



Colombia: Avances importantes en la PF, pero con una mayor necesidad insatisfecha entre los pobres

Para 2010, la fecundidad total en Colombia ya había alcanzado el nivel de reemplazo de 2,1 [1]. Ese mismo año, el uso de métodos modernos de planificación familiar se situó en el 72,9% entre las mujeres casadas o en unión libre [1]. La necesidad insatisfecha se situó en un 8%, lo que es por debajo del promedio de la región. Se observó una fuerte inclinación de la combinación de métodos modernos hacia la esterilización femenina, la cual equivale a casi la mitad de todos los métodos modernos usados. Entre 2000 y 2010, aumentó el uso de inyecciones, pasando del 5 al 12% de todos los métodos modernos empleados. Por su parte, los implantes aumentaron del 1 al 4% de estos métodos. Sin embargo, durante ese mismo período, el uso de dispositivos intrauterinos se redujo del 19,4 al 10,3% de todos los métodos modernos empleados [1]. Diversos expertos prevén pocos cambios en la combinación de métodos durante los

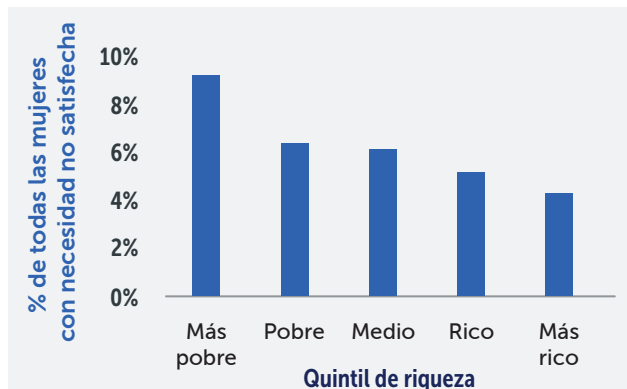
INDICADORES CLAVES SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (2010)*	
TPA, métodos modernos	72,9%
Necesidad insatisfecha	8,0%
TTF	2,1
FUENTES DE FINANCIAMIENTO PARA PRODUCTOS DE PF**	
Hogares	82,0%
Gobierno	18,0%
FUENTES DE MÉTODOS MODERNOS (2010)*	
Un centro del sector público	56,1%
Un centro o un punto de venta privado	43,9%
COMBINACIÓN DE MÉTODOS MODERNOS (2010)*	
Esterilización femenina	47,9%
Inyección	12,6%
Píldora	10,4%
Dispositivo intrauterino	10,3%
Preservativo masculino	9,6%
Otros***	9,4%

Fuentes: * [1] ** Cálculos del autor.

TPA = tasa de prevalencia de anticonceptivos.

TTF = tasa total de fecundidad. *** Otros métodos usados incluyen la esterilización masculina, implantes, el método de la amenorrea de la lactancia (MELA) y métodos de barrera.

Gráfico 1: TPAm* por quintil de riqueza



Fuente [4]

*TPAm = tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos.

próximos años, pues se considera que habrá relativamente pocos nuevos métodos en uso [2].

Un poco más de la mitad de mujeres que usan un método moderno lo obtienen en un centro público. Las farmacias son la principal fuente de métodos dentro del sector privado y la organización no gubernamental (ONG) PROFAMILIA representa una importante fuente privada para el 16,3% de las mujeres que buscan un método anticonceptivo [1]. La necesidad insatisfecha es casi el doble más alta entre las mujeres más pobres que entre las más ricas (Gráfico 1) y los avances necesarios para satisfacer las necesidades de estas mujeres continúan siendo un reto. El sólido financiamiento en el lado de la oferta para satisfacer la demanda de servicios como resultado de un cambio cultural y económico permitió que en Colombia fuera posible alcanzar una tasa de prevalencia de anticonceptivos modernos (TPAm) del 60% a mediados de los años 90, cuando la cobertura del seguro todavía era baja.

Financiamiento de la salud en Colombia

El total de gastos en salud representó aproximadamente el 7,3% del producto interno bruto de 2011. Los gastos del gobierno aumentaron del 74% del total de gastos en salud en 2008 al 80% en 2011 [3]. A este aumento le acompañó una disminución en los pagos del propio bolsillo los cuales pasaron del 19 al 14% [3]. Los seguros privados han permanecido casi invariables, con un 6% del total de gastos en salud [3]. La histórica legislación colombiana de 1993 estableció un sistema obligatorio de seguridad social en salud con dos niveles. En 2015, un plan de régimen contributivo (RC) para trabajadores del sector formal, financiado mediante impuestos sobre nóminas, cubrió al 43% de la población, mientras que un régimen subsidiado (RS) para personas de escasos recursos, financiado mediante impuestos generales y gestionado en el ámbito municipal, cubrió al 49% de la población. A partir de 2009, el gobierno fue unificando poco a poco los distintos paquetes de beneficios de los dos sistemas, lo cual originó un mayor grado de igualdad [4]. El gobierno central y las municipalidades realizaron un esfuerzo concertado para inscribir a la población pobre en el régimen subsidiado [5]. Si bien el sistema de seguridad social en salud ha aumentado en gran medida estas inscripciones, en especial de los ciudadanos más pobres (Gráfico 2), el mismo está enfrentando dificultades financieras y presenta problemas para ofrecer servicios adecuados fuera de las zonas urbanas. La armonización del régimen contributivo con el subsidiado creó obligaciones financieras adicionales que el gobierno ha tenido dificultades en satisfacer. Además, han aumentado vertiginosamente los gastos en servicios que están fuera del paquete de beneficios de salud explícitamente definidos [6].

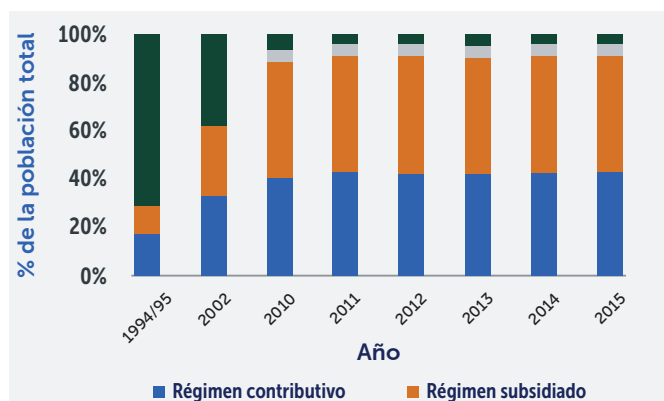
Financiamiento de los servicios de planificación familiar

Servicios de PF y sistemas básicos de financiamiento

Tanto el sistema contributivo como el régimen subsidiado de seguridad social en salud cubren un paquete básico de servicios gratuitos de salud, incluidos todos los métodos principales de planificación familiar [7]. En la práctica, muchos centros de salud, especialmente en las áreas remotas del país, carecen de una amplia variedad de métodos [2]. Muchos de estos centros también carecen de personal capacitado para ofrecer métodos de PF [2]. El período de



Gráfico 2: Inscripción en la seguridad social en salud



Fuente: [11, 12]

espera para un procedimiento quirúrgico anticonceptivo voluntario puede ser de hasta tres meses, un plazo mucho más prolongado que el máximo de cinco días que ordena el Ministerio de Salud [8]. Las personas que tienen la capacidad de pagarlo pueden obtener un seguro suplementario a través de un plan pagado por adelantado, el cual permite escoger entre más opciones de proveedores, y con un período de espera mínimo para cirugías, incluida la esterilización. Estos planes también permiten que los beneficiarios tengan acceso a una variedad más amplia de métodos de planificación familiar que los que por lo general estarían disponibles mediante servicios financiados con fondos públicos para beneficiarios del régimen contributivo y del sistema subsidiado.

Los planes suplementarios cobran aproximadamente el equivalente a \$10 por consulta, sin importar cuál sea el método escogido. Muchas mujeres están dispuestas a pagar de su propio bolsillo los servicios a través de PROFAMILIA, que ofrece una mayor disponibilidad de métodos. Sin embargo, la cuota de mercado de esta ONG ha disminuido, pasando del 28,8% en 1995 [9] al 16,3% en 2010 [1]. Debido a que casi toda la población participa en uno de los dos regímenes principales, casi nadie queda sin asegurarse. Sin embargo, los gastos del propio bolsillo en servicios de PF continúan siendo considerables en Colombia, lo cual refleja las dificultades del sistema de seguridad social en salud para financiar y ofrecer de forma adecuada servicios de salud en todo el territorio nacional.

Políticas gubernamentales para un mayor acceso asequible

El gobierno está tomando medidas para que el sistema de seguridad social en salud se cimiente en una base financiera más sólida [10, 12]. Colombia está considerando alejarse de la lista positiva de beneficios que conlleva a ciertos racionamientos, para pasar a una lista negativa de beneficios no cubiertos [6]. Todavía no está claro cuál será el impacto que esto generará en los servicios de planificación familiar.

Resumen

A pesar de los objetivos ambiciosos que se han establecido, el acceso universal a la planificación familiar aún no es una realidad en Colombia, lo cual refleja las dificultades que en general enfrentan los modelos de seguridad social en salud [6]. Si bien el uso de anticonceptivos es alto, una verdadera elección de métodos todavía presenta diversas limitaciones en los centros de salud.

Gráfico 3: Métodos disponibles y copagos por sistema

Método	RC	RS
Píldora anticonceptiva oral combinada	gratis	gratis
Inyección	gratis	gratis
Preservativo masculino	gratis	gratis
Implante de barra única y doble barra	gratis	gratis
Dispositivo intrauterino	gratis	gratis
Esterilización femenina	gratis	gratis
Esterilización masculina	gratis	gratis

Fuente: [2]

Referencias bibliográficas

- Ojeda, G., M. Ordoñez, y L.H. Ochoa. 2011. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010*. Bogotá: Profamilia.
- Quesada, N. Agosto de 2016. Entrevista con J. Rosen.
- Zapata, J.G. y J. Núñez. 2012. *La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano*. Bogotá: Fedesarrollo.
- Dutta, A. y C. Hongoro. 2013. *Scaling Up National Health Insurance in Nigeria: Learning from Case Studies of India, Colombia, and Thailand*. Washington, D.C.: Futures Group, Proyecto Health Policy.
- Montenegro Torres, F. y O. Bernal Acevedo. 2013. *Colombia Case Study: The Subsidized Regime of Colombia's National Health Insurance System*. UNICO Studies Series 15. Washington D.C.: Banco Mundial.
- Giedion, U. y O. Cañon. 2014. "Colombia: The Compulsory Health Plan." En: *Health Benefit Plans in Latin America: A Regional Comparison* (Ursula Giedion, Ricardo Bitrán, Iñez Tristao, editores). Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Ministerio de Salud y Protección Social. "Plan Obligatorio de Salud". Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/plan-obligatorio-de-salud-pos.aspx>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. "Resolución 1552 de 2013". Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=53131>; Quesada, N. Agosto de 2016. Entrevista con J. Rosen.
- Ordoñez, M., L.H. Ochoa, y G. Ojeda. 1995. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995*. Calverton, Maryland, Estados Unidos: Macro International Inc.
- Class, D., A. Sunil Rajkumar, y E. Cavagnero. 2013. *Health Financing Profile – Colombia*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD). 2015. *Informe 2014-2015, Sector Administrativo de Salud y Protección Social Al Honorable Congreso de la República*. Bogotá: MINSALUD.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). 2015. *OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016*. París: Publicaciones OCDE.

Comuníquese con nosotros

Health Policy Plus
Palladium
1331 Pennsylvania Ave NW, Suite 600
Washington, DC 20004
Tel: (202) 775-9680
Correo electrónico:
policyinfo@thepalladiumgroup.com
www.healthpolicyplus.com

Health Policy Plus (HP+) es un acuerdo cooperativo de cinco años, financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional bajo el Acuerdo No. AID-OAA-A-15-00051, que inició el 28 de agosto de 2015. Las actividades de VIH del proyecto son apoyados por el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR por sus sigla en inglés). HP+ está implementado por Palladium, en colaboración con Avenir Health, Futures Group Global Outreach, Plan International USA, Population Reference Bureau (PRB), RTI International, la Alianza Cinta Blanca para una Maternidad sin Riesgo (WRA por sus sigla en inglés) y ThinkWell.

La información proporcionada en este documento no es información oficial del Gobierno de EE. UU. y no representa necesariamente los puntos de vista o posiciones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.