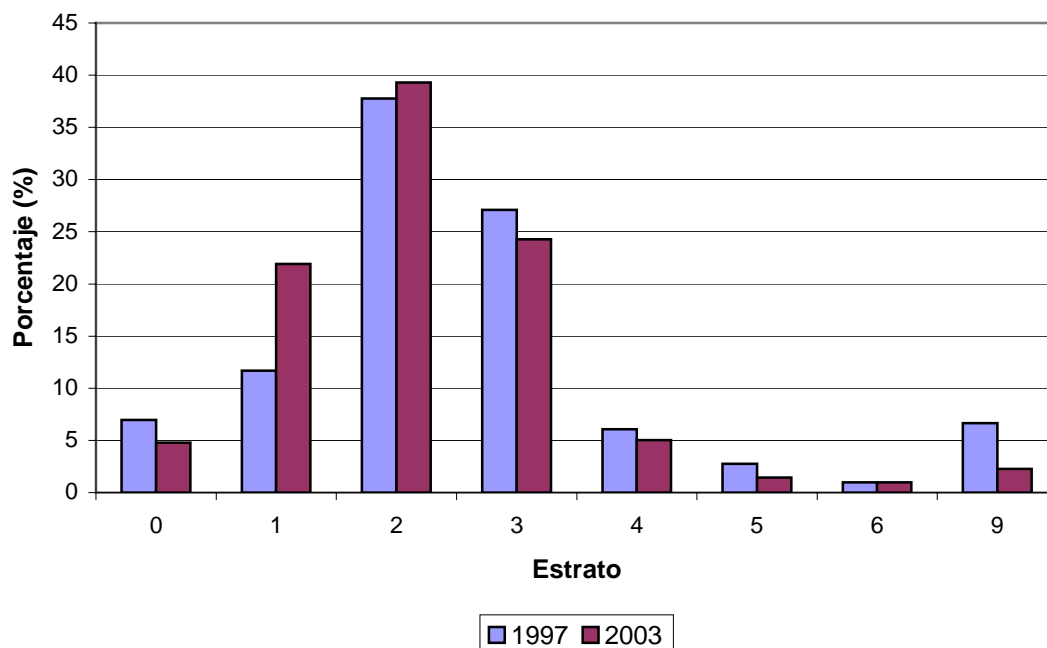
Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

E. Estrato

Con el fin de establecer el estrato de la vivienda se utilizó la información correspondiente al de energía eléctrica en las dos encuestas. En ellas se considera que el estrato es cero si es una conexión pirata y nueve “si no fue posible establecer el estrato o si la conexión es pirata” (DANE, 2003: 10). Dada la similitud en las dos opciones, las observaciones de los dos estratos se reunieron en uno solo y se trabajan como el estrato cero. Aquellos que no poseen energía eléctrica se les asignó el “estrato nueve”.

El Gráfico 4 muestra que el porcentaje de población en los estratos más bajos, especialmente en el uno, ha aumentado. También se observa gran disminución en el porcentaje de población sin energía eléctrica y, mucho menor, de conexiones piratas. La gráfica también revela que la población está concentrada en los estratos 1, 2 y 3.

Gráfico 4. Porcentaje de población según estrato. 1997 y 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

IV. RESULTADOS

En esta sección se describen las probabilidades condicionales resultantes del análisis. Estos resultados se dividen en varios temas: cobertura, demanda de servicios de salud y estado de salud autoreportado. Las estadísticas muestran un aumento de cobertura que no es suficiente ni homogéneo entre distintos grupos de población. Se evidencia un aumento en la prevención, pero una disminución en la consulta debido a la falta de dinero. El gasto en salud también ha disminuido.⁶ El tipo de afiliación y la región parecen ser determinantes del estado de salud de las personas.

⁶ Ramírez et. al. (2005) comparan la estructura de los gastos de los hogares entre 1997 y 2003. En promedio, los hogares gastaban 7,5% del gasto total en salud en 1997, mientras en 2003 esta proporción fue de 5,1%.

A. Cobertura

Con el fin de lograr una mejor comprensión del sistema es necesario hacer un análisis descriptivo teniendo en cuenta información sobre el tipo de afiliación y las variables mencionadas anteriormente. En cuanto al tipo de afiliación se ha notado una disminución de la proporción de gente no asegurada, sin embargo, las diferencias regionales todavía subsisten. Algunos utilizan planes de salud para sustituir el servicio médico del sistema, no obstante, esta proporción es poca y tiene una tendencia decreciente.

1. Tipo de afiliación

El análisis revela las grandes diferencias en cobertura entre las regiones, donde el Pacífico muestra el mayor atraso en cobertura. Los trabajadores informales y las personas que viven en las áreas rurales tienen una alta probabilidad de estar no asegurados. Entre menor sea el quintil de ingresos mayor es la proporción de gente afiliada al régimen subsidiado o no asegurada; mientras que la tendencia correspondiente al régimen contributivo se comporta de forma contraria.

En el Cuadro 3 se muestra la distribución de las personas cubiertas en los regímenes de salud para cada una de las regiones.

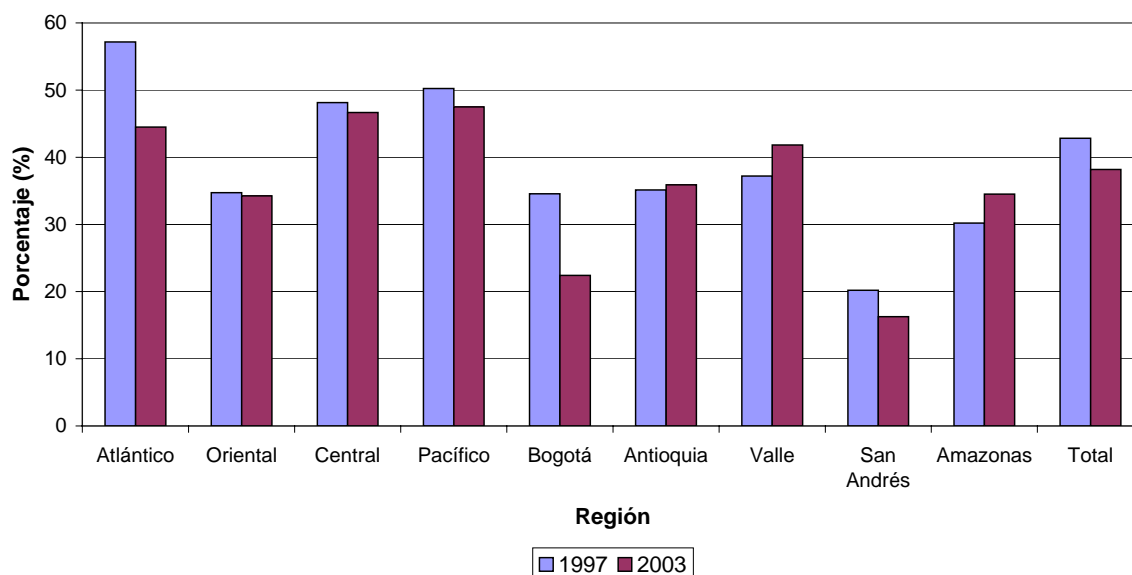
Cuadro 3. Tipo de afiliación según región. Porcentaje y número de personas. 1997 y 2003

Región	1997*			2003*		
	Contributivo	Subsidiado	No asegurado	Contributivo	Subsidiado	No asegurado
Atlántico	28,5 2.426.444	14,4 1.224.153	57,2 4.871.437	29,5 2.799.014	26,0 2.472.596	44,5 4.225.841
Oriental	32,9 2.265.228	32,4 2.230.951	34,8 2.394.072	37,1 2.931.422	28,6 2.259.592	34,3 2.704.706
Central	30,4 1.565.677	21,4 1.101.497	48,2 2.476.717	30,1 1.643.327	23,2 1.266.488	46,7 2.546.442
Pacífico	24,4 858.473	25,4 895.793	50,3 1.771.625	17,1 588.922	35,5 1.224.250	47,5 1.639.538
Bogotá	58,5 3.696.555	7,0 440.257	34,6 2.187.444	63,0 4.325.684	14,5 997.803	22,4 1.538.013
Antioquia	44,9 2.366.732	19,9 1.050.380	35,1 1.849.953	45,0 2.522.940	19,1 1.072.043	35,9 2.013.846
Valle	45,9 1.670.756	16,9 613.581	37,2 1.354.255	45,0 1.977.125	13,1 576.252	41,8 1.836.109
San Andrés	68,4 32.454	11,4 5.390	20,2 9.586	64,6 37.098	19,1 10.975	16,3 9.346
Amazonas	42,9 190.664	26,9 119.548	30,2 134.283	37,4 186.189	28,1 139.997	34,5 172.024
Total	37,9 15.072.983	19,3 7.681.550	42,8 17.049.372	38,9 17.011.720	22,9 10.019.994	38,2 16.685.864

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

En el Gráfico 5 se observa que el aumento de la cobertura a nivel nacional es bastante desigual entre regiones. Mientras en regiones como la Atlántica y Bogotá hubo un incremento alrededor de 13%; en regiones como Valle y Amazonas el aumento en la cobertura fue de 4%.

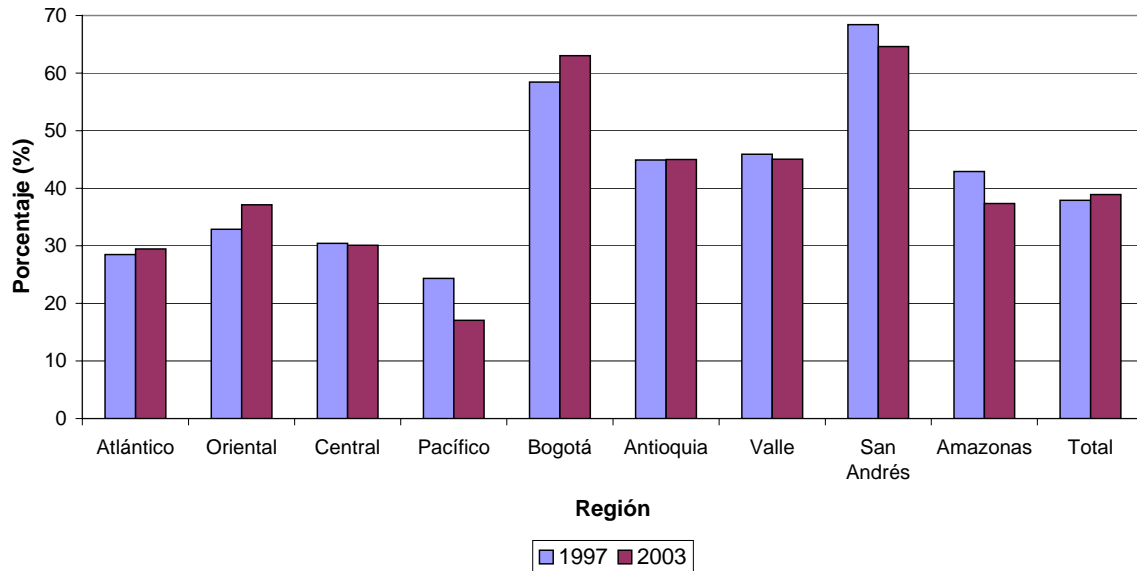
Gráfico 5. Porcentaje de no asegurados según región. 1997 y 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

El Gráfico 6 muestra que las regiones con mayor porcentaje de afiliados al régimen contributivo son Bogotá y San Andrés, mientras la región Pacífica tiene la menor proporción. Por otro lado, las regiones Atlántica, Oriental y Bogotá exhiben en 2003 un aumento en este porcentaje; mientras que Pacífico, San Andrés y Amazonas muestran una disminución.

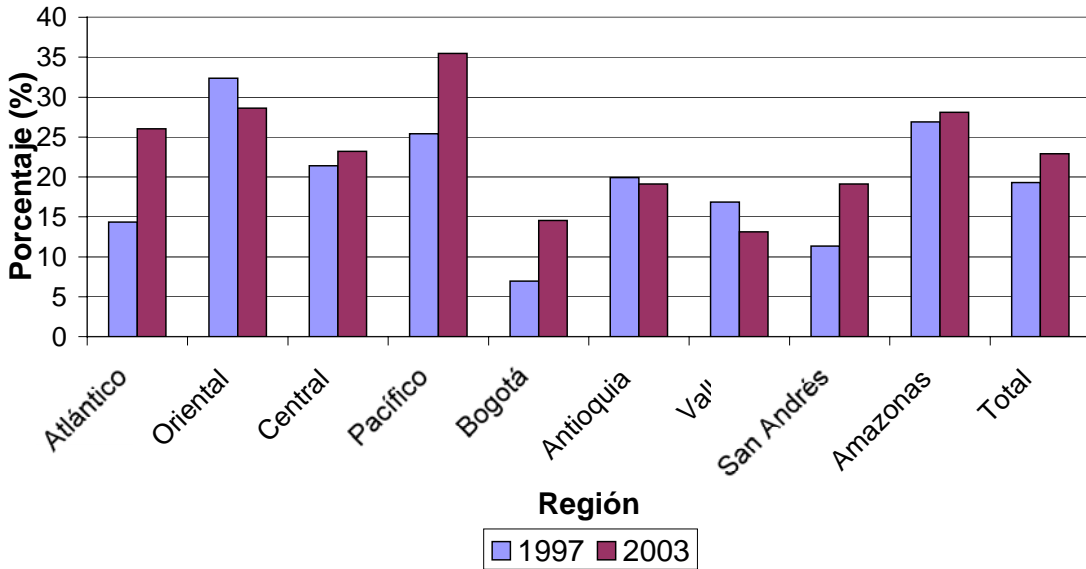
Gráfico 6. Porcentaje de afiliados al régimen contributivo según región. 1997 y 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

En cuanto al régimen subsidiado (Gráfico 7), Pacífico es la región con la mayor proporción de afiliados a este régimen (47,5% en 2003) y con el mayor crecimiento de esta proporción. Así mismo, Atlántico tuvo un gran crecimiento de afiliados pasando de 14,4% en 1997 a 26% en 2003, correspondiente a 1.248.443 nuevos afiliados. Bogotá y San Andrés también mostraron un crecimiento notable en esta proporción; por el contrario, la región Oriental y el Valle evidenciaron un decrecimiento en la proporción de afiliados al régimen subsidiado.

Gráfico 7. Porcentaje de afiliados al régimen subsidiado según región. 1997 y 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

El Cuadro 4 resume el tipo de afiliación según área de ubicación. Se observa que el porcentaje de personas afiliadas al régimen contributivo en las áreas rurales es muy poco (13,3%). En esta misma área, el porcentaje de no asegurados es bastante alto (48,3%), logrando una disminución de tan solo 4% en cinco años. Una disminución similar se nota en las cabeceras municipales, originada principalmente por un aumento en la población afiliada al régimen subsidiado.

Cuadro 4. Tipo de afiliación según área de ubicación. Porcentaje y número de personas. 1997 y 2003

	1997*	2003*

Centro	1997			2003		
	Contributivo	Subsidiado	No asegurado	Contributivo	Subsidiado	No asegurado
Cabecera	47,9	13,0	39,1	48,2	17,3	34,5
	13.761.998	3.744.910	11.222.331	15.469.721	5.562.011	11.081.299
Resto	12,0	35,5	52,5	13,3	38,4	48,3
	1.310.985	3.936.640	5.827.041	1.541.999	4.457.983	5.604.565
Total	37,9	19,3	42,8	38,9	22,9	38,2
Nacional	15.072.983	7.681.550	17.049.372	17.011.720	10.019.994	16.685.864

Fuente: ECV97, ECV03

Es necesario hacer énfasis en que las redes de protección social en Colombia suelen estar diseñadas para un sector formal, cuyos ingresos le permiten acceder a los servicios sociales necesarios para lograr estándares de vida óptimos. Es necesario evidenciar las fisuras que representan; en este esquema, los grupos menos favorecidos de la población.⁷ De esta forma, observar a qué sistemas de protección están acudiendo los individuos que no poseen la suficiencia monetaria ni pertenecen a un sector laboral formal es imperante en nuestro análisis.

Inicialmente, las encuestas dejan ver que cerca del 41,9% de los ocupados que estaban en el régimen subsidiado en 1997 son informales. En 2003 esta proporción equivale a 52,1% y se hace evidente que para el régimen subsidiado la proporción de informales ha aumentado.

El

⁷ Para una discusión más detallada del esquema de protección social y su sostenibilidad véase Acosta et al. (2004b).

Cuadro 5 muestra que las diferencias entre sectores laborales son abismales. Para 1997, el 80% (68,6% en 2003) de los informales figuran como no asegurados. Lo anterior muestra que en 2003 se ha dado un cierto avance, ya que el porcentaje de no asegurados en el sector informal ha decrecido; esto se ha evidenciado en un tránsito hacia el régimen subsidiado (en 1997, 959.605 informales se encontraban en el régimen subsidiado, para 2003 este número ascendió a 1.779.338). Por su parte, en 1997, cerca del 21% de los trabajadores formales no estaban asegurados. Este porcentaje disminuyó a 17,9% en el 2003.

En general, para 2003, el 20,5% de los ocupados pertenecen al régimen subsidiado (15,4% en 1997), 44,4% al contributivo (45,4% en 1997) y 35,1% son no asegurados (valor cercano al 39% para 1997).

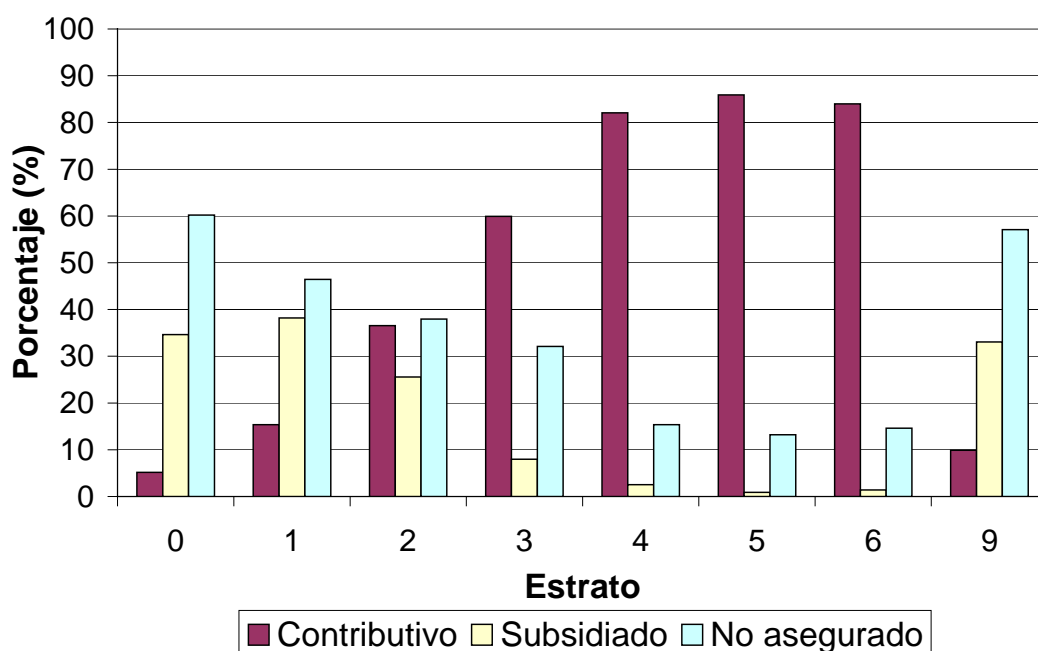
Cuadro 5. Informalidad según régimen de salud. 1997 y 2003

	1,997				2003			
	Contributivo	Subsidiado	No asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	No asegurado	Total
Informal	0,0	20,3	80	100,0	0,0	31,4	68,6	100,0
Formal	66,4	13,1	21	100,0	67,3	14,8	17,9	100,0
Total	45,4	15,4	39	100,0	44,4	20,5	35,1	100,0

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

En el Gráfico 8 se observa que los estratos bajos tienen un mayor porcentaje de población no asegurada, mientras los estratos altos muestran altos porcentajes de afiliación al régimen contributivo. El porcentaje de personas afiliadas al régimen subsidiado es importante para los estratos 0, 1, 2 y 9.

Gráfico 8. Tipo de afiliación según estrato. Porcentaje. 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

El Cuadro 6 muestra que en los estratos cero y uno el porcentaje de personas afiliadas al régimen contributivo disminuyó; por el contrario, existe un aumento del porcentaje de no asegurados en el estrato cero y un aumento del número de no asegurados en el estrato uno.

Cuadro 6. Tipo de afiliación según estrato. Porcentaje y número de personas. 1997 y 2003

Estrato	1997*			2003*		
	Contributivo	Subsidiado	No asegurado	Contributivo	Subsidiado	No asegurado
0	17,9	25,4	56,7	5,2	34,6	60,2
	496.394	704.257	1.570.772	108.465	724.120	1.258.238
1	22,7	29,5	47,8	15,4	38,2	46,4
	1.054.776	1.373.309	2.225.612	1.472.073	3.662.970	4.451.067
2	30,6	23,7	45,7	36,5	25,5	37,9
	4.602.071	3.561.490	6.873.271	6.274.706	4.387.895	6.517.981
3	55,5	7,8	36,7	59,9	8,0	32,1
	5.984.389	843.763	3.955.583	6.360.879	848.856	3.408.585
4	69,5	4,9	25,6	82,1	2,5	15,4
	1.682.293	118.299	620.422	1.798.386	55.735	336.820
5	79,9	1,0	19,1	85,9	0,9	13,2
	881.845	11.443	210.927	539.500	5.549	82.853
6	75,5	2,2	22,3	84,0	1,4	14,6
	293.104	8.515	86.659	359.497	5.849	62.592
9**	3,0	40,1	57,0	9,9	33,1	57,1
	78.111	1.060.474	1.506.126	98.214	329.019	567.728
Total	40,4	17,8	41,8	38,9	22,9	38,2
	15.072.983	7.681.550	17.049.372	17.011.720	10.019.994	16.685.864

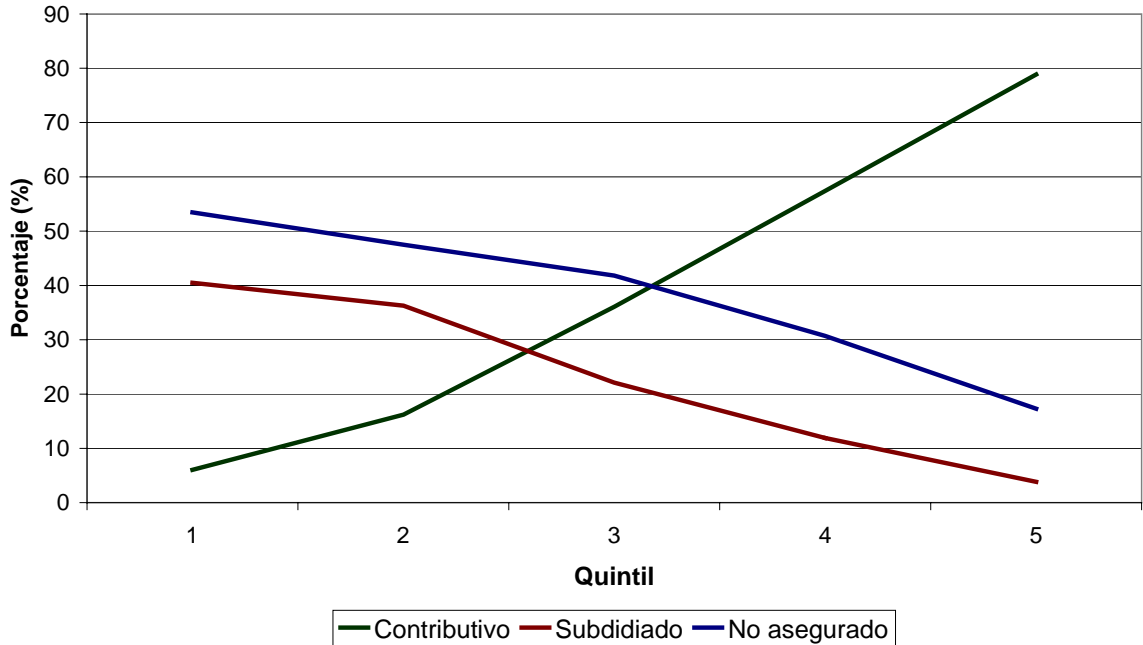
Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

El sistema de salud colombiano se propone, desde sus inicios, la universalidad del seguro médico. Las personas de más bajos recursos deberían tener acceso a los servicios de salud. Con este propósito se crea el régimen subsidiado, en el cual se

prevé una concentración de los primeros quintiles, mientras que en el régimen contributivo predomina la afiliación de las personas con capacidad de pago.

El Gráfico 9 muestra el aumento del porcentaje de personas afiliadas al régimen contributivo a medida que aumenta el quintil. También se observa que el aseguramiento de los primeros quintiles es bajo en comparación con los demás, ya que más de la mitad de las personas del quintil 1 no están aseguradas. Está claro que la tendencia del porcentaje de no asegurados y de afiliados al régimen subsidiado es decreciente entre mayor sea el quintil. Este gráfico también muestra que no existe una perfecta focalización de los subsidios, pues en los quintiles altos aún se encuentran personas afiliadas al régimen subsidiado.

Gráfico 9. Tipo de afiliación según quintiles. Porcentaje. 2003



Fuente: ECV 2003, cálculos propios

En el Cuadro 7 se puede observar que el porcentaje de afiliados al régimen contributivo disminuyó en 2003 para los quintiles 1, 2 y 4; por el contrario, el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado aumentó de manera significativa en todos los quintiles.

Cuadro 7. Tipo de afiliación según quintiles. Porcentaje y número de personas. 1997 y 2003

Quintiles	1997*			2003*		
	Contributivo	Subsidiado	No asegurado	Contributivo	Subsidiado	No asegurado
1	6,4	35,5	58,0	6,1	40,5	53,5
	608.203	3.358.239	5.483.603	529.823	3.540.375	4.675.604
2	20,7	27,0	52,3	16,2	36,3	47,5
	1.834.407	2.390.340	4.632.695	1.417.648	3.172.051	4.153.918
3	41,8	16,4	41,7	36,1	22,1	41,8
	3.290.528	1.292.882	3.281.612	3.159.479	1.933.910	3.662.085
4	62,5	6,2	31,4	57,4	11,9	30,7
	4.404.388	435.717	2.212.894	5.012.089	1.040.200	2.681.289
5	75,0	3,1	21,9	78,9	3,8	17,3
	4.935.457	204.372	1.438.568	6.891.345	335.259	1.512.862
Total	37,9	19,3	42,8	38,9	22,9	38,2
	15.072.983	7.681.550	17.049.372	17.008.324	10.020.069	16.687.000

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

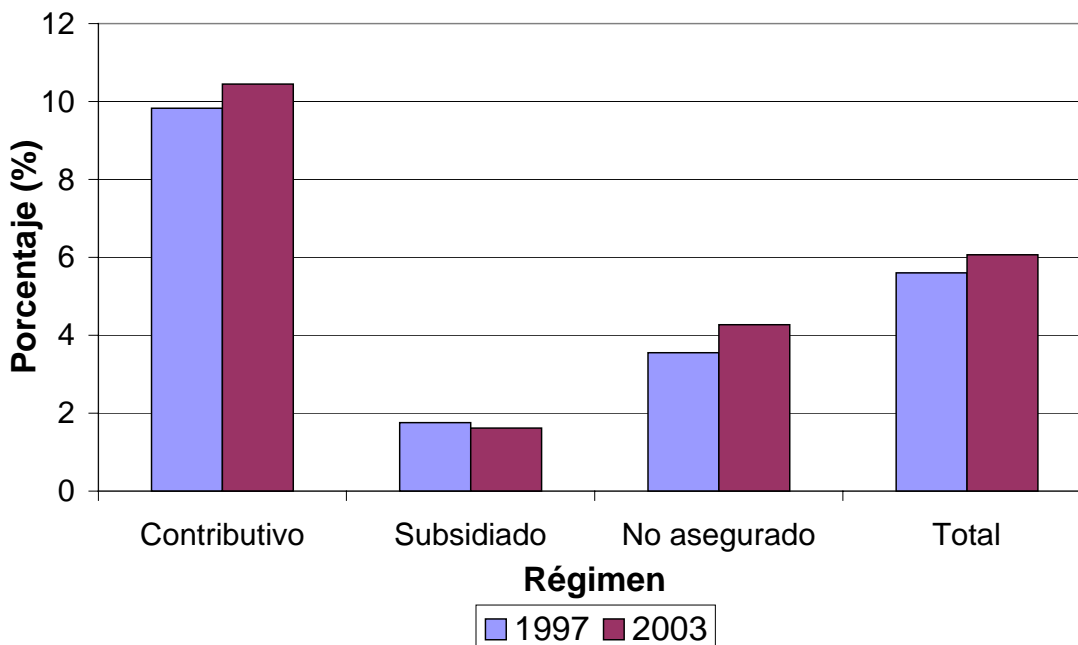
En los quintiles 3, 4 y 5 se presenta la tendencia esperada: a medida que el quintil es más alto, el porcentaje de personas en el régimen contributivo se incrementa y al mismo tiempo decrece el subsidiado, acompañado de una disminución significativa de la población no asegurada.

2. Planes de salud

Para complementar el análisis es conveniente evaluar a qué otros mecanismos de atención médica se vinculan los trabajadores. Entre estos planes se encuentran las pólizas de hospitalización y cirugía, medicina prepagada, seguros estudiantiles, entre otros. Estos planes muchas veces incentivan a que la gente no se afilie formalmente al sistema.

El Gráfico 10 muestra que cerca del 10% de las personas afiliadas al régimen contributivo tienen un plan adicional de salud. Esto se da principalmente porque no están satisfechos con la atención y calidad de las entidades prestadoras de servicio. Por su parte, poco más del 4% de los no asegurados tiene un plan adicional de salud y en su mayoría pertenecen a quintiles altos que prefieren asistir a médicos particulares. Existe también un porcentaje de personas no mayor al 2% que dice pertenecer al régimen subsidiado, pero que además cuentan con planes de salud complementarios; estas personas podrían tener la capacidad de pago para afiliarse al régimen contributivo, pero no lo hacen.

Gráfico 10. Porcentaje de población con algún plan o seguro de salud. 1997 y 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

En el Cuadro 8 se observa un aumento del número de personas que tienen un plan adicional de salud en todos los tipos de afiliación. Las personas que dicen tener un plan adicional de salud pertenecen, en su mayoría, al régimen contributivo; además, las proporciones permanecen casi sin modificarse entre los dos años.⁸

⁸ Las diferencias son significativas para las personas pertenecientes al régimen contributivo y para los no asegurados.

Cuadro 8. Afiliación a planes adicionales de salud según tipo de afiliación. Porcentaje y número de personas. 1997 y 2003

Plan de salud	1997				2003			
	Contributivo	Subsidiado	No asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	No asegurado	Total
Sí	66,7 1.483.113	6,1 135.332	27,2 604.820	100 2.224.843	67,1 1.778.502	6,1 161.700	26,9 712.171	100 2.652.373
No	36,2 13.589.870	20,1 7.546.218	43,8 16.444.552	100 37.617.581	37,1 15.233.219	24,0 9.858.294	38,9 15.973.693	100 41.065.206
Total	37,9 15.072.983	19,3 7.681.550	42,8 17.049.372	100 39.842.424	38,9 17.011.720	22,9 10.019.994	38,2 16.685.864	100 43.717.578

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

El Cuadro 9 muestra que Bogotá, la región Oriental y el Valle son las regiones con el más alto porcentaje de afiliados a un plan de salud (alrededor de 9%); mientras regiones como la Central, Amazonas, Pacífico y San Andrés muestran un porcentaje cercano al 2%.⁹

⁹ Las diferencias son significativas estadísticamente, únicamente para San Andrés no hay diferencia estadística entre las dos proporciones.

Cuadro 9. Afiliación a planes adicionales de salud según región. Porcentaje. 1997 y

2003

	1997		2003	
	Sí	No	Sí	No
Atlántico	4,6	95,4	3,2	96,8
Oriental	6,7	93,3	9,6	90,4
Central	1,9	98,1	2,0	98,0
Pacífico	0,7	99,3	2,8	97,2
Bogotá	11,0	89,0	10,0	90,0
Antioquia	6,4	93,6	5,7	94,3
Valle	5,2	94,8	8,4	91,6
San Andrés	2,1	97,9	2,1	97,9
Amazonas	4,1	95,9	2,5	97,5

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

Al comparar el volumen de individuos que poseen planes de salud se observa que tanto para 1997 como para 2003 los trabajadores formales se afilian más a estos servicios que los informales. De igual forma se observa que esa afiliación ha disminuido entre 1997 y 2003 (en el total nacional, el tránsito ha sido de 4,9% a 3,8%); tanto para los trabajadores formales como para los informales esta tendencia se mantiene.

Cuadro 10. Informalidad y afiliación a planes de salud. 1997 y 2003

	Plan de salud 1997			Plan de salud 2003		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Informal	86.962 1,8	4.634.453 98,2	4.721.415 100	76.253 1,3	5.593.532 98,7	5.669.785 100
Formal	647.171 6,4	9.535.929 93,6	10.183.100 100	553.460 5,0	10.456.383 95,0	11.009.843 100
Total	734.133 4,9	14.170.382 95,1	14.904.515 100	629.713 3,8	16.049.915 96,2	16.679.628 100

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

B. Demanda de servicios de salud

La demanda de servicios de salud puede examinarse a través de la demanda por prevención, la demanda por consulta ante un problema de salud, demanda por hospitalización y por medicamentos. Los resultados de prevención son positivos, pues hubo un aumento considerable. La demanda por consultas médicas ha disminuido y la falta de dinero aparece como la razón más importante. La tasa de hospitalización también disminuyó, así como el gasto en este rubro y en medicinas. La afiliación juega un rol definitivo en el acceso a las medicinas.

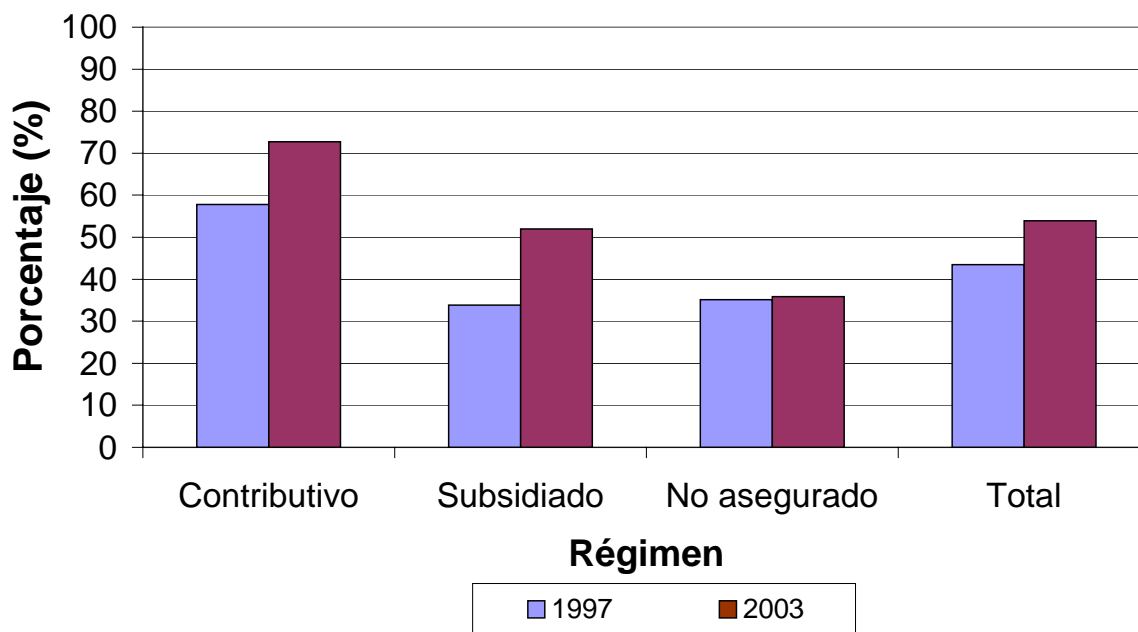
1. Prevención

El sistema de salud colombiano fue diseñado con especial atención en la promoción y prevención de la salud. Para corroborar el cumplimiento de este objetivo analizamos la pregunta relativa a la prevención en la ECV que indaga al encuestado si consultó al médico u odontólogo, sin estar enfermo, por lo menos una vez al año. Los

resultados arrojan un aumento en la prevención, pero una gran diferencia entre regiones.

El Gráfico 11 muestra un aumento del porcentaje de población asegurada que consulta por prevención; sin embargo, este mismo aumento no se da en los no asegurados. Esto indica que el sistema de seguridad social sí produce incentivos a la prevención, aunque este porcentaje aún sea muy bajo para las personas del régimen subsidiado (52%).

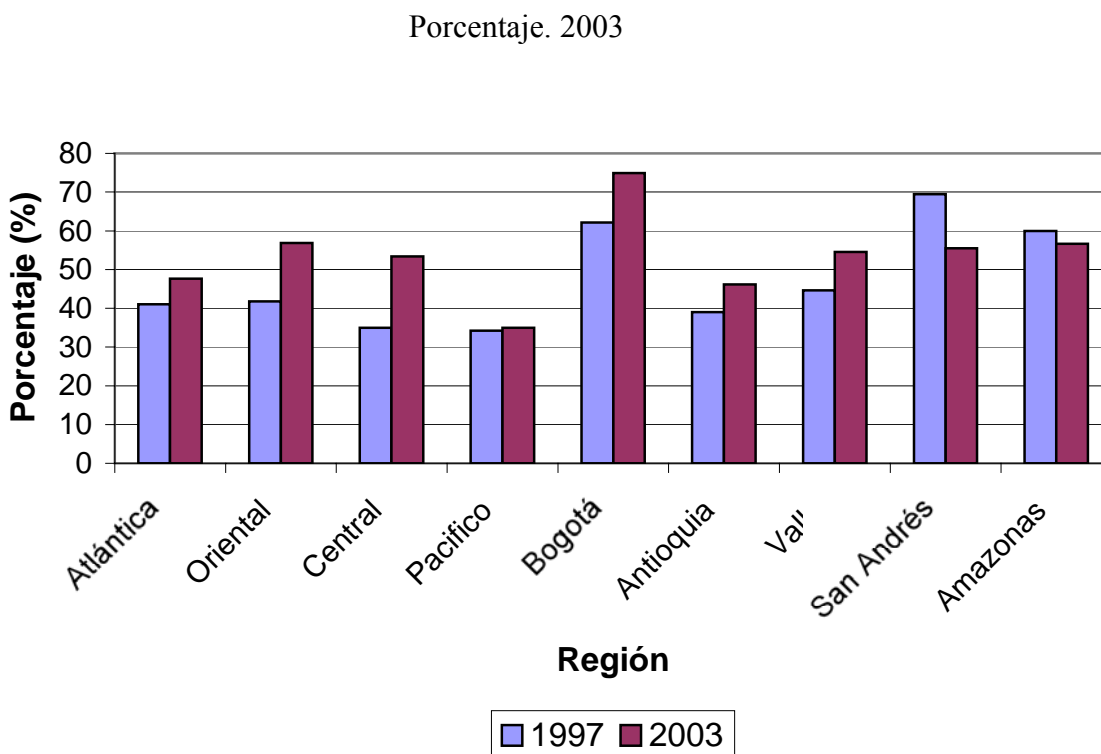
Gráfico 11. Porcentaje de personas que consulta por prevención según tipo de afiliación. 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

El Gráfico 12 muestra que todas las regiones, excepto San Andrés y Amazonas, aumentaron el porcentaje de población que consulta por prevención. Bogotá, Oriental y Central son las regiones que más aumentaron dicha proporción. La diferencia entre las regiones se hace evidente en este gráfico, mientras cerca del 75% de la población bogotana consulta por prevención, solamente el 34% de la región Pacífica lo hace.

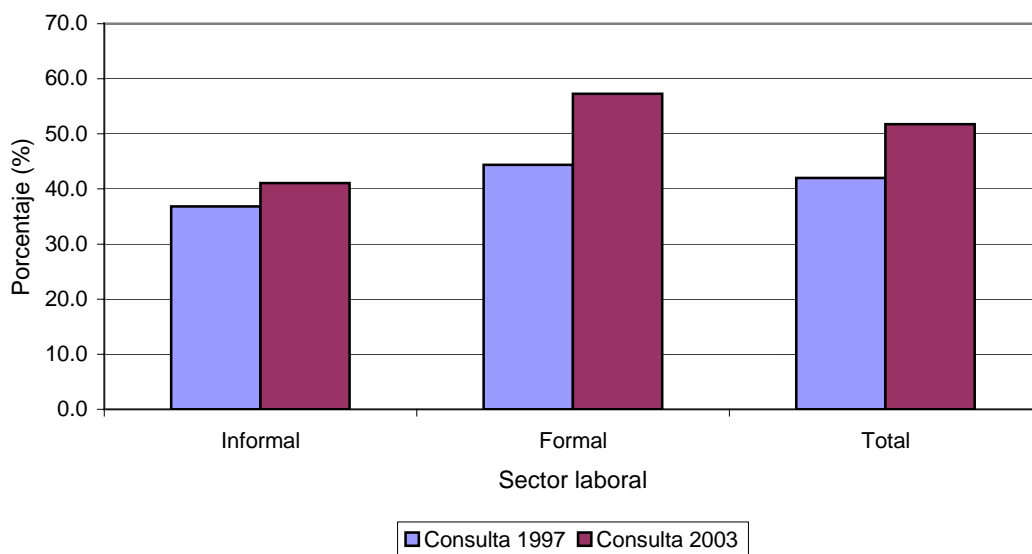
Gráfico 12. Porcentaje de personas que consultan por prevención según región.



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

En el Gráfico 13 se observa el porcentaje de individuos, según sector laboral, que consultan por prevención con un médico u odontólogo. Se nota que en ambos años el porcentaje para los trabajadores formales es superior al de los trabajadores informales. En 2003, cerca de 6.304.357 trabajadores formales (para los trabajadores informales este número fue cercano a 2.327.685) consultaban por prevención. Dado lo anterior, se observa que ha existido un avance entre 1997 y 2003: mientras que en 1997 el 42% de los ocupados consultaba, en 2003 ese valor fue 51,82%. El gráfico muestra que en ambos sectores laborales el avance ha sido positivo, los ocupados están consultando más por prevención.

Gráfico 13. Informalidad y consulta por prevención. 1997 y 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

2. Consulta

La demanda por consultas puede tener varias dimensiones. En primer lugar, es importante conocer que la morbilidad sentida de las personas ha disminuido en los últimos años. Luego de detectar la población con problemas de salud es necesario saber qué acciones tomaron para curar dicho problema, allí se muestra que el porcentaje de personas que asisten al médico no es muy grande. Luego, es necesario indagar las razones por las que no utilizaron los servicios médicos, donde la falta de dinero es una de las principales causas. Por último, vale la pena caracterizar la

población que reporta tener enfermedad crónica, que está aumentando, y su frecuencia de demanda de servicios médicos, que ha disminuido.

a) Morbilidad

La Encuesta de Calidad de Vida pregunta si en el último mes la persona percibió algún problema de salud. Esta información puede utilizarse como una aproximación a la morbilidad de las personas, aunque con la limitación de que esta es tan solo una percepción. Los resultados muestran una baja general en la morbilidad, pero no en todas las regiones; además, la probabilidad de percibir una enfermedad parece ser mayor en las cabeceras municipales y en los quintiles más altos.

La proporción de personas que acudió a un médico ante el problema de salud disminuyó considerablemente entre 1997 y 2003. Los no asegurados son quienes presentan el mayor descenso. La principal barrera de acceso es la falta de dinero, en especial para los quintiles más bajos, para los no asegurados y para los informales.

En primer lugar, las encuestas revelan una sensible disminución en la percepción de enfermedad de las personas, pues el porcentaje de personas que reportan una enfermedad o un accidente ha disminuido en casi cinco puntos porcentuales. Esta reducción ocurre en todos los tipos de afiliación, aunque las mayores disminuciones se dieron en los regímenes contributivo y subsidiado.

Esta disminución en la percepción de enfermedad pudo haberse dado por el decrecimiento del ingreso de los hogares después de la recesión económica, ya que las personas no tienen tiempo de sentirse enfermas porque eso implicaría trabajar menos tiempo y, por ende, percibir menos ingresos.

Cuadro 11. Porcentaje de personas que perciben algún problema de salud según tipo de afiliación. 1997 y 2003

	1997			2003		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Contributivo	2.542.214	11.484.958	14.027.172	2.167.570	14.843.278	17.010.848
	18,1	81,9	100	12,7	87,3	100
Subsidiado	1.294.100	6.058.577	7.352.677	1.085.667	8.935.200	10.020.866
	17,6	82,4	100	10,8	89,2	100
No afiliado	2.293.034	14.248.762	16.541.796	1.766.004	14.919.860	16.685.864
	13,9	86,1	100	10,6	89,4	100
Total	6.129.348	31.792.297	37.921.645	5.019.241	38.698.338	43.717.578
	16,2	83,8	100	11,5	88,5	100

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

En cuanto a las regiones se refiere, se puede decir que la única que aumenta la proporción de personas con percepción de enfermedad es la Pacífica, que pasa de un 13,6 a 14,5%. Por otra parte, las regiones que presentan mayores progresos son Amazonas, donde el porcentaje de personas con percepción de enfermedad disminuye en casi 13 puntos; Oriental con 9 y Antioquia con 6 puntos porcentuales. En Valle, a pesar del incremento en el número de personas que perciben estar enfermas, la proporción disminuye con respecto al total. Sin embargo, Valle, al igual que Atlántico, Antioquia, Pacífico y Amazonas, está por encima del promedio nacional. Estas disminuciones en la percepción de enfermedad en las regiones están

correlacionadas con reducciones en la percepción de enfermedad crónica y un mejoramiento del estado de salud, como se describe en secciones posteriores.

Cuadro 12. Porcentaje de personas que perciben algún problema de salud según región. 1997 y 2003

	1997			2003		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Atlántica	1.222.792	6.918.933	8.141.725	1.119.173	8.378.277	9.497.450
	15,0	85,0	100	11,8	88,2	100
Oriental	1.366.364	5.248.349	6.614.713	899.638	6.996.082	7.895.720
	20,7	79,3	100	11,4	88,6	100
Central	748.338	4.135.395	4.883.733	577.631	4.878.625	5.456.256
	15,3	84,7	100	10,6	89,4	100
Pacífico	459.756	2.913.728	3.373.484	501.013	2.951.696	3.452.709
	13,6	86,4	100	14,5	85,5	100
Bogotá	816.885	5.230.478	6.047.363	635.815	6.225.684	6.861.499
	13,5	86,5	100	9,3	90,7	100
Antioquia	923.559	4.015.797	4.939.356	709.204	4.899.625	5.608.829
	18,7	81,3	100	12,6	87,4	100
Valle	479.808	2.969.844	3.449.652	512.447	3.877.039	4.389.486
	13,9	86,1	100	11,7	88,3	100
San Andrés	4.822	41.047	45.869	3.078	54.341	57.419
	10,5	89,5	100	5,4	94,6	100
Amazonas	107.024	318.726	425.750	61.242	436.968	498.210
	25,1	74,9	100	12,3	87,7	100

Total	6.129.348	31.792.297	37.921.645	5.019.241	38.698.338	43.717.578
	16,2	83,8	100	11,5	88,5	100

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

Al comparar la morbilidad por áreas geográficas se encuentran avances importantes. En ambas áreas disminuye la proporción de personas que perciben enfermedad en más de 4 puntos porcentuales; sin embargo, en las cabeceras municipales existen mayores probabilidades de percibir enfermedad.

Cuadro 13. Porcentaje de personas que perciben algún problema de salud según clase de municipio. 1997 y 2003

	1997			2003		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Cabecera	4.549.302	22.624.380	27.173.682	3.870.307	28.242.723	32.113.030
	16,7	83,3	100	12,1	87,9	100
Resto	1.580.046	9.167.917	10.747.963	1.148.933	10.455.615	11.604.548
	14,7	85,3	100	9,9	90,1	100
Total	6.129.348	31.792.297	37.921.645	5.019.241	38.698.338	43.717.578
	16,2	83,8	100	11,5	88,5	100

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

En lo referente a los quintiles de ingreso, en 1997 la proporción de personas que reportaban alguna enfermedad en los dos quintiles más pobres era menor que el resto. Los quintiles más ricos parecen tener una mayor probabilidad de percibir una enfermedad que los más pobres. Esto puede atribuirse a los sesgos del autoreporte,

donde las personas de los quintiles más pobres consideran una enfermedad como una condición normal.

Entre 1997 y 2003 todos los quintiles han experimentado una disminución de percepción de enfermedad, los de mayor avance en este aspecto son los quintiles 2 y 5, que han disminuido el porcentaje de personas con algún problema de salud en más de cinco puntos porcentuales.

Cuadro 14. Porcentaje de personas que perciben algún problema de salud según quintil. 1997 y 2003

Quintiles de ingreso	1997			2003		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
1	1.092.484	6.616.459	7.708.943	864.392	7.881.594	8.745.986
	14,2	85,8	100	9,9	90,1	100
2	1.228.280	6.440.340	7.668.620	925.486	7.817.764	8.743.250
	16,0	84,0	100	10,6	89,4	100
3	1.212.840	6.394.715	7.607.555	1.058.702	7.695.985	8.754.686
	15,9	84,1	100	12,1	87,9	100
4	1.337.055	6.148.325	7.485.380	1.143.703	7.590.138	8.733.841
	17,9	82,1	100	13,1	86,9	100
5	1.258.689	6.192.458	7.451.147	1.026.958	7.712.857	8.739.816
	16,9	83,1	100	11,8	88,2	100
Total	6.129.348	31.792.297	37.921.645	5.019.241	38.698.338	43.717.578
	16,2	83,8	100	11,5	88,5	100

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

b) ¿A quién consultó?

Luego de indagar por los problemas de salud, la encuesta analiza la acción que tomaron ante el problema. Entre estas opciones se encuentra acudir a un médico, a un promotor de salud, a un boticario; consulta a un tegua; terapias alternativas, remedios caseros, autorecetas o nada.

Las encuestas muestran una disminución del porcentaje de personas que van al médico. Para 1997 esta proporción era de 77,1% y para 2003 fue de 67,9%. Por el contrario, las personas reportan acudir más al boticario, utilización de remedios caseros y la autoprescripción.¹⁰

El único régimen que ha incrementado la atención de las personas con problemas de salud es el subsidiado, aumentando en 4 puntos la proporción de pacientes atendidos por profesionales médicos. En el régimen contributivo esta proporción decreció en 8 puntos porcentuales. Los no asegurados son quienes presentan la más fuerte disminución de atención médica profesional, alrededor de 20 puntos. Como se muestra después, esto se debe, en su mayoría, a la falta de dinero; luego, aquí se observa uno de los grandes beneficios de estar asegurado.

Cuadro 15. Acción tomada para resolver el problema de salud según tipo de afiliación. 1997 y 2003

	1997				2003			
	Contributivo	Subsidiado	No asegurados	Total	Contributivo	Subsidiado	No asegurados	Total
Profesional o institución de salud	3.125.153	1.142.736	1.912.921	6.180.810	1.722.728	807.225	877.976	3.407.929
	87,1	70,4	68,2	77,1	79,5	74,4	49,7	67,9
Promotor de salud o enfermera	90.065	18.770	29.847	138.682	19.029	8.364	42.205	69.598
	2,5	1,2	1,1	1,7	0,9	0,8	2,4	1,4

¹⁰ Las razones del porqué una menor proporción de personas acude al médico se muestran en la siguiente sección.

Boticario, farmaceuta,	33.388	43.547	133.691	210.626	60.879	29.879	123.170	213.927
droguista	0,9	2,7	4,8	2,6	2,8	2,8	7,0	4,3
Tegua, empírico,	3.982	25.069	60.571	89.622	4.061	7.624	29.644	41.330
curandero	0,1	1,5	2,2	1,1	0,2	0,7	1,7	0,8
Terapias alternativas	8.003	8.657	18.544	35.204	1.409	0	5.860	7.269
Remedios caseros	82.299	122.332	191.537	396.168	137.632	85.555	253.152	476.339
	2,3	7,5	6,8	4,9	6,3	7,9	14,3	9,5
Autorrecetó	123.070	161.754	313.867	598.691	154.650	102.802	346.260	603.712
	3,4	10,0	11,2	7,5	7,1	9,5	19,6	12,0
Nada	120.819	100.108	142.249	363.176	67.181	44.219	87.737	199.136
	3,4	6,2	5,1	4,5	3,1	4,1	5,0	4,0
Total	3.586.779	1.622.973	2.803.227	8.012.979	2.167.570	1.085.667	1.766.004	5.019.241
	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

c) Razones para no acudir al médico

Dado que es una proporción importante la que no asiste al médico, es necesario conocer las razones por las que no lo hacen. La falta de dinero se revela como la principal barrera de acceso al servicio médico (39,3%). El Cuadro 16 muestra que para los quintiles más bajos la falta de dinero es, en más de la mitad de los casos, la causa para no ir al médico. Esta proporción disminuye sensiblemente entre mayor sea el quintil, al punto de que esta causa representa el 13,3% de las razones en el quintil más alto.

El porcentaje de mala percepción de la calidad del servicio como determinante de la no asistencia al médico, aumentó. Por su parte, la confianza en los médicos dejó de ser una excusa importante para la no asistencia. El porcentaje de personas a las cuales no les han resuelto el problema también ha disminuido, principalmente en los primeros quintiles de ingreso. A pesar de esto, en los mismos quintiles se nota un incremento porcentual de las personas que no han sido atendidas, pasando de 0,6 a 3,2%. Aun cuando estas proporciones son muy pequeñas con respecto a la muestra y pueden tener errores muestrales muy altos, este aumento pudo haberse dado porque en 2003 las personas del quintil 1 son en su mayoría no asegurados; luego, no tienen acceso a los servicios médicos por no estar afiliados y por no tener dinero suficiente.

Cuadro 16. Razones de no consulta según quintiles. 1997 y 2003

	Quintiles 1997						Quintiles 2003					
	1	2	3	4	5	Total	1	2	3	4	5	Total
Caso leve	79.474	124.997	109.021	89.298	126.632	529.422	81.025	89.205	137.766	123.219	141.152	572.367
	17,8	30,6	31,6	34,4	54,1	31,3	23,3	29,9	40,2	38,8	59,9	37,1
No tuvo tiempo	19.453	18.515	32.037	33.117	26.672	129.794	8.335	13.404	17.710	22.945	16.251	78.646
	4,4	4,5	9,3	12,7	11,4	7,7	2,4	4,5	5,2	7,2	6,9	5,1
Centro lejano	33.990	12.038	9.300	9.854	6.536	71.718	15.875	7.950	12.028	17.331	9.350	62.534
	7,6	2,9	2,7	3,8	2,8	4,2	4,6	2,7	3,5	5,5	4,0	4,1
Falta de dinero	258.496	197.206	144.758	60.214	31.117	691.791	199.370	150.951	126.644	97.743	31.396	606.103
	57,9	48,3	42,0	23,2	13,3	40,9	57,3	50,6	37,0	30,8	13,3	39,3
Servicio es malo	5.175	2.395	5.058	11.193	0	23.821	7.000	12.359	12.636	14.120	10.644	56.759
	1,2	0,6	1,5	4,3	0,0	1,4	2,0	4,1	3,7	4,4	4,5	3,7
No lo atendieron	2.605	6.792	3.612	1.301	2.755	17.065	11.192	3.771	1.292	5.059	7.158	28.472
	0,6	1,7	1,0	0,5	1,2	1,0	3,2	1,3	0,4	1,6	3,0	1,8
	21.722	24.242	18.003	19.936	7.318	91.221	10.102	7.148	10.035	10.667	6.416	44.369

No confía en médicos	21.722	24.242	18.003	19.936	7.318	91.221	10.102	7.148	10.035	10.667	6.416	44.369
No confía en médicos resuelto	18.838	11.267	12.505	17.847	17.484	77.941	4.672	7.176	9.736	12.821	3.785	38.190
Mucho trámite	4,9	5,9	5,2	7,7	3,1	5,4	2,9	2,4	2,9	3,4	2,7	2,9
Mucho trámite resuelto	4,2	2,8	3,6	6,9	7,5	4,6	1,3	2,4	2,8	4,0	1,6	2,5
Mucho trámite	6.656	11.226	10.197	17.027	15.608	60.714	10.334	6.235	14.688	13.452	9.565	54.274
Mucho trámite resuelto	1,5	2,7	3,0	6,6	6,7	3,6	3,0	2,1	4,3	4,2	4,1	3,5
Total	446.409	408.678	344.491	259.787	234.122	1.693.487	347.905	298.198	342.536	317.357	235.718	1.541.713
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

Cuando se comparan los regímenes con las razones de no atención se encuentra que los trámites en el régimen contributivo han dejado de ser uno de los principales obstáculos para el tratamiento de la enfermedad; sin embargo, la falta de dinero y la calidad del servicio aumentaron preocupantemente.

Por el contrario, las personas pertenecientes al régimen subsidiado reportaron una disminución de la falta de dinero como barrera de acceso; a pesar de ello, las quejas por la calidad del servicio y por el exceso de trámites cobraron mayor importancia. Más de la mitad de las personas que no están aseguradas y no recibieron atención médica señalan la falta de dinero como impedimento para acceder a los servicios médicos.

Cuadro 17. Razones de no consulta según tipo de afiliación. 1997 y 2003

	1997				2003			
	Contributivo	Subsidiado	No asegurado	Total	Contributivo	Subsidiado	No asegurado	Total
	191.813	132.951	204.658	529.422	236.712	104.752	230.903	572.367
	51,6	28,8	23,8	31,3	55,6	38,8	27,3	37,1

No tuvo tiempo	49.659	31.774	48.361	129.794	37.410	17.664	23.573	78.646
	13,4	6,9	5,6	7,7	8,8	6,5	2,8	5,1
Centro lejano	11.021	35.025	25.672	71.718	22.033	13.176	27.325	62.534
	3,0	7,6	3,0	4,2	5,2	4,9	3,2	4,1
Falta de dinero	20.420	190.914	480.457	691.791	45.214	79.594	481.295	606.103
	5,5	41,4	55,8	40,9	10,6	29,5	56,9	39,3
Servicio es malo	8.253	4.699	10.869	23.821	29.291	15.574	11.894	56.759
	2,2	1,0	1,3	1,4	6,9	5,8	1,4	3,7
No lo atendieron	6.946	6.931	3.188	17.065	11.162	7.857	9.453	28.472
	1,9	1,5	0,4	1,0	2,6	2,9	1,1	1,8
No confía en médicos	17.305	22.794	51.122	91.221	8.343	7.352	28.674	44.369
	4,7	4,9	5,9	5,4	2,0	2,7	3,4	2,9
No se lo han resuelto	28.722	22.067	27.152	77.941	11.540	10.662	15.988	38.190
	7,7	4,8	3,2	4,6	2,7	3,9	1,9	2,5
Mucho trámite	37.422	14.312	8.980	60.714	24.108	13.448	16.718	54.274
	10,1	3,1	1,0	3,6	5,7	5,0	2,0	3,5
Total	371.561	461.467	860.459	1.693.487	425.812	270.078	845.823	1.541.713
	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

En el Cuadro 18 se tabula el sector laboral al cual pertenece el individuo que durante el último mes fue víctima de un accidente o algún otro problema de salud, junto con la principal razón por la que no solicitó o no recibió atención médica.

Los trabajadores del sector informal, tanto para 1997 como para 2003, afirman que la principal razón por la cual no acudieron al servicio médico fue la falta de dinero. La proporción que así lo afirma (para 2003 es 49,6%, cerca de 144.093 personas) es mayor al porcentaje de los trabajadores formales que indican aquella como la principal causa de no recibir atención médica (26,7% en 2003).

En 2003, el caso leve es la causa principal que sustenta el hecho de que los trabajadores formales no reciban atención médica. Para este mismo año, de las principales razones profesadas por los trabajadores informales para no acudir al servicio médico fueron las de restricción de tiempo (4,7%), excesivos trámites para la consecución de una cita (4,3%) y la falta de confianza en los médicos (3,2%). Para los trabajadores formales, las principales razones son la falta de tiempo (12,1%), la lejanía del centro de atención (6.1%) y porque consideran que el servicio es malo (5,6%).

Cuadro 18. Informalidad y razones para no recibir o solicitar atención médica

	Informal 1997*			Informal 2003*		
	Informal	Formal	Total	Informal	Formal	Total
Falta de						
dinero	44,9	35,4	38,9	49,6	26,7	37,8
Caso leve						
No tuvo	23,8	31,4	28,6	33,1	34,8	34,0
tiempo	11,7	10,3	10,8	4,7	12,1	8,5
No confía en						
médicos	8,9	4,3	6,0	3,2	3,2	3,2
No se lo han						
resuelto	4,7	4,6	4,7	1,0	4,0	2,6
Mucho						
trámite	1,8	5,4	4,1	4,3	3,6	3,9
Centro lejano						
Servicio es	2,2	4,6	3,7	0,8	6,1	3,5
malo	1,6	1,8	1,7	1,9	5,6	3,8
No lo						
atendieron	0,3	2,2	1,5	1,4	4,0	2,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

d) Enfermedad crónica

Estudios, como el de Panopoulou (2000), muestran que la presencia de enfermedades crónicas en la población incentiva la afiliación de las personas al sistema de salud. Esta hipótesis se evidencia de nuevo en las encuestas de calidad de vida. El porcentaje de afiliados con enfermedades crónicas tiende a ser mucho mayor en el régimen contributivo que en los otros dos regímenes. De manera análoga, en los quintiles altos la proporción de individuos que sufren enfermedades crónicas es mayor que en los quintiles más bajos.

En el Cuadro 19 se muestran las probabilidades condicionales de enfermedad crónica dado el tipo de afiliación. Los resultados indican un aumento en el porcentaje de personas con enfermedad crónica. Además, tanto el porcentaje como el número de personas no aseguradas que tienen enfermedad crónica y consultan disminuyen considerablemente. Los individuos del régimen contributivo tienden a presentar una mayor proporción de enfermos crónicos que consultan, seguido por los afiliados al régimen subsidiado.

Cuadro 19. Enfermedad crónica según tipo de afiliación. 1997 y 2003

	1997				2003			
	Sí y consulta	Sí, no consulta	No	Total	Sí y consulta	Sí, no consulta	No	Total
Contributivo	11,1	2,8	86,1	100,0	12,3	4,9	82,8	100,0
	<i>1.676.737</i>	<i>423.289</i>	<i>12.995.523</i>	<i>15.095.549</i>	<i>2.097.538</i>	<i>827.017</i>	<i>14.086.293</i>	<i>17.010.848</i>
Subsidiado	7,8	4,8	87,5	100,0	8,1	6,4	85,5	100,0
	<i>598.408</i>	<i>365.299</i>	<i>6.724.962</i>	<i>7.688.669</i>	<i>808.813</i>	<i>640.640</i>	<i>8.571.413</i>	<i>10.020.866</i>
	5,5	3,9	90,6	100,0	3,6	6,8	89,6	100,0

No asegurado	5,5	3,9	90,6	100,0	3,6	6,8	89,6	100,0
No asegurado	8,1	3,7	88,3	100,0	8,0	6,0	86,0	100,0
	3.218.178	1.457.821	35.166.425	39.842.424	3.500.113	2.604.213	37.613.253	43.717.578
	943.033	689.233	75.448.940	77.058.206	893.762	1.136.558	14.958.548	16.685.864

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

En el Cuadro 20 se puede apreciar que en las regiones Oriental, Pacífico, Bogotá, Valle y San Andrés el porcentaje de personas con enfermedad crónica aumenta en más de 3 puntos. Además, en seis de las nueve regiones, la probabilidad de tener enfermedad crónica y consultar disminuye. En las únicas regiones donde este porcentaje aumenta, que son Oriental, Bogotá y Valle, se da que la proporción de los que no consultan aumenta en mayor medida.

Cuadro 20. Enfermedad crónica según región. 1997 y 2003

Región	1997			2003		
	Sí y consulta	Sí, no consulta	No	Sí y consulta	Sí, no consulta	No
Atlántico	6,8 581.503	3,4 286.233	90 7.654.298	5,3 501.747	4,5 431.192	90 8.564.512
Oriental	7,7 527.794	3,4 236.786	89 6.125.671	8,7 685.734	7,1 556.998	84 6.652.988
Central	8,4 431.235	4,6 237.298	87 4.475.358	7,4 405.384	6,3 341.020	86 4.709.852
Pacífico	7,8 274.174	3,4 118.302	89 3.133.415	6,3 217.704	8,0 275.291	86 2.959.714
Bogotá	7,0 440.994	2,3 143.018	91 5.740.244	9,1 626.764	4,9 334.661	86 5.900.075
Antioquia	11,3 592.775	5,7 297.996	83 4.376.294	10,2 570.948	6,7 373.416	83 4.664.465
Valle	8,9 324.789	3,5 126.832	88 3.186.971	10,3 451.844	6,1 266.858	84 3.670.784
San Andrés	8,3 7.167	1,7 1.463	90 77.319	7,4 4.260	6,5 3.709	86 49.451
Amazonas	8,5 37.747	2,2 9.893	89 396.855	7,2 35.730	4,2 21.069	89 441.411
Total	8,1 3.218.178	3,7 1.457.821	88 35.166.425	8,0 3.500.113	6,0 2.604.213	86 37.613.253

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

El Cuadro 21 muestra que la proporción de personas con enfermedad crónica es mayor en las cabeceras municipales. También se observa que el porcentaje de

individuos que no consulta ha aumentado a través de los años tanto en el área rural como en el área urbana.

Cuadro 21. Enfermedad crónica según clase de municipio. 1997 y 2003

Clase	1997			2003		
	Sí y consulta	Sí, no consulta	No	Sí y consulta	Sí, no consulta	No
Cabecera	9,0	3,4	87,7	8,8	5,8	85,4
	2.574.570	972.839	25.181.830	2.839.860	1.848.309	27.424.861
Resto	5,8	4,4	89,9	5,7	6,5	87,8
	638.974	484.403	9.951.289	660.253	755.904	10.188.391
Total	8,1	3,7	88,3	8,0	6,0	86,0
	3.213.544	1.457.242	35.133.119	3.500.113	2.604.213	37.613.253

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

El Cuadro 22 permite observar qué trabajadores, por sector formal e informal, sufren de alguna enfermedad crónica y cuáles de ellos consultan periódicamente acerca de esa enfermedad. Se observa una dominancia por parte del sector formal. En 1997 había cerca de 1.188.372 trabajadores formales (1.613.759 en 2003), que representan cerca del 11,7% del total de ellos (para 2003 representan cerca del 14,7% de todos los trabajadores formales), que sufría una enfermedad crónica y el 91,8% de éstos consultaba periódicamente (cerca del 76,7% en 2003).

Por su parte, en 1997, los trabajadores informales que sufrían de una enfermedad crónica representaban el 10,4%, es decir, 491.447 personas (en 2003 era el 12,4%, equivalente a 703.701 trabajadores) y de estos quienes consultaban periódicamente representaban el 54,4% en 1997 y el 41,2% en 2003. De este modo se

intuye que, en proporción, los trabajadores formales suelen demandar más consultas que los informales o que tienen mayores posibilidades de acceder a una consulta cuando realmente la requieren.

Cuadro 22. Informalidad y consulta por enfermedad crónica. 1997 y 2003

	Tiene enfermedad crónica 1997				Tiene enfermedad crónica 2003			
	Sí y consulta	Sí, no consulta	No	Total	Sí y consulta	Sí, no consulta	No	Total
Informal	267.469 5,7	223.978 4,7	4.229.968 89,6	4.721.415 100,0	290.138 5,1	413.563 7,3	4.966.084 87,6	5.669.785 100,0
Formal	823.317 8,1	365.055 3,6	8.994.728 88,3	10.183.100 100,0	946.715 8,6	667.044 6,1	9.396.084 85,3	11.009.843 100,0
Total	1.090.786 7,3	589.033 4,0	13.224.696 88,7	14.904.515 100,0	1.236.852 7,4	1.080.608 6,5	14.362.167 86,1	16.679.628 100,0

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

El Cuadro 23 muestra que entre mayor sea el quintil, mayor es el porcentaje de personas con enfermedad crónica y mayor es el cambio de porcentaje entre 1997 y 2003. Por otro lado, entre menor es el quintil menor es la proporción de personas que consulta por la enfermedad, mostrando incluso un decrecimiento en la proporción entre los dos años.

Cuadro 23. Enfermedad crónica según quintiles. 1997 y 2003

Quintiles	1997			2003		
	Sí y consulta	Sí, no consulta	No	Sí y consulta	Sí, no consulta	No
1	5,7	4,1	90,1	4,9	6,1	88,9
	457.690	327.642	7.179.386	430.543	537.665	7.777.779
2	6,6	4,0	89,4	6,1	6,0	88,0
	523.768	320.509	7.114.195	530.765	521.406	7.691.079
3	7,7	3,9	88,4	7,5	6,2	86,3
	615.274	307.940	7.036.661	654.764	547.071	7.552.850
4	9,6	3,5	86,9	9,7	6,0	84,3
	763.260	281.865	6.917.997	850.135	521.166	7.362.540
5	10,7	2,8	86,5	11,8	5,5	82,7
	853.552	219.286	6.884.880	1.033.906	476.905	7.229.005
Total	8,1	3,7	88,3	8,0	6,0	86,0
	3.213.544	1.457.242	35.133.119	3.500.113	2.604.213	37.613.253

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

3. Hospitalización

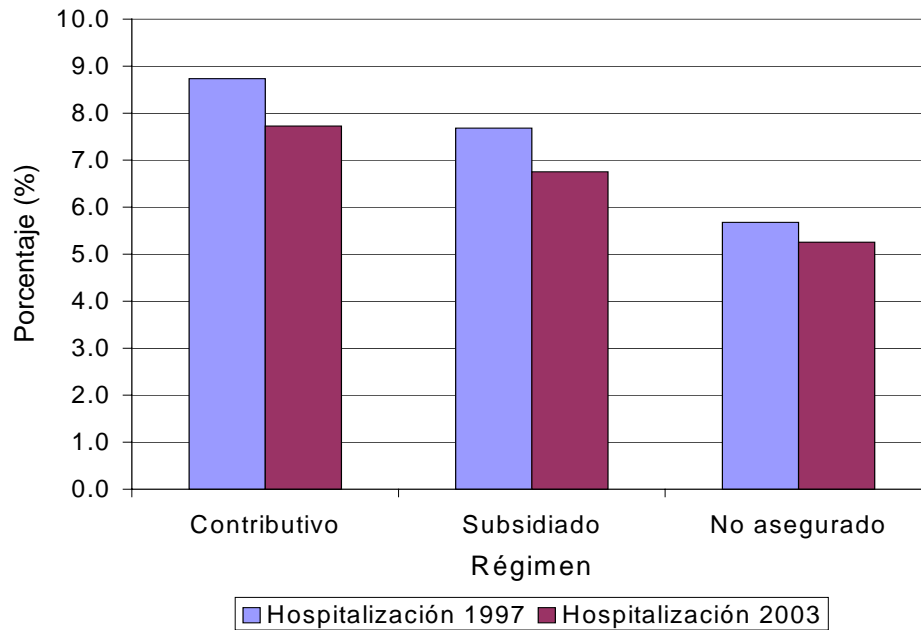
Para el estudio es interesante observar cuántas personas tuvieron que ser hospitalizadas durante los últimos doce meses de los años en referencia y relacionar este factor con los principales que se han trabajado en este documento. A manera de epítome puede afirmarse que la tasa de hospitalización tiende a ser mayor en los individuos que poseen un alto nivel de ingresos, así como las personas afiliadas a los

regímenes contributivo y subsidiado. La explicación de esto no puede ser única, depende tanto de restricciones económicas como de los diferenciales en la morbilidad entre grupos poblacionales; muestra de ello es que la tasa de hospitalización ha disminuido para todas las regiones exceptuando Amazonas y Pacífico.

Al comparar la hospitalización con el régimen al cual pertenece el individuo se nota que el porcentaje de personas que fueron hospitalizadas en el régimen contributivo es superior a los individuos que fueron hospitalizados en los otros dos regímenes. La tendencia que el Gráfico 14 deja entrever es decreciente entre los dos años; el porcentaje de personas, para cada régimen, que se hospitalizaron en 2003 es menor que el presente en 1997.

Las causas que llevan a esta tendencia pueden ser una menor morbilidad o bien una menor capacidad de pago para tratar una enfermedad que implica una hospitalización. Para 2003, cerca del 6,6% de los individuos tuvo que ser hospitalizado durante los últimos doce meses; este porcentaje para 1997 ascendía a 7,2%.

Gráfico 14. Hospitalización según tipo de afiliación. 1997 y 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

Una vez realizada esta caracterización es necesario observar cómo eran las tendencias de los gastos relacionados con los servicios de salud para estos dos periodos, diferenciándolos según grupos poblacionales o características individuales. La comparación entre los dos años no puede hacerse de manera directa debido a las diferencias en el enunciado de la pregunta hecha en cada ECV. La razón es que en 1997 los gastos registrados corresponden al caso más grave durante los doce meses de referencia, mientras que para 2003 los gastos se relacionan con alguna hospitalización durante el período enunciado.

El Cuadro 24 indica el gasto promedio en hospitalización de las personas según el régimen de salud al que pertenecen.¹¹ Inicialmente se observa que los individuos no asegurados presentan el mayor gasto en salud. En 1997 los individuos que pertenecían al régimen subsidiado gastaban cerca de \$68.954 más que los del régimen contributivo. Para 2003 el régimen contributivo, como era de esperarse, presenta un mayor gasto en salud que el régimen subsidiado (la diferencia es de \$23.381).

Cuadro 24. Gastos a precios de 2003 de hospitalización según tipo de afiliación

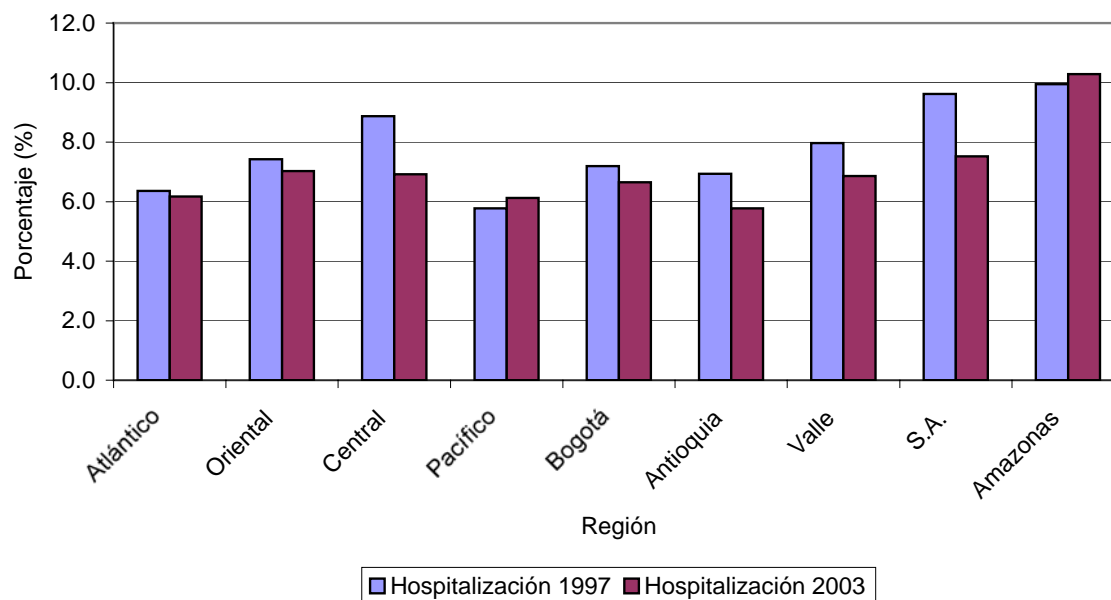
Régimen	1997	2003
Contributivo	300.046	137.603
Subsidiado	368.999	114.221
No asegurado	512.837	244.704
Total	385.817	164.812

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

Se puede observar, en el Gráfico 15, que el tránsito de una menor tasa de hospitalizaciones ha sido generalizado en las distintas regiones del territorio nacional. Únicamente la región Pacífica muestra un incremento de su tasa de hospitalización, pasando entre los dos años en cuestión de 5,8% a 6,1%, lo cual representa un aumento de 7.713 personas hospitalizadas. Las diferencias más relevantes se presentan en la región Central y en San Andrés donde se presentó un decrecimiento de 2,2%.

¹¹ El gasto promedio se presenta a precios constantes de 2003, el deflactor utilizado para 1997 es de 1,758722

Gráfico 15. Hospitalización por regiones. 1997 y 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

El gasto de hospitalización por regiones se describe en el Cuadro 25. En 1997 la región que tenía un mayor gasto era la Pacífico seguida por Bogotá, mientras que la región con el menor gasto fue San Andrés. Para 2003, Antioquia y Bogotá muestran los mayores gastos promedios por hospitalización y San Andrés sigue siendo la región con el menor rubro.

Cuadro 25. Gastos a precios de 2003 de hospitalización según región

Región	1997	2003
Atlántico	348.216	129.287
Oriental	359.924	131.421
Central	259.536	138.879

Pacífico	552.057	204.794
Bogotá	533.031	227.056
Antioquia	492.969	246.592
Valle	221.510	128.977
San Andrés	193.872	90.699
Amazonas	384.916	103.632

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

Además del análisis por regiones, es importante comparar el cambio entre los centros poblaciones; es decir, las diferencias entre las cabeceras municipales y resto (zona rural dispersa y centro poblado). En el Cuadro 26 se observa que en las cabeceras municipales se presenta una mayor tasa de hospitalización que en las zonas poblacionales catalogadas como resto. En 2003, el 6,9% de los habitantes de cabecera eran hospitalizados, un porcentaje significativamente menor se presenta en el resto (5,5%). Esta diferencia en la demanda por servicios puede atribuirse a un acceso menos restrictivo en las cabeceras municipales que el presentado en otras zonas. Dentro de las posibles causas se encuentra la imposibilidad económica para costear los gastos de hospitalización en la zona resto, dado que alrededor del 48% de su población no cuenta con seguro de salud.

Cuadro 26. Hospitalización según clase de municipio. 1997 y 2003

Centro	Hospitalización 1997			Hospitalización 2003		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Cabecera	7,8 2.248.639	92,2 26.480.600	100 28.729.239	6,9 2.228.011	93,1 29.885.020	100 32.113.030
Resto	5,7 628.331	94,4 10.484.854	100 11.113.185	5,5 638.920	94,5 10.965.628	100 11.604.548
Total	7,2	92,8	100	6,6	93,4	100
Nacional	2.876.970	36.965.454	39.842.424	2.866.931	40.850.647	43.717.578

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

Por su parte, la diferencia en los gastos de hospitalización entre estas zonas poblacionales (véase el Cuadro 27) no deja entrever una tendencia clara. En 1997 los mayores gastos se presentaban en las cabeceras municipales. Para 2003 esto se revierte y el mayor gasto se genera en las zonas poblacionales catalogadas como resto. Una posible causa de este suceso es que en las zonas resto se encuentra la mayor parte de los no asegurados y, como se ha mostrado en secciones anteriores, son estos individuos los que han dejado, en mayor proporción, de consultar por prevención al médico y por tanto son más proclives a sufrir enfermedades más graves cuya hospitalización demanda mayores recursos.

Cuadro 27. Gastos a precios de 2003 de hospitalización según clase de municipio

Centro	1997	2003
Cabecera	403.118	159.558
Resto	323.686	183.190

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

El Cuadro 28 muestra el porcentaje de trabajadores que estuvieron hospitalizados durante los años en referencia. Para el total nacional se percibe que el porcentaje de trabajadores que han sido hospitalizados disminuyó. Si se discrimina esta información según sector laboral se puede intuir que el número de informales hospitalizados disminuyó (de 320.614 en 1997 pasó a 316.699 en 2003), cambio observado también en los porcentajes (6,8% a 5,6%). Por su parte, el porcentaje de trabajadores formales que fue hospitalizado en 2003 es notablemente menor que el correspondiente a 1997 (hubo 739.408 personas hospitalizadas en 1997 y 717.479 en 2003).

El efecto de esto no es de ningún modo claro. No puede afirmarse que un grupo sufre enfermedades que necesitan hospitalización con mayor frecuencia que el otro. Los resultados aquí expuestos pueden deberse a restricciones más allá de las netamente fisiológicas presentes en cada uno de los subgrupos (i.e. restricciones económicas o de acceso).

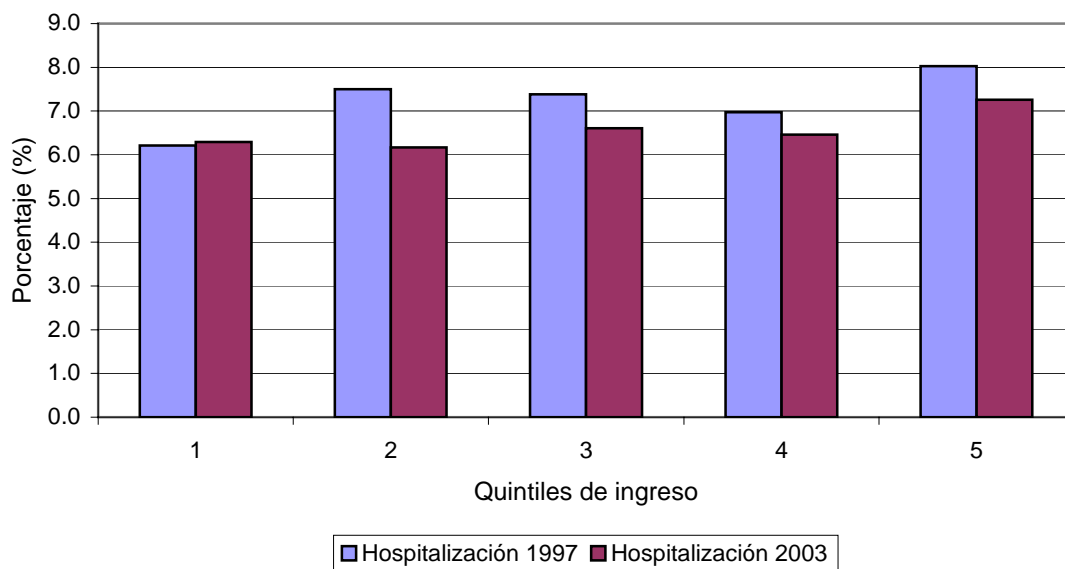
Cuadro 28. Informalidad y hospitalización durante los últimos 12 meses. 1997 y 2003

	Hospitalización 1997			Hospitalización 2003		
	Sí	No	Total	Sí	No	Total
Informal	320.614 6,8	4.400.801 93,2	4.721.415 100	316.699 5,6	5.353.086 94,4	5.669.785 100
Formal	739.408 7,3	9.443.692 92,7	10.183.100 100	717.479 6,5	10.292.364 93,5	11.009.843 100
Total	1.060.022 7,1	13.844.493 92,9	14.904.515 100	1.034.178 6,2	15.645.450 93,8	16.679.628 100

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

Por último, es necesario llevar el análisis hacia la caracterización de los individuos según los ingresos. En el Gráfico 16 se alcanza a percibir una tendencia positiva en la tasa de hospitalización a través de los quintiles. Esto puede deberse a que la posibilidad de poderse hospitalizar, una vez se ha sido víctima de un suceso que lo amerite, es más elevada en los individuos que poseen ingresos mayores. En 2003 esta tasa fue cercana al 7,3% para el mayor quintil y 6,3% para el más bajo. Al comparar ambos años se observa que la tasa de hospitalización se ha reducido porcentualmente para la mayoría de los quintiles.

Gráfico 16. Hospitalización según quintiles de ingreso. 1997 y 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

El porcentaje del gasto mensual del hogar que representa los gastos en hospitalización para cada uno de los quintiles de ingreso se presenta en el Cuadro 29. Lo que se observa, en general para los dos años referenciados, es que a medida que se incrementa la capacidad adquisitiva de las personas el porcentaje de gasto que destinan a hospitalización es menor. Esto confirma la percepción de que la hospitalización es un bien necesario. En 2003, el porcentaje de gasto realizado por el quintil 5 en hospitalización es 1% y el del quintil 1 es cercano al 2,4%.

Cuadro 29. Gasto en hospitalización como porcentaje del gasto total del hogar según quintiles de ingreso

Quintil	1997	2003
1	3,5%	2,4%
2	2,8%	1,5%
3	2,2%	1,4%
4	2,4%	0,9%
5	1,3%	1,0%

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

4. Medicamentos

El gasto en medicamentos se ha destacado como uno de los mayores rubros del gasto en salud de los hogares en los últimos años.¹² Con el fin de conocer el uso de medicamentos por parte de la población se tomó la población que reportó haber estado enferma en los últimos treinta días y que usó medicamentos para tratarla. La afiliación al sistema juega un papel importante en el uso de medicinas y en la entrega de ellas por parte de las instituciones prestadoras de servicio.

El Cuadro 30 muestra que el 75,1% de la población usó medicamentos en 2003 cuando estuvo enferma. Este porcentaje disminuyó para los no asegurados entre

¹² Ramírez et. al. (2002) desagregaron los gastos de salud en diferentes rubros y analizaron su participación en el gasto total en salud y en el ingreso corriente. En su documento concluyen que el 24,95% del gasto en salud y el 2,4% del ingreso se gasta en medicamentos.

1997 y 2003, mientras aumentó considerablemente para las personas del régimen subsidiado.

Cuadro 30. Uso de medicamentos según tipo de afiliación. 1997 y 2003

Medicamentos	1997		2003	
	Sí	No	Sí	No
Contributivo	78,2 1.988.217	21,8 553.997	79,3 1.547.335	20,7 404.243
Subsidiado	72,4 936.603	27,6 357.497	78,3 735.363	21,7 203.518
No asegurado	75,9 1.740.664	24,1 552.370	66,7 900.085	33,3 449.437
Total	76,1 4.665.484	23,9 1.463.864	75,1 3.182.783	24,9 1.057.198

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

Otra cuestión que nos permite tener un mejor panorama de los incentivos que causa el sistema es la entrega de medicamentos. El Cuadro 31 muestra que cada vez es mayor la proporción de usuarios que reporta la entrega de medicamentos; sin embargo, esta proporción aún es baja. Allí también se observa que estar asegurado al sistema, definitivamente tiene implicaciones en la entrega de los medicamentos; el 2,9% de los no asegurados recibe por lo menos algún medicamento; por el contrario, en el régimen contributivo este porcentaje es cercano al 54,1% y en el subsidiado es del 44%.

Cuadro 31. Entrega de medicamentos por parte de la institución según tipo de afiliación. 1997 y 2003

	1997			2003		
	Sí, todos	Sí, algunos	Ninguno	Sí, todos	Sí, algunos	Ninguno
Contributivo	53,8 2.666.350	14,8 734.640	31,4 1.554.901	54,1 837.041	20,3 314.300	25,6 395.994
Subsidiado	30,3 501.481	19,8 326.834	49,9 826.319	44,0 323.547	23,6 173.258	32,4 238.557
No asegurado	0,7 21.301	0,1 1.876	99,2 2.985.213	2,7 24.387	0,2 1.574	97,1 874.124
Total	33,2 3.189.132	11,1 1.063.350	55,8 5.366.433	37,2 1.184.975	15,4 489.132	47,4 1.508.676

Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

Lo anterior tiene implicaciones directas sobre el gasto que realizan los hogares en medicamentos. En la ECV97 la pregunta f3302 indaga sobre el gasto mensual de cada persona en medicamentos o remedios. Para 2003 se pregunta (n52) por el gasto mensual del hogar en fórmulas médicas o compra de medicinas consumidas regularmente.

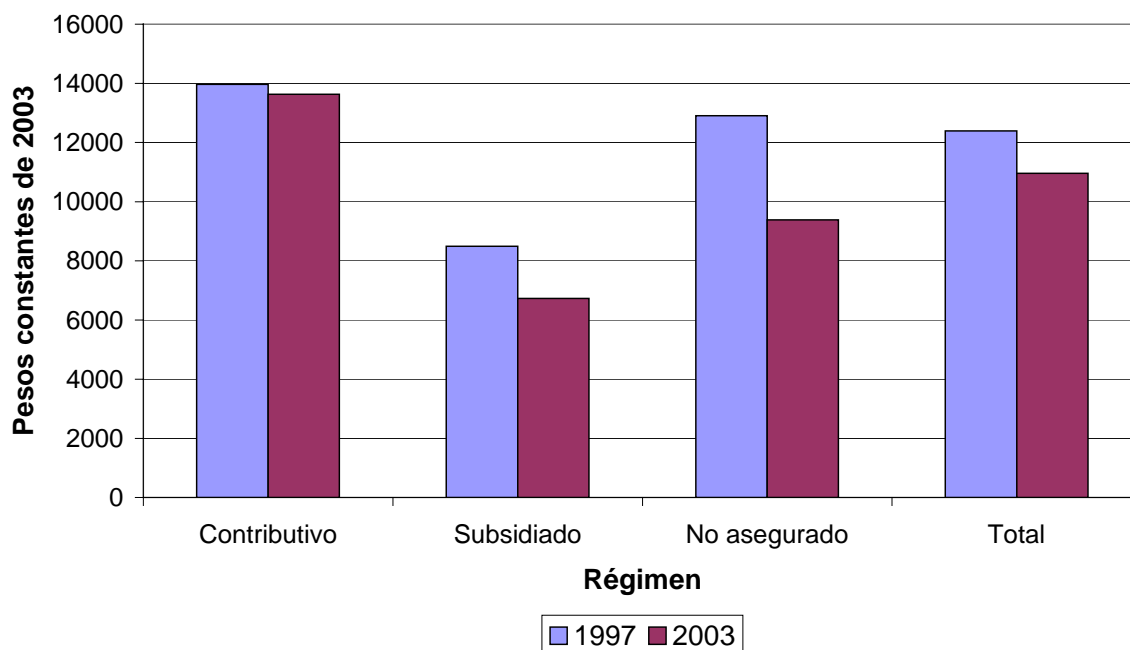
Con el fin de hacer las preguntas comparables, para 1997 se calculó el gasto del hogar en medicamentos, sumando el de todos los miembros del hogar; luego se dividió por el número de personas del hogar y se asignó este gasto a cada uno. Para

2003 se dividió el gasto del hogar por el número de personas y de nuevo se asignó este gasto a cada uno.¹³

El Gráfico 17 indica que el gasto per cápita en medicamentos en el régimen contributivo es similar en los dos años del análisis; mientras que el gasto de los no afiliados y de las personas afiliadas al régimen subsidiado disminuye en 2003. Esto lleva a que exista una disminución general del gasto per cápita en medicinas. Cabe notar también que el mayor gasto está asociado a las personas afiliadas al contributivo mientras que el menor se da en los afiliados al régimen subsidiado.

¹³ Es necesario tener en cuenta que esta aproximación genera sesgos. Puede pasar que una única persona en el hogar consumió las medicinas y con este método se le imputa a cada miembro del hogar el gasto de ésta. Esto genera que el promedio del gasto tienda a ser menor que el real. Sin embargo, si se trabajara el consumo de medicinas en el hogar se tendría que dentro de un mismo hogar pueden vivir personas afiliadas a distintos regímenes y habría que elegir algún criterio para considerar al hogar en algún régimen.

Gráfico 17. Gasto mensual promedio en medicamentos de las personas que gastaron en este rubro según tipo de afiliación. 1997 y 2003



Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

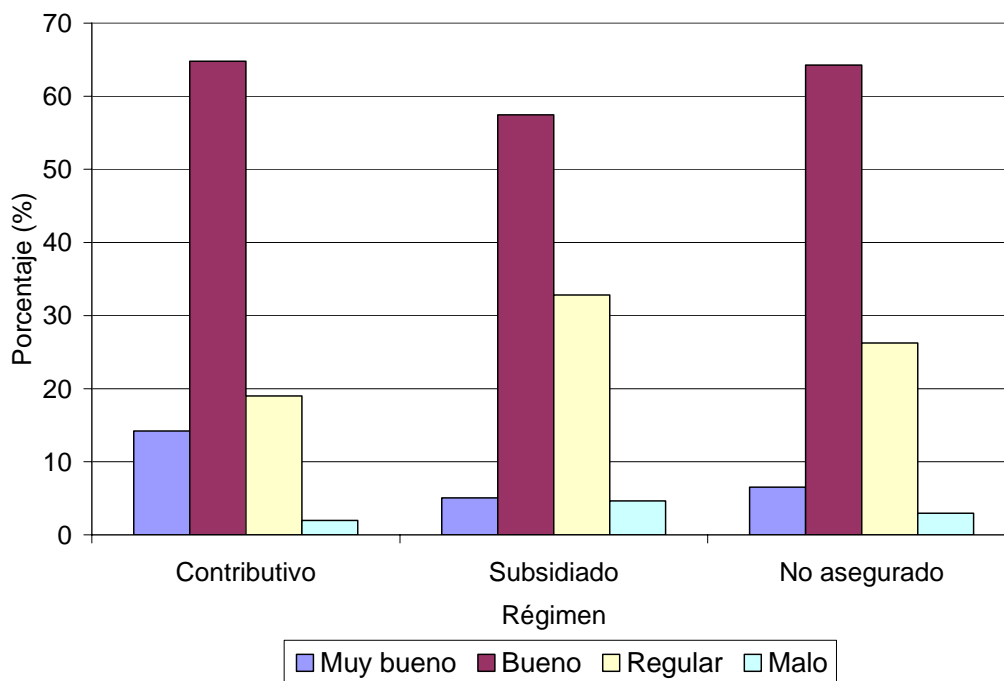
C. Estado de salud

El estado general de salud es una de las variables que más se acerca a la percepción sobre las enfermedades que padecen los grupos poblacionales y del impacto en su bienestar. Según los resultados arrojados, puede afirmarse que la zona geográfica, el régimen de afiliación y la ocupación están asociados al estado de salud

percibido por las personas.¹⁴ A nivel nacional el estado de salud podría describirse como bueno.

Existen diferencias tangibles entre la percepción sobre el estado de salud del individuo y el régimen al cual pertenece. El Gráfico 18 muestra que las personas afiliadas al régimen contributivo tienen una mayor probabilidad de tener muy buen estado de salud; por el contrario, las personas pertenecientes al régimen subsidiado tienen mayor probabilidad de tener regular o mal estado de salud comparado con los otros regímenes.

Gráfico 18. Estado de salud según tipo de afiliación. 2003

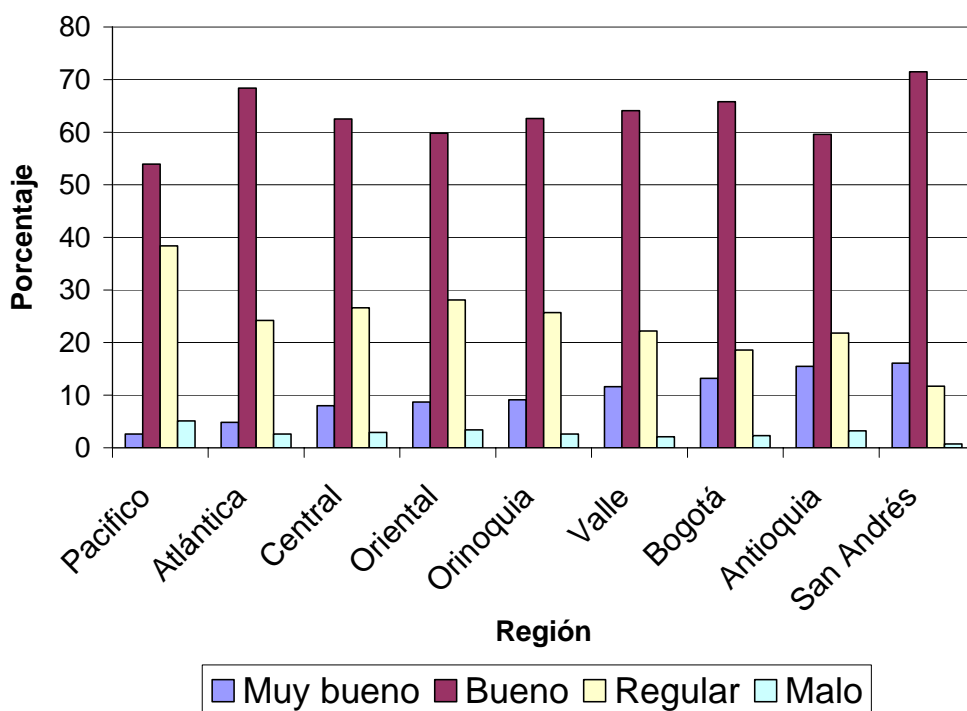


Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

¹⁴ Ramírez et. al. (2002a) hallaron los determinantes del estado de salud en Colombia utilizando la ECV97 y la encuesta de Demografía y Salud para 2000. En su trabajo encontraron, además del tipo de afiliación y de la región, determinantes como la escolaridad del jefe del hogar, la edad, entre otros.

Se evidencia que las regiones con la más alta percepción de un muy buen estado de salud son San Andrés y Antioquia. Por otra parte, el Pacífico es la región con la peor valoración del estado de salud, el nivel de regular salud es el que con mayor frecuencia se presenta, mientras que en el nivel bueno está por debajo del promedio nacional. Como característica general de la población entre las distintas regiones, el gráfico indica que la mayor parte de los individuos poseen una buena percepción de su estado de salud seguido por la percepción regular.

Gráfico 19 Estado de salud según región. 2003

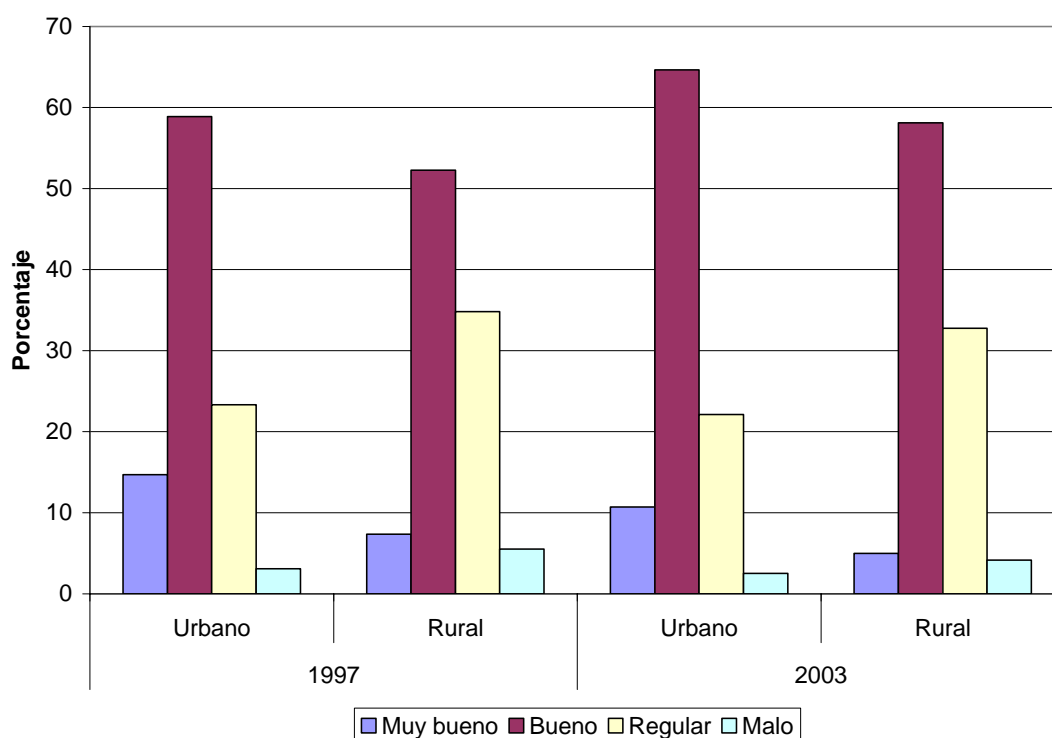


Fuente: ECV 1997-2003, cálculos propios

El Gráfico 20 muestra el estado de salud percibido discriminado por el área de ubicación para los dos años; allí se nota una visible inequidad entre ambas áreas en el

período estudiado. Las personas que habitan en áreas rurales podrían percibir un estado de salud menor, dada la violencia que existe en estas zonas y una menor calidad de vida. Sin embargo, no debemos olvidar que esta variable también está correlacionada con el ingreso y la educación, que tienen niveles inferiores en esta zona del país.

Gráfico 20 Estado de salud según clase. 1997 y 2003

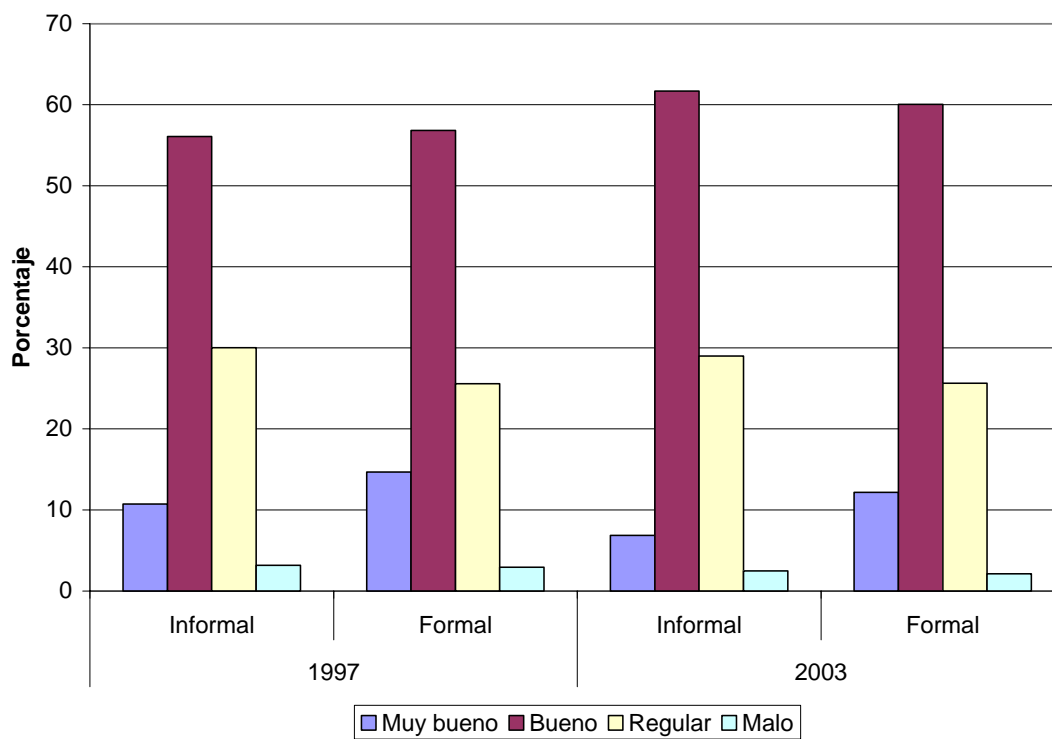


Fuente: ECV 2003, cálculos propios

En el Gráfico 21 se observa las inequidades en el estado de salud percibido, está vez asociado al tipo de ocupación de los individuos. Allí se advierte que el porcentaje de personas que tienen un trabajo formal y perciben muy buen estado de

salud es mayor al correspondiente porcentaje de los informales; por el contrario, los últimos, presentan un mayor porcentaje en regular estado de salud.

Gráfico 21 Informalidad y estado de salud. 1997 y 2003



Fuente: ECV 2003, cálculos propios

V. CONCLUSIONES

Este trabajo muestra los principales avances en cuanto a cobertura, demanda de servicios de salud y estado de salud entre los años 1997 y 2003. En general, en Colombia se observó un aumento en la cobertura en salud de la población, siendo el régimen subsidiado el que presentó mayor incremento. Sin embargo, existe un amplio sector de la población colombiana que aún no cuenta con aseguramiento en los servicios de salud. El aumento en la cobertura es insuficiente y heterogéneo entre los

distintos sectores de la población. El sistema general de salud evidencia diversas falencias en la cobertura de la población más vulnerable, al igual que no muestra ser sostenible para las personas que poseen un trabajo informal.

La demanda por servicios de salud presenta tendencias variadas. La consulta por prevención para 2003 fue mayor que en 1997, pero dispar entre las regiones. Pese a esto, los hogares colombianos disminuyeron las consultas médicas por falta de dinero y porque se aumentó la mala percepción de la calidad del servicio como determinante de la no asistencia. Mientras para las personas afiliadas al régimen contributivo y las que no tienen afiliación el porcentaje de personas que percibió algún problema de salud y no fue al médico aumentó, este porcentaje disminuyó para las personas afiliadas al régimen subsidiado.

De igual manera, la tasa de hospitalización junto con el gasto que hacen los hogares en este rubro, disminuyó. Esta tasa tiende a ser mayor para las personas de altos ingresos, para los habitantes de las cabeceras municipales y para aquellas que están afiliadas al régimen contributivo.

Estas tendencias estuvieron acompañadas por una disminución en la morbilidad de la población colombiana. Se encuentra que en las cabeceras municipales existe una mayor proporción de personas que perciben alguna enfermedad, esto también se da en los quintiles de ingreso altos.

Se observa que existe una mayor proporción de personas que sufren enfermedad crónica afiliada al régimen contributivo y que esta proporción es mayor en los quintiles altos comparado a los más bajos. De manera análoga se encuentra que el régimen al que pertenece el individuo es determinante en el momento de acceder a

los medicamentos cuando se está enfermo, siendo el régimen contributivo aquel que presenta el mejor indicador.

La percepción sobre el estado de salud, además de estar asociado a la zona a la que pertenece la persona, se relaciona con el régimen al cual esté afiliado, siendo el régimen contributivo el que posee las mejores percepciones de su población. El estado de salud también se encuentra asociado con el tipo de ocupación, las personas con un trabajo formal reportan un mejor estado de salud.

Referencias bibliográficas

Acosta O, Rivera D, Guerra J (2004a). Acceso de los hogares a los principales servicios públicos y sociales y percepciones de calidad sobre estos servicios. Documento preliminar, Informe presentado al DANE.

Acosta O, Ramírez M, Cañón C (2004b). Principales estudios sobre sostenibilidad financiera del sistema general de seguridad social en salud. Informe presentado a Fundación Corona.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2003). Encuesta de Calidad de Vida 2003. Manual de Recolección y Conceptos Básicos.

Departamento Nacional de Planeación. Análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia: 1993-1997. Bogotá, octubre de 1998.

Panopoulou P (2000). Insurance Affiliation and the Demand for Health Care among the Poor in Colombia. Mimeo.

Escobar M, Panopoulou P (2003). Salud. Giugale M, Lafourcade O, Luff C (eds.). Fundamentos económicos de la paz. Banco Mundial-Alfaomega, Bogotá, 575-622.

Ramírez M, Muñoz R, Zambrano A. (2005). Hogares: comparación en sus gastos de consumo entre 1997 y 2003 según resultados de las encuestas de calidad de vida: Magnitud y Composición. Informe de investigación para la CEPAL.

Ramírez M, Gallego JM, Sepúlveda C. (2002a). Determinantes de la Formación Capital Salud y la Demanda por Salud en Colombia. Informe Final, Colciencias y Universidad del Rosario.

Ramírez M, Cortés D, Gallego J. (2002b). El gasto en salud de los hogares colombianos; un análisis descriptivo. *Lecturas de Economía*. 57.

Vélez C, Castaño E, Deutsch, R. (1999). Una interpretación económica del Sistema de focalización de programas sociales: el caso Sisben en Colombia. *Coyuntura Social*. 21.

Anexo 1. Pruebas de hipótesis

Se asumen que las dos muestras (ECV 1997 y 2003) siguen una distribución binomial independiente. Como se tiene un número de observaciones considerable puede asumirse que la distribución binomial tiende a ser una distribución normal. De este modo se utilizan los estimadores insesgados de máxima verosimilitud para las proporciones:

$$\hat{p}_1 = \frac{x}{n_1}$$
$$\hat{p}_2 = \frac{y}{n_2}$$
$$\hat{p} = \frac{x + y}{n_1 + n_2}$$

Siendo x y y los eventos presentes en las muestras, cada una de tamaño n_1 y n_2 respectivamente. El estadístico utilizado para la prueba de hipótesis es el siguiente:

$$Z = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\left(\sqrt{\hat{p}(1-\hat{p})}\right) \left(\sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}\right)}$$

Siendo el denominador el estimador de la desviación estándar. Los factores de expansión de las muestras fueron tenidos en cuenta para la prueba de hipótesis siguiente:

$$H_0 : p_1 - p_2 = 0$$

Para las pruebas sobre la diferencia en promedios se utilizó el test para diferencias de medias en muestras independientes con amplios tamaños, en este caso se tienen muestras aleatorias con n_x y n_y observaciones que se distribuyen normal con media μ_x y μ_y y varianzas σ_x^2 y σ_y^2 respectivamente. Las medias muestrales observadas son \bar{x} y \bar{y} , el estadístico en este caso es el siguiente:

$$Z = \frac{x - y - D_0}{\sqrt{\frac{\sigma_x^2}{n_x} + \frac{\sigma_y^2}{n_y}}}$$

Para las dos pruebas de hipótesis se evalúa la hipótesis nula de que las medias (o las proporciones respectivamente) en ambas muestras son las mismas en un nivel de significancia del 95%, las distintas hipótesis alternas se contrastan así:

$$H_0: \mu_x - \mu_y = 0$$

$$H_a: \mu_x - \mu_y \neq 0$$

$$H_0 \text{ se rechaza si } |Z| > 1.96$$

Pruebas

Cuadro 1.* Estadístico Z del cuadro 1

	Variación entre 1997 y 2003		
	Contributivo	Subsidiado	Vinculado
Total nacional	-98,0	-404,5	434,0

Gráfico 1.* Estadístico Z del gráfico 1

	Población
Atlántico	-34,9
Oriental	-89,7
Central	60,7
Pacífico	158,4
Bogotá	24,2
Antioquia	54,6
Valle	-139,3
San Andrés	-44,1
Amazonas	-9,9

Cuadro 2.* Estadístico Z del cuadro 2

Centro	Variación entre 1997 y 2003	
	Informal	Formal
Cabecera	-116,689875	116,689875
Resto	0	110,589231
Total	-116,689875	362,690942

Gráfico 4. Estadísticos Z del gráfico 4

Estrato	Z
0	424,989
1	-1242,369
2	-142,696
3	293,144
4	213,984
5	428,515
6	-1,574
9**	976,706

Cuadro 3.* Estadístico Z del cuadro 3 (agrega también las pruebas para los gráficos 5,

6 y 7)

Región	Variación entre 1997 y 2003		
	Contributivo	Subsidiado	No asegurado
Atlántico	-46,642	-612,470	537,001
Oriental	-170,790	156,857	19,792
Central	11,312	-70,240	48,184
Pacífico	237,506	-288,672	72,942
Bogotá	-170,681	-441,172	490,483
Antioquia	-1,558	34,472	-26,926
Valle	24,797	148,276	-132,888
San Andrés	13,014	-34,414	16,483
Amazonas	54,646	-13,073	-44,687

Cuadro 4.* Estadístico Z del cuadro 4

Centro	Variación entre 1997 y 2003		
	Contributivo	Subsidiado	No asegurado
Cabecera	-21,068	-463,546	368,112
Resto	-104,100	-141,469	205,665

Cuadro 5.* Estadístico Z del cuadro 5

	Variación entre 1997 y 2003		
	Contributivo	Subsidiado	No asegurado
Informal	-	-402,860	402,860
Formal	-42,667	-117,454	154,484

Cuadro 6.* Estadístico Z del cuadro 6 (incluye el gráfico 8)

Estrato	Variación entre 1997 y 2003		
	Contributivo	Subsidiado	No asegurado
0	420,859	-221,021	-77,497
1	338,617	-322,120	49,377
2	-354,301	-121,827	446,535

3	-206,471	-14,558	222,995
4	-313,951	-86,604	271,131
5	-99,912	9,794	99,580
6	-96,006	28,352	89,787
9**	-273,954	123,028	-1,919

Cuadro 7.* Estadístico Z del cuadro 7 (incluye el gráfico 9)

Quintiles	Variación entre 1997 y 2003		
	Contributivo	Subsidiado	No asegurado
1	33,266	-217,182	195,968
2	243,044	-419,221	201,157
3	240,248	-290,734	-4,214
4	203,664	-388,971	2,601
5	-176,788	-76,653	223,861

Cuadro 8.* Estadístico Z del cuadro 8 (incluye el gráfico 10)

Plan complementario	Variación entre 1997 y 2003		
	Contributivo	Subsidiado	No asegurado
Sí	-9,156	-0,628	8,288
No	-89,098	-421,265	433,614

Cuadro 9.* Estadístico Z del cuadro 9

	Plan de Salud
Atlántico	156,137
Oriental	-200,094
Central	-8,424
Pacífico	-214,922
Bogotá	61,081
Antioquia	48,574
Valle	-174,566
San Andrés	-0,132
Amazonas	45,492

Cuadro 10.* Estadístico Z del cuadro 10

Variación entre 1997 y 2003	
	Plan de salud
Informal	64,151
Formal	132,164

Gráfico 11.* Estadístico Z del gráfico 11

Variaciones entre 1997 y 2003	
Contributivo	57,6
Subsidiado	-24,1
No afiliados	108,0
Total	93,7

Gráfico 12.* Estadístico Z del gráfico 12

Variaciones entre 1997 y 2003	
Atlántica	279,0
Oriental	579,9
Central	602,5
Pacífico	21,2
Bogotá	497,3

Antioquia	237,0
Valle	278,1
San Andrés	-50,6
Amazonas	-33,8
Total	954,1

Gráfico 13.* Estadístico Z del gráfico 13

Variación entre 1997 y 2003

Sí	-139,3
No	-593,3
Total	-549,4

Cuadro 11.* Estadístico Z del cuadro 11

Variación entre 1997 y 2003

Contributivo	415,9
Subsidiado	405,3
No afiliado	288,5
Total	614,5

Cuadro 12.* Estadístico Z del cuadro 12

Variación entre 1997 y 2003

Atlántica	199,6
Oriental	484,1

Central	227,4
Pacífico	-33,1
Bogotá	240,6
Antioquia	271,2
Valle	93,4
San Andrés	31,0
Amazonas	159,5
Total	614,5

Cuadro 13.* Estadístico Z del cuadro 13

Variación entre 1997 y 2003

Cabecera	515,4
Resto	346,3
Total	614,5

Cuadro 14.* Estadístico Z del cuadro 14

Variación entre 1997 y 2003

Quintiles de ingreso

1	268,2
2	325,2
3	224,6
4	265,9
5	296,2

Total 614,5

Cuadro 15.* Estadístico Z del cuadro 15

Variación entre 1997 y 2003

	No		
	Contributivo	Subsidiado	asegurados
Profesional o institución de salud	0,3	-191,4	169,2
Promotor de salud o enfermera	162,1	9,7	-177,0
Boticario, farmaceuta, droguista	-98,8	57,8	39,3
Tegua, empírico, curandero	-37,7	37,0	-15,0
Terapias alternativas	6,3	47,4	-43,9
Remedios caseros	-87,0	141,0	-44,6
Autorrecetó	-65,8	132,2	-54,3
Nada	-3,6	44,0	-35,7
Total	55,8	-59,6	-7,4

Cuadro 16* . Estadístico Z del cuadro 16

Variación entre 1997 y 2003

	1	2	3	4	5
Caso leve	12,7	106,3	-43,7	-62,0	-9,1
No tuvo tiempo	28,6	-17,1	11,2	-18,3	-0,6
Centro lejano	83,2	20,9	-31,3	-63,6	-33,0
Falta de dinero	53,2	46,2	0,4	-129,0	-18,1

Servicio es malo	34,0	-39,3	-3,2	61,7	-71,7
No lo atendieron	-54,0	65,0	55,4	-30,2	-22,5
No confía en médicos	4,3	42,9	-12,3	-9,0	-36,9
No se lo han resuelto	47,6	-19,0	-38,4	-38,8	51,8
Mucho trámite	-38,5	33,0	-42,2	12,5	33,1
Total	79,2	104,1	-41,2	-123,1	-37,3

Cuadro 17.* Estadístico Z del cuadro 17

Variación entre 1997 y 2003

	No		
	Contributivo	Subsidiado	asegurado
Caso leve	-55,1	86,8	-18,1
No tuvo tiempo	-41,8	10,5	33,9
Centro lejano	-84,3	105,8	-29,5
Falta de dinero	-116,9	202,4	-129,2
Servicio es malo	-44,0	-23,0	71,0
No lo atendieron	3,2	28,7	-33,5
No confía en médicos	0,7	35,0	-30,1
No se lo han resuelto	22,3	1,4	-23,3
Mucho trámite	58,4	-4,8	-65,1
Total	-118,4	209,0	-72,9

Cuadro 18.* Estadístico Z del cuadro 18

Variación entre 1997 y 2003	
Falta de dinero	-148,1
Caso leve	-107,5
No tuvo tiempo	47,7
No confía en médicos	15,4
No se lo han resuelto	40,4
Mucho trámite	-88,8
Centro lejano	31,0
Servicio es malo	19,8
No lo atendieron	-34,5
Total	-133,7

Cuadro 19.* Estadístico Z del cuadro 19

	Variación entre 1997 y 2003		
	Sí y consulta	Sí, no consulta	No
Contributivo	-107,4	-300,8	255,4
Subsidiado	-22,2	-148,0	117,4
No asegurado	274,4	-372,7	89,3
Total	11,9	-487,9	303,3

Cuadro 20.* Estadístico Z del cuadro 20

Variación entre 1997 y 2003		
	Sí y consulta	Sí, no consulta
Atlántico	137,4	-128,1
Oriental	-71,6	-307,9
Central	57,6	-117,3
Pacífico	75,9	-264,4
Bogotá	-143,7	-254,0
Antioquia	57,3	-68,5
Valle	-65,3	-169,4
San Andrés	6,3	-47,3
Amazonas	23,9	-54,5
Total	11,9	-487,9

Cuadro 21.* Estadístico Z del cuadro 21

Variación entre 1997 y 2003			
	Sí y consulta	Sí, no consulta	No
Cabecera	16,2	-438,8	256,2
Resto	8,2	-224,0	155,5
Total	11,3	-487,2	303,5

Cuadro 22.* Estadístico Z del cuadro 22

	Variación entre 1997 y 2003		
	Sí y consulta	Sí, no consulta	No
Informal	39,0	-170,6	100,7
Formal	-42,7	-264,3	202,8
Total	-10,4	-316,8	221,4

Cuadro 23.* Estadístico Z del cuadro 23

	Variación entre 1997 y 2003		
	Sí y consulta	Sí, no consulta	No
1	75,0	-187,4	80,6
2	42,9	-180,6	91,7
3	19,3	-220,6	130,5
4	-10,3	-231,6	149,5
5	-71,1	-275,8	214,7
Total	11,3	-487,2	303,5

Gráfico 14. Estadístico Z del gráfico 14

Variación entre 1997 y 2003	
Contributivo	103,7
Subsidiado	75,4

Vinculado	54,2
Total	119,6

Cuadro 24. Estadístico Z del cuadro 24

Contributivo	4425,2
Subsidiado	2212,9
No afiliado	4615,9
Total	11527,3

Gráfico 15. Estadístico Z del gráfico 15

Variación entre 1997 y 2003	
Atlántico	16,4
Oriental	29,4
Central	118,2
Pacífico	-19,3
Central	118,2
Pacífico	-19,3
Bogotá	39,4
Antioquia	78,9
Valle	59,7
San Andrés	13,8
Amazonas	-5,5
Total	119,6

Cuadro 25 Estadístico Z del cuadro 25

Variación entre 1997 y 2003	
Atlántica	2905,8
Oriental	2713,5
Central	2455,9
Pacífico	971,8
Bogotá	1600,2
Antioquia	1186,5
Valle	1235,9
San Andrés	80,2
Amazonas	628,9

Cuadro 26. * Estadístico Z del cuadro 26

Variación entre 1997 y 2003	
Cabecera	132,6
Resto	15,4
Total	
nacional	119,6

Cuadro 27.* Estadístico Z del cuadro 27

Variación entre 1997 y 2003	
Cabecera	9055,9
Resto	3065,6

Cuadro 28.* Estadístico Z del cuadro 28

Variación entre 1997 y 2003	
Sí	
Informal	80,6
Formal	67,7
Total	102,8

Gráfico 16. Estadístico Z del gráfico 16

Variación entre 1997 y 2003	
Quintiles	
1	-6,6
2	107,9
3	62,2
4	41,7
3	62,2

	4	41,7
	5	58,8
Total		119,2

Cuadro 29.* Estadístico Z del cuadro 29

Variación entre 1997 y 2003

Quintiles

1	3026,7
2	2253,3
3	2799,1
4	3254,8
5	1347,9

Cuadro 30.* Estadístico Z del cuadro 30

Variación entre 1997 y 2003

Sí

Contributivo	-27,7
Subsidiado	-101,2
No asegurado	190,2
Total	38,8

Cuadro 31.* Estadístico Z del cuadro 31

	Variación entre 1997 y 2003		
	Sí, todos	Sí, algunos	Ninguno
Contributivo	-6,4	-162,0	137,0
Subsidiado	-205,5	-66,8	251,2
No asegurado	-155,0	-31,5	157,9
Total	-132,9	-204,3	260,2

Gráfico 17.* Estadístico Z del gráfico 17

Variación entre 1997 y 2003	
Contributivo	543,3
Subsidiado	6984,8
No afiliados	15905,5
Total	15060,5