

Asimetría en la información: barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia

Alejandro Varela, M.D.¹, Gabriel Carrasquilla, M.D.², Teresa Tono, M.D.³, Belén Samper, Nutr.⁴

RESUMEN

Introducción. Como alternativa a la ineficiencia, inequidad y baja cobertura del Sistema Nacional de Salud de Colombia y dentro del proceso de modernización del Estado se decidió implementar una reforma al sector salud con la Ley 100 de 1993. Esta reforma considera indispensable que el usuario tenga la información necesaria para tomar decisiones dentro de un sistema de mercado y de libre escogencia. Los objetivos de esta investigación fueron la identificación del nivel de conocimientos sobre la reforma del sector salud, determinar los grupos de la población que menos conocimientos tenían y los factores determinantes de esos conocimientos.

Material y métodos. Es un estudio de tipo transversal realizado en Bogotá en 1997 con una muestra probabilística de 1.242 personas. Se calculó un tamaño de muestra de 1.470 hogares. Se dicotomizaron en una nueva variable las 10 preguntas sobre conocimiento de la reforma de salud en Colombia y se analizó a través del modelo de regresión logística múltiple.

Resultados. El nivel de conocimiento de la reforma estuvo determinado por la percepción del estado de salud (percepción muy buena o excelente OR = 2.33), el estrato socioeconómico (estrato alto OR = 0.47) y el nivel educativo (educación superior OR = 0.19).

Conclusión. La asimetría en la información es uno de los factores que ha dificultado la implementación de la reforma. Esto ha impedido que los usuarios estén informados para acceder, tomar decisiones, participar y obtener beneficios en salud.

Palabras clave: Reforma en salud. Participación. Información para la toma de decisiones.

Los sistemas de salud de América Latina se caracterizaron durante la década de 1980, por su ineficiencia, inequidad y por la baja cobertura de servicios y aseguramiento¹⁻⁷. El Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, con más de cuatro décadas de existencia, se distinguía por una cobertura que sólo alcanzaba 21% de la población, la ineficiencia e ineficacia de los servicios prestados por las entidades de previsión en todo el país (focalización de la inversión en los niveles secundario y terciario, baja utilización de la infraestructura hospitalaria y escasa productividad) y su déficit financiero generalizado⁸⁻¹².

La Constitución Política de 1991 declaró la seguridad social un servicio público y obligatorio, enmarcado en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad^{13,14}. Como resultado de esta declaración, en diciembre de 1993 se aprobó la Ley 100, que estableció los lineamientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y que buscó garantizar el acceso universal a los servicios de salud y brindar un paquete básico de servicios a toda la población^{11,12,14}.

Para lograr una cobertura de aseguramiento universal, se crearon dos regímenes: el contributivo, que agrupa todas aquellas personas que tengan capa-

cidad de pago y el subsidiado, al que pertenece la población más pobre y vulnerable, financiado mediante fondos estatales y 1% de los aportes del régimen contributivo. Como en todo proceso de cambio, era claro que durante los primeros años, parte de la población no ingresaría al SGSSS y a este grupo se lo denominó de “vinculados”. Este, no es más que un eufemismo, para definir a la población que no está afiliada y no acredita ninguna contribución a una empresa aseguradora^{11,12,15}.

El SGSSS está sustentado en un modelo de competencia estructurada^{16,17} y se basa en 12 principios, 6 de los cuales son fundamentales para que el usuario pueda acceder, beneficiarse, participar y obtener un servicio de calidad. Estos principios son la integralidad de atención para todos los miembros de

1. Profesor Asistente, Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle. Subgerente Científico, Hospital Mario Correa Renjifo, Cali.
2. Profesor Titular, Escuela de Medicina, Departamento de Microbiología, Universidad del Valle, Cali.
3. Directora, Programa de Apoyo a la Reforma, Ministerio de la Protección Social, Bogotá.
4. Directora, Centro de Estudios e Información en Salud, Fundación Santa Fe de Bogotá.

la familia, universalidad sin discriminación de afiliación, obligatoriedad de afiliación y cotización, solidaridad con las personas de escasos recursos, libre elección de la empresa aseguradora, de la institución prestadora de servicios y de los profesionales de la salud y participación del usuario^{11,12,18}.

El modelo considera indispensable que el usuario tenga la información necesaria para tomar decisiones dentro de un sistema de mercado y de libre escogencia. Cuando el usuario tiene los conocimientos y las habilidades necesarias sobre el sistema, puede usar racionalmente los servicios y negociar exitosamente con las compañías aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios y los profesionales de la salud¹⁶⁻¹⁸. De esta manera, el usuario podrá jugar un papel más activo en el manejo y cuidado de su salud, la de su familia y la de la comunidad, contribuyendo a disminuir los costos del sistema, mejorando la calidad de los servicios prestados y permitiendo que lleguen servicios a más personas.

Aunque modelos de uso de servicios como el de Andersen¹⁹ han descrito que la información es sólo uno de los factores determinantes del uso de los servicios de salud, la reforma en salud asumió este factor como indispensable para el uso de los servicios. Este tipo de suposiciones ha sido descrita en otros sistemas de salud^{16,17,20-24}, aunque hasta ahora no se haya propuesto un modelo de uso de servicios de salud como marco de referencia en las reformas de salud iniciadas a finales de la década de 1980.

Gabbot y Hogg²⁰ encontraron cuando se modificó el Sistema Nacional de Salud (NHS) de Inglaterra, que los usuarios no tenían los conocimientos necesarios para tomar decisiones informadas, lo que llevó en muchos casos, a limitar su capacidad de interacción con el sistema, de hacer valer sus derechos

y de usar los servicios. La capacidad de adquirir y de usar esta información, está determinada entre otros por factores socioeconómicos y relacionada con la percepción del estado de salud y el patrón de uso de los servicios²¹⁻²³.

Por tanto, el usuario del SGSSS debe estar informado para que tanto él como su familia, pueda acceder, tomar decisiones, participar y obtener beneficios en salud. Es así como dentro de un modelo solidario y equitativo, los usuarios que no participen (cotizando, afiliándose, cuidando su salud y la de los demás, etc.), perjudican a otros sectores de la población. El SGSSS asume que los usuarios tienen la información necesaria para tomar decisiones sobre su salud y escoger la opción que más les convenga bien sea de la compañía aseguradora, de la institución prestadora de servicios o de los profesional de salud^{11,12}.

Después de cuatro años de la puesta en marcha de la Ley 100, la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá consideró necesario conocer qué tanto conocían los usuarios del SGSSS sobre aspectos fundamentales para acceder a los servicios, tomar decisiones y participar de manera efectiva en el SGSSS. Con el objeto de identificar el nivel de conocimientos sobre el SGSSS, los grupos de la población que menos conocimientos tienen y los factores determinantes de esos conocimientos, se realizó en Bogotá una encuesta domiciliaria, con una muestra probabilística de hogares, estratificados por conglomerados de acuerdo con el nivel socioeconómico.

Los resultados de este estudio aportan elementos para la toma de decisiones y para la implementación de programas que conduzcan a aumentar los conocimientos de los usuarios sobre el SGSSS y su correspondiente utilización, permitiéndoles hacer un uso efectivo del SGSSS y de los servicios, to-

mar las decisiones adecuadas y participar en los servicios de salud para mejorar su salud y la de su comunidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue realizado en Bogotá, Colombia, ciudad de más de cinco millones de habitantes²⁴. Además de ser la ciudad colombiana más densamente poblada, tiene la brecha más grande entre los niveles socioeconómicos alto y bajo^{25,26}. El estudio de tipo transversal se realizó entre noviembre 1 y diciembre 8 de 1997. Se calculó un tamaño de muestra de 1.470 hogares, que se identificaron a través de una muestra probabilística, estratificados por conglomerados, tomados a partir de la muestra maestra de Bogotá²⁷. La muestra es representativa para cada estrato socioeconómico esta ciudad. En cada hogar se elaboró una lista por sexo y orden ascendente de edad de las personas entre 18 y 70 años, con el objeto de realizar un submuestreo, por medio de una tabla de números aleatorios y seleccionar una persona por hogar.

Diariamente se asignaron a los entrevistadores, revisores y supervisores los hogares correspondientes. Se realizaron hasta tres visitas a cada hogar, con el objeto de entrevistar a la persona seleccionada. A cada una de ellas se le explicó el objetivo del estudio y los que aceptaron participar, firmaron el consentimiento escrito. El cuestionario, previamente probado en el estudio piloto, constaba de información socioeconómica y demográfica, de percepción del estado de salud, del patrón de uso de los servicios, del nivel educativo y de los conocimientos necesarios para poder participar, acceder y beneficiarse del SGSSS.

Los conocimientos del SGSSS fueron evaluados a través de 10 preguntas, que contenían aspectos sobre conocimientos de participación, libre elec-

ción, obligatoriedad en la afiliación, cobertura familiar del aseguramiento, paquete básico y único de servicios de salud (Plan Obligatorio de Salud, POS), subsidio a las familias sin ingresos económicos, y descuento mensual de una parte del salario para pagar el aseguramiento, con lo que se construyó una variable indicador en una escala dicotómica (Cuadro 1).

Cuadro 1
Preguntas de conocimientos sobre la reforma del sector salud

1. ¿Es obligatorio afiliarse al sistema de salud?
2. ¿Puede cambiarse de la entidad que lo afilia?
3. ¿La afiliación al nuevo sistema de salud es sólo para usted?
4. ¿A las personas empleadas por nómina, su seguro de salud les cuesta algo?
5. ¿El sistema de salud paga cirugías de embellecimiento?
6. ¿El Estado subsidia la afiliación de personas de bajos recursos económicos?
7. ¿La institución que presta servicios de salud cobra al usuario por el servicio prestado?
8. ¿Usted como usuario puede intervenir para mejorar la calidad de los servicios que le prestan?
9. ¿Tiene derecho a los servicios de salud del Estado, una persona sin carné de salud?
10. ¿A qué servicios de salud tiene usted derecho en la seguridad social en salud? (ambulancia, atención del recién nacido, consulta médica, educación en salud, hospitalización, laboratorios clínicos, medicamentos, odontología, parto, rayos X, urgencias y vacunación).

Se determinó que “no sabe” o que no tiene la información suficiente sobre el SGSSS a quienes contestaron máximo 5 preguntas correctamente y que “sí sabe” o que tiene la información suficiente sobre el SGSSS a quienes tuvieron más de 5 respuestas correctas. Como no existe un modelo que evalúe los conocimientos en la reforma del sector salud y la capacidad de obtener los respectivos beneficios, el modelo y la escala propuesta corresponden al análisis

de los supuestos necesarios establecidos en la Ley⁸. La prueba piloto permitió valorar la validez de la escala y hacer las modificaciones necesarias que garantizaran el entendimiento de la pregunta por parte del entrevistado.

La clasificación del estrato socioeconómico de la población la realiza el Departamento Nacional de Planeación. Tomando esa clasificación, se subdividieron los 6 estratos en 3 grupos: el estrato 1 y 2, en el bajo; el 3 y 4, en el medio; y el 5 y 6, en el alto.

Se diseñó una base de datos en Epi-Info 6.04²⁸. El análisis estadístico se realizó en Stata 6.0²⁹. Las variables independientes y dependientes se estudiaron a través de análisis univariados, bivariados y multivariados. Los modelos de regresión logística se construyeron inicialmente con todas las variables independientes; luego se evaluó la contribución de cada una de las variables al modelo y finalmente se sacaron las que no contribuían al modelo de manera significativa (deviance $p > 0.05$)^{30,31}. Se controló por el nivel educativo, el estrato socioeconómico, la percepción del estado de salud, los grupos de edad y la tenencia de carné de afiliación al SGSSS. Por último, con base en los factores básicos de expansión entregados por PROFAMILIA²⁷, se procedió a la restitución de la población para Bogotá, entre las edades de 18 y 70 años.

RESULTADOS

Se logró entrevistar 1.242 personas (84.5% de lo inicialmente previsto). La mayoría de quienes no respondieron la entrevista pertenecía al estrato alto. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre el patrón de respuestas de quienes fueron entrevistados en la primera visita y quienes accedieron a responder la entrevista en la segunda y/o tercera visita.

Las edades de los entrevistados se

distribuyeron entre los 18 y 70 años. Tal como lo indica el Cuadro 2, se realizaron proyecciones para Bogotá, teniendo como base los datos del DANE²⁴ que muestra que la población mayor de 18 años y menor de 70 es aproximadamente 3'566.426 habitantes.

Cuadro 2
Caracterización de conocimientos sobre la reforma del sector salud en Bogotá

Caracterización de la población	Hallazgos del estudio (n=1.242) (%)	Proyección estimada Bogotá (Censo 1993)
Género		
Mujeres	49	1'760.183
Hombres	51	1'804.632
Estrato socioeconómico		
Bajo	38	1'354.630
Medio	47	1'675.463
Alto	14	499.074
Grupos de edades (años)		
18-30	34	1'210.768
31-40	29	1'035.317
41-50	18	654.041
51-60	13	460.179
>60	6	206.121
Nivel educación		
Sin educación		
formal	2	67.236
Primaria	28	1'019.827
Secundaria	45	1'613.731
Formación tecnológica		
4	134.731	
Universitaria	20	720.050

Durante las dos semanas previas al estudio, 60% de los encuestados trabajó y 4.9% estudió; 3% de los encuestados eran jubilados, 5% buscó trabajo, 27% realizaba actividades en casa y 0.4% correspondió a personas con incapacidades.

Calificaron su estado de salud como bueno 58% de los encuestados y 32% manifestó haber estado enfermo en las dos últimas semanas. De los enfermos, 33% dejó de realizar las actividades habituales como consecuencia de la enfermedad, mientras que 26% permaneció en cama por la enfermedad. Se

encontró una alta correlación entre el número de días que dejó de realizar las actividades habituales y el número de días que estuvo en cama ($r=0.89$; $p=0.000$).

En las dos semanas previas a la encuesta, 35% de las personas se sintieron enfermas, 26% sintió la necesidad de consultar y 20% consultó. Sólo 69% de los que se sintieron enfermos consultaron (Cuadro 3). Quienes más demandaron consultas fueron las personas mayores de 60 años, las mujeres, quienes percibían su estado de salud como regular o malo y los de menor nivel educativo.

Cuadro 3
Descripción de las variables sociodemográficas de acuerdo con el aseguramiento

Variable	No asegurado	Asegurado
Promedio de edad	35.39	38.17
Hombres	289	226
Mujeres	357	323
Percepción de estado de salud como		
Muy mala	22	30
Mala	135	164
Regular	350	282
Buena	89	35
Muy buena	50	38
No se sintió enfermo	199	233
Se sintió enfermo	445	315
Tienen el conocimiento de la reforma en salud	45	28

Sólo tenía carné de afiliación al sistema 45.9% de las personas. De estos, 91% pertenecía al régimen contributivo y 9% al subsidiado. Se identificó que 60% de quienes no tenían carné eran de estrato bajo. La tenencia de carné se centró en los niveles educativos medios. Contradictoriamente los no asegurados tuvieron una mejor percepción del estado de salud aunque en un porcentaje mayor refirieron haberse sentido enfermos (Cuadro 3). El estrato socioeconómico estuvo asociado con la probabilidad de consultar porque se estuvo enfermo (Cuadro 4).

Cuadro 4
Factores determinantes de los conocimientos sobre la reforma del sector salud en Bogotá, 1997

	Odds Ratio*	IC 95%
Estrato bajo	1.00	
Estrato medio	1.85	1.23-2.78
Estrato Alto	0.47	0.18-1.23
Sin educación formal	1.00	
Educación primaria	0.37	0.15-0.92
Secundaria	0.33	0.13-0.84
Tecnológica	0.12	0.02-0.67
Universitaria	0.19	0.06-0.55
Estado de salud		
Malo o regular	1.00	
Bueno	1.26	0.81-1.94
Muy bueno o excelente	2.33	1.34-4.05
Hombres	1.00	
Mujeres	1.20	0.84-1.69

* Modelo de regresión logística múltiple $p = 0.0006$; Log likelihood = -463.91976; Número de observaciones = 1190. Se controló por estrato socioeconómico, nivel de educación, percepción del estado de salud, grupo de edad y tenencia de carné de afiliación al SGSSS.

Se encontró que el estrato socioeconómico estuvo asociado con algunas de las variables independientes. A medida que aumentaba el estrato mejoraba el nivel educativo, disminuía el número promedio de personas por casa, mejoraba la percepción del estado de salud y aumentaba el porcentaje de uso efectivo, definido como los que consultaron cuando se sintieron enfermos (Cuadro 4).

Los conocimientos sobre la reforma del sector salud se evaluaron con base en 10 preguntas; 73% de los encuestados respondieron correctamente las preguntas sobre obligatoriedad en la afiliación; 63% sobre libre escogencia; 24% sobre cobertura familiar; 74% sobre el descuento de la nómina de una parte del salario por parte del empleador; 67% sobre el costo de la atención; 70% sobre los subsidios a familias de bajos ingresos; 25% sobre la atención a personas que no tengan carné; y 80% sobre la

participación del usuario en la toma de decisiones de la calidad de los servicios.

Los hombres menores de 30 años, de alto nivel educativo, afiliados al régimen contributivo y con buen estado de salud registraron un conocimiento significativamente mayor sobre el principio de la libre escogencia de los servicios de salud. En cambio este mismo grupo frente a la obligatoriedad de la afiliación registró menor conocimiento, también con diferencia estadísticamente significativa con respecto al de mayores de 30 años. Por otro lado, las mujeres, las personas entre 31 y 60 años y quienes no estaban afiliados, tuvieron un mayor conocimiento de la obligatoriedad de afiliarse al sistema, encontrando una diferencia estadísticamente significativa en todos estos casos.

Con respecto al estrato socioeconómico, se encontró que aquellos pertenecientes a estratos alto y medio presentaron una mayor probabilidad de tener conocimientos correctos sobre la libre escogencia, mientras que frente a la prestación de servicios a los vinculados la diferencia fue mínima con respecto a aquellos del estrato bajo.

A través de modelos de regresión logística múltiples se encontró una tendencia estadísticamente significativa ($p=0.04$), en la que a medida que mejora la percepción del estado de salud aumenta el nivel de conocimientos (Cuadro 5). El resto de variables analizadas no mostraron tendencias estadísticamente significantes. Sin embargo, se encontró que al mejorar el nivel educativo, disminuía el nivel de conocimiento. Las diferencias en los conocimientos entre género no fue estadísticamente significativa. El estrato socioeconómico, al igual que se describió para la educación, se comportó como un determinante que dificulta la adquisición de los conocimientos sobre el SGSSS en el estrato alto y, por el contrario, facilita la

Cuadro 5
Patrón de uso de servicios de salud

Estrato socio-económico	Porcentaje		
	que se sintió enfermo	que consultó	de los que enfermos que consultó
1 (317)	49.84	24.61	63.93
2 (415)	39.47	23.24	70.07
3 (225)	34.67	19.56	68.75
4 (163)	18.52	11.73	86.36
5 (65)	13.85	6.15	57.14
6 (56)	10.91	12.50	116.66
Total	35.89	20.03	67.87

Pearson $\chi^2(5) = 79.1506$ 23.6031 Pr = 0.000
Pr = 0.000

adquisición de conocimientos en el estrato bajo.

DISCUSIÓN

Los conocimientos sobre el SGSSS en la población de Bogotá estuvieron determinados por el estrato socioeconómico, la percepción del estado de salud, el género y el nivel educativo. Estos factores también han estado asociados con la escogencia de aseguradoras y de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)^{16,19,20,23,32-36}. Aunque en estos estudios se ha encontrado, que el ingreso ha sido uno de los factores más importantes en la selección de compañías aseguradoras e IPS, fundamento del modelo de competencia estructurada^{16,17,20,40,41}, se utilizó el estrato socioeconómico como proxy, por las dificultades para obtener información sobre esa variable en Colombia. Se encontró que el estrato socioeconómico mostró una relación inversa al número de personas por hogar y al uso de servicios y una relación directa al nivel educativo. Asociaciones en igual sentido han mostrado otros autores para la variable ingreso^{19,23,36-38}.

En el estrato alto había, de acuerdo con lo esperado, una mayor proporción de no respuesta a la entrevista, por razones de seguridad en su mayoría o en menor proporción, simplemente por

rechazo, tanto en quienes al final participaron como en quienes no lo hicieron. Se podría originar un sesgo de selección si las personas que rechazaron la entrevista hubieran tenido características diferentes a quienes la aceptaron. Para evaluarlo, se comparó a quienes no rechazaron la entrevista con aquellos que inicialmente la rechazaron y en la segunda o tercera visita aceptaron participar. No se encontró diferencias estadísticamente significantes en género y edad, como tampoco en las variables de conocimientos sobre el SGSSS, que en su mayoría, estuvieron asociadas con una o más variables independientes. Esto indica, que si no se presentaron diferencias entre quienes rechazaron inicialmente la entrevista y quienes no lo hicieron, las dos poblaciones eran similares en cuanto a estas variables y en este caso, no es problema el posible sesgo de selección^{39,40}.

Coincidiendo con estudios de afiliación a compañías aseguradoras e IPS, no se halló una asociación estadísticamente significativa entre afiliación y nivel de conocimientos sobre el SGSSS. En efecto, se ha encontrado, que la decisión de asegurarse se fundamenta en el riesgo de un evento ruinoso en salud y no en un criterio solidario o equitativo, como lo sustenta el SGSSS^{23,36}.

Hay una alta proporción de los entrevistados jóvenes de estrato alto que no tiene conocimientos sobre obligatoriedad de afiliación y desconocen el principio de la solidaridad. Al no afiliarse y no hacer la contribución solidaria del sistema, impiden que se redistribuya tanto el riesgo de salud como las oportunidades de servicios de salud para quienes menos ingresos tienen^{41,42}. La desigualdad en el uso de servicios se evidencia en el porcentaje de consulta efectiva, de acuerdo con el estrato socioeconómico (Cuadro 3).

Además, las diferencias²⁸ que se observan en el nivel educativo en el modelo de regresión logística corroboran nuevamente las desigualdades existentes en la reforma del sector salud en Colombia.

Es posible que los modelos de competencia de mercado sobre los cuales se sustentan las reformas de salud, pueden comprometer la equidad y la universalidad de los servicios, en detrimento de sus principios y de la salud de la comunidad⁴²⁻⁴⁵. Es por ello, que la medición de las desigualdades tanto en la capacidad de utilizar los servicios, como en la oportunidad de beneficiarse del SGSSS, deben ser constantemente evaluadas para lograr mantener y mejorar equitativamente el estado de salud de la población, como se ha venido haciendo en Colombia durante las últimas décadas^{26,46}. Las desigualdades encontradas en este estudio en la oportunidad de tener unos conocimientos indispensables para interactuar con el SGSSS, determinan las limitaciones de determinados grupos de la población de Bogotá para beneficiarse del sistema.

Si bien este estudio no reviste mayor validez externa, sí puede ser un elemento de análisis en los procesos de implementación de la reforma en otros países. La determinación del punto de corte para la definición de la variable resultado de conocimiento fue arbitraria y no se cuenta con otros estudio parecidos para comparar esta definición. El punto de corte de 50% no se debe prestar para confusiones pues la idea es que quien no tenga los conocimientos de las preguntas enunciadas poco o ninguna interacción tendrá con el sistema de salud, viéndose marginado y excluido de exigir sus derechos y de cumplir con sus responsabilidades.

La reforma de salud en Colombia, como la de muchos países, asumió que la población tenía conocimientos y un patrón de mercado para interactuar con

los servicios de salud, que realmente no se tenían y que en general, no se han adquirido⁴⁷. Estos conocimientos resultan vitales para poder decidir y participar en el sistema, y no tenerlos, conduce a una asimetría de conocimientos entre el usuario y las instituciones. Como lo plantea Twaldle⁴⁸, las reformas de salud deben crear relaciones horizontales entre los usuarios, las aseguradoras y las IPS, para lograr organizar el sistema con base en las leyes del mercado. De otra manera, el usuario quedará en desventaja y no podrá jugar el papel de regulador, controlador y decisor dentro del sistema.

Se deben iniciar actividades que conduzcan a resolver esta brecha informativa, de manera que el usuario adquiera las destrezas y habilidades para usar la información de forma que logre acceder, beneficiarse y decidir sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por tanto, además de campañas masivas de información, es necesario enfocar las acciones educativas e informativas hacia grupos específicos y simultáneamente, se deben brindar las herramientas y las prácticas para que se produzca una buena apropiación y uso de esta información en beneficio de los usuarios y la comunidad^{18,21,23,36,49,50}. Hay que resaltar las ventajas de afiliarse al sistema, haciendo énfasis en la relación costo/beneficio, la prestación de servicios y en la cobertura familiar, como también en las escasas diferencias de servicios con respecto al sistema anterior^{18,20,23}. Estas actividades, las debe realizar tanto el sector público, como el privado y tanto las aseguradoras como las IPS⁵¹.

Se considera importante evaluar constante y frecuentemente el nivel de conocimientos sobre el SGSSS y las habilidades para usarlos, de manera que los afiliados se beneficien del sistema. También se debe evaluar el impac-

to de esos conocimientos sobre el estado de salud, el acceso y el patrón de uso de los servicios de salud. La identificación de grupos marginados y excluidos debe conducir a la búsqueda de la solución de estos problemas y al establecimiento de políticas nacionales que disminuyan las desigualdades y mejoren el estado de salud de la población.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio se realizó para la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá. Fue coordinado y dirigido por las Fundaciones FES y Santa Fe de Bogotá. El artículo corresponde al trabajo final del curso "Análisis de estudios epidemiológicos" en el Programa de la Maestría de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle en Cali, Colombia.

SUMMARY

Introduction. As alternative to the inefficiency, inequality and low coverage of the National Colombian Health System and as a part of the process of the state modernization the government decided to implement health sector reform, the Law 100 of 1993. This reform considers that people must have information to make decision in the free choice and market system. The objectives of this research were to identify the knowledge level about the health sector reform and to determine the population groups with less information and the determinants of this knowledge.

Materials and methods. This transversal study was made in 1997 was made in Santa Fe de Bogotá with a probabilistic sample of 1.242 people. The sample size was 1.470 households. The 10 questions of health reform knowledge was dichotomized in a new variable and was analyzed by logistic

regresion models.

Results. The most important result was that the level of knowledge was determined by the health status perception (very good or excellent OR = 2.33), socioeconomic status (high socioeconomic status OR = 0.47) and educational level (bachelors degree OR = 0.19).

Conclusions. The information asymmetry has been an important factor that enables the health reform implementation. This asymmetry has obstructed process did not reach one of its main objectives, which obstruct that people to have enough information to access, make decisions, participate and obtain benefits of the health system.

Key words: Health sector reform.

Community participation and information for decision making.

REFERENCIAS

1. Wouters A. Essential national health research in developing countries: health care financing and the quality of care. *Int J Health Plann Man* 1991; 6: 253-271.
2. World Bank. *Colombia, toward increased efficiency and equity in the health sector. Can decentralization help?* Santafé de Bogotá: World Bank; 1994.
3. Durnbeck T. Sistemas de seguridad social en América Latina: síntesis de estudios nacionales. En Durnbeck T (ed.) *La seguridad social en América Latina: seis experiencias diferentes*. Buenos Aires: CIEDLA; 1996. p. 9-50.
4. Raczynski D. Estrategias para combatir la pobreza en América latina: diagnósticos y enseñanzas de política. En Raczynski D (ed.) *Estrategias para combatir la pobreza en América Latina: programas, instituciones y recursos*. Santiago de Chile: Andros Productora Gráfica; 1996. p. 11-43.
5. Frenk J. Las dimensiones de la reforma del sistema de salud. En Ruiz C (ed.) *Sistemas de seguridad social en el siglo XXI*. México: Editorial Diana; 1997. p. 359-361.
6. Paganini J. Health service coverage in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica* 1998; 4: 305-310.
7. Evans J, Lashman K, Wareford J. Health care in the developing world: problems of scarcity and choice. *N Engl J Med* 1981; 305: 1117-1127.

8. Ministerio de Salud de Colombia. *El sistema de Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993*. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1994.
9. Ministerio de Salud de Colombia. *Manual para organizar el Sistema Municipal de Seguridad Social*. Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1995.
10. Forero M. El Sistema de Seguridad Social en Colombia. En Durnbeck T (ed.). *La seguridad social en América Latina: seis experiencias diferentes*. Buenos Aires: CIEDLA; 1996. p. 216-313.
11. Jaramillo I. *El futuro de la salud en Colombia: la puesta en marcha de la Ley 100*. Santafé de Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1997.
12. Tafur LA. *La salud en el Sistema General de Seguridad Social, Ley 100 de 1993*. Cali: Centro Editorial Catorse; 1999.
13. Ahumada C. Políticas sociales y reforma de salud en Colombia. Papel político. *Pontificia Universidad Javeriana* 1998; 7: 9-34.
14. Restrepo G, Sabogal E, Villa A. *Desarrollo de la salud pública y de la seguridad social en Colombia*. Santafé de Bogotá: Orion Editores; 1998.
15. Giedion R, Wuller A. *La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema*. Santafé de Bogotá: Editora Guadalupe Ltda; 1996.
16. Hibbard J, Weeks EC. Consumerism in health care: prevalence and predictors. *Med Care* 1987; 25: 1019-1032.
17. Hsiao W. Marketization: the illusory magic pill. *Health Econ* 1994; 3: 351-357.
18. Segal L. The importance of patient empowerment in health system reform. *Health Policy* 1998; 44: 31-44.
19. Andersen R. Revisiting the behavioral model and access to medical care does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36: 1-10.
20. Gabbot M, Hogg G. Uninformed choice. *J Health Care Mark* 1994; 14: 28-33.
21. Betman J. *An information processing theory of consumer choice*. Massachusetts: Addison-Wesley Pub, Reading; 1979.
22. Coddington D, Moore KD. *Market driven strategies in health care*. San Francisco: Jossey-Bass Ltd.; 1987.
23. Tudor R, Carley SS. Time to choose. *J Health Care Mark* 1995; 15: 48-53.
24. DANE. *Censo 1993. Resumen nacional, XVI Censo Nacional de Población y Vivienda*. Santafé de Bogotá: DANE; 1996.
25. DANE. *Evolución de los indicadores de necesidades básicas insatisfechas durante el período intercensal 1973-1985*. Santafé de Bogotá: DANE; 1989.
26. Banco Mundial. *La pobreza en Colombia*. Santafé de Bogotá: Banco Mundial; 1996.
27. PROFAMILIA. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Santafé de Bogotá: PROFAMILIA; 1995.
28. CDC. *Epi Info, 6.04 ed.* Division of Surveillance and Epidemiologic Studies. Epidemiology Program Office. Atlanta: CDC; 1996.
29. Stata-Corporation. *Stata, 6.0 ed.* College Station. Texas: Stata Press; 1999.
30. Kleinbaum D, Kupper LL, Muller KE, Nizam A. *Applied regression analysis and other multivariable methods*. 3rd ed. Pacific Grove: Duxbury Press; 1998.
31. Hosmer D, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: Wiley & Sons, Inc.; 1989.
32. Scitovski A, McCall N, Benham L. Factors affecting the choice between two prepaid plans. *Med Care* 1978; 16: 660-674.
33. Berki S, Ashcraft M, Pendransky R, Fortus RS. Enrollment choice in a different types of HMO's: a multivariate analysis. *Med Care* 1978; 16: 95-114.
34. Piontkowski D, Butler LH. Selection of health insurance by an employee group in northern California. *Am J Public Health* 1980; 70: 274-276.
35. Juba D, Lave JR, Shaddy J. An analysis of the choice of health benefits plans. *Inquiry* 1980; 17: 62-71.
36. Chakraborty G, Ettenson R, Gaeth G. How consumers choose health insurance. *J Health Care Mark* 1994; 14: 21-33.
37. Mizrahi A, Mizrahi A. Un modele des dépenses médicales. *Consummation* 1965; 1: 60-75.
38. Mizrahi A, Mizrahi A. *Enquete Pilote 1965-1966 sur les Soins Médicaux. Consommation Médicale et Morbidité Ressenti*. Paris: Centre de Recherche et de Documentation sur la Consommation; 1973.
39. Kleinbaum D, Morgenstern H, Kupper L. Selection bias in epidemiologic studies. *Am J Epidemiol* 1981; 113: 452-463.
40. Launer L, Wind AW, Deeg DJH. Nonresponse pattern bias in a community-based cross-sectional study of cognitive functioning among the elderly. *Am J Epidemiol* 1994; 139: 803-812.
41. McPake B. User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature. *Soc Sci Med* 1993; 36: 1397-1405.
42. Pannarunothai S, Mills A. The poor pay more: health related inequality in Thailand. *Soc Sci Med* 1997; 44: 1781-1790.
43. Light D. Equity and efficiency in health care. *Social Sci Med* 1992; 35: 465-469.
44. Creese A. Global trends in health care reform. *World Health Forum* 1994; 15: 317-322.
45. Standing H. Gender, vulnerability and equity in health sector reform programmes: a review. *Health Pol Plann* 1997; 12: 1-18.
46. Banco Mundial. *Informe sobre desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington: Banco Mundial; 1993.
47. Hsiao W. Colombian health sector reform and proposed master implementation plan: final report. In *Colombian health sector reform project*. Cambridge: Harvard School of Public Health. 1966.
48. Twaddle A. Health system reform-toward a framework for international comparisons. *Soc Sci Med* 1996; 42: 637-654.
49. Berman P. Health sector reform: making health development sustainable. *Acad Med* 1995; 70 (1 Supl): 31-34.
50. Dean K, Hunter D. New directions for health: towards knowledge base for public health action. *Soc Sci Med* 1996; 42: 745-750.
51. Hanson K, Berman P. Private health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition. *Health Pol Plann* 1998; 13: 195-211.