



Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal

Carlos Augusto Viáfara-López¹, Glenda Palacios-Quejada² y Alexander Banguera-Obregón³

Forma de citar

Viáfara-López CA, Palacios-Quejada G, Banguera-Obregón A. Inequidad por la condición étnico-racial en el aseguramiento de salud en Colombia: un estudio de corte transversal. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e18. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.18>

RESUMEN

Objetivo. Caracterizar la relación entre la inequidad por la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento de salud en Colombia.

Métodos. Estudio de corte transversal basado en datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2019. Se analizó el tipo de aseguramiento de salud (contributivo, subsidiado o ninguno) y su relación con la condición étnico-racial y variables predisponentes (sexo, edad, estado civil), demográficas (zona y región de residencia) y socioeconómicas (educación, tipo de empleo, ingresos y necesidades básicas insatisfechas) mediante análisis de regresión simple y multifactorial. La asociación entre la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento de salud fue estimada utilizando razones de posibilidades (OR) y sus intervalos de confianza de 95%, mediante un modelo logístico multinomial.

Resultados. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento de salud. En comparación con el régimen contributivo, las probabilidades de estar afiliado al régimen subsidiado fueron 1,8 y 1,4 veces mayores en los indígenas (OR = 1,891; IC95%: 1,600-2,236) y afrodescendientes (OR = 1,415; IC95%: 1,236-1,620), respectivamente ($p < 0,01$), que el grupo de la población que no se reconoció como perteneciente a uno de esos grupos étnico-raciales.

Conclusiones. Existe una asociación entre la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento en el régimen contributivo y subsidiado de salud en Colombia. La condición étnico-racial se manifiesta como un componente estructural de la inequidad en el acceso a los servicios de salud y profundiza las desventajas de las personas y grupos poblacionales con un bajo estatus socioeconómico.

Palabras clave

Accesibilidad a los servicios de salud; determinantes sociales de la salud; factores socioeconómicos; inequidad étnica; Colombia.

En América Latina, algunos grupos étnico-raciales⁴ se han visto expuestos de forma sistemática a múltiples privaciones, tanto materiales como sociales, que se manifiestan generalmente en un estatus socioeconómico inferior (2). La inequidad en salud se presenta cuando existen desigualdades injustas, y evitables o remediables entre grupos sociales (3). La literatura

científica muestra que la condición étnico-racial desempeña un papel fundamental en las diversas manifestaciones de inequidad que afectan a la salud (3-7). También existe consenso en que la posición socioeconómica y el tipo de seguro sanitario son determinantes sociales de la salud que influyen en el acceso a esos servicios y su calidad en algunos grupos étnico-raciales

¹ Departamento de Economía, Universidad del Valle, Cali, Colombia. ✉ carlos.viafara@correounivalle.edu.co

² Consultora independiente, Bogotá, Colombia.

³ Universidad del Valle, Cali, Colombia.

⁴ Aunque desde el punto de vista biológico la raza humana es una e indivisible, en el presente trabajo se usa el término “raza” (y su derivado “racial”) como concepto sociológico construido a partir de diferenciaciones fenotípicas y la apariencia física de las personas, usadas en muchos ámbitos para clasificar y establecer jerarquías sociales (1).



(3, 8); diversos autores han mostrado que tener o no tener aseguramiento de salud es el principal factor en las brechas de acceso a la salud entre diferentes grupos étnico-raciales (8-10).

En Colombia, la Constitución de 1991 reafirmó el carácter pluriétnico y multicultural de la nación. Según el Censo del 2005, el 10,4% de las personas encuestadas se autoidentificó como afrodescendiente, 3,2% como indígena, 0,012% como romaní o gitano, y 86,1% no se identificó como parte de ninguno de estos grupos considerados étnico-raciales. Las personas de esas minorías, por otra parte, no han contado con las mismas posibilidades de acceso al poder, buen prestigio y recursos (11, 12), y se caracterizan por presentar mayor mortalidad, menores probabilidades de sobrevivencia ante enfermedades (13), peores indicadores de salud autopercebida (14), peor estado de salud (14, 15), insuficiente aseguramiento sanitario (16) y menor acceso a los servicios médicos (17-19).

Tomando en cuenta que el aseguramiento sanitario es un componente del acceso a los servicios de salud (20), el Estado colombiano aprobó la Ley 100 de 1993 (21) con la intención de garantizar a la población más vulnerable el acceso a la salud mediante la financiación del llamado régimen subsidiado (22). El otro régimen de aseguramiento existente en Colombia, denominado contributivo, solo vincula a las personas con contratos de trabajo o con capacidad de pago. Las personas que presentan incapacidad de pago y aún no están afiliadas al régimen subsidiado se consideran participantes vinculados (22). Así, el tipo de aseguramiento de salud está asociado a la posición social y la capacidad de pago de las personas.

Los estudios realizados señalan que hay grandes diferencias en la utilización de los servicios de salud, tanto entre los asegurados y no asegurados (23) como entre las poblaciones aseguradas mediante los regímenes contributivo y subsidiado (24). El aseguramiento mediante el régimen subsidiado se relaciona con una atención médica deficiente (25) y menor acceso a servicios preventivos de atención primaria y consultas especializadas (26); peor estado de salud y mayor tiempo de espera para recibir atención (27); tasas más altas de incidencia de enfermedades infecciosas y transmisibles relacionadas con la pobreza, entre ellas la malaria, y mayor riesgo de morir antes de los 5 años (26); además, sufren profundas desigualdades en la atención de salud sexual y reproductiva (26).

Las carencias socioeconómicas constituyen la principal barrera para un adecuado aseguramiento sanitario (16, 22, 26) y un acceso pleno a los servicios de salud (27). Sin embargo, no se ha encontrado suficiente bibliografía que analice la inequidad debida a la condición étnico-racial, a partir de la posición socioeconómica y la afiliación a diferentes regímenes de aseguramiento de salud. Son incluso más escasos los estudios que se enmarcan en el mejoramiento de los sistemas de bienestar en América Latina y el consecuente aseguramiento de una parte importante de la población en situación de vulnerabilidad vinculada al régimen subsidiado (28). El objetivo de este trabajo es caracterizar la relación entre la inequidad por la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento de salud en Colombia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2019 (ECV-2019), realizada por el Departamento Nacional de Estadística (DANE) de Colombia (29).

La ECV-2019 constituye una fuente primaria de información directa y representativa de los hogares del país, basada en una muestra probabilística de 75 780 hogares seleccionados a partir de un diseño multietápico, estratificado y por conglomerados, según los datos del censo de 2005. De las 289 432 personas de 18 años o más encuestadas, el 8,6% se reconoció como afrodescendiente, el 4,7% como indígena, el 0,03% como romaní o gitano y el 86,8% no se identificó con ninguno de estos grupos étnico-raciales. Debido al poco peso poblacional de los romaníes o gitanos se decidió excluirlos del análisis; asimismo se descartaron todas las personas con información faltante, por lo que la muestra final fue de 98 818 personas. Para los cálculos, cada observación fue ponderada por el inverso de la probabilidad de ser muestreada en la ECV-2019 (29).

VARIABLES Y MEDIDAS

Como variable dependiente de este estudio se utilizó el tipo de aseguramiento de salud, que podía ser: a) afiliación al régimen contributivo, b) afiliación al régimen subsidiado y c) no estar afiliado a ninguno de esos dos regímenes.

Las variables independientes se seleccionaron a partir de las preguntas de la ECV-2019 sobre los factores individuales que predisponen y habilitan para la utilización de los servicios de salud, de acuerdo con el modelo de acceso a esos servicios de Aday y Anderson (20) y los determinantes sociales de la salud propuestos por Solar e Irwing (3).

La condición étnico-racial se considera un componente estructural de los determinantes sociales y, por lo tanto, media el acceso a los servicios de salud (3). Esta variable se construyó a partir de las respuestas a la pregunta: “De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos... es o se reconoce como: a) Indígena; b) Gitano(a) (Rom); c) Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; d) Palenquero(a) de San Basilio; e) Negro(a), mulato(a), afrodescendiente, afrocolombiano(a); f) Ninguno de los anteriores” (sic). Para el análisis, esas seis categorías se agruparon en tres: 1) indígenas: personas que se autoidentificaron de esa manera, 2) afrodescendientes: los que se reconocieron a sí mismos como raizales, palenqueros, negros, mulatos, afrocolombianos o afrodescendientes, y 3) sin autorreconocimiento étnico (SAE): las personas que respondieron “Ninguno de los anteriores”. De esta manera, se siguió el modelo de autorreconocimiento étnico utilizado por el DANE, en el que se visibilizan de manera independiente solo las minorías étnico-raciales y no las personas de ascendencia europea, asiática u otras, que no se reconocen como parte de las minorías identificadas explícitamente.

Los determinantes estructurales o factores de predisposición para el acceso a los servicios de salud utilizados fueron el sexo, la edad (años cumplidos) y el estado civil (en unión conyugal — sea formal o consensual—, o sin unión conyugal).

Entre los factores demográficos que habilitan al acceso a los servicios de salud se incluyeron la zona de residencia (cabecera municipal: el centro urbano donde está la alcaldía; centro poblado: un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo) y la región en que reside.

La posición socioeconómica, que cubre diferentes aspectos de la estratificación social (3), se estimó mediante las variables años de educación (años escolares completados), tipo de empleo (formal o informal) e ingresos laborales, cuantificados en salarios mínimos legales mensuales vigentes; en 2019 ese salario mínimo era de \$828 116 (pesos colombianos) (30), equivalentes a US\$254,82⁵.

CUADRO 1. Operacionalización de las variables utilizadas en la Encuesta de Calidad de Vida, Colombia, 2019

Tipo de variable	Variables	Operacionalización		
Variable dependiente	Tipo de aseguramiento de salud	Régimen contributivo Régimen subsidiado Sin aseguramiento		
Condición étnico-racial	Etnia/raza en la que se reconoce ^a	Indígena Afrodescendiente ^b Sin autorreconocimiento étnico		
Determinantes estructurales	Sexo	Hombre Mujer		
	Edad	Años cumplidos		
	Estado civil	En unión conyugal (formal o consensual) Sin unión conyugal		
Factores demográficos	Zona de residencia	Urbana Centro poblado		
		Región de residencia	Bogotá Atlántica Oriental Central Pacífica (sin el Valle) Antioquia Valle del Cauca San Andrés y Providencia Orinoquia-Amazonia	
	Años de educación		Años escolares completados	
			Tipo de empleo	Formal Informal
	Ingresos laborales en salarios mínimos mensuales legales vigentes ^c			Más de 3 Entre 2 y 2,99 Entre 1 y 1,99 Entre 0 y 0,99
			Necesidades básicas insatisfechas (NBI) ^d	Vive en un hogar sin NBI Vive en un hogar con alguna NBI

Fuente: elaborado por los autores.

^a Se siguió el modelo de autorreconocimiento étnico utilizado por el Departamento Nacional de Estadísticas de Colombia, en el que se agrupa a las personas de ascendencia europea, asiática u otra, que no se reconocen como parte de las minorías étnico-raciales.

^b Persona que se reconoce como raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina; palenquero de San Basilio; negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente.

^c Salario mínimo mensual legal vigente en 2019 en pesos colombianos: \$828,116 (30), equivalentes a US\$254,82; tasa de cambio al 1 de enero del 2019: \$3 249,75 pesos por dólar de Estados Unidos (31).

^d Viviendas inadecuadas, viviendas con servicios inadecuados, hogares con inasistencia escolar, hogares con hacinamiento crítico, hogares con alta dependencia económica.

Para caracterizar las circunstancias materiales se utilizó la variable necesidades básicas insatisfechas (NBI), según declararan: a) viviendas inadecuadas; b) viviendas con servicios inadecuados; c) hogares con inasistencia escolar; d) hogares con hacinamiento crítico; e) hogares con alta dependencia económica (3) (cuadro 1).

Análisis estadístico

Se aplicó el análisis descriptivo a las variables categóricas presentadas en forma de tablas de frecuencia; se empleó la prueba de la ji al cuadrado (χ^2) como medida de asociación de

⁵ La tasa de cambio al 1 de enero de 2019 era de \$3 249,75 por dólar de Estados Unidos (31).

las variables discontinuas y la prueba de la *t* de Student para comparar las medias en los valores continuos.

Para el análisis multifactorial de la asociación entre el tipo de aseguramiento de salud y la condición étnico-racial se aplicó un modelo de regresión logística multinomial de raza-intercepto (32). Se estimaron cinco modelos para probar la robustez de la asociación de la condición étnico-racial con el tipo de aseguramiento de salud. Después de seleccionar las variables mediante un análisis simple por condición étnico-racial, se ajustó de manera secuencial por determinantes estructurales, características sociodemográficas, variables de posición social y condiciones materiales; se calcularon razones de posibilidades (*odds ratios*, OR) y sus intervalos de confianza de 95% (IC95%).

La presencia de asociación lineal entre dos o más variables independientes —en especial por la multidimensionalidad de la condición étnico-racial y su interacción con otras variables sociales (33)— se investigó mediante la prueba de factor de inflación de la varianza (VIF, por sus siglas en inglés): valores del VIF $\leq 3,0$ indicaría que la multicolinealidad no es un problema para la estimación del modelo, aunque el umbral general es de 10 (34).

Como medidas de bondad de ajuste se calculó el indicador R^2 ajustado, que mide la contribución de las variables independientes en la explicación de la variable dependiente, desde 0 (las variables independientes no explican la variable dependiente) hasta 1 (explicación total de la variable dependiente), y la prueba de Wald, que refleja la significación estadística de las variables —o un conjunto de ellas— que intervienen en el modelo; se concluye que esas variables son importantes para explicar la variable dependiente si $p < 0,05$ (34).

Para los cálculos se utilizó el programa estadístico Stata versión 16 (35).

Consideraciones éticas

Se utilizó una base de datos secundaria, anonimizada por el DANE, que cumple con todas las consideraciones éticas para investigaciones con seres humanos según los estándares internacionales.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

Se observaron grandes diferencias en el tipo de aseguramiento de salud según la condición étnico-racial (cuadro 2). La población SAE tuvo el mayor nivel de aseguramiento en el régimen contributivo (56,6%), seguida de los afrodescendientes (36,7%) y los indígenas (17,8%) ($p < 0,001$ entre los tres grupos). Esa relación también se observó en el sentido inverso en cuanto a la afiliación en el régimen subsidiado: los indígenas mostraron el mayor porcentaje (77,1%), seguidos de los afrodescendiente (57,0%) y el grupo SAE (36,1%) ($p < 0,001$ entre los tres grupos). Paradójicamente, en la población sin aseguramiento, las personas SAE tuvieron una presencia ligeramente mayor (7,3%), aunque estadísticamente significativa entre los tres grupos ($p < 0,001$), frente a los afrodescendientes (6,3%) y los indígenas (5,1%).

Algunos factores de predisposición no mostraron grandes diferencias en puntos porcentuales entre algunos grupos

CUADRO 2. Características sociodemográficas de la muestra estudiada^a, Colombia, 2019

Variable	Sin autorreconocimiento étnico (n = 81 370)	Afrodescendiente (n = 9 929)	Indígena (n = 7 519)	p
Régimen de salud (%)				
Contributivo	56,6	36,7	17,8	< 0,001 ^d
Subsidiado	36,1	57,0	77,1	
No está afiliado	7,3	6,3	5,1	
Sexo (%)				
Mujer	40,7	39,9	35,1	< 0,001 ^d
Hombre	59,3	60,1	64,9	
Estado civil (%)				
Con unión conyugal	57,9	57,5	63,5	< 0,001 ^d
Sin unión conyugal	42,1	42,5	36,5	
Zona de residencia (%)				
Cabecera	83,5	69,6	34,0	< 0,001 ^d
Centro poblado	16,5	30,4	66,0	
Región geográfica (%)				
Bogotá	20,8	3,3	2,1	< 0,001 ^d
Atlántica	17,8	29,3	34,5	
Oriental	21,4	1,3	2,4	
Central	11,1	2,1	10,3	
Pacífica (sin el Valle)	4,5	24,6	34,9	
Antioquia	13,8	11,3	2,2	
Valle del Cauca	8,1	26,7	6,4	
San Andrés	0,1	0,8	0,0	
Orinoquía-Amazonia	2,4	0,6	7,2	
Tipo de empleo (%)				
Informal	57,4	67,1	81,7	< 0,001 ^d
Formal	42,6	32,9	18,3	
Ingresos laborales en salarios mínimos mensuales legales vigentes (%) ^b				
Entre 0 y 0,99	55,8	70,0	82,1	< 0,001 ^d
Entre 1 y 1,99	29,0	23,6	14,0	
Entre 2 y 2,99	5,7	3,1	2,1	
Más de 3	9,5	3,3	1,8	
Necesidades básicas insatisfechas (NBI) ^c (%)				
Vive en un hogar sin NBI	91,6	82,0	61,7	< 0,001 ^d
Vive en un hogar con alguna NBI	8,4	18,0	38,3	
Años de educación (promedio)	10,4	9,1	7,5	< 0,001 ^e
Edad (años, promedio)	39,9	39,4	39,1	< 0,001 ^f 0,4273 ^g

Fuente: elaborado por los autores.

Nota: Se siguió el modelo de autorreconocimiento étnico utilizado por el Departamento Nacional de Estadísticas de Colombia, en el que se agrupa a las personas de ascendencia europea, asiática u otra, que no se reconocen como parte de las minorías étnico-raciales.

^a Se estudiaron 98 818 personas a partir de la muestra aleatoria y representativa de Colombia de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2019. Las observaciones se ponderaron por el inverso en la probabilidad de ser muestreada.

^b Salario mínimo mensual legal vigente en 2019 en pesos colombianos: \$828.116 (30), equivalentes a US\$254,82; tasa de cambio al 1 de enero de 2019: \$3 249,75 por dólar de Estados Unidos (31).

^c Viviendas inadecuadas, viviendas con servicios inadecuados, hogares con inasistencia escolar, hogares con hacinamiento crítico, hogares con alta dependencia económica.

^d Prueba de χ^2 para la distribución de frecuencias de cada variable.

^e Sin autorreconocimiento étnico vs indígenas y sin autorreconocimiento étnico vs afrodescendientes, mediante la prueba de la *t* de Student para comparación de medias.

^f Sin autorreconocimiento étnico vs afrodescendientes y sin autorreconocimiento étnico vs indígenas, mediante la prueba de la *t* de Student para comparación de medias.

^g Indígenas vs afrodescendientes, mediante la prueba de la *t* de Student para comparación de medias.

étnico-raciales, aunque debido al tamaño de los grupos fueron estadísticamente significativas entre los tres grupos ($p < 0,001$): el porcentaje de hombres y de población en unión conyugal fue ligeramente mayor en los indígenas (63,5%), en comparación con los afrodescendientes y los que se clasificaron como SAE (57,5% y 57,9%, respectivamente). Las edades promedio también mostraron cierta similitud numérica entre los distintos grupos (SAE: 39,9 años; afrodescendientes: 39,4; indígenas: 39,1), pero con diferencias estadísticamente significativas entre

el grupo SAE y los indígenas y entre el grupo SAE y los afrodescendientes.

En cuanto a los factores considerados habilitantes (zona y región de residencia), se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre las poblaciones de análisis: la mayor proporción en los centros poblados fue de los indígenas (66,0%), seguidos de los afrodescendientes (30,4%) y los considerados SAE (16,5%). La mayoría de los indígenas y afrodescendientes vivían en las regiones Pacífica (sin el Valle),

CUADRO 3. Asociación entre la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento de salud en la muestra estudiada^a, Colombia, 2019

Condición étnico-racial	Bloque 1 ^b		Bloque 2 ^c		Bloque 3 ^d		Bloque 4 ^e		Bloque 5 ^f	
	Subsidiado	No tiene	Subsidiado	No tiene	Subsidiado	No tiene	Subsidiado	No tiene	Subsidiado	No tiene
	OR (IC95%)		OR (IC95%)		OR (IC95%)		OR (IC95%)		OR (IC95%)	
Sin autorreconocimiento étnico (referencia)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Indígena	6,787 (5,999-7,679) ***	2,218 (1,746-2,818) ***	6,779 (5,995-7,667) ***	2,081 (1,637-2,645) ***	2,100 (1,839-2,398) ***	1,393 (1,074-1,808) **	2,033 (1,728-2,392) ***	1,401 (1,060-1,852) **	1,891 (1,600-2,236) ***	1,202 (0,899-1,607)
Afrodescendiente	2,428 (2,230-2,644) ***	1,333 (1,105-1,607) ***	2,445 (2,245-2,664) ***	1,297 (1,075-1,565) ***	1,573 (1,420-1,744) ***	1,216 (0,995-1,487) *	1,479 (1,296-1,689) ***	1,148 (0,918-1,436)	1,415 (1,236-1,620) ***	1,056 (0,839-1,329)
R ² ajustada	0,0204	0,0204	0,0329	0,0329	0,143	0,143	0,375	0,375	0,381	0,381
Prueba de Wald	1330,053	1330,053	1960,673	1960,673	7740,287	7740,287	9259,562	9259,562	9280,180	9280,180
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Fuente: elaborado por los autores.

Nota: Se siguió el modelo de autorreconocimiento étnico utilizado por el Departamento Nacional de Estadísticas de Colombia, en el que se agrupa a las personas de ascendencia europea, asiática u otra, que no se reconocen como parte de las minorías étnico-raciales. Se determinó la significación individual de cada variable mediante la prueba de Wald con el régimen contributivo como variable de referencia; IC95%: intervalo de confianza de 95%; *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,1$.

^a Se estudiaron 98 818 personas a partir de la muestra aleatoria y representativa de Colombia de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2019. Las observaciones se ponderaron por el inverso en la probabilidad de ser muestreada.

^b Ajustado por la condición étnico-racial.

^c Ajustado por la condición étnico-racial y determinantes estructurales (ver cuadro 1).

^d Ajustado por la condición étnico-racial, determinantes estructurales y factores demográficos (ver cuadro 1).

^e Ajustado por la condición étnico-racial, determinantes estructurales, factores demográficos y posición socioeconómica (ver cuadro 1).

^f Ajustado por la condición étnico-racial, determinantes estructurales, factores demográficos, posición socioeconómica y circunstancias materiales (ver cuadro 1).

Atlántica y Orinoquia-Amazonia, consideradas las de mayor nivel de pobreza y marginalidad en Colombia: 76,6% de los indígenas, 54,5% de los afrodescendientes y apenas 24,7% de los considerados SAE ($p < 0,001$ entre los tres grupos).

En relación con los indicadores de posición socioeconómica, aunque en general el porcentaje de trabajadores informales fue elevado, los indígenas presentaron la mayor proporción de informalidad (81,7%), seguidos de los afrodescendientes (67,1%) y los considerados SAE (57,4%) ($p < 0,001$ entre los tres grupos). En correspondencia con lo anterior, los indígenas también tuvieron la participación más alta entre los que ganaban menos de un salario mínimo mensual legal vigente (82,1%), seguidos por los afrodescendientes (70,0%) y el grupo SAE (55,7%) ($p < 0,001$ entre los tres grupos). Asimismo, los años de educación promedio fueron menores en los indígenas (7,5), seguidos por los afrodescendientes (9,1) y las personas SAE (10,4) ($p < 0,001$ entre los tres grupos).

Los indicadores de condiciones materiales reflejaron mayores desventajas en los indígenas (38,3% con alguna NBI); después se ubicaron los afrodescendientes (18,0%) y las personas SAE (8,4%) ($p < 0,001$ entre los tres grupos).

Análisis multifactorial

No se encontró multicolinealidad entre ninguna de las variables (VIF promedio = 2,63); solo algunas categorías asociadas a la región de residencia presentaron valores por encima de 3,0, pero sin exceder el umbral de significación (datos no mostrados). Las medidas de ajuste mostraron un aumento del valor de R² ajustado ante la inclusión de bloques de variables asociadas a los determinantes sociales en salud, lo cual sugiere su importancia en la explicación del aseguramiento de salud. Todos los modelos estimados fueron globalmente significativos de acuerdo con la prueba de Wald (cuadro 3).

La probabilidad de estar afiliados al régimen de aseguramiento subsidiado en relación con la afiliación al régimen

contributivo fue mayor en los indígenas (1,8 veces) (OR = 1,891; IC95%: 1,600-2,236) y los afrodescendientes (1,4 veces) (OR = 1,415; IC95%: 1,236-1,620) que en los considerados SAE ($p < 0,01$). En comparación con el grupo SAE, los indígenas y los afrodescendientes tuvieron 20,2% (OR = 1,202; IC95%: 0,899-1,607) y 5,6% (OR = 1,056; IC95%: 0,839-1,329) más probabilidades, respectivamente, de no tener ninguna afiliación a seguro de salud que de tener afiliación al régimen contributivo, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas (cuadro 3).

Tampoco se observó asociación estadística significativa entre la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento de salud, después de controlar por cuatro bloques de variables relacionadas con los determinantes sociales de la salud. Esa asociación solo fue significativa al comparar el régimen subsidiado y el régimen contributivo ($p < 0,01$), lo que indica una fuerte inequidad por la condición étnico-racial en la población afiliada al régimen subsidiado en relación con el régimen contributivo. Esto refleja diferencias importantes en el acceso a los servicios de salud y los resultados de salud en los indígenas y afrodescendientes en Colombia; esa diferencia no se observó en la población sin aseguramiento de salud. Esta asociación resultó altamente significativa ($p < 0,01$) según los cinco modelos analizados, lo que sugiere una buena especificación de esos modelos y la robustez de los efectos de la condición étnico-racial en el tipo de aseguramiento de salud.

Los factores sociodemográficos (zona y región de residencia) mostraron una mayor variación en su asociación con la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento de salud en los indígenas (OR varió de 6,779 a 2,100) que en los afrodescendientes (OR varió de 2,445 a 1,573) (cuadro 3, bloque 3).

DISCUSIÓN

Varios autores han investigado el efecto de la pertenencia étnico-racial en las desigualdades en salud (4-7). Los presentes

resultados, centrados en la inequidad por la condición étnico-racial en el tipo de aseguramiento de salud en Colombia a partir de datos correspondientes al año 2019, muestran el efecto de la condición étnico-racial como componente estructural de la inequidad en el acceso a los servicios de salud (8-10, 16). Incluso tomando en cuenta los factores socioeconómicos, las poblaciones indígenas y afrodescendientes tuvieron mayor probabilidad de estar afiliados al régimen subsidiado que al contributivo, al compararse con los considerados SAE. En este punto se debe resaltar que las diferencias étnico-raciales no fueron estadísticamente significativas entre no tener aseguramiento y tener aseguramiento en el régimen contributivo.

Después de la promulgación de la Ley 100 de 1993 (21), los programas para mejorar el acceso de la población vulnerable al sistema de salud se concentraron en la expansión del régimen subsidiado. De hecho, las comunidades indígenas tienen particular importancia para la afiliación al régimen subsidiado, mientras que los otros grupos étnicos no se mencionan de forma explícita. Igualmente, el Sistema de Seguridad Integral tiene establecido garantizar la ampliación de la cobertura a sectores sin la capacidad económica suficiente, donde la población indígena es uno de los grupos priorizados. Esto ha generado, en parte, que desaparezca la asociación que existía entre la condición étnico-racial y la probabilidad de no tener aseguramiento de salud. No obstante, la mayor probabilidad que ostentan los grupos étnico-raciales desfavorecidos de estar afiliados al régimen subsidiado podría estar configurando situaciones persistentes de inequidad en el acceso a los servicios de salud y los resultados sanitarios a partir de la condición étnico-racial en Colombia.

Los efectos encontrados fueron mayores en la población indígena que en los afrodescendientes, y en esos grupos en comparación con los considerados SAE. De hecho, los indígenas muestran un mayor rezago en los determinantes sociales de la salud que podrían influir en el acceso a los servicios de salud (12). Esto podría deberse a la mayor incidencia de la acumulación histórica de desigualdades que se relacionan con la inequidad en salud para los grupos étnico-raciales más desfavorecidos (4-7) a pesar del efecto positivo de la estrategia de aseguramiento universal.

Del bloque de factores socioeconómicos usados para controlar el efecto de la condición étnico-racial en el tipo de aseguramiento de salud, la zona y la región de residencia mostraron la mayor variación en la inequidad por la condición étnico-racial en relación con el acceso a la salud (27). Cabe recordar que los grupos étnico-raciales, especialmente los indígenas, tienen una sobrerrepresentación en las regiones que presentan mayor situación de pobreza y marginalidad en Colombia (12).

Estos resultados son novedosos ya que, aunque se conocía que la condición étnico-racial estaba asociada a las probabilidades de tener o no aseguramiento sanitario (8-10, 16), no se sabía con precisión cuál era su importancia real en cuanto a las probabilidades de estar afiliado a distintos regímenes de aseguramiento de salud. Esto se hace particularmente novedoso en el contexto de mejoramiento de los sistemas de bienestar en América Latina, basado fundamentalmente en la universalización del régimen subsidiado para la población vulnerable (28).

Se sabe que la segmentación entre regímenes de aseguramiento de salud puede generar desventajas en el acceso a los servicios de salud y la calidad de sus prestaciones a la población afiliada al régimen subsidiado y que esto puede

generar una gran inequidad en el acceso a la salud de los grupos étnico-raciales más desfavorecidos en Colombia (16-19). La mayoría de las investigaciones sobre la condición étnico-racial y las desigualdades en la salud plantean que el racismo y la discriminación son factores asociados con el menor acceso a los servicios de salud y con peores resultados sanitarios en los grupos étnico-raciales más desfavorecidos (4-10, 16, 36); esto podría estar asociado con la discriminación estructural existente en Colombia. Por discriminación estructural se entiende el "...rango de políticas y prácticas que contribuyen a una desventaja sistemática para los miembros de ciertos grupos" (37).

No obstante, se advierte que es difícil captar las consecuencias acumulativas y estructurales del racismo y la discriminación mediante el análisis de regresión multifactorial utilizado en este estudio, basado en datos de corte transversal con ajuste de la condición étnico-racial por factores socioeconómicos (32, 37). Sin embargo, la evidencia empírica acumulada en Colombia muestra que también se observa un efecto significativo de la condición étnico-racial en los factores asociados a los determinantes sociales de la salud (11, 12, 16, 38-40), lo cual podría apoyar la hipótesis de las desventajas acumulativas y la generación de un círculo vicioso de desventajas acumulativas como factor asociado a la inequidad por la condición étnico-racial en el tipo de aseguramiento de salud en Colombia (36).

Al analizar estos resultados se deben tener en cuenta algunas limitaciones. En primer lugar, no es posible establecer una relación causal entre las variables estudiadas, en especial por los efectos que pudiesen ocasionar las desventajas históricas acumuladas a lo largo de generaciones y del curso de la vida en los grupos étnico-raciales más desfavorecidos. Igualmente, al elaborar el modelo no se pudieron tener en cuenta los efectos del sesgo por variables omitidas, que pueden llevar a sobreestimar o subestimar las brechas étnico-raciales en el tipo de aseguramiento de salud. Por otra parte, el grupo de referencia estuvo constituido por personas que se consideraron a sí mismas como no indígenas ni afrodescendientes, pero podría ser muy heterogéneo desde el punto de vista étnico-racial —por ejemplo, blancos y mestizos—, con personas con mayor acceso a recursos, privilegios y poder; esto podría llevar a subestimar la asociación entre la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento de salud en Colombia. No obstante, la utilización de una base de datos tan voluminosa, con representatividad nacional y abundante información individual sobre los determinantes sociales de salud, aporta fortaleza al análisis y robustez a las conclusiones.

Conclusiones

Existe una asociación estadísticamente significativa entre la condición étnico-racial y el tipo de aseguramiento en el régimen contributivo y subsidiado de salud en Colombia. Estos resultados confirman que la condición étnico-racial es un componente estructural de la inequidad en el acceso a los servicios de salud en el país. En el contexto de la gran segmentación en los regímenes de aseguramiento de salud en Colombia, la condición étnico-racial profundiza las desventajas de las personas y grupos poblacionales con más bajo estatus socioeconómico, lo que redundará en un menor acceso y disfrute del derecho a la salud para los grupos étnico-raciales más desfavorecidos.

Recomendaciones

Una vez alcanzada una mayor cobertura del aseguramiento de salud a través del régimen subsidiado, se requiere mejorar el acceso y la calidad de los servicios, especialmente en las regiones con mayor presencia de grupos étnico-raciales más desfavorecidos, donde la prestación del servicio es más deficiente. Se deben implementar políticas y acciones específicas que introduzcan mejoras en varios dominios —como la educación, los mercados de trabajo y la vivienda, entre otros— a fin de contribuir a aumentar las oportunidades de mejorar el estatus socioeconómico de todos los grupos étnico-raciales en Colombia y con ello elevar la equidad.

Se requieren estudios longitudinales y de curso de la vida que permitan analizar cómo los efectos de la discriminación se pueden acumular en diferentes dominios y generaciones, y generan un círculo vicioso de desventajas acumulativas en el acceso a los servicios de salud en Colombia y otros países. De la misma manera, se requieren más investigaciones que permitan definir el papel real que desempeñan el aseguramiento de

salud y otros determinantes sociales en relación con las brechas étnico-raciales que dificultan el acceso al sistema de salud en Colombia.

Contribución de los autores. CAVL fue el responsable del planteamiento del problema de investigación, el diseño metodológico, el análisis de los datos, la discusión y la redacción final del artículo; CAVL y GPQ realizaron la revisión bibliográfica relacionada con el tema; ABO participó en la construcción de la base de datos, el cálculo de las estadísticas descriptivas y la estimación de los modelos estadísticos multifactoriales. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Conflictos de intereses. Ninguno.

Declaración. Las opiniones expresadas en este artículo son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *Revista Panamericana de Salud Pública* / *Pan American Journal of Public Health* y/o de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

- Krieger NA. Glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Comm Health*. 2001;55:693–700 [citado el 25 de octubre del 2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.55.10.693>
- Flórez CE, Medina C, Úrrea F. Understanding the cost of social exclusion due to race or ethnic background in Latin America and Caribbean countries. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 2001.
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization; 2010 [citado el 28 de octubre del 2020]. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>
- Nazroo JY, Williams DR. The social determination of ethnic/racial inequalities in health. En: Nazroo JY, Marmot M, Wilkinson RG, eds. *The social determination of ethnic/racial inequalities in health. Social Determinants of Health*. 2.ª ed. London: Oxford University Press; 2005.
- Torres-Parodi C, Bolis M. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(6):405–16 [citado el 15 de julio del 2020]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007001100009
- Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. *J Behav Med*. 2009;32:20–47 [citado el 13 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0>
- Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and health: Evidence and needed research. *Annu Rev Public Health*. 2019;40:105–25 [citado el 14 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750>
- Lillie-Blanton M, Hoffman SA. The role of health insurance coverage in reducing racial/ethnic disparities in health care. *Health Aff*. 2005;24(2):398–408. doi:10.1377/hlthaff.24.2.398
- Kirby JB, Kaneda T. Unhealthy and uninsured: Exploring racial differences in health and health insurance coverage using a life table approach. *Demography*. 2010;47:1035–51. doi:10.1007/BF03213738
- Sohn H. Racial and ethnic disparities in health insurance coverage: Dynamics of gaining and losing coverage over the life-course. *Popul Res Policy Rev*. 2017;36(2):181–201 [citado el 14 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11113-016-9416-y>
- Viafara-López CA. Diferencias raciales en las oportunidades educativas y ocupacionales en el primer empleo en la ciudad de Cali, Colombia [tesis de maestría]. México DF: FLACSO México; 2005.
- Úrrea F, Viafara C. Pobreza y minorías étnicas en Colombia: un análisis de sus factores determinantes y lineamientos de política para su reducción. Misión para el diseño de una estrategia para la reducción de la pobreza y la desigualdad. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación de Colombia; 2007.
- Úrrea F, Bergonzoli G, Carabalí B, Muñoz VH. Patrones de mortalidad comparativos entre la población afrodescendiente y la blanca-mestiza para Cali y el Valle. *Rev CS [Internet]*. 2015;(16):131–67 [citado el 28 de septiembre del 2020]. Disponible en: https://www.icesi.edu.co/revistas/index.php/revista_cs/article/view/1961
- Agudelo-Suárez A, Martínez-Herrera E, Posada-López A, Rocha-Buelvas A. Ethnicity and health in Colombia: What do self-perceived health indicators tell us? *Ethn Dis*. 2016;26(2):147–56. doi:10.18865/ed.26.2.147
- Tovar LM, Perea LN, Tovar JR, Zúñiga CL. Determinantes sociales de la salud autorreportada: Colombia después de una década. *Mundo Saude (São Paulo)*. 2018;42(1):230–47. doi:10.15343/0104-7809.20184201230247
- Bernal R, Cárdenas M. Race and ethnic inequality in health and health care in Colombia. Bogotá: Fedesarrollo; 2005.
- Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso. Documentos de trabajo sobre Economía Regional. Cartagena: Banco de la República, Sucursal Cartagena; 2014.
- Hurtado-Saa T, Rosas-Vargas R, Valdés-Cobos A. Servicios de salud, discriminación y condición étnica/racial: un estudio de caso de la problemática en México y Colombia. *Ra Ximhai*. 2013;9(1):135–51.
- Ariza-Montoya J, Hernández-Álvarez M. Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Rev Salud Publica*. 2008;10(Suppl 1):58–71.
- Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–20.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, del 23 de diciembre, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Imprenta Nacional; 1993.
- Londoño JL, Nieto E. Factores socio económicos y aseguramiento en salud en el área urbana de Colombia. *Rev Fac Nac Salud Publica [internet]*. 2001;19(1):25–40 [citado el 18 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12019103>
- Giedion U, Uribe MV. Colombia's universal health insurance system. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(3):853–63 [citado el 31 de octubre del 2020]. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.3.853>
- García-Subirats I, Vargas-Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferrera DA Silva RM, Unjer JP, et al. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. *Gac*

- Sanit. 2015;28:480–8 [citado el 1 de noviembre del 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.010>
25. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur A, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2007;9(1):26–38 [citado el 11 de octubre del 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100005&lng=en
 26. Hilarión-Gaitán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. *Biomedica*. 2019;39(4):737–47 [citado el 29 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4453>
 27. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez A. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Publica*. 2010;12(5):701–12 [citado el 29 de octubre del 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lng=en
 28. Abramo L, Cecchini S, Ullmann H. Addressing health inequalities in Latin America: The role of social protection. *Cienc Saude Colet*. 2020;25(5):1587–98 [citado el 15 de julio del 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.32802019>
 29. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2019. Bogotá: DANE; 2020.
 30. Ministerio del Trabajo. Decreto 2451 del 27 de diciembre de 2018. Bogotá: Mintrabajo; 2018.
 31. Banco de la República. Tasa representativa de mercado [Internet]. Bogotá: Banrep; 2019 [citado el 20 de noviembre del 2020]. Disponible en: <https://www.banrep.gov.co/es/estadisticas/trm>
 32. Blank RM, Dabady M, Citro CF, eds. *Measuring racial discrimination*. Washington, DC: National Research Council; 2004 [citado el 17 de julio del 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.17226/10887>
 33. Kaufman JS, Cooper RS. Commentary: considerations for use of racial/ethnic classification in etiologic research. *Am J Epidemiol*. 2001;154(4):291–8.
 34. Hair JF, Babin BJ, Anderson RE, Black WC. *Multivariate data analysis*. 8.th ed. Cengage, Reino Unido: Cengage; 2019.
 35. StataCorp. *Stata statistical software: Release 16*. College Station, TX: StataCorp LLC; 2019.
 36. Phelan J, Link B. Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Rev Sociology*. 2015;41:311–30 [citado el 21 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112305>
 37. Pager D, Shepherd H. The sociology of discrimination: Racial discrimination in employment, housing, credit, and consumer markets. *Annu Rev Sociol*. 2008;34:181–209 [citado el 21 de octubre del 2020]. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.33.040406.131740>
 38. Viáfara-López CA, Urrea Giraldo F. Efectos de la raza y el género en el logro educativo y estatus socio-ocupacional para tres ciudades colombianas. *Desarrollo Soc*. 2006;(58):115–63.
 39. Pérez L, Mora Jhon J. La calidad del empleo en la población afrodescendiente colombiana: una aproximación desde la ubicación geográfica de las comunas. *Rev Econ Rosario*. 2014;17(2):315–47 [citado el 20 de julio del 2020]. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/economia/article/view/3748>
 40. Viáfara López CA. Diferenciales de ingreso por el color de la piel y desigualdad de oportunidades en Colombia. *Rev Econ Rosario*. 2017;20(1):97–126 [citado el 20 de julio del 2020] Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/economia/article/view/6151>

Manuscrito recibido el 21 de julio del 2020. Aceptado para publicación, tras revisión, el 9 de noviembre del 2020.

Ethnic-racial inequity in health insurance in Colombia: a cross-sectional study

ABSTRACT

Objective. Characterize the relationship between ethnic-racial inequity and type of health insurance in Colombia.

Methods. Cross-sectional study based on data from the 2019 Quality of Life Survey. We analyzed the type of health insurance (contributory, subsidized, or none) and its relationship to ethnic-racial status and predisposing variables (sex, age, marital status), demographic variables (area and region of residence), and socioeconomic variables (education, type of employment, income, and unmet basic needs) through simple and multivariate regression analyses. Association between ethnic-racial status and type of health insurance was estimated using odds ratios (OR) and their 95% confidence intervals, through a multinomial logistic model.

Results. A statistically significant association was found between ethnic-racial status and type of health insurance. In comparison with the contributory system, the probabilities of being a member of the subsidized system were 1.8 and 1.4 times greater in the indigenous population (OR = 1.891; 95%CI: 1.600-2.236) and people of African descent (OR = 1.415; 95%CI: 1.236-1.620), respectively ($p < 0.01$) than in the population group that did not identify as belonging to one of those ethnic-racial groups.

Conclusions. There is an association between ethnic-racial status and type of insurance in the contributory and subsidized health systems in Colombia. Ethnic-racial status is a structural component of inequity in access to health services and heightens the disadvantages of people and population groups with low socioeconomic status.

Keywords

Health services accessibility; social determinants of health; socioeconomic factors; ethnic inequality; Colombia.

Iniquidades étnico-raciais no seguro de saúde na Colômbia: um estudo transversal

RESUMO

Objetivo. Caracterizar a relação entre as iniquidades étnico-raciais e o tipo de seguro de saúde na Colômbia.

Métodos. Estudo transversal realizado com dados da Pesquisa de Qualidade de Vida 2019. Analisou-se o tipo de seguro de saúde (contributivo, subsidiado ou inexistente) e sua relação entre a condição étnico-racial e variáveis predisponentes (gênero, idade, estado civil), demográficas (zona e região de residência) e socioeconômicas (nível de escolaridade, tipo de emprego, renda e necessidades básicas não atendidas) por regressão simples e multifatorial. Estimou-se a associação entre a condição étnico-racial e o tipo de seguro de saúde em um modelo de regressão logística multinomial com razão de possibilidades (OR) e os respectivos intervalos de confiança de 95%.

Resultados. Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre a condição étnico-racial e o tipo de seguro de saúde. Em comparação ao esquema contributivo, a probabilidade de um indivíduo ser associado ao esquema subsidiado foi 1,8 e 1,4 vez maior entre indígenas (OR = 1,891; IC95%: 1,600-2,236) e afrodescendentes (OR = 1,415; IC95%: 1,236-1,620), respectivamente ($p < 0,01$) que no grupo populacional que não se declarou pertencer a um destes grupos étnico-raciais.

Conclusões. Existe uma associação entre a condição étnico-racial e o tipo de seguro de saúde nos esquemas contributivo e subsidiado na Colômbia. A condição étnico-racial constitui um componente estrutural da iniquidade no acesso aos serviços de saúde aprofundando as desvantagens das pessoas e grupos populacionais com nível socioeconômico baixo.

Palavras-chave

Acesso aos serviços de saúde; determinantes sociais da saúde; fatores socioeconômicos; iniquidade étnica; Colômbia.
